



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**MICNÉIAS DO NASCIMENTO FERREIRA**

**USO DE BENZODIAZEPÍNICOS POR USUÁRIOS DE  
UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM  
MUNICÍPIO DO “ALTO SERTÃO PARAIBANO”**

**CAJAZEIRAS – PB**

**2014**

**MICNÉIAS DO NASCIMENTO FERREIRA**

**USO DE BENZODIAZEPÍNICOS POR USUÁRIOS DE  
UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM  
MUNICÍPIO DO “ALTO SERTÃO PARAIBANO”**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Enfermagem (UAENF), do Centro de Formação de Professores (CFP) da Universidade Federal de Campina Grande como requisito para obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem.

**Orientador: PROF. DR. FRANCISCO FÁBIO MARQUES DA SILVA**

**CAJAZEIRAS - PB**

**2014**

MICNÉIAS DO NASCIMENTO FERREIRA

**USO DE BENZODIAZEPÍNICOS POR USUÁRIOS DE UMA UNIDADE  
DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO DO “ALTO SERTÃO  
PARAIBANO”**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Enfermagem (UAENF), do Centro de Formação de Professores (CFP) da Universidade Federal de Campina Grande como requisito para obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

BANCA EXAMINDORA

---

Prof. Dr. Francisco Fábio Marques da Silva  
Universidade Federal de Campina Grande

---

Profa. Dra. Francisca Bezerra de Oliveira  
Universidade Federal de Campina Grande

---

Ms. Gilmara de Lucena Leite Leandro  
Universidade Federal de Campina Grande

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu Deus, que a cada dia tem me dado forças e perseverança para seguir buscando mais conhecimentos e me tornando um profissional capacitado.

## **AGRADECIMENTOS**

Quando fiz o curso de Graduação em Enfermagem, tinha em mente que aprenderia somente técnicas e um vasto conhecimento científico. Mas concluo esta etapa de minha vida com grande crescimento pessoal, não estando incluído este conhecimento somente em aulas ou livros e sim na experiência adquirida e na essência das pessoas que tive a grande sorte de conhecer, conviver e formar laços afetivos de amizade.

Agradeço a meu Orientador Dr. Francisco Fábio Marques da Silva, por me aceitar como orientando e incentivar meu crescimento nos conhecimentos profissionais e ter me orientado com toda atenção na elaboração desta monografia.

Agradeço a professora de TCC Dra. Maria do Carmo pela enorme paciência e carinho que conseguiu passar seus conhecimentos, acerca das normas e elaboração deste trabalho de monografia.

Agradeço de todo coração a meus pais, José Ilson dos Santos Ferreira e Maria Elinete dos Nascimento Ferreira, que por todo esse tempo de graduação, me sustentaram com toda dificuldade, mas sempre fazendo com todo amor e carinho o possível para que estivesse no curso.

## **EPÍGRAFE**

Por isso não tema, pois estou com você; não tenha medo, pois sou o seu Deus. Eu o fortalecerei e o ajudarei; eu o segurarei com a minha mão direita vitoriosa. Isaias 41.10.

## LISTAS DE TABELAS

**Tabela 1.** Caracterização da População Atendida pelo PAPS – São José e da população submetida a tratamento com drogas psicotrópicas quanto ao sexo.

**Tabela 2.** Perfil dos usuários de benzodiazepínicos quanto à faixa etária.

**Tabela 3.** Perfil dos pacientes estudados que fizeram uso prévio (consumo) de psicofármacos.

**Tabela 4.** Perfil de utilização de medicação para tratar depressão quanto ao tipo de medicação utilizada.

**Tabela 5.** Perfil de utilização de medicamentos pelos usuários, quanto aos motivos que conduziram à sua utilização.

**Tabela 6.** Perfil dos usuários de benzodiazepínicos quanto à ocupação profissional.

**Tabela 7.** Perfil dos usuários de benzodiazepínicos quanto à origem da indicação para uso do medicamento

**Tabela 8.** Perfil dos usuários quanto ao(s) motivo(s) pelos quais continua a fazer o tratamento prescrito anteriormente.

**Tabela 9.** Perfil dos usuários de benzodiazepínicos quanto à periodicidade do uso do medicamento.

**Tabela 10.** Perfil dos usuários de benzodiazepínicos quanto à quantidade de medicamento em uso.

**Tabela 11.** Perfil dos usuários de benzodiazepínicos quanto ao relato de melhoras na vida com o a utilização do medicamento.

**Tabela 12.** Perfil dos usuários de benzodiazepínicos quanto à existência de tratamentos anteriores.

**Tabela 13.** Perfil dos usuários de benzodiazepínicos quanto à existência de orientações farmacológicas para uso do medicamento

**Tabela 14.** Perfil dos usuários de benzodiazepínicos quanto à mudanças na prescrição do medicamento

**Tabela 15.** Perfil mais frequente entre os usuários

## LISTAS DE ABREVIATURAS

---

TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
OMS	Organização Mundial da Saúde
BDZ	Benzodiazepínicos
SUS	Sistema Único de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
IML	Instituto Médico Legal
EUA	Estados Unidos da América
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
CEBRID	Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas
SNC	Sistema Nervoso Central
ESF	Estratégia saúde da Família
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
NOAS	Norma Operacional de Assistência a Saúde
TCM	Transtorno Mental Comum
INCB	Internacional Narcotics Control Board
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
GABA	Ácido-Aminobutírico
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
TAG	Transtorno de Ansiedade Generalizado
DSM-IV	Manual de Classificação de Doenças Mentais
SNA	Sistema Nervos Autônomo

---



## RESUMO

FERREIRA, M. N. **Uso de benzodiazepínicos por usuários de uma unidade de saúde da família em um município do “alto sertão paraibano”**. 2014. 66f. Trabalho de Conclusão de Curso de Bacharelado em Enfermagem. Universidade Federal de Campina Grande – UFCG. Cajazeiras – PB.

A Atenção Primária à Saúde no Brasil é a porta de entrada para os diversos pacientes que procuram o Sistema Único de Saúde (SUS) quando estão enfermos, sendo que o Serviço Básico de Saúde tem por característica promover ações na área da saúde, tanto em nível coletivo quanto individual, tendo como metas o diagnóstico precoce de doenças, seu tratamento, bem como a reabilitação e a manutenção da saúde do paciente. Procuramos investigar o uso de benzodiazepínicos por usuários de uma unidade de saúde da família (USF) em um município do alto sertão paraibano. Bem como identificar os fatores que levam os usuários de uma USF ao consumo de benzodiazepínicos. Verificando a periodicidade do uso de benzodiazepínicos por usuários de uma USF e verificando se os usuários de benzodiazepínicos recebem orientação dos profissionais sobre os efeitos adversos e benéficos dos referidos medicamentos. Foi realizada pesquisa de campo de forma descritiva e explicativa, com o objetivo de descrever os fatores mais relevantes que predispõem os indivíduos ao uso do medicamento, bem como, explicar este fenômeno da grande quantidade de consumo dos benzodiazepínicos. Em uma abordagem quantitativa organizar as tabelas em categorias de fatores, Esta pesquisa foi realizada na Unidade Básica de Saúde do município de Cajazeiras – PB em que a população estudada foi composta por todos os usuários do Programa Saúde da Família (PSF) 1420 famílias; a amostra foi composta por todos os pacientes que faziam tratamento medicamentoso com ansiolíticos, em especial com os Benzodiazepínicos que também foram 19 pessoas. Percebemos que a maioria dos usuários é feminina, acima de 60 anos, aposentados, usam o medicamento diariamente, um comprimido, o ansiolítico mais usado é o diazepam, na sua maioria foram orientadas sobre a ação do medicamento no tratamento, mas a minoria não foi orientada sobre os efeitos adversos, já a maioria fez um tratamento anterior ao atual e na grande parte o motivo para o uso do medicamento foi à insônia. O estudo mostra que fatores relacionados à utilização do medicamento, em especial a dificuldade de dormir (insônia), foi o motivo principal do uso do psicofármaco. Através de nossa análise descritiva, observamos também que devesse ter uma atenção mais direcionada para a população feminina e acima de 60 anos, aposentados, donas do lar, pois estão mais propensas ao uso do medicamento, Portanto vemos a necessidade de medidas educativas para orientar essa população quanto aos riscos do uso crônico dos ansiolíticos e, principalmente para a realização de medidas de interrupção e acompanhamento da interrupção gradativa do uso crônico de psicofármacos por esses usuários.

Palavras-chave: Ansiolíticos; Transtorno Mental; Unidade Básica de Saúde.

## ABSTRACT

The Primary Health Care in Brazil is the gateway to the many patients who seek the Unified Health System ( SUS ) when they are sick , and the Basic Health Service has the feature to promote actions in health , both at collective and individual , with the goals early diagnosis of diseases , their treatment as well as rehabilitation and maintenance of patient health . We investigate the use of benzodiazepines for users of a family health unit ( FHU) in a city of high Paraiba backwoods . And to identify the factors that lead users to a USF consumption of benzodiazepines . Checking the frequency of benzodiazepine use by users of a USF and verifying that users of benzodiazepines receive professional guidance on adverse and beneficial effects of these drugs . Field survey of descriptive and explanatory way , aiming to cover the most relevant factors that predisposes individuals to the use of the drug was carried out and explain this phenomenon of the large amount of consumption of benzodiazepines . In a quantitative approach to organize tables into categories of factors , this research was conducted in the Basic Health Unit in the Municipality of Cajazeiras - PB in that the study population was composed of all members of the Family Health Program (PSF) in 1420 families ; the sample consisted of all patients who were drug treatment with anxiolytics , especially with Benzodiazepines were also 19 people . We realize that most users are female , over 60 , retired , use the drug daily, one tablet , the anxiolytic diazepam is the most used , most were oriented on the action of the drug in the treatment , but the minority was not focused on the adverse effects , since most did a previous and current treatment in large part the reason for the medication was to insomnia . The study shows that factors related to use of the product , in particular difficulty sleeping (insomnia ) , was the main reason for the use of psychotropic medicine . Through our descriptive analysis , we also observed that should have a more focused attention to the female population and over 60 , retired , housewives , because they are more prone to drug use , therefore we see the need for educational measures to guide this population about the risks of chronic use of anxiolytics and especially for the realization of measures of switching and monitoring the gradual discontinuation of chronic use of psychotropic drugs for these users .

Keywords: Anxiolytic; Mental Disorder; Basic Health

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	16
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	18
<b>2.1 Geral:</b> .....	<b>18</b>
<b>2.2 Específicos:</b> .....	<b>18</b>
<b>3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	19
<b>3.1 Breve contexto acerca da saúde mental e da utilização de psicofármacos na rede básica de saúde.</b> .....	<b>24</b>
<b>3.2 Transtornos Mentais como problema de saúde mundial e atenção farmacêutica como estratégia no tratamento com psico-fármacos.</b> .....	<b>27</b>
<b>3.3 Benzodiazepínicos</b> .....	<b>33</b>
<b>3.4 Transtornos Mentais comuns na Estratégia de Saúde da Família</b> .....	<b>35</b>
3.4.1 Depressão.....	35
3.4.2 Ansiedade.....	37
3.4.3 Insônia .....	39
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	41
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	60
<b>7 REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA</b> .....	61

### **ANEXOS**

### **APÊNDICES**

# 1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde no Brasil é a porta de entrada para os diversos pacientes que procuram o Sistema Único de Saúde (SUS) quando estão enfermos, sendo que o Serviço Básico de Saúde tem por característica promover ações na área da saúde, tanto em nível coletivo quanto individual, tendo como metas o diagnóstico precoce de doenças, seu tratamento, bem como a reabilitação e a manutenção da saúde do paciente. No âmbito dos processos patológicos que envolvem a Saúde Mental, o “programa saúde da família” (PSF) tem tentado trabalhar de uma forma conjunta com a equipe de profissionais de saúde, com uma finalidade de prestar uma assistência ao paciente de forma mais integral e que possa atender as necessidades do cliente e assim recuperar sua saúde mental e física.

Para que isso ocorra é necessário que os profissionais que compõem a equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS) sejam capacitados para agir de forma coesa, programada e correta, desempenhando seu papel na promoção e recuperação da saúde do paciente. Sabe-se que mesmo com uma ação dedicada dos profissionais voltada para o tratamento do cliente, em alguns casos, é necessária a utilização de medicamentos que proporcionam uma melhora dos sintomas apresentados pelo indivíduo, neste contexto que os pacientes podem ser prejudicados no que consiste à ausência de orientações e prescrições inadequadas por parte dos profissionais da Unidade Básica de Saúde.

As substâncias químicas utilizadas, também conhecidas como fármacos ou drogas psicotrópicas, fazem parte de uma grande variedade de substâncias que têm a função de deprimir o sistema nervoso e, desta forma, acalmam ou sedam o usuário provocando uma sensação de bem estar, harmonia e prazer sendo utilizados nas mais diversas possibilidades, principalmente por médicos, no tratamento e usuários com transtornos mentais como: depressão, ansiedade e insônia.

Os transtornos mentais e a ansiedade fazem parte dos grandes problemas de saúde que o mundo enfrenta, dessa forma, os medicamentos psicotrópicos têm uma grande ação e uma ampla massa de consumidores no mercado. Dentre os medicamentos psicotrópicos, a classe dos benzodiazepínicos (BZD) se destaca em sua utilização por usuários com possíveis sofrimento psíquico, principalmente devido à facilidade de acesso e de uso e com menos efeitos deletérios ao paciente.

Embora essa classe de psicofármacos seja, teoricamente, segura para sua utilização, algumas restrições a seu uso têm sido cada vez maiores, isso ocorre pelo fato de

haver incidência de efeitos colaterais, relacionados à depressão do sistema nervoso central, como: a diminuição da atividade psicomotora, o prejuízo na memória, à tolerância e dependência, que é uma das formas de efeito colateral mais presente, e a potencialização do efeito depressor pela interação com outras drogas depressoras, principalmente o álcool (AUCHEWSKI et al, 2004).

Nas últimas décadas o consumo dos psicofármacos tem crescido de forma exagerada, e este aumento pode ser atribuído a novas formas de utilização, bem como novos medicamentos surgidos e o maior número de casos de transtornos mentais verificados e diagnosticados pelos profissionais (RODRIGUES; FACCHINI; LIMA, 2006). Desde o momento em que se passou a usar psicofármacos no tratamento dos transtornos mentais, houve uma transformação radical frente à falta de perspectivas que prevalecia no campo da psiquiatria e da saúde mental, o que provocou uma grande mudança nas concepções e práticas utilizadas naquela época (RODRIGUES; FACCHINI; LIMA, 2006). Atualmente, saber e conhecer acerca destes psicofármacos, principalmente os que estão disponíveis para a população, suas ações benéficas ou maléficas e em que circunstâncias devem ser usadas, são importantes para um efetivo trabalho nesta área de psiquiatria.

Devido ao baixo conhecimento em relação aos efeitos benéficos e colaterais de qualquer tratamento medicamentoso, principalmente quando tratamos de psicofármacos, realizaremos, em um contexto de atenção à saúde, a orientação acerca do uso correto dessas medicações, com intuito de promover uma maior adesão ao tratamento e uma melhor compreensão por parte dos usuários acerca das medicações utilizadas, visando aumentar a capacidade de decisão acerca do tratamento farmacológico, avaliar quais os medicamentos mais prescritos e orientar a sua utilização por parte do corpo médico que os prescreve.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral:**

Investigar o uso de benzodiazepínicos por usuários de uma unidade de saúde da família (USF) em um município do alto sertão paraibano.

### **2.2 Específicos:**

- Identificar os fatores que levam os usuários de uma USF ao consumo de benzodiazepínicos.
- Verificar a periodicidade do uso de benzodiazepínicos por usuários de uma USF.
- Verificar se os usuários de benzodiazepínicos recebem orientação dos profissionais sobre os efeitos adversos e benéficos dos referidos medicamentos.

### 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e alguns pesquisadores contemporâneos explicam o termo *saúde* como sendo um estado de bem-estar nos aspectos físico, mental, social e espiritual. Sabe-se que a saúde é algo que está diretamente influenciada por diversos fatores que podem tornar a vida de um ser humano feliz, produtiva e ativa, dessa forma, consideramos que este indivíduo possui um estado de bem estar consigo mesmo ou pode torná-lo um ser humano em um estado problemático ou retraído socialmente. Segundo Fortes et al (2010) um renomado pesquisador deste tema, a saúde pode ser definida como um estado de bem-estar físico, mental e social e o espiritual.

Deve-se lembrar de que alguns aspectos podem também influenciar diretamente a qualidade de vida de um indivíduo e interferir na sua saúde, como: a situação socioeconômica, a política da região onde mora, a religião e a forma com que é transmitida para este indivíduo, os aspectos sexuais e como se relacionam com outros indivíduos e a presença ou ausência de aspectos referentes aos direitos humanos. É fato que no mundo atual os transtornos mentais são bastante frequentes, mesmo em tempos contemporâneos e de avanços da farmacologia psicotrópica, os problemas têm aumentado toram-se mais graves.

Dentre os problemas de saúde da população mundial identificado e com maior atenção por parte da Organização Mundial de Saúde (OMS), os transtornos mentais ocupam um lugar de destaque. Dados oriundos da OMS, em 2001, demonstram que mais de 450 milhões de pessoas no mundo são afetados pelos transtornos mentais, o que os tornam dignos de observação por parte das autoridades públicas. Esses transtornos apresentam uma porcentagem de 12% de todas as doenças registradas no mundo (FORTES et al, 2010).

A falta de investimentos e de interesse por parte dos gestores dos países em desenvolvimento faz com que o problema, no campo da saúde mental, seja cada vez mais grave. Ainda de acordo com esse autor, quarenta por cento dos países do mundo não têm uma política específica nesse sentido de prática e dentre os países que têm algum tipo de política apenas 1% de suas verbas da saúde são destinados à saúde metal. Não é difícil imaginar que devido a este tipo de política de saúde, totalmente equivocada, a qual os governos gastam com tratamento dos transtornos muito mais do que poderiam investir para a prevenção dos mesmos (FORTES et al, 2010).

Segundo pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, de 20 a 50% dos indivíduos com transtornos mentais no Brasil realizam algum tipo de tratamento. Como nos outros países em desenvolvimento, a maioria dos transtornos são resolvidos de forma incompleta ou incipiente, de acordo com o acesso limitado que os indivíduos têm aos serviços direcionados a este fim. Soma-se a esta situação o fato de que quem tem algum tipo de sofrimento mental é geralmente estigmatizado e discriminado, transformando-se em vítima na sociedade (FORTES et al, 2010).

No âmbito da Saúde Mental, a OMS, elaborou um documento denominado “Integração da Saúde Mental nos cuidados primários – uma perspectiva global”, tendo como principal objetivo auxiliar a implantar as ações de Saúde Mental nos serviços primários de saúde. No Brasil, esse serviço da OMS trabalha em conjunto com o Programa Saúde da Família. Agora para que isso realmente aconteça, na Atenção Primária, adequadamente é necessário que haja equipes multiprofissionais preparadas para desenvolver essa tarefa de uma forma mais eficaz (OMS, 2008).

Sendo assim, para que haja implantação de um programa de orientação à utilização de medicamentos ou drogas farmacologicamente ativas em uma determinada população, é fundamental conhecermos a realidade do consumo destes medicamentos. É importante lembrar que nenhum dado é suficiente preciso/claro para se traçar um perfil de uma sociedade ou parte dela frente a estas substâncias.

Muitas informações podem ser utilizadas para se traçar este perfil e diagnosticar o uso de substâncias ou drogas em uma área geográfica, entretanto três tipos de informações são necessárias para diagnosticar o uso de medicamentos, principalmente quando nos referimos a drogas psicotrópicas: a) levantamentos populacionais e estatísticos; b) indicadores estatísticos e, c) pesquisas etnográficas. Podemos afirmar que os primeiros são os mais ricos em informações sobre o consumo global de drogas. Outras fontes de informações sobre medicamentos/drogas advêm dos indicadores estatísticos que fornecem dados diretos a respeito das consequências do uso das mesmas, podendo-se citar internações hospitalares por dependência, atendimentos ambulatoriais, em emergências, dados do Instituto médico legal (IML) nos quais podem ser analisados os laudos forenses positivos para as diversas substâncias/drogas/medicamentos. Aqui, torna-se necessário frisar que substâncias farmacologicamente ativas, drogas e/ou medicamentos possuem um significado muito próximo, criando uma dificuldade na maioria dos estudos realizados para que haja uma distinção (CARLINI et al 2001).



Outro indicador estatístico que merece destaque são as principais porcentagens dos medicamentos mais consumidos. Finalmente, as pesquisas etnográficas fornecem dados qualitativos sobre o uso de uma determinada substância. Assim é possível traçar características específicas desses usuários. Importa enfatizar que há uma dificuldade considerável em conseguir-se este tipo de informação na cidade de Cajazeiras, visto que não existem levantamentos acerca da utilização de drogas psicotrópicas, principalmente referente à utilização com prescrição médica.

Em um contexto mais amplo, Firmino et al (2012), afirmam que aproximadamente 2% da população dos adultos dos EUA tem prescrição de psicotrópicos benzodiazepínicos, já a porcentagem de usuários no Reino Unido chega a um milhão de usuários do medicamento durante um período de 12 meses. 50% destes usam essa classe de medicamento por um período longo, que vai além de cinco anos. No Chile, pequeno país da América Latina, o problema do uso dos medicamentos psicotrópicos já é considerado um caso de saúde pública.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010) o Brasil, é um país de dimensões continentais, com uma área de 8.515.692,27 Km<sup>2</sup>, configura-se como o maior país da América Latina, com uma população de 190.755.799 habitantes (IBGE, 2010). Devido a essa dimensão cria-se uma enorme dificuldade de controle da distribuição e utilização do medicamento (BRASIL, 2009). Atualmente, os levantamentos de utilização de drogas psicotrópicas caminham no sentido de pesquisas altamente específicas, como a utilização destas substâncias por estudantes, e entre meninos de rua. Em um estudo realizado no ano de 2001, foi detectado que cerca de 1,6% da população brasileira usam os benzodiazepínicos de forma crônica e, destes, 3,3% usam sem indicação médica ( FIRMINO et al, 2012).

De acordo com Relatório Brasileiro Sobre Drogas (2009) produzido pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), em convênio com a Universidade Federal de São Paulo, Departamento de Psicobiologia, Centro Brasileiro de Informações sobre drogas Psicotrópicas (CEBRID), que tinha por objetivo geral analisar e reportar a situação da demanda, da oferta e dos dados associados a drogas no Brasil nos anos de 2001 a 2007, houve uma clara demonstração de porcentagem de uso de qualquer droga (consumo) na vida, exceto álcool e tabaco, sendo que, na região Norte, aproximadamente 14,4% dos entrevistados já experimentaram, no Sul 14,8%, Centro-Oeste 17%, Sudeste 24,5% e Nordeste 27,6% (BRASIL, 2009).

Em um estudo realizado pela CEBRID, o “V Levantamento Nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes de ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras”, onde foram analisadas 15.474 estudantes da região Nordeste, há uma clara comprovação de que uma boa parcela dos jovens faz uso de drogas psicotrópicas, sendo que a maconha, cocaína e *crack* são as substâncias mais utilizadas, seguidas pelos anfetamínicos, solventes, ansiolíticos, anticolinérgicos, barbitúricos, opiáceos, xaropes, alucinógenos, orexígenos, energéticos, esteróides/anabolisantes, nesta ordem de classificação crescente (BRASIL, 2009).

Nesse mesmo estudo, a Paraíba, representada pela cidade de João Pessoa, sua capital, que tem um total de 102.849 estudantes matriculados no ensino fundamental e médio, destes 2.007 estudantes foram testados, a pesquisa mostrou que 22,9% dos estudantes já tiveram contato com drogas psicotrópicas na vida, sendo que a maior parte dos estudantes que já fez uso dessas substâncias tinha idade superior a 18 anos (BRASIL, 2009).

Em Cajazeiras, em um estudo realizado com 300 alunos de uma escola pública da cidade, verificou-se que 71% já tinham usado álcool, algo que chama atenção se considerarmos a idade dos entrevistados, 66,4% fizeram uso de droga entre 13-17 anos de idade, 69,4% usaram por diversão, 59,5% já se embriagaram ao consumir álcool, 21,3% experimentaram em bares/boates e 39,4% beberam com maior frequência em bares/boates. Constatou-se que há alto consumo de álcool entre adolescentes, sendo necessária a implementação de ações educativas, visando à diminuição do consumo (CERQUEIRA et al, 2011).

Os benzodiazepínicos (BDZ), que são psicofármacos e estão entre as drogas mais prescritas no mundo de acordo com os estudos mostrados, são utilizados principalmente como ansiolíticos e hipnóticos, além de possuírem ação mio-relaxante e anticonvulsivante. Esses efeitos ocorrem pelo fato desses medicamentos agirem nos receptores GABA A, os quais regulam aberturas celulares que são os canais de íons de cloreto que estão intrinsecamente envolvidos com a propagação dos impulsos nervosos. Estima-se que o consumo de benzodiazepínicos dobra a cada cinco anos (ANDREATINI; LACERDA; ZORZETTO FILHO, 2001).

O uso de psicotrópicos e em destaque os benzodiazepínicos tem crescido atualmente, e grande parte desse crescimento se deve à automedicação, e aos longos tratamentos propostos pelos médicos, e os quais são submetidos os pacientes, pois causa a dependência provocando mais consumo, e esse longo tempo de tratamento, se comparado ao

tratamento preconizado, esta fora do padrão de utilização do medicamento (SOUZA; OPALEYE; NOTO 2013).

Na nossa região, assim como no restante do Brasil, um dos fatores que contribui para o uso indiscriminado de medicação psicotrópica é a distribuição gratuita dessa medicação por programas governamentais, sem maiores medidas de controle, e que acaba por permitir uma facilidade ao acesso. Alguns estudos também relacionam a maior prevalência do consumo de ansiolíticos com trabalhadores que enfrentam longas jornadas de trabalho e ficam mais expostos ao estresse. Essa característica pode contribuir para um início prematuro no uso dessa medicação e o consequente uso crônico, através da dependência, em idades mais avançadas (SANTOS, D, 2009).

Segundo Souza, Apaleye e Noto (2013) mesmo com uma legislação que fala acerca das formas de venda dos benzodiazepínicos, como é o caso da venda só permitida com a prescrição de receitas controladas, essa fiscalização não ocorre de forma adequada. Outro ponto que auxilia nesta utilização sem acompanhamento profissional é a falsificação das receitas que são realizadas, muitas vezes sem o preenchimento correto dos requisitos necessários das prescrições.

Neste ponto do nosso projeto, é importante tecer algumas denominações acerca das substâncias químicas utilizadas com finalidades terapêuticas, a saber:

**Drogas:** “de acordo com a organização mundial de saúde, “qualquer entidade química ou mistura de entidades que alterem a função biológica e possivelmente a sua estrutura” (CARLINI et al 2001).

**Drogas psicotrópicas:** segundo Carlini et al (2001) são aquelas que “agem no sistema nervoso central (SNC), produzindo alterações de comportamento, humor e cognição”.

Esse tipo de drogas age de forma a estimular ou deprimir o sistema nervoso central, sendo dessa forma, classificado em algumas categorias. A classificação que iremos utilizar neste estudo foi proposta pelo pesquisador francês Chaloult pelo fato da praticidade do uso.

**Drogas depressoras:** tem a capacidade de produzir a diminuição da atividade do Sistema Nervoso Central (SNC) provocando alterações psicomotoras e sonolência, por exemplo: álcool e benzodiazepínicos (CARLINI et al, 2001).

**Drogas estimulantes:** essas substâncias fazem com que o Sistema Nervoso Central (SNC) fique em alerta, provocando a hiperatividade do corpo, provocando vigília, perturbações, delírios e alucinações, esses três últimos efeitos são vistos em casos de exagero no uso. Exemplo: cocaína e crack (CARLINI et al 2001).

**Drogas perturbadoras:** provocam alterações conhecidas como psicomiméticas, ou seja, elas mimetizam psicoses. Provocam sintomas como delírios, alucinações, ilusões, causam alterações mentais. Exemplo: maconha e medicamentos anticolinérgicos (CARLINI et al, 2001).

### **3.1 Breve contexto acerca da saúde mental e da utilização de psicofármacos na rede básica de saúde**

De acordo com a contextualização explicitada acima, percebemos que existe uma grande utilização de psicofármacos pela população mundial e uma das que se destaca é a brasileira, considerando-se também que há uma grande utilização de substâncias psicotrópicas por parte da população nordestina, o que torna objeto importante de estudo em nossa região.

Este consumo exagerado de psicofármacos pela população pode estar relacionada a problemas de cunho genético, passando de pai para filho e necessitando do uso do medicamento pelo indivíduo, ou por fatores que envolvem a vida social como é o caso do estresse. Dentre as principais demandas populacionais nos estabelecimentos de saúde, os problemas de saúde mental são muito frequentes, principalmente nos serviços que compõem a Atenção Primária.

De acordo com Tanaka e Ribeiro (2006) os transtornos mentais são observados no Brasil e em todos os países do mundo, e são mais frequentes nos países que adotam a Estratégia de Saúde Família como modelo de atenção básica. Os transtornos mentais são, em alguns países a principal demanda por 56% da equipe de saúde da família. Contrastando com essa evidente necessidade, é notória a fragilidade na articulação entre os campos da saúde mental e atenção primária.

Algumas características foram atribuídas à prática da saúde mental na atenção básica, entre elas: estar associada às demais ações da atenção básica; assegurar o bem estar da comunidade e do indivíduo; privilegiar as ações preventivas, individuais e coletivas; alocar os programas de saúde mental em diferentes serviços de atenção básica, formando uma rede de suporte e cuidados; realizar ações diretas e indiretas; utilizar novas estratégias de abordagem em saúde; ter governabilidade; agregar profissionais com diferentes formações, implicar a comunidade e, por fim, considerar as características da comunidade (REINALDO, 2008).

Santos, D (2009) relata que quando pacientes com algum problema mental chega a um PSF (Programa Saúde da Família), o primeiro profissional a ser responsável pelo atendimento é o médico, chegando a ser responsável por tratar mais de 95% dos casos que chegam ao ESF (Estratégia saúde da Família). Dessa forma, esse profissional tem grande

influência na recuperação do indivíduo, devendo ser realizados os cuidados necessários e de forma adequada tratar e proporcionar melhora do paciente.

É evidente que as intervenções que utilizam tecnologias leves como escuta, conversar, dar atenção ao paciente, devem ser utilizadas como parte dos recursos possíveis de manejo destas queixas. As atuações mais observadas são circunscritas ao universo de procedimentos médico sendo o uso de medicamentos os procedimentos mais utilizados (TANAKA; RIBEIRO, 2006).

Entre as décadas de 50 e 60 houve uma tendência com relação aos tratamentos dos transtornos de comportamentos, os programas de psiquiatria comunitária, esse trazia embutido no seu pensamento a relação paciente e sociedade, como fazer com que ele se inserisse na sociedade. Isso fez com que houvesse críticas tanto positivas como negativas com relação aos objetivos da revolução, e como seria essa abordagem com relação aos pacientes que estavam em serviços hospitalares, ou seja, tinha muitos questionamentos. No Canadá esse processo foi denominado de revolução tranquila (OLIVEIRA, 2002; REINALDO, 2008).

Na Itália o principal movimento psiquiátrico ocorrido foi o proposto por Franco Basaglia chamado de Desinstitucionalização. Na Inglaterra a mudança ocorreu principalmente na política, refletindo na vida social. Já nos Estados Unidos, foi decretada a Lei Kennedy em saúde mental, que trouxe a construção de centros comunitários (OLIVEIRA, 2002). Os Franceses realizaram a psiquiatria de setor que eram ações de saúde mental programada localmente, e na Espanha a revolução foi liderada principalmente pelos profissionais da área da saúde (REINALDO, 2008).

