

Uso de benzodiazepínicos na Estratégia Saúde da Família: um estudo qualitativo

Use of benzodiazepines in strategy Family Health: a qualitative study

Rebecca Lustosa Silva de Almeida LUZ¹, Camila de Freitas CRUZ¹,
Ana Paula Mendonça dos SANTOS¹, Juraci Leite NEVES NETO²,
Bruno Rodrigues ALENCAR¹, Luciane Cristina Feltrin de OLIVEIRA¹,
Tatiane de Oliveira Silva ALENCAR¹

¹Universidade Estadual de Feira de Santana. Av. Transnordestina, s/n, Novo Horizonte. Feira de Santana, BA, Brasil. CEP 44036-900. ²Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana. Avenida João Durval Carneiro, s/n, Estação Nova, Feira de Santana, BA, Brasil. CEP 44000-001. E-mail: tatifarmauefs@yahoo.com.br

ABSTRACT

It is a qualitative study aimed to discuss how the practice of prescription, dispensation and use of benzodiazepines in the Family Health Strategy occurs in the municipality of the state of Bahia, Brazil. It was used as a technique for data collection semi-structured interview applied to three groups of subjects (users, prescribers and dispensers of pharmacies). The results showed that there are no institutional protocols relating to prescribing and dispensing in the Family Health Units, with divergence in the use of benzodiazepines related practices. Access to therapeutic alternative to the use of benzodiazepines, and training of health workers were identified as a need of the service. The dispensation differs from existing laws, this function being performed by nursing staff and in the absence of pharmacists. These aspects have contributed to the lack of information and education users as well as the indiscriminate and excessive use of these drugs. Changes in the practice of workers and their relation with the health needs of the users can be decisive for bringing about change that reality.

Key Words: Psychotropic drugs. Primary health care. Drug utilization.

RESUMO:

Trata-se de estudo de abordagem qualitativa que teve como objetivo discutir como ocorre a prática da prescrição, dispensação e o uso de benzodiazepínicos na Estratégia de Saúde da Família, em um município do estado da Bahia, Brasil. Foi utilizada, como técnica de coleta de dados, a entrevista semiestruturada aplicada a três grupos de sujeitos (usuários, prescritores e dispensadores das farmácias). Os resultados mostraram que não existem protocolos institucionais relacionados à prescrição e dispensação nas Unidades de Saúde da Família, havendo divergência nas práticas relacionadas ao uso de benzodiazepínicos. O acesso à terapêutica alternativa ao uso de benzodiazepínicos e a capacitação dos trabalhadores de saúde foram apontados como uma necessidade do serviço. A dispensação diverge dos dispositivos legais vigentes, sendo esta função realizada por técnicos de enfermagem e na ausência de farmacêuticos. Mudanças na prática dos trabalhadores e na sua relação com as necessidades de saúde dos usuários podem ser determinantes para provocar transformações nessa realidade.

Palavras-Chave: Psicotrópicos. Atenção primária à saúde. Uso de medicamentos.

INTRODUÇÃO

A saúde mental tem se tornado objeto de políticas de saúde e está inserida no conjunto de ações da atenção básica. Devido à proximidade com as famílias e a comunidade, a atenção básica, por meio da equipe de saúde, se apresenta como um recurso estratégico para enfrentamento de importantes problemas de saúde, como agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e outras formas de sofrimento psíquico (1).

Neste sentido, a atuação dos trabalhadores da atenção básica na saúde mental é relevante na identificação de transtornos mentais menores e de sintomas e sinais que, se não tratados adequadamente, podem desencadear outros transtornos. Entre esses sintomas, a insônia é um dos principais alertas a respeito do bem-estar do indivíduo, e corresponde a uma queixa subjetiva de sono inadequado, associada ao mau desempenho nas atividades diárias (2).

Segundo a Classificação Internacional de Distúrbios do Sono, ter insônia é apresentar dificuldades repetidas para iniciar e/ou manter o sono (insônia inicial e de manutenção), despertar precoce (insônia terminal) ou sono não restaurador, sendo insuficiente para manter uma boa qualidade de alerta e bem-estar físico e mental durante o dia, com o comprometimento das atividades diurnas (3).

A prevalência da insônia varia de 10% a 40%, sendo a comparação entre os diversos estudos epidemiológicos difícil, devido a grande variação dos critérios de definição da insônia e dos desenhos metodológicos empregados (4). Pode apresentar-se em qualquer indivíduo, sendo mais frequente em mulheres, idosos e pessoas que vivem sozinhas (separadas, divorciadas ou viúvas) (5).

As consequências da insônia são preocupantes e traduzem-se em efeitos adversos para a saúde física. Também estão relacionados com o aumento do uso de medicamentos psicotrópicos, em especial, os benzodiazepínicos, com risco de abuso de outras substâncias. Este problema tem elevada repercussão econômica devido à diminuição da produtividade, ao absentismo e aos custos associados com a maior utilização dos serviços de saúde (6).

Os benzodiazepínicos constituem-se no tratamento farmacológico mais usado para essa queixa, pois são considerados úteis para uso ocasional e curto prazo (até quatro semanas), não sendo recomendado o uso prolongado, devido a problemas potenciais (2). Estes medicamentos são, por sua vez, a principal alternativa terapêutica disponível na atenção básica para o tratamento da insônia. Assim, é pertinente conhecer o processo que envolve a prescrição, a dispensação e o uso destes medicamentos, no intuito de apontar limites e possibilidades para o seu uso racional.

Esse artigo é resultante de um projeto de pesquisa realizado no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde da Família) e propõe discutir sobre o modo como ocorre a terapêutica (prescrição, dispensação e uso) com benzodiazepínicos, nos usuários acometidos por insônia nas Unidades de Saúde da Família em um município do estado da Bahia, Brasil.

MÉTODO

Estudo descritivo, de abordagem qualitativa (7), realizado em três Unidades de Saúde da Família (USF) em um município baiano. Os participantes envolvidos foram: cinco usuários das USF, maiores de 18 anos de idade e em uso de benzodiazepínicos por motivo de insônia primária, sem relação com outros transtornos mentais; três médicos (prescritores) e seis técnicos de enfermagem que realizavam atividades de auxiliares de farmácia das USF, identificados neste artigo como dispensadores. Todos os 14 sujeitos aceitaram participar da pesquisa mediante leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A técnica de coleta dos dados foi entrevista semi-estruturada (8), a partir de um roteiro que reuniu perguntas referentes ao uso dos medicamentos (terapia utilizada, forma de uso, efeitos adversos, uso de outras terapias medicamentosas e não medicamentosas, recebimento de orientações na prescrição e na dispensação, fontes de informação sobre medicamentos), prescrição (opções terapêuticas disponíveis, medicamentos mais prescritos, dependência, efeitos adversos, fornecimento de orientações ao usuário) e dispensação (medicamentos mais dispensados, capacitação técnica para a dispensação, orientações fornecidas ao usuário, dispensação sem prescrição).

No decorrer do texto, as falas dos sujeitos foram identificadas numericamente: E1 a E5 correspondem aos depoimentos de usuários; E6 a E9, aos prescritores; e E10 a E14, aos dispensadores. Para delimitação do número de sujeitos foi considerada a amostragem intencional definida pela saturação teórica (9). A análise dos dados foi realizada por meio do método análise de conteúdo⁷. A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e aprovada sob número de protocolo 84/2011(CAAE-0089.0.059.00-11).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Prescrição de benzodiazepínicos: compreendendo os aspectos norteadores da prática

No Brasil, a Portaria nº 344/98 aprovou o regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial e esclarece sobre a autorização, o

comércio, o transporte, a prescrição, dentre outras ações (10), devendo estas ser cumpridas tanto no serviço público (farmácias públicas) quanto no privado (farmácias comunitárias privadas).

Quanto à prescrição nas unidades de saúde, parece haver cumprimento da referida portaria, conforme as falas dos entrevistados, os quais revelam que a prescrição é a condição para acesso a esses medicamentos no serviço:

Eu vou pegar todo mês no posto e aí pego, a médica faz a receita e eu vou pego o medicamento todo mês (E2, usuário).

Eu pego aí no posto [...] Só pego com a receita da médica (E4, usuário).

