



UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
CAMPUS MORRO DO CRUZEIRO
Escola de Farmácia



PAULO CEZAR CORRAIDE DOS SANTOS

**FATORES DETERMINANTES DA PRESCRIÇÃO DE
BENZODIAZEPÍNICOS POR MÉDICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE OURO PRETO E MARIANA**

OURO PRETO

DEZEMBRO DE 2019

Paulo Cezar Corraide dos Santos

**FATORES DETERMINANTES DA PRESCRIÇÃO DE
BENZODIAZEPÍNICOS POR MÉDICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE OURO PRETO E MARIANA**

Projeto de Pesquisa apresentado à disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso da Escola de Farmácia da Universidade Federal de Ouro Preto como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Farmácia.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Elza Conceição de Oliveira Sebastião.

Coorientadora: MSc. Cristiane de Paula Rezende

Área de Concentração: Farmácia.

OURO PRETO

DEZEMBRO DE 2019

S194f Santos, Paulo Cezar Corraide.
Fatores determinantes da prescrição de benzodiazepínicos por médicos da
atenção primária no Sistema Único de Saúde de Ouro Preto e Mariana
[manuscrito] / Paulo Cezar Corraide Santos. - 2019.

102f.: il.: color; grafs; tabs.

Orientadora: Profª. Drª. Elza Conceição de Oliveira Sebastião.
Coorientadora: Profª. MScª. Cristiane de Paula Rezende.

Monografia (Graduação). Universidade Federal de Ouro Preto. Escola de
Farmácia. Departamento de Farmácia.

1. Psicotrópicos. 2. Benzodiazepinas. 3. Medicamentos- Prescrição. I.
Sebastião, Elza Conceição de Oliveira . II. Rezende, Cristiane de Paula . III.
Universidade Federal de Ouro Preto. IV. Título.

CDU: 615.214

Catálogo: ficha.sisbin@ufop.edu.br



FOLHA DE APROVAÇÃO

Paulo Cezar Corraide dos Santos

Fatores determinantes da prescrição de benzodiazepínicos por médicos da atenção primária no Sistema Único de Saúde de Ouro Preto e Mariana

Membros da banca

Nancy Scardua Binda- Doutora- DEFAR-UFOP

Luana Amaral Pedroso- Mestre e Doutoranda- CIPHARMA/UFOP e Farmácia Escola da UFOP

Versão final

Aprovado em 12 de dezembro de 2019

De acordo

Professor (a) Orientador (a) Prof.a Dr.a Elza Conceição de Oliveira Sebastião- DEFAR-UFOP



Documento assinado eletronicamente por **Elza Conceicao de Oliveira Sebastiao**, PROFESSOR DE MAGISTERIO SUPERIOR, em 19/12/2019, às 12:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.ufop.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0029612** e o código CRC **27EA05C1**.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por me proporcionar tais vivências, sabedoria, discernimento e saúde durante a caminhada, permitindo que executasse esse trabalho.

À Universidade Federal de Ouro Preto, lugar onde fui construindo a minha identidade profissional como farmacêutico em especial à gloriosa Escola de Farmácia por me proporcionar os mais diversos sentimentos, foram algumas lágrimas, muitos risos, alegrias, aprendizado, conquistas e muito desespero e estresse, mas com certeza deixará saudade.

Agradeço aos tantos professores que tive por servirem como referência para a minha formação, em especial minha orientadora Elza Sebastião, que desde o início me mostrou que ainda é possível trabalhar no serviço público com dignidade, ética e compromisso e acima de tudo saber viver para além dos muros da universidade. De uma maneira muito tranquila conduziu todo o processo com maestria, orientando sem mandar, mostrando caminhos e possibilidades e sempre acolhendo nos momentos mais desesperadores, Elza difícil colocar uma gratidão tão grande em palavras, só tenho a agradecer por todas as oportunidades durante esse tempo.

A minha coorientadora, Cristiane que mesmo de longe sempre se mostrou muito solícita e atenciosa, à Cláudia e à Thayná por me ajudarem nos momentos de perrengues com o TCC, sem vocês esse trabalho não teria concluído com tamanha qualidade.

Aos meus amigos Daíse, Elisa, Enara, Geovana, Jean, Josiêda, Lea e Mikaelly pelo apoio, carinho e compreensão pelas ausências, por promoverem os momentos mais descontraídos e felizes dessa trajetória.

Aos meus pais Cloves e Julieta por todo apoio, incentivo, proteção, amor e por me darem condições de chegar até aqui.

As Prefeituras de Mariana e Ouro Preto e aos médicos participantes por fornecerem as informações necessárias para realização deste trabalho.

Por fim, a banca examinadora pela disponibilidade e contribuições com o trabalho.

*“Iniciar medicamentos é como a felicidade do casamento e
pará-los é como a agonia do divórcio.”*

- Doug Danforth

RESUMO

A elevada utilização de benzodiazepínicos (BZD's) tanto em Ouro Preto e Mariana quanto no mundo para o tratamento de insônia e ansiedade, desperta a necessidade de investigar os fatores determinantes destas prescrições através de informações cedidas pelos profissionais médicos. Foi feito o levantamento da percepção médica sobre a prescrição de BZD nos Sistema Único de Saúde (SUS) em Ouro Preto e Mariana por meio de um estudo transversal farmacoepidemiológico, após aprovação por Comitê de Ética. A pesquisa foi executada nos meses de outubro e novembro de 2019, por meio da plataforma *Google Forms*. A maioria dos participantes assume a responsabilidade e a capacidade de tratar e diagnosticar transtorno de saúde mental, conhecendo e sabendo manejar somente as principais reações adversas dos medicamentos que prescreve. Percebe-se que fatores como: preocupação com reações adversas, relutância em consultar e tomar os medicamentos e estigmatização do diagnóstico são limitantes para o tratamento e seguimento terapêutico no tratamento de TSM por parte dos pacientes. Constatou-se também que apesar dos médicos participantes denotarem ter bons conhecimentos e habilidades para diagnosticar e manejar transtornos de ansiedade dos pacientes que atendem, a falta de recursos terapêuticos disponibilizados nos municípios é um fator que contribui para aumentar a prescrição de BZD. Outros fatores que podem favorecer a prescrição de BZD são relatados por alguns dos participantes como limitações decorrentes da formação destes profissionais, conhecimento sobre tratamento e diagnóstico dessas condições/enfermidades incompleto bem como falta de domínio sobre medidas não farmacológicas. Diante dos resultados percebeu-se a necessidade de criação de uma cartilha a fim de auxiliar o prescritor no processo de desprescrição de benzodiazepínicos oferecendo alternativas menos prejudiciais e instigando o pensamento em políticas públicas e educacionais que possam ir além do modelo medicalizante e perpetuador da anestesia do sofrimento.

Palavras-chave: Psicotrópicos. Benzodiazepinas. Desprescrição. Ansiolíticos. Uso de Medicamentos. Medicalização. Educação em Saúde. Educação Médica.

ABSTRACT

The high use of benzodiazepines (BZD's) in both Ouro Preto and Mariana and worldwide arouses the need to investigate the determinants of these prescriptions through information provided by medical professionals. It was made a survey of the medical perception about the prescription of BZD in the Unified Health System (SUS) in Ouro Preto and Mariana. After approval by the Ethics Committee, a pharmacoepidemiological cross-sectional study was conducted in October and November 2019 through the Google Forms platform. Most participants assume the responsibility and ability to treat and diagnose mental health disorder, knowing and managing only the major adverse reactions of the medications they prescribe. Factors such as: Concern with adverse reactions, reluctance to consult and take medications and stigmatization of the diagnosis are limiting for the treatment and therapeutic follow-up in the treatment of MST by patients. It was also found that although the participating physicians denote having good knowledge and skills to diagnose and manage anxiety disorders of the patients they attend, the lack of therapeutic resources available in the cities contributes to increase the prescription of BZD. Other factors that may favor the prescription of BZD are the limitations arising from the training of these professionals, knowledge about treatment and diagnosis of these incomplete conditions / diseases as well as lack of mastery (even knowledge) about non-pharmacological measures. Given the results it was realized the need to create a booklet to assist the prescriber in the process of desprescribe benzodiazepines. Offering less harmful alternatives and encouraging thought in public and educational policies that can go beyond the medicalizing and perpetuating model of anesthesia of suffering.

Keywords: Psychotropics. Benzodiazepines. Deprescribing. Anxiolytics. Use of Medicines. Medicalizatio. Health Education. Medical Education.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABS	Atenção Básica em Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária em Saúde
ATC	Classificação Anatômica Terapêutica Clínica
BZD	Benzodiazepínicos
CFM	Conselho Federal de Medicina
DDD	Dose Diária Definida
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais
EC	Educação Continuada
EPS	Educação Permanente em Saúde
EUA	Estados Unidos da America
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
PCDT	Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente Continuada
PNPIC's	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
RAM	Reação Adversa ao Medicamento
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos
SMS	Secretária Municipal de Saúde
SNC	Sistema Nervoso Central
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TPP	<i>Triplicate Prescription Police</i>
TSM	Transtorno de Saúde Mental
UFOP	Universidade Federal de Ouro Preto
URM	Uso Racional de Medicamentos
PIC's	Práticas Integrativas e Complementares

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil dos participantes da pesquisa, médicos da atenção primária em saúde de Ouro Preto e Mariana, 2019.....	30
Tabela 2 - Impressões, competências, habilidades e limitações no diagnóstico e/ou tratamento de TSM dos médicos da atenção primária em saúde de Ouro Preto e Mariana, participantes da pesquisa em 2019.....	32
Tabela 3 - Questões referentes ao comportamento médico sobre RAM durante a anamnese da atenção primária em saúde de Ouro Preto e Mariana, 2019.....	37
Tabela 4 - Conhecimento médico sobre o perfil e manejo das RAM e concessão de informações para pacientes que usam psicofármacos, participantes da pesquisa em 2019.....	39
Tabela 5 - Fontes de informações normalmente recorridas pelos médicos da APS de Ouro Preto e Mariana para sanar a dúvida sobre reações adversas/interações.....	40
Tabela 6 – Condutas médicas frente à solicitação de uma receita de BZD ou outro psicofármaco, dos participantes da pesquisa em 2019.....	42
Tabela 7 - Formas de EPS sobre medicamentos e reações adversas para a prática médica diária em Ouro Preto e Mariana, 2019.....	45
Tabela 8 - Percepção médica sobre a PNPIC, conhecimento sobre essa política, aceitação de inclusão no SUS e análise de tais práticas na UBS e comunidade onde estão inseridos, Ouro Preto e Mariana, 2019.....	47
Tabela 9 - Práticas complementares que os médicos prescreveriam para um paciente com TSM se estivessem disponíveis no SUS do município que ele trabalha pesquisa em Ouro Preto e Mariana, 2019.....	48

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - frequência (em %) de pacientes que vivenciam reações adversas (de forma geral) na prática diária conforme visão dos médicos do SUS de Ouro Preto e Mariana em pesquisa de 2019.....	35
Figura 2 – Impressão dos participantes sobre a frequência estimada de queixas de RAM de psicofármacos por pacientes e da impressão da frequência de suas próprias atitudes por prescrição de terapias para o manejo das RAM queixadas pelos pacientes da atenção primária em saúde do SUS de Mariana e Ouro Preto, 2019.....	35
Figura 3 - Entendimento sobre a conceituação do termo RAM dos médicos participantes de Mariana e Ouro Preto, 2019.....	36
Figura 4 - Conhecimento dos médicos de Mariana e Ouro Preto sobre o processo de desmame de paciente em uso de BZD.....	40

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. CONTEXTUALIZAÇÃO	13
2.1. Consumo de BZD no Brasil e no mundo	16
2.2. Alguns determinantes e consequências do abuso de BZD pela população	19
2.3 Estratégias para enfrentamento do problema	21
3. OBJETIVOS	26
3.1. Objetivo Geral	26
3.2. Objetivos Específicos	26
4. METODOLOGIA	27
4.1 Desenho do estudo.....	27
4.1.1. Participantes e instrumento.....	27
4.1.2. Método.....	28
4.2. Material educativo	28
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES	29
5.1 Pesquisa farmacoepidemiológica	29
5.1.1. Perfil Médico	29
5.1.2. Conhecimento, capacidades e limitações médicas.....	32
5.1.3 Percepções sobre o consumo de BZD	41
5.2. Proposta de intervenção	50
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54
8. ANEXOS.....	67

1. INTRODUÇÃO

“O serviço prestado por estas substâncias na luta pela felicidade e no afastamento da desgraça é tão apreciado como um benefício que tanto indivíduos quanto povos lhe concederam um lugar permanente na economia de sua libido”. Freud (1930/1980, p. 86) apud (FERRAZZA, et. al, 2010)

Freud (1996) afirma que o mal-estar é inerente à condição humana, porém atualmente ocorre uma forte tendência de interpretação por parte dos profissionais da saúde mental, de que o sofrimento emocional cotidiano, emoções como tristeza e timidez ou até mesmo situações de ansiedade fisiológicas sejam interpretadas como algo patológico, uma condição médica na qual apenas psicofármacos seriam capazes de manejar (FERRAZZA et al., 2010; ZANELLA et al., 2013).

Na psicopatologia contemporânea há uma redução das experiências de sofrimentos psíquicos o que torna um ambiente propício para a medicalização (SOALHEIRO; MOTA, 2014). Esta medicalização está tão banalizada hoje em dia que sofrimentos passageiros dos indivíduos são medicados de uma forma irracional (ZANELLA et al., 2013; SANTOS; PEDROSO; SEBASTIÃO, 2019, no prelo).

Atualmente não é o paciente que define o quão legítimo é seu sofrimento e sim o médico. O médico que muitas vezes está indiferente com a dor ou com a natureza da mesma (ZANELLA et al., 2013), cabendo ao paciente aceitar o tratamento prescrito e conseqüentemente o medicamento que está diretamente relacionado a ele, passando então a se comportar como portador dessa condição (ZANELLA et al., 2013; SOALHEIRO; MOTA, 2014). Estamos vivenciando, portanto, a transição da camisa de força para a escravidão medicamentosa, como afirma Zanella e colaboradores (2013).

Tais atitudes médicas levam a um uso de forma irrestrita e irresponsável, elevando ainda mais os números de consumo de psicofármacos no Brasil e no mundo (SHIRAMA; MIASSO, 2013). Dentre os psicofármacos, os benzodiazepínicos (BZD) apresentam certo destaque no consumo, tornando-se, portanto, uma preocupação para a comunidade acadêmica e para órgãos governamentais em termos farmacoeconômicos, uma vez que seu uso crônico pode provocar iatrogênias e estas oneram os serviços de saúde (SEBASTIÃO, 2005; FIRMINO et al., 2011; AZEVEDO et al., 2016; SILVEIRA et al., 2016).

Na atual conjuntura, fazem-se necessários estudos que levantem dados sobre os fatores que levam a essa prática médica e que contribuem para os elevados índices de consumo dos psicofármacos, especialmente os benzodiazepínicos, para então poderem-se propor medidas intervencionistas, a fim de promover a sua prescrição racional ou mesmo a desprescrição.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO

“Falta en este mundo opresivo una dosis diaria de ludoterapia, la contemplación de la naturaleza, más que un ansiolítico que nos permita seguir en el círculo de la Compulsión.”

María de la Luz Casas-Martínez.

Escuela de Medicina. Universidad Panamericana (2005).

A tecnificação da assistência médica fruto de um processo capitalista historicamente determinado, incentiva a medicalização da vida por múltiplos determinantes psicossociais, tecnológicos, econômicos, educacionais, culturais e antropológicos de uma forma geral. Esta medicalização se estende para o campo da saúde mental, induzindo a quimificação dos afetos, com diversas implicações clínicas, sociais e econômicas (SEBASTIÃO, 2005).

Conforme o pensamento de Sebastião (2018)¹ a (des)informação médica, tanto na sua formação acadêmica, quanto na sua educação continuada tem papel fundamental no que tange à prescrição de psicofármacos, promovendo a manutenção do *status* de grande consumo/demanda de ansiolíticos e antidepressivos tanto no Brasil quanto em todo mundo, tornando-se um problema de saúde.

A psiquiatria desde o século XIX sempre quis ser reconhecida como especialidade médica de fato, evento alcançado em 1952 com a descoberta da clorpromazina. Mas ainda hoje, as prescrições de psicofármacos não são exclusivas das especialidades médicas como psiquiatria e neurologia, visto que a prescrição dos mesmos é generalista (FERRAZZA et al, 2010). Seria, portanto, benéfico para a integridade dos pacientes o reconhecimento da psiquiatria como especialidade médica? Uma vez que a prática generalista tem sido associada ao aumento da medicalização, a busca incessante da psiquiatria no século XIX pelo seu reconhecimento como tal (FERRAZZA et al, 2010) teria perdido definitivamente pontos ímpares para a integridade do paciente como a escuta da existência e da história dos enfermos? Deixou-se de pensar na humanização para idolatrar o capitalismo?

Historicamente, os pacientes com transtornos mentais foram excluídos do convívio social, pois os padrões sociais da época classificavam tais transtornos como um quadro de “loucura” que poderia oferecer perigo as pessoas ditas “normais” da sociedade. Desta forma, estes pacientes eram enclausurados em manicômios, perdendo o vínculo com a própria família e muitas vezes agravando seus quadros (BASTOS; ALVEZ, 2013).

¹ SEBASTIÃO, Elza Conceição de Oliveira. Comunicação pessoal. Laboratório de Farmácia Clínica, 2018.

Já no século XIX, a “loucura” ganha atenção da ciência, com isso, a psiquiatria passou a tratar os doentes mentais por meio de medicação e novas terapêuticas. A loucura então adquire o título de “doença mental”, requerendo técnicas específicas, próprias do saber médico, para ser diagnosticada (BASTOS; ALVEZ, 2013). Porém, no Brasil as primeiras políticas relacionadas à saúde mental datam apenas da segunda metade do século XIX, sendo ainda marcada por processos de marginalização e exclusão social (MARTINS et al., 2016).

Hoje em dia, o transtorno mental consiste em uma denominação geral que engloba diversos transtornos que foram categorizados, os quais estão descritos no manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, o DSM-V. Desta categorização o transtorno de ansiedade é o mais prevalente entre os transtornos mentais que acometem a população em geral (MACHADO et al., 2016; UNIFRAN et al., 2018).

A ansiedade é considerada uma emoção normal, ou seja, não necessariamente algo patológico (ALBORNOZ, 2016). O desempenho social, físico e intelectual é orientado e ampliado pela ansiedade. Sem ela poucas pessoas realizariam seus feitos (BARLOW, 2016, p.125).

A Associação Americana de Psicologia define a ansiedade como um estado de humor negativo caracterizado por sintomas corporais de tensão física e apreensão em relação ao futuro (BARLOW, 2015, p.125). Sousa e colaboradores (2013) descrevem que seria uma apreensão relativa à percepção de não poder controlar ou prever eventos potencialmente aversivos e desvio do foco de atenção para esses eventos potencialmente aversivos ou às respostas afetivas eliciadas por eles.

Freud (1925) apud Unifran e colaboradores (2018) afirma que “[...] o ato de nascer é a primeira experiência de ansiedade, sendo assim a fonte e o protótipo da sensação da ansiedade”. A ansiedade pode, porém, tornar-se disfuncional, trazendo prejuízos funcionais e sociais ao indivíduo, passando a ser designada patológica (UNIFRAN et al., 2018).

Segundo o DSM-V (2014) os transtornos de ansiedade incluem perturbações que compartilham características de medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais relacionados. Tal transtorno diferencia do medo ou da ansiedade adaptativos por serem excessivos ou persistirem, além de períodos apropriados ao nível de desenvolvimento. Muitos dos transtornos de ansiedade desenvolvem-se na infância e tendem a persistir na vida adulta quando não tratados (CASTILLO et al., 2000; ALBORNOZ, 2016).

Os transtornos de ansiedade geralmente coexistem com outros problemas como a depressão e abuso de substâncias lícitas ou ilícitas. Na atenção primária, o diagnóstico de tais transtornos é precário, sendo geralmente subnotificado (DANTAS et al., 2011). Quando diagnosticados, uma pequena parcela da população recebe tratamento adequado, que pode ser estabelecido na própria unidade básica de saúde, por meio de farmacoterapia, psicoterapia ou combinação de ambos (SANTA CATARINA, 2016).

A não aceitação de que os transtornos de ansiedade são os responsáveis pelas dificuldades vivenciadas pelos pacientes é o principal fator que contribui para baixa ou total falta de adesão ao tratamento devendo ser vencida pela psicoeducação – com o entendimento sobre o que é a doença, seus sintomas e opções de tratamento (BRENTINI et al. 2018). O farmacêutico poderia atuar promovendo educação em saúde para os pacientes e médicos, acompanhar a afetividade do tratamento através da atenção farmacêutica nas unidades básicas de saúde.

Existem atualmente vários tratamentos para os múltiplos transtornos de ansiedade existentes de acordo com sua etiopatogenia, sendo alguns com aspectos em comum e outros específicos (BRENTINI et al. 2018; BARCELLOS et al. 2018). Para seu manejo, primeiramente, conforme as teorias psicológicas são indicadas a adoção de terapias não-medicamentosas, com um acompanhamento especializado e voltado para a psique do paciente - psicoterapia (BRENTINI et al. 2018).

Além da psicoterapia, temos medidas medicamentosas, sendo que os benzodiazepínicos (BZD) são prescritos com maior frequência quando se trata de ansiedade generalizada, promovendo um alívio em curto prazo (BARLOW 2015, p.135). Estes fármacos estão associados a alguns efeitos como sedação, distúrbios cognitivos (dificuldade de concentração, amnésia), disfunção sexual e psicomotora, toxicidade comportamental, aumento da ocorrência de quedas, principalmente em idosos (ABP, 2008; BARLOW 2015, p.135), sendo que sua prescrição deve ser monitorada e para uso pontual e a curto prazo em função das questões de dependência e tolerância.

Há também a possibilidade de utilizar antidepressivos para o tratamento da ansiedade generalizada, mas os BZD são importantes no início do tratamento quando se deseja uma resposta rápida, e devem ser retirados gradualmente por volta da quarta a sexta semana de tratamento (UNIFRAN et al., 2018).

Os BZD são medicamentos que não deveriam ser usados por um período superior ao intervalo de quatro a seis semanas, pois são indicados para o tratamento de episódios agudos. Nos casos de tratamentos que necessitam de um longo período, tem-se a opção de utilizar os inibidores seletivos da recaptção de serotonina, que apesar de serem antidepressivos possuem propriedades ansiolíticas (NUNES; BASTOS, 2017).

2.1. Consumo de BZD no Brasil e no mundo

Desde seu lançamento na década de 1960, o consumo de BZD no Brasil e no mundo vem aumentando com o passar dos anos (AZEVEDO et al., 2016), sendo mais prevalente o seu consumo entre a população feminina (CASALI, 2010). Hoje em dia existe uma enorme preocupação quanto ao consumo elevado de BZD, sendo considerada uma das classes de medicamentos mais consumidas (BARROSO, 2018).

Uma maneira para comparar o consumo de BZD é através do cálculo da ATC/DDD (*The Anatomical Therapeutic Chemical Classification/ Defined Daily Doses*). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) esse método permite comparar taxas de consumo ao longo do tempo em diferentes locais e em diferentes épocas, independente do preço e composição das unidades dos medicamentos de forma padronizada entre grupos populacionais. Vale ressaltar que a DDD² não é necessariamente a dose diária prescrita ou recomendada, ela é uma **estimativa** aproximada do consumo pela população de uma determinada região (WHO, 2014). Ou seja, o **resultado indica o número de pessoas em cada 10000, que podem estar recebendo o tratamento padrão dado em DDD daquele medicamento, no período de um ano** (SEBASTIÃO e PELÁ, 2004).

DHD é a transformação da DDD de 10.000habitantes/dia para 1.000habitantes/dia (AZEVEDO et al., 2016).

Segundo Islam e colaboradores (2014) quando se analisa a DDD de maneira isolada para alguns BZD pode ocorrer uma superestimação ou subestimação dos valores, uma vez que a DDD teórica para um determinado BZD pode não ser para a terapêutica que se está avaliando. Por exemplo, a DDD do clonazepam é 8mg, mas essa é uma DDD para uso como anticonvulsivante, já no emprego como ansiolítico a sua DDD a ser considerada deve ser a de 1,0mg ou até mesmo 0,5mg.

$$DDD / 10000 \text{ hab / dia} = \frac{Q_{\text{fármaco vendido em um ano}}}{DDD_{\text{teórica}} \times 365 \times \text{população assistida}} \times 10000$$

A seguir são apresentados vários estudos que contenham dados de consumo de alguns países e de algumas regiões do Brasil. Um fator limitante para eventuais comparações são os diferentes sistemas de saúde vigentes nos diversos locais citados, alguns contam com uma maior influência da indústria farmacêutica em sistemas que tem uma grande parte no sistema privada, alguns existem os sistemas de co-pagamento e outros onde os medicamentos são todos fornecidos pelos estados, bem como os diferentes fármacos padronizados em cada país.

Na Austrália em 2013, em um estudo ao longo de 20 anos, o BZD mais consumido foi o diazepam em quase todos os anos da pesquisa, sendo responsável por 22,90% de todas as prescrições relacionadas com BZD prescritos e apontavam um valor de 127.34 DHD dispensadas. O clonazepam apresentou 4,46 DHD (comprimidos de 8mg), mas usando a dose de 0,5mg esses valores chegam a 71,42 DHD. Entretanto, de uma maneira geral o consumo de BZD tem diminuído no país ao longo desses 20 anos, tanto em termos de número total de prescrições e DHD, e isso se deveu a conscientização sobre os perigos de usar os BZD na população idosa - maior consumidora desses medicamentos no país - bem como a troca dessa classe por outras mais seguras (ISLAM et al, 2013).

Já na Nova Zelândia de 2005 a 2013 em um estudo com a população idosa houve um aumento de 22,5% no consumo de psicotrópicos, porém o consumo de BZD se manteve relativamente inalterado, sendo que o clonazepam foi um dos poucos que apresentou um aumento (7,7%) no seu uso, sendo sugerido que tenha aumentado sua utilização para casos de parassonias, ansiedade ou ataque de pânico (NDUKWE, 2014).

Em 2001 a França apresentava uma prevalência do uso de BZD em 7,5%, sendo que três quartos dos usuários, fazia uso por mais de seis meses. (DELL'OSSO; LADER, 2013). Segundo a Agência Espanhola de medicamentos e Produtos Sanitários - AEMPS, o consumo total de ansiolíticos chegou a 57,95 DHD no país (BARROSO, 2018).

Em um estudo na África do Sul cujo objetivo era analisar criticamente os padrões de prescrições de BZD mais comumente usados, foi observado que das 1.396 prescrições analisadas o clonazepam era o mais prescrito (n = 691, 49,5%), seguido pelo diazepam (n=298, 21,4%). O clonazepam foi o BZD mais prescrito tanto para homens quanto para mulheres e a idade média dos pacientes que o receberam era de 51,3 anos, enquanto que o diazepam era mais prescrito para pacientes mais jovens. As indicações terapêuticas mais comuns eram epilepsia, depressão e depressão associada à ansiedade, na frequência de 21,1%, 11,9% e 5,7% respectivamente (SINGH; OOSTHUIZEN, 2019).

Um estudo feito com a população canadense demonstrou que foram gastos cerca de \$135 milhões de dólares em benzodiazepínicos (FARRELL et al., 2018). Outro estudo, desta vez realizado com a população dos Estados Unidos da América (EUA) demonstrou que foram realizados 100 milhões de prescrições de BZD a um custo de \$500 milhões de dólares (BERNIK et al., 1990)

Nos EUA em 2015, um a cada 20 adultos receberam uma prescrição de BZD durante o ano. Cerca de nove a cada dez idosos que possuíam receitas de BZD para uso a longo prazo eram feitas exclusivamente por médicos de atenção primária ou outros não psiquiatras (OLFSON et al, 2015).

No Brasil, estima-se que quase 2% da população adulta seja usuária crônica de BZD (FIORELLI e ASSINI, 2017). Segundo estudo do Ministério da Saúde (2018) o Brasil é o terceiro maior consumidor de BZD do mundo. Segundo Campos (2017), a utilização de BZD tinha uma frequência de uso de 3,3% no Brasil, 5,8% nos EUA e 30,5% no Chile (CAMPOS et al., 2017). Em 2012, o consumo de BZD no Uruguai foi de 71,14DHD (BARROSO, 2018).

Nas capitais brasileiras o consumo de BZD foi de 2,63 DHD no ano de 2010, para 3,66 DHD em 2011, sendo que em 2012 chegou a 4,53 DHD (AZEVEDO; ARAÚJO; FERREIRA, 2016). Esse DHD nos mostra que em 2012, por exemplo, a cada mil moradores das capitais brasileiras, em média 4,5 faziam uso de pelo menos uma dose diária todos os dias do ano de BZD (AZEVEDO et al., 2016).

Na cidade de Ribeirão Preto-SP em 2001 o consumo de diazepam era de 9,675 DHD (SEBASTIÃO, 2005). Em 2006 na cidade de Coronel Fabriciano - MG o consumo foi de 24,69 DHD de diazepam e 3,58 para o clonazepam, utilizando uma DHD teórica recomendada pela OMS de 8,0 mg (FIRMINO, 2012). No estado do Rio de Janeiro o consumo de clonazepam usando a DDD teórica de 8,0 mg foi de 0,35 para 1,97 DHD de clonazepam entre os anos de 2009 e 2013, quando usado a DDD de 1,0 mg, esse valores chegaram a 21,09 DHD (ZORZANELLI et al, 2019).

Dentre as capitais, a mineira apresentou o maior consumo, (7,29 DHD) (AZEVEDO et al., 2016). No estudo de Firmino (2012) na cidade Coronel Fabriciano – MG considerando a população cadastrada, mostrou que o consumo de dois fármacos BZD (Clonazepam e Diazepam) era de 28,37 DHD.

Já em um estudo na cidade de Ouro Preto – MG em 2009, dentre todos os fármacos utilizados, o diazepam foi o mais consumido, com uma frequência de 19,91% (FONTES et al., 2009).

Na cidade de Ouro Preto-MG, a DHD do diazepam passou de 3,26 para 3,34 enquanto a do clonazepam de 2,33 para 1,79 entre 2016 e 2017. No mesmo estudo, porém na cidade de Mariana-MG a DHD do diazepam passou de 6,57 para 0,72 e de 3,71 para 29,77 para clonazepam, entre os mesmos anos. Nesses casos, utilizou-se a DDD teórica do clonazepam como 8,0 mg que tem indicação terapêutica como antiepilético, assumindo a DDD de 1,0 mg de indicada como hipnosedativo/ansiolítico o consumo de clonazepam foi de 18,65 para 14,79 DHD em Ouro Preto e de 29,72 para 23,82 DHD em Mariana. (BARROSO, 2018).

Esse resultado indica o número de pessoas em cada 1.000, que podem estar recebendo o tratamento padrão dado em DHD daquele medicamento, no período daquele ano específico. Ou seja, em dois municípios pequenos e interioranos brasileiros, seria aceitável que o consumo em 2017 tenha sido de cerca de 15 pessoas entre mil habitantes (Ouro Preto) e 24 pessoas entre mil habitantes (Mariana) consumindo uma dose de 1mg clonazepam por dia? Vale lembrar que no estudo de Azevedo e colaboradores (2016) na capital mineira (Belo Horizonte) o consumo era de 7,29 DHD, sendo que a população da mesma é quase 40 vezes maior que a população de Mariana e Ouro Preto.

Com estes dados expostos, o consumo de BZD tem sido muito questionado devido os seus riscos associados, como utilização abusiva, dependência e tolerância (ANDREATINI et al., 2001). Neste panorama, até onde está sendo benéfico para a população? Quando começa a ser abuso? Justifica-se tal consumo em cidades de média de 60mil habitantes?

2.2. Alguns determinantes e consequências do abuso de BZD pela população

Esses altos índices de consumos podem ser reflexos de abusos na prescrição influenciada por médicos desatualizados quanto à farmacologia dos medicamentos, dificuldades de ver o paciente como um todo durante a anamnese e acabam se equivocando na hora da tomada de decisão ou ainda por médicos desonestos sejam influenciados pela relação médico-paciente ou por venderem receitas de psicofármacos. (LARANJEIRA; CASTRO, 1999 *apud* FORSAN, 2010). Mas também podem ser influenciados pela dependência que os próprios BZD proporcionam (NUNES; BASTOS, 2017).

Alguns fatores corroboram para que os pacientes usem os BZD por um período

prolongado e fiquem viciados e a prescrição é um dos mais importantes fatores, segundo o estudo de Firmino (2012) realizado no município de Coronel Fabriciano – MG. Esta pesquisa demonstrou que cerca de 70% das prescrições tinham inconformidades quanto à indicação e tempo de tratamento. Chamou a atenção que os psiquiatras prescreveram muito menos BZD quando comparado aos clínicos gerais (por ter mais fácil acesso), sendo preocupante o fato de que alguns até perceberam que o paciente já estava dependente, mas continuavam a fornecer as receitas sem mesmo tentarem retirar esses medicamentos (desmame).

Segundo Firmino citado por Guimarães (2013) existiriam dois tipos de abuso de BZD, recreativo e crônico:

- a) O primeiro abuso refere-se, maioria das vezes, a grupos de pessoas jovens ou de meia idade e na maioria das vezes estão associados à dependência de outras drogas e álcool, esses usuários usam os BZD em altas doses, muitas vezes ao dia e na maioria das vezes sem prescrição médica. Esses usuários buscam apenas se deleitarem de seus efeitos hipnóticos, alucinógenos, principalmente quando combinados com outras substâncias, gerando uma clara dependência química e psíquica (LARANJEIRA; CASTRO, 1999 *apud* FORSAN, 2010)
- b) A segunda forma de abuso refere-se, na sua maioria das vezes, a pessoas idosas e mulheres, onde alguns estudos mostram que estas tendem a usar BZD como ansiolítico; já os idosos buscam seu efeito hipnótico (ORLANDI et al., 2005). É um grupo que faz do medicamento uma "bengala" para continuarem vivendo. Usam os BZD por um tempo prolongado muitas das vezes pelo resto da vida a partir do primeiro contato em doses terapêuticas e com prescrição médica. (LARANJEIRA; CASTRO, 1999 *apud* FORSAN, 2010; GUIMARÃES, 2013).

Com essa intensa utilização de psicofármacos em especial os BZD, faz-se necessária reflexão sobre o indivíduo contemporâneo e a relação criada entre ele e as questões cotidianas que trazem determinados conflitos e demandas próprias de cada um. É cada vez mais nítida a tendência de medicalização dos sofrimentos individuais, em que os psicofármacos vêm sendo colocados como peça central ou única na terapêutica desse contexto (SANTOS; PEDROSO; SEBASTIÃO, 2019, no prelo).

"Impera, hoje, o apelo emblemático ao prazer. Um prazer que não se resume apenas à ausência de sofrimento, mas que há de ser intenso, imediato, não-negociável. [...] O discurso social idolatra a posição de plenitude alcançada sem muito esforço. É a tentativa de abolição da falta, do vazio e de qualquer insatisfação. Já não se valoriza a satisfação "pequena", "ordinária", "comum"; o máximo de prazer - e que seja imediato - é o que se quer." (PELEGRINI, 2003)

O abuso dos BZD, além de ser oneroso para os cofres públicos, quando usados por um tempo prolongado pode provocar iatrogenias (SILVEIRA et al., 2016), que são descritas como qualquer alteração patogênica promovida pela prática médica (ROCHA, 2014). Efeitos leves como sonolência diurna, e mais grave como perda da memória e da função cognitiva e desequilíbrio, diminuição da produtividade, maior possibilidade de acidentes de trânsito (MENDES, 2013; CASTRO et al. 2013; BARLOW, 2015, p.135). Alguns relatos descrevem o surgimento de tolerância, perda da função ansiolítica e contra insônia, dependência e crises de abstinência (NUNES; BASTOS, 2017) principalmente quando esses são prescritos em doses elevadas, de alta potência e meia vida curta (MENDES, 2013).

Quando associados a outras drogas ou medicamentos que deprimem o SNC a situação é ainda mais grave, cerca de 30 a 40% dos pacientes que fazem esse tipo de combinação sofrem quadros de intoxicação aguda accidental. O problema maior está relaciona a depressão respiratória, que pode ser fatal em algumas situações. Tal quadro clínico pode ser provocado ou agravado em pacientes que possuem alguma patologia respiratória ou em idosos (GUIMARÃES, 2013).

A indicação inicial do medicamento geralmente é feita por amigos, familiares e/ou vizinhos, porém tantos psicólogos quanto pacientes relataram falta de orientação médica a respeito dos riscos da terapia com BZD, sendo que os usuários ainda relataram não terem sido alertados sobre o tempo de total de tratamento no início do mesmo (ORLANDI et al., 2005).

2.3 Estratégias para enfrentamento do problema

Guimarães (2013) afirma que o abuso de BZD não é responsabilidade apenas do paciente, mas, dele, sua família e médico. O abuso vem sendo gerado devido à falta de informação e pouca percepção dos danos pessoais e sociais que geram. É notória a pressão que os pacientes fazem nos consultórios para obterem a prescrição farmacológica em detrimento das não-medicamentosas.

O estreitamento da relação “médico – paciente” contribui para essa prática quase visceral da prescrição, pois em muitos casos os pacientes convencem os médicos a prescreverem tais medicamentos e quando o paciente é conhecido do médico, torna-se mais difícil negar-lhe a receita (SILVA; BATISTA; ASSIS, 2013).

Guimarães (2013) em sua revisão sobre abuso de BZD mostra alguns **projetos** que já

são realidade em outros países para **tentar minimizar o abuso no consumo dos BZD**. Em Hong Kong, o governo desde 1992 classificou os BZD com substâncias perigosas o que levou a uma diminuição das prescrições. Já no estado de Nova York nos EUA o departamento de Saúde criou a *Triplicate Prescription Police* (TPP) - Programa de Prescrição Triplicada para o uso de BZD, com isso ao prescrever medicamento dessas classes os médicos tem que pagar uma taxa estabelecida.

Por mais que no Brasil haja a RDC nº344/98 e RDC nº40/09 para controle de substância psicotrópica, ainda não são suficientes para controle desse abuso e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) também não consegue fiscalizar todo o território. Portanto novas abordagens devem ser pensadas para que possam promover um uso racional desses medicamentos.

"É preciso prescrever de forma responsável de acordo com a necessidade real do paciente, na dose correta, por um tempo determinado, com acompanhamento periódico e custo razoável." (GUIMARÃES, 2013).

Todos os fatos discutidos anteriormente levaram a que atualmente estejamos vivendo a tendência mundial da “desprescrição”, que se insere como estratégia urgente. Embora o termo “desprescrever” seja relativamente novo, visto que apareceu pela primeira vez na literatura em 2003, vem se tornando de suma importância quando o assunto é o uso racional de medicamentos (REEVE et al., 2017; WALLIS et al., 2017; FARRELL et al., 2018).

Pode-se definir “desprescrição” como uma prática que traz uma nova visão para as prescrições médicas, que por meio de revisões e análises sistemáticas de artigos, levam a um processo de substituição, retirada e alterações de dosagens de alguns medicamentos e, às vezes, até a inserção de outros mais seguros. Tal prática é sempre supervisionada por um profissional da saúde com o **objetivo** de melhorar a polifarmácia e minimizar o uso irracional de medicamentos. (REEVE et al., 2017; WALLIS et al., 2017; FARRELL et al., 2018).

Os médicos da atenção primária prescrevem a maioria dos medicamentos disponíveis no mercado (WALLIS et al., 2017) e dentre as doenças mais prevalentes estão os transtornos mentais que representam aproximadamente 13% da carga total de doenças (DANTAS, et al., 2011). Os BZD são prioridade no processo de desenvolvimento de diretrizes de desprescrição (NJ; LE COUTEUR; HILMER, 2019). A maioria dos estudos de desprescrição de BDZ é voltado para pacientes idosos devido às altas de morbidade destes medicamentos, porém, o

abuso não ocorre apenas com idosos. As altas taxas de abuso ocorrem também com a população adulta sendo necessário, portanto identificar e estabelecer estratégias de desprescrição para essa população como um todo (POLLMANN et al., 2015).

Atualmente em estudos de metanálises e ensaios clínicos randomizados é descrito como a principal estratégia de descontinuação as intervenções farmacológicas. Adição de buspirona foi a terapia mais frequentemente estudada, mas a inserção de melatonina, antagonistas dos receptores beta-adrenérgicos, ondansetron, progesterona, medicamentos contra convulsões como carbamazepina, pregabalina e valproato, e antidepressivos como imipramina, paroxetina e trazodona já aparecem descritos como formas de contornar os efeitos de abstinência e ajudar no desmame. (POLLMANN et al., 2015; NJ; LE COUTEUR; HILMER, 2019). Mudança para BZD de ação prolongada não demonstrou reduzir a incidência de sintomas de abstinência (POTTIE et al., 2019)

Por outro lado, incorporar medidas não farmacológicas para gerenciar sintomas decorrentes do processo de redução gradual surge como uma medida para garantir o sucesso do desmame (NJ; LE COUTEUR; HILMER, 2019), bem como não gerar novas comorbidades devido à inserção de novos medicamentos para o processo de descontinuação gradual e diminuir os custos do processo (REEVE et al., 2017)

Fegadolli e colaboradores (2019) indicam que a educação permanente em saúde (EPS) leva a um empoderamento dos médicos no controle da situação de pressão para a prescrição e da segurança de seus atos e condutas. Os médicos devem ser incentivados a estar em permanente situação de aperfeiçoamento, buscando novas medidas não farmacológicas, inserir novas PIC's na sua rotina profissional, utilizar mais os recursos comunitários existentes e inserir cada vez mais o paciente no processo de tomada de decisões (PEREIRA e ANDRADE, 2018; FEGADOLLI et al., 2019; POTTIE et al., 2019)

A Constituição Federal do Brasil (1988) traz no artigo 200: “*ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei, ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde*”. Desta forma, para assegurar o cumprimento desta determinação, em 2004 o Ministério da Saúde (MS) cria a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (LEMOS, 2016).

Segundo o Ministério da Saúde, a EPS é conceituada como o aprendizado no serviço, onde a qualificação profissional de saúde passa a ocorrer de maneira integrada entre ensino, serviço e comunidade. A EPS anda lado a lado com a Educação Continuada (EC), mas não é a mesma coisa apesar de se complementarem. A EC tem uma ênfase na atualização dos conhecimentos do profissional para que ele possa acompanhar as mudanças de sua atuação, já a EPS tem como objetivos: resolver os problemas do serviço, melhorar o atendimento oferecido aos usuários, organizar o trabalho transformando as práticas profissionais. (BRASIL, 2004; BRASIL 2007; FERREIRA et al, 2019).

Diante disto cabe **aos gestores promoverem medidas para contornar esses abusos** lembrando que para isso é preciso atingir: os pacientes e seus familiares, os médicos e o restante da equipe de saúde para conseguirem atender a demanda que será criada, porém é necessário prevenir que novos pacientes entrem nessas condições (GUIMARÃES, 2013).

A capacitação dos demais funcionários da equipe de saúde é necessária, visto que os pacientes não têm contato apenas o médico. Tal capacitação deve ser estendida até os agentes de saúde por estarem mais próximos do cotidiano dos pacientes (GUIMARÃES, 2013; PEREIRA e ANDRADE, 2018; NJ; LE COUTEUR; HILMER, 2019).

A reciclagem do conhecimento médico, com foco na farmacologia do Sistema Nervoso Central, dos transtornos mentais e principalmente da desmedicalização da vida são pontos importantes a serem abordados, visto que as prescrições são fatores determinantes que corroboram para o abuso no consumo de BZD. A atenção farmacêutica deve ser fortalecida, estes profissionais devem se capacitar para lidar com a farmacoterapêutica dos transtornos mentais e auxiliarem os médicos em suas dúvidas, inclusive promovendo capacitações a eles, trabalhando em equipe multiprofissional. O paciente não deve ser esquecido tanto pelo médico quanto pelo farmacêutico: a todo o momento a orientação e esclarecimentos de todas as dúvidas do paciente devem ser realizadas. (FORSAN, 2010; GUIMARÃES, 2013; CORREIA e GONDIM, 2014; CARVALHO, 2017; PEREIRA e ANDRADE, 2018; NJ;LE COUTEUR; HILMER, 2019).

Neste contexto, as ações educativas devem ser capazes de favorecer a aprendizagem significativa, que é a mudança do pensamento e das atitudes do envolvido nesse processo. (BRASIL, 2004; BRASIL 2007; FERREIRA et al, 2019).

Mediante à alta frequência de prescrições de BZD, nota-se a importância da identificação dos fatores determinantes das prescrições médicas, a fim de contribuir para um

uso mais consciente e racional desses medicamentos, podendo assim reduzir as altas prevalências de consumo pelos pacientes.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Avaliar fatores que induzem a prescrição de benzodiazepínicos e que contribuem para o uso nos municípios de Mariana e Ouro Preto no tratamento de transtornos de ansiedade.

3.2. Objetivos Específicos

- a. Identificar o perfil dos prescritores de benzodiazepínicos da região de estudo;
- b. Apontar os possíveis fatores que induzem e facilitam esse uso;
- c. Elaborar uma cartilha para os médicos visando à prescrição racional de benzodiazepínicos e uso de Práticas Integrativas e Complementares (PIC's) para manejo da ansiedade;

4. METODOLOGIA

4.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo farmacoepidemiológico transversal descritivo, aprovado por um Comitê de Ética sob o número **CAAE**: 18965219.8.0000.51(ANEXO A), por meio de questionário eletrônico enviado a médicos clínicos e das unidades de atenção primária em saúde (APS) do Sistema Único de Saúde (SUS) dos municípios de Mariana e de Ouro Preto, nos meses de outubro e novembro de 2019.

4.1.1. Participantes e instrumento

Os participantes da pesquisa foram médicos do SUS que atuavam na atenção primária em saúde da sede ou distritos de Ouro Preto e de Mariana (incluindo residentes em Saúde da Família e Comunidade), que aceitaram preencher um formulário eletrônico (ANEXO B) após leitura e compreensão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO C e D) enviado por e-mail (ANEXO E).

O instrumento utilizado foi elaborado por Sebastião (2005) e adaptado para o formato eletrônico para o presente trabalho. Este continha questões objetivas e discursivas. As questões objetivas apresentavam opções para indicação da melhor resposta, sendo que algumas perguntas não traziam respostas excludentes, ou seja, o participante poderia responder mais de uma opção. Já as questões discursivas, permitiram que os participantes descrevessem suas impressões, percepções e opiniões, em relação ao questionamento.

Para identificar o perfil dos prescritores, foram elencadas questões pessoais (sexo, idade, formação acadêmica) e profissionais (tempo de trabalho, área de atuação, atendimentos). Enquanto que, para determinar os possíveis fatores que induzem e facilitam a prescrição de benzodiazepínicos, foram consideradas questões relacionadas ao conhecimento, habilidades e competências específicas, tais como diagnóstico e manejo de transtornos mentais, reações adversas dos benzodiazepínicos, fontes de informação e opiniões sobre práticas integrativas complementares em saúde mental.

4.1.2. Método

Foram obtidos os contatos eletrônicos de 57 potenciais participantes, fornecidos pela gestão da atenção básica das secretarias de saúde de Mariana (26 contatos), de Ouro Preto (21 contatos) e pela coordenação da Residência Médica em Saúde da Família e Comunidade da UFOP (10 contatos). Foi enviado um correio eletrônico para cada potencial participante contendo em seu corpo, uma apresentação e convite para participar do projeto (ANEXO E), tendo o TCLE anexo ao e-mail para leitura e melhores esclarecimentos. Caso o participante aceitasse, ele clicaria no *link* que o direcionaria para o formulário eletrônico elaborado em *Google form*, cujo preenchimento foi estimado para sete minutos.

O reenvio do email ocorreu em triplicata para os não respondentes, da seguinte forma: 1º reenvio: três dias após o 1º envio; 2º reenvio: sete dias após o 1º envio; 3º reenvio: 10 dias após o 1º envio. O formulário eletrônico ficaria disponível por 35 dias para seu preenchimento.

4.2. Material educativo

Após recuperar e analisar os achados das últimas perguntas do formulário eletrônico que contemplavam a necessidade, a demanda e a preferência de recepção pelos médicos, o material educativo foi elaborado no formato de cartilha (ANEXO F) composta pelos seguintes tópicos: i) conceito de uso racional de medicamentos; ii) conceito de uso racional de BZD; iii) problemas envolvidos na utilização irracional de BZD; iv) metodologia e protocolo de desprescrição de medicamentos desta classe terapêutica; v) sugestão de PIC's com comprovação científica de eficácia para manejo de ansiedade.

As fontes de informação para elaboração da cartilha foram obtidas por meio de buscas em bases de dados científicas de publicação atual (máximo de cinco anos), bem como protocolos de desprescrição de benzodiazepínicos.

Utilizou-se a plataforma *canva.com* por fornecer ferramentas de design gráfico de forma gratuita e livre, para confecção da cartilha.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 Pesquisa farmacoepidemiológica

O estudo foi realizado nos meses de outubro e novembro de 2019, sendo que o questionário eletrônico ficou disponível para respostas por 35 dias.

Dezoito médicos responderam ao questionário, apresentando uma taxa de resposta de 31,6%. Em um, o instrumento não foi completamente preenchido, sendo assim em alguns resultados haverá um número total de respondentes diferentes.

Acredita-se que a taxa de resposta dos formulários foi influenciada pelo baixo acesso a internet das unidades básicas de saúde, à desatualização dos e-mails, aos e-mails direcionados para caixas de spam ou mesmo ao desinteresse em participar da pesquisa. Contudo, pode-se considerar que houve boa adesão dos profissionais ao estudo, uma vez que Vieira e colaboradores (2010) demonstram que a taxa de resposta para pesquisas enviadas por e-mail alcançam em média 25%.

5.1.1. Perfil Médico

A maioria dos respondentes foi representada por médicas (n=11; 61,1%) com idade entre 20-30 anos (n=8; 44,4%), com formação acadêmica em instituição de ensino superior pública (n=13; 72,2%), oriundas da UFOP (n=10; 55,6%), com pós-graduação *lato sensu* (n=9; 50%) e atuando no SUS a menos de oito anos (n=15; 72,3%) (Tabela 1).

Este perfil é condizente com a pesquisa recente de Scheffer e colaboradores (2018), que discutem o fenômeno de feminização dos médicos mais jovens, enquanto percebem-se maiores proporções de médicos homens em idades mais elevadas. Interessante também observar que para estes autores, parece haver preferência pelos médicos em cursar pós-graduação *lato sensu*, na modalidade de Residência Médica.

Tabela 1 - Perfil dos participantes da pesquisa, médicos da atenção primária em saúde de Ouro Preto e Mariana, 2019.

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	7	38,9
Feminino	11	61,1
Idade		
20-30 anos	8	44,4
31-40 anos	7	38,9
41- 50 anos	3	16,7
Universidade de Formação		
Pública	13	72,2
Privada	4	22,2
Estrangeira	1	5,6
Possui pós-graduação?		
Não	7	38,9
Especialização	9	50,0
Mestrado	2	11,1
Tempo de Atuação na mesma área		
Menos de 1 ano	4	22,2
1 a 3 anos	4	22,2
3 a 6 anos	3	16,7
6 a 8 anos	2	11,1
Mais de 8 anos	5	27,8
Tempo de atuação no SUS		
Menos de 1 ano	5	27,8
1 a 3 anos	3	16,7
3 a 6 anos	3	16,7
6 a 8 anos	2	11,1
Mais de 8 anos	5	27,8
Município de Atuação		
Apenas em Mariana	5	27,8
Apenas em Ouro Preto	10	55,6
Em Mariana e Ouro Preto	2	11,1
Outros	1	5,6
Numero de Pacientes que atende por dia		
Até 10	1	5,6
11- 15	2	11,1
16-20	3	16,7
21 – 30	12	66,7
Total	18	100

Fonte: Questionário via Google Forms

“O programa de Residência Médica é largamente reconhecido como a melhor maneira de um estudante completar sua formação médica; quer se dirija para uma especialidade ou pretenda se fazer generalista. Cerca de 17 mil médicos estão realizando este programa formativo em nosso país” (CAVALCANTI, 2004).

Dos respondentes que referiram suas especialidades (n=13), a maioria (n=10; 76,92%) relatou **Residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC)**, as demais foram: medicina do trabalho, medicina de urgência e gastroenterologia.

Com relação a sua atividade por setor, todos trabalhavam, unicamente, no sistema público e apenas um participante (5,6%) relatou trabalhar também no sistema privado. Dentro do sistema público, os respondentes atendiam tanto na atenção primária quanto na secundária e alguns ainda realizavam plantões em unidades de pronto atendimento.

Sobre a rotina diária de atendimentos, foi questionada a estimativa do número de pacientes, tendo sido apontada pela maioria (n=12; 66,7%) a média de 21 a 30 pacientes/dia. Nenhum médico participante apontou atender mais de 30 pacientes por dia e apenas um (5,6%) atendia até dez pacientes por dia. Em estudo similar realizado na cidade de Santa Maria - RS a maioria dos médicos também atendia mais de 20 pacientes por dia (ARRUDA et al., 2008).

Considerando a resolução do Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul (CREMERS) N° 007/2011:

“Art. 2° - No atendimento de pacientes com BAIXO RISCO DE MORTE, que necessitam avaliação diagnóstica e tratamento medicamentoso, deverá ser observada a relação de um médico para o atendimento máximo de até 14 (quatorze) pacientes por turno de quatro horas.” (CREMERS N° 007/2011)

Considerando que o médico da região de estudo tem uma carga horária de 8 horas diárias em média o número de atendimentos está dentro do preconizado. Mas vale ressaltar que o Conselho Federal de Medicina (CFM) afirma:

“Não deve ser da competência de nenhum órgão ou entidade a determinação do número de atendimentos médicos para qualquer carga horária em qualquer especialidade. O tempo de duração de cada consulta não pode ser determinado por instruções, mas pelas circunstâncias que cada caso clínico requerer.” (CFM N° 30/1990)

5.1.2. Conhecimento, capacidades e limitações médicas

Na Tabela 2 encontram-se os dados da impressão médica sobre suas responsabilidades, habilidades e limitações de atuação no diagnóstico e/ou manejo de TSM e as limitações dos pacientes por sua ótica.

Tabela 2 - Impressões, competências, habilidades e limitações no diagnóstico e/ou tratamento de TSM dos médicos da atenção primária em saúde de Ouro Preto e Mariana, participantes da pesquisa em 2019.

Variáveis	N	%
Impressão sobre atuação em TSM, especialmente Ansiedade e depressão		
Eu posso diagnosticar TSM	16	88,9
Eu posso tratar TSM com medicamentos	15	83,3
Eu posso tratar TSM com terapias não medicamentosas	12	66,7
Tratar pacientes com TSM é minha responsabilidade	11	61,1
Diagnosticar TSM é minha responsabilidade	10	55,6
Limitações próprias para diagnóstico de TSM e monitoramento de reações adversas		
As opções terapêuticas padronizadas pela Secretaria Municipal de Saúde são limitadas	11	61,1
Meu conhecimento sobre tratamento dessas condições/enfermidades é incompleto	8	44,4
O tempo da consulta é pouco para que eu aconselhe ou eduque o paciente	7	38,9
Há deficiência em tratamentos efetivos de efeitos adversos, tolerância ou dependência	6	33,3
O tempo da consulta é pouco para anamnese adequada	5	27,8
Meu conhecimento sobre critérios diagnósticos é incompleto	4	22,2
Não estou autorizado (a) pela SMS a prescrever os medicamentos disponíveis na rede pública	0	0
Quanto aos pacientes, limitações do tratamento medicamentoso e seguimento terapêutico prescrito		
Paciente tem preocupações sobre reações adversas	7	38,9
Paciente ou sua família são relutantes em aceitar o diagnóstico	6	33,3
Paciente tem relutância em tomar os medicamentos	6	33,3
Paciente tem relutância em consultar um profissional	6	33,3
Outros problemas médicos do paciente são mais importantes pra ele que a reação adversa	1	5,6
Paciente tem medo de terapias não medicamentosas	1	5,6
Paciente não retorna para fazer seguimento	1	5,6
Custo dos medicamentos, poucas opções terapêuticas	1	5,6
Não sabe	1	5,6
Total	18	100

Fonte: Questionário via Google Forms

Os números mostram que a maioria reconhece que pode diagnosticar estes transtornos e tratá-los com medicamentos, embora nem todos percebam que sejam de sua responsabilidade estes atos e nem que possam tratar tais condições com terapias não-

medicamentosas: mais de 80% dos respondentes assumiu que são capazes de diagnosticar e tratar TSM com medicamentos e uma parcela menor assume a responsabilidade por diagnosticar (n=10; 55,6%) e tratar (n=11; 61,1%) TSM. Apesar de nenhum dos respondentes terem pós-graduação em psiquiatria e neurologia, pela análise das questões abertas dos questionários percebeu-se que 70% (n=7) dos respondentes com residência em MFC se consideram capazes e responsáveis por diagnosticar TSM e tratar com medicamentos e/ou terapias não medicamentosa.

No estudo de Fernandes e colaboradores (2017), os participantes afirmaram ser da responsabilidade específica dos médicos de MFC a identificação, diagnóstico, manuseio e referência dos pacientes acometidos por estes transtornos, já que realizam o primeiro contato com o usuário no sistema de saúde e possuem uma abordagem holística, integrada e centrada na pessoa.

Sobre a percepção individual acerca de suas limitações para diagnóstico e monitoramento de reações adversas de ansiolíticos, nenhum dos respondentes tinha restrição pelas Secretárias Municipais de Saúde de prescrição dos medicamentos disponíveis na rede pública para os tratamentos dessas condições/enfermidades e a maioria (n=11; 61,1%) apontou que as **opções** terapêuticas padronizadas pela SMS são **limitadas**³. Analisando os questionários individuais e respostas abertas, a maioria destas respostas (n=9; 81,8%) foram de profissionais que trabalhavam no município de Ouro Preto.

Conforme Fegadolli e colaboradores (2019) a falta de recursos farmacológicos e a necessidade de atender às demandas dos pacientes são fundamentais para indicação inadequada dos BDZ.

Também foram apontadas como limitações pelos respondentes: crer que seus **conhecimentos** sobre o **tratamento** dessas condições/ enfermidades era **incompleto** (n=8; 44,4%); crer que o **tempo da consulta é curto** para aconselhar ou educar o paciente (n=7; 38,9%); crer que haja deficiência em tratamentos efetivos de efeitos adversos, tolerância ou dependência (n=6; 33,3%); crer que o tempo da consulta é pouco para anamnese adequada (n=5; 27,8%) e crer que seu **conhecimento** sobre critérios **diagnósticos** é incompleto (n=4; 22,2%).

³A título de informação, constavam na lista vigente da REMUME (Relação Municipal de Medicamentos Essenciais) de Ouro Preto e de Mariana os seguintes ansiolíticos BZD: Clonazepam, Diazepam, Lorazepam em Ouro Preto.

No estudo de Pereira e Andrade (2018) os médicos em geral também se sentiam despreparados ao atender pacientes de saúde mental, pontuando falhas na formação como um fator decisivo para essa condição e os médicos pesquisados naquele estudo escolheram ansiedade (92,3%) e depressão (88,5%) como os temas que mais necessitavam de aprendizado dentro da área de saúde mental, sendo que mais de 80% desses profissionais relataram preocupações com diagnóstico e tratamento farmacológico. Porém, um estudo realizado em Portugal apontou que todos os Médicos da Família consideravam ter formação suficiente para lidar com problemas de saúde mental (FERNANDES et al. 2017).

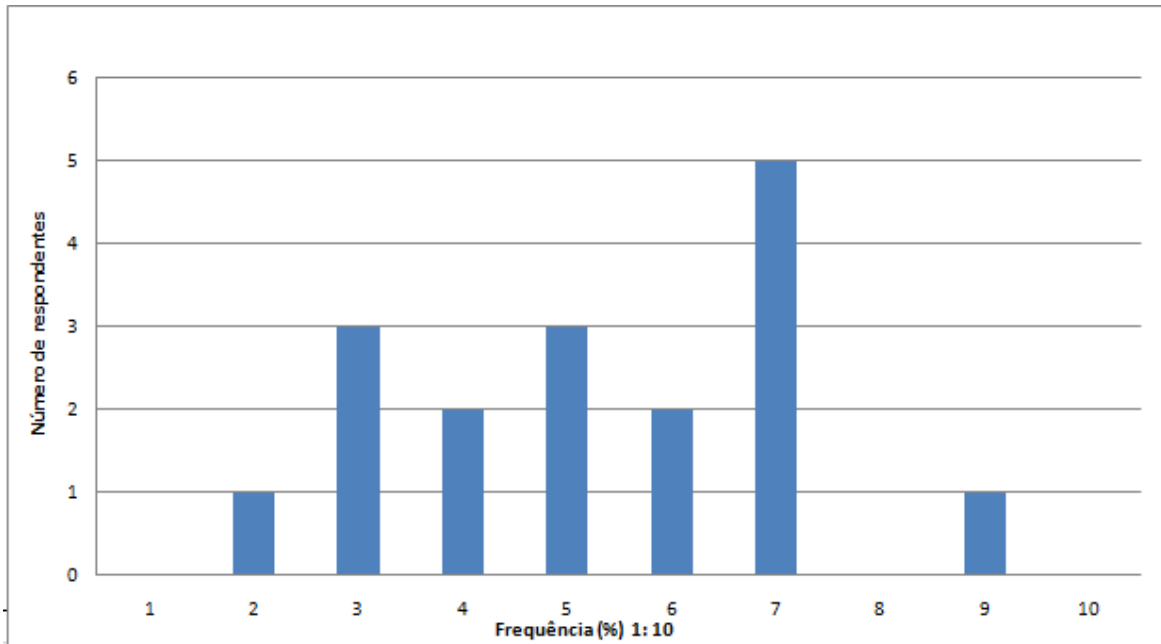
Como fatores que limitariam o tratamento por parte dos pacientes, os principais motivos seriam sua **preocupação sobre reações adversas** (do paciente) (38,9%), relutância própria ou da família em aceitar o diagnóstico (33,3%), relutância em tomar psicofármacos (33,3%) e relutância em procurar por atendimento com um profissional (33,3%).

“o paciente tem medo de terapias não medicamentosas não surtirem o efeito esperado dos medicamentos; as expectativas em relação ao curso de seus sintomas são de resolução de curto prazo, o que é trabalhado durante as consultas. Os pacientes também sentem falta da disponibilidade de outros profissionais, como psicólogos e terapeutas ocupacionais.” (R05)

Fukuda e colaboradores (2016) investigaram a percepção de 1.030 jovens com idade entre oito e 21 anos, de ambos os sexos, em três capitais brasileiras, de escolas e serviços de saúde mental públicos e privados. Foram pesquisadas as suas percepções sobre ajuda profissional e barreiras na busca de serviços em saúde mental e os resultados demonstraram o medo do estigma ao ser diagnosticado como portador de TSM é uma grande barreira na busca de tratamento em saúde mental, tendo maior impacto que as barreiras estruturais.

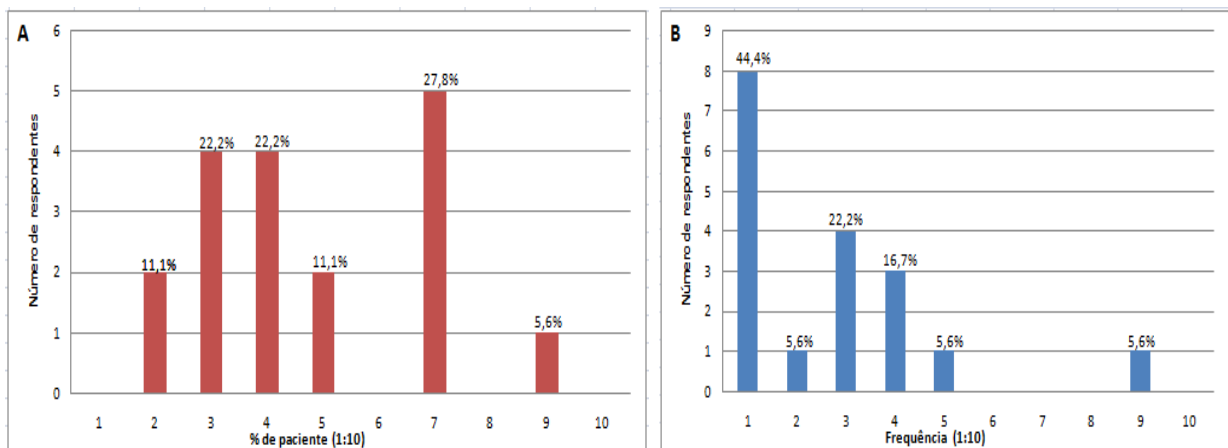
Quando questionados sobre a frequência que seus pacientes queixavam sobre RAM de uma forma geral, a maioria dos respondentes (n=15; 88,2%) relataram que a frequência varia de 30% a 70% no geral (Figura 1).

Figura 1 - frequência (em %) de pacientes que vivenciam reações adversas (de forma geral) na prática diária conforme visão dos médicos do SUS de Ouro Preto e Mariana em pesquisa de 2019



Fonte: Questionário via Google Forms

Figura 2 – Impressão dos participantes sobre a frequência estimada de queixas de RAM de psicofármacos por pacientes (A) e frequência da prescrição de terapias para o manejo das RAM queixadas pelos pacientes da atenção primária em saúde do SUS de Mariana e Ouro Preto (B), 2019.

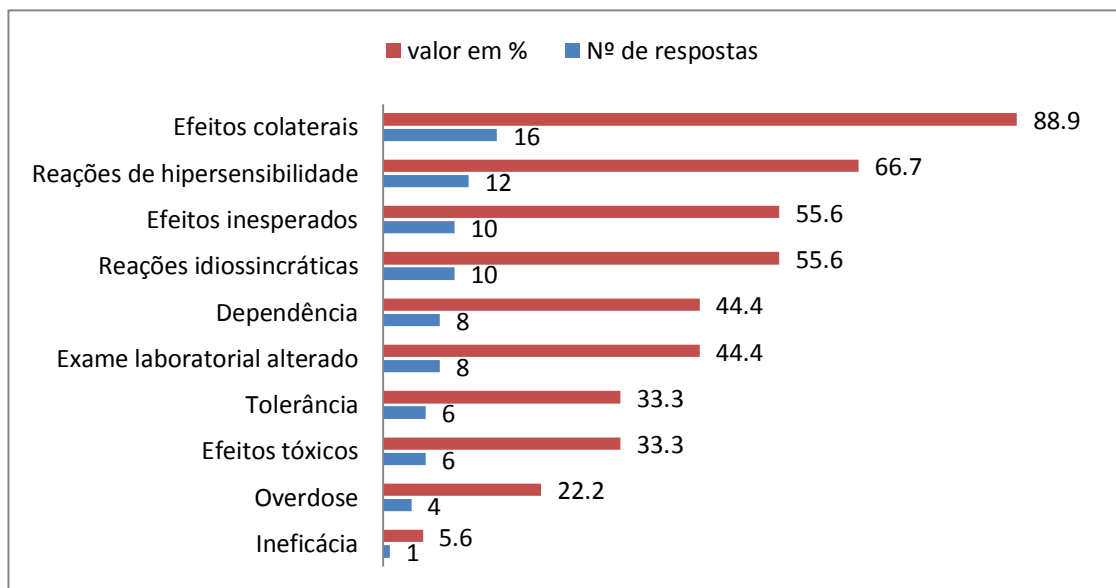


Fonte: Questionário via Google Forms

Sobre percepção e conduta frente a reações adversas a medicamentos (RAM), podemos observar na Figura 2 que a maioria dos respondentes (n=12; 66,6%) declara que metade dos seus pacientes se **queixam de reações adversas** de psicofármacos para manejo da ansiedade (Figura 2A) quase metade dos participantes só vai intervir em apenas 10% dos pacientes que se queixaram de RAM (Figura 2B).

Tais resultados denotam que os pacientes reclamam das RAM que vivenciam, mas que na grande maioria das vezes não são prescritas nenhuma terapia, seja medicamentosa ou não medicamentosa para a melhora dos sintomas, tais atitudes podem propiciar uma **menor adesão** a terapêutica.

Figura 3 - Entendimento sobre a conceituação do termo RAM dos médicos participantes de Mariana e Ouro Preto, 2019.



Fonte: Questionário via Google Forms

Segundo a OMS, define-se RAM como qualquer resposta prejudicial ou indesejável e não intencional que ocorre com medicamentos em doses normalmente utilizadas no homem para profilaxia, diagnóstico, tratamento de doença ou para modificação de funções fisiológicas (SEBASTIÃO, 2005; MOTA; VIGO; KUCHENBECKER, 2019).

Em relação ao entendimento sobre o conceito de RAM (Figura 3), a grande maioria (n=16; 88,9%) acreditava estar ligado a efeitos colaterais, reações de hipersensibilidade

(n=12; 66,7%). Portanto, os respondentes demonstram endimento correto sobre o conceito questionado.

Tabela 3 - Questões referentes ao comportamento médico sobre RAM durante a anamnese da atenção primária em saúde de Ouro Preto e Mariana, 2019.

Questões	N	%
Avaliação sobre uso de outros medicamentos na anamnese do paciente		
Sim	16	88,9
Às vezes	2	11,1
Não	0	0
Quantidade de pacientes que se queixam sobre RAM		
Alguns	15	83,3
Muitos	3	16,7
Nenhum	0	0
Frequência de questionamento sobre uso de outros medicamentos na anamnese		
Todos os pacientes são questionados	16	84,1
Nenhum paciente, porque nunca me lembro de questionar.	1	5,3
Alguns pacientes específicos, porque têm determinada condição/enfermidade	1	5,3
Alguns pacientes específicos porque usam determinados medicamentos	1	5,3

Fonte: Questionário via Google Forms

O questionamento quanto à postura médica na anamnese (tabela 3) revelou que 88,9% (n=16) dos pacientes são questionados sobre o uso outros medicamentos durante a consulta e 83,3% afirmou que somente alguns dos pacientes se queixam de RAM. Como justificativa para o motivo do questionamento a cerca da utilização de outros medicamentos as repostas puderam ser agrupadas em: Avaliar sucesso terapêutico, avaliar RAM/segurança, obrigatoriedade da anamnese e traçar plano terapêutico. Algumas frases foram transcritas para exemplificar:

“Porque é importante para instituição de um possível novo tratamento, ou, no caso de uso atual de medicamentos, evitar interações medicamentosas.” (R08)

“Faz parte de toda anamnese esse questionamento” (R13)

“Se eu for iniciar um tratamento medicamentoso preciso saber o que já foi tentado e se houve sucesso ou efeitos adversos importantes” (R03)

Sobre o questionamento de pacientes específicos em um uso de determinados medicamentos, obtivemos apenas uma resposta:

“Pacientes em uso de anticonvulsivantes, benzodiazepínicos, ISRS, tricíclicos pergunto se sentiram algo diferente com o início do tratamento. Não costumo perguntar pelos sintomas específicos pois os pacientes se sentindo induzidos. Pergunto sobre doenças cardiovasculares em ptes que penso passar tricíclicos e anemia ou alteração hemtalogica prévia em caso de anticonvulsivantes” (R06).

Tal resposta denota uma preocupação com o tratamento de determinados pacientes e fármacos, confirmando domínio apenas das RAM mais frequentes como demonstrado na tabela 4 a seguir.

A maioria dos respondentes relata **conhecer** e **manejar** apenas as RAM e interações medicamentosas **mais frequentes** (Tabela 4).

Forsan (2016) relata que a carência de informação sobre os efeitos adversos decorrentes do uso de BZD é um fator que favorece a cronificação do uso, ela ainda relata que cerca de 2% dos pacientes consideram suficientes as informações fornecidas pelas prescritores enquanto 66% negaram ter recebido qualquer informação.

No presente estudo não foi avaliada a percepção dos pacientes, mas maioria dos respondentes relata informar apenas as RAM mais comuns (76,5%; n=13) (Tabela 4) corroborando, portanto para a falta de informação sobre tais problemas.

Tabela 4- Conhecimento médico sobre o perfil e manejo das RAM e sobre o processo de concessão de informações para pacientes que usam psicofármacos.

Questões	N	%
Conhecimento sobre perfil de RAM e interações medicamentos		
Sei somente as mais frequentes	15	88,2
Sei somente as de maior gravidade	2	11,8
Sim, sei todas as reações adversas	0	0
Não conheço bem o perfil de reações adversas/interações dos medicamentos	0	0
Sabe manejar RAM e interações dos medicamentos que prescreve?		
Somente a de maior frequência	10	58,8
Somente a de maior gravidade	3	17,6
Não sei	3	17,6
Sim, sei manejar todas as reações/interações	1	5,9
Informa ao(s) paciente(s) as reações adversas dos medicamentos que prescreve?		
As mais comuns	13	76,5
Apenas quando o paciente me questiona sobre	2	11,8
Quando o paciente questiona e dos medicamentos com maiores risco de reações adversas	1	5,9
As mais graves	1	5,9
Não, nunca	0	0
Se não, por quê?		
Não conheço bem o rol das reações adversas	2	50
Tenho medo de causar baixa adesão à terapêutica pelo paciente	1	25
Divido os efeitos com os pacientes	1	25
Informa ao(s) paciente(s) sobre o risco de tolerância e dependência dos psicofármacos?		
Sim, informo sempre	16	94,1
Sempre para BDZ	1	5,9

Fonte: Questionário via Google Forms

A maioria dos BZD é prescrita por médicos da atenção primária (VICENS et al., 2019). Porém, nem metade dos respondentes (n=7; 41,2%) sabem realizar completamente o desmame de maneira adequada dos psicofármacos que prescrevem, a maioria tem dificuldades para executar (Figura 4). Essa característica é preocupante, pois se os médicos iniciam o tratamento, mas não são capazes de desmamar o paciente de maneira correta. Assim, as chances de insucesso são altas, corroborando para o uso crônico desses medicamentos.

Figura 4 - Conhecimento dos médicos de Mariana e Ouro Preto sobre o processo de desmame de paciente em uso de BZD



Fonte: Questionário via Google Forms

Tabela 5 - Fontes de informações normalmente recorridas pelos médicos da APS de Ouro Preto e Mariana para sanar a dúvida sobre reações adversas/interações.

Questões	N	%
Tem ou já teve dúvida sobre reações adversas/interações?		
Sim	17	100
Se sim, a qual fonte de informação recorre (u)?		
Dynamed, UptoDate, medscape	9	52,9
Livros de farmacologia	7	41,2
Colegas	4	23,5
Centro de informação sobre medicamentos	3	17,6
Revistas científicas	3	17,6
Professor	3	17,6
Dicionário de Especialidades Farmacêuticas	2	11,8
Discussão de casos clínicos	2	11,8
Aplicativo White Book	2	11,8
Canal médico (TV)/YouTube/ Sites específicos da Internet	1	5,9
Memento terapêutico	1	5,9
Congressos	1	5,9
Palestras	1	5,9
Tratado de MFC	1	5,9
PDR ou outro handbook	0	0
Panfletos de laboratórios	0	0

Fonte: Questionário via Google Forms

Todos os respondentes (n=17; 100%) relata ter ou ter tido dúvidas sobre reações adversas/ interações medicamentosas e as solucionavam consultado ferramentas de referência clínica como Dynamed, UptoDate e Medscape (n=9; 52,9%), livros de farmacologia (n=7; 41,2%) e colegas (n=4; 23,5%).

Com o avanço da tecnologia e surgimento dos dispositivos móveis, os médicos adotam os aplicativos médico em detrimento dos textos de referência do bolso condensado e substituindo por aplicativos médicos de referência e diagnóstico. Hoje esses aplicativos já representam 18% da participação no mercado de aplicativos de saúde móvel (JOHNSON et al., 2016).

Prorok e colaboradores (2012) avaliaram a qualidade, amplitude e a pontualidade das atualizações, determinando que nenhuma ferramenta (aplicativos de saúde móvel) era ideal, sendo aconselhável que aqueles que procuram respostas para perguntas clínicas não confiem apenas em um único produto de assistência médica.

Johnson e colaboradores (2016) demonstram não haver diferenças significativas entre as ferramentas de referência clínica no que diz respeito à amplitude da cobertura, a qualidade das informações e a facilidade de uso, dependendo, portanto da preferência individual com base na facilidade de uso e no custo do aplicativo e reforçam que nenhum médico deva confiar inteiramente nessas ferramentas.

5.1.3 Percepções sobre o consumo de BZD

Quando questionados sobre sua percepção dos motivadores dos pacientes a consumirem cronicamente benzodiazepínicos, houve uma diversidade de respostas que traduziam necessidade genuína ou não, resposta terapêutica rápida e eficiente, facilidade de obtenção da prescrição e do produto, mas também dependência física e psíquica sem uma informação apropriada sobre a relação benefício/risco de uso. Algumas frases foram transcritas para exemplificar:

“Acredito que seja a comodidade e conforto de ter um medicamento que facilmente induz o sono, já que hoje em dia, os distúrbios do sono devido a ansiedade e depressão são muito prevalentes”

“Falta de informação sobre o efeito dos medicamentos. E uso da medicação como uma "bengala" para problemas do seu cotidiano.”

“A maioria dos pacientes procuram o uso de bzd porque conhecem alguém que já usou ou a própria pessoa já fez o uso para melhorar a dificuldade para dormir dependência, prescrição antiga”

“Dependência química, ausência de abordagem sobre malefícios do uso crônico de benzodiazepínicos pela equipe de APS, prescrição indiscriminada por médicos da aps, urgência e psiquiatria”

“Acesso fácil e rotineiro (prescrição)”

“Prescrição desenfreada pelos próprios médicos, pouco conhecimento sobre os efeitos a curto e longo prazo, baixa adesão e baixa oferta de terapias não farmacológicas, pouca longitudinalidade na relação médico-paciente”

“Por conviver com outras pessoas que tomam e falam sobre o medicamento(ex: vizinhos, tias)”

“As agruras da vida. A influência da indústria farmacêutica. A falta de opções terapêuticas não farmacológicas. A cultura da saúde centrada no modelo biomédico”

“Dependência e tolerância, além de não ter conhecimento real sobre as reações adversas do uso crônico destes.”

Tabela 6 – Condutas médicas frente à solicitação de uma receita de BZD ou outro psicofármaco, dos participantes da pesquisa em 2019

Questões	N	%
Sim, se o paciente realmente tiver indicação clínica para tal medicamento	12	70,6
Não, só prescrevo conforme minha anamnese clínica	9	52,9
Sim, se ele relatar já fazer uso do medicamento mesmo não portando a receita antiga para ficar livre	4	23,5
Sim, se for uma renovação, e sempre exponho os riscos do uso a longo prazo e estímulo outras ferramentas para lidar com os sintomas, almejando o desmame	1	5,9
Sim, se estiver no registro do prontuário que o paciente já faz uso da medicação e pergunto como está com a tomada dele.	1	5,9

Fonte: Questionário via Google Forms

Quando confrontados sobre suas condutas no caso do paciente solicitar uma receita de BZD ou outro psicofármaco (Tabela 6) e sobre sua ‘sensação’ ao prescrever psicofármacos, foi interessante observar que os respondentes apontaram que o principal critério para prescrever estes fármacos é a indicação mediante avaliação de real necessidade, mas que ainda assim não se sentem muito seguros desta prescrição por conhecerem a frágil e nem sempre positiva relação benefício/risco. Houve um participante que respondeu:

*“Desconfortável, me sinto como um **traficante** de uma droga lícita. Sinto-me usado” (R02).*

Sentimentos similares são relatados no estudo realizado na Noruega por Dybwad e colaboradores (1996) apud Forsan (2016):

*“a prática de prescrever benzodiazepínicos é uma das tarefas mais solicitadas e **desconfortáveis**, já que de alguma forma têm um sentimento de estarem **praticando algo ilícito**”.*

Ou seja, há mais de 20 anos o alto consumo de BDZ é preocupante e sensação dos prescritores em nada difere. Isso demonstra que o problema existe, mas pouco (ou até mesmo nada) é feito para tentar mudar esse cenário de abuso e mal estar. O desconforto médico não impede que eles continuem prescrevendo BZD por longo período devido sua aparente segurança (FEGADOLLI et al., 2019).

E para tentar compreender suas impressões a respeito especificamente sobre o consumo de benzodiazepínicos no município que trabalhavam nove (52,9%) dos médicos participantes emitiram suas opiniões. Algumas delas são as que seguem:

“Há abuso na prescrição e no uso, uso indevido, tolerância e dependência.”

“Já passei por algumas unidades de saúde em locais diferentes da cidade. Observei que nas unidades onde a vulnerabilidade sócio-econômica é maior, o uso dessas medicações além de ser maior, existindo até alguns consumos abusivos, também é um consumo muitas vezes não orientado sobre os riscos do seu uso. A troca/permuta/empréstimo de BZD entre os pacientes é algo que foi observado em várias unidades que passei e já foi relatado por vários colegas do mesmo município”

“Percebo uma prescrição disseminada e em grande número”

“Percebo colegas que prescrevem com poucos critérios.”

“O consumo de BZD em Ouro Preto é preocupante, principalmente nas faixas etárias mais avançadas.”

“É muito alto.”

“Muitas pessoas usam, muito mais do que eu pensava.”

“O consumo é muito alto e há muito relutância dos pacientes sobre o desmame e a parada. Muitos não acreditam que terão ou têm os efeitos colaterais do uso crônico dos

benzodiazepínicos. É realmente uma "guerra" para a desprescrição e controle do uso dos benzodiazepínicos."

É nítido que os profissionais reconhecem o uso abusivo e indiscriminado de BDZ no dia-a-dia da prática médica, mas parece não perceberem que suas próprias condutas são determinantes para esse cenário (FEGADOLLI et al., 2019), chegam a terceirizar a culpa para colegas de profissão e pacientes, mas não são capazes de reconhecer sua parcela de contribuição.

Ou seja, parece que os médicos da APS do SUS de Mariana e Ouro Preto apesar de terem boa formação acadêmica, sentem que têm responsabilidades, conhecimentos, competências e habilidades para diagnosticar e manejar transtornos de ansiedade dos pacientes que atendem, terem acesso a informação apropriada sobre relação benefício/risco dos BZD, referirem saber manejar suas principais reações adversas (e tolerância e dependência são as principais dos BZD), alguns participantes se dizem capazes de promover o desmame desses medicamentos e se sentem mal ao prescreve-los, ainda se rendem à prescrição medicamentosa de BZD em detrimento das terapias não medicamentosas ou PIC's (que conhecem, confiam e apoