



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM FARMÁCIA

NATÁLIA FERREIRA DE SOUSA

PERFIL FARMACOTERAPÊUTICO DE PACIENTES USUÁRIOS DE
BENZODIAZEPÍNICOS ATENDIDOS PELO CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL DO MUNICÍPIO DE CUITÉ - PB

Cuité - PB

2014

NATÁLIA FERREIRA DE SOUSA

**PERFIL FARMACOTERAPÊUTICO DE PACIENTES USUÁRIOS DE
BENZODIAZEPÍNICOS ATENDIDOS PELO CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL DO MUNICÍPIO DE CUITÉ - PB**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Farmácia da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Farmácia.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Camila Carolina de Menezes Patrício Santos

Cuité - PB

2014

NATÁLIA FERREIRA DE SOUSA

**PERFIL FARMACOTERAPÊUTICO DE PACIENTES USUÁRIOS DE
BENZODIAZEPÍNICOS ATENDIDOS PELO CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL DO MUNICÍPIO DE CUITÉ**

Monografia apresentada ao Curso de
Bacharelado em Farmácia da
Universidade Federal de Campina Grande,
como requisito parcial para a obtenção do
título de Bacharel em Farmácia.

Camila Carolina de Menezes Patrício Santos

Profª. Drª. Camila Carolina de Menezes Patrício Santos
Orientadora
Universidade Federal de Campina Grande

Flávia Negromonte Souto Maior

Profª. Drª. Flávia Negromonte Souto Maior
Avaliadora Interna
Universidade Federal de Campina Grande

Andrezza Duarte Farias

Profª. MSc. Andrezza Duarte Farias
Avaliadora Interna
Universidade Federal de Campina Grande

Cuité-PB, 20 de Agosto de 2014.

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Msc. Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

S725p

Sousa, Natália Ferreira de.

Perfil farmacoterapêutico de pacientes usuários de benzodiazepínicos atendidos pelo centro de atenção psicossocial no município de Cuité - PB. / Natália Ferreira de Sousa. – Cuité: CES, 2014.

86 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Farmácia) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2014.

Orientadora: Camila Carolina de Menezes Patrício Santos.

1. Transtornos mentais. 2. Saúde mental. 3.
Benzodiazepínicos. 4. Farmacoterapia. I. Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 616.89

Dedico este trabalho:

À DEUS, por seu infinito Amor e por sempre me conduzir a belos caminhos, os quais eu não conseguiria chegar sozinha. Toda Honra e toda Glória sejam dadas a Ti.

*A meus pais, **Rafael Lima e Deusdete Ferreira**, por tudo o que sou e por terem me fortalecido frente aos meus ideais durante esses anos, me ensinando a lutar pelos meus sonhos, independente dos obstáculos. A vocês todo o meu Respeito, Admiração e Amor.*

AGRADECIMENTOS

À *DEUS* pelo dom da vida e por ter encorajado e guiado os meus passos nos momentos difíceis dessa caminhada. Sei que a cada passo que dou em minha vida é a Tua força que me conduz, e sei que jamais me abandonará e me impulsionará a seguir em frente.

Minha família, o bem mais precioso que tenho.... Pai e Mãe, obrigada por todos os exemplos de força, coragem e dedicação e por todos os princípios que foram fundamentais na minha vida e nas minhas escolhas. Agradeço por se fazerem presentes mesmo em meio a distância, bem como por acreditarem em mim e me apoiarem em todas as decisões. Também agradeço a *meus irmãos Naiane Maria e Lúcio Rafael*, pelo apoio, amizade, alegria e incentivo. Aos *demais familiares*, representados por minha *Vó Almina, Tia Dione e Madrinha Zenilda Franco*, deixo o meu singelo agradecimento, por todos os momentos vividos, bem como pela admiração e confiança depositadas em mim e pelas valiosas contribuições em minha educação. Sem vocês nada disso teria acontecido.

Aos amigos da Residência Universitária.... foram cinco anos convivendo juntos e nestes conheci pessoas incríveis que muito contribuíram em minha vida, com vocês eu aprendi a conviver em grupo, a respeitar as diferenças, bem como também a compartilhar emoções e sentimentos, em especial cito as minhas *companheiras de quarto: Ismênia, Joelma, Mikaelle e Pâmella*, bem como também os *amigos: Adriana, Claudiana, Rita de Cássia Bidô, Emília, Elizama, César Augusto, Fernando, Márcia e Patrícia*. Estendo esses cumprimentos a *José Filho, Bruno e Edclébeson* que foram fundamentais para a minha permanência e adaptação em Cuité, para mim vocês são mais do que conterrâneos, são verdadeiros irmãos.

A Igreja Batista de Cuité.. a todos os membros estendo os meus sinceros agradecimentos, para mim vocês são uma família, que me acolheu e me manteve sempre em comunhão revigorando as minhas forças e transformando-me em uma pessoa melhor. Sou grata a *DEUS* pelo convívio com cada um de vocês. Em especial menciono os *Irmãos em Cristo: Thalita, Alcilene e Thayanne; Márcia Cristina e Pedro; Sandra e Luana; Elinalda e Ana Harleise; Rilva, Raquel, Haniere e Pr.Orlando*. Eu posso até estar indo embora, mas nunca vou esquecer o que vivi com vocês, vou levá-los sempre comigo.

Aos Colegas de Curso por todos os conhecimentos compartilhados, entre os quais destaco: *Rita de Cássia Fragoso, Juciléia, Dayanne e Diégina* que nortearam os meus primeiros passos na Universidade; *Elvis, Lady, Albiege, Fernanda Guilherme, Ismênia e José Neto*, por todos os trabalhos desenvolvidos e a *Amiga Maria José*, que me acolheu na etapa final do curso e me inseriu no mundo mágico da leitura. Estendo esses agradecimentos ao *Amigo Leonardo Costa e suas irmãs Lourdes e Luciana*, por todo o carinho e amizade, bem como também agradeço as colegas *Viviane Chaves, Crislayne Marques e Laedja Maria*, por contribuições neste trabalho.

Aos Profissionais do Laboratório de Análises Clínicas da Fundação Assistencial da Paraíba... Às Farmacêuticas *Lúcia Ponchet e Ismênia Carneiro* pelo exemplo de profissionalismo e dedicação, além do carinho e atenção para comigo. Aos Técnicos em Laboratório: *Judite, Francineide, João Bosco e Gelvânia* por todas as alegrias e ensinamentos. A amiga e companheira de estágio *Rafaella Moreno*, com quem pude compartilhar as alegrias e buscar auxílio nas tristezas, muito obrigada por sua amizade. Apesar do curto espaço de tempo, o convívio com vocês foi gratificante e inesquecível.

A Minha Orientadora Camila Carolina, palavras não descrevem tudo o que eu tenho para te agradecer. Agradeço por toda a confiança depositada em mim, bem como pelas palavras de incentivo e pelas oportunidades a mim concedidas. Serei eternamente grata por sua amizade, bem como também por todos os ensinamentos e recomendações e por me fazer perceber que nós somos capazes de conquistar tudo aquilo que almejamos quando se tem vontade, Fé, perseverança e humildade. Muito obrigada por tudo, sem você a realização deste trabalho não seria possível.

A Professora Denise Domingos, por todas as oportunidades concedidas e por todos os ensinamentos transmitidos durante a Iniciação Científica, bem como por sua amizade e atenção.

As Professoras Flávia Negromonte e Andrezza Duarte, as quais compõem a banca avaliadora deste trabalho, por suas valiosas contribuições. Também cito os Professores *Nathanielly Carvalho e Rodrigo Diniz*, pelo fornecimento de material didático que proporcionou a escrita deste trabalho, e todos os demais *Docentes do Curso de Bacharelado em Farmácia* pelo conhecimento, ética e sabedoria demonstrados.

Aos Profissionais e Pacientes do Centro de Atenção Psicossocial A Socorro Souto, Rosimery Mirelly, Rénea Lima, Sandro Filho, Elton Lima, Ivanildo Silva, Eduardo, Hiarley, Yuri, Elizabeth Furtado, Vera Medeiros, Marizete e Marciana, parabenizo pelo brilhante trabalho desenvolvido e agradeço pela confiança depositada e pela amizade e vínculo construído neste período de convívio. Aos *Pacientes*, os quais constituem a razão desta pesquisa, deixo o meu singelo agradecimento. Vocês me ensinaram que a alegria e a felicidade são proporcionadas pelos momentos mais simples da vida, e que os pequenos detalhes nos tem mais a demonstrar do que aquilo que se mostra mais visível e deslumbrante aos nossos olhos.

A todos que mencionei e aqueles que não foram nomeados, mas contribuíram de alguma forma na minha vida acadêmica, meu sincero OBRIGADA!

Quando amamos e acreditamos do fundo da nossa alma em algo, nos sentimos mais fortes que o mundo, e somos tomados de uma serenidade que vem da certeza que nada poderá vencer a nossa Fé. Essa Fé faz com que sempre tomemos a decisão certa, na hora exata e, quando atingimos nossos objetivos ficamos surpresos com a nossa própria capacidade.

(Paulo Coelho)

RESUMO

O tratamento dos transtornos mentais sofreu várias mudanças com a reforma psiquiátrica, o que contribuiu para a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), estes revolucionaram o manejo com pacientes psiquiátricos, proporcionando uma farmacoterapia racional e eficaz, menor sofrimento para o paciente, bem como a inserção da família no tratamento. Os transtornos psiquiátricos apresentam diversidades em sua sintomatologia, necessitando de um tratamento rebuscado e efetivo, o mesmo pode ser executado por farmacoterapia isoladamente ou atrelada à psicoterapia. Dentre as classes de medicamentos mais utilizadas para essa finalidade podem-se citar os fármacos benzodiazepínicos (BDZ). Sua utilização está ligada ao fato destes aliviarem os estados de estresse e tensão provocados pela ansiedade, bem como aos seus efeitos hipnóticos e sedativos. Nos últimos anos, tem-se notado uma intensa utilização destes medicamentos, o que pode estar vinculado à prescrição irracional retroalimentando uma possível tolerância e dependência aos mesmos. O município de Cuité situa-se na microrregião do Curimataú paraibano, e apresenta uma população de 19.978 habitantes. Nesta cidade funciona o CAPS I, com uma demanda de 533 usuários, destes 55 fazem parte do tratamento semi-intensivo e 478 pertencem à modalidade não-intensiva. O presente trabalho teve como objetivo descrever o perfil farmacoterapêutico da utilização de benzodiazepínicos nesta instituição. Ancorou-se metodologicamente em um estudo quantitativo, descritivo e transversal e foi realizado com a análise de prontuários que apresentaram prescrição de BDZ no período de 2011 a 2013 bem como, foram realizadas entrevistas estruturadas com pacientes em tratamento não-intensivo, atualmente atendidos no CAPS. Por se tratar de um estudo com seres humanos, o mesmo atendeu a Resolução 466/12, sendo submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do HUAC e após a aprovação, prosseguiu de acordo com a disponibilidade dos pacientes, durante os meses de março a junho de 2014. A amostra em estudo é composta em sua maioria por mulheres, e estas corresponderam respectivamente a 70,8% dos entrevistados e 71,4% dos prontuários analisados. Também foi observada a prevalência de indivíduos com mais de 60 anos (25,0% dos entrevistados e 27,9% dos prontuários). Os transtornos mais prevalentes foram os transtornos neuróticos (26% dos entrevistados e 49,3% dos prontuários) e atrelado a este resultado foi observada uma maior prescrição do clonazepam (61,5% dos entrevistados e 46,8% dos prontuários), seja de forma isolada ou associado a outros medicamentos para a manutenção da farmacoterapia, fazendo com que a média de medicamentos por paciente correspondesse a aproximadamente, 2,6 nos entrevistados e 2,0 nos prontuários analisados. Os pacientes que ainda continuam vinculados

no tratamento demonstraram uma alta adesão, devido ao menor percentual de interrupções (41,7%), bem como também relataram a presença de outras doenças concomitantemente ao transtorno mental (37,5%) e 62,5% afirmaram se automedicar. A realização deste estudo possibilitou um aporte de informações relevantes sobre a utilização de BDZ no CAPS de Cuité e se demonstrou de extrema importância, pois estudos como esse dão subsídios à promoção e o uso racional desta classe de medicamentos no município.

Palavras-chave: Transtornos mentais; Saúde Mental; Benzodiazepínicos; Farmacoterapia.

ABSTRACT

The treatment of mental disorders has undergone several changes with the psychiatric reform which contributed to the creation of Centers for Psychosocial Care (CAPS), which revolutionized the management of psychiatric patients, providing a rational and effective drug therapy, less suffering for the patient, as well as the inclusion of family in treatment. Psychiatric disorders have differences in their symptomatology, requiring an elaborate and effective treatment, it can be executed by pharmacotherapy only or linked to psychotherapy. Among the classes of drugs most used for this purpose can cite BDZ drugs. Their use is linked to the fact that these states relieve stress and tension caused by anxiety, as well as their hypnotic and sedative effects. In recent years, it has been noticed an intense use of these drugs, it can be linked to irrational prescribing which feeds back a possible tolerance and dependence on them. Cuité is located in Curimataú of Paraíba, its population is 19,978. In this town works CAPS I, with a demand of 533 users, 55 of these are part of the semi-intensive care and 478 belong to non-intensive mode. The present study describes the profile of pharmacotherapeutic use of benzodiazepines in this institution. Is methodologically anchored in a quantitative, descriptive, cross-sectional study was performed with analysis of records showed that prescription of BDZ in the period 2011-2013 as well as structured interviews with patients in non-intensive care interviews were conducted, currently seen at CAPS. This is a study with humans, so it has met the Resolution 466/12, being submitted to the Research Ethics Committee of the HUAC and after approval, proceeded according to the availability of patients and center professionals in the study, during the months from March to June 2014. The study sample is composed mostly of women, and these corresponded, respectively, to 70.8% of respondents and 71.4% of the records analyzed. The prevalence of individuals with more than 60 years (25.0% of respondents and 27.9% of records) was also observed. The most prevalent disorders were neurotic disorders (26% of respondents and 49.3% of records) linked to this result greater prescription clonazepam (61.5% of respondents and 46.8% of records) was observed, either alone or in combination with other medications for the maintenance of psychotherapy, making the average number of medicines per patient corresponded to the respondents approximately 2,6 and 2,0 in the files. Patients who are still bound in the treatment showed a high adherence, due to the lower percentage of interruptions (41.7%), and also reported the presence of other concomitant diseases to mental disorder (37.5%) and 62.5% said self-medicate. This study allowed for a contribution of relevant

information on the use of BDZ in CAPS Cuité and showed extremely important because such studies give subsidies and promoting the rational use of this class of medicines in the town.

Keywords: Mental Disorders; Mental Health; Benzodiazepines; Pharmacotherapy.

LISTAS DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01	Estrutura química dos BDZ.....	27
Figura 02	Estrutura química do Ácido Gama-Aminobutírico (GABA).....	29
Figura 03	Estrutura dos receptores do GABA.....	29
Figura 04	Representação esquematizada da Rede de Atenção em Saúde Mental (RASM).....	33
Figura 05	Localização do Município de Cuité-PB.....	35
Figura 06	Distribuição dos pacientes do CAPS I usuários de BDZ de acordo com o gênero.....	40

LISTA DE QUADROS

Quadro 01	Classificação dos transtornos mentais, com base no DSM-IV.....	22
Quadro 02	Classificação das drogas psicotrópicas.....	25

LISTA DE TABELAS

Tabela 01	Distribuição dos pacientes do CAPS I usuários de BDZ quanto à faixa etária.....	40
Tabela 02	Distribuição dos usuários de BDZ de acordo com as características sociodemográficas.....	42
Tabela 03	Hábitos de vida dos pacientes entrevistados.....	44
Tabela 04	Diagnóstico da população usuária de BDZ conforme a CID-10.....	45
Tabela 05	Distribuição dos pacientes de acordo com o BDZ prescrito.....	47
Tabela 06	Distribuição do tempo de utilização do BDZ.....	49
Tabela 07	Distribuição de outros medicamentos prescritos no tratamento dos transtornos mentais de acordo com subgrupo terapêutico/farmacológico (ATC).....	50
Tabela 08	Distribuição dos pacientes entrevistados quanto à ocorrência de outra doença.....	52
Tabela 09	Média de medicamentos prescritos para manutenção da farmacoterapia.....	53
Tabela 10	Distribuição dos pacientes entrevistados quanto à prática da automedicação.....	54
Tabela 11	Forma de acesso dos pacientes entrevistados ao medicamento.....	54
Tabela 12	Adesão dos pacientes entrevistados ao tratamento medicamentoso.....	56
Tabela 13	Benefícios associados ao tratamento com BDZ.....	57
Tabela 14	Distribuição dos pacientes entrevistados de acordo com a ocorrência de reações indesejáveis.....	58

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

≅	Aproximadamente
%	Por cento
®	Marca Registrada
h	Hora
N	Número individual de observações
n	Número total de observações
ASM	Ambulatórios de Saúde Mental
ATC	Classificação Anatômica, Terapêutica e Química
BDZ	Benzodiazepínicos
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CCC	Centros de Convivência e Cultura
CADs	Centro de Atenção Diária
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
DSM-IV	Diagnóstico e Estatística das Doenças Mentais
GABA	Ácido Gama-Aminobutírico
HGs	Hospital Geral
HUAC	Hospital Universitário Alcides Carneiro
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
RASM	Rede de Atenção em Saúde Mental
RP	Reforma Psiquiátrica
SN	Sistema Nervoso
S/N	Sem número
SNC	Sistema Nervoso Central
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS Unidade Básica de Saúde
UFCG Universidade Federal de Campina Grande

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	17
2	OBJETIVOS.....	19
2.1	OBJETIVO GERAL.....	19
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	20
3.1	OS TRANSTORNOS MENTAIS.....	20
3.1.1	Ansiedade.....	23
3.2	DROGAS PSICOTRÓPICAS.....	24
3.2.1	Benzodiazepínicos.....	26
3.2.1.1	<i>Estrutura Química</i>	26
3.2.1.2	<i>Propriedades Farmacológicas</i>	27
3.2.1.3	<i>Farmacocinética e Disponibilidade</i>	28
3.2.1.4	<i>Mecanismo de Ação</i>	28
3.2.1.5	<i>Efeitos Adversos e Toxicidade</i>	30
3.3	A REFORMA PSIQUIÁTRICA (RP) NO CONTEXTO BRASILEIRO.....	31
3.3.1	O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).....	32
4	METODOLOGIA.....	35
4.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	35
4.2	LOCAL DA PESQUISA.....	35
4.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA EM ESTUDO.....	36
4.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	36
4.5	COLETA DE DADOS.....	37
4.6	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	38
4.7	ASPECTOS ÉTICOS.....	38
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	39
5.1	PERFIL SOCIOECONÔMICO E CULTURAL DOS PACIENTES QUE FAZEM USO DE BDZ.....	39
5.2	CARACTERIZAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DE BDZ.....	44
6	CONCLUSÃO.....	60
	REFERÊNCIAS.....	62
	APÊNDICES.....	70
	ANEXOS.....	78

1 INTRODUÇÃO

A globalização e o rápido desenvolvimento industrial proporcionaram inovações tecnológicas que garantiram uma maior praticidade na vida dos indivíduos, porém, trouxe também uma maior preocupação com o futuro, pois o custo de vida e a competitividade estão cada dia mais altos, fazendo com que a ansiedade seja um grande problema de saúde para tais indivíduos, tendo, muitas vezes, a necessidade da utilização de tratamentos farmacoterapêuticos para se livrar deste mal que acomete muitas pessoas a cada dia que passa (BARROS; TAVARES; PATATA, 2009).