No Canadá e também nos Estado Unidos foi onde se desenvolveram com mais intensidade os programas propostos pelos movimentos psiquiátricos e isso ocorreu pelo fato de que os governos incentivaram o desenvolvimento destes programas. Neste período houve uma grande expansão pelo fato das grandes pesquisas realizadas na época (OLIVEIRA, 2002; REINALDO, 2008).

Uma grande força foi dada com a Segunda Guerra Mundial justamente pelo fato que os soldados que iam para a guerra, muitos deles jovens, voltavam com problemas psicossociais, tornando-se um problema de saúde que preocupava o governo dos EUA. Adicionalmente a esta preocupação com a saúde, intui-se que havia também uma vontade do governo de mandá-los de volta para o campo de batalha isso possivelmente impulsionou pesquisas direcionadas aos psicotrópicos no contexto da saúde mental. Com o final da guerra havia hospitais abarrotados de soldados e pessoas civis, todos com transtorno/sofrimento mental. Posteriormente, e com denúncias da população sobre os maus tratos e contrárias às

instituições que tratavam as pessoas, o governo dos EUA desenvolveu a Comissão de Enfermidade e Saúde Mental e esses criaram e discutiram políticas sobre os direitos e formas de tratamentos em questão (OLIVEIRA, 2002; REINALDO, 2008).

De forma mais precisa, a reestruturação dos serviços e da assistência psiquiátrica só voltaram a ser efetivamente realizadas, na década de 90 ocorrendo mudanças nas políticas de saúde mental e possibilitando que a aplicação dos recursos financeiros e o desenvolvimento e integração com o serviço básico de saúde. Essa assistência têm como ênfase o tratamento o mais precoce possível e a reabilitação a inserção do indivíduo na sociedade (OLIVEIRA, 2002; REINALDO, 2008).

A verdade é que a praticidade da assistência com sofrimento mental se desenvolve quando o indivíduo tem possibilidade de planejar e interagir com a comunidade mantendo com ela atividades que proporcionem mudanças no comportamento tanto dos próprios moradores, como da pessoa que tem sofrimento mental.

A atenção psiquiátrica no Brasil tem suas iniciativas assistenciais ao paciente baseado nos hospitais de suporte geral e na equipe do Programa de Saúde da Família (PSF). Essas intervenções acontecem em dois momentos: a) no acompanhamento do indivíduo na comunidade, que é realizado pela equipe de saúde do PSF e CAPS; ou b) no momento de crise, realizados pelos hospitais gerais, para solucionar o problema de uma forma mais precoce. Com a lei 10.216, de 06 de abril de 2001, ficou mais fácil realizar as atividades, bem como planejar as políticas, justamente pelo fato de estarem assegurados os direitos sem discriminação de raça, cor, sexo dos indivíduos com transtornos mentais. Esses direitos sempre levam em conta o propósito dos movimentos psiquiátricos que ganharam força nos Estados Unidos e Canadá, e que priorizavam a inclusão do indivíduo na comunidade, ficando conhecida como saúde mental comunitária (OLIVEIRA, 2002, REINALDO, 2008).

- § ÚNICO: “São direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais”.
- I- ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, contemporâneo às suas necessidades” ( REINALDO, 2008 Apud BRASIL, 2001).

Essa possibilidade de reconhecimento do transtorno mental pelo PSF e tratamento pelo CAPS, foi possível por um ponto chave, que foi a reforma no campo da legislação com a aprovação do projeto de Lei 3.657/89 que elaborada pelo Deputado Paulo Delgado que fala sobre a extinção gradual dos manicômios e a substituição por um atendimento em centros de atenção psicossocial como é o caso do CAPS e outras modalidades, o caso da internação só seria de forma compulsória (OLIVEIRA, 2002).

Outro ponto que trouxe benefícios para uma boa ação da assistência ao paciente com sofrimento mental é a Norma Operacional da Assistência à saúde (NOAS) de 2001 que entre outros pontos relata que através do plano diretor de regionalização o indivíduo tem o direito de ter acesso, o mais próximo, a um serviço de atenção a seu transtorno mental, de forma que haja pelo menos uma resolução mínima do transtorno mental (REINALDO, 2008). Sendo assim o acesso mais perto da sua casa é o PSF, pois todo indivíduo esta dentro de uma área de alguma Unidade Básica de Saúde.

Na realidade a função da Unidade Básica de Saúde é proporcionar ações de profilaxia e tratamento que estejam dentro dos limites das suas ações, buscando através das diversas áreas de atuação dos profissionais que compõem a equipe do PSF proporcionar a menor limitação ou agravo possível ao paciente (ARAÚJO et al, 2012).

As ações de saúde mental no Brasil têm como base os princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS), como também os que estão fundamentadas nos princípios da Reforma Psiquiátrica. Deste modo o trabalho da equipe que esta tratando um paciente com sofrimento mental deve estar em integralidade com outras equipes do serviço secundário e terciário do SUS promovendo uma melhor intervenção na saúde mental, porque esse é o plano do Ministério da Saúde, trabalhar em conjunto entre os setores paralelos com a atenção básica.

### **3.2 Transtornos Mentais como problema de saúde mundial e atenção farmacêutica como estratégia no tratamento com psico-fármacos.**

Fortes et al (2010) enfatizam que milhões de pessoas no mundo são afetados por sofrimentos mentais. Os transtornos mentais têm uma porcentagem de 12% de todas as doenças registradas no mundo. Em contrapartida a falta de investimentos e de interesse por parte dos gestores dos países faz com que o problema seja cada vez mais grave. Ainda nesse mesmo estudo, 40% dos países do mundo não tem uma politica específica para combater esse problema e isto se torna preocupante. Entre os países que tem algum tipo de política no sentido de combate aos transtornos mentais, apenas 1% de suas verbas da saúde são destinados à questão da saúde mental e a programas destinados a usuários com transtornos mentais. Isto faz com que haja gastos elevados com os tratamentos e com que estes superem aos investimentos realizados por eles com a prevenção dos transtornos (FORTES et al, 2010).

Algumas pesquisas demonstram que os transtornos mentais estão correlacionados com alguns fatores que influenciam diretamente no aparecimento dos sintomas dos problemas mentais. Os transtornos mentais estão relacionados com situações socioeconômicas. Indivíduos com maior vulnerabilidade social, baixa escolaridade e à menor renda per capita, mostra uma prevalência desses sintomas. Dessa forma é necessário que haja uma intervenção que leve em consideração esses fatores, principalmente da equipe do Programa Saúde da Família que são os primeiros a terem contatos com o indivíduo (MARAGNO et al 2006; SANTOS, R, 2009).

Existe também uma grande dificuldade na diferenciação entre sintomas e diagnósticos. Geralmente quando os sintomas surgem, sua existência é isolada e dessa forma não podem ser um diagnóstico fechado e válido esse, é o chamado transtorno mental comum (TMC) ou distúrbios psiquiátricos menores. O aparecimento de alguns desses sintomas como irritabilidade, fadiga, insônia, dificuldade de concentração, esquecimento, ansiedade e queixas somáticas podem ocorrer sem necessariamente delinear de fato um transtorno mental, sem ser um caso prioritariamente de uma intervenção farmacológica. Na atenção primária os transtornos mentais comuns são bem presentes nos atendimentos, em alguns estudos de chegam a 56% (SANTO, D, 2009).

Segundo Mendes (2013) os principais problemas mentais que são observados nos PSFs são ansiedade, depressão, insônia e nervosismo. E de acordo com o autor, quando são detectado um dos problemas o médico logo prescreve os benzodiazepínicos, e quando se encaminha para uma consulta mais especializada, permanece com a prescrição.

Na atenção primária houve um grande aumento das prescrições de medicamentos psicotrópicos, fato este que coloca a saúde da população civil em perigo, justamente pelo fato de uma maior ocorrência de dependência e tolerância ao alopático, dificultando cada vez mais o combate.

Os fármacos psicotrópicos têm crescido de forma exagerada nos últimos 10 anos, esses medicamentos eram considerados a 3º classe terapêutica em termos de gastos financeiros, com um aumento de 18% em 2000, e passando a representar no ano de 2002 até 4,2% do mercado farmacêutico global (SANTOS, D, 2009).

As substâncias psicotrópicas tem sido prescrito de forma errada, no que consiste quantidade prescrita, no tempo de uso do medicamento, que muitas vezes ultrapassam o tempo necessário de uso, fazendo com que o tratamento seja inadequado para o indivíduo (RIBEIRO et al, 2007).



Em um estudo realizado na cidade de Campinas-SP, Ribeiro et al (2007), identificam que o tempo médio de uso de benzodiazepínicos era de 10 anos e que mais da metade da população estudada não recebera informações sobre o medicamento usado. Esta ausência de informações ao paciente leva a uma não participação e não intervenção no seu tratamento, impedindo de agir, como sujeito ativo, nas várias possibilidades terapêuticas para seu problema de saúde. A esta faceta, os autores denominam “*empowerment*”, que corresponde à baixa apropriação que os usuários possuem tanto ferramentas que os transformem em sujeitos ativos de decisões sobre o seu tratamento (SANTOS, D, 2009).

Segundo Santos, D, (2009) relata que na Europa o caso de prescrições de substância alopática na atenção primária de saúde chegam a 8% da população. A *Internacional Narcotics Control Board* (INCB) em 2004, tem buscado estudar e tem se preocupado com o desenfreado uso de substâncias psicotrópicas e principalmente os benzodiazepínicos, demonstrando que esse problema não só se limita ao âmbito da área da saúde mais a exterioriza tornando-se um assunto global. Neste mesmo estudo foi observado que em 2005, as taxas de utilização de benzodiazepínicos na Europa ocorreu um aumento de 3,9% na participação do mercado total de medicamentos.

No Brasil o uso também é abusivo mesmo sendo controlado pelo Ministério da Saúde. A fiscalização dos medicamentos alopáticos é de responsabilidade da Agência Nacional de vigilância Sanitária (ANVISA) que tem por finalidade diminuir o uso abusivo dos psicotrópicos na população. Essa forma de controle é determinada pela portaria 344/98, que define a forma como deve ser realizada a distribuição dos medicamentos (ARAÚJO et al, 2012) e mesmo com todo um rigor a automedicação e a prescrição exacerbada ocorrem.

A argumentação dos profissionais da saúde, principalmente os médicos, com relação à elevada utilização de medicamentos psicotrópicos, é justamente pelo fato da alta quantidade de diagnósticos de transtornos mentais na atualidade (NORDON; HUBNER 2009).

É fato que a caracterização/diagnóstico dos transtornos mentais é algo de muita complexidade, e isso acontece porque os problemas mentais são uma soma de várias situações ou fatores. Sendo assim seu diagnóstico torna-se um construto de sintomas e faz com que haja muita discordância entre os diversos profissionais da saúde.

Se por um lado observamos a medicação excessiva da população, por outro, alguns autores como Santos, D, (2009) e Santos, R, (2009) apontam que os médicos de família não conseguem reconhecer doentes com episódios depressivos maiores, apesar das

altas prevalências desta condição na população geral, e o mesmo pode-se dizer quanto aos transtornos mentais comuns. Segundo Nordon et al (2010) outro fato que ocorre na Unidade de Saúde Básica é que ocorre uma afinidade entre paciente e profissionais médicos, fazendo com que esses não recusem ao pedido do medicamento pelo paciente. Além disso, muitas vezes há a falta de conhecimento acerca dos efeitos, por parte do profissional, disponibilizando a receita para o uso do medicamento.

É possível que muito dos profissionais médicos que mais prescrevem os psicotrópicos, sejam também, os que mais prolongam o tratamento e os que têm um conhecimento mais limitado acerca dos efeitos colaterais (HUF; LOPES; ROZENFELD, 2000).

Neste ínterim, podemos inferir que o aumento dos diagnósticos e consequente tratamento do problema com medicamentos alopáticos pode ser desnecessário, e, assim, a utilização de outras terapias pode ser conjecturada (SANTOS, D, 2009).

Um ponto importante desse problema envolve também o baixo “*empowerment*” que os usuários dos serviços de saúde possuem em relação ao futuro do seu tratamento. Há principalmente, um baixo conhecimento em relação aos efeitos benéficos e colaterais de qualquer tratamento medicamentoso.

Neste contexto, a Atenção Farmacêutica ou a orientação acerca do uso correto dos medicamentos psicotrópicos promoverá uma maior adesão ao tratamento e uma melhor compreensão por parte dos usuários sobre a medicação utilizada, podendo aumentar a capacidade de decisão acerca do tratamento farmacológico, não deixando o usuário/cliente em uma situação submissa frente ao clínico da Estratégia de Saúde da Família.

Santos, D, (2009) relata que, no Canadá, uma pesquisa demonstrou que 23% dos entrevistados foram informados sobre outras maneiras de tratamento, e 39% dos entrevistados não foram informados no que consistia aos efeitos benéficos e maléficos do medicamento pelo médico no momento da prescrição e que esse problema só se agrava mais pelo fato dos pacientes não demonstrarem envolvimento pelo tratamento terapêutico, dessa forma ele se abstêm da decisão ou de opinar no seu tratamento.

Esses efeitos podem aparecer no tratamento realizado para os seguintes problemas queixas somáticas inespecíficas, dores no corpo, dores de cabeça, nervosismo, insônia é o diagnóstico de transtornos mentais comuns (FONSECA; GUIMARÃES; VASCONCELOS, 2008).

É justamente no combate a esses sintomas de um possível transtorno que são usados os psicotrópicos e, dentre eles, os benzodiazepínicos (BDZ). Dessa forma os

benzodiazepínicos estão sendo usado de modo inadequado e de forma exacerbada. Segundo Carlini et al, (2001) os BDZ estão entre os medicamentos mais consumidos no mundo. Ainda de acordo com Carlini et al, (2001), o mercado de fármacos chegou a produzir mais de 100 tipos de substâncias à base de benzodiazepínicos.

Os benzodiazepínicos agem no Sistema Nervoso Central, ligando-se aos receptores GABA no cérebro esse receptor tem a função de deprimir o sistema nervoso central, sendo, portanto um inibidor. Quando se toma um medicamento dessa classe, se tem um efeito depressor, e como consequência adquire-se a sensação de tranquilidade, sonolência, relaxamento. De acordo com Carlini et al, (2001), os benzodiazepínicos agem de quatro forma bem específicas: a primeira é a diminuição da ansiedade, a segunda faz com que o indivíduo tenha sono, a terceira é o relaxamento dos músculos e a quarta é a redução do estado de alerta da pessoa.

O uso em concomitância com outras substâncias depressoras do Sistema Nervoso Central pode trazer efeitos indesejáveis, pois são duas substâncias agindo no mesmo ponto, proporcionando uma exacerbção do efeito do medicamento.

Isso se observa no caso do uso com o álcool, pois a bebida alcoólica tem a mesma função na depressão cerebral. O uso em conjunto de benzodiazepínicos com álcool é tão grave que pode levar o indivíduo ao coma, algo que dificilmente ocorreria se houvesse ingerido somente o medicamento. Outro problema está no fato de que esse psicotrópico age de forma deletéria em mulheres grávidas. Segundo Carlini et al, (2001) suspeita-se que esse medicamento age no processo de formação da criança, ou seja, é teratogênico.

Além dos efeitos supracitados, há a possibilidade do desenvolvimento de dependência, mesmo que os pacientes utilizem os benzodiazepínicos de forma adequada, além da presença de irritabilidade, suor excessivo, dor pelo corpo, sudorese. Quando o medicamento está sendo tomado e não está surgindo efeito, geralmente os médicos tendem a aumentar a dosagem. Em alguns casos o paciente pode desenvolver convulsão e quanto maior for à dosagem, mais rápidos é a tendência de desenvolver a dependência (CARLINI et al, 2001).

Pereira e Loyola (2013) destacam como deveria ser a consulta e uma conversa para tentar diagnosticar algum tipo de transtorno mental. elegendo 10 passos necessário a seguir.

1. Estabelecer bom contato “olho no olho”: isto propicia o estabelecimento de uma relação de confiança entre o paciente e o profissional de saúde; 2. Começar com questões mais amplas e abertas e posteriormente utilizar perguntas mais fechadas:

entrevistas muito diretivas, voltadas apenas para o esclarecimento das queixas físicas, não propiciam exploração da vida pessoal do paciente; 3. Clarificar as queixas atuais: não é necessário que você explore toda a vida do paciente para que possa ter boa compreensão do que se passa com ele. Explore os episódios mais recentes e construa a história pregressa aos poucos, de forma natural; 4. Usar questões diretivas na pesquisa de queixas físicas: a investigação das queixas físicas deve ser precisa, com o aprofundamento necessário, porém, não deve ser o único foco da entrevista; 5. Fazer comentários empáticos: dizer “eu posso imaginar o que você tem passado” ou “esta é realmente uma situação difícil de resolver” demonstra que você se importa com a pessoa que está sendo atendida, que você consegue perceber seu sofrimento; 6. Estar atento às dicas verbais e não-verbais dos pacientes: a postura do corpo, a atitude e a expressão facial podem “falar” muito durante a entrevista; não despreze esse elemento e observe as mudanças ao longo do tempo; 7. Não ler enquanto estiver entrevistando o paciente: demonstre que todo o seu interesse e a sua atenção estão focados no paciente, que ele é o que importa para você naquele momento. Olhe direto no rosto dele e, se sentir que provoca constrangimento, fique sério e atento, com olhar baixo, mas de frente para a pessoa; 8. Saber lidar com o paciente que fala demais: dizer “já entendi o que você está querendo dizer, mas precisamos explorar mais um outro aspecto da sua vida” – geralmente produz resultados e reconduz a entrevista para uma perspectiva mais produtiva e menos cansativa ou repetitiva; 9. Explorar problemas emocionais: perguntar “o que você sentiu” ou “o que passou pela sua cabeça”, explorando determinada situação da vida do paciente é uma atitude simples, mas que incita a expressão emocional durante a entrevista. 10. Quando a conversa ficar muito tempo sobre o que diz ou fez ou acha uma terceira pessoa, recoloque o foco sobre os sentimentos do paciente. Isso é o que importa neste momento, o foco é o que ele sente e consegue falar sobre o acontecido.

Dessa forma os profissionais de saúde devem saber identificar os principais transtornos mentais e as consequências do uso do medicamento. De acordo com Pereira, Loyola (2013) o principal requisito que o enfermeiro deve atentar nos serviços primários de saúde é: Saber identificar as principais síndromes psiquiátricas e o melhor encaminhamento em cada situação; Conhecer as principais indicações de psicotrópicos e seus principais efeitos colaterais; Instituir tratamento não farmacológico, quando indicado; Gerenciar a situação clínica do paciente, em conjunto com o médico, coordenando os contatos com outros profissionais de saúde de forma a assegurar a continuidade dos cuidados; Organizar a assistência aos portadores de transtorno mental na unidade de saúde; Capacitar e supervisionar os auxiliares de enfermagem e outros agentes de saúde de nível médio no acompanhamento a pacientes com transtornos mentais. Eles devem ser capazes de reconhecer o paciente com sofrimento psíquico, superar o preconceito e visitar o paciente para acolher o sofrimento, mantendo a maior parte dos casos em atendimento através de visitas domiciliares; Fazer prevenção e reabilitação psicossocial em situações clínicas compatíveis com essas ações.

### 3.3 Benzodiazepínicos

Os benzodiazepínicos são medicamentos amplamente utilizados, apesar do risco de dependência associada ao uso prolongado. Devem ser prescritos em talonário azul por serem de uso controlado. Estão indicados como adjuvantes no tratamento de transtornos ansiosos e depressivos que cursem com sintomas ansiosos. Apresentam início rápido de ação (ao contrário de antidepressivo) proporcionando alívio de sintomas como ansiedade e insônia, aumentando a adesão ao tratamento antidepressivo (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

Também são utilizados no tratamento de síndrome de abstinência ao álcool, como anticonvulsivantes, hipnóticos e relaxantes musculares. Em função do risco de dependência não devem ser utilizados por períodos prolongados (por mais de oito semanas), porém, principalmente em decorrência da automedicação, não é isso que acontece na prática. Após períodos maiores de uso, deve-se proceder a retirada gradual para amenizar os sintomas de ansiedade rebote. Entre seus efeitos colaterais, encontram-se problemas de memória e aprendizagem. O cliente deve evitar o consumo concomitante de álcool, que podem potencializar os efeitos depressores sobre o sistema nervoso central. Os benzodiazepínicos de longa duração, que mais frequentemente são utilizados como ansiolíticos, incluem Clordiazepóxido (Psicosedin<sup>®</sup>, Limbitrol<sup>®</sup> - associado com o antidepressivo amitripitilina), Diazepam (Dienpax<sup>®</sup>, Validium<sup>®</sup>), Clorazepato (Tranxilene<sup>®</sup>) Clobazam (Urbanil<sup>®</sup>) e Clonazepam (Rivotril<sup>®</sup>), também utilizado como anticonvulsivante. Dentre os benzodiazepínicos de curta duração (mais utilizados como hipnóticos), temos Alprazolam (Frontal<sup>®</sup>, Altrox<sup>®</sup>, Alpraz<sup>®</sup>), Lorazepam (Lorax<sup>®</sup>, Lorazefast<sup>®</sup>, Mesmerin<sup>®</sup>) Midazolam (Dorminid<sup>®</sup>, Dormire<sup>®</sup>), Flurazepam (Dalmadorm<sup>®</sup>) Flunitrazepam (Rhoypnol<sup>®</sup>) (STEFANELLI, FUKUDA, ARANTES, 2008).

Os BDZ potencializam a ação do ácido  $\gamma$ -aminobutírico (GABA), principal neurotransmissor inibitório do Sistema Nervoso Central (SNC). Os benzodiazepínicos ligam-se a sítio de reconhecimento próprios, associados ao receptor GABA-A, que é um receptor ionotrópico (associado ao canal iônico). A ligação de um BDZ a seu sítio facilita a ligação do GABA ao receptor GABA-A, aumentando a frequência de abertura de canais de cloreto, hiperpolarizando a membrana e reduzindo a atividade neuronal. Uma das consequências clínicas da ação nos receptores GABA-A é a potencialização dos efeitos sedativo quando da administração simultânea de BDZ e álcool. O flumazenil é o principal antagonista BDZ,

muito útil para reversão da superdosagem por BDZ, associada ou não a outros fármacos (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

Com o uso crônico aparece a tolerância, tanto em relação aos efeitos adversos quanto aos terapêuticos. No caso do diazepam, com relação à tolerância frente aos efeitos terapêuticos, ela aparece após 22 semanas (SILVA, 2006).

Os efeitos mais comuns de BDZ são os relacionados com sedação, como sonolência, cansaço, redução da atenção, diminuição da coordenação psicomotora e amnésia anterógrada (isto é, redução da lembrança de eventos ocorridos após a administração), que desaparecem ou diminuem acentuadamente após os primeiros dias de tratamento (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

Segundo Silva (2006) o efeito adverso mais comum ao ser alcançado à concentração plasmática adequada é a sedação que varia conforme o paciente, idade, condição geral, comandada por fatores farmacocinéticos e farmacodinâmicos. Ocorre também lassidão, incoordenação motora, diminuição de atividade de raciocínio, ataxia, redução das funções físicas e mentais, confusão, disartria, secura da boca e gosto amargo. A atividade mental é menos afetada do que a física. Pode ocorrer aumento de peso, justamente pelo fato de aumentar o apetite.

É aconselhável o uso de doses iniciais baixas quando o cliente está exercendo atividades que envolvam riscos ou que exijam atenção e precisão. Isoladamente ou em associação com álcool, os BDZ prejudicam os reflexos, especialmente para estímulos na periferia do campo visual, e por esse motivo oferecem perigo para quem dirige. Após o uso prolongado, mais raramente, podem ocorrer ganho de peso, erupções cutâneas, prejuízo da função sexual, irregularidades menstruais e anomalias sanguíneas. Um outro problema é que os BDZ podem agravar a apnéia do sono. Assim sua utilização deve ser cautelosa em clientes com sintomas sugestivos dessa condição clínica, como sonolência diurna e ronco alto, é contraindicado no caso de confirmação desses diagnósticos (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008). Não se pode esquecer que alguns benzodiazepínicos atravessam a barreira placentária. Assim recém-nascidos de mães dependentes podem desenvolver crises de abstinências (SILVA, 2006).

Dentre as principais dosagem de medicamentos destacamos o cloxazolam (dose entre 2 a 4 mg/dia), o bromazepam (dose entre 3 e 9 mg/dia), clorazepato (dose entre 15 a 45 mg/dia), o clordiazepóxido (dose entre 15 e 45 mg/dia) e o diazepam ( dose entre 5 e 20 mg/dia). As vantagens desses medicamentos é que apresentam efeitos quase imediatos e são seguras para episódio de superdosagem (NUNES; BUENO; NARDI, 2005).

Os BDZ apresentam alta margem de segurança uma vez que não provocam depressão respiratória acentuada. As superdosagem não são fatais, exceto quando associado a outros depressores do SNC (principalmente o álcool), anticolinérgicos ou compostos cardiotoxicos, como os antidepressores tricíclicos. O uso isolado de altas doses de BDZ pode ser letal por complicações secundárias como infecções consequentes em coma prolongado em pacientes idosos ou debilitados. Os BDZ estão associados à dependência, que é mais frequente após uso prolongado e/ou após administração de doses superiores as terapêuticas. Os sintomas de abstinência incluem ansiedade, insônia, distúrbios de percepção, rigidez muscular, parestesia, disforia, fenômenos psicóticos e, em certos casos, convulsões e ataque de pânico. Esses sintomas são mais intensos após interrupção abrupta do que após interrupção gradual da droga (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

### **3.4 Transtornos Mentais comuns na Estratégia de Saúde da Família**

#### **3.4.1 Depressão**

Segundo o CID-10 a depressão é caracterizada por o indivíduo sofrer de humor deprimido, perda de interesse e prazer, energia diminuída, ligada a uma fragilidade aumentada e atividade diminuída. Cansaço marcante após esforços leves é comum. Pode ser leve, moderada, ou grave, com ou sem sintomas psicóticos. No episódio leve dois ou três sintomas dos descritos anteriormente, sofre com a manifestação deste, mas consegue manter a sua vida diária. No episódio moderado o paciente apresenta quatro ou mais sintomas e experimenta dificuldades nas atividades cotidianas. Já no grave, vários dos sintomas descritos são marcantes, como a perda da auto-estima e a presença de ideias de desvalia ou culpa, produzem sofrimento intenso. O cliente não consegue desenvolver as atividades diárias. Ideias e atos suicidas são frequentes bem como a presença de sintomas somáticos (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

As causas da depressão são inúmeras e controversas. Acredita-se que a genética, alimentação, stress, estilo de vida, rejeição, problemas na escola e outros fatores estão relacionados com o surgimento ou agravamento da doença (NUNES; BUENO; NARDI, 2005).

Sabe-se que a depressão é associada a um desequilíbrio em certas substâncias químicas que existem no cérebro, o tratamento com os principais medicamentos antidepressivos têm por função principal agir no restabelecimento dos níveis normais destas substâncias, principalmente a serotonina (NUNES; BUENO; NARDI, 2005).

As pessoas que já experimentaram períodos de depressão relatam um acontecimento estressante como o fator precipitante da doença. A perda recente de uma pessoa amada é o fato mais citado, mas todas as grandes perdas (e mesmo as pequenas) causam certo pesar. Também a falta de amigos, que pode ocorrer devido a vários fatores, desde a rejeição, até à falta de interesses em comum, leva à solidão indesejada e é um fator de risco que frequentemente leva à depressão, principalmente durante a adolescência. Acontecimentos traumáticos, como a perda súbita de um ente querido, ou mesmo eventuais mudanças de cidade, podem causar uma depressão profunda, sendo necessário um longo período de recuperação. A maioria das pessoas supera este estado sem se tornar cronicamente deprimida. Alguns fatores genéticos ou biológicos podem explicar a maior vulnerabilidade de certas pessoas. A existência ou a ausência de uma forte rede social ou familiar também influenciam – positiva ou negativamente – na recuperação (NUNES; BUENO; NARDI, 2005; STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

Algumas pessoas podem sofrer com a doença pelo fato de trocar de uma cidade muito boa, para uma pior e que não oferece nada em troca. É um grande fator de risco, por exemplo, uma pessoa que tem vários amigos ir para outra cidade que não tenha ninguém. As pessoas afetadas criam um bloqueio de aceitação. Desse modo, acabam se desanimando das atividades comuns do dia-a-dia e com o passar do tempo o desânimo aumenta, a pessoa perde a motivação da vida, e isso gera uma grande tristeza. Esse é um fator comum que afeta mais os jovens e os adultos (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

Dentre os fatores psicossociais causadores de depressão, problemas relacionados à convivência e relacionamento no ambiente de trabalho também têm fundamental importância para o desenvolvimento da doença em questão (NUNES; BUENO; NARDI, 2005; STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

As alterações nos níveis de neurotransmissores, dentre os mais frequentes estão principalmente serotonina, acetilcolina, dopamina, adrenalina, e noradrenalina, sendo assim, esses neurotransmissores estão relacionados à susceptibilidade para a depressão. Alguns hormônios também podem ter um papel importante – ainda que isto não esteja muito claro. Ainda, atrofia em certas áreas do cérebro (particularmente no lobo pré-frontal) responsáveis



pelo controle das emoções e produção de serotonina são responsáveis por distúrbios depressivos importantes (NUNES; BUENO; NARDI, 2005).

Segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria (2008) há na maioria das vezes evidências neurobiológicas de uma forte relação entre depressão e transtornos de ansiedade, de forma que sempre há uma ponte de ligação entre os dois transtornos.

Em algumas depressões podem ser encontradas causas físicas para a sua existência. Já se sabe que muitos dos nossos traumatismos e acidentes físicos ficam registrados no nosso corpo em conjunto com as emoções que sofremos (NUNES; BUENO; NARDI, 2005; STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

Isto cria situações somato emocionais que podem perpetuar as dores ou alterar a pessoa em termos emocionais. São bem conhecidos os resultados de diversas terapias dirigidas ao físico que fazem libertação somato emocional e alteram por completo o estado emocional da pessoa.

Em alguns problemas físicos podem criar um desgaste e uma tensão sobre o corpo e o sistema nervoso que desencadeiam ou agravam o estado depressivo. Nessas situações devem-se corrigir os diversos problemas físicos. Infelizmente muito desses sintomas costumam passar completamente despercebidos (NUNES; BUENO; NARDI, 2005).

Alguns medicamentos estão relacionados com o surgimento da depressão, betabloqueadores, benzodiazepínicos, corticosteróides, antihistamínicos, analgésicos e antiparkinsonianos podem causar depressão, bem como a retirada de qualquer medicação utilizada por longo prazo. Alguns tipos de drogas podem levar a depressão crônica ou a não crônica (NUNES; BUENO; NARDI, 2005).

### 3.4.2 Ansiedade

O transtorno de ansiedade generalizada caracteriza-se por um estado de ansiedade excessiva persistente, irrealista, que não depende do contexto e é desproporcional aos fatos que ocorrem na maior parte dos dias, e do mesmo jeito como ocorre com outros transtornos ansiosos, há sintomas somáticos (NUNES; BUENO; NARDI, 2005). Essa preocupação excessiva interfere na vida de quem sofre da doença em diversas atividades (como profissional, social e acadêmica), antecipam desastres e estão superpreocupadas com questões da vida, como saúde, dinheiro, morte, problemas de família, problemas sociais.

O transtorno da ansiedade generalizada (TAG), segundo o manual de classificação de doenças mentais (DSM. IV), é um distúrbio caracterizado pela “preocupação excessiva ou expectativa apreensiva”, persistente e de difícil controle, que perdura por seis meses no mínimo e vem acompanhado por três ou mais dos seguintes sintomas: inquietação, fadiga, irritabilidade, dificuldade de concentração, tensão muscular e perturbação do sono, e costuma agravar durante eventos estressantes como casamento, divórcio, promoção, demissão, hospitalização de entes queridos, nascimento de filhos e pré-vestibular (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

A Ansiedade pode se manifestar em três níveis: neuroendócrino, visceral e de consciência. O nível neuroendócrino diz respeito aos efeitos da adrenalina, noradrenalina, glucagon, hormônio anti-diurético e cortisol. No plano visceral a ansiedade corre por conta do Sistema Nervoso Autônomo (SNA), o qual reage excitando o organismo na reação de alarme (sistema simpático) ou relaxando (sistema vagal) nas fase de esgotamento (BALLONE, 2005).

Biologicamente a etiologia da Ansiedade parece estar relacionada aos sistemas Noradrenérgico, Gabaérgico e Serotoninérgico (da noradrenalina, serotonina e GABA, respectivamente) do Lombo Frontal e do Sistema Límbico. Os pacientes ansiosos tendem a ter um tônus simpático aumentado, respondendo emocionalmente de forma excessiva aos estímulos ambientais e demorando mais a adaptar-se às alterações do Sistema Nervoso Autônomo. Segundo Ballone (2005) a ansiedade tem uma ocorrência duas vezes maior no sexo feminino e se estima que até 5% da população geral tenha um Distúrbio Generalizado de Ansiedade. As teorias psicossociais sobre a gênese da ansiedade são exaustivamente estudadas, não só pela medicina como também pela psicologia, pela sociologia, pela antropologia e pela filosofia (BALLONE, 2005).

De acordo com Nunes, Bueno e Nardi (2005) e Ballone (2005) os principais sintomas do transtorno são: Boca seca; Mãos ou pés úmidos; Enjôos; Diarréia; Aumento da frequência urinária; Sudorese excessiva; Dificuldade de engolir; Assustar-se com facilidade e de forma mais intensa; Sintomas depressivos. Pessoas com Transtorno Generalizado de Ansiedade muitas vezes apresentam uma variedade de sintomas físicos, incluindo fadiga, agitação, dores de cabeça, náusea, amortecimentos e formigamentos nas mãos e nos pés, tensão muscular, dores musculares, dificuldade de engolir, falta de ar/dificuldade para respirar, tremores, irritabilidade, transpiração/sudação excessiva, insônia, ondas de calor, coceiras/vermelhidão da pele, dificuldade em se relacionar com outras pessoas ou isolamento social, dificuldade de concentração, desorientação e perda da memória dificultando assim a

vida social e operacional do paciente em alguns casos. Para que seja classificado como Transtorno Generalizado de Ansiedade esses sintomas devem ser contínuos e persistentes por pelo menos 6 meses e associado com outros 3 sintomas ansiosos.

Os medicamentos mais eficientes procuram regular a produção do organismo de serotonina e/ou noradrenalina, ambos neurotransmissores intimamente relacionados com a ansiedade. Segundo Nunes, Bueno e Nardi (2005) os benzodiazepínicos são a medicação de escolha para o transtorno da ansiedade, tanto no, transtorno generalizado ou associado a eventos específicos. No tratamento do transtorno de ansiedade, damos preferência aos benzodiazepínicos de meia-vida média e longa. Entre eles estão o cloxazolam (dose entre 2 a 4 mg/dia), o bromazepam (dose entre 3 e 9 mg/dia), clorazepato (dose entre 15 a 45 mg/dia), o clordiazepóxido (dose entre 15 e 45 mg/dia) e o diazepam( dose entre 5 e 20 mg/ dia). As vantagens desses medicamentos é que apresentam efeitos quase imediatos e são seguras para episódio de superdosagem.

### 3.4.3 Insônia

A insônia é caracterizada pela dificuldade em iniciar e/ou manter o sono e pela sensação de não ter um sono reparador durante pelo menos um mês causando prejuízo significativo em áreas importantes da vida do indivíduo. Segundo o CID-10 (1993) insônia é uma condição de qualidade e/ou quantidade insatisfatória de sono, qual persiste durante um período considerável de tempo. É acompanhada de alterações na indução, na continuidade e na estrutura do sono. Geralmente aparece no adulto jovem, é mais frequente na mulher e tem um desenvolvimento crônico. Frequentemente o paciente com diagnóstico de insônia primária apresenta dificuldade para começar a dormir e acorda seguidamente durante a noite, sendo incomum uma queixa isolada de sono não reparador (MONTI, 2000; NUNES; BUENO; NARDI, 2005).

Na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) pode ser classificado como causa orgânica (G47.0) ou por causa psicofisiológica (F51.0). Porém do ponto de vista clínico e polissonográfico existem grandes semelhanças entre os subtipos de insônia, ambos com causas orgânicas e psicofisiológicas, sendo desnecessárias as subdivisões (MONTI, 2000).

A insônia pode ser classificada também em aguda (por menos de 2-3 semanas) ou crônica (que ocorre várias vezes por ano por pelo menos 2 anos, tendo cada episódio duração mínima de 3 dias).A insônia aguda é geralmente causada por um fator identificável, ao passo que a causa da insônia crônica é, em geral, mais complexa e sua investigação exige uma

abordagem clínica sistematizada. Além disso, a insônia pode ser classificada como leve, moderada ou grave de acordo com a intensidade sintomatológica e com o prejuízo psicossocial a ela associados (BERLIM; LOBATO; MANFRO, 2005).

Segundo o dicionário de saúde mental a insônia pode ser classificada como primária ou secundária. Primária quando ela é a principal doença e secundária quando ela for sintoma de outra doença ou efeito colateral de um medicamento. A insônia como sintoma de outro transtorno psiquiátrico é duas vezes mais comum que a primária (BERLIM; LOBATO; MANFRO, 2005).

A insônia é referida em 20% dos adultos, sendo mais comuns em mulheres. É incomum entre crianças e adolescentes. Acometido geralmente o adulto jovem (entre 20 e 30 anos) e se intensifica gradativamente, sendo frequente entre idosos (BERLIM; LOBATO; MANFRO, 2005; MONTI, 2000).

A insônia ocorre mais em populações urbanas do que rurais. Estudos populacionais de adultos no Brasil revelaram a insônia em 32% da população de São José do Rio Preto, no estado de São Paulo, uma cidade de porte médio; avaliação semelhante em zona rural revelou insônia em 16,8%, no Município de Jaraguari, Estado do Mato Grosso do Sul (MONTI, 2000).

O tratamento é bastante amplo, englobando desde a modificação dos hábitos inadequados para dormir até o tratamento da causa da insônia com medicamentos antidepressivos nos casos de depressão; e outros medicamentos; e psicoterapia em alguns casos. É necessário buscar a causa da insônia para cada um (BERLIM; LOBATO; MANFRO, 2005; MONTI, 2000; NUNES; BUENO; NARDI, 2005).

## 4 METODOLOGIA

Foi realizada pesquisa de campo de forma descritiva e explicativa, com o objetivo de descrever os fatores mais relevantes que predispoem os indivíduos ao uso do medicamento, bem como, explicar este fenômeno da grande quantidade de consumo dos benzodiazepínicos. Em uma abordagem quantitativa organizar as tabelas em categorias de fatores (GONÇALVES, 2008; SEVERIANO, 2007).

Esta pesquisa foi realizada na Unidade Básica de Saúde do município de Cajazeiras – PB em que a população estudada foi composta por todos os usuários do Programa Saúde da Família (PSF) 1420 famílias; a amostra foi composta por todos os pacientes que faziam tratamento medicamentoso com ansiolíticos, em especial com os Benzodiazepínicos que também foram 19 pessoas. A identificação dos usuários foi realizada através da análise dos prontuários dos pacientes cadastrados na Unidade Básica de Saúde que utilizam o medicamento proposto na pesquisa e a coleta dos dados foi realizada através de um questionário aplicado aos usuários que foram identificados como usuário de benzodiazepínico investigou-se as possíveis causas que levaram ao uso (em nenhum momento os pesquisadores tiveram acesso ao cliente/paciente, sendo que a coleta com os questionários foi realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde [ACS]). O questionário compõe-se de questões de múltipla escolha (objetivas) e perguntas descritivas.

Foram excluídos os indivíduos que estavam sobre uso de outros psicotrópicos que não sejam ansiolíticos; todos os que não estão cadastrados na Unidade Básica de Saúde e os que fazem uso de medicamento por conta própria ou os que não quiserem participar da pesquisa. Esta pesquisa foi submetida ao comitê de ética em pesquisa (CEP) e elaborada de acordo com os princípios éticos disposto na resolução 196/96.

Os dados foram organizados em tabelas, qualificados por grupos ou categorias de fatores e analisados por intermédio das características do perfil dos usuários. Por meio da análise descritiva discutimos os dados obtidos da pesquisa, analisando de forma crítica os resultados e comparando-os aos observados no contexto da fundamentação teórica desta mesma pesquisa.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

**Tabela 1.** Caracterização da População Atendida pelo PAPS – São José e da população submetida a tratamento com drogas psicotrópicas quanto ao sexo.

População Total atendida pelo PAPS	População em Uso de Psicotrópicos (usuários)	População em Uso de Benzodiazepínicos (usuários)	
		Sexo Masculino	Sexo Feminino
1420 famílias	19 (100%)	02 (10,6%)	17 (89,4%)

Fonte: Pesquisa de Campo, 2014.

No estudo realizado, com o qual construímos a **Tabela 1**, observamos que 89,4% dos pacientes (17) são do sexo feminino, e apenas 10,6% (2) são masculinos, que configurou-se em uma grande discrepância entre os dois sexos, no que se refere ao uso de benzodiazepínicos. Isso pode ser explicado por alguns fatores já observados em outros estudos, a citar: a) são em maior frequência as mulheres que procuram os médicos nos serviços de saúde e se preocupam com maior intensidade com a saúde, e b) os homens, por uma cultura machista, não procuram assistência médica com tanta frequência (NETTO; FREITAS; PEREIRA, 2012).

Neste estudo, percebemos que as mulheres consomem mais psicofármacos que os homens. Resultados semelhantes também foram encontrados em estudos prévios, que também observaram um predomínio de mulheres em relação ao consumo destes medicamentos. De acordo com Rodrigues, Facchini e Lima (2006), o consumo de psicofármaco por mulheres chega a ser o dobro se comparado com a quantidade dos homens que utilizam ansiolíticos.

De acordo com outros autores, a maior predominância de consumo de psicofármacos por mulheres acontece pelo fato da maior prevalência de transtornos psiquiátricos verificados entre as pessoas do gênero feminino, sendo esses diagnosticados e tratados no próprio serviço básico de saúde (MARAGNOS et al, 2006).

Alguns autores referem que as mulheres são mais vulneráveis em relação à sintomatologia das doenças, procuram precocemente ajuda e são menos resistentes à indicação e ao uso de medicamentos prescritos do que os homens, o que poderia conduzir a uma chance maior de consumo de medicamentos, entre os quais os psicofármacos benzodiazepínicos (BALDISSERA; COLET; MOREIRA, 2010; NETTO; FREITAS; PEREIRA, 2012; RODRIGUES; FACCHINI; LIMA, 2006). Esses resultados mostram que, os mesmos fatores de gêneros (que fazem com que o uso de psicofármacos sejam tão grandes

e tão discrepantes entre mulheres e homens) observado em outros estudos, tem o mesmo destaque também nesta pesquisa.

O sexo feminino apresenta alguns fatores que o levam a tornar-se mais predisponentes, que são: a) Acesso maior aos serviços, b) a classe social, c) fatores econômicos, d) relação intra familiar (SANTOS, R, 2009; MARAGNO et al 2006).

Segundo Nordon et al (2010), mulheres em um relacionamento sério, como um casamento, tendem ao uso do medicamento psicofármaco. Por outro lado, entre as mulheres é maior a frequência de distúrbios das condições circulatórias e doenças músculo-esqueléticas, para as quais é comum a prescrição de psicofármacos, sobretudo benzodiazepínicos. Esses fatores que levam as mulheres ao grande uso de ansiolíticos não são tão frequentes nos homens sendo dessa forma menos comum o consumo dos medicamentos (SANTOS, D, 2009).

**Tabela 2.** Perfil dos usuários de benzodiazepínicos quanto à faixa etária.

<b>Faixa Etária (anos)</b>	<b>Número absoluto</b>	<b>Número relativo (%)</b>
<b>20 a 30</b>	0	0
<b>31 a 40</b>	2	11
<b>41 a 50</b>	5	26
<b>51 a 60</b>	4	21
<b>Acima de 60</b>	8	42

Fonte: Pesquisa de Campo, 2014.

Observamos, na **Tabela 2**, que os usuários na faixa etária de 31 a 40 anos de idade contabilizaram 11% (2 pacientes) dos usuários de benzodiazepínicos, os de 41 a 50 anos foram de 26% (5 pacientes), os de 51 a 60 anos foram de 21% (4 pacientes), e para os usuários acima de 61 anos foram de 42% (8 pacientes). Observamos que a maioria dos usuários encontra-se acima de 61 anos de idade, sendo que dois dos usuários têm mais de oitenta anos. Desta forma, se tem uma visão de que o aumento no consumo destes medicamentos também esta relacionada com a idade do individuo, como constata (SANTOS, D, 2009).

Apesar dos benefícios ao paciente, isso também predispõe o usuário ao surgimento de diversos problemas de saúde, como tonturas, provocando a quedas. Devemos lembrar que estes quadros clínicos já são frequentes com a chegada da terceira idade e tornam-se

exacerbados com o efeito do medicamento, principalmente quando são utilizados em concomitância com outros psicofármacos (CARLINI et al, 2001).

Também é importante levar em consideração que, dentre as faixas etárias estudadas, os que mais fazem uso são idosos e, nestes, os efeitos colaterais dos benzodiazepínicos podem ter efeitos mais graves. Além das tonturas, tremores, quedas e eventuais fraturas, sedação (que pode ser benéfica à noite, mas pode comprometer a rotina diária do paciente), lentidão psicomotora (com consequente dificuldade de dirigir automóvel, por exemplo), comprometimento cognitivo, como amnésia e diminuição da atenção, como também a dependência, são efeitos indesejados do medicamento (AUCHEWSKI et al, 2004).

Em nosso estudo os resultados são semelhantes ao estudo evidenciando no Relatório Brasileiro Sobre Drogas, que mostra a faixa etária que, mais faz uso de psicofármacos esta situada entre 40 a 65anos (BRASIL, 2009).

De acordo com Mendes (2013), a prescrição de benzodiazepínicos tem uma maior ocorrência nas faixas etárias entre 38 a 70 anos, algo semelhante o que vemos em nosso estudo que demonstrou que a partir de 40 anos há uma maior frequência de consumo de medicamentos psicotrópicos.

Da mesma forma afirmam os estudiosos Netto, Freitas e Pereira (2012), que observaram que mais de 80% dos pacientes que fazem o uso de antidepressivos estão na faixa etária de 31 a 70 anos. E em relação ao consumo apenas aos benzodiazepínicos 80% dos pacientes estão na faixa etária situada entre 41 e 80 anos, também corroborando com os índices mostrados em nosso estudo.

O consumo do medicamento por pessoas de idade menor do que 60 anos, pode trazer muitos efeitos fisiológicos que não fogem dos sintomas relacionados com os de maior idade, esses fatores são importantes, pois fazem com que algumas condutas sejam precavidas pelos consumidores dos alotrópicos, tendo em vista esses problemas, dentre as consequências mais comuns estão depressão, sonolência, tonturas, diminuição da atenção e concentração, diminuição da libido, dificuldade em ter ereção, náuseas e alterações do apetite, visão borrada, confusão, euforia, despersonalização e pesadelos, risco de dependência e também problemas sociais que, são conduta social inconveniente que vão afetar de forma intensiva ou não a vida do usuário (AUCHEWSKI et al, 2004; ANDREATINI; LACERDA; ZORZETTO FILHO, 2001; HUF; LOPES; ROZENFELD,2000; SANTOS, D, 2009) .

O estudo mostrou que as pessoas de faixa etária de 20 a 30 anos não se mostram presentes, resultado que é de relevante importância em termos de saúde pública,



demonstrando que parte da população ativa dessa região não se encontra em uso abusivo dos psicotrópicos.

Desta forma, vemos que o perfil de maior consumo está nas faixas etárias mais avançadas, devendo haver maior direção de ações voltadas para essa classe de pessoas, tendo maiores intervenções de orientação e tratamentos e acompanhado sistemático.

**Tabela 3.** Perfil dos pacientes estudados que fizeram uso prévio (consumo) de psicofármacos.

<b>Uso de psicofármaco anterior ao tratamento prescrito</b>	<b>Número absoluto</b>	<b>Número relativo (%)</b>
<b>SIM</b>	4	21
<b>NÃO</b>	15	79

Fonte: Pesquisa de Campo, 2014.

Na **Tabela 3**, acima, observamos que a maior parte dos usuários, 79% (15 pacientes) nunca utilizaram psicotrópicos na vida, enquanto que 21% (4 pacientes) declararam ter usado algum medicamento psicotrópico ou diariamente na sua vida atual. Isso ocorre pelo fato de os benzodiazepínicos terem a capacidade de proporcionar efeitos ansiolítico, hipnótico e mio-relaxante, promovendo sensação de bem-estar momentânea, além de possuírem poucos efeitos adversos durante o uso (Auchewski et al, 2004).

Existem diferentes significados e razões que levam uma pessoa a consumir benzodiazepínicos e esses são diferentes das razões que as levam a ficar dependentes. A utilização esporádica por usuários ocasionais podem levar à dependência, como efeito indesejado. Acreditamos que a utilização ocasional é facilitada por uma fragilidade da fiscalização, devido a obtenção da prescrição médica feita de forma inadequada, por diversos motivos, como também na dispensação por parte dos responsáveis por esta, como farmacêuticos, balconistas de farmácias, funcionários das farmácias das UBS's, que favorecem à acessibilidade ao medicamento por parte da população em geral (HUF; LOPES; ROZENFELD, 2000; NORDON et al, 2010).

Apesar de não termos acesso aos dados de relacionamentos interpessoais dos pacientes estudados, alguns autores citam que, em muitos casos, não são observadas rupturas em suas relações afetivas, profissionais, familiares e sociais significativas, porém, a

quantidade destes vínculos bem como os desempenhos em diversas situações começam a ficar comprometidas de acordo com o uso do medicamento.

No tocante aos usuários habituais, já há o surgimento de sinais de ruptura em todos os níveis afetivos, profissionais, familiares e sociais, havendo um grau de comprometimento para o desempenho nesses níveis, que passa a ser precário (SOUZA; OPALEYE; NOTO, 2013; BALDISSERA; COLET; MOREIRA, 2010).

Na vida do usuário o consumo de psicofármacos passa a ser o principal objetivo e motivação na vida e tudo passa a girar em seu redor. Neste sentido, geralmente ocorre um rompimento com todos os seus vínculos pessoais, favorecendo para que o indivíduo seja conduzido ao isolamento, ocasionado pelos rótulos impostos pela nossa sociedade, que relacionam a utilização a determinados eventos patológicos, rotulando-os de doido, louco, e não como um cidadão com direitos e deveres, que se encontra em um momento difícil, necessitando de ajuda profissional específico. (NETTO; FREITAS; PEREIRA, 2012).

**Tabela 4.** Perfil de utilização de medicação para tratar depressão quanto ao tipo de medicação utilizada.

Medicamento utilizado	Número absoluto	Número relativo (%)
Diazepam	11	55
Clonazepam	5	25
Bromazepam	2	10
Fluoxetina	1	5
Outros	1	5

Fonte: Pesquisa de Campo, 2014.

Acima, na **Tabela 4**, O grupo dos benzodiazepínicos corresponde a uma grande classe de medicamentos que com o uso constante tem a capacidade de desenvolver, no usuário, dependência química. Devido a este efeito indesejado do medicamento é recomendada a utilização apenas durante algumas semanas e não como ocorre na maioria das situações dos pacientes que consomem essa classe de medicamento por meses e até anos.

No nosso estudo foi observado que dentre os medicamentos benzodiazepínicos o diazepam foi o mais consumido pela população chegando a 55% (11 pacientes), seguida pelo clonazepam 25% (5 pacientes) e bromazepam com 10% (2 pacientes), fluoxetina e outros respectivamente 1 paciente. Observamos que os resultados da nossa pesquisa estão de acordo com outros estudos realizados na mesma área, que mostram a mesma tendência de consumo.

Nordon et al (2010), em um dos seus estudos, demonstraram que 94,44% dos usuários de ansiolíticos são consumidores de diazepam seguido de clonazepam com 5,56% e

em muitos casos esses medicamentos são utilizados de forma associada como é o caso de diazepam e clonazepam.

Os BDZ apresentam efeitos semelhantes entre si e a escolha por um ou outro representante da classe vai provocar os mesmo efeitos. O certo é que o uso de forma contínua pode provocar problemas que dependendo do organismo do indivíduo e do tempo de uso do medicamento pode provocar GRAVES consequências (NETTO; FREITAS; PEREIRA, 2012).

É fato que na atenção primária houve um grande aumento das prescrições de medicamentos psicotrópicos, fato este que coloca a saúde da população civil em perigo, justamente pelo fato da maior ocorrência de dependência e tolerância a esse tipo de medicamento, dificultando cada vez mais o combate.

Segundo pesquisas que apontam de 1 a 3% da população da região ocidental do mundo já usaram medicamentos psicotrópicos em algum momento de sua vida (ARAÚJO et al, 2012).

O uso de psicotrópicos, e principalmente os BDZs, tem crescido de forma exagerada nos últimos dez anos, sendo considerados a 3<sup>o</sup> classe terapêutica em termos de gastos financeiros nos anos 90, com um aumento de 18% em 2000, e passando a representar no ano de 2002 até 4,2% do mercado farmacêutico global (SANTOS, D, 2009).

Dessa forma, há uma preocupação atual em se ter o controle do consumo desse medicamento. Quanto mais acessível maior será as taxas de consumo do medicamento, e mais gastos com a recuperação do usuário. Uma das formas de se controlar esse aumento seria justamente através das prescrições e orientações aos usuários sobre o tratamento.

As substâncias psicotrópicas têm sido prescritos de forma errada, no que consiste em quantidade, no tempo de uso, ultrapassando em algumas circunstâncias o tempo necessário de uso, fazendo com que os esse tratamento seja inadequado para o indivíduo (RIBEIRO et al, 2007).

**Tabela 5.** Perfil de utilização de medicamentos pelos usuários, quanto aos motivos que conduziram à sua utilização.

Motivo para usar medicação	Número absoluto	Número relativo (%)
<b>Insônia</b>	8	42
<b>Depressão</b>	4	21
<b>Ansiedade</b>	2	11
<b>Outros</b>	5	26

Fonte: Pesquisa de Campo, 2014.

Há muitos fatores que levam a utilização de psicofármacos, dentre eles destacamos a ansiedade, a insônia, a depressão, entre outros. Em nosso estudo, a insônia foi a maior responsável como causa para que os pacientes utilizassem os medicamentos da classe dos benzodiazepínicos, chegando a 42% (8 pacientes) seguido de 26% (5 pacientes) de outros, 21% (4 pacientes) utilizavam BDZ para tratamento de depressão e 11% (2 pacientes) afirmam ter começado a utilizar o medicamento por causa da ansiedade. Segundo Mendes (2013), e confirmado por Baldissera et al (2010), a insônia, a ansiedade, a depressão são os problemas mentais mais comuns nas Unidades Básicas de Saúde.

Ainda segundo Mendes (2013), além dos principais problemas mentais que são observados nos PSFs, quando são detectado um dos problemas o médico logo prescrevem os benzodiazepínicos, e quando o paciente é encaminhado para uma consulta mais especializada, se permanece com a prescrição.

Baldissera, Colet e Moreira (2010), postulam que os BDZs são amplamente prescritos para uma variedade de condições, especialmente nos casos de ansiedade e insônia tendo a função de agir como hipnótico, e são indicados para a insônia transitória ou de curto prazo, e levando em consideração o tempo de uso não superior a duas semanas.

Como medicamento ansiolítico de principal escolha tem-se o diazepam como fármaco de tratamento, devendo ser utilizado em conjunto com outras medidas não medicamentosas, como tratamento psicológico, fármacos antidepressivos ou outros medicamentos. São ainda utilizados na epilepsia, como anestésico, para alguns distúrbios motores e, ocasionalmente, nas psicoses agudas (BALDISSERA; COLET; MOREIRA, 2010).

Outros fatores são determinantes, como a situação socioeconômica, para o uso de benzodiazepínicos. Dessa forma, uma visão holística poderia ter uma maior eficácia no tratamento dos transtornos mentais ( FORTES et al 2010).

Com o aumento da idade é observado que há um aumento progressivo do uso de psicofármacos sendo este também mais comum entre mulheres de baixa escolaridade, os que são adquiridos pela farmácia do SUS.

De acordo com Fortes et al (2010), os transtornos mentais têm uma porcentagem de 12% de todas as doenças registradas no mundo. Isso se torna mais grave pela falta de investimentos e de interesse dos gestores dos países na prevenção e promoção da saúde, originando mais gastos públicos com a recuperação e ressocialização do indivíduo consumidor.

De acordo com este autor, 40% dos países do mundo não têm uma política específica para combater esse problema e isto se torna preocupante pelo fato da grande massa consumidora desse medicamento. E entre os países que tem algum tipo de política no sentido de combater aos transtornos mentais, apenas 1% de suas verbas da saúde são destinados à questão da saúde mental e a programas destinados a usuários com transtornos mentais. A consequência disso são os gastos mais elevados com os tratamentos (FORTES 2010).

**Tabela 6.** Perfil dos usuários de benzodiazepínicos quanto à ocupação profissional.

<b>Profissão</b>	<b>Número absoluto</b>	<b>Número relativo (%)</b>
<b>Aposentado</b>	8	42
<b>Dona do Lar</b>	5	26
<b>Agricultor</b>	2	11
<b>Diretor Escolar</b>	1	5,25
<b>Técnico de Enfermagem</b>	1	5,25
<b>Professora</b>	1	5,25
<b>NR</b>	1	5,25

Fonte: Pesquisa de Campo, 2014.

Observamos que 42% (8) dos pacientes incluídos em nossa pesquisa são aposentados e isso se justifica pelo fato de que a maioria das pessoas que participaram da pesquisa tinha a idade acima de 61 anos. Outro ponto a ser observado e que justifica a utilização deste fármaco por este grupo diz respeito à fisiologia do idoso, visto que esta é bastante comprometida e propicia a utilização do medicamento psicotrópico. Devido à insônia e muitas vezes as dores musculares etc., fazem com que ele fique mais predisponente, mesmo sem algum tipo de doença crônica (LUCCHETTI et al, 2010).

Também percebemos que uma grande parcela dos usuários dos benzodiazepínicos são as donas de casa 26% (5 pacientes), e nos levou a questionar se há fatores relevantes que fazem com que essas mulheres tenham uma maior disponibilidade para

o uso dos medicamentos. Chegamos à conclusão que, semelhante a outros estudos, o isolamento, a frequência de ida aos serviços de saúde, que são bem maiores, acabam sendo fatores essenciais para que isso ocorra (NORDON et al, 2010).

Além destes dois grupos supracitados, outro grupo apresentou-se relevante, formado por agricultores, e apresentaram frequência de 11% (2 pacientes) no que se refere ao uso de psicotrópicos ansiolíticos do grupo dos benzodiazepínicos. A utilização destes medicamentos por agricultores nos remeteram a uma situação nova, pois as principais profissões relacionadas ao uso são as que estão envolvidas com a intensa movimentação das grandes cidades, diferindo dos achados na nossa pesquisa. Acreditamos que, na realidade, a prescrição de forma exacerbada causa o surgimento de novos grupos utilizadores dos psicofármacos, como essas de categorias que, *a priori*, não apareciam como potenciais utilizadores de benzodiazepínicos. Talvez, o fato de qualquer sintoma de ansiedade ou insônia, nos dias atuais, ser motivo para a prescrição de psicofármacos, corrobore para que haja um grande consumo destes medicamentos.

Além das observações já comentadas, as demais categorias de profissões obtiveram a mesma porcentagem de 5,25% (1 paciente). Esses resultados também já foram observados no estudo realizado por Santos, D, (2009), em que ele pesquisava o perfil dos usuários de psicofármacos. Neste estudo foi observado que a maioria dos usuários era aposentada, seguida por donas do lar e outros.

**Tabela 7.** Perfil dos usuários de benzodiazepínicos quanto à origem da indicação para uso do medicamento

<b>Indicação para o uso</b>	<b>Número absoluto</b>	<b>Número relativo (%)</b>
<b>Médico</b>	18	94
<b>Farmácia *</b>	1	6
<b>Amigos</b>	-	-
<b>Automedicação</b>	-	-
<b>Outros</b>	-	-

**Fonte:** Pesquisa de Campo, 2014.

Em relação a quem indicou o uso de psicotrópicos, em sua grande maioria 18 pacientes (94%), foi o próprio médico. E apenas 6% (1 paciente) foi obtido o medicamento na farmácia.

Segundo Santos, D, (2009), a maioria dos usuários de psicofármacos 93,68%, começa a usar com indicação médica. Estes resultados mostram que a maioria dos usuários

começa a usar medicamentos psicotrópicos e em destaque benzodiazepínicos com prescrição e indicação médica.

No estudo de Santos, D, (2009) ele relata ainda que na Europa o caso de prescrições de substância psicoativas na atenção primária de saúde chegam a 8% da população que vai ao serviço.

No Brasil o uso também é abusivo mesmo sendo controlado pelo Ministério da Saúde. A fiscalização dos medicamentos ansiolíticos é de responsabilidade da Agência Nacional de vigilância Sanitária (ANVISA) que tem por finalidade diminuir o uso abusivo dos psicotrópicos na população. Essa forma de controle é determinada pela Portaria 344/98, que define a forma como deve ser realizada a distribuição dos medicamentos (ARAÚJO et al, 2012), e mesmo com todo um rigor a automedicação e a prescrição exacerbada ocorre.

Segundo Santos, D, (2009), a argumentação dos profissionais da saúde, principalmente os médicos, com relação à elevada utilização de medicamentos psicotrópicos, é justamente pelo fato da alta quantidade de diagnósticos de transtornos mentais na atualidade.

Se por um lado observamos a medicação excessiva da população, por outro, alguns autores como Santos, D, (2009), apontam que os médicos da Saúde da Família não conseguem reconhecer doentes com episódios depressivos maiores, apesar das altas prevalências desta condição na população geral, e o mesmo pode-se dizer quanto aos transtornos mentais comuns.

De acordo com Nordon et al (2010), outro fato que ocorre na Unidade de Saúde Básica existe uma afinidade entre pacientes e profissionais médicos, fazendo com que esses não recusem ao pedido do medicamento pelo paciente.

Ainda de acordo com a pesquisa do autor, muitas vezes há a falta de conhecimento acerca dos efeitos adversos dos medicamentos, por parte do profissional, disponibilizando a receita para seu o uso.

São frequentes as prescrições médicas, por que muitas vezes os médicos se sentem impotentes perante a situação dos clientes, dessa forma acabam por prescreverem alguns transtornos mentais que não deveriam prescritos medicamentos, dentre os principais estão dificuldades pessoais, problemas sociais, familiares e profissionais para os quais as pessoas não encontram solução. Dessa forma buscam a cura de sua baixa auto-estima nos medicamentos (NORDON; HUBNER, 2009).

**Tabela 8.** Perfil dos usuários quanto ao(s) motivo(s) pelos quais continua a fazer o tratamento prescrito anteriormente.

Motivo para continuação do tratamento	Número absoluto	Número relativo (%)
Prevalência dos sintomas	12	63
Sentimento de dependência	1	5
Orientação Médica	6	32

Fonte: Pesquisa de Campo, 2014.

Segundo nossa pesquisa 63% (12 pacientes) dos usuários permanece a usar os medicamentos por existência dos sintomas. 32% (6 pacientes) seguem usando por orientação médica e os usuários que assumem o uso por dependência somam 5 % (1 paciente).

A maioria dos problemas de origem psicológica ou psicossocial é vista primariamente pelo clínico geral, porque a entrada do SUS é o serviço primário. Se a prescrição de benzodiazepínicos é iniciada neste momento, e erroneamente, pode conduzir a um círculo vicioso que dura muitas vezes, vários anos (NORDON; HUBNER, 2009). Isso em decorrência de uma avaliação menos especializada, e pela falta de uma avaliação psiquiátrica.

Segundo Nordon e Hubner (2009) dentre as prescrições de benzodiazepínicos, 52,7% são direcionadas para pacientes de 65 anos ou mais e de quantidades duas vezes maiores de medicamento que para adultos de 20 a 29 anos. 80% das prescrições são repetidas, em média, sendo de 86,9% em pacientes com 65 anos ou mais. Outros motivos podem ser o fato de clínicos gerais geralmente subestimarem, ou seja, não sabem a quantidade de usuários/pacientes que fazem uso de benzodiazepínicos ou a gravidade deste uso, subestimarem os efeitos colaterais que as drogas psicotrópicas podem causar.

Um estudo escandinavo mostrou que os clínicos gerais iniciavam a prescrição para permitir que os indivíduos tivessem uma vida social ou profissional mais normal, para descansar de seus problemas do dia a dia ou reduzir o sofrimento provocado por ele. E muitas vezes, a prescrição poderia ser feita como um modo de manter um bom relacionamento com o paciente, tendo em vista que os médicos tinham medo das consequências da negação da prescrição da receita, justamente pelo fato dos laços amigáveis entre profissionais e pacientes (NORDON; HUBNER, 2009).

Ainda segundo Auchewski, et al (2004), em um dos seus estudos mostrou que a grande maioria dos pacientes que fazia consulta retornava ao médico para nova consulta, entre um e três meses, tendo um frequente contato com os profissionais. Isso demonstra que os pacientes são medicados e por algum dos fatores perguntados no nosso questionário eles



retornam ao médico, ou pelo retorno dos sintomas, ou orientação médica, ou mesmo a dependência ao medicamento.

No entanto, ainda segundo Auchewski et al (2004), é preciso ressaltar que muitos pacientes vão ao consultório médico somente para obter nova prescrição, por que já não conseguem ficar sem o uso da droga. Sendo importante esse retorno para possibilidade da avaliação clínica do usuário.

De qualquer modo, o acompanhamento rotineiro do paciente é fundamental para a eficácia do tratamento e o manejo dos efeitos colaterais, desde que se faça as orientações e recomendações adequadas aos usuários quanto aos efeitos negativos e positivos do medicamento.

**Tabela 9.** Perfil dos usuários de benzodiazepínicos quanto á periodicidade do uso do medicamento.

Periodicidade de uso	Número absoluto	Número relativo (%)
Diariamente	13	68
Apenas quando não se sente bem	3	16
Outros	3	16

Fonte: Pesquisa de Campo, 2014.

**Tabela 10.** Perfil dos usuários de benzodiazepínicos quanto à quantidade de medicamento em uso.

Quantidade de comprimidos ingeridos ao dia	Número absoluto	Número relativo (%)
1	14	74
2	3	16
3 ou mais	1	5
Gotas	1	5

Fonte: Pesquisa de Campo, 2014.

É possível observar que a periodicidade do uso, prevaleceu o uso diário com 68% (13 pacientes) e apenas quando não se sente bem com 16% (3 pacientes), e outras formas de tomadas 16% (3 pacientes). Quando perguntados quantos comprimidos eles usam por dia 74% (14 pacientes) afirmam que usa um comprimido, e 16 % (3 pacientes) usavam dois, e 5% (1 paciente) afirmam consumir três ou mais por dia, o mesmo valor (1 paciente) de quem usa em gotas.

Segundo Nordon e Hubner, (2009), os clínicos gerais diagnosticam um problema de saúde mental em 13,2% dos participantes das consulta sendo um terço psicossocial e um quarto de alterações de humor. Eles próprios tratam 86% destes e prescrevem um psicotrópico (a maioria antidepressiva e benzodiazepínica) para 52%. Já em outra pesquisa escandinava foi demonstrado que, de 3.452 prescrições realizadas e avaliadas,

e foi observado que apenas uma incluía informações sobre a duração do tratamento (NORDON; HUBNER, 2009).

Ainda segundo Nordon e Hubner, (2009), explicam que o tempo de duração exagerada de uso desse medicamento se deve às prescrições errôneas feitas pelos médicos e principalmente os da Atenção Básica de Saúde.

Quando se fala em prescrições erradas, não se refere apenas ao tempo de tratamento ao uso de medicamento para transtorno errado, mais também quantidade prescrita inadequada para cada caso.

Segundo Auchewski et al (2004) os pacientes adquirem cerca de 60 comprimidos por consulta e a maioria deles (78%) relata que o médico não orienta sobre o tempo de uso da medicação.

Nordon e Hubner, (2009) afirmam que 89% dos pacientes que usavam BDZs faziam uso prolongado desses fármacos (mais de seis meses). Estes valores refletem a utilização continuada destes medicamentos, podendo desenvolver tolerância, dependência, bem como efeitos da retirada (efeito rebote) nos usuários.

**Tabela 11.** Perfil dos usuários de benzodiazepínicos quanto ao relato de melhoras na vida com o a utilização do medicamento.

Relato de melhoras na vida cotidiana	Número absoluto	Número relativo (%)
Sim	19	100
Não	0	0

Fonte: Pesquisa de Campo, 2014.

Foi observado que 100% (19 usuários) dos pacientes relataram melhoras na sua vida cotidiana. Esse resultado visto neste estudo corrobora com outros estudos que mostram a eficácia dos BDZs no Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) com aproximadamente 35% dos pacientes tratados retornando a níveis normais de ansiedade e outros 40% apresentando melhora moderada (ANDREATINI; LACERDA; ZORZETTO FILHO, 2001).

Carlini et al (2001), afirmam que os benzodiazepínicos tem uma atuação no Sistema Nervoso Central(SNC) , nos receptores gabaérgicos, e potencializam a ação do GABA. Como o GABA tem uma ação inibitória no SNC, os medicamentos ansiolíticos fazem uma ação depressora no SNC que segundo o autor é caracterizado por diminuição da ansiedade, indução e sono, relaxamento muscular e redução do estado de alerta.

Ainda segundo esse estudo de Andreatini, Lacerda e Zorzetto Filho (2001), o efeito ansiolítico dos BDZs pode ser observado nas primeiras seis semanas de tratamento com

o medicamento, sendo que esse tempo de tratamento é suficiente para a melhora de até 50% dos pacientes.

Ficou também perceptível que uma grande maioria dos usuários de BDZs, volta a ter os sintomas logo após a cessação do tratamento de seis semanas, por isso, os médicos promovem um tratamento mais prolongado. Em seu estudo Andreatini, Lacerda e Zorzetto Filho (2001), explicitam como deveria ser o tratamento dos usuários, de forma que a abordagem após a estabilização da resposta inicial deviria manter o mais baixo possível a dose do BDZ, fazendo uma reavaliação constante da necessidade de manutenção do BDZs, e mesmo assim realizar uma tentativa de retirada após seis semanas de tratamento.

Andreatini, Lacerda e Zorzetto Filho (2001), e Mendes (2013), afirmam que a diferença no que consiste a ação dos BDZs na melhora do indivíduo, e o que vai determinar a escolha da droga são os fatores com o preço e o gosto do paciente pelo medicamento. Mais o autor faz alerta que alguns fatores, como os farmacocinéticos, devem ser considerados quando forem usados.

Ainda segundo Andreatini, Lacerda e Zorzetto Filho (2001), diazepam ou clonazepam são BDZs de meia-vida longa estão associados a menores sintomas interdoses e menor intensidade de síndrome de abstinência, enquanto o lorazepam que não sofre metabolização hepática e não apresenta metabólitos ativos sendo mais indicados para pacientes com diminuição da função hepática.

É certo que muitos dos tratamentos realizados e que não obtém resultados benéficos possivelmente tem origem em um inadequado tratamento terapêutico (dose e/ou tempo de tratamento insuficientes) e conseqüentemente não terá um resultado esperado pelo paciente (ANDREATINI; LACERDA; ZORZETTO FILHO ,2001)

**Tabela 12.** Perfil dos usuários de benzodiazepínicos quanto à existência de tratamentos anteriores.

Existência de tratamentos anteriores	Número absoluto	Número relativo (%)
Sim	10	53
Não	9	47

Fonte: Pesquisa de Campo, 2014.

Observando a tabela é possível dizer que apenas 47% (9 usuários) relataram não ter realizado outro tratamento com medicamentos psicotrópicos. E que 53% (10 usuários) das pessoas do estudo realizaram outro tratamento anterior a esse atual.

De acordo com Mendes (2013), o consumo de medicamentos Benzodiazepínicos no mundo, a cada cinco anos dobra, além de ser um dos medicamentos mais consumidos no mundo.

Observamos em nosso estudo que 10 dos usuários já fizeram um tratamento com algum medicamento psicotrópico, comprovando o que já foi relatado em pesquisas discutidas neste estudo, em que há uma grande dificuldade em se deixar o uso do medicamento, e que um dos principais fatores são ressurgimento dos sintomas anteriores ou sintomas de abstinência logo após a retirada.

Dessa mesma forma o seu uso por tempo prolongado ou por tempo curto causa retorno do paciente a usar novamente o medicamento. É, portanto importante o adequado tratamento terapêutico a paciente em uso de benzodiazepínicos.

De acordo com Mendes (2013), em média são atendidos no serviço primário de atenção a saúde 50 pessoas por mês que fazem uso de benzodiazepínicos e que em média o tempo de prescrição é de dois meses. A frequência do paciente ao serviço vai depender da prescrição do médico.

Ainda de acordo com Mendes (2013), para melhor orientar os paciente e melhor prescrever os medicamentos benzodiazepínicos, é preciso conhecer melhor os distúrbios psiquiátricos e o perfil dos usuários. Com essa maior capacidade de conhecimentos o profissional desenvolveria melhor suas ações de tratamento e recuperação do bem esta do individuo.

**Tabela 13.** Perfil dos usuários de benzodiazepínicos quanto à existência de orientações farmacológicas para uso do medicamento.

Orientação farmacológica		Número absoluto	Número relativo (%)
Orientação sobre ação do medicamento	<b>Sim</b>	15	79
	<b>Não</b>	4	21
Orientação sobre existência de possíveis efeitos colaterais	<b>Sim</b>	4	21
	<b>Não</b>	15	79

**Fonte: Pesquisa de Campo, 2014.**

Segundo os relatos de 79 (15 usuários) dos usuários de psicofármacos foram orientados com relação aos efeitos positivos dos medicamentos benzodiazepínicos. Mais vemos que ainda 21% (4 usuários) deles não tiveram conhecimento dessa ação benéfica. Já no segundo tabela ocorreu o inverso do primeiro tabela, tendo 79% (15 usuários) relatado que

não foram orientados sobre os efeitos colaterais, e 21% (4 usuários) afirmaram que foram orientados.

De acordo com Carlini et al (2001), os benzodiazepínicos têm uma atuação no Sistema Nervoso Central (SNC), nos receptores gabaérgicos, e potencializa a ação do GABA. Como o GABA tem uma ação inibitória no sistema nervoso central desta forma os psicotrópicos e principalmente os benzodiazepínicos fazem uma ação depressora no SNC caracterizado por diminuição da ansiedade, indução e sono, relaxamento muscular e redução do estado de alerta.

É possível observar que parte dos pacientes que vai ao encontro dos profissionais de saúde, em busca de ajuda, não são informados de maneira correta, quanto a forma de uso e efeitos, tanto positivos como negativos. Isso provoca grandes consequências para a vida do paciente, que posteriormente pode desenvolver efeitos, tanto psicológico como físico e podendo tornar-se dependente do medicamento.

Segundo Auchewski et al (2004), os pacientes que utilizam medicamentos ansiolíticos, no momento da consulta são orientados em alguns pontos, como é o caso da diminuição da atenção, interação com álcool e a dependência. Outro fato, ainda segundo a pesquisa de Auchewski, é que os consumidores de psicofármacos não estão atentos a essas orientações, não dando importância ao que foi falado.

Podemos afirmar que a dependência a alguns BDZs desenvolve-se em dias ou semanas e essa dependência pode se desenvolver de forma mais rápida nos casos de BDZs de meia-vida curta, como o alprazolam e o lorazepam, em relação aos de meia-vida longa, como o diazepam e o clonazepam (BALDISSERA; COLET; MOREIRA, 2010).

De acordo com Baldissera, Colet e Moreira (2010), se levarmos em consideração a questão apresentada sobre a meia-vida dos benzodiazepínicos, o processo de interrupção do uso do medicamento, desenvolveram sintomas diferentes dos efeitos terapêuticos ou em alguns casos a intensificação dos sintomas do problema pelo qual foi realizado o tratamento e até o efeito rebote, caracterizado como retorno do sintoma original, porém mais intenso, mas com caráter transitório.

Outro fato sobre efeitos perigosos dos BDZs é com relação às gestantes, suspeita-se, que estes fármacos, quando empregados por tempo prolongado durante a gravidez, podem afetar adversamente o neonato devido ao seu potencial teratogênico neurocomportamental bem como promover sintomas de abstinência no recém-nascido (MENDES, 2013)

Ainda segundo Mendes (2013), embora os benzodiazepínicos sendo uma classe bastante usadas em tratamentos terapêuticos, há uma grande preocupação com seus efeitos adverso, mesmo sendo considerados medicamentos seguros, há restrições justamente pelo fato de atingirem o sistema nervoso central.

**Tabela 14.** Perfil dos usuários de benzodiazepínicos quanto à mudanças na prescrição do medicamento

Houve mudança na prescrição da medicação com sua participação ou por conta própria?	Número absoluto	Número relativo (%)
Sim	6	32
Não	13	68

Fonte: Pesquisa de Campo, 2014.

De acordo com gráfico 68% (13 pacientes) dos usuários relataram que não mudaram por conta própria a forma de tomada do medicamento, já 32% (6 pacientes) afirmam que mudaram por conta própria a forma de tomar a medicação.

Segundo Andreatini, Lacerda e Zorzetto filho (2001), em uma de suas pesquisas apenas 21% dos pacientes que estavam em tratamento foram orientado pelo medico a reduzir a dose do tratamento. Dos 43 pacientes que fizeram tentativa de interrupção e não conseguiram, 41 deles usavam a medicação por mais de um ano. Pacientes que fizeram tentativas de interrupção da medicação, e dos que tentaram interromper, apenas 6% apresentaram sucesso.

A retirada dos BZDs deve ser gradual, de forma que o organismo do indivíduo não perceba a diminuição do medicamento (aproximadamente 1/4 da dose em uso no momento a cada 1-2 semanas), isso tentando obter o mínimo de reações de abstinência, sabendo que a probabilidade de sintomas de abstinência mais intensos com BZD de ação curta e alta potência (ANDREATINI, LACERDA; ZORZETTO FILHO 2001).

É de grande preocupação quando um usuário de Benzodiazepínicos passa a mudar a dosagem, ou o tempo de tomada do medicamento. De acordo com Mendes (2013), vários fatores são levados em consideração para que se faça uma prescrição de medicamento, como é o caso do histórico clínico e psicossociais, hábitos de vida, meia-vida do medicamento, desta forma, para que uma pessoa leiga possa mudar uma prescrição, torna-se um perigo de morte para o paciente.

**Tabela 15.** Perfil mais frequente entre os usuários

<b>POPULAÇÃO EM USO DE BENZODIAZEPÍNICOS</b>	<b>VALOR ABSOLUTO</b>		<b>VALOR RELATIVO (%)</b>
<b>SEXO FEMININO</b>		<b>17</b>	<b>89,4</b>
<b>ACIMA DE 60 ANOS</b>		<b>8</b>	<b>42</b>
<b>APOSENTADOS</b>		<b>7</b>	<b>38,9</b>
<b>INDICADO PELO MÉDICO</b>		<b>17</b>	<b>94</b>
<b>MOTIVO PARA CONTINUAÇÃO DO TRATAMENTO</b>	<b>Prevalência Dos Sintomas</b>	<b>12</b>	<b>63</b>
<b>MEDICAMENTO UTILIZADO</b>	<b>Diazepam</b>	<b>11</b>	<b>55</b>
<b>PERIODICIDADE DE USO</b>	<b>Diariamente</b>	<b>13</b>	<b>68</b>
<b>QUANTIDADE DE COMPRIMIDOS INGERIDOS AO DIA</b>	<b>1</b>	<b>14</b>	<b>74</b>
<b>RELATO DE MELHORAS NA VIDA QUOTIDIANA</b>	<b>Sim</b>	<b>19</b>	<b>100</b>
<b>EXISTÊNCIA DE TRATAMENTOS ANTERIORES</b>	<b>Sim</b>	<b>10</b>	<b>53</b>
<b>ORIENTAÇÃO SOBRE AÇÃO DO MEDICAMENTO</b>	<b>Sim</b>	<b>15</b>	<b>79</b>
<b>ORIENTAÇÃO SOBRE EXISTÊNCIA DE POSSÍVEIS EFEITOS COLATERAIS</b>	<b>Sim</b>	<b>4</b>	<b>21</b>
<b>HOUVE MUDANÇA NA PRESCRIÇÃO DA MEDICAÇÃO COM SUA PARTICIPAÇÃO OU POR CONTA PRÓPRIA</b>	<b>Sim</b>	<b>6</b>	<b>32</b>
<b>MOTIVO PARA USAR MEDICAÇÃO</b>	<b>Insônia</b>	<b>8</b>	<b>42</b>

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, vemos um perfil de uso crônico indevido aos benzodiazepínicos, principalmente o diazepam. O estudo mostra que fatores relacionados à utilização do medicamento, em especial a dificuldade de dormir (insônia), foi o motivo principal do uso do psicofármaco. Vemos também dificuldade de interromper o uso, visto que, a maioria já realizava um tratamento anterior, demonstrando assim a dependência do usuário ao ansiolítico. Através de nossa análise descritiva, observamos também que devesse ter uma atenção mais direcionada para a população feminina e acima de 60 anos, aposentados, donas do lar, pois estão mais propensas ao uso do medicamento. Diante disso, sugere-se a necessidade de profissionais capacitados e especializados nas unidades de Estratégia de saúde da família capaz de compreender como estas medicações afetam o organismo, bem como os efeitos maléficos que eles trarão ao paciente é passo imprescindível.

É de grande relevância Para que os indivíduos possam opinar e participar da tomada de decisão que envolve seu tratamento e as mudanças que trarão às suas vidas o conhecimento acerca dos benzodiazepínicos e sobre os tratamentos alternativos.

Portanto vemos a necessidade de medidas educativas para orientar essa população quanto aos riscos do uso crônico dos ansiolíticos e, principalmente para a realização de medidas de interrupção e acompanhamento da interrupção gradativa do uso crônico de psicofármacos por esses usuários.



## 7 REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. ANDREATINI, R.; LACERDA, R. B.; ZORZETTO FILHO, D. **Tratamento farmacológico do transtorno de ansiedade generalizada: perspectivas futuras.** Curitiba-PR. Rev. Bras. Psiquiatr. 2001.
2. ARAÚJO et al. **Distribuição De Antidepressivos e Benzodiazepínicos na Estratégia de Saúde da Família de Sobral-Ce.** Sobral-Ce. S A N A R E. 2012.
3. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Transtornos de Ansiedade: Diagnóstico e Tratamento.** 2008.
4. AUCHEWSKI et al. **Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos.** Curitiba-PR. Rev. Bras. Psiquiatr. 2004.
5. BALDISSERA, F. G.; COLET, C. F.; MOREIRA, A. C. **Uso Irracional de Benzodiazepínicos: Uma Revisão.** Revista Contexto & Saúde. Ijuí Editora Unijuí. 2010.
6. BALLONE, G. J - **Ansiedade** - in. PsiqWeb, Internet, disponível em <http://www.psiqweb.med.br/>, revisto em 2005.
7. BERLIM, M.T.; LOBATO, M. I.; MANFRO, G.G. **Diretrizes e algoritmo para o manejo da insônia.** Porto Alegre-RS. Artmed. 2005. <http://www.daneprairie.com>.
8. BICCA, M. G.; ARGIMON, I. I. L. **Habilidades cognitivas e uso de benzodiazepínicos em idosas institucionalizadas.** Porto Alegre-RS. J Bras Psiquiatr. 2008.
9. BRASIL. **Ministério da Saúde. Portaria nº 1077/GM. Brasília-DF, 24 Agosto de 1999.** <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port99/GM/GM-1077.html>.
10. BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Relatório brasileiro sobre Drogas.** Brasília-DF. 2009.
11. CARLINI et al. **psicotrópicas: o que são e como agem.** São Paulo-SP. Revista IMESC. 2001.
12. CERQUEIRA et al. **Consumo de álcool entre estudantes de uma escola pública da cidade de Cajazeiras, PB\*.** Cajazeiras-PB. SMAD. Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.2011.
13. **Classificação de transtornos mentais e de comportamentos da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnosticas.** Organiz. Mund. Da Saúde. 10 ed. Porto Alegre-RS. Artmed. 1993.
14. CORREIA FILHO, A. G.; ROHDE, L. A. P. **Árvore de decisão terapêutica de uso de psicofármacos no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e co-**

- morbidades em crianças.** Porto Alegre-RS. *Infanto – Rev. Neuropsiq. da Inf. e Adol.* 1998.
15. FIRMINO et al. **Utilização de benzodiazepínicos no Serviço Municipal de Saúde de Coronel Fabriciano, Minas Gerais.** Belo Horizonte-MG. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2012.
  16. FONSECA, M. L. G.; GUIMARÃES, M. B. L.; VASCONCELOS E. M. **Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica.** Laranjeiras-RJ. *Rev. APS,* 2008
  17. FORTES et al. **Tratamento Compulsório e Internações Psiquiátricas.** Recife-PN. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2010.
  18. GONÇALVES, Hortência. **Manual de Monografia, dissertação e tese.** 2 ed. São Paulo-SP. Editora Avercamp. 2008.
  19. HUF, G.; LOPES, C. S.; ROZENFELD, S.O. **Uso prolongado de benzodiazepínicos em mulheres de um centro de convivência para idosos.** Rio de Janeiro-RJ. *Cad. Saúde Pública.* 2000.
  20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Atlas do censo demográfico do IBGE mapeia mudanças na sociedade. Fatores estratégicos situam Brasil frente ao mundo.** 2010.  
[http://censo2010.ibge.gov.br/noticiascenso?view=noticia&id=3&idnoticia=2417&busca=1&t=atlas-censo-demografico-ibge-mapeia-mudancas-sociedade-brasileira\\_](http://censo2010.ibge.gov.br/noticiascenso?view=noticia&id=3&idnoticia=2417&busca=1&t=atlas-censo-demografico-ibge-mapeia-mudancas-sociedade-brasileira_)
  21. LUCCHETTI et al. **Fatores associados ao uso de psicofármacos em idosos asilados.** São Paulo-SP. *Rev. Psiquiatr. do Rio Gd. Sul.* 2010.
  22. MARAGNO et al. **Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil.** Rio de Janeiro-RJ. *Cad. Saúde Pública.* 2006.
  23. MENDES, K. C. C. **O uso prolongado de benzodiazepínicos-uma revisão de literatura.** 2013. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) Universidade Federal de Minas Gerais. Pompeu-MG. 2013.
  24. MENDONÇA et al. **Medicalização de Mulheres Idosas e Interação com Consumo de Calmantes.** São Paulo-SP. *Saúde Soc.* 2008.
  25. MONTI, J. M. **Insônia primária: diagnóstico diferencial e tratamento.** Montevideu, Uruguai. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2000.
  26. NETTO, M. U. Q.; FREITAS, O.; PEREIRA, L. R. L. **Antidepressivos e Benzodiazepínicos: estudo sobre o uso racional entre usuários do SUS em Ribeirão Preto-SP.** Ribeirão Preto-SP. *Rev. Cienc. Farm. Basica Apl.* 2012.
  27. NORDON et al. **Características da população que usa benzodiazepínicos em unidade básica de saúde da vila Barão de Sorocaba.** *Rev. Fac. Ciênc. Méd.* Sorocaba-SP. 2010.

28. NORDON, D. G.; HUBNER, C. V. K. **Prescrição de benzodiazepínicos por clínicos gerais**. Sorocaba-SP. Diagn. Tratamento. 2009.
29. NUNES, Portella; BUENO, Romildo; NARDI, Antonio. **Psiquiatria e Saúde Mental: conceitos clínicos e terapêuticos fundamentais**. 1 ed. São Paulo-SP. Atheneu. 2005.
30. Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Mundial De Médicos De Família (WONCA). **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primária – Uma perspectiva global**. Geneva: WHO Press, 2008. Disponível em: [http://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao\\_saude\\_mental\\_cuidados\\_primarios.pdf](http://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_primarios.pdf).
31. OLIVEIRA, Francisca. **Construindo Saberes e Práticas em Saúde Mental**. 1 ed. João Pessoa-PB. Editora Universitária. 2002.
32. ORLANDI, P.; NOTO, A. R. **Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave no município de São Paulo**. Rev Latino-am Enfermagem. 2005.
33. PEREIRA, A. A.; LOYOLA, C. M. D. **Saúde Mental: Ações Programáticas Estratégias**. São Luiz-MA. 2013.
34. REINALDO, A. M. S. **Saúde mental na Atenção Básica como processo histórico de evolução da Psiquiatria Comunitária**. Belo Horizonte-MG. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. 2008.
35. RIBEIRO et al. **Uso crônico de diazepam em unidades básicas de saúde: perfil de usuários e padrões de uso**. São Paulo-SP. Medical Jornal. 2007.
36. RODRIGUES, M. A. P.; FACCHINI, L. A.; LIMA, M. S. **Modificações nos padrões de consumo de psicofármacos em localidade do Sul do Brasil**. Pelotas-RS. Rev. Saúde Publica. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n1/27123.pdf>.
37. ROHDE et al. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade**. Porto Alegre-RS. Rev. Bras. Psiquiatr. 2000.
38. SANTOS, Dervisson Viana: **Uso de psicotrópicos na atenção primária no Distrito Sudoeste de Campinas e sua relação com os arranjos da clínica ampliada: “uma pedra no sapato”**. Dissertação (mestrado em saúde coletiva). Universidade Estadual de Campinas, Departamento de Medicina Preventiva e Social Campinas-SP, 2009.
39. SANTOS, Renata Castro. **Perfil dos usuários de psicofármacos atendidos pela Estratégia Saúde da Família da zona urbana do município Juscelino**. 2009. Trabalho de conclusão de curso (especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) Universidade Federal de Minas Gerais. Corinto-MG. 2009.
40. SEVERIANO, Antonio. **Metodologia do Trabalho Científico**. In: \_\_\_\_\_.(Org.). **Teoria e Prática Científica**. 23 ed. São Paulo-SP. Editora Cortez. 2007.

41. SILVA, Penildon. **Farmacologia**. In: SILVEIRA, M.A.B. **Ansiolíticos**. 7 ed. Rio de Janeiro-RJ. Guanabara e Koonga. 2006.
42. SOUZA, A. R. L.; OPALEYE, E. S.; NOTO, A. R. **Contextos e padrões do uso indevido de benzodiazepínicos entre mulheres**. São Paulo-SP. Ciência & Saúde Coletiva. 2013.
43. STEFANELLI, Maguida; FUKUDA, Ilza; ARANTES, Evalda. **Enfermagem psiquiátrica: em suas dimensões assistências**. 1 edição. Barueri-SP. Editora Manole Ltda. 2008.
44. TADOKORO, D. C. **Transtornos Mentais na Atenção Primária: Uma reflexão sobre a necessidade de organizar e acolher a demanda dos usuários do SUS**. 2012. Trabalho de conclusão de curso (especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) Universidade Federal de Minas Gerais-MG. Uberaba-MG. 2012.
45. TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, L. **Desafio para a atenção básica da assistência em saúde mental**. Rio Janeiro-RJ. Cad. Saúde Pública. 2006.

## APÊNDICES

## FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO

**1. Sexo:**

Feminino

Masculino

**2. Qual sua idade?**

20 a 30

31 a 40

41 a 50

51 a 60

acima de 60

**3. Qual sua profissão?** \_\_\_\_\_

**4. Já utilizou algum medicamento psicotrópico?**

Sim

Não

**5. Qual o medicamento utilizado?**

Clonazepam

Diazepam

Bromazepam

Fluoxetina

Outros \_\_\_\_\_

Não lembro o nome

**6. Qual o estado de saúde que o levou a utilizar o medicamento pela primeira vez?**

Ansiedade

Depressão

Insônia

outros.

**7. Quem te indicou?**

Médico

Amigos

Farmácia

Conta-própria (auto-medicação)

**8. Por que continuou a utilizar o medicamento?**

Prevalência dos sintomas

Orientação médica

Sentimento de dependência

**9. Qual a periodicidade de uso?**

Diariamente  Outra situação

Apenas quando não se sente bem

**10. Quantos comprimidos ingerem por dia?**

1  2  3 ou mais.

**11. Quais as melhoras na sua vida cotidiana? Foram alcançadas depois do tratamento farmacológico?**

Boa  Regular  Não foi alcançada.

**12. Você já fez outros tratamentos anteriores?**

Sim  Não

**13. Você foi orientado sobre a ação do remédio?**

Sim  Não

**14. Você foi orientado sobre possíveis efeitos colaterais?**

Sim  Não

**15. Você mudou a prescrição médica por conta própria?**

Sim  Não

**16. Qual foi sua participação na decisão de iniciar o tratamento?**

**17. Após a orientação fornecida pelos participantes deste projeto (orientação farmacológica) o que mudou na sua forma de realizar este tratamento medicamentoso?**

## **ANEXOS**



1. Projeto de Pesquisa: ORIENTAÇÃO FARMACOLÓGICA A PAICENTES EM USO DE PSICOTRÓPICOS		2. Número de Sujeitos de Pesquisa: 50	
3. Área Temática: Área 3. Fármacos, medicamentos, vacinas e testes diagnósticos novos (fases I, II e III) ou não registrados no país (ainda que fase IV), ou quando a pesquisa for referente a seu uso com modalidades, indicações, doses ou vias de administração diferentes daquelas estabelecidas, incluindo seu emprego em combinações.			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
<b>PESQUISADOR RESPONSÁVEL</b>			
5. Nome: Francisco Fábio Marques da Silva			
6. CPF: 813.942.094-87		7. Endereço (Rua, n.º): MARQUES DE CARAVELAS PITIMBU NATAL RIO GRANDE DO NORTE 59069090	
8. Nacionalidade: BRASILEIRA		9. Telefone: (83) 9618-1194	10. Outro Telefone:
		11. Email: fabiomarques@cfp.ufcg.edu.br	
12. Cargo: <u>PROFESSOR DE 3º GRADU</u>			
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.			
Data: <u>01</u> / <u>03</u> / <u>2013</u>		<u>Francisco Fábio M. da Silva</u> Assinatura	
<b>INSTITUIÇÃO PROPONENTE</b>			
13. Nome: Universidade Federal de Campina Grande		14. CNPJ: 05.055.128/0003-38	15. Unidade/Órgão: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE (Centro de Formação de Professores)
16. Telefone: (83) 3532-2000		17. Outro Telefone:	
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.			
Responsável: <u>JOSÉ CEZARIO DE ALMEIDA</u>		CPF: <u>396019864-72</u>	
Cargo/Função: <u>José Cezario de Almeida</u> <u>DIRETOR / CFP / UFCG</u> <u>MAT. SIAPE Nº 1482454</u>			
Data: <u>01</u> / <u>03</u> / <u>2013</u>		<u>José Cezario de Almeida</u> Assinatura	
<b>PATROCINADOR PRINCIPAL</b>			
Não se aplica.			