Contudo, este é apenas um critério para a dispensação de medicamentos, sendo importante considerar, também, a qualidade das prescrições e a existência de orientações aos usuários, dentre outras ações que visam o uso racional. Assim, ainda que a fiscalização quanto ao cumprimento desta Portaria seja responsabilidade da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e Vigilância Sanitária municipal, a contribuição dos prescritores e demais profissionais, na atenção aos usuários com problemas de saúde mental deve ser um objetivo comum da equipe no cotidiano do trabalho.

O estudo realizado por Auchewski et al (2004) coaduna com essa reflexão ao destacarem que farmacêuticos e médicos apontaram que os maiores problemas com benzodiazepínicos são a má indicação clínica, a desinformação do médico, a falta de educação sanitária, além da ausência de consensos orientando a indicação clínica (11). Quanto aos usuários, estes relataram a falta de orientação médica sobre os riscos do uso crônico destes medicamentos, a ausência de diálogo com o médico sobre a descontinuidade do tratamento e o bem-estar associado ao uso desses medicamentos.

No cenário estudado, porém, os depoimentos dos prescritores apontam para uma prática de orientação ao usuário direcionada quase que exclusivamente para questões relacionadas à dependência causada pelo uso contínuo destes fármacos.

A gente até orienta dizendo que o problema maior é a dependência. Então, que eles deveriam usar a medicação por um período até o organismo realmente dar o sono, sentir um melhor prazer e depois ir desmamando isso para eles voltarem à rotina normal deles. Só que como a dependência é muito grande é difícil fazer o desmame depois (E7, médico).

Quando se prescreve, nós alertamos quanto aos riscos de ele se tornar um dependente do uso do medicamento. [...] Mostro, informo

que o uso de álcool é totalmente incompatível com o uso de drogas e que são neurolépticos que afetam funções do sistema nervoso central e a parte psíquica. A gente sempre alerta, embora isso nem sempre seja seguido pelo paciente (E6, médico).

A preocupação de prescritores com a dependência provocada pelos benzodiazepínicos também foi relatada em outros trabalhos como de Orlandi e Noto (2005) que destacaram que o efeito da dependência deve ser alvo de ações de prevenção por parte dos médicos (12). A falta de esclarecimento do usuário parece facilitar a “cronificação” do uso, à medida que o usuário fica limitado quanto à avaliação dos riscos aos quais se submete e acrescentam que a baixa percepção de risco pela população brasileira também tem suas raízes na carência de debates sociais sobre esta questão nos meios de comunicação.

Ainda que os prescritores tenham relatado preocupação e cuidado quanto à prescrição dos benzodiazepínicos, foi possível perceber que suas práticas são divergentes e muitas vezes incoerentes com o uso racional desses medicamentos.

Uma vez eu mandei um paciente para o psiquiatra nessa intenção [de prescrever mais adequadamente para o caso] e o paciente voltou: ‘Olhe doutor, a quantidade de remédio que ele me passou’. Você manda para remediar uma coisa e complica mais a situação. Fez foi entupir o paciente de medicamento, não seria esse o propósito, o propósito seria de você evitar o uso da medicação, a ocorrência de dependência. [...] Muitos pacientes já chegam com prescrições de outros médicos (E6, médico).

Além disso, o entrevistado relatou impedimento ético em relação à identificação e correção de equívocos em prescrições de outros colegas:

Veja bem, aí já entra uma questão ética. Eu não posso contestar o receituário de um colega. Estaria infringindo o Código de Ética Médica. A responsabilidade da prescrição do medicamento é exclusivamente do médico que prescreve. Às vezes, eu vejo um esquema inadequado, mas eu não tento consertar aquilo (E6, médico).

De acordo com o Código de Ética Médica, nos casos em que houver discordância entre os prescritores ou até mesmo desrespeito da prescrição ou do tratamento do paciente, mesmo quando em função de chefia ou de auditoria, salvo em situação de indiscutível benefício para o paciente, o fato deve ser comunicado imediatamente ao médico responsável (13). Neste caso, a atitude

do médico em relação ao erro identificado e não reparado na prescrição estabelece a continuidade de ações que só retardam a possibilidade de práticas racionais e seguras na saúde.

Assim, a prescrição e uso abusivo destes medicamentos, ainda configuram uma realidade que precisa ser modificada no cotidiano dos serviços de saúde, na perspectiva não só de atender às regulamentações, mas de implicar positivamente na vida e na saúde dos usuários.

Sobre este aspecto é preciso considerar que o tratamento da insônia primária envolve medidas medicamentosas e não medicamentosas. Quanto às primeiras, as opções disponíveis nas USF se limitam aos benzodiazepínicos, mais especificamente ao diazepam e ao clonazepam, como relatou o entrevistado.

Olha, basicamente os benzodiazepínicos. Nós aqui só contamos com o diazepam e o clonazepam [...]. Não temos outras opções terapêuticas como os hipnóticos, por exemplo, que são eventualmente utilizados. Acredito que dentro de uma Unidade de Saúde do Programa de Saúde da Família não haja necessidade de drogas mais poderosas do que essas (E6, médico).

Conforme disposto no Formulário Terapêutico Nacional, o diazepam é o fármaco indicado para o atendimento das situações de insônia primária na atenção básica do SUS, sendo recomendado para o uso em baixas doses e sempre com o monitoramento do uso. O clonazepam, contudo, não está recomendado para esses casos, mas sim como anticonvulsivante em crianças (14).

Neste sentido, é importante considerar que os medicamentos benzodiazepínicos referidos pelo entrevistado e também os não-benzodiazepínicos (zaleplona, zolpidem e zopiclona - não disponibilizados pelo SUS) estão associados ao aumento de risco em idosos, induzindo ataxia, déficit cognitivo e quedas, de modo que os benefícios da farmacoterapia são suplantados pelos riscos (15). Além disso, também pode ocorrer comprometimento da memória e aumento do risco de morte, em casos de uso prolongado¹⁶. Desse modo, o uso requer cuidados de monitoramento, atividade esta não disponibilizada nos serviços de atenção básica estudados.

Quanto às medidas não medicamentosas, a mudança comportamental pode auxiliar, e envolve ações como: promover uma situação confortável (ambiente calmo, escuro) para favorecer o sono; evitar o uso de substâncias estimulantes (caféina e nicotina, por exemplo) e a ingestão de líquidos em abundância durante a noite; preferir comidas leves antes de dormir (5). Ainda que a eficácia dessas medidas não tenha sido adequadamente investigada, seu emprego deve preceder o uso de fármacos (15).

Além dessas medidas, a prática de exercícios físicos em adultos com mais de 60 anos evidenciou melhora significativa na avaliação global da qualidade do sono, diminuição da latência para início do sono e aumento da duração total de sono (15). Contudo, nenhuma dessas possibilidades foi relatada pelos entrevistados.

O uso de algumas plantas na forma de chás, a exemplo da Camomila (*Matricaria chamomilla*), Passiflora (*Passiflora alata*) e Valeriana (*Valeriana officinalis*), podem induzir e melhorar a qualidade do sono em humanos (16). São, portanto, medidas não medicamentosas que auxiliam no controle da insônia.

Essas plantas, bem como Kava-kava, também estão disponíveis como medicamentos fitoterápicos e podem ser prescritos como alternativas para o tratamento da insônia leve. Contudo, até o momento, nenhum desses fitoterápicos foi padronizado na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Renome (17).

Dentre as terapias complementares, a homeopatia e a acupuntura têm se difundido no campo da saúde, mas ainda são incipientes como alternativa terapêutica para os usuários do SUS da maioria dos municípios brasileiros.

Outras estratégias estão sendo pensadas e desenvolvidas no intuito de agregar terapias e formas de cuidado do indivíduo e das coletividades. Tem-se, por exemplo, o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), criado com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica. Para a composição da equipe NASF estão previstos médico homeopata, médico acupunturista, psicólogo, terapeuta ocupacional, farmacêutico e outros profissionais para apoiar ações das Equipes de Saúde da Família, a depender das necessidades regionais (18).

Contudo, esta não foi a realidade evidenciada no cenário estudado, apesar de ser uma necessidade sentida pelos entrevistados, conforme expõem os depoimentos seguintes:

...[Necessidade] Terapêutica eu acho que não, mas eu acho que deveria ter pelo menos um psicólogo para fazer um acompanhamento melhor desses pacientes (E7, médico).

Eu sempre aconselho, quando a gente vê que é uma insônia relacionada a problemas que o paciente está passando a gente sempre procura encaminhar. Eu já encaminhei inclusive à terapeuta ocupacional. Agora o que falta, no NASF, é o psicólogo realmente. Ao meu modo de ver o psicólogo teria uma ação bem mais efetiva no sentido de fazer terapia para evitar esse uso indiscriminado. Um paciente desse precisa de terapia e não de tratamento, não precisa de droga, precisa de terapia e a

terapia geralmente a gente não encontra na rede pública nem na estadual, nem na municipal. Os psicólogos são tratamentos exclusivamente privados (E6, médico).

De acordo com as falas desses entrevistados, destaca-se a importância de um trabalho efetivo da equipe NASF na atenção básica, de forma a complementar os serviços oferecidos pelo PSF, atendendo a necessidade da comunidade. Existe, contudo, um conjunto de desafios a serem superados para a integração efetiva do NASF com a equipe da Estratégia Saúde da Família de modo a operacionalizar ações transformadoras em saúde (19).

Além disso, ainda que as práticas integrativas estejam incipientes nos serviços de saúde, têm-se a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC²⁰ e a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos – PNPMF (21), que ao resgatarem práticas milenares para o tratamento de doenças, possibilitam a incorporação de “novos” saberes e práticas ao processo saúde-doença.

Dispensação de benzodiazepínicos nas USF: desarticulação entre teoria e prática

A dispensação de medicamentos é o processo em que se disponibiliza o medicamento ao usuário geralmente em resposta à apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado (22). Essa atividade, seja realizada em uma unidade de saúde pública ou em um estabelecimento privado, representa a oportunidade de oferecer ao usuário orientações adequadas, acolher, estabelecer vínculo, na tentativa de evitar riscos associados à terapêutica medicamentosa (23).

Assim, o fluxo da informação, que deve ser iniciado pela consulta médica, tem continuidade na farmácia, onde o paciente deve ser esclarecido a respeito dos itens da prescrição médica, dose, posologia, cuidados especiais na reconstituição e/ou acondicionamento, possíveis interações, efeitos adversos. Este aconselhamento, no ato da dispensação, dá oportunidade à criação de novo vínculo assistencial (24).

Nas entrevistas, contudo, os usuários revelam que existe uma lacuna quanto ao fornecimento de informações no momento da dispensação, acenando para a ausência de cuidados especiais com os usuários de medicamentos benzodiazepínicos, apesar das particularidades inerentes aos mesmos, como relatam os sujeitos E2 e E4.

Não, porque não me dizem nada (E2, usuário).

Não porque eu já tenho (informações), né? Que o médico já passou e me orientou (E4, usuário).

As falas dos dispensadores e dos usuários são convergentes ao apontarem que as orientações, quando ocorrem, ficam restritas às informações contidas na prescrição.

A gente explica quanto ao uso, né? Os benefícios e malefícios que a medicação pode trazer a eles, né? Caso ele use em excesso, não tomado com prescrição médica, ou seja, às vezes tem pacientes que querem tomar a medicação ou que não está prescrito, né? Porque se trata de uma medicação controlada, né? Onde trabalha muito mais o metabolismo do sono porque o clonazepam ele é um calmante, né? Então tem pacientes que ficam um pouco dependentes dessa medicação e a gente, enquanto técnico, tem que saber orientar, né? E dizer a ele que ele tem que fazer o uso devido à prescrição médica (E9, técnica de enfermagem).

Aí eu sempre chamo atenção a eles que eles devem seguir corretamente como a médica prescreveu. Se é um é um mesmo. É só isso, eu sempre dou essa orientação quando eu despacho. Eu falo sempre quanto a dosagem, para não tomar superdosagem (E10, técnica de enfermagem).

A prática da orientação no momento da dispensação não é comum nas unidades de saúde. Estudos apontam alguns aspectos que podem explicar tal situação, como: despreparo dos trabalhadores envolvidos na dispensação; ausência de farmacêuticos na ESF e NASF, e conseqüentemente, dos serviços farmacêuticos na atenção básica; supervalorização do saber médico e desconhecimento do saber de outros profissionais; pouca interação entre os membros da equipe de saúde, principalmente entre dispensador e prescritor; ausência de uma prática de educação sanitária efetiva e da autonomia do paciente (25, 26).

As falas dos usuários confirmam tal assertiva e evidenciam que, na USF, todos os trabalhadores tornam-se responsáveis pela orientação sobre o uso de medicamentos, inclusive dos benzodiazepínicos, ainda que não tenham capacitação e nem sejam habilitados legalmente para tal atividade:

Aqui no posto do bairro mesmo. Com as meninas que trabalham lá ou a médica (E1, usuário).

Eu procuro com quem entende. Procuro ele ali, que é agente (comunitário de saúde), ele orienta pra mim (E5, usuário).

Nesse sentido, as falas dos técnicos de enfermagem responsáveis pela dispensação reforçam a necessidade de capacitação:

Dificuldades eu não sinto não, mas eu acho que deveria haver mais capacitação (E11, técnico de enfermagem).

Como eu falei, eu tenho que aprender mais. Eu sei o básico. Eu tenho que aprender mais sobre eles (E10, técnico de enfermagem).

Diante desses resultados pode ser compreendido que a dispensação ocorre apenas como uma mera troca da receita por medicamentos, desprovida de orientações seguras e adequadas sobre medicamentos, haja vista que não há qualquer participação do farmacêutico. Ou seja, o que ocorre nas USF é uma prática que não coaduna com a tendência mundial de promoção do uso racional de medicamentos e que, portanto, precisa ser revista sob a pena de condicionar eventos danosos à saúde dos sujeitos e não colaborar para a promoção e educação em saúde dos mesmos.

Uso de benzodiazepínicos: dilemas entre a necessidade e a dependência

No Brasil, estima-se que 1,6% da população adulta seja usuária crônica de benzodiazepínicos. Em grandes cidades brasileiras estudos confirmam o uso indiscriminado dessa classe de medicamentos que pode expor os pacientes a efeitos adversos desnecessários e interações medicamentosas potencialmente perigosas (27).

Os usuários apontaram duas principais indicações para o uso de benzodiazepínicos: o tratamento da insônia e transtornos de ansiedade, como exemplificado nas falas a seguir:

Só quando eu me contrariar, algum problema de saúde assim na família aí eu tenho que tomar [...] Mas eu tomo assim, se eu me contrariar eu não consigo dormir nem de dia nem de noite aí eu tomo ele, aí eu durmo (E4, usuário).

[...] digamos, tá eu aqui. Se eu ficar nervosa no caminho, porque eu carrego ele diariamente, aí eu pego e tomo (E5, usuário).

Assim, é evidenciado que, apesar dos usuários terem clareza quanto às indicações dos benzodiazepínicos, o uso propriamente dito ocorre conforme a conveniência e necessidade dos mesmos, não seguindo, necessariamente, um tratamento coerente às necessidades individuais. Tal situação pode, inclusive, ser explicada diante da preocupação dos usuários pelo risco de dependência:

Eu ainda perguntei: 'Doutor, diazepam não cria dependência não?' Ele disse 'depende, se você for usar todo dia cria, mas se você for usar, assim, um mês, enquanto controla [...]'. E controlado sempre cria dependência, mas a dependência depende de quem está usando (E3, usuário).

[...] porque quem me deu esse remédio foi um médico, aí ele me indicou que só era pra eu tomar quando eu tivesse sem dormir; com insônia. Se não tivesse não era pra tomar (E4, usuário).

A dependência como principal problema na terapêutica com benzodiazepínicos também foi relatada pelos prescritores, conforme as falas seguintes:

Claro, sempre se observa dependência. O paciente dificilmente é aquele paciente que quando começa a usar a droga, usa de uma forma transitória e para. Quase sempre o uso se torna contínuo. Agora me parece que chega a ser mais uma dependência psicológica do que física. A gente sempre usa numa dose terapêutica de modo que a dependência física a gente não mensura, mas a dependência psicológica existe (E6, médico).

Ah é grande, muito grande! Eles dependem realmente do medicamento. Costumam ficar ansiosos com a falta dele. E a tolerância também, cada vez mais vai aumentando a dose do medicamento (E8, médico).

As falas dos usuários auxiliam na compreensão sobre a dependência relatada pelos trabalhadores, já que referem a longo período de uso dos benzodiazepínicos, divergindo das recomendações da Associação Brasileira de Psiquiatria²⁸.

[...] há 15 anos eu fui ao médico e, se eu muito tomei, foi 3 meses. Aí parei e agora, deixa eu ver [...] parei uns 12 anos e agora que há 3 anos que eu voltei a tomar de novo (E1, usuário).

Olha, uns quatro anos por aí [...] cinco mais ou menos. Agora é periodicamente mesmo (E3, usuário).

Nesse sentido é importante ressaltar que os benzodiazepínicos são considerados úteis para uso ocasional e a curto prazo (até quatro semanas), mas o uso prolongado não é recomendado devido a problemas potenciais relativos à tolerância, necessidade de aumento da dose, dependência psicológica e física (29).

Existe ainda uma concepção depreciativa em relação ao uso de benzodiazepínicos, conforme evidenciado nas falas:

Aí até brinquei com ele assim: 'ô, Doutor, é remédio de doido' (E4, usuário).

Aí eu comecei a tomar só que um dos parentes de meu marido descobriu que eu tava tomando e eu fiquei mais nervosa ainda porque naquela época o povo costumava dizer que esse remédio era pra doido [...] eu fiquei nervosa e parei, nem no médico mais eu fui (E1, usuário).

As falas sugerem que essa concepção pode interferir negativamente na adesão do usuário ao tratamento e, conseqüentemente, em sua condição de saúde. Tal problema é percebido também pelos trabalhadores de saúde quando necessitam encaminhar os pacientes para serviços especializados em saúde mental como os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS.

Quando você vai encaminhar um paciente desse tipo para os CAPS eles já se mostram relutantes, acham que já está com problema mental. Por exemplo, é preciso muito cuidado quando você vai encaminhar para o psiquiatra um paciente que precisa apenas de uma terapia psicanalítica. Ele acha que você está encaminhando porque está com uma doença mental e não é isso (E6, médico).

Outro aspecto verificado que interfere na terapêutica foi a religiosidade, conforme expôs o entrevistado:

Mas há 3 anos voltei de novo a tomar, e tomo. Graças a Deus o nervosismo passou porque fui pra Igreja e Deus me curou, né? E agora só tomo para o problema de insônia. (E1, usuário).

Nessa perspectiva, o aumento da espiritualidade é fonte importante de suporte emocional, com repercussões nas áreas da saúde física e mental. Não exclui, contudo, o tratamento medicamentoso de modo que o paciente precisa ser incentivado a continuar o tratamento da maneira correta (30, 31).

No geral, os resultados apontam para a necessidade da realização de ações voltadas para a promoção da saúde, visando o desenvolvimento da educação sanitária dos indivíduos, e um novo processo de cuidado que valorize os diferentes saberes e elimine o foco da medicalização para esses casos.

O fortalecimento da educação continuada para todos os trabalhadores de saúde com foco no uso racional de medicamentos e de terapias alternativas e complementares também podem contribuir. Além disso, é pertinente a inclusão de farmacêuticos na ESF, NASF e CAPS, visando o desenvolvimento de ações clínicas e de controle adequado dos estoques dos medicamentos.

CONCLUSÃO:

A problemática relacionada ao uso irracional de medicamentos se mantém atual, ainda que existam, há décadas, dispositivos legais que dispõem sobre a obrigatoriedade de critérios orientadores para uma prática segura de prescrição, dispensação e uso de medicamentos.

Fomentar essa discussão é pertinente, na medida os critérios legais ou, até mesmo, outras medidas para mudança não têm sido efetivamente operacionalizada na prática da ESF. Neste particular, entendemos que as ferramentas mais determinantes para a implementação de uma prática racional consistem na mudança de atitude e dos valores norteadores da prática dos trabalhadores da saúde, e a sua relação com as necessidades de saúde dos usuários.

AGRADECIMENTOS:

Ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET- Saúde da Família), à Universidade Estadual de Feira de Santana e aos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) das unidades de saúde participantes do estudo.

Órgão financiador: Ministério da Saúde/Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde da Família).

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília (DF); 2005.
2. Hirst A, Sloan R. Benzodiazepínicos e drogas correlatas para pacientes com insônia submetidos a tratamento paliativo (Revisão Cochrane) (Cochrane Review). Resumos de Revisões Sistemáticas em Português, Issue, CD003346-PT.
3. American Academy of Sleep Medicine. The International Classification of Sleep Disorders, Second Edition: Diagnostic and Coding Manual. Westchester, IL: American Academy of Sleep Medicine. 2005.
4. Souza JC, Reimão R. Epidemiologia da insônia. Psicologia em Estudo, Maringá 2004, 9(1): 3-7.
5. Botargues, M. Para “quitarnos el sueño”: ¿usamos adecuadamente las benzodicepinas? Evid actual pract ambul. 2005; (8):89-91.

6. Leger D, Guilleminault C, Bader G, Levy E, Paillard M. Impacto médico e sócio-profissional da insônia. *Sleep* 2002; 25(6):625-629.
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 6. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.
8. Santana JSS, Nascimento MAA (Org.). Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social. Feira de Santana- BA: UEFS Editora. 2010.
9. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad. Saúde Pública* 2011; 27(2):389-394.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N° 344 de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Brasília (DF): Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 31 dez. 1998.
11. Auchewski L, Andreatini R, Galduróz JCF, Lacerda RB. Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2004; 26(1):24-31.
12. Orlandi P, Noto AR. Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave no município de São Paulo. *Rev Latino-am Enferm.* 2005; 13 (n.spe):896-902.
13. Conselho Federal de Medicina. Código de ética médica: Resolução CFM nº 1931, de 17 de setembro de 2009 (versão de bolso). Brasília(DF): Conselho Federal de Medicina, 2009.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário Terapêutico Nacional 2010: Rename 2010. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 1135p.
15. Wannmacher L. Como manejar a insônia em idosos: riscos e benefícios. In: *Uso racional de medicamentos: temas selecionados*, 2007; 4(5).
16. SBS. Sociedade Brasileira de Sono. I Consenso Brasileiro de Insônia. *Hypnos – Journal of Clinical and Experimental Sleep Research* 2003; 4(2 Suppl):9-18.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais Rename 2013. 8ª ed. Brasília (DF); 2013.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF); 2012.
19. Mattos, TCD. As práticas do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em uma unidade de saúde no município de Feira de Santana-BA. [Monografia]. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana. 2012.
20. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília (DF); 2006.
21. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. Política nacional de plantas medicinais e fitoterápicos. Brasília (DF); 2006.
22. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Medicamentos 2001. Brasília (DF); 2001.
23. Alencar TOS, Bastos VP, Alencar BR, Freitas IV. Dispensação farmacêutica: uma análise dos conceitos legais em relação à prática profissional. *Rev Ciênc Farm Básica Apl.* 2011; 32(1): 89-94.
24. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *American Journal of Hospital Pharmacy* 1990; 47:533-543.
25. Alencar TOS, Nascimento MAA, Alencar BR. Assistência Farmacêutica no SUS: articulando sujeitos, saberes e práticas. Feira de Santana: UEFS Editora. 2011.
26. Oliveira LCF. Avaliação da Assistência Farmacêutica Básica no SUS municipal. [Dissertação]. Feira de Santana: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana. 2007.
27. Firmino KF, Abreu MHNG, Perini E, Magalhães SMS. Fatores associados ao uso de benzodiazepínicos no serviço municipal de saúde da cidade de Coronel Fabriciano, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2011; 27(6):1223-1232.
28. ABP. Associação Brasileira de Psiquiatria. *Abuso e Dependência de Benzodiazepínicos*. São Paulo: Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 2008.
29. Allison H, Richard S. Benzodiazepines and related drugs for insomnia in palliative care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. In: *The Cochrane Library*, Issue 11, Art. No. CD003346. DOI: 10.1002/14651858.CD003346. publ.
30. Monteiro DMR. Espiritualidade e Envelhecimento. In: Py L. et al. (Org). *Tempo de envelhecer: Percursos e Dimensões Psicossociais*. Rio de Janeiro: NAU, 2004.
31. Sanchez ZM, Nappo SA. Intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas. *Rev Saúde Pública* 2008; 42(2):265-272.