

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**DANIEL RODRIGUES SILVA**

**USO INADVERTIDO DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS NA  
COMUNIDADE DE GUARDA-MÓR EM SÃO JOÃO DEL REI-MG**

**SÃO JOÃO DEL REI/ MINAS GERAIS**  
**2014**

**DANIEL RODRIGUES SILVA**

**USO INADVERTIDO DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS NA  
COMUNIDADE DE GUARDA-MÓR EM SÃO JOÃO DEL REI-MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada ao curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do certificado de especialista.

Orientadora: Profª Drª Pollyana Pagliaro Borges Soares

**SÃO JOÃO DEL REI / MINAS GERAIS**

**2014**

**DANIEL RODRIGUES SILVA**

**USO INADVERTIDO DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS NA  
COMUNIDADE DE GUARDA-MÓR EM SÃO JOÃO DEL REI-MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada ao curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do certificado de especialista.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Pollyana Pagliaro Borges Soares

Banca Examinadora:

Profa. Dr<sup>a</sup>

Profa. Dr<sup>a</sup>

Aprovada em Belo Horizonte ,

*Dedico este trabalho a minha família que de forma tão especial me apoiou e me fez capaz de conquistar mais uma etapa. À vocês todo meu amor e gratidão incondicionais. Que estejamos juntos para vibrar mais uma vitória.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço aos meus pais, Geraldo e Ligia pela torcida constante e por sempre acreditarem em mim;

Ao meu irmão Jonas, pela amizade e companheirismo;

A todos do Curso de Especialização em Saúde da Família. Obrigado por todo o aprendizado. Foi uma satisfação enorme fazer parte dessa escola.

“A persistência é o caminho do êxito.”

CHARLES CHAPLIN

## RESUMO

É assustador o crescimento ascendente do número de pessoas no mundo que se tornaram dependentes do uso de medicamentos que atingem o sistema nervoso central, os psicofarmacos. O trabalho de conclusão de curso propõe uma análise crítica do fenômeno do abuso de medicamentos psicotrópicos na atualidade, em especial na comunidade de Guarda-Mór em São João del Rei, uma vez que segundo dados da Organização Mundial de Saúde o uso abusivo de medicamentos controlados está crescendo em todo o mundo. Os maiores consumidores são: Estados Unidos, Argentina e Brasil. O presente estudo tem por objetivo analisar a prática de prescrição, dispensação e uso prolongado de medicamentos psicoativos, uma vez que este é um dos nós críticos encontrados na população que reside no local e que merece atenção primordial da equipe de profissionais responsáveis, de modo que haja uma capacidade de enfrentamento que incida nos reais fatores determinantes deste uso desregrado e excessivo. O estudo se deu a partir da visão de profissionais de saúde e de usuários crônicos dessas substâncias, de modo a propor um plano de intervenção a ser implementado pela Equipe de Saúde da Família presente no local que tenha o condão de diminuir o uso abusivo destas substâncias, através da adoção de posturas diferenciadas, capaz de efetivamente transformar o panorama local.

**Palavras-chave:** Medicamentos psicotrópicos. Uso abusivo. Saúde da Família. Intervenção.

## ABSTRACT

It's scary the upward growth of the number of people worldwide who have become depending on the use of drugs that affect the central nervous system, psychopharms. The completion of course work with a critical analysis of the phenomenon of abuse of psychotropic drugs today, especially in Left-Mór community in São João del Rei, since according to the World Health Organization data the abuse of prescription drugs is growing worldwide. The largest consumers are the United States, Argentina and Brazil. This study aims to examine the practice of prescription, dispensation and prolonged use of psychoactive medications, since this is one of us critics found the people who inhabit the place and it deserves primary attention team of professionals responsible, so that there is a coping capacity focusing on real determinants of this unruly and overuse. The study took place from the health professionals vision and chronic users of these substances in order to propose an action plan to be implemented by the Family Health Team presence on site that has the power to reduce the abuse of these substances, by adopting different postures able to effectively turn the site panorama.

**Key-words:** Psychotropic medications. Abuse. Family Health. Intervention.



## **Lista de abreviaturas e siglas**

SNC	Sistema Nervoso Central
MS	Ministério da Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
ANVISA	Agencia Nacional de Vigilância Sanitária
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan Americana da Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola
BDZ	Benzodiazepínicos
SUS	Sistema Único de Saúde
SNGPC	Sistema Nacional para Gerenciamento de Produtos Controlados
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	11
<b>1 MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS</b>	
1.1 Definição	12
1.2 Uso inadvertido	14
1.3 Efeitos colaterais	14
1.4 Dependência	17
<b>2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA</b>	
2.1 Realidade municipal e dados objetivos do município	19
2.2 Fatores de risco	21
<b>3 JUSTIFICATIVA</b>	23
<b>4 OBJETIVOS</b>	24
<b>5 METODOLOGIA</b>	25
<b>6 PLANO DE INTERVENÇÃO</b>	26
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	27
<b>REFERÊNCIAS</b>	28

## INTRODUÇÃO

É notório e extremamente alarmante o abuso que hoje se verifica no consumo de medicamentos psicotrópicos no mundo inteiro. É sabido que, ao grave problema da automedicação, associa-se uma prescrição excessiva, em especial dos ansiolíticos e dos antidepressivos, por parte dos médicos, de modo a possibilitar um bem estar momentâneo.

O surgimento destas substâncias que afetam o Sistema Nervoso Central trouxe um alívio para a sociedade, que de tempos em tempos se demonstra insatisfeita com os padrões impostos e que acaba por colocar as pessoas em grau de vulnerabilidade exacerbado, levando elas a terem picos de ansiedade, depressão, estresse e problema de ordem mental que acarretam a prescrição indistinta por parte dos médicos, que buscam apenas os sintomas e não as causas, estando a merecer uma atenção detida das equipes de saúde da família, que são a porta de entrada dos pacientes para os sistemas de saúde locais.

Com o passar dos anos foi se constatando os casos de uso abusivo, além de desenvolvimento de tolerância, de síndrome de abstinência e de dependência pelos usuários crônicos de psicofarmacos, em especial os benzodiazepínicos. Tais evidências modificaram a postura da sociedade em relação aos BDZs que, do auge do entusiasmo nos anos 70, passou à restrição do uso a partir da década seguinte. Nos Estados Unidos, por exemplo, o uso destes medicamentos pela população chegou a atingir 11,1% em 1979, diminuindo para 8,3%, em 1990.

O uso prolongado de BDZs, ultrapassando períodos de 4 a 6 semanas pode levar ao desenvolvimento de tolerância, abstinência e dependência. A possibilidade de desenvolvimento de dependência deve sempre ser considerada, principalmente na vigência de fatores de risco para a mesma, tais como uso em mulheres idosas, em poliusuários de drogas, para alívio de estresse, de doenças psiquiátricas e distúrbios do sono. Também é comum a observação de overdose de BDZs entre as tentativas de suicídio, associados ou não a outras substâncias.

Os remédios psicoativos são fabricados tanto por fontes naturais quanto artificiais. Eles interagem diretamente com o Sistema Nervoso Central (SNC) modificando as funções fisiológicas e psicológicas. Entre essas drogas psicoativas, existe um grupo denominado Psicotrópicos que induzem a dependência.

Transtornos mentais comuns (TMC) são altamente prevalentes e têm sido consistentemente associados a piores condições socioeconômicas em diferentes países, incluindo-se o Brasil. Pessoas com TMC têm maior probabilidade de buscar atendimento em serviços de saúde, aspecto fundamental no planejamento e execução de políticas públicas voltadas para a saúde (Mendonza et al, 2003).

## 1 MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS

### 1.1 DEFINIÇÃO

Os medicamentos psicotrópicos, que causam alterações mentais, são modificadores seletivos do Sistema Nervoso Central e podem ser classificados, segundo a Organização Mundial de Saúde em: ansiolíticos e sedativos; antipsicóticos (neurolépticos); antidepressivos; estimulantes psicomotores; psicomiméticos e potencializadores da cognição (Rang, Dale, Ritter, 2001).

Segundo a OMS drogas psicoativas são aquelas que afetam a nossa mente, alterando humor, comportamento, cognição, psicomotricidade e personalidade.

Segundo dados objetivo da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), o psicotrópico é classificado como substância que pode determinar dependência física ou psíquica e relacionada, como tal, nas listas aprovadas pela Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas, reproduzidas nos anexos do Regulamento Técnico desta agência.

São classificados em: anestésicos, ansiolíticos e hipnóticas, antipsicóticos, antidepressivos, antiepiléticos, estimulantes psicomotores, drogas alucinógenas e analgésicos (RANG et al, 2004).

Destas categorias, três apresentam grande importância quando se fala em controle de vendas em estabelecimentos farmacêuticos: os ansiolíticos (benzodiazepínicos), os antidepressivos e os estimulantes psicomotores.

Os ansiolíticos são medicamentos que têm como objetivo a redução da ansiedade, sendo a classe dos benzodiazepínicos (BZD) a mais utilizada. Os representantes dos BZD são o clordiazepóxido, diazepam, lorazepam, oxazepam, midazolam e triazolam, dentre outros. Os antidepressivos tricíclicos, cujo protótipo é a imipramina, são muito utilizados na terapêutica medicamentosa da depressão endógena ou maior.

Os compostos antipsicóticos ou neurolépticos são drogas usadas no tratamento das psicoses, tendo como protótipo a clorpromazina e o haloperidol. A psicose mais afetada pelo uso de antipsicóticos é a esquizofrenia. As drogas antiepiléticas são utilizadas no tratamento da epilepsia. Como representantes deste grupo de drogas tem-se a fenitoína, o fenobarbital, a primidona e a carbamazepina, entre outros.

O tratamento dos transtornos mentais e do comportamento com drogas psicoativas é sintomático e seu uso deve limitar-se ao imprescindível. Na decisão de se usar um psicofármaco, é preciso ponderar se a relação risco-benefício potencial da droga justifica seu emprego e se outros recursos foram devidamente explorados. Para Trallero, constitui um grave erro de

desinformação pensar que os psicofármacos devam ser o último recurso terapêutico, só usados quando esgotados os demais. Os psicofármacos não são panacéias, mas um recurso de primeira ordem em muitos casos, complementares em outros e, sem dúvida, totalmente inúteis em outros. É preciso conhecê-los, assim como aos demais procedimentos terapêuticos que têm demonstrado ou vêm demonstrando sua eficácia relativa e seus riscos e efeitos secundários  $\frac{3}{4}$  porque todos os têm. Para Trallero, a multicausalidade dos transtornos, a complexidade dos sintomas e a influência das interações psicossociais exigem que "na imensa maioria de autênticos transtornos mentais na infância e adolescência os tratamentos devem ser mistos, envolvendo intervenções farmacológicas, psicoterápicas e psicossociais" (p.18).

Tratando de assunto de extrema cautela na administração destes remédios, no Brasil a legislação que aprova o regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial é a Portaria número 344/98 – SVS/MS , de 12 de maio de 1998 (CFF, 1999/2000), a qual define as seguintes listas de substâncias: A1 e A2 (entorpecentes), A3, B1 e B2 (psicotrópicas), C1 (outras substâncias sujeitas à controle especial), C2 (retinóicas para uso sistêmico) e C3 (imunossupressoras).

Os benzodiazepínicos têm a propriedade de atuar quase que exclusivamente sobre a ansiedade e tensão. Inicialmente, essas drogas foram chamadas de tranquilizantes, por tranquilizar a pessoa estressada, tensa e ansiosa.

Atualmente, prefere-se designar estes tipos de medicamentos pelo nome de ansiolíticos, ou seja, que "destroem" (lise) a ansiedade. De fato, este é o principal efeito terapêutico destes medicamentos: diminuir ou abolir a ansiedade das pessoas, sem afetar em demasia as funções psíquicas e motoras.

Antigamente, o principal agente ansiolítico era uma droga chamada meprobamato que praticamente desapareceu das farmácias com a descoberta de um importante grupo de substâncias: os benzodiazepínicos. De fato estes medicamentos estão entre os mais utilizados no mundo todo, inclusive no Brasil.

Hoje há mais de 100 medicamentos no País à base desses benzodiazepínicos (BDZ). Estes têm nomes químicos que terminam geralmente pelo sufixo pam. Alguns exemplos de benzodiazepínicos: diazepam, bromazepam, clobazam, clorazepam, estazolam, flurazepam, flunitrazepam, lorazepam, nitrazepam. A exceção é a substância chamada clordizepóxido que também é um benzodiazepínico. Por outro lado estas substâncias são comercializadas pelos laboratórios farmacêuticos com diferentes nomes "fantasia", existindo assim dezenas de remédios com diferentes denominações: Noan, Valium, Aniolax, Calmociteno, Dienpax, Psicosedin, Frontal, Frisium, katrium, Lexotan, Lorax, Urbanil, Somalium.

Eles podem ser usados em qualquer idade, respeitando a adequada utilização. O diazepam via oral pode ser usado até em crianças depois dos 6 meses e a via injetável com 30 dias de vida ou mais. Muitos médicos confundem as diversas ações dos BDZs, por exemplo: o uso do bromazepam (ansiolítico) como hipnótico ou antidepressivo. Há de se diferenciar bem o tipo de diagnóstico para se instituir a terapêutica BDZ mais adequada.

## **1.2 USO INADVERTIDO DE PSICOTRÓPICOS**

As propriedades desejáveis percebidas de alívio da ansiedade, euforia, desinibição e promoção do sono levaram ao uso incorreto compulsivo de algumas drogas psicotrópicas. As consequências do uso abusivo dessas drogas podem ser definidas em termos tanto fisiológicos como psicológicos (KATZUNG,1995).

O uso excessivo e indiscriminado dos medicamentos psicotrópicos, têm sido considerado um grave problema por profissionais e autoridades sanitárias devido aos sérios prejuízos que esta prática causa à saúde da população. Sua utilização deve ser acompanhada, considerando que o conhecimento de seus efeitos no Sistema Nervoso Central constitui um grande desafio (OMS, 1990).

O uso inadvertido destes medicamentos traz severos malefícios uma vez que em doses altas pode causar euforia e alucinações, o que pode provocar procura para fins de uso abusivo e comércio ilegal. (ZANINI; OGA ,1995). Desta maneira, é aconselhável ter rigoroso controle do medicamento, assim como verificar se os pacientes realmente usaram para não ocorrer a guarda de vários comprimidos e posterior uso.

É preciso distinguir entre um paciente que se medica de um que usa como o psicofármaco como droga. Um remédio pode tornar-se tóxico e vice-versa, posto que muitas vezes este medicamento serve não apenas como medicamento, mas também como alívio e facilitador de certas situações, gerando um uso desmedido do mesmo.

O paciente que usa a medicação, busca, inicialmente, restaurar seu modo habitual de funcionamento do seu corpo, sua constância, sua normalidade. Se a droga está do lado do excesso, do tóxico; a medicação estaria do lado da cura, se assim podemos dizer.

## **1.3 EFEITOS COLATERAIS**

Os fármacos psicoativos, assim como todo e qualquer remédio possui seus efeitos

principais e seus efeitos colaterais, ou adversos. Os efeitos colaterais dos remédios não são os únicos nem tão quanto os maiores problemas da medicalização.

Os efeitos indesejáveis podem ser divididos em: efeitos tóxicos resultantes de superdosagem aguda; efeitos indesejáveis no decurso do uso terapêutico normal, tolerância e dependência.

Muito dessas drogas possuem efeitos colaterais como boca seca, disfunção sexual, insônia ou hipersonia, pensamentos de morte, ideias e atos suicidas, diminuição do desejo sexual, dentre inúmeros outros, que podem ser elencados.

O elevado consumo desta classe terapêutica é relevante, considerando-se os graves efeitos colaterais que ela pode ocasionar, assim como o seu vínculo com importantes problemas sociais, tais como a violência e acidentes de carro. O seu uso continuado e em doses excessivas poderia levar, ainda, à degeneração de células cerebrais, incorrendo em lesões irreversíveis (UNESP, 2003).

Muitos neurolépticos clássicos estão associados ao risco de efeitos colaterais característicos que estimulam doenças neurológicas, enquanto os antipsicóticos modernos estão associados a um ganho ponderal e a efeitos metabólicos adversos, como diabetes.

Na Unidade de saúde em questão, conforme dados da farmácia os medicamentos com maior número de usuários são: clonazepam de 2 mg, clonazepam de 2,5 mg e diazepam de 10 mg, o que tem o condão de delinear um perfil dos usuários de psicotrópicos desta área adstrita.

Os efeitos colaterais mais comuns do diazepam são: cansaço, sonolência e relaxamento muscular; em geral estão relacionados com a dose administrada. Efeitos pouco frequentes: confusão mental, constipação, depressão, diplopia, disartria, cefaléia, hipotensão, incontinência urinária, náusea, secura na boca ou hipersalivação, rashcutâneo, fala enrolada, tremor, retenção urinária, tonteira e distúrbios de acomodação visual; muito raramente podem ser observados: elevação das transaminases e da fosfatase alcalina, assim como icterícia.

Tem sido descritas reações paradoxais, tais como: excitação aguda, distúrbios do sono e alucinações. Quando estes ocorrem, o tratamento deve ser interrompido.

Como ocorre com todos os hipnóticos, sedativos e tranqüilizantes, no tratamento prolongado existe o risco de farmacodependência em pessoas predispostas. Pode ocorrer síndrome de abstinência com a retirada abrupta do medicamento. A interrupção do tratamento deve ser feita de maneira gradual.

Já com relação ao clonazepam os efeitos colaterais que ocorrem com maior frequência com são referentes à depressão do SNC. Algumas das reações são transitórias e desapare-

cem espontaneamente no decorrer do tratamento ou com a redução da dose. Elas podem ser prevenidas parcialmente pelo aumento lento da dose no início do tratamento.

São elas: sonolência, dor de cabeça, Infecção do trato respiratório superior, Fadiga, Gripe, Depressão, Vertigem, Irritabilidade, Insônia, Ataxia, Perda do equilíbrio, náusea, Coordenação anormal, Sensação de cabeça leve, Sinusite, Concentração prejudicada.

Outras reações são:

Distúrbios do Sistema Imunológico: foram relatados reações alérgicas e muito poucos casos de anafilaxia com o uso de benzodiazepínicos.

Distúrbios endócrinos: foram relatados em crianças casos isolados, reversíveis, de desenvolvimento de características sexuais secundárias prematuramente (puberdade precoce incompleta).

Distúrbios psiquiátricos: foram observadas diminuição da concentração, inquietação, estado confusional e desorientação. Pode ocorrer depressão em pacientes tratados com Rivotril®, mas esta pode estar também associada à doença de base. Foram observadas as seguintes reações paradoxais: excitabilidade, irritabilidade, agressividade, agitação, nervosismo, hostilidade, ansiedade, distúrbios do sono, pesadelos e sonhos anormais. Em casos raros, pode ocorrer perda da libido.

Distúrbios do sistema nervoso: sonolência, lentidão de reações, hipotonia muscular, tonturas, ataxia. Estes efeitos adversos são relativamente frequentes e geralmente são transitórios, desaparecendo espontaneamente no decorrer do tratamento ou após redução da dose. Eles podem ser parcialmente evitados aumentando-se a dose e lentamente no início do tratamento. Em casos raros observou-se cefaléia. Particularmente no tratamento de longo prazo ou de alta dose, podem ocorrer distúrbios reversíveis como disartria, diminuição de coordenação de movimentos e desordem de marcha (ataxia) e nistagmo. A amnésia anterógrada pode ocorrer durante o uso de benzodiazepinas em doses terapêuticas, sendo que o risco aumenta com as doses mais elevadas. Os efeitos amnésicos podem estar associados com comportamento inadequado. É possível um aumento da frequência de crises convulsivas durante o tratamento de longo prazo com determinadas formas de epilepsia.

Distúrbios oculares: podem ocorrer distúrbios reversíveis da visão (diplopia), particularmente no tratamento de longo prazo ou de alta dose.

Cardiopatias: foi relatado insuficiência cardíaca, incluindo parada cardíaca.

Distúrbios do sistema respiratório: pode ocorrer depressão respiratória. Esse efeito pode ser agravado pela obstrução pré-existente das vias aéreas, danos cerebrais ou outras medicações administradas que deprimam a respiração. Como regra geral, esse efeito pode ser



evitado com um cuidadoso ajuste da dose às necessidades individuais. Rivotril® pode causar aumento da produção de saliva ou de secreção brônquica em lactentes e crianças. Recomenda-se particular atenção à manutenção das vias aéreas livres nesses pacientes.

Distúrbios gastrintestinais: foram relatados náuseas e sintomas epigástricos em casos raros.

Distúrbios da pele e dos tecidos subcutâneos: urticária, prurido, erupção cutânea, perda de cabelo transitória, alterações da pigmentação podem ocorrer em casos raros.

Distúrbios musculoesqueléticos e dos tecidos conectivos: fraqueza muscular. Este efeito adverso ocorre relativamente de forma freqüente e geralmente é transitório, desaparecendo espontaneamente no decorrer do tratamento ou após redução da dose. Pode ser parcialmente evitado aumentando-se a dose lentamente no início do tratamento.

Distúrbios renais e urinários: pode ocorrer incontinência urinária em casos raros.

Distúrbios do sistema reprodutivo: pode ocorrer disfunção erétil em casos raros.

Perturbações gerais e condições do local de administração: Fadiga (cansaço, estafa). Este efeito adverso ocorre relativamente de forma freqüente e geralmente é transitório, desaparecendo espontaneamente no decorrer do tratamento ou após redução da dose. Pode ser parcialmente evitado aumentando-se a dose lentamente no início do tratamento. Reações paradoxais, incluindo irritabilidade, foram observadas (vide item Distúrbios psiquiátricos).

Lesões, Envenenamento e Complicações processuais: foi observado um risco aumentado de quedas e fraturas em pacientes idosos sob uso de benzodiazepínicos.

Exames complementares: pode ocorrer diminuição da contagem de plaquetas em casos raros.

Dados do Sistema de Informações Hospitalares do Ministério da Saúde relacionados com hospitais apontam a intoxicação como o segundo tipo mais comum entre os agravos provocados por medicamentos, sendo que mais de 6% destas intercorrências evoluem para o óbito. O que pode descrever um perfil epidemiológico da mortalidade por intoxicação com medicamentos.

## **1.4 DEPENDÊNCIA**

A dependência pode ser compreendida como a necessidade fisiológica do consumo de determinada substância. Como por exemplo, diabéticos que são dependentes em insulina e

têm a necessidade fisiológica de consumir essa substância para a regulação de seu organismo. E os psicofármacos provocam essa dependência também, alteram a composição do fígado e do cérebro de tal forma, que para poder provocar o efeito desejado, que o cérebro passa a não mais produzir naturalmente certas substâncias, fazendo com que o indivíduo tenha a necessidade fisiológica desse psicotrópico. A dependência obriga a pessoa para que sempre precise desse medicamento, sem previsão de parada, muitas vezes para o resto da vida.