A ansiedade se caracteriza por um estado emocional angustiante, acompanhado de alterações somáticas, respiratórias e/ou cardíacas, onde o indivíduo prevê situações desagradáveis, reais ou imaginárias. Este é um dos transtornos de humor mais comuns na atualidade e está associado a fatores ambientais, estilo de vida, o tipo e a frequência de trabalho ou estudos, além das características do ambiente social frequentado pelo indivíduo (BIANCHINI; RODRIGUES FILHO; ARAÚJO, 2008).

As descobertas dos mecanismos neurotransmissores e a introdução dos benzodiazepínicos (BDZ) para tratamento desses casos representaram um progresso na evolução do conhecimento a respeito da ansiedade. Hoje, podemos considerar a ansiedade como um sintoma presente em várias doenças psicopatológicas, como depressão e esquizofrenia, ou como quadro patológico com características bem definidas (LEITE; SIQUEIRA, 2006).

A quarta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Doenças Mentais (DSM-IV) classifica os transtornos de ansiedade patológica em: Transtorno de pânico e agorafobia, Fobia social, Transtorno obsessivo-compulsivo, Transtorno de ansiedade generalizada, Transtorno de estresse pós-traumático e Transtorno de adaptação (LEITE; SIQUEIRA, 2006).

Na avaliação e no planejamento terapêutico desses transtornos, é importante obter informações detalhadas sobre o início dos sintomas e possíveis fatores desencadeantes, tais como: perda de um ente querido, reprovação em um concurso, doença na família, entre outros. O tratamento é constituído de uma abordagem multimodal, que consiste na orientação aos familiares e ao portador, terapia cognitivo-comportamental, psicoterapia, uso de psicofármacos e intervenções familiares (CASTILLO et al., 2000).

De acordo com Bernik, Santos e Lotufo Neto (2007), na farmacoterapia da ansiedade, podem ser utilizados ansiolíticos BDZ e ansiolíticos não BDZ, porém os compostos da classe dos BDZ apresentam a capacidade de induzir efeitos ansiolíticos tranquilizantes, hipnóticos sedativos, anticonvulsivantes, relaxantes musculares e anestésicos. A indicação clínica do BDZ como ansiolítico baseia-se na sua farmacocinética, principalmente devido a sua alta lipossolubilidade, que assegura que os mesmos sejam absorvidos rapidamente, independente da via de administração.

Os BDZ mais prescritos como ansiolíticos são: bromazepam, alprazolam, diazepam, clordiazepóxido, oxazepam, medazepam, temazepam, lorazepam, clorazepato, clobazam e clonazepam. Alguns têm indicação como ansiolíticos e anticonvulsivantes, como o clonazepam, pois o mesmo apresenta meia-vida longa e alta afinidade pelos sítios de ação no receptor (QUARANTINI; SENA, 2006).

O aparecimento de tolerância e dependência nos pacientes tratados com benzodiazepínicos incentivou a ciência a buscar novas alternativas terapêuticas. Com isso, os antidepressivos passaram a ser fármacos de escolha no tratamento de transtornos de pânico e no transtorno obsessivo-compulsivo (GORESTEIN; POMPÉIA, 2007).

Tendo em vista que muitos pacientes com distúrbios psiquiátricos não dispõem de um tratamento adequado, por meio da iniciativa do Governo Federal, foi criado na década de 1980 o modelo do Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), que visa oferecer a esses pacientes, um acompanhamento de qualidade, com fornecimento do medicamento necessário e apoio à família (BRASIL, 2005).

No Brasil, há poucos estudos que caracterizam a utilização de BDZ no CAPS, e pesquisas como esta demonstram-se como um importante instrumento para avaliar o seu consumo, bem como descobrir se tais medicamentos estão sendo utilizados corretamente, além de conhecer a realidade dos usuários, e a sua perspectiva a respeito do tratamento e, assim, poder trazer benefícios para melhoria da qualidade de vida da população.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Traçar o perfil farmacoterapêutico dos pacientes que utilizam medicamentos BDZ, que são assistidos pelo Centro de Atenção Psicossocial do município de Cuité, Paraíba, Brasil.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Traçar o perfil socioeconômico dos pacientes que fazem uso de BDZ;
- Detectar quais são os BDZ mais utilizados pelos pacientes em estudo e para quais transtornos estes são indicados;
- Investigar a quantidade de medicamentos utilizados por estes pacientes, identificando possível automedicação;
- Identificar a forma de acesso aos medicamentos e os impactos no tratamento;
- Avaliar a adesão do paciente ao tratamento;
- Investigar se os pacientes se submetem a psicoterapia concomitantemente ao tratamento medicamentoso, identificando possíveis benefícios desta associação.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 OS TRANSTORNOS MENTAIS

O comportamento humano pode ser classificado em: normal, padrão e desviante. Em várias épocas da história, esses comportamentos desviantes receberam vários nomes e classificações. Antigamente, alguns desses comportamentos eram vistos como sinais de deuses, tanto positivos quanto negativos (SPADINI; SOUZA, 2006).

No final da Idade Média e início do Renascimento, pessoas que apresentavam esses comportamentos eram excluídas pela sociedade. Eles eram chamados de "loucos" e muitas vezes eram presos com criminosos para afastar suas influências das pessoas ditas normais (ASSIS, 2013).

Com o tempo e o avanço da medicina, começou-se a perceber que esses “loucos” não possuíam só comportamento desviante, mas apresentavam sintomas claros que se repetiam em várias pessoas. Devido a isso, em vez de prendê-los em cadeias como criminosos comuns, eram presos em asilos e manicômios para serem estudados e tratados. Baseando-se nisso, passou-se a reconhecer a loucura como doença mental (ZAMBRONI-DE-SOUZA, 2006).

A psiquiatria moderna surgiu no fim do século XIX e com ela surgiram várias tentativas de tratamento das doenças mentais. Como mentores desta área de conhecimento podem-se citar Sigmund Freud, Jean-Martin Charcot, Carl Jung, entre outros (SPADINI; SOUZA, 2006).

Após a Segunda Guerra Mundial, a Associação de Psiquiatria Americana criou o Manual Estatístico e Diagnóstico de Doenças Mentais, o DSM (Diagnostic and Statistic Manual). A Organização Mundial de Saúde (OMS) organizou a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, conhecido por sua sigla CID-10. A classificação e diagnóstico dos transtornos mentais é realizada com base nesses manuais, de uma forma que o CID-10 é mais utilizado em diagnósticos clínicos, enquanto que a 4ª edição do DSM (DSM-IV) é mais utilizada em pesquisas (ASSIS, 2013).

Atualmente, utiliza-se o termo “transtorno mental” ou “distúrbio mental”, desconsiderando as denominações de loucura, doença mental, ou retardo mental. Essas pessoas não são mais marginalizadas como loucas ou internadas como doentes, mas tratadas

com respeito e compreensão. Os atuais manuais classificam os transtornos, não as pessoas. Dessa forma, evita-se utilizar expressões como “o depressivo” e utilizam-se termos como “o paciente que sofre de depressão” (ZAMBRONI-DE-SOUZA, 2006).

Atualmente, reconhece-se como transtornos mentais os problemas classificados na DSM-IV e CID-10, como depressão, ansiedade, autismo e esquizofrenia. Também é reconhecido o diagnóstico de atraso mental como um déficit de inteligência, que pode ser leve, moderado, grave e profundo (ASSIS, 2013). O quadro 01 mostra a classificação dos transtornos mentais, de acordo com o DSM-IV.

Quadro 01 - Classificação dos transtornos mentais, com base no DSM-IV.

TIPO DE TRANSTORNO
- <i>Transtornos usualmente diagnosticados na lactância, infância e adolescência</i> → Retardo mental e distúrbios de aprendizagem.
- <i>Delirium, demência, transtornos amnésicos e outros transtornos cognitivos</i> → Não apresentam exemplos segundo essa classificação.
- <i>Transtornos mentais devido à condição clínica geral</i> → Transtornos catatônicos e desvios de personalidade.
- <i>Transtornos relacionados a substâncias</i> → Abuso de álcool ou dependência de drogas e transtornos induzidos por uso de substância como abstinência de nicotina ou demência alcoólica.
- <i>Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos</i> → Paranóia (esquizofrenia do tipo paranóide) ou transtorno delirante.
- <i>Transtornos do humor</i> → Depressão e transtorno bipolar.
- <i>Transtorno de ansiedade</i> → Fobias e pânico.
- <i>Transtornos somatoformes</i> → Transtornos conversivos e transtornos dimórficos.
- <i>Transtornos factícios</i> → Síndrome de Munchausen.
- <i>Transtornos dissociativos</i> → Amnésia dissociativa e fuga dissociativa.
- <i>Transtornos sexuais e de identidade de gênero</i> → Aversão sexual e parafilias (como Pedofilia).
- <i>Transtornos alimentares</i> → Anorexia nervosa e bulimia nervosa.
- <i>Transtornos do sono</i> → Insônia e terror noturno.
- <i>Transtornos de controle de impulso</i> → Cleptomania e piromania.
- <i>Transtornos de personalidade</i> → Personalidade paranoica e personalidade obsessivo-compulsiva.

Fonte: ASSIS, 2013.

3.1.1 Ansiedade

A ansiedade é um fenômeno decorrente de um vasto processo evolutivo, e permite que o organismo reaja a situações externas ou internas que ameacem a sua existência. Portanto, é um acontecimento que pode ser benéfico para o organismo, permitindo que este atue de forma a diminuir esta ameaça potencial e suas possíveis consequências. Porém, se o ser humano permanecer neste padrão comportamental, pode trazer consequências indesejáveis como fadiga, deficiência do sistema imunológico e até mesmo levar a óbito (SANTOS, 2006).

A ansiedade pode ser conceituada como um estado transitório, caracterizado por sensações desagradáveis de tensão e apreensão. Consideram como traço de ansiedade as diferenças individuais de reagir a situações percebidas como ameaçadoras, com elevação da intensidade no estado de ansiedade (SPIELBERGER; GORSUCH; LUSHENE, 1979 apud SALLES; SILVA, 2011 p.8).

A ansiedade pode se manifestar por meio de sinais como: preocupação, inquietação, apreensão e estes podem surgir sem que a presença de uma ameaça real seja identificada, podendo parecer aos demais como desproporcional à intensidade da emoção (SURIANO, 2009 apud SALLES; SILVA, 2011).

Na CID-10 os transtornos neuróticos de ansiedade são agrupados com condições relacionadas ao estresse e aos transtornos somatoformes, bem como a associação substancial dos transtornos com causas psicológicas. As principais categorias da CID-10 para transtornos de ansiedade neurótica são: o transtorno fóbico de ansiedade (agorafobia, fobia social e fobias específicas); outros transtornos de ansiedade (transtorno de pânico, transtorno de ansiedade generalizada e transtorno misto de ansiedade e depressão); transtorno obsessivo-compulsivo (predominantemente com pensamentos obsessivos ou atos compulsivos, ou misto com pensamentos e atos obsessivos) (CID-10, 1993).

Segundo Reis e Gherardi-Donato (2012), os transtornos de ansiedade são mais prevalentes em mulheres pelo fato destas serem mais expostas a situações estressantes durante a infância e adolescência, o que provoca um sentimento de descontrole que culmina no desenvolvimento de padrões pessimistas de avaliação da realidade.

O tratamento dos transtornos de ansiedade envolve uma abordagem múltipla, que engloba intervenções psicossociais e farmacoterapia. O tratamento medicamentoso pode ser realizado com o emprego de antidepressivos e ansiolíticos. Entre os ansiolíticos utilizados os BDZ são considerados medicamentos de primeira escolha, devido seu efeito inibitório nos

sintomas de ansiedade e agitação (ROHDE; HALPERN, 2004; KOROLKOVAS; FRANÇA; CUNHA, 2014).

3.2 DROGAS PSICOTRÓPICAS

Desde a Antiguidade, o homem faz uso de substâncias para manter a sua qualidade de vida, entre as substâncias mais utilizadas estão as matérias-primas de natureza vegetal, e estas eram obtidas durante a caça e a coleta realizada pelo mesmo. Dentre as diversas-matérias primas utilizadas pelo homem podemos citar as que apresentam atividade no SNC. Fazendo-se uma análise do uso dessas drogas psicoativas ao longo da história, podem ser identificadas duas finalidades: a primeira dizia respeito à busca da modificação do comportamento normal e a outra visava a produção de estados alterados de sensação com fins religiosos, cerimoniais e recreativos (ALMEIDA; BARBOSA FILHO, 2006).

A estas substâncias que tem a capacidade de modificar os processos biológicos em nível do Sistema Nervoso (SN) atribui-se o nome de psicofármacos, e estes podem ser definidos como:

Medicamentos que atuam no SNC e, portanto, necessariamente precisam atravessar a barreira hematoencefálica. Os princípios que determinam os processos de absorção, distribuição, biotransformação e eliminação são os mesmos para os demais fármacos” (GORENSTEIN; MARCOURAKIS; MARKUS, 2006, p. 3).

A classificação proposta por Almeida e Barbosa Filho (2006) contempla o maior número de drogas que exercem efeito no SNC, onde é possível distinguir quatro divisões: psicoanalépticos; psicolépticos; psicodislépticos; parapsicotrópicos (quadro 02).

Quadro 2 - Classificação das drogas psicotrópicas.

DROGA	DEFINIÇÃO
<p>- <i>Psicoanalépticos ou Estimulantes da Atividade do SNC</i></p>	<p>- Drogas que excitam o psiquismo: reduzindo a depressão, elevando o humor, melhorando a cognição, induzindo o estado de vigília e inibindo a ingestão de alimentos.</p> <p><i>Exemplos:</i> Convulsivantes (ou analépticos), inibidores do apetite, estimulantes da vigília, estimulantes maiores (psicoestimulantes) e estimulantes menores ou xantinas, antidepressivos.</p>
<p>- <i>Psicolépticos ou Depressores da Atividade do SNC</i></p>	<p>- Drogas que reduzem a atividade das estruturas encefálicas, resultando em ações que compreendem desde a vigília, capacidade cognitiva, reações emocionais, ansiedade e nocicepção.</p> <p><i>Exemplos:</i> Neurolépticos (antipsicóticos, psicolépticos ou impregnantes), hipnóticos, ansiolíticos (calmantes ou tranquilizantes menores), analgésicos opióides (analgésicos de ação central ou analgésicos narcóticos), alcoóis, anestésicos gerais e anticonvulsivantes (antiepiléticos ou antiicticiais).</p>
<p>- <i>Psicodislépticos, Alucinógenos, Psicoticomiméticos ou Perturbadores da Atividade do SNC</i></p>	<p>- Compreendem as drogas que geram fenômenos psicopatológicos relacionados à sensopercepção, ao pensamento e à atividade motora. Não tem uso terapêutico.</p> <p><i>Exemplos:</i> Alucinógenos verdadeiros, que compreendem os sintéticos, semi-sintéticos e naturais e alucinógenos secundários.</p>
<p>- <i>Parapsicotrópicas</i></p>	<p>- São assim considerados os medicamentos que, embora tenham emprego frequente na clínica psiquiátrica e/ou neurológica, não apresentam um perfil adequado a nenhuma das classes anteriores.</p> <p><i>Exemplos:</i> Estabilizadores do humor, drogas para o tratamento do alcoolismo e drogas antiparkinsonianas.</p>

Fonte: ALMEIDA; BARBOSA FILHO, 2006.

As drogas depressoras atenuam a atividade cerebral causando redução dos estados de tensão e agitação, enquanto que as drogas estimulantes atuam por aumentar a atividade do nosso cérebro, fazendo com que o indivíduo saia de um estado de desânimo ou inércia para um comportamento mais ativo. Já os perturbadores do SNC, agem modificando a atividade do

cérebro, que passa a funcionar fora do seu estado normal, e o indivíduo fica perturbado mentalmente (MARLATT, 2005 apud MURAKI 2009).

3.2.1 Benzodiazepínicos

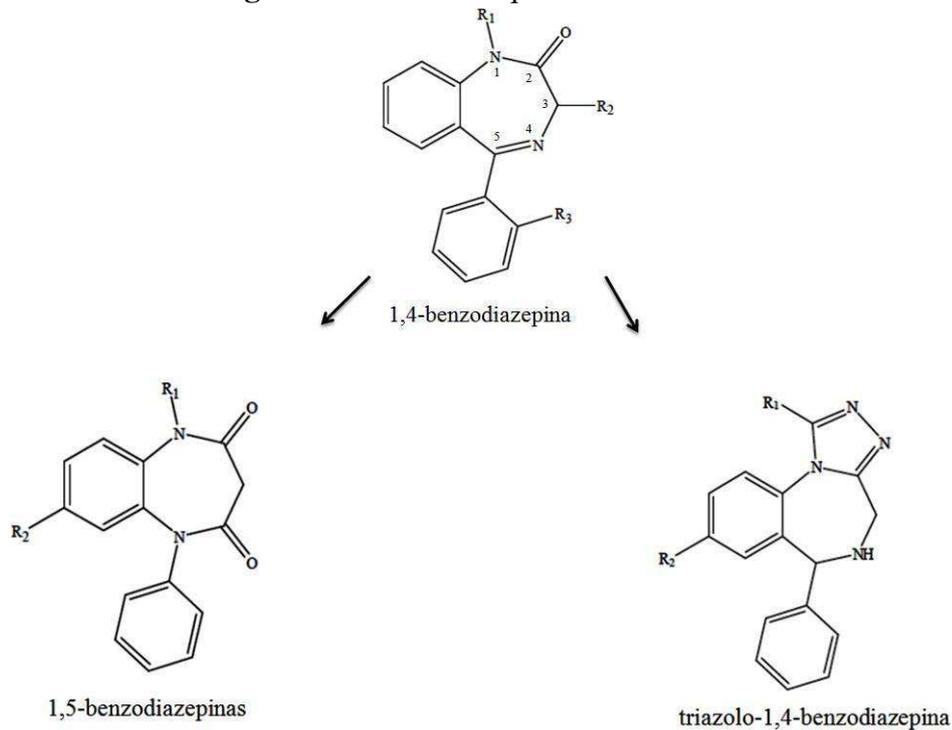
Os BDZ são drogas ansiolíticas e hipnóticas amplamente utilizadas na prática clínica, visto que reduzem a ansiedade, moderam a excitação e acalmam o paciente (COELHO, 2006 apud BARROS; TAVARES; PATATA, 2009).

O primeiro BDZ desenvolvido e lançado comercialmente foi o clordiazepóxido, em 1955 e, em seguida, o diazepam na década de 1960. O surgimento destes medicamentos, concomitantemente com a sua popularização fazem com que eles sejam largamente prescritos como ansiolíticos, hipnóticos, relaxantes musculares e antiepiléticos (AZEVEDO; ALOÉ; HASAN, 2004; MENDONÇA; CARVALHO, 2005).

A ausência de efeitos tóxicos agudos aliada à eficiência e segurança terapêutica, apesar do potencial para tolerância e dependência, torna essa classe de medicamentos útil e segura no tratamento de um número considerável de transtornos (AZEVEDO; ALOÉ; HASAN, 2004).

3.2.1.1 Estrutura Química

A estrutura química dos BDZ é constituída por um anel benzênico acoplado a uma estrutura heterocíclica de sete membros contendo dois nitrogênios nas posições 1 e 4 (diazepina) e um substituinte 5-arila. O conhecimento desta estrutura permitiu a síntese de aproximadamente 2.000 moléculas, pois a realização de várias modificações na estrutura do sistema de anéis resultou em compostos com atividades similares. Esses compostos incluem as 1,5 benzodiazepinas e os benzodiazepínicos substituídos por anéis triazólicos ou imidazólicos, entre outros substituintes (CHARNEY; MIHIC; HARRIS, 2006; DAILEY, 2011). A figura 01 demonstra a estrutura química dos BDZ.

Figura 01 - Estrutura química dos BDZ.

Fonte: Adaptado de MAGALHÃES, 2012.

3.2.1.2 Propriedades Farmacológicas

Os BDZ dividem entre si características semelhantes, tais como ação ansiolítica, sedativa, amnésica, anticonvulsivante e relaxante muscular (HAEFELY, 1990 apud QUARANTINI; SENA, 2006). Esta inespecificidade se torna um problema na prática clínica, pois é difícil separar as propriedades ansiolíticas das sedativas (QUARANTINI; SENA, 2006).

A ação mais proeminente dos BDZ é a depressão do SNC. Em baixas doses terapêuticas, essa depressão se mostra como alívio da ansiedade, frequentemente acompanhado de sonolência ou sedação. Ao aumentar a dose, tem-se uma acentuação no grau de depressão, ocorrendo relaxamento muscular, hipnose e depressão mais profunda do SNC. (DAILEY, 2011).

Os BDZ apresentam algumas vantagens em relação a outros depressores do SNC, como por exemplo os barbitúricos, pois os BDZ possuem uma separação maior entre a dose hipnótica e a dose letal, ou seja, eles apresentam uma margem de segurança aumentada. Além disso, a sua administração associa-se a efeitos colaterais reduzidos (DAILEY, 2011).

3.2.1.3 *Farmacocinética e Disponibilidade*

A administração dos benzodiazepínicos, em geral, é realizada por via oral, e todos eles são completamente absorvidos, com exceção do clorazepato, que sofre uma rápida descarboxilação no suco gástrico à *N*-desmetildiazepam (Nordiazepam) e, em seguida, é completamente absorvido (CHARNEY; MIHIC; HARRIS, 2006).

A metabolização dos BDZ ocorre preferencialmente no fígado, onde a maioria é biotransformada por metabolismo de Fase I (oxidação). Fármacos como o lorazepam e o oxazepam são biotransformados por metabolismo de Fase II (conjugação a glicuronídeos). O diazepam, o clordiazepóxido e o flurazepam são metabolizados tanto por Fase I como por Fase II. Estas observações são relevantes para a prática clínica, pois pacientes que apresentam comprometimento da função hepática podem utilizar medicações com conjugação extra-hepática (GREENBLATT et al., 1983; LADER, 1987 apud QUARANTINI; SENA, 2006).

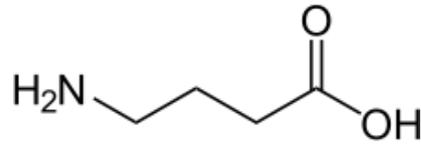
De acordo com a sua meia-vida de eliminação, os BDZ podem ser divididos em três categorias: (1) os BDZ de ação curta, com meia-vida de menos de 6 horas, como o midazolam e o triazolam; (2) os de ação intermediária, com meias-vidas de 6 a 20 horas, como o lorazepam e alprazolam; e (3) os de ação longa, com meias-vidas maiores que 20 horas, incluindo o diazepam e o clonazepam (DELL'OSSO; LADER, 2013).

Os BDZ e seus metabólitos ativos se ligam às proteínas plasmáticas, bem como os mesmos são extensamente metabolizados por enzimas do citocromo P450, particularmente CYP3A4 e CYP2C19. Vale salientar que a maioria dos metabólitos é excretada pela urina (CHARNEY; MIHIC; HARRIS, 2006).

3.2.1.4 *Mecanismo de Ação*

O efeito dos BDZ está relacionado com o neurotransmissor Ácido Gama-Aminobutírico (GABA) do sistema límbico (FORSAN, 2010), um neurotransmissor inibitório que controla a excitabilidade das reações responsáveis pela ansiedade (figura 02).

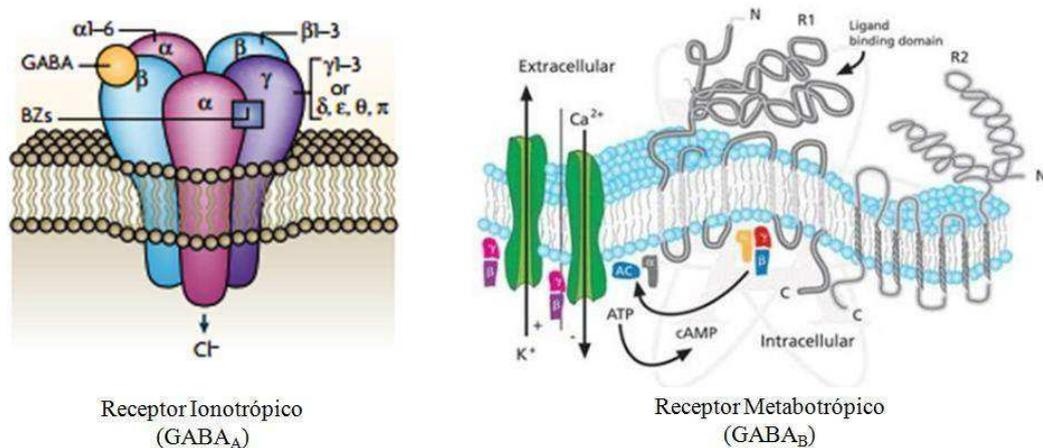
Figura 02 - Estrutura química do Ácido Gama-Aminobutírico (GABA).



Fonte: FORMAN et al. 2011.

O GABA medeia seus efeitos neurofisiológicos por sua ligação a receptores. Existem dois tipos de receptores aos quais o GABA pode se ligar. Os receptores de GABA ionotrópicos (GABA_A e GABA_C), consistem em proteínas de membrana de cinco subunidades principais (duas α , duas β e uma γ) que se ligam ao GABA e que abrem um canal iônico de cloreto intrínseco. Os receptores de GABA metabotrópicos (GABA_B) são receptores acoplados a proteína G que medeiam suas ações pelo sistema de segundo mensageiro (FORMAN et al. 2011; DELL'OSSO; LADER, 2013). A figura 03 demonstra a estrutura dos receptores de GABA.

Figura 03 – Estrutura dos receptores do GABA.



Fonte: JACOB; MOSS; JURD, 2008.

Os BDZ atuam especificamente no receptor GABA_A. Eles funcionam como moduladores alostéricos positivos, potencializando a regulação dos canais na presença do GABA (BENARROCH, 2007; DELL'OSSO; LADER, 2013).

A ação dos BDZ pode ser explicada pelos seguintes acontecimentos: inicialmente os BDZ se ligam a sítios na interface entre os domínios externos das subunidades α e γ , essa ligação propicia uma modificação na conformação do receptor GABA_A e, conseqüentemente, uma maior afinidade entre ambos (GABA + receptor). Esse aumento de afinidade determina a abertura dos canais de cloreto, aumento da condutância ao cloreto, produzindo

hiperpolarização da membrana e determinando efeito inibitório (SILVEIRA, 2006; FORMAN et al. 2009; DELL'OSSO; LADER, 2013).

3.2.1.5 *Efeitos Adversos e Toxicidade*

Craig e Stitzel (2011) afirmam que os efeitos adversos associados ao uso de BDZ estão relacionados, em sua maioria, à sua capacidade de provocar depressão do SNC. Incluem sonolência, sedação excessiva, comprometimento da coordenação motora, confusão e perda da memória. Os efeitos adversos menos comuns incluem visão embaçada, alucinações e reações paradoxais, que consistem em excitação, estimulação e hiperatividade.

Os BDZ são fármacos muito seguros, quando se observa pela ótica orgânica, pois são necessárias altas doses (20 a 40 vezes mais altas que as doses habituais), para trazer efeitos mais graves (FORSAN, 2010). A teratogenicidade é uma questão importante, pois apesar de não haver dados unânimes quanto ao risco de ocorrência, deve-se proceder com o máximo de cautela em mulheres na idade fértil (QUARANTINI; SENA, 2006).

Quando utilizados concomitantemente a bebidas alcoólicas a interação é bastante preocupante, pois os BDZ potencializam os efeitos depressores do álcool, podendo coduzir o paciente a um quadro de inconsciência (DAILEY, 2011).

O uso crônico de BDZ traz o risco de desenvolver dependência e uso abusivo (WOODS et al., 1992 apud CHARNEY; MIHIC; HARRIS, 2006). A interrupção do fármaco, principalmente quando abrupta, pode estar associada a uma gama de sintomas, incluindo insônia e ansiedade de rebote. Podem ocorrer sintomas mais graves quando o indivíduo interrompe uma dose supraterapêutica, particularmente quando tomou o fármaco durante meses ou anos. Esses sintomas podem incluir: fraqueza muscular, tremor, hiperalgesia, náusea, vômitos, perda de peso e, possivelmente convulsões. Por esta razão, a retirada do medicamento deve ser feita por meio do *desmame*, no qual há uma diminuição gradativa da dose, até a completa ausência de medicamento no organismo (CHARNEY; MIHIC; HARRIS, 2006).

Diante das características dos BDZ, faz-se necessário um acompanhamento continuado, bem como a adesão correta do paciente ao tratamento. No entanto muitos pacientes não tem condições financeiras para custear o tratamento, tendo que recorrer ao Sistema Único de Saúde (SUS). Neste sistema, o acompanhamento ao portador de transtornos

mentais é realizado no CAPS e em outros serviços componentes da Rede de Atenção em Saúde Mental (RASM). Os mesmos surgiram com o advento da Reforma Psiquiátrica (RP), que reformulou as práticas em Saúde Mental (CAMATTA; SCHNEIDER, 2009).

3.3 A REFORMA PSIQUIÁTRICA (RP) NO CONTEXTO BRASILEIRO

A RP teve origem a partir do movimento de crítica à instituição psiquiátrica, o qual culminou na busca de meios adequados ao tratamento dos pacientes. Neste contexto, a família volta a fazer parte da assistência ao portador de transtornos mentais, onde se priorizaram mudanças ao modelo assistencial até então existente. A partir deste movimento, surge um trabalho de humanização e reformulação da assistência para um melhor atendimento aos portadores de sofrimento psíquico e entra em crise as formas terapêuticas vigentes, sendo repensado o ambiente manicomial (VIANA, 2007).

No Brasil, o movimento da RP teve início no fim dos anos 70, e tinha como objetivo a luta pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país. O que implicava na superação do modelo manicomial, o qual não mais satisfazia a sociedade. O advento da RP deve ser entendido como um processo político e social complexo, pois o mesmo consiste em uma junção de vários contribuintes, e incide nas três esferas de governo, no mercado de trabalho em saúde, entre outros territórios (MESQUITA; NOVELINO; CAVALCANTI, 2010).

A Luta Antimanicomial possibilitou o desenvolvimento de pontos extremamente importantes para a desinstitucionalização da loucura. Pode-se destacar o surgimento de serviços de atendimentos Extra-Hospitalares oriundos da RP: Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS); Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi, CAPSad); Centro de Atenção Diária (CADs); Hospitais Gerais (HGs); Centros de Convivência e Cultura (CCC) (MESQUITA; NOVELINO; CAVALCANTI, 2010).

Em 1987, foi criado em São Paulo, o primeiro CAPS do Brasil, o CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, ainda como instância intermediária entre o Hospital Psiquiátrico e o Ambulatório de Saúde Mental (ASM). Este seguiria uma trajetória própria, experimentando novas práticas e assimilando conhecimento de várias experiências históricas alternativas à Psiquiatria Hospitalocêntrica, principalmente da Psicoterapia Institucional Francesa e da Psiquiatria Democrática Italiana (GOLDBERG, 1996 apud DEVERA; COSTA-ROSA, 2007). A divulgação dessa experiência permitiu a multiplicação de uma série de vivências

semelhantes pelo Brasil, devendo-se aos CAPS as práticas substitutivas ao modelo hospitalocêntrico (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007).

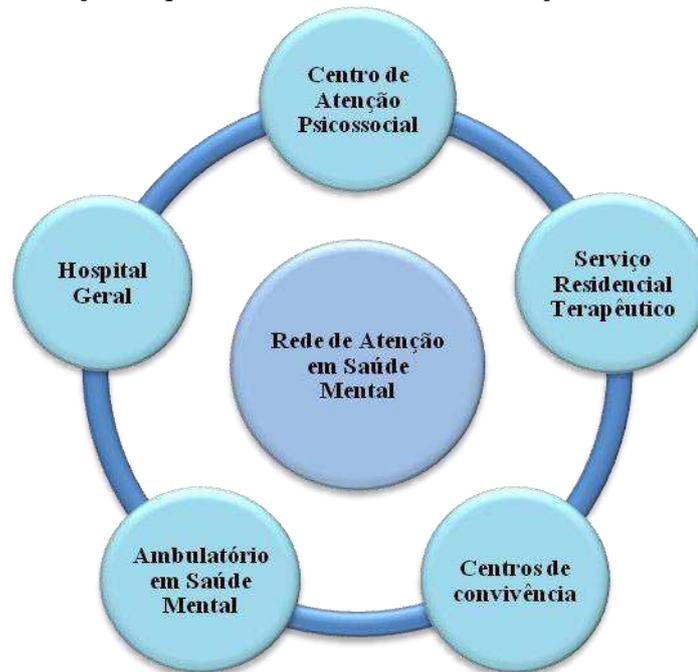
As três Conferências Nacionais de Saúde Mental, nos anos de 1987, 1992 e 2001, bem como a aprovação da lei 10.216 de 6 de abril de 2001 (após tramitação no Legislativo desde 1989), representou um marco no processo político. A mesma ficou conhecida como Lei Paulo Delgado, e define o direito da pessoa portadora de transtornos mentais de ser tratada em serviços comunitários de saúde mental, e restringe fortemente a internação desses pacientes (RIBEIRO; INGLEZ-DIAS, 2011).

Segundo Viana (2007), apesar do crescente número de terapias alternativas que dão suporte à nova forma de cuidar no âmbito da saúde mental, há ainda muita luta pela frente, no sentido de conscientizar a todos quanto à não hospitalização psiquiátrica, que perdurou por muitos anos.

3.3.1 O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

A RASM (figura 04) é parte integrante do SUS, rede organizada de ações e serviços públicos de saúde, instituída no Brasil por Lei Federal na década de 90. Esta é composta por: CAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), CCC, ASM e HGs, e caracteriza-se por ser essencialmente pública, de base municipal e com um controle social fiscalizador e gestor no processo de consolidação da RP (BRASIL, 2005).

Figura 04 - Representação esquematizada da Rede de Atenção em Saúde Mental (RASM).



Fonte: Elaborada pelo autor, 2014.

Entre os serviços componentes da RASM o CAPS se constitui como uma das mais valiosas alternativas de apoio à comunidade, visto que este é um serviço que se constitui em espaços protegidos, funcionando em regime de turnos, com o atendimento prestado por membros de uma equipe multiprofissional, em que os usuários integram-se a diferentes modalidades de atendimento durante o dia, retornando à noite ao seu lar. Prioritariamente, essa modalidade de serviço, se destina ao tratamento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, nas modalidades de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo (CAMATTA; SCHNEIDER, 2009).

Segundo Brasil (2002), os CAPS se diferenciam pelo porte, capacidade de atendimento, clientela atendida e organizam-se no país de acordo com o nível populacional de cada município, e estes diferenciam-se em:

- CAPS I – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes. Estes serviços têm equipe mínima de 9 profissionais, entre profissionais de nível médio e nível superior, e têm como clientela adultos com transtornos mentais severos e persistentes e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana, e têm capacidade para o acompanhamento de cerca de 240 pessoas por mês.

- CAPS II - Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. Os pacientes deste serviço compreendem adultos com transtornos mentais severos e persistentes. Os CAPS II têm equipe mínima de 12 profissionais, entre profissionais de nível médio e nível superior, e capacidade para o acompanhamento de cerca de 360 pessoas por mês. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana.

- CAPS III - Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes. É um serviço de grande complexidade, uma vez que funciona durante 24 horas em todos os dias da semana e em feriados, apresentando no máximo cinco leitos. O CAPS III realiza, quando necessário, acolhimento noturno (internações curtas, de algumas horas a no máximo 7 dias). A equipe mínima para estes serviços deve contar com 16 profissionais, entre os profissionais de nível médio e superior, além de equipe noturna e de final de semana. Estes serviços têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 450 pessoas por mês.

- CAPS i II - Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana, e têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 180 crianças e adolescentes por mês. A equipe mínima para estes serviços é de 11 profissionais de nível médio e superior.

- CAPS ad II - Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana, e têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 240 pessoas por mês. A equipe mínima prevista para os CAPS ad é composta por 13 profissionais de nível médio e superior.

Um grande número de CAPS já foi implantado em todo o território nacional como serviço substitutivo aos hospitais psiquiátricos, além do que, em alguns estados, a prática manicomial do hospital psiquiátrico e inclusive serviços ambulatoriais de psiquiatria já foram abolidos, porém todo esse processo ainda é insuficiente, face à demanda de atenção existente (CAMBRAIA, 2004 apud SHIOKAWA, 2010).

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, de corte transversal, realizado no município de Cuité, Paraíba, no período de março a junho de 2014. O objeto de estudo da pesquisa foram prontuários que apresentaram prescrição de BDZ no período de 2011 a 2013 e pacientes que iniciaram o tratamento com BDZ neste período e que ainda continuavam vinculados ao serviço até o período da coleta de dados.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

O município de Cuité situa-se na região centro-norte do Estado da Paraíba, Mesorregião do Agreste Paraibano e Microrregião do Curimataú Ocidental. Apresenta uma população de 19.978, distribuída em uma área territorial de 643,10km², limitando-se ao norte com o Estado do Rio Grande do Norte, leste com Cacimba de Dentro e Damião, sul com Sossego e Barra de Santa Rosa e oeste com Nova Floresta, Picuí, e Baraúnas (IBGE, 2010), como pode ser observado na figura 05.

Figura 05 - Localização do município de Cuité.



Fonte: Google Maps, 2014.

O município é visto como um polo regional que concentra uma grande demanda de serviços de saúde, visto que apresenta o 4º Núcleo Regional de Saúde, bem como também disponibiliza outros serviços na área da atenção básica.

A pesquisa foi realizada no Centro de Atenção Psicossocial Vereador Sebastião Paulo de Souza (CAPS-I), situado na rua: Antônio André da Silva, S/N, bairro: São José. Este centro é atualmente o único serviço na área de Saúde Mental no Município de Cuité. Foi inaugurado em 4 de Novembro de 2011, e apresenta uma equipe composta por 12 profissionais, sendo eles: médico psiquiatra, psicóloga, enfermeiro, técnica de enfermagem, pedagoga, assistente social, professor de dança, oficinheiro, cozinheira, porteiro, auxiliar de serviços gerais e recepcionista.

Desde a sua fundação até o presente ano, este centro apresenta o registro de 533 pacientes; destes, 55 corresponderam ao tratamento semi-intensivo e apenas 25 encontravam-se ativos no serviço. Os outros registros referiam-se a pacientes do tratamento não intensivo, que frequentam o serviço para manutenção do tratamento medicamentoso, por meio da consulta psiquiátrica.

Os usuários ativos ingressam no serviço às 8h da manhã e passam o restante do dia neste, retornando ao seu lar às 16h. Eles são submetidos a atividades de artesanato, recreação, atividade física, comemorações de datas importantes, entre outras. O serviço realiza um vasto número de atividades, visto que o mesmo apresenta uma parceria com a UFCG e recebe frequentemente acadêmicos dos cursos de Enfermagem e Nutrição diversificando assim as atividades desenvolvidas.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA EM ESTUDO

A amostra investigada constou de 280 prontuários que apresentaram prescrições de BDZ no período de 2011 a 2013 e de 24 pacientes aos quais foram prescritos BDZ no período supracitado e que ainda continuavam vinculados ao serviço, sendo todos estes selecionados de acordo com os critérios de inclusão do estudo. A partir da análise dos prontuários do serviço e com a utilização de um instrumento semi-estruturado de coleta de dados, foi possível identificar qual o BDZ mais prescrito, os transtornos mais prevalentes nessa população e como os pacientes se comportavam em relação ao tratamento medicamentoso.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Constituíram como critérios de inclusão nesta pesquisa pacientes maiores de 18 anos, domiciliados no município de Cuité, pertencentes ao tratamento não intensivo, que receberam

prescrição de BDZ no período de 2011 a 2013 e que ainda estivessem vinculados ao tratamento, bem como também apresentassem condições de verbalização e fossem responsáveis pela própria administração dos medicamentos. Os prontuários inclusos correspondem a todos aqueles que apresentaram prescrição de BDZ no período de 2011 a 2013 referentes a indivíduos maiores de 18 anos que residem no município de Cuité, como já citado anteriormente. Foram adotados como critérios excludentes aqueles pacientes e prontuários que não obedeceram aos critérios supracitados, bem como os que se recusaram a participar da pesquisa.

4.5 COLETA DE DADOS

Antes do início da coleta de dados, foi realizada uma reunião com a coordenadora do centro, na qual foram apresentados os objetivos do estudo. Em seguida, foram selecionados os prontuários que obedeciam aos critérios de inclusão da pesquisa, e analisados por meio do preenchimento de um formulário (APÊNDICE A) contendo duas partes: a primeira dizia respeito aos dados demográficos e de identificação do paciente e a segunda parte se referia a informações sobre os medicamentos prescritos. Por meio desta análise, foram identificados os paciente aos quais seriam submetidos o questionário.

A coleta de dados por meio do questionário teve início no mês de maio e se estendeu até junho deste ano, visto que foi necessária a realização de visitas aos domicílios dos pacientes e alguns moravam distante, além do que muitas vezes não eram encontrados, fazendo necessária a realização de uma segunda visita.

O instrumento utilizado correspondeu a um questionário semi estruturado com perguntas objetivas e discursivas (APÊNDICE B), contendo quatro partes principais: a primeira correspondia à caracterização do paciente; a segunda abordava questões sobre os hábitos de vida; a terceira correspondia ao transtorno mental e possíveis associações com outras doenças; a quarta e última abordava o tratamento medicamentoso. É importante ressaltar que o paciente só era submetido à entrevista mediante a anuência do mesmo, a partir da assinatura do TCLE (APÊNDICE C). Durante a realização do estudo foi realizado a entrega de folhetos informativos aos pacientes entrevistados (APÊNDICE D) e atividade educativa com os usuários ativos do CAPS (ANEXO E).

4.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

As informações coletadas no trabalho de campo foram armazenadas no programa *Microsoft Access*[®] e para a análise estatística foi utilizado o *software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) for Windows*, por meio da utilização de técnicas descritivas e análise gráfica.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi desenvolvido de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme as exigências estabelecidas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que normatiza a prática da pesquisa com seres humanos. O mesmo foi aprovado (ANEXO D) pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro (CEP – HUAC), com o parecer de nº 733.665.

As informações que norteiam a pesquisa foram repassadas aos participantes, com a assinatura do TCLE (APÊNDICE C) em duas vias, onde as mesmas afirmaram a voluntariedade de participação no estudo, podendo se retirar antes, durante ou após o término do processo de coleta de dados, sem risco da ocorrência de qualquer prejuízo pessoal, financeiro ou profissional.

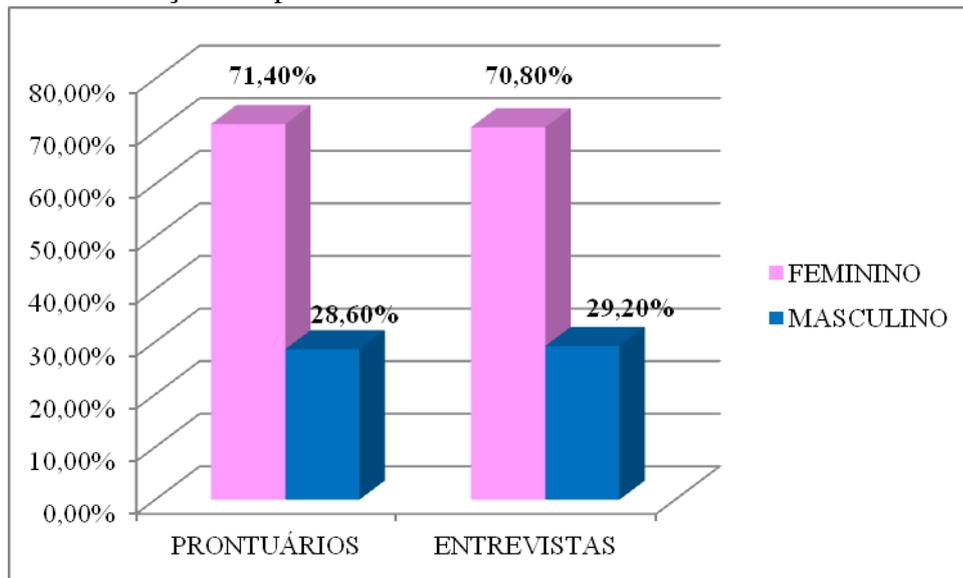
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. PERFIL SOCIOECONÔMICO E CULTURAL DOS PACIENTES QUE FAZEM USO DE BDZ

Para traçar o perfil de prescrição e utilização de BDZ por usuários do CAPS I no Município de Cuité-PB foram analisados 533 prontuários arquivados no serviço e foram aplicados 25 questionários compostos por perguntas de natureza objetiva e subjetiva. Do número total de prontuários analisados foram excluídos 253 registros, destes 215 não apresentavam prescrição de BDZ, 9 pertenciam a usuários menores de 18 anos e 29 prontuários correspondiam a pacientes que iniciaram o tratamento no ano de 2014. Dessa forma, foram inclusos na amostra final 280 prontuários.

Em relação aos pacientes que ainda permaneciam no tratamento, os quais correspondem aos entrevistados, apenas 25 pacientes se enquadraram nos critérios de inclusão da pesquisa, porém a amostra final totalizou 24 pessoas, devido à ocorrência de uma desistência.

De acordo com a população em estudo, foi possível observar o predomínio do gênero feminino, correspondendo a 70,8% dos participantes da entrevista e 71,4% das prescrições registradas nos prontuários (figura 06). Essa informação corrobora o estudo desenvolvido por Silva, Batista e Assis (2013), e pode ser explicado pelo fato das mulheres apresentarem uma maior preocupação e cuidado com a saúde, o que implica em uma maior aceitação à utilização de psicofármacos, bem como também é interessante abordar o aumento na expectativa de vida destas e conseqüente sofrimento com perdas ao longo da vida que podem contribuir no aparecimento de algumas doenças (URGELL et al., 2005; NOIA et al. 2012; ROCHA, WERLANG 2013).

Figura 06 - Distribuição dos pacientes do CAPS I usuários de BDZ de acordo com o gênero.

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

A prevalência de mulheres como principais usuárias de BDZ também foi detectada por Lima e colaboradores (2008). Estes autores observaram que a utilização de medicamentos psicotrópicos é bastante comum e apresenta relação direta com o envelhecimento, ou seja, o avançar da idade pode propiciar a utilização de medicamentos. Essa observação pode ser comprovada na pesquisa, pois percebe-se que os números percentuais de utilização de BDZ vão aumentando progressivamente quanto maior é a faixa etária (tabela 01).

Tabela 01 - Distribuição dos pacientes do CAPS I usuários de BDZ quanto à faixa etária.

Faixa etária	Prontuários		Entrevistas	
	N	(%)	N	(%)
18 a 29 anos	42	15,0	1	4,2
30 a 39 anos	50	17,9	5	20,8
40 a 49 anos	50	17,9	6	25,0
50 a 59 anos	60	21,4	6	25,0
60 anos ou mais	78	27,8	6	25,0
Total	280	100,0	24	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Nos prontuários analisados foram encontrados pacientes usuários de BDZ, com idade compreendida entre 18 a 92 anos, e destes a maioria (27,8%) apresentou mais de 60 anos de idade, esse resultado também foi encontrado por Mol e colaboradores (2006) em um estudo realizado na Holanda.

Considerando os demais resultados obtidos com a análise dos prontuários, percebe-se um considerável número de usuários de BDZ que apresentaram idade na faixa compreendida entre 50 a 59 anos (21,4%), bem como também a igualdade do percentual encontrado para pacientes pertencentes às faixas etárias de 30 a 39 anos e 40 a 49 anos (17,9%). O menor percentual encontrado corresponde à faixa de 18 a 29 anos (15,0%), corroborando os resultados encontrados por Rocha e Werlang (2013). Em relação aos usuários que permanecem no serviço, os quais foram entrevistados por meio do questionário, foi observada a prevalência de indivíduos com mais de 40 anos, visto que as faixas etárias de 40 a 49 anos, 50 a 59 anos e acima de 60 anos corresponderam a 25% cada uma.

De acordo com Costa e colaboradores (2009) a chegada da terceira idade traz ao indivíduo algumas limitações, que proporcionam a utilização de medicamentos, ou seja, já não se tem mais a mesma vitalidade, bem como também a rapidez do raciocínio e dos movimentos demonstrados na época da juventude.

O alto percentual de prescrição de BDZ em idosos é preocupante, pois esta classe de medicamentos é considerada como inapropriada para esses pacientes, segundo os *critérios de Beers* e outras listas vigentes, visto que os riscos de produzirem eventos adversos são maiores do que os benefícios proporcionados (FICK et al., 2003). Coutinho e Silva (2002) associaram a utilização de BDZ em idosos a um maior risco de quedas e fraturas nessa população. Além desses dois fatores, Cook e colaboradores (2007) relataram sono inquieto, dificuldades cognitivas e acidentes de trânsito como outros problemas relacionados à utilização de BDZ por essa população.

Avaliando as características sociodemográficas dos pacientes em estudo (tabela 02), percebe-se que, em relação à situação conjugal dos mesmos, aqueles a quem foram prescritos BDZ nos anos de 2011 a 2013 (população correspondente aos prontuários), em sua maioria são solteiros (41,4%). Esse valor é superior ao encontrado por Souza (2007) em um estudo com usuários de um CAPS na cidade de Fortaleza-CE. Já em relação aos usuários entrevistados, observa-se o predomínio de indivíduos casados, equivalendo a 50% dos 24 entrevistados.

Tabela 02 - Distribuição dos usuários de BDZ de acordo com as características sociodemográficas.

Variáveis	Prontuários (n = 280)		Entrevistas (n = 24)	
	N	(%)	N	(%)
- Situação Conjugal				
Solteiro	116	41,4	8	33,4
Casado	111	39,6	12	50,0
Divorciado	10	3,6	2	8,3
União Estável	7	2,5	0	0,0
Viúvo	26	9,3	2	8,3
Não Informado	10	3,6	0	0,0
- Escolaridade				
Sem escolaridade	35	12,5	6	25,0
Ensino Fundamental Incompleto	75	26,7	7	29,2
Ensino Fundamental Completo	18	6,4	6	25,0
Ensino Médio Incompleto	8	2,9	2	8,3
Ensino Médio Completo	47	16,8	2	8,3
Ensino Superior Incompleto	5	1,8	0	0,0
Ensino Superior Completo	15	5,4	1	4,2
Não Informado	77	27,5	0	0,0
- Renda Familiar				
Menos de 1 salário mínimo	61	21,8	7	29,1
1 Salário mínimo	101	36,1	12	50,0
2 Salários mínimos	39	13,9	3	12,5
3 Salários mínimos	3	1,1	1	4,2
Acima de 4 salários mínimos	0	0	1	4,2
Não Informado	76	27,1	0	0,0
- Local onde reside				
Zona Rural	56	20,0	8	33,3
Zona Urbana	223	79,6	16	66,7
Não Informado	1	0,4	0	0,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

É importante perceber, nos prontuários analisados, que o número de indivíduos que não apresentavam companheiros (solteiros, viúvos e divorciados) se sobrepõe àqueles que são casados ou vivem em união estável, totalizando 54,3%. Já nas entrevistas esse número se iguala, totalizando 50% dos entrevistados. Sampaio (1993) citado por Souza (2007) afirma que os solteiros, viúvos e divorciados são mais susceptíveis a apresentar algum tipo de transtorno mental, visto que a estabilidade no amor e no desejo, bem como a sensação de responsabilidade por uma família constituem-se como ações que justificam uma menor probabilidade da ocorrência de transtornos mentais entre casados.

No que tange a escolaridade, a maior parte dos usuários possuía ensino fundamental incompleto, correspondendo a 26,7% dos prontuários analisados e 29,2 % dos entrevistados, bem como apenas 16,8% dos prontuários e 8,3% dos entrevistados, apresentam ensino médio completo. Esses dados evidenciam uma população com baixo nível de escolaridade e refletem a realidade da população brasileira, que apesar da diminuição do número de indivíduos sem escolaridade ou com baixo índice de escolaridade nos últimos 10 anos, esse quadro ainda perdura nos dias de hoje (IBGE, 2010).

Segundo Freire (2009) e com base nos resultados obtidos, percebe-se que nível de escolaridade e a renda familiar se relacionam, pois além dos baixos níveis de escolaridade, a população em estudo também possui condições socioeconômicas desfavoráveis, visto que a maioria dos usuários nas duas fases do estudo (prontuário e entrevistas) apresentam renda familiar de apenas 1 salário mínimo, correspondendo a 36,1% (prontuários analisados) e 50% (entrevistados).

Em relação ao local em que residem, nas duas fases do estudo (prontuário e entrevistas) a Zona Urbana permaneceu em maior número, correspondendo respectivamente a 79,6% e 66,7%. Isso pode ser atribuído à dificuldade dos pacientes da zona rural em se deslocar para a cidade, bem como também pela quantidade de moradores desta localidade ser inferior aos que residem na Zona Urbana do município de Cuité (IBGE, 2010).

O termo qualidade de vida está sendo um dos temas mais discutidos hoje em dia, devido ao grande aumento da expectativa de vida da população, o que faz com que as pessoas almejem o viver bem e não só o viver por longos anos. Essa é uma concepção presente em todas as áreas de saúde inclusive na saúde mental, em que nos últimos dez anos foram investidos muitos recursos para descobrir novas drogas e intervenções terapêuticas. A atividade física constitui uma dessas intervenções e estando atrelada à utilização correta de medicamentos e erradicação do uso de drogas lícitas como o álcool e o tabaco, além de uma alimentação adequada podem causar inúmeros benefícios ao paciente (TORRESAN et al., 2008). A tabela 03 demonstra os hábitos de vida dos pacientes em estudo.

Tabela 03 - Hábitos de vida dos pacientes entrevistados.

Utilização de bebida alcoólica (n = 24)	N	(%)
Sim	2	8,3
Não	22	91,7
Utilização de cigarro (n = 24)	N	(%)
Não fumante	13	54,1
Ex-fumante	4	16,7
Fumante	7	29,2
Pratica atividade física (n = 24)	N	(%)
Sim	7	29,2
Não	17	70,8

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

O percentual de utilização de álcool e cigarro pelos pacientes corresponde a minoria, visto que apenas 8,3% destes afirmam utilizar álcool e 29,2% são fumantes. Esses resultados podem estar relacionados ao conhecimento de possíveis interações destas drogas com os BDZ. Segundo Santos (2009), a utilização de drogas lícitas pode ser considerada como um problema de saúde pública que pode influenciar negativamente a adesão terapêutica. De acordo com Dailey (2011) o BDZ potencializa os efeitos depressores do álcool podendo conduzir o paciente a um quadro de inconsciência. Segundo Kroon (2007), a nicotina induz a metabolização de alguns BDZ como o alprazolam, provocando uma redução da sua concentração no organismo, e conseqüente diminuição do seu efeito.

No que concerne à prática de atividade física, nota-se que esta não é comum entre os usuários, pois apenas 29,2 % relatam utilizar essa prática. Segundo Torresan e colaboradores (2008) a associação da atividade física no tratamento dos transtornos de ansiedade, proporciona benefícios em relação a um aumento no tempo de sono e redução da agitação, devido a liberação de neurotransmissores como as endorfinas. De uma maneira geral a prática frequente da atividade física atrelada a não utilização de álcool e cigarro pode retardar ou diminuir a ocorrência de doenças crônicas como diabetes e hipertensão.

5.2 CARACTERIZAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DE BDZ

Os transtornos mentais podem se manifestar em qualquer contexto socioeconômico e cultural e independe da raça, cor ou crença religiosa (SOUZA, 2007). Estudos mostram que o

número de pessoas que apresentam algum tipo de transtorno mental, está crescendo nos últimos anos, principalmente nos países em desenvolvimento (MARAGNO, et al. 2006).

A classificação dos transtornos apresentados pelos pacientes foi determinada de acordo com a CID-10 e com a classificação adotada por Souza (2007). Dessa forma, observou-se que os transtornos neuróticos foram os mais frequentes nas duas populações em estudo, correspondendo a 49,3% dos prontuários e 26% dos entrevistados, igualando o percentual dos relatos de transtornos de humor nessa última população (tabela 04), o que diverge do resultado encontrado por Bellettini e Gomes (2013) no estudo realizado em um CAPS no estado de Santa Catarina, em que os transtornos de humor foram mais frequentes.

Tabela 04 - Diagnóstico da população usuária de BDZ conforme a CID-10.

Problema Mental (CID-10)		Prontuários		Entrevistas	
Código	Descrição	N	(%)	N	(%)
F00 a F09	- Transtornos mentais orgânicos inclusive os sintomáticos	5	1,8	0	0,0
F10 a F19	- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas	9	3,3	1	5,2
F20 a F29	- Esquizofrenia, transtornos esquizofrênicos e transtornos delirantes	24	8,6	0	0,0
F30 a F39	- Transtornos do humor (afetivo)	38	13,8	6	26,0
F40 a F48	- Transtornos neuróticos, transtornos relacionados ao “stress” e transtornos somatoformes	138	49,3	6	26,0
F50 a F59	- Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e fatores físicos	4	1,4	2	9,2
F70 a F79	- Retardo mental	3	1,0	0	0,0
G40	- Epilepsia	2	0,6	0	0,0
-	- Não informado	57	20,2	9	33,6
Total		280	100	24	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

No que concerne aos prontuários, os dados de esquizofrenia e transtornos esquizofrênicos chamam atenção, devido ao número de pessoas as quais foram atribuídos esse diagnóstico corresponderem a respectivamente a 24 pacientes. Esses dados corroboram os resultados encontrados por Pereira e colaboradores (2012) em um estudo com usuários de um serviço de saúde mental em Lorena-SP. Segundo o autor, esse é um resultado esperado em um

serviço de atenção a saúde mental, pois estes são considerados transtornos graves e persistentes e merecem um maior cuidado e acompanhamento.

Em 1,6% dos diagnósticos a doença se relaciona ao aspecto orgânico do paciente e não ao psíquico. Essa afirmação diz respeito à ocorrência de retardo mental e epilepsia. Segundo Souza (2007), estes pacientes procuram o CAPS para seu tratamento por falta da oferta de serviços especializados no município.

É importante observar o alto número de pessoas que não informaram o seu diagnóstico, correspondendo a 33,6% dos entrevistados e 20,2% dos prontuários analisados. Isso pode ser considerado um viés de memória, podendo estar relacionado ao não conhecimento da sua situação clínica, e segundo Pereira e colaboradores (2012) está relacionado à dificuldade e complexidade de se traçar um diagnóstico em saúde mental.

Os medicamentos apresentam-se como a forma mais frequente de tratamento na prática médica. Sua utilização pode estar atrelada a custos expressivos, bem como também a danos quando não utilizados corretamente, mas quando bem utilizados constituem-se como o recurso terapêutico mais viável e eficaz (OPAS, 2005; EV; GUIMARÃES; CASTRO, 2008).

Segundo Béria (2004), a prescrição de medicamentos ocorre em cerca de 80% das consultas médicas. Dieye e colaboradores (2006) citam os BDZ como uma das drogas psicotrópicas mais prescritas, devido a sua eficácia e menor risco letal em casos de *overdose*. Diante do exposto pode-se associar ao presente estudo, visto que nos 280 prontuários inclusos, foram encontradas 314 prescrições de BDZ, visto que ocorreram 14 substituições do BDZ em uso por outro medicamento desta classe, e 20 pacientes apresentavam prescrição de dois BDZ ao mesmo tempo. Já nas entrevistas, apenas um paciente utiliza três medicamentos pertencentes à classe dos BDZ, os outros pacientes utilizam apenas um, totalizando 26 prescrições de BDZ nos pacientes que se mantém ativos no serviço (tabela 05).

Tabela 05 - Distribuição dos pacientes de acordo com o BDZ prescrito.

Subgrupo terapêutico/ farmacológico (Código ATC) Psicofármaco	Prontuários		Entrevistados	
	N	(%)	N	(%)
<i>Antiepiléticos (N03A)</i>				
Clonazepam	147	46,8	16	61,5
<i>Ansiolíticos (N05B)</i>				
Alprazolam	20	6,4	0	0,0
Bromazepam	37	11,8	3	11,6
Clobazam	2	0,6	1	3,8
Clordiazepóxido + Amitriptilina	35	11,2	1	3,8
Clozapolam	15	4,8	1	3,8
Diazepam	34	10,8	4	15,5
Lorazepam	16	5,1	0	0,0
<i>Hipnóticos e Sedativos (N05C)</i>				
Estazolam	8	2,5	0	0,0
Total	314	100	26	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

No sistema ATC, os BDZ são divididos em três subgrupos terapêuticos/farmacológicos que correspondem respectivamente a: antiepiléticos, ansiolíticos e hipnóticos e sedativos. De acordo com os dados, percebe-se que o BDZ mais prescrito foi o Clonazepam, correspondendo a 46,8% dos prontuários e 61,5% dos entrevistados. Esses dados corroboram os resultados encontrados por Silva, Batista e Assis (2013) em um estudo na cidade de João Pessoa, em que o clonazepam também foi o medicamento mais prescrito, totalizando 52,0% das prescrições.

Vale ressaltar que o clonazepam é classificado como um antiepilético, mas segundo Rocha e Werlang (2013) este é utilizado na prática clínica como um ansiolítico, devido a sua meia vida longa e custo acessível, o que pode explicar a prevalência da prescrição de clonazepam no presente estudo, visto que os transtornos de ansiedade são mais frequentes na população estudada e esta é uma população de condições socioeconômicas desfavoráveis. Porém esta conduta não é recomendada pelas *Guidelines* para insônia e transtornos de pânico, pois a utilização de medicamentos que apresentam tempo de meia vida médio e longo está atrelada a um risco excessivo de sedação diurna e comprometimento psicomotor (TOWARD OPTIMIZED PRACTICE, 2010; NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE, 2011).

No que concerne ao subgrupo terapêutico/farmacológico dos ansiolíticos, percebe-se que o bromazepam apresentou percentuais superiores aos demais nos dados correspondentes aos prontuários (11,8%), porém, apesar disso, nota-se certa relevância nos valores de prescrições de BDZ de meia vida longa como o diazepam e a associação entre clordiazepóxido e amitriptilina. Esta afirmação vai ao encontro do exposto por Firmino (2008) em um estudo de avaliação da prescrição de BDZ em Minas Gerais, onde o mesmo diz que em outros estudos foi percebida uma tendência em prescrever diazepam à BDZ de meia vida curta, pois os medicamentos de meia vida longa diminuem o número de administrações diárias, o que de certa forma ficaria mais cômodo ao paciente e reduziria os casos de esquecimento.

O estazolam foi o único BDZ pertencente à classe dos hipnóticos e sedativos que foi mencionado no estudo. Em todos os prontuários inclusos foram totalizadas 8 prescrições contendo este medicamento, correspondendo a 2,5% da população em estudo. É importante resaltar que dos BDZ identificados nesse estudo, a maioria encontra-se na lista de medicamentos da farmácia básica do município, com exceção de clobazam e estazolam. Esse fato pode até ser considerado um obstáculo no seguimento do tratamento, devido às condições financeiras da população estudada, fazendo-se necessária a conscientização dos profissionais de saúde a cerca da padronização das listas de medicamentos disponíveis nos serviços de saúde do município.

Segundo Firmino (2008), a racionalidade da terapia medicamentosa com BDZ está relacionada ao tempo de utilização. O uso apropriado corresponde a três meses, porém a utilização destes medicamentos por um período superior a 6 meses é caracterizado como uso prolongado, apresentando grandes possibilidades de causar dependência e tolerância (FORD; ROBERTS; BARJOLIN, 2005; MANTHEY et al. 2011). De acordo com a tabela 06 percebe-se que o tempo de tratamento médio dos pacientes em estudo fica compreendido entre 4 a 6 meses (10,2%), caracterizando assim um uso prolongado pela população em estudo, visto que somando todos os percentuais correspondentes a mais de seis meses de tratamento obtem-se uma maioria expressiva que corresponde a 29,6% da amostra total.

Tabela 06 – Distribuição do tempo de utilização do BDZ.

Tempo de utilização do BDZ	Prontuários		Entrevistas	
	N	(%)	N	(%)
1 mês	15	4,8	-	-
2 meses	26	8,3	-	-
3 meses	19	6,0	-	-
4 a 6 meses	32	10,2	-	-
7 a 9 meses	16	5,1	-	-
10 a 12 meses	15	4,8	-	-
13 a 15 meses	14	4,5	-	-
16 a 18 meses	5	1,6	-	-
19 a 24 meses	7	2,2	-	-
25 a 30 meses	2	0,6	-	-
Acima de 31 meses	2	0,6	-	-
Só uma prescrição	161	51,3	-	-
Total	314	100,0	-	-

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

O uso prolongado de BDZ também foi observado por Anthierens e colaboradores (2010), em um estudo na Bélgica onde foi observada a utilização de BDZ em períodos de até oito anos. Um dado importante relacionado ao presente estudo foi o grande número de pacientes que apresentam apenas uma prescrição e não retornam ao serviço, correspondendo a 51,3% dos prontuários analisados. Isso pode estar relacionado à prescrição destes medicamentos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) (ROCHA; WERLANG, 2013), bem como também ao não conhecimento da magnitude da manutenção do tratamento pelos pacientes, visto que os usuários entrevistados não sabiam ao certo a quanto tempo estavam utilizando o BDZ prescrito, eles apenas recordavam a época em que procuraram um serviço de saúde para este fim.

Arelado aos BDZ foi observada a prescrição de outros medicamentos para manutenção da farmacoterapia, entre eles: antidepressivos, antiepiléticos, anti-histamínicos, antiparkinsonianos e antipsicóticos (tabela 07).

Tabela 07 - Distribuição de outros medicamentos prescritos no tratamento dos transtornos mentais de acordo com subgrupo terapêutico/farmacológico (ATC).

Subgrupo terapêutico/ farmacológico (Código ATC) Psicofármaco	Prontuários		Entrevistas	
	N	(%)	N	(%)
<i>- Classe N (Sistema Nervoso)</i>				
Antidepressivos (N06A)	111	48,6	16	61,4
Antiepiléticos (N03)	30	13,2	2	7,8
Antipsicóticos (N05A)	62	27,2	5	19,2
Antiparkinsoniano (N04)	15	6,6	1	3,8
<i>- Classe R (Sistema Respiratório)</i>				
Anti-histamínicos (R064)	10	4,4	2	7,8
Total	228	100,0	26	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Foram totalizadas 228 prescrições de medicamentos auxiliares na farmacoterapia nos prontuários estudados, e todos os 24 pacientes que permanecem no tratamento utilizam um segundo medicamento para este fim, totalizando 26 prescrições nesta população.

A prescrição de BDZ associada a antidepressivos foi observada em 48,6% dos prontuários e em 61,4% dos pacientes permanentes no tratamento, sendo considerada a mais prevalente no estudo. Esses resultados corroboram o estudo realizado por Queiroz Netto, Freitas e Pereira (2012) em Ribeirão Preto-SP sobre a racionalidade da prescrição de psicofármacos, onde 55% dos pacientes faziam uso concomitante de BDZ e antidepressivos. Essa associação é bastante utilizada em transtornos de ansiedade, visto que os antidepressivos demoram um tempo para demonstrar efeito clínico e o BDZ é administrado no início para reduzir os estados de agitação e com um tempo de duas a três semanas é iniciada a retirada deste para evitar problemas como tolerância e dependência (LEVITAN et al., 2011).

Os antipsicóticos foram a segunda classe mais prescrita com os BDZ, correspondendo a 27,2% dos prontuários e 19,2% dos pacientes que permanecem em tratamento. Tais resultados são superiores aos encontrados por Souza (2007) em um estudo epidemiológico em um CAPS na cidade de Fortaleza, visto que a prescrição de antipsicótico foi registrada em cerca de 17,7% dos usuários. Esse resultado pode ser justificado pelo número de diagnósticos atribuídos à esquizofrenia e transtornos psicóticos, visto que estes medicamentos aliviam sintomas como delírios e alucinações e são eficazes no controle dos episódios de crises psicóticas (FORMAN et al. 2009).

As outras classes de medicamentos registradas no estudo são os antiepiléticos (13,2% e 7,8%), antiparkinsonianos (6,6% e 3,8%) e anti-histamínicos (4,4% e 7,8%). O anti-histamínico prescrito corresponde, a prometazina e a associação desta com o BDZ é justificada pelos efeitos sedativos apresentados pelos anti-histamínicos de primeira geração, o que caracteriza esse quadro como uma sinergia farmacodinâmica (CHARNEY; MIHIC; HARRIS, 2006). Essa alternativa consiste em uma interação medicamentosa do tipo farmacodinâmica, a mesma é muito aplicada em casos de uso crônico de BDZ para evitar altas dosagens destes medicamentos, mas deve ser monitorada cuidadosamente devido ao risco de indução da toxicidade (BRASIL, 2010; TRUVEN HEALTH ANALYTICS, 2014).

As associações entre psicofármacos são muito importantes para a manutenção do tratamento em saúde mental, mas devem ser avaliadas criteriosamente, pois como foi demonstrado no parágrafo anterior, muitos destes medicamentos podem interagir e provocar efeitos indesejáveis ao paciente. Segundo Santos e colaboradores (2009), antidepressivos como amitriptilina e fluoxetina podem provocar aumento das concentrações séricas de diazepam causando prejuízos psicomotores e na atenção. Em tais situações, faz-se necessária a substituição do BDZ em questão.

Antiepiléticos como: carbamazepina e fenitoína reduzem 50% dos níveis séricos dos BDZ, por indução da CYP3A. Essa indução pode causar a perda da eficácia terapêutica do BDZ, e nesse caso é necessário realizar um aprazamento na administração dos medicamentos (SANDSON; ARMSTRONG; COZZA, 2005; CHARNEY; MIHIC; HARRIS, 2006; FORMAN, et al. 2009). Informações como estas reforçam a importância do acompanhamento farmacoterapêutico a essa classe de pacientes, bem como a avaliação da terapêutica prescrita.

A probabilidade da ocorrência de interações medicamentosas aumenta a medida em que mais medicamentos são inseridos no tratamento. Esse tipo de situação é mais comum em pacientes que apresentam transtornos mentais graves e persistentes e/ou apresentam alguma doença secundária (PEREIRA et al. 2012).

De acordo com a tabela 08, 37,5% dos pacientes apresentam outra doença associada ao transtorno mental em tratamento e todos estes utilizam medicamento para controlar a sua ocorrência. As doenças secundárias referidas pelos pacientes são: hipertensão (33,3%), gastrite (33,3%), dislipidemia (11,1%) e hipotireoidismo (11,1). A hipertensão foi a doença secundária mais prevalente no estudo, corroborando Passos (2008) em um estudo na Atenção Primária do Município de Maracanaú em que esta também foi a doença mais frequente em

todos os pacientes, correspondendo a 32%, percentual um pouco menor do que o encontrado no presente estudo. Segundo a OMS (2004), pessoas com hipertensão apresentam maior probabilidade de desenvolver episódios depressivos, porém essa afirmação não tem comprovação científica.

Tabela 08 - Distribuição dos pacientes entrevistados quanto à ocorrência de outra doença.

Outro problema de saúde associado (n = 24)	N	(%)
Sim	9	37,5
Não	15	62,5
Doença (n = 9)	N	(%)
Diabetes	0	0,0
Doença renal	0	0,0
Dislipidemia	1	11,1
Gastrite	3	33,3
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	3	33,3
Hipotireoidismo	1	11,1
Obesidade	0	0,0
Não lembra	1	11,1
Medicamentos prescritos para outro problema de saúde (n = 10)	N	(%)
Classe A (Trato alimentar e metabolismo)	3	30,0
Classe C (Sistema cardiovascular)	4	40,0
Classe H (Sistema hormonal, exceto insulina e hormônios sexuais)	1	10,0
Classe M (Sistema músculo-esquelético)	1	10,0
Não lembra	1	10,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

A presença de doenças secundárias nos pacientes é preocupante, pois a sua ocorrência pode aumentar o número de medicamentos prescritos, e situações como essas podem culminar no aparecimento de reações indesejáveis e interações medicamentosas (NOIA et al., 2012).

Os autores Sandson, Armstrong e Cozza (2005) associaram o aumento dos níveis plasmáticos do alprazolam a inibição da CYP3A4 provocada pelos antibacterianos claritromicina e eritromicina. Informações como essa reforçam a importância do acompanhamento da terapia medicamentosa do paciente, apesar de não ter sido possível encontrar informações sobre a interação dos BDZ com os medicamentos mais prescritos para outra finalidade. Os quais corresponderam respectivamente aqueles que agem no sistema cardiovascular e os destinados ao trato alimentar e metabolismo.

A identificação dos medicamentos prescritos possibilitou a determinação da média de medicamentos prescritos. O cálculo foi realizado por meio do somatório de todos os medicamentos prescritos, dividido pelo número de pacientes da amostra. Dessa forma, a média de medicamentos prescritos para os usuários incluídos no estudo correspondeu a 2,0 entre os prontuários e a 2,6 nos pacientes entrevistados, como podemos observar na tabela 09.

Tabela 09 - Média de medicamentos prescritos para manutenção da farmacoterapia.

Medicamentos	Prontuários (n=280)	Entrevistados (n=24)
- Nº total de medicamentos prescritos	553	63
- Média de medicamentos prescritos	≅ 2	≅ 2,6

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Os valores obtidos foram inferiores aos encontrados por Rocha e Werlang (2013) em que a média de medicamentos prescritos foi 3,56. Mesmo com esse valor favorável deve-se monitorar a farmacoterapia do paciente, pois a associação de medicamentos tende a resultar em interações medicamentosas, como mencionado anteriormente (FIRMINO, 2008).

A utilização múltipla de medicamentos representa um problema no seguimento da farmacoterapia, e a sua gravidade aumenta quando o paciente adota a prática da automedicação que se caracteriza pelo ato de consumir medicamentos sem prévia avaliação do médico, bem como também quando o indivíduo se responsabiliza pelo cuidado a sua saúde sem a consulta ou autorização de um profissional especializado (RIBEIRO et al., 2011). Para Castro e colaboradores (2013) esta é uma prática frequente nos dias de hoje e sua utilização é considerada tão antiga como a própria história do homem.

A prática da automedicação foi relatada por 15 pacientes (62,5%) e apenas nove (37,5%) afirmaram não realizá-la (tabela 10). Entre os pacientes que se automedicam, a maioria (93,3%) a realiza devido a ocorrência de dores, e 6,7% por causa do acontecimento de episódios febris. O medicamento automedicado mais relatado no estudo foi a dipirona (73,3%), ainda foram citados o paracetamol (20,0%) e a associação entre orfenadrina, dipirona e cafeína (6,7%).

Tabela 10 - Distribuição dos pacientes entrevistados quanto à prática da automedicação.

Ocorrência de automedicação (n = 24)	N	(%)
Sim	15	62,5
Não	9	37,5
Motivo (n = 15)	N	(%)
Diarreia	0	0,0
Dor	14	93,3
Febre	1	6,7
Gripe	0	0,0
Infecção	0	0,0
Medicamentos automedicados segundo a classificação ATC (n = 15)	N	(%)
<i>Analgésicos e Antipiréticos (N02B)</i>		
Dipirona sódica	11	73,3
Paracetamol	3	20,0
<i>Relaxante Muscular (M03)</i>		
Orfenadrina + Dipirona + Cafeína	1	6,7

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

A automedicação em pacientes portadores de transtornos mentais foi também relatada por Santos e colaboradores (2009) em estudo sobre as interações entre psicofármacos no estado de São Paulo e segundo estes autores a automedicação é preocupante e principalmente quando se remete aos psicofármacos, em que a sua utilização já oferece risco e esse fato se agrava ainda mais quando estão associados a outros medicamentos devido à possíveis interações.

O acesso aos medicamentos é um dos cinco indicadores relacionados aos avanços na garantia do direito à saúde. No Brasil, a disponibilização de medicamentos de forma contínua e em quantidade adequada às necessidades da população, ainda é um desafio a ser superado, apesar da implantação das políticas públicas na década de 1990 (HOGERZEIL; MIRZA, 2011 apud BOING et al., 2013). A tabela 11 distribui os pacientes de acordo com a forma de acesso ao medicamento.

Tabela 11 - Forma de acesso dos pacientes entrevistados ao medicamento.

Forma que o paciente adquire o medicamento (n = 24)	N	(%)
Só compra	15	62,5
Compra + SUS	9	37,5
Só SUS	0	0,0
Outro	0	0,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

De acordo com os dados expostos percebe-se que a maior parte dos pacientes compra o medicamento (62,5%), enquanto que ninguém relatou adquirir apenas no SUS, e os que afirmaram fazer uso desse sistema o conciliaram a compra (37,5%). O alto percentual dos pacientes que compram o medicamento pode ser atribuído ao não conhecimento dos mesmos acerca dos serviços prestados pelo SUS, visto que 7 pacientes relataram não saber da possibilidade de adquiri-los na farmácia básica do município, e os nove pacientes que buscaram o SUS para esse fim relataram a falta do medicamento e isso as impulsionava a comprá-lo. Outro fator importante também está relacionado a não existência de farmácia no CAPS.

As questões relacionadas ao acesso devem ser levadas em consideração, pois elas podem interferir na adesão do tratamento e segundo Araújo e colaboradores (2008) o não cumprimento do tratamento é um obstáculo a efetividade da terapêutica medicamentosa, e apresenta reflexos negativos na qualidade de vida do usuário, bem como também gera custos para o sistema de saúde.

A adesão à terapêutica medicamentosa é um processo de ordem social que pode apresentar como contribuintes fatores de natureza econômica, cultural e comportamental, que são determinantes para o sucesso da terapia proposta, a cura de uma enfermidade e o controle de uma doença crônica (BERTOLDI et al., 2004). O paciente tem papel fundamental nesse processo, pois ele deve compreender seus valores e crenças em relação à saúde, a doença e ao tratamento, bem como também se auto avaliar enquanto a não adesão (LEITE; VASCONCELOS, 2003). A tabela 12 mostra a adesão do paciente ao tratamento medicamentoso.

Tabela 12 - Adesão dos pacientes entrevistados ao tratamento medicamentoso.

Utilização diária do medicamento (n = 24)	N	(%)
Sim	23	95,8
Não	1	4,2
Esqueceu-se de tomar o medicamento (n = 24)	N	(%)
Nunca	15	62,5
Raramente	6	25,0
Às vezes	2	8,3
Frequentemente	0	0,0
Sempre	1	4,2
Interrupção do tratamento (n = 24)	N	(%)
Sim	10	41,7
Não	14	58,3
Motivo da interrupção (n = 10)	N	(%)
Melhora do quadro	5	50,0
Não gosta de tomar	2	20,0
Não teve condições de comprar	3	30,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

De acordo com o exposto, percebe-se que os pacientes demonstram fidelidade ao tratamento, visto que 95,8% afirmam utilizá-los diariamente, bem como também se observa a baixa ocorrência de esquecimento, pois esse acontecimento só foi relatado por 9 pacientes e não indica uma prática frequente, além do que 15 pacientes (62,5%) afirmaram nunca ter esquecido de administrar este insumo. Esses dados corroboram os resultados encontrados por Klein e Gonçalves (2005) em um estudo sobre a adesão terapêutica, em que 33% dos participantes relataram nunca ter esquecido de tomar os medicamentos.

A obediência demonstrada ao tratamento também é perceptível no fator interrupção, em que a maior parte dos entrevistados (58,3%) afirmou não ter interrompido. Tal resultado difere dos dados encontrados por Nordon e colaboradores (2009), em um estudo no Rio Grande do Sul, em que 91,0% dos pacientes interromperam o tratamento sem a orientação médica. Dentre aqueles que já interromperam o uso (41,7%), o atribuem a melhora do quadro e correspondem a (50,0%), e segundo Nordon (2009) isso demonstra que a população tem conhecimento das consequências do uso contínuo de BDZ, bem como que o médico deve aproveitar oportunidades como essas para adequar o tratamento a realidade do paciente.

Outros casos de interrupção foram atribuídos a fatores como não gostar de tomar o medicamento (20,0%) e falta de condições financeiras para adquirir o insumo (30,0%), isso pode ser justificado pelo fato da população em estudo apresentar condições socioeconômicas

desfavoráveis, visto que a renda mensal dos mesmos fica em torno de um salário mínimo, como foi exposto anteriormente. Este fato também pode ser um reflexo das formas de acesso do paciente ao tratamento, uma vez que a maioria dos pacientes compra o medicamento.

A tabela 13 demonstra a ocorrência de benefícios da utilização de BDZ na vida dos pacientes. Com base nesses dados percebe-se que isto ocorreu com a maioria (91,7%). Foi possível perceber que eles conhecem os efeitos hipnóticos, ansiolíticos e sedativos dos BDZ no comportamento, visto que dentre os benefícios mencionados estão: aumento no tempo de sono (22,1%); redução da ansiedade e agitação (38,7%) e atenuação da agitação nas pernas (5,4%). Resultados positivos como estes podem aumentar a confiança do paciente a terapêutica prescrita e o disponibilizam a continuidade do tratamento (CUNHA, GANDINI, 2009).

Outros benefícios referem à desinibição, redução de delírios e alucinações, este último podendo estar relacionado à associação de antipsicóticos e BDZ. Também foram relatados melhoras no humor e na memória, e vale ressaltar que esses fatores não estão citados na literatura, autores como Charney, Mihic e Harris afirmam que os pacientes que utilizam BDZ podem apresentar dificuldades de memorização e redução do humor.

Tabela 13 - Benefícios associados ao tratamento com BDZ.

Ocorrência de benefício (n = 24)	N	(%)
Sim	22	91,7
Não	2	8,3
Tipo de benefício (n = 22)	N	(%)
Aumento no tempo de sono	5	22,1
Desinibição	1	5,4
Melhoras na memória	1	5,4
Melhoras no humor	3	13,6
Redução da inquietação das pernas	1	5,4
Redução da ansiedade e agitação	9	38,7
Redução de delírios e alucinações	2	9,4

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Além dos benefícios, o estudo detectou a ocorrência de reações indesejáveis em oito pacientes (tabela 14), estes correspondem à minoria da população estudada. O número total de observações correspondeu a 17, visto que sete pacientes afirmaram apresentar duas ocorrências e um paciente relatou três. Autores como Silva, Batista e Assis (2013) também registraram baixos percentuais dessas reações e segundo Orlandi e Noto (2005) a omissão dos

efeitos indesejáveis dos BDZ pelo paciente, pode estar relacionada ao desejo de mantê-los em uso.

Tabela 14 - Distribuição dos pacientes entrevistados de acordo com a ocorrência de reações indesejáveis.

Ocorrência de reação indesejada (n = 24)	N	(%)
Sim	8	33,3
Não	16	66,7
Reações indesejadas (n = 17)	N	(%)
Cefaleia	1	5,9
Diarreia	2	11,9
Náuseas	3	17,6
Sonolência	5	29,4
Tontura	3	17,6
Vômito	3	17,6

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

O efeito indesejado mais prevalente foi a sonolência tendo sido citada por cinco pacientes, porém eles a atribuíam como um efeito “normal” do medicamento e não demonstravam preocupação em relação a sua ocorrência. Este fato é preocupante, pois mesmo que o fármaco seja administrado na hora de dormir, se houver persistência dos sintomas este é considerado um efeito adverso (CHARNEY; MIHIC; HARRIS, 2006; FORMAN et al., 2009).

A ocorrência de tonturas foi registrada por 17,6% dos pacientes. Segundo Charney, Mihic e Harris (2006) ela ocorre com a administração de doses hipnóticas por meio da concentração plasmática máxima. As outras reações citadas correspondem a cefaleia (5,9%), diarreia (11,9%), bem como também náuseas e vômitos que correspondem a 17,6% cada uma. É importante salientar que todas as reações mencionadas encontram-se descritas na literatura vigente.

A terapêutica medicamentosa é considerada uma ferramenta importante no tratamento dos transtornos mentais. Segundo Dimenstein e colaboradores (2005) a utilização de medicamentos é vista como a principal prática terapêutica nos serviços de atenção a saúde mental prestados pela rede pública. Porém, apesar da realidade do setor público, deve-se salientar a importância da realização da psicoterapia, que consiste em uma modalidade de atendimento clínico psicológico ao sujeito social, permitindo ao paciente participar ativamente do tratamento, possibilitando ao mesmo a identificação de pensamentos negativos

ou de fatores e circunstâncias que o desencadeiam, o incentivando a buscar soluções para o problema identificado (VIEIRA FILHO; NÓBREGA, 2004; HAUCK, et al., 2007; POWELL et al., 2008).

Segundo Knapp e Beck (2008) esta técnica é eficaz na redução de sintomas e números de ocorrência de transtornos ansiosos e depressivos, estando ela associada ou não a medicamentos, porém Hauck e colaboradores (2007) afirmam que muitos pacientes desistem dessa forma de tratamento, por se sentirem envergonhados de dividir os seus sentimentos e emoções com alguém desconhecido, bem como também pelo longo tempo requerido pela terapia. Esta afirmação pode ser relacionada aos resultados obtidos no estudo, visto que 62,5% dos pacientes relataram não utilizar essa prática e associou esta escolha a sua timidez.

A adesão a psicoterapia foi descrita por 37,5%, correspondendo a 9 pacientes, porém apenas dois ainda continuam neste tratamento, os outros 7 abandonaram devido o longo tempo requerido, sendo a média de permanência nesse tratamento equivalente a aproximadamente 2 meses, bem como também não foi relatado nenhum benefício associado a sua utilização. Resultados como esses corroboram o estudo de Dimenstein e colaboradores (2005), em que a utilização de medicamentos se firma como o principal recurso aos pacientes que necessitam dos serviços de atenção a saúde mental no SUS.

6 CONCLUSÃO

Este estudo permitiu traçar um perfil farmacoterapêutico dos pacientes do CAPS I da cidade de Cuité que apresentam prescrição de BDZ.

- Perfil socioeconômico e cultural dos pacientes em estudo

- Foi observado nessa pesquisa a prevalência de mulheres, bem como a faixa etária que apresentou o maior número de prescrições correspondeu aos indivíduos com mais de 60 anos.
- Na população entrevistada ocorreu uma igualdade de percentual nas faixas etárias de 40 a 49 anos, 50 a 59 anos e mais de 60 anos, revelando que o consumo é mais acentuado nas pessoas que apresentam mais de 40 anos.
- Em sua maioria, os indivíduos eram solteiros, residentes na zona urbana, que apresentam o ensino fundamental incompleto e tem a renda familiar situada em torno de um salário mínimo. O único dado apresentado anteriormente que não foi igual nas duas populações foi o estado civil, em que os indivíduos ativos em sua maioria são casados.

- Caracterização da utilização de BDZ

- A prescrição de BDZ foi mais significativa nos pacientes portadores de transtornos neuróticos.
- A maioria das prescrições continham BDZ de meia vida longa e entre estes se destaca o clonazepam. O tempo de utilização do BDZ ficou em torno de 4 a 6 meses, caracterizando este uso como crônico ou indevido.
- A média de medicamentos prescritos obtida no estudo foi considerada adequada. Além dos psicofármacos a população do estudo relatou utilizar medicamento para outras doenças, bem como também a maioria dos pacientes afirmou se automedicar.
- O acesso aos medicamentos em sua maioria foi realizado por meio da compra, bem como percebeu-se que esse fator está relacionado a interrupções do tratamento.
- Foi observada a alta adesão dos pacientes ao tratamento, devido o baixo percentual de relatos relacionados a esquecimento e interrupção do mesmo.

- A psicoterapia é adotada pela minoria dos pacientes e estes não identificaram benefícios em sua utilização.

No que concerne ao tratamento medicamentoso dos pacientes foi observado que alguns utilizam mais de um medicamento para tratamento do transtorno mental e houve casos que além desses, os mesmos ainda utilizam estes insumos para outras doenças, bem como também se automedicam, o que aumenta a probabilidade de ocorrência de interações medicamentosas e efeitos indesejáveis. Mediante ao exposto reforça-se a importância da capacitação dos profissionais do serviço de saúde mental, bem como ressalta a importância do farmacêutico na manutenção de uma farmacoterapia racional, por meio da orientação ao paciente e avaliação das condutas terapêuticas com o profissional prescritor, além do mesmo possibilitar a realização de estudos como este que demonstram a realidade dos serviços no âmbito da terapia medicamentosa.

Pode-se concluir que a realização deste estudo possibilitou um aporte de informações relevantes sobre a utilização de BDZ no CAPS de Cuité e se demonstrou de extrema importância, pois estudos como esse dão subsídios à promoção e o uso racional desta classe de medicamentos no município.

Vale ressaltar que o estudo apresenta algumas limitações. Uma delas relaciona-se ao fato desta pesquisa ser realizada com dados já preenchidos pelo serviço e alguns dos prontuários não se encontravam completos. A outra limitação está relacionada a possíveis vieses de memória ocasionados pela ocultação de informações pelos pacientes, porém mesmo com esses entraves o estudo produziu uma gama de informações que, utilizadas corretamente possibilitarão melhorias na estruturação do serviço bem como também na vida dos pacientes.

De acordo com os resultados obtidos propõem-se como perspectiva a necessidade de implementação de atividades educativas sobre a utilização de psicofármacos, visto que os pacientes se mostraram receptivos às atividades educativas e distribuição de panfletos informativos durante a realização do estudo.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, R.N. **Psicofarmacologia: fundamentos práticos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 357 p.
- ALMEIDA, R.N.; BARBOSA FILHO, J.M. Drogas psicotrópicas. In: ALMEIDA, R.N. **Psicofarmacologia fundamentos práticos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap. 1, p. 3-23.
- ANTHIERENS, S.; PASTEELS, I.; HABRAKEN, H.; STEINBERG, P.; DECLERCQ, T.; CHRISTIAENS, T. Barriers to nonpharmacologic treatments for stress, anxiety, and insomnia. **Canadian Family Physician**, Belgium, v.56, n.1, p.398-406, november, 2010.
- ARAÚJO, A.A.L.; PEREIRA, L.R.L.; UETA, J.M.; FREITAS, O. Perfil da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Ribeirão Preto, v.13, n.sup, p.611-617, janeiro, 2008.
- ASSIS, P. **Um breve manual de transtornos mentais: Um guia introdutório à psicopatologia e os sistemas diagnósticos de classificação**. Disponível em: <<http://pablo.deassis.net.br/wp-content/uploads/2010/02/Transtornos-Mentais.pdf>>. Acesso em: 24 de Setembro de 2013.
- AZEVEDO, A.P.; ALOÉ, F; HASAN, R. Hipnóticos. **Revista Neurociências**, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 1984-4905, outubro/dezembro, 2004.
- BARROS, A.M.; TAVARES, R.R.; PATATA, A.K. A importância do farmacêutico no controle e dispensação de benzodiazepínicos. **Revista Científica do ITPAC**, São Paulo, v. 2, n. 4, p. 13-16, outubro, 2009.
- BELLETTINI, F.; GOMES, K.M.; Perfil dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial e do Programa de Saúde Mental no Município de Orleans-SC. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.5, n.12, p.161-175, 2013.
- BENARROCHE, E.E. GABA_A receptor heterogeneity, function, and implications for epilepsy. **Journal of the American Academy of Neurology**, v.68, n.8, p.612-614, february, 2007.
- BERNIK, M.A. **Benzodiazepínicos – quatro décadas de experiência**. 4ª ed. São Paulo: EdUSP, 1999. cap. 13. 242 p.
- BERNIK, M.A.; SANTOS, G.S.; LOTUFO NETO, F. Transtorno de pânico e agorafobia. In: LOUZÃ NETO, M.R.; ELKIS, H. **Psiquiatria básica**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. cap. 22.1, p. 298-307.
- BÉRIA, J.U. Prescrição de medicamentos. In: DUNCAN, B.B.; SCHIMIDT, M.I.; GIUGLIANS, E.R.J. **Medicina ambulatorial: Condutas Clínicas em Atenção Primária**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004, cap. 4, p.143-149.
- BERTOLDI, A.D.; BARROS, A.J.D.; HALLAL, P.C.; LIMA, R.C. Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. **Revista de Saúde Pública**, Pelotas, v.38, n.2, p.228-238, novembro, 2004.

- BIANCHINI, M. A.; RODRIGUES FILHO, R.; ARAÚJO, M. A. R. Medicação prévia e biossegurança. In: BIANCHINI, M. A. **O passo-a-passo cirúrgico na Implantodontia: da instalação à prótese**. São Paulo: Livraria Santos Editora Ltda., 2008. cap. 6, p. 65-87.
- BOING, A.C.; BERTOLDI, A.D.; BOING, A.F.; BASTOS, J.L.; PEREZ, K.G. Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.4, p.691-701, abril, 2013.
- BOTTINO, C.M.C.; CASTILHO, A.R.G.L. Terapêutica com benzodiazepínicos em populações especiais: idosos, crianças, adolescentes e gestantes. In: BERNIK, M.A. **Benzodiazepínicos – quatro décadas de experiência**. 4ª ed. São Paulo: EdUSP, 2009. cap.13, p.298-307.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Portaria nº336 GM em 19 de Fevereiro de 2002. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2002.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos Depois de Caracas. Brasília, 07 a 10 de novembro de 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário terapêutico nacional 2010: RENAME 2010. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRUNTON, L.L.; LAZO, J.S.; PARKER, K.L. **Goldman & Gilman: As bases farmacológicas da terapêutica**. 11ª ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil, 2006. 1821 p.
- CLASSIFICAÇÃO ANATÔMICA, TERAPÊUTICA E QUÍMICA (ATC). Disponível em: <http://www.whocc.no/atc_ddd_index/>. Acesso em: 20 de junho de 2014.
- CAMATTA, M.W.; SCHNEIDER, J.F. A visão da família sobre o trabalho de profissionais de saúde mental de um Centro de Atenção Psicossocial. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 13, n. 3, p. 477-484, julho-setembro, 2009.
- CASTILLO, A.R.G.L; RECONDO, R.; ASBAHR, F.R.; MANFRO, G.G. Transtornos de ansiedade. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Porto Alegre, v. 22, n. 2, p. 20-23, junho, 2000.
- CASTRO, G.L.G.; MENDES, C.M.M.; PEDRINI, A.C.R.; GASPAR, D.S.M.; SOUSA, F.C.F. Uso de Benzodiazepínicos como automedicação: consequências do uso abusivo, dependência, farmacovigilância e farmacoepidemiologia. **R. Inter**. Fortaleza, v.6, n.1, p.112-123, janeiro-março, 2013.
- CHARNEY, D.S.; MIHIC, S.J.; HARRIS, R.A. Hipnóticos e sedativos. In: BRUNTON, L.L.; LAZO, J.S.; PARKER, K.L. **As bases farmacológicas da terapêutica**. 11ª ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil, 2006. cap.16, p.359-382.
- CID-10: classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre : Artes Médicas, 1993.

- COOK, J.M.; MARSHALL, R.; MASCI, C.; COYNE, J.C. Physicians perspectives on prescribing benzodiazepines for older adults: a qualitative study. **Journal of General Internal Medicine**, v.22, n.3, p.303-307, janeiro, 2007.
- CORDIOLLI, A.V. **Guia de psicofármacos**. 4ª ed. São Paulo: Artmed, 2011, 842p.
- COSTA, R.M.; LIMA, V.A.B.L.; PAIVA, I.G.; SOUSA, P.T.P.; LIMA, L.G. Uso de medicamentos por idosos: algumas considerações. **Geriatrics & Gerontology**, Ilhéus, v.3, n.8, p.126-131, janeiro, 2009.
- COUTINHO, E.S.F.; SILVA, S.D. Uso de medicamentos como fator de risco para fratura grave decorrente de queda em idosos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.5, p.1359-1366, setembro-outubro, 2002.
- CRAIG, C.R.; STITZEL, R.E. **Farmacologia moderna com aplicações clínicas**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. 815 p.
- CUNHA, M.F.; GANDINI, F.C. Adesão e não-adesão ao tratamento farmacológico para Depressão. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Araguari, v.25, n.3, p.409-418, junho, 2009.
- DAILEY, J.W. Fármacos sedativo-hipnóticos e ansiolíticos. In: CRAIG, C.R.; STITZEL, R.E. **Farmacologia moderna com aplicações clínicas**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. cap. 30, p. 333-340.
- DELL'OSSO, B.; LADER, M. Do benzodiazepines still deserve a major role in the treatment of psychiatric disorders? A critical reappraisal. **European Psychiatry**. Italy, v.28, n.2, p.7-20, november, 2013.
- DEVERA, D.; COSTA-ROSA, A. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis. **Revista de Psicologia da UNESP**. São Paulo, v. 6, n. 1, p. 60-79, março-junho, 2007.
- DIÈYE, A.M.; SYLLA, M.; NDIAYE, A.; NDIAYE, M.; SY, G.Y.; FAYE, B. Benzodiazepines prescription in Dakar: a study about prescribing habits and knowledge, in general practitioners, neurologists and psychiatrists. **Fundamental & Clinical Pharmacology**, Dakar, v.20, n.10, p.235-238, january, 2006.
- DIMENSTEIN, M.; SANTOS, Y.F.; BRITO, M.; SEVERO, A.K.; MORAIS, C. Demanda em Saúde Mental em Unidade de Saúde da Família. **Mental**, Barbacena, v.3, n.5, p.33-42, outubro, 2005.
- DSM-IV - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4ª ed. Porto Alegre, Ed. Artes Médicas, 1995.
- EV, L.S.; GUIMARÃES, A.G.; CASTRO, V.S.; Avaliação das prescrições dispensadas em uma Unidade Básica de Saúde do Município de Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil. **Latin American Journal of Pharmacy**, Ouro Preto, v.27, n.4, p.543-547, maio, 2008.
- FICK, D.M.; COOPER, J.W.; WADE, W.E.; WALLER, J.L.; MACLEAN, J.R.; BEERS, M.H. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts. **Arch Intern Med**, v.163, n.28, p.2716-2724, december, 2003.

- FIRMINO, K.F. **Benzodiazepínicos: Um estudo da indicação/prescrição no Município de Coronel Fabriciano-MG, 2006.** 2008. 108 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Universidade Federal de Minas Gerais, Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Belo Horizonte.
- FORD, C.; ROBERTS, K.; BARJOLIN, J.C. **Guidance on prescribing Benzodiazepines to drug users in Primare Care update october 2005.** Substance Misuse Management in General Praticce. Manchester, 2005. Disponível em: <http://www.starp.org.uk/wp-content/uploads/2012/06/Prescribing_benzos_to_Drug_Users_guidance006.pdf>. Acesso em: 22 de julho de 2014.
- FORMAN, S.A.; CHOU, J.; STRICHARTS, G.R.; LO, E.H. Farmacologia da neurotransmissão GABAérgica e Glutamatergica. In: GOLAN, D.E.; TASHIJIAN, A.H.; ARMSTRONG, E.J.; ARMSTRONG, A.W. **Princípios de farmacologia: A base fisiopatológica da farmacoterapia.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. cap. 11, p.146-166.
- FORSAN, M.A. **O uso indiscriminado de benzodiazepínicos: uma análise crítica de prescrição, dispensação, e uso prolongado.** 2010. 26 f. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em atenção básica em saúde da família). Universidade Federal de Minas Gerais, Campos Gerais.
- FREIRE, C.C. **Adesão e condições de uso de medicamentos por idosos.** 2009. 130 f. Dissertação (Mestrado em Saúde do Idoso) – Universidade de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Ribeirão Preto.
- GOLAN, D.E.; TASHIJIAN, A.H.; ARMSTRONG, E.J.; ARMSTRONG, A.W. **Princípios de farmacologia: A base fisiopatológica da farmacoterapia.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009, 914 p.
- GORENSTEIN, C.; MARCOURAKIS, T.; MARKUS, R.P. Introdução à psicofarmacologia. Farmacocinética e farmacodinâmica dos psicofármacos. In: OLIVEIRA, I.R.; SENA, E.P. **Manual de psicofarmacologia clínica.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap. 1, p. 3-9.
- GORENSTEIN, C; POMPÉIA, S. Hipnóticos e ansiolíticos. In: LOUZÃ NETO, M.R.; ELKIS, H. **Psiquiatria básica.** 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. cap. 35.5, p. 578-588.
- GREENBLATT, D.J.; SHADER, R.I.; ABERNETHY, D.R. Drug therapy. Current status of benzodiazepines. **N. Engl J. Med**, v.18, n.309, p.410-6, 1983.
- HAUCK, S.; KRUEL, L.; SORDI, A.; SBARDELLOTTO, G.; CERVIERI, A.; MOSCHETTI, L.; SCHESTATSKY, S.; CEITLIN, L.H.F. Fatores associados a abandono precoce do tratamento em psicoterapia de orientação analítica. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v.29, n.3, p.265-273, julho, 2007.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Cuité, Paraíba, Brasil – Censo 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/>>. Acesso em: 24 de Setembro de 2013.
- JACOB, T.C.; MOSS, S.J.; JURD, R. GABA_A receptor trafficking and its role in the dynamic modulation of neuronal inhibition. **Nature Reviews Neuroscience**, Pennsylvania, v.9, p.331-346, may, 2008.

- KLEIN, J.M.; GONÇALVES, A.G.A. Adesão terapêutica em contexto de cuidados de saúde primários. **Psico-USF**, Portugal, v.10, n.2, p.113-120, julho-dezembro, 2005.
- KNAPP, P.; BECK, A.T. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisas da terapia cognitiva. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Porto Alegre, v.30, n.2, p.54-64, 2008.
- KOROLKOVAS, A.; FRANÇA, F.F.A.C.; CUNHA, B.C.A. **Dicionário Terapêutico Guanabara: Edição 2013-2014**. 20ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. cap. 3, p.3,1-3,29.
- KROON, L.A. Drug interactions with smoking. **American Society of Health-System Pharmacists**, San Francisco, v.64, n.15, p.1917-1921, september, 2007.
- LEITE, J.R.; SIQUEIRA, J.S. Métodos para avaliar drogas ansiolíticas. In: ALMEIDA, R.N. **Psicofarmacologia fundamentos práticos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap. 14, p. 154-160.
- LEITE, S.N.; VASCONCELLOS, M.P.C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Itajá, v.8, n.3, p.775-782, julho, 2003.
- LEVITAN, M.N.; CHAGAS, M.H.N.; CRISPPA, J.A.S.; MANFRO, G.G.; HETEM, L.A.B.; ANDRADA, N.C.; SALUM, G.A.; ISOLAM, L.; FERRARI, M.C.F.; NARDI, A.E. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento do transtorno de ansiedade social. **Revista brasileira de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.33, n.3, p.292-303, setembro, 2011.
- LIMA, M.C.P.; MENEZES, P.R.; CARANDINA, L.; CESAR, C.L.G.; BARROS, M.B.A.; GOLDBAUM, M. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. **Revista de Saúde Pública**, Botucatu, v.42, n.4, p.717-723, abril, 2008.
- LOUZÃ NETO, M.R.; ELKIS, H. **Psiquiatria básica**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 712 p.
- MAGALHÃES, E.J. **Desenvolvimento de métodos para quantificação de drogas em matrizes de interesse forense**. 2012. 126 f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Programa de Pós-Graduação em Ciências, Belo Horizonte.
- MANTHEY, L.; VAN VEEN, T.; GILTAY, G.J.; STOOP, J.E.; NEVEN, A.K.; PENNINX, B.W.J.H, ZITMAN, F.G. Correlates of (inappropriate) benzodiazepine use: the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). **British Journal of Clinical Pharmacology**, Netherlands, v.71, n.2, p.263-272, september, 2011.
- MARAGNO, L.; GOLDBAUM, M.; GIANINI, R.J.; NOVAES, H.M.D.; CÉSAR, C.L.G. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.8, p.1639-1648, agosto, 2006.
- MESQUITA, J.F.; NOVELLINO, M.S.F.; CAVALCANTI, M.T. **A Reforma Psiquiátrica no Brasil: Um Novo Olhar Sobre o Paradigma da Saúde Mental**. Trabalho apresentado no XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambu - MG – Brasil, de 20 a 24 de setembro de 2010. Disponível em:

<http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2010/docs_pdf/eixo_4/abep2010_2526.pdf>. Acesso em: 20 de Setembro de 2013.

- MENDONÇA, R.T.; CARVALHO, A.C.D. O consumo de benzodiazepínicos por mulheres idosas. **Revista eletrônica saúde mental álcool drogas**, Ribeirão Preto, v. 1, n. 2, p. 1-13, Julho-outubro, 2005.
- MOL, A.J.J.; OUDE VOSHAAR, R.C.; GORGELS, W.J.M.J.; BRETELER, M.H.M.; VAN BALCOM, A.J.L.M.; VAN DE LISDONK, E.H.; KAN, C.C.; MULDER, J.; ZITMAN, F.G. The absence of benzodiazepine craving in a general practice benzodiazepine discontinuation trial. **Addictive Behaviors**, Netherlands, v. 31, n. 4, p. 211-222, april, 2006.
- MURAKI, S.M.P. **Prevalência do consumo de drogas psicotrópicas entre adolescentes do ensino fundamental e médio do Município de Dourados-MG, 2009**. 2009. 90 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Brasília.
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALT AND CLINICAL EXCELLENCE. **Generalized anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults**. NICE clinical guideline 113. Developed by the National Collaborating Centre for Mental Health and the National collaborating Centre for Primary Care. April, 2011, 56 p.
- NOIA, A.S.; SECOLI, S.R.; DUARTE, Y.A.O.; LEBRÃO, M.L.; LIEBER, N.S.R. Fatores associados ao uso de psicotrópicos por idosos residentes no Município de São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. Esp, p. 38-43, junho, 2012.
- NORDON, D.G.; AKAMINE, K.; NOVO, N.F.; HÜBNER, C.V.K. Características do uso de Benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na Atenção Primária. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Sorocaba, v.31, n.3, p.152-158, novembro, 2009.
- OLIVEIRA, I.R.; SENA, E.P. **Manual de Psicofarmacologia**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 329 p.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Invertir en Salud Mental**. Genebra, 2004.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil: Estrutura, processo e resultados**. Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde; Ministério da Saúde – Brasília: OPAS, 2005. 280 p.
- ORLANDI, P.; NOTO, A.R. Uso indevido de Benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave no Município de São Paulo. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, v.13, n.spe, p.896-902, 2005.
- PASSOS, A.C.B. **Utilização de psicofármacos entre os usuários da Atenção Primária do Município de Maracanaú, Ceará**. 2008. 132 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Fortaleza.
- PEREIRA, M.O; SOUZA, J.M.; COSTA, A.M.; VARGAS, D.; OLIVEIRA, M.A.F.; MOURA, V.N. Perfil dos usuários de serviço de Saúde Mental do Município de Lorena - São Paulo, **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.25, n.1, p.48-54, julho, 2012.

- POWELL, V.B.; ABREU, N.; OLIVEIRA, I.R.; SUDAK, D. Terapia cognitivo comportamental da depressão. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Salvador, v.30, n.2, p.73-80, 2008.
- QUARANTINI, L.C.; SENA, E.P.S. Ansiolíticos benzodiazepínicos. In: OLIVEIRA, I.R.; SENA, E.P. **Manual de Psicofarmacologia**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap. 12, p. 104-109.
- QUEIROZ NETTO, M.U.; FREITAS, O.; PEREIRA, L.R.L. Antidepressivos e Benzodiazepínicos: estudo sobre o uso racional entre usuários dos SUS em Ribeirão Preto-SP. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, Ribeirão Preto, v.33, n.1, p.77-81, maio, 2012.
- REIS, L.N.; GHERARDI-DONATO, E.D.C.S. Distúrbios de ansiedade em um ambulatório de saúde mental – Probabilidade de internação psiquiátrica e características Sociodemográficas. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.4, n.10, p. 153-170, outubro, 2012.
- RIBEIRO, M.I.; OLIVEIRA, A.; SILVA, H.; MENDES, M.; ALMEIDA, M.; SILVA, T. Prevalência da automedicação na população estudantil do Instituto Politécnico de Bragança. **Revista Portuguesa de Saúde Coletiva**, Portugal, v.28, n.1, p.40-48, janeiro-junho, 2010.
- RIBEIRO, J.M.; INGLEZ-DIAS, A. Políticas e inovação em saúde mental: limites ao descolamento do desempenho do SUS. **Revista de Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16 n. 12, p. 4623-4633, outubro, 2011.
- ROCHA, B.S.; WERLANG, M.C. Psicofármacos na Estratégia de Saúde da Família: perfil de utilização, acesso e estratégias para a promoção do uso racional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Porto Alegre, v. 18, n. 11, p. 3291-3300, julho, 2013.
- ROHDE, L.A.; HALPERN, R. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.80, n.2, p.61-70, julho, 2004.
- SALLES, L.F.; SILVA, M.J.P. Correlação entre ansiedade e anéis de tensão. **Revista de Enfermagem Referência**, São Paulo, v. 3, n. 3, p. 7-13, fevereiro, 2011.
- SANDSON, N.B.; ARMSTRONG, S.C.; COZZA, K.L. An overview of psychotropic drug-drug interaction. **Psychiatry Online**, Baltimore, v.46, n.5, p.464-494, September-October, 2005.
- SANTOS, R.F. **Efeitos da ingestão de Ayahuasca em estados psicométricos relacionados ao pânico, ansiedade e depressão em membros do culto do Santo Daime**. 2006. 134 f. (Mestrado em processos comportamentais) – Programa de pós-graduação em psicologia. Universidade de Brasília, Brasília.
- SANTOS, H.C; RIBEIRO, R.R.; FERRARINI, M.; FERNANDES, J.P.S. Possíveis interações medicamentosas com psicotrópicos em pacientes da Zona Leste de São Paulo. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, Santo André, v.30, n.3, p.285-289, janeiro, 2009.

- SHIOKAWA, E. **Avaliação da eficiência da rede de atenção à saúde mental e da resolutividade do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPSad.** 2010. 144 f. Dissertação (Mestrado em Farmacologia) – Curso de pós-graduação em Farmacologia. Universidade Federal do Paraná, Curitiba.
- SILVA, P. **Farmacologia.** 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 1369 p.
- SILVA, R.O.; BATISTA, L.M.; ASSIS, T.S. Análise do perfil de uso de benzodiazepínicos em usuários de um hospital universitário da Paraíba. **Revista Brasileira de Farmácia**, João Pessoa, v. 94, n. 1, p. 59-65, fevereiro, 2013.
- SILVEIRA, M.A.B. Ansiolíticos. In: SILVA, P. **Farmacologia.** 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap. 35, p. 329-336.
- SOUZA, A.R. **Centro de Atenção Psicossocial: Perfil epidemiológico dos usuários.** 2007. 97 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e saúde comunitária) – Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Fortaleza.
- SPADINI, L.S.; SOUZA, M.C.B.M. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 123-127, dezembro, 2006.
- TORRESAN, R.C.; SMAIRA, S.I.; RAMOS-CERQUEIRA, A.T.A.; TORRES, A.R. Qualidade de vida no Transtorno Obsessivo Compulsivo: Uma revisão. **Revista de Psiquiatria Clínica**, Botucatu, v.35, n.1, p.13-19, junho, 2008.
- TOWARD OPTIMIZED PRACTICE. **Diagnosis to management insomnia.** Guideline for adult primary. February 2010, 9 p.
- TRUVEN HEALTH ANALYTICS (Ed): Martindale: The Complete Drug Reference. MICROMEDEX, Greenwood Village, Colorado, USA. Disponível em: <http://www.micromedexsolutions.com>. Acesso em: 19 de julho de 2014.
- URGEL, C.V.; MONNE, S.B.; VEJA, C.F.; ESQUIUS, N.P.; Estudio de utilización de psicofármacos em atención primaria. **Atencion Primaria**, v. 36, n. 5, p. 239-247, 2005.
- VIANA, A.P.F. **Cuidando do cuidador familiar: uma experiência de trabalho com familiares de usuários esquizofrênicos do CAPS do Bom Jardim.** 2007, 73 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Terapia Familiar) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.
- VIEIRA FILHO, N.G.; NÓBREGA, S.M.; A atenção psicossocial em Saúde Mental: Contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. **Estudos de Psicologia**, Recife, v.9, n.2, p.373-379, maio, 2004.
- ZAMBRONI-DE-SOUZA, P.C. Trabalho e transtornos mentais graves: breve histórico e questões contemporâneas. **Psicologia ciência e profissão**, Itajubá, v. 26, n. 1., p. 154-167, março, 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM FARMÁCIA**

FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS DOS PRONTUÁRIOS

“Perfil Farmacoterapêutico de Pacientes Usuários de Benzodiazepínicos Atendidos Pelo Centro de Atenção Psicossocial do Município de Cuité”

- Prontuário Nº _____ - Paciente (Iniciais) _____ - Data: _____

- Modalidade de Tratamento: () Não Intensivo () Semi-Intensivo

- Status: () Ativo () Abandono de Tratamento () Não permanece no serviço

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
Data de Nascimento	
Gênero	() Feminino () Masculino
Estado Civil	() Solteiro () Casado () Divorciado () Viúvo () União estável
Localidade	() Zona Urbana () Zona Rural () Não Informado
Escolaridade	() Sem Escolaridade () Ensino Fundamental Incompleto () Ensino Fundamental Completo () Ensino Médio Incompleto () Ensino Médio Completo () Ensino Superior Incompleto () Ensino Superior Completo () Não Informado
Renda Familiar	() ≤ 1 Salário Mínimo () 1 Salário Mínimo () 2 Salários Mínimos () 3 Salários Mínimos () ≥ 3 Salários Mínimos () Não Informado
PRESCRIÇÃO DE BDZ	
Substância:	
Dosagem:	
Posologia:	
Data da 1ª prescrição:	
Tempo de permanência:	
Outros medicamentos prescritos:	
Nº de Medicamentos prescritos:	
Ocorrência de substituição do BDZ:	
Internação em clínica psiquiátrica:	

APÊNDICE B



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM FARMÁCIA**

QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS

“Perfil Farmacoterapêutico de Pacientes Usuários de Benzodiazepínicos Atendidos Pelo Centro de Atenção Psicossocial do Município de Cuité”

I. DADOS PESSOAIS

PACIENTE:		
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:	SEXO: M () F ()
ESTADO CIVIL:	PROFISSÃO:	
RESIDENTE: () cidade () zona rural	TEM FILHOS: () S () N Quantos: _____	
ESCOLARIDADE: () não alfabetizado () ensino fundamental () ensino médio () superior incompleto () superior completo		
RENDA MÉDIA:	Nº DE PESSOAS QUE RESIDE NO DOMICÍLIO:	

II. SOBRE OS HÁBITOS DE VIDA

Faz uso de bebidas alcoólicas: () S () N	Frequência: () nunca () < 2 x/semana () ≥ 2 x/semana
Faz uso de cigarro: () não-fumante () ex-fumante () fumante	Quantos cigarros/dia:
Pratica atividade física: () não () apenas caminhada () outros exercícios. Qual:	
Com que frequência: () nunca () < 2 vezes/semana () ≥ 2 vezes/semana	

III. SOBRE A DOENÇA

Doença (CID 10: _____):	Há quanto tempo diagnosticou a doença:
Tem outras doenças associadas: () Hipertensão () Diabetes () Doença renal () Obesidade () Dislipidemia () Outro problema mental. Qual: _____ () Outra. Qual: _____	

IV. SOBRE O TRATAMENTO

Medicamento:	Dose:	Posologia:

Usa o medicamento diariamente: () S () N		Toma o medicamento com: () água () leite () outro
Acha que a medicação lhe trouxe algum benefício? () S () N		Qual:
Você associa o uso da medicação com psicoterapia? () S () N		Desde quando:
Já esqueceu de tomar o medicamento: () nunca () raramente () às vezes () frequentemente () sempre		
Como adquire o medicamento: () só compra () compra + SUS () só SUS () outro:		
Já interrompeu o uso da medicação: () S () N		Por que: () ocorrência de reação adversa () falta da medicação Outro: _____
Já apresentou alguma reação relacionada com algum medicamento: () S () N. Qual medicamento: _____ () diarreia () dor de cabeça () náuseas () tontura () vômito () dores abdominais () outra: _____		
Quais as principais dificuldades em relação ao uso de medicamentos: () esquece de tomar () interrompe sem or. médica () confunde com outros em uso () guarda em difícil acesso		
Faz uso de outra medicação indicada pelo médico (para outra doença): () S () N Qual doença: _____		
Medicamento:	Dose:	Posologia:
Medicamento:	Dose:	Posologia:
Faz uso de automedicação (explicar): () nunca () raramente () às vezes () frequentemente () sempre		
Qual queixa para automedicar-se: () dor () febre () diarreia () infecção () gripe		
Qual medicação utilizada:		
Toma medicamentos simultaneamente (ao mesmo tempo): () S () N Quais: _____		

APÊNDICE C



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM FARMÁCIA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

“Perfil Farmacoterapêutico de Pacientes Usuários de Benzodiazepínicos Atendidos Pelo Centro de Atenção Psicossocial do Município de Cuité”

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.

Eu, _____, profissão _____, residente na _____ e domiciliado na _____, portador da Cédula de identidade, RG _____, e inscrito no CPF/MF _____ nascido(a) em ____/____/_____, abaixo assinado (a), concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário(a) do estudo: “Perfil farmacoterapêutico de pacientes usuários de ansiolíticos benzodiazepínicos atendidos pelo CAPS de Cuité – PB e a perspectiva dos mesmos a cerca do tratamento: uma abordagem da Atenção Farmacêutica. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas.

Estou ciente que:

- I) O estudo se faz necessário para que se possa: Avaliar o consumo de medicamentos ansiolíticos benzodiazepínicos por usuários do CAPS de Cuité – PB, detectando as perspectivas dos pacientes, a respeito do tratamento.
- II) A participação neste projeto é voluntária, de modo que não sou obrigada (o) a fornecer informações solicitadas pela pesquisadora contra a minha vontade, bem como também este estudo não tem objetivo de me submeter a um tratamento, bem como não me acarretará qualquer ônus pecuniário com relação aos procedimentos médico-clínico-terapêuticos efetuados com o estudo;

III) Tenho a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação;

IV) A desistência não causará nenhum prejuízo à minha saúde ou bem estar físico. Não virá interferir no atendimento ou tratamento médico;

V) A entrevista será registrada por meio de preenchimento de um questionário composto por perguntas de caráter quantitativo. Durante a realização da pesquisa, o pesquisador utilizará um diário de campo, a fim de registrar suas impressões.

VI) Os resultados obtidos durante esta pesquisa serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados;

VII) Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados, ao final desta pesquisa.

Desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

VIII) Caso me sinta prejudicado (a) por participar desta pesquisa, poderei recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos, a Universidade Federal de Campina Grande campus Cuité e a Delegacia Regional de Cuité.

IX) Estou ciente que receberei uma cópia deste documento assinado por mim e pelas pesquisadoras responsáveis pela pesquisa.

X) Tenho plena consciência que este projeto não me apresenta nenhum risco previsível, porém posso ser beneficiado por meio de orientações no uso correto e racional dos medicamentos, quer sejam prescritos, ou automedicados.

Cuité, _____ de _____ de _____

Paciente: _____
(Assinatura)

Testemunha 1 : _____
(Assinatura/RG/Telefone)

Testemunha 2 : _____

(Assinatura/RG/Telefone)

Pesquisador Responsável: _____

(Camila Carolina de Menezes Patrício Santos. Professora Adjunto I da UFCG, Campus Cuité. Farmacêutica, Matrícula SIAPE 1767414. E-mail: camilacarolina01@gmail.com).

Pesquisador Colaborador: _____

(Natália Ferreira de Sousa. Discente do Curso de Farmácia da UFCG, Campus Cuité. Endereço: Rua Mário Azevedo Burity, s/n, Residência Universitária Feminina Federal – Ap. 07, Bairro Antônio Mariz, CEP: 58.175-000. E-mail: nataliaferreira.nfs@gmail.com).

APÊNDICE D



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE– UFCG
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE– CES
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE– UAS
CURSO DE BACHARELADO EM FARMACIA
Docente: Camila Carolina de M. P. Santos
Discente: Natália Ferreira de Sousa

Informativo Sobre a Utilização de Medicamentos



- ✓ Só use medicamentos sob orientação médica;
- ✓ Não interrompa o tratamento sem a orientação do seu médico.

❖ Como Tomar o Medicamento?



- ✓ Utilize os medicamentos sempre com água.
- ✓ **Não** administre medicamentos com leite, suco ou qualquer outro alimento, essa alternativa só poderá ser utilizada com **orientação médica**.
- ✓ Obedeça os horários recomendados pelo médico.
- ✓ Em caso de esquecimento tome o medicamento assim que lembrar, a próxima dose deve ser tomada no horário normal.

❖ Como Guardar o Medicamento?



- ✓ Guarde o medicamento em local arejado, longe da luz, temperaturas altas e distante da umidade, de preferência guarde em caixas plásticas com tampa. **Não guarde medicamentos na cozinha ou em banheiros.**
- ✓ Guarde o medicamento em locais altos e seguros, de preferência longe de crianças e idosos.

Para iniciar a utilização e em caso da ocorrência de alguma reação indesejada ou não esperada, consulte o Médico ou Farmacêutico mais próximo da sua residência.

Fonte: CARVALHO, J.P.; BARROS, M.G.; FALQUETO, E. *Uso correto de medicamentos: Cartilha*. 2ª ed. – Rio de Janeiro: Instituto de Tecnologia em Fármacos, 2013. 24p: ilus. Color.

Imagens: www.google.com/images. Acesso em: 22 de Maio de 2014.

ANEXOS

ANEXO A



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM FARMÁCIA

CERTIDÃO DE APROVAÇÃO

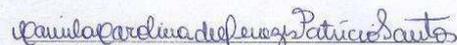
Ilmo. Sr. José Alixandre de Sousa Luis
Coordenador da Unidade Acadêmica de Saúde (UAS) da UFCG no CES – *Campus Cuité/PB*

O Centro de Educação e Saúde da UFCG conta no seu programa de graduação com o Curso de Bacharelado em Farmácia. Nesse contexto, a graduanda Natália Ferreira de Sousa, matrícula nº 509220207, CPF nº _____, está realizando uma pesquisa intitulada por: **“PERFIL FARMACOTERAPÊUTICO DE PACIENTES USUÁRIOS DE ANSIOLÍTICOS BENZODIAZEPÍNICOS ATENDIDOS PELO CAPS DE CUITÉ – PB E A PERSPECTIVA DOS MESMOS A CERCA DO TRATAMENTO: UMA ABORDAGEM DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA”**, sob a orientação da professora Doutora Camila Carolina de Menezes Patricio Santos, matrícula SIAPE: 1767414.

Desta forma, declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/2012 e suas complementares e como esta Unidade Acadêmica de Saúde tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.

Cuité, 13 de MAIO de 2014


Natália Ferreira de Sousa
(Orientanda – Pesquisadora)


Camila Carolina de Menezes P. Santos
(Orientadora – Pesquisadora)


José Alixandre de Sousa Luis
Coordenador da Unidade Acadêmica de Saúde do CES – Cuité/PB

Prof. Dr. José Alixandre de Sousa Luis
Coordenador Administrativo da UAS
Mat: SIAPE 1629011

ANEXO B1



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM FARMÁCIA

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Ilmo. Sr. José Alixandre de Sousa Luis
Coordenador da Unidade Acadêmica de Saúde (UAS) da UFCG no CES – *Campus Cuité/PB*

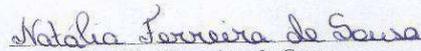
O Centro de Educação e Saúde da UFCG conta no seu programa de graduação, com o Curso de Bacharelado em Farmácia. Nesse contexto, a graduanda Natália Ferreira de Sousa, matrícula nº 509220207, CPF nº _____ está realizando uma pesquisa intitulada por: **“PERFIL FARMACOTERAPÊUTICO DE PACIENTES USUÁRIOS DE ANSIOLÍTICOS BENZODIAZEPÍNICOS ATENDIDOS PELO CAPS DE CUITÉ – PB E A PERSPECTIVA DOS MESMOS A CERCA DO TRATAMENTO: UMA ABORDAGEM DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA”**, sob a orientação da professora Doutora Camila Carolina de Menezes Patrício Santos, matrícula SIAPE: 1767414, necessitando, portanto coletar dados que subsidiem este estudo junto aos prontuários do Centro de Atenção Psico Social Sebastião Paulo de Souza, no município de Cuité na Paraíba.

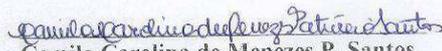
Desta forma solicitamos sua valiosa colaboração, no sentido de autorizar tanto o acesso da referida graduanda para a realização da coleta de dados, como a utilização do nome da instituição, centro, e unidade acadêmica.

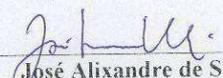
Salientamos que os dados coletados serão mantidos em sigilo e utilizados para a realização deste trabalho, bem como para a publicação em eventos e artigos científicos.

Na certeza de cortarmos com a compreensão e empenho desta instituição, agradecemos antecipadamente.

Cuité, 13 de MAIO de 2014


Natália Ferreira de Sousa
(Orientanda – Pesquisadora)


Camila Carolina de Menezes P. Santos
(Orientadora – Pesquisadora)


José Alixandre de Sousa Luis
Coordenador da Unidade Acadêmica de Saúde do CES – Cuité/PB

Prof. Dr. José Alixandre de Sousa Luis
Coordenador Administrativo da UAS
Mat. SIAPE 1629011

ANEXO B2



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM FARMÁCIA

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Ilmo. Sr. Ramilton Marinho Costa
Diretor do Centro de Educação e Saúde da UFCG – *Campus Cuité/PB*

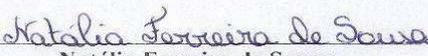
O Centro de Educação e Saúde da UFCG conta no seu programa de graduação, com o Curso de Bacharelado em Farmácia. Nesse contexto, a graduanda Natália Ferreira de Sousa, matrícula nº 509220207, CPF nº _____ está realizando uma pesquisa intitulada por: **“PERFIL FARMACOTERAPÊUTICO DE PACIENTES USUÁRIOS DE ANSIOLÍTICOS BENZODIAZEPÍNICOS ATENDIDOS PELO CAPS DE CUITÉ – PB E A PERSPECTIVA DOS MESMOS A CERCA DO TRATAMENTO: UMA ABORDAGEM DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA”**, sob a orientação da professora Doutora Camila Carolina de Menezes Patrício Santos, matrícula SIAPE: 1767414, necessitando, portanto coletar dados que subsidiem este estudo junto aos prontuários do Centro de Atenção Psico Social Sebastião Paulo de Souza, no município de Cuité na Paraíba.

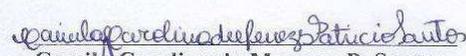
Desta forma solicitamos sua valiosa colaboração, no sentido de autorizar tanto o acesso da referida graduanda para a realização da coleta de dados, como a utilização do nome da instituição, centro, e unidade acadêmica.

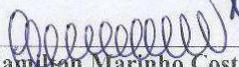
Salientamos que os dados coletados serão mantidos em sigilo e utilizados para a realização deste trabalho, bem como para a publicação em eventos e artigos científicos.

Na certeza de cortarmos com a compreensão e empenho desta instituição, agradecemos antecipadamente.

Cuité, 13, de MAIO de 2014


Natália Ferreira de Sousa
(Orientanda – Pesquisadora)


Camila Carolina de Menezes P. Santos
(Orientadora – Pesquisadora)


Ramilton Marinho Costa
Diretor do Centro de Educação e Saúde da UFCG – *Campus Cuité/PB*



Diretor do CES
Mat. SIAPE 337298

ANEXO B3



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CUITÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
CAPS I – VEREADOR SEBASTIÃO PAULO DE SOUZA**

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Maria do Socorro de Souto Santos, Coordenadora geral do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS I Vereador Sebastião Paulo de Souza, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada por: **“PERFIL FARMACOTERAPÊUTICO DE PACIENTES USUÁRIOS DE ANSIOLÍTICOS BENZODIAZEPÍNICOS ATENDIDOS PELO CAPS DE CUITÉ – PB E A PERSPECTIVA DOS MESMOS A CERCA DO TRATAMENTO: UMA ABORDAGEM DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA”**, que será realizada por meio de consulta aos prontuários, bem como por entrevistas com auxílio de questionário estruturado com perguntas de caráter quantitativo aos pacientes vinculados a esta instituição, tendo como pesquisadora a Professora Doutora Camila Carolina de Menezes Patrício Santos, matrícula SIAPE: 1767414, e colaboradora Natália Ferreira de Sousa, matrícula nº 509220207 discente do Curso de Bacharelado em Farmácia da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG.

Cuité, 13 de Maio de 2014

P. Rosimery Mirelly Macêdo Silva

Dr.^ª. Maria do Socorro de Souto Santos

Coordenadora Geral do CAPS I – Vereador Sebastião Paulo de Souza

Rosimery Mirelly Macêdo Silva
ASSISTENTE SOCIAL
GRESS 13/3402

ANEXO C



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM FARMÁCIA

TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo-assinados, respectivamente, autor e orientando da pesquisa intitulada por: **“PERFIL FARMACOTERAPÊUTICO DE PACIENTES USUÁRIOS DE ANSIOLÍTICOS BENZODIAZEPÍNICOS ATENDIDOS PELO CAPS DE CUITÉ – PB E A PERSPECTIVA DOS MESMOS A CERCA DO TRATAMENTO: UMA ABORDAGEM DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA”**, assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas Complementares, autorgada pelo Decreto nº 93833, de 24 de Janeiro de 1987, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos, outros sim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta. Apresentaremos sempre que solicitado pelo CEP (Comitê de Ética em Pesquisa), ou CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Cuité, 13 de MAIO de 2014

Camila Carolina de Menezes P. Santos
Camila Carolina de Menezes P. Santos
(Autora da pesquisa)

Natália Ferreira de Sousa
Natália Ferreira de Sousa
(Orientando)

ANEXO D

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ALCIDES CARNEIRO /
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL FARMACOTERAPÊUTICO DE PACIENTES USUÁRIOS DE ANSIOLÍTICOS BENZODIAZEPÍNICOS ATENDIDOS PELO CAPS DE CUITÉ - PB, E A PERSPECTIVA DOS MESMOS A CERCA DO TRATAMENTO: UMA ABORDAGEM DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA.

Pesquisador: CAMILA CAROLINA DE MENEZES PATRÍCIO SANTOS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 31400814.3.0000.5182

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 733.665

Data da Relatoria: 30/07/2014

Apresentação do Projeto:

A pesquisa consta de um estudo sobre o perfil farmacoterapêutico da utilização de benzodiazepínicos no CAPS I de Cuité (PB), por meio da análise dos prontuários e realização de entrevistas com os usuários enquadrados na modalidade de tratamento não-intensivo e, também, por meio de questionário semiestruturado, com abordagem quantitativa. A intenção é subsidiar a promoção e o uso racional desta classe de medicamentos no município.

Objetivo da Pesquisa:

Traçar um perfil farmacoterapêutico dos pacientes que utilizam medicamentos benzodiazepínicos atendidos no CAPS de Cuité – PB, sob uma abordagem da Atenção Farmacêutica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não se visualiza riscos aos participantes da pesquisa. O único possível seria o de constrangimento aos participantes da pesquisa o que será minimizado pelo compromisso dos pesquisadores em preservarem o sigilo sobre a identidade dos pacientes entrevistados. O benefício é evidente, pois os dados coletados e devidamente analisados poderão subsidiar ações de intervenção preventiva com vistas a promoção do uso racional de benzodiazepínicos por parcela significativa da população de Cuité-PB.

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n
Bairro: São José **CEP:** 58.107-670
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-5545 **Fax:** (83)2101-5523 **E-mail:** cep@huac.ufcg.edu.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ALCIDES CARNEIRO /
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 733.665

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados e adequados.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando a análise após adequação das pendências. Apresento parecer favorável.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Considerando o parecer da relatoria, o Protocolo de Pesquisa foi aprovado Ad Referendum. Coordenação do CEP/HUAC.

CAMPINA GRANDE, 30 de Julho de 2014

Assinado por:
Maria Teresa Nascimento Silva
(Coordenador)

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n
Bairro: São José **CEP:** 58.107-670
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)2101-5545 **Fax:** (83)2101-5523 **E-mail:** cep@huac.ufcg.edu.br

ANEXO E



Descrição: Atividade educativa sobre vida saudável, realizada com usuários ativos do CAPS I, pertencentes ao tratamento semi-intensivo. **Fotos:** Funcionários do CAPS I - Sebastião Paulo de Sousa e Natália Ferreira de Sousa. **Data:** 24 de julho de 2014.