No caso do tratamento de pessoa dependente de psicotrópicos a sua retirada súbita pode ocasionar severas consequências como agitação, palpitações e tremores. Portanto, esta prática deve ser feita vagarosamente e com acompanhamento médico.

É rotineiro relatar-se a utilização prolongada de tranquilizantes por meses ou até anos seguidos. Estas substâncias, além de provocarem dependência, levam a uma queda do rendimento individual como diminuição da memória, da atenção, da força muscular e da potência sexual. Tais fatos acentuam a ansiedade ou a depressão, criando um círculo vicioso muito negativo.

Existem vários estudos científicos que demonstram que as substâncias tranquilizantes comportam-se de maneira diferente no organismo, por exemplo, do idoso, havendo tendência a aumentar o seu efeito sedativo. Não é raro o idoso queixar-se de falta de memória acentuada, justificando-a como sendo devida à idade, e na realidade tratar-se de intoxicação por psicotrópicos.

O uso de benzodiazepinas pode levar ao desenvolvimento de dependência física e psíquica. O risco de dependência aumenta com a dose e com a duração do tratamento, também é maior em pacientes com antecedentes médicos de álcool e/ou abuso de drogas.

Uma vez que a dependência se desenvolve, a descontinuação brusca do tratamento será acompanhada pelos sintomas de abstinência. Durante tratamentos prolongados, os sintomas de abstinência podem se desenvolver após períodos mais longos de uso, especialmente com doses elevadas se a dose diária for reduzida rapidamente ou descontinuada bruscamente. Os sintomas incluem psicoses, distúrbio comportamental tremor, sudorese, agitação, distúrbios do sono e ansiedade, cefaléia, dores musculares, câimbras, extrema ansiedade, tensão, cansaço, confusão, irritabilidade e convulsões que podem ser associadas à doença de base. Em casos graves podem ocorrer os seguintes sintomas: desrealização, despersonalização, hiperacusia, parestesias, hipersensibilidade à luz, ruídos ou ao contato físico, ou alucinações. Uma vez que o risco dos sintomas de abstinência é maior após descontinuação brusca do tratamento, a retirada brusca do medicamento deve ser evitada e o tratamento – mesmo de curta duração – deve ser interrompido pela redução gradativa da dose diária.

Os sintomas de descontinuação mais graves, normalmente, foram limitados àqueles

pacientes que receberam doses excessivas durante um período de tempo prolongado. Sintomas de descontinuação geralmente moderados (p. ex., disforia e insônia) foram relatados após a descontinuação abrupta de benzodiazepínicos administrados continuamente em níveis terapêuticos durante vários meses. Conseqüentemente, após a terapia prolongada, a interrupção abrupta deve ser geralmente evitada e deve ser realizada diminuição gradual e programada (vide item Posologia). Os indivíduos predispostos a adquirir dependência (como os viciados em drogas ou álcool) devem ser vigiados com cuidado quando recebem clonazepam ou outros agentes psicotrópicos, devido à pré-disposição desses pacientes em adquirir hábito e dependência.

Segundo o professor Esa Korpi, responsável pela pesquisa na Universidade de Helsinki, “até agora, a dependência dos benzodiazepínicos vinha sendo explicada com referências a reforços negativos e não a reforços positivos. Em outras palavras, a idéia até agora é que a razão pela qual as pessoas continuam a usar o medicamento é que ele ajuda a aliviar os sintomas que retornam e o desconforto geral, em vez de continuarem a usar porque ele fornece uma sensação de prazer”.

## **2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA**

### **2.1. REALIDADE MUNICIPAL E DADOS OBJETIVOS DO MUNICÍPIO**

Para uma análise plena da problemática do uso inadvertido de psicofármacos faz se mister que sejam ponderados os aspectos sociais, econômicos e culturais que permeiam a realidade dos pacientes. Desta maneira, a realidade municipal influencia diretamente no comportamento dos dependentes destes remédios alteradores da atividade cerebral.

São João del Rei polariza cidades de sua região e do Sul de Minas. Seu índice de desenvolvimento humano (IDH) é classificado como elevado, com 0,7587, índice este que mede a qualidade de vida em um local.

Segundo dados do Censo IBGE 2010 sua população estimada para 2013 é de 88.405 habitantes, sendo em 2010 distribuída da seguinte maneira:

População Urbana: 79 790

População Rural: 4 614

Total de homens: 40 494

Total de mulheres: 43 910

Total de domicílios: 33 373

Densidade populacional: 57,67 hab./km<sup>2</sup>

O município de São João del-Rei é Gestão Plena no Sistema Municipal de Saúde. É

também o município polo microrregional, onde está instalada a Gerência Regional de Saúde de São João del Rei (unidade da Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais). A cidade conta com vários postos de saúde tradicionais e de Unidades Básicas de Saúde, e com mais de dez unidades que fazem parte do PSF. O pronto atendimento (Urgência e Emergência) é realizado na UPA 24h Antônio Andrade Reis Filho. Atualmente, foi implantado na cidade uma unidade regional do SAMU, responsável por atender São João del-Rei e região.

A cidade também conta com: a Farmácia Popular do Brasil, uma unidade do Centro Viva Vida, o CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento), Clínica Municipal Especializada da Mulher e da Criança (Núcleo Materno e Infantil), Rede Viva Vida, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), dentre outros equipamentos de saúde. Ademais, também há na cidade um Núcleo de saúde Mental que se consubstancia em uma clínica/centro de especialidade, que deveria conduzir de forma mais efetiva tal problema local de saúde.

Os autores Mendoza-Sassi et al, observaram que, apesar de menor renda per capita estar associada à prevalência de TMC, não era neste grupo que se encontrava a maior proporção de sujeitos em uso de psicotrópicos. Segundo os autores, não houve uma relação direta entre ser grupo de risco para TMC e receber benzodiazepínicos, o que configuraria aquilo que Hart denominara "inverse care law". Segundo Hart, a oferta de cuidados de saúde de boa qualidade tenderia a variar de forma inversa à necessidade da população considerada.

Na Unidade de saúde em questão, conforme dados da farmácia os medicamentos com maior número de usuários são: clonazepam de 2 mg, clonazepam de 2,5 mg e diazepam de 10 mg, o que tem o condão de delinear um perfil dos usuários de psicotrópicos desta área adstrita.

No caso, diazepam está indicado no alívio sintomático da ansiedade, agitação e tensão, causadas por estados psiconeuróticos e distúrbios passageiros por stress. Pode ser útil como coadjuvante no tratamento de distúrbios psíquicos e orgânicos. A ansiedade, principal sintoma sensível ao tratamento, pode se expressar por humor ansioso ou comportamento apreensivo, e/ou sob forma de sintomas funcionais, neurovegetativos ou motores, tais como: palpitação, sudorese, insônia, tremor, agitação, etc.

O Diazepam injetável é indicado nas urgências neuro-psiquiátricas, nas anestésias (pré-medicação ou potencialização) e ainda em casos de tétano.

Já com relação ao clonazepam, é indicado isoladamente ou como adjuvante no tratamento das crises epiléticas mioclônicas, acinéticas, ausências típicas (petit mal), ausências atípicas (síndrome de Lennox-Gastaut). Em crises epiléticas clônicas (grande mal), parciais simples, parciais complexas e tônico-clônico generalizadas secundárias, Clonazepam está indicado como tratamento de terceira linha.

Transtornos de ansiedade:

Como ansiolítico em geral.

Distúrbio do pânico com ou sem agorafobia.

Fobia social.

Transtornos do humor:

Transtorno afetivo bipolar: tratamento da mania.

Depressão maior: como adjuvante de antidepressivos (depressão ansiosa e na fase inicial de tratamento).

Emprego em síndromes psicóticas:

Tratamento da acatisia.

Tratamento da síndrome das pernas inquietas.

Tratamento da vertigem e sintomas relacionados à perturbação do equilíbrio, como náuseas, vômitos, pré-síncope ou síncope, quedas, zumbidos, hipoacusia, hipersensibilidade a sons, hiperacusia, plenitude aural, distúrbio da atenção auditiva, diplacusia e outros.

Tratamento da síndrome da boca ardente.

## **2.2. FATORES DE RISCO**

Como o panorama de hoje é o uso indiscriminado desses medicamentos, há que se averiguar os fatores relacionados ao consumo dos psicofármacos na atenção primária e se pessoas, sem diagnóstico de transtorno mental definido, que fazem uso de psicofármacos, são portadoras dos chamados transtornos mentais comuns (TMC). Tendo em vista a atenção primária ser considerada a principal porta de entrada para pacientes com queixas de ordem psicológica, as dissonâncias e riscos relacionados à alta taxa de utilização de psicofármacos bem como à escassez de estudos realizados na atenção primária, procurando correlacionar tais dados à presença de TMC são pontos de estudo que devem necessariamente ser abordados para uma compreensão destes fatores de risco.

É patente na comunidade um menor consumo de psicofármacos entre indivíduos mais jovens, resultado semelhante ao de outros estudos, conforme se extrai dos trabalhos realizados no estado de São Paulo (Muza et al, 1997). Da mesma forma, o maior consumo dos psicofármacos entre as mulheres, está de acordo com estudos já realizados por outros autores como Neteu, em 1996. Em relação a este último resultado, cabe colocar que a mulher subproletária recorre mais aos serviços de saúde da família. Os diversos problemas do seu cotidiano acarretam queixas como dor de cabeça, de coluna, problemas respiratórios que os serviços de

saúde ludibria, muitas vezes, com a indicação de ansiolíticos como o diazepam. É nessa toada que mulheres que são donas de casa consomem mais psicofármacos em comparação às demais profissões. Estes últimos dados podem estar relacionados à já discutida relação entre o gênero feminino e o maior consumo de psicofármacos. Dados coletados na Cidade de Belo Horizonte, no Brasil, mostram que as donas de casa representam a categoria que mais procura o centro de toxicomania devido à dependência de drogas, principalmente do álcool e dos benzodiazepínicos.

### 3. JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica devido à alta prevalência na comunidade do uso de medicação psicotrópica. É sabido que aliada à alta medicação por parte da população, existe ainda a prescrição indiscriminada de psicotrópicos por parte dos médicos, seja por comodidade em não abordar o problema de forma mais pessoal ou por mera ausência de um diagnóstico devido. Soma-se a isso a cultura da população, que “tomar um tarja preta é bom para aliviar as dificuldades da vida”, como realidade vivenciada e presente na área de estudo. Há ainda a questão da renovação das receitas, situação muito complicada, posto que é difícil abordar ou convocar todos os usuários para uma consulta. Maia e Albuquerque (2000) definem a sociedade contemporânea como a da cultura da imagem, em que o instantâneo e a busca pela satisfação imediata e contínua dos desejos são os valores predominantes. O imediato é valor que permeia vários aspectos da cultura e constitui qualidade essencial a qualquer bem a ser consumido. Os sofrimentos, como a ansiedade, a angústia e a tristeza, que sinalizam circunstâncias e situações humanas e para elas preparam o homem, são aplacados pela medicação. “Busca-se permanecer no estado de prazer e alegria, ao preço de se eliminar parte da experiência humana. É como se, socialmente, não se reconhecessem mais a dor e a frustração como constitutivos do percurso rumo aos ideais de prazer e alegria. Dor e frustração deixam de ser indicadores dos limites inerentes à experiência daquele sujeito singular. Ou seja, veicula-se a ideia de que essa imagem ideal de pleno prazer está disponível para todos a mínimo esforço e que a não concretização desse modelo decorre de problemas particulares daquele sujeito” (Maia e Albuquerque, 2000, pg.83).

Deste modo, o presente estudo por sua relevância e cunho médico e social se justifica de modo a impulsionar um plano de intervenção focado neste problema de saúde local.

## **4. OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GERAL**

Coletar dados sobre as principais características e fatores que permeiam os pacientes usuários de psicofármacos cadastrados na Estratégia da Saúde da Família da comunidade de Guarda- Mor, no município de São João del Rei, em Minas Gerais.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- . Descobrir os fatores que determinam a utilização e o uso abusivo de psicofármacos;
- . Verificar principais medicamentos psicotrópicos em uso;
- . Identificar características locais dos usuários de psicotrópicos;
- . Propor um plano de intervenção que promova o uso responsável dos medicamentos.



## **5. METODOLOGIA**

Será realizada uma revisão literária com foco no tema abuso de medicamentos psicotrópicos na atualidade. Elaboração, com foco em informações coletadas em livros, artigos científicos, revistas virtuais, monografias e informativos disponibilizados pelo Ministério da Saúde. Para o plano de intervenção será utilizado o Método Planejamento Estratégico Situacional, descrito nos textos da seção I do módulo de Iniciação Científica e da seção II do módulo Planejamento. Orientar os membros de toda equipe sobre o assunto e realizar reuniões para avaliar o desempenho do Plano de Intervenção.

Já iniciamos nosso plano de intervenção com o controle estrito das renovações de receitas, a capacitação de toda equipe de agentes acerca do assunto e uma mudança na anamnese desses pacientes especificamente, ou seja, os usuários de psicotrópicos.

Descritores: psicotrópicos, benzodiazepínicos, antidepressivos, abuso de medicação controlada, prescrição indiscriminada de psicotrópicos.

## 6. PLANO DE INTERVENÇÃO

Para solucionar o problema, denominado de nó crítico da comunidade de Guarda-Mor, foi proposto um plano operativo de intervenção que através de uma busca ativa aos pacientes usuários de medicamentos psicotrópicos, capaz de identificar as causas pontuais de tal situação alarmante, de modo a propor uma ação conjunta da ESF de forma incisiva.

**Quadro 1 – Operações sobre o “nó crítico do uso de medicamentos psicotrópicos” relacionado ao problema do uso inadvertido dos mesmos, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família na Comunidade de Guarda-Mor, em São João del Rei, Minas Gerais.**

<b>Nó crítico 1</b>	Uso inadvertido e abusivo de medicamentos psicotrópicos
<b>Operação</b>	Busca de pacientes usuários de psicofarmacos de maneira abusiva e sem acompanhamento devido
<b>Projeto</b>	<b>Uso responsável de medicamentos psicotrópicos</b>
<b>Resultados esperados</b>	Conscientização da população, acompanhamento dos usuários, diminuição dos pacientes dependentes, renovação de receitas, substituição dos benzodiazepínicos por meios terapêuticos alternativos.
<b>Produtos esperados</b>	Uso consciente dos medicamentos psicoativos de modo a diminuir a dependência e os efeitos colaterais destas substâncias.
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	X Médico da ESF Guarda-Mor, pacientes, enfermeiros e profissionais de saúde.
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: ESF Guarda-Mor Cognitivo: Consultas e palestras periódicas Financeiro: Inexistente Político: Inexistente
<b>Recursos críticos</b>	x Dificuldade dos pacientes usuários em abandonar o uso de psicofarmacos.
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Ator que controla: Médico e demais profissionais de saúde da equipe. Motivação: Consultas periódicas, tratamentos alternativos, palestras educativas.
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Consultas periódicas, acompanhamento, métodos terapêuticos diferenciados, renovação de receitas, palestras educativas.
<b>Responsáveis:</b>	x Toda equipe de profissionais da ESF Guarda- Mor.
<b>Cronograma / Prazo</b>	x Junho de 2014 a Janeiro de 2015
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	x O plano de intervenção é gerido e acompanhado pelo médico em atuação e pela equipe da ESF, a avaliação é feita pelos pacientes e pela população.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de todo exposto, restou patente a problemática do uso excessivo de medicamentos psicotrópicos pela população abrangida pela ESF de Guarda-Mor, no município de São João del Rei, Minas Gerais.

Sendo assim, o presente trabalho delineou a situação desafiadora desta unidade de saúde no que tange ao uso de psicofármacos, nó crítico encontrado, de tal maneira que a equipe de Saúde da Família local encontra-se frente a frente com uma condição psicossocial a ser revertida de maneira estruturada e organizada.

Destarte, o plano operativo de intervenção que primou por aspectos determinantes na condução desta situação, deverá ser implementado não apenas com caráter de redução do número de pacientes usuários destas substâncias, mas também de modo a conscientizar a população residente sobre os possíveis efeitos colaterais e dependência avindas do uso inadvertido e sem acompanhamento médico.

Ademais, como já explicitado no presente estudo, devem ser ministradas palestras educativas, trocas e renovações de receitas, proposição de tratamentos terapêuticos alternativos, acompanhamento psicológico, bem como outras medidas que visem a eliminar as doenças que atentam contra a saúde mental.

Para tanto, faz-se mister um esforço conjunto de toda equipe de profissionais desta ESF, para que em contato com esses pacientes alvo, bem como com suas famílias haja uma interação positiva de modo a promover uma adesão favorável ao programa de ação.

Isto porque, o Programa de Saúde da Família privilegia as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família de forma integral e contínua. Analisando o contexto situacional, é possível identificar os nós críticos e a capacidade de intervenção a médio prazo, quanto ao uso inadvertido e descontrolado de antidepressivos e ansiolíticos. Visto isso o “acesso e acolhimento são elementos que podem favorecer a reorganização dos serviços e a qualificação da assistência prestada” (RAMOS, 2001, p. 28).

Estamos diante desta maneira de um problema psicossocial que além de repercussões na vida das pessoas também acarreta prejuízos de outras ordens, que deve ser combatido com cautela e com a devida qualificação e especificação, eis que, as peculiaridades de cada paciente devem ser pontuadas, consolidando um tratamento com resultados satisfatórios.

Conclui-se que o uso indevido de psicofármacos envolve não apenas o sistema de controle da dispensação, mas uma série de outros fatores, entre os quais as atitudes dos profissionais, para que haja um uso racional e consciente destes remédios, pensando-se na qualidade de vida dos pacientes e em saúde de forma plena.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mendoza-Sassi R, Béria JU, Barros AJ. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. *Rev Saude Publica*. 2003;37(3): 372-8.
2. Lima MS, Hotopf M, Mari JJ, Béria JU, De Bastos AB, Mann A. Psychiatric disorder and the use of Benzodiazepines: an example of the inverse care law from Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1999;34(6):316-22.
3. Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, Cesar CL. Prevalência de Transtorno mental comum em populações atendidas pelo Programa Saúde da família (QUALIS) no município de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2006.
4. Rall TW, Schleifer LS. Drogas eficazes no tratamento das epilepsias. Em: Gilman AG, ed. Goodman e Gilman as bases farmacológicas da terapêutica. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1991. p. 288-304.
5. Neuteu CI, Maxwell CJ. The benzodiazepine treadmill does one prescription lead to more? *Pharmacoepidemiology Drug Safety* 1996;5(1):39-42.
6. Trallero JT. Introducción a la psicofarmacología clínica de la infancia y la adolescencia. In: Trallero JT, Fornieles JC, Giral MG, Garcia LL. *Psicofarmacología clínica de la infância y la adolescencia*. Barcelona: Masson; 1998. p.1-37.
7. Ministério da Saúde. Formulário terapêutico nacional 2008: RENAME 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
8. Galleguillos T, Risco L, Garay JL, González M, Vogel M. Tendencia del uso de benzodiazepinas en una muestra de consultantes en atención primaria. *Rev Méd Chile* 2003; 131:535-40.
9. Maia, M. & Albuquerque, A. (2000). Get there now! Cultura contemporânea, imediatismo e desamparo. *Pulsional: revista de psicanálise*. AnoXIII, no. 132, 81-88.
10. Pelegrini, Marta Regueira Fonseca. O abuso de medicamentos psicotrópicos na contemporaneidade. *Psicol. cienc. prof.*, Mar 2003, vol.23, no.1, p.38-41. ISSN 1414-9893.

11. RAMOS D. D.; LIMA M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 19, n. 1, p. 28, jan./fev., 2003.
12. CORDIOLI, Aristides Volpato; CORREIA FILHO, Alceu Gomes . *Psicofármacos: consulta rápida*. Porto Alegre: Artmed, 2000. 556p.
13. Mastroianni, P.C.; Vaz, A.C.R.; Noto, A.R.; Galduróz, J.C.F. - Análise do conteúdo de propagandas de medicamentos psicoativos. *Revista de Saúde Pública* 42: 968-971, 2008.
14. Carlini, E.A.; Galduróz, J.C.; Noto, A.R.; Carlini, C.M.; Oliveira, L.G.; Nappo, S.A.; Moura, Y.G.; Sanchez, Z.V.D.M. - II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país - 2005. São Paulo: Páginas & Letras, 2007. v. 01. 472 p.
15. Andrade MF, Andrade RCG, Santos V. Prescrição de psicotrópicos: avaliação das informações contidas em receitas e notificações. *Rev Bras Ciênc Farm*. 2004;40(4):471-9.
16. Sebastião ECO, Pelá IR. Consumo de psicotrópicos: análise das prescrições ambulatoriais como base para estudos de problemas relacionados com medicamentos. *Seguim Farmacoter*. 2004; 2(4):250-66.
17. OMS. Grupo de Revisão. Uso e abuso de benzodiazepínicos. *Touro Mundial da Saúde Org* 1983; 61:551-62.
18. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1956, de 23 de agosto de 2006, republicada em 25 de agosto de 2006. Institui o Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
19. Andrade, M. F.; Andrade, R.C.G.; Santos, V.- Prescrição de Psicotrópicos: avaliação das informações contidas em receitas e notificações. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, 40 (4), 2004: 471-79.
20. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria das Políticas de Saúde. Departamento de Formulação de Políticas de Saúde. Política Nacional de Medicamentos. Brasília – DF,

- abril, 1999. 40p.
21. BRASIL. ANVISA. Boletim de Farmacoepidemiologia do SNGPC, vol, ano1, jul/dez 2011.
  22. CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. Elaboração do plano de ação. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118p.
  23. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010. Disponível em: [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br). Acessado em 15 de maio de 2014
  24. MAIA, M. & ALBUQUERQUE, A. (2000). Get there now! Cultura contemporânea, imediatismo e desamparo. *Pulsional: revista de psicanálise*. AnoXIII, no. 132, 81-88.
  25. WIKIPEDIA – Enciclopédia Virtual. Pesquisa por São João Del Rei. Disponível em [www.pt.wikipedia.org/wiki/Sao\\_Joao\\_del\\_Rei](http://www.pt.wikipedia.org/wiki/Sao_Joao_del_Rei). Acesso em 14 de maio de 2014.
  26. Olivier H, Fitz Gerald MJ, Babiak B. Benzodiazepines revisited. *J La State Med Soc* 1998 Oct; 150(10):483-5.
  27. 4. Fraser AD. Use and abuse of the benzodiazepines. *Ther Drug Monit* 1998 Oct; 20(5):481-9.
  28. 5. WHO. Review Group. Use and abuse of benzodiazepines. *Bull World Health Org* 1983; 61:551-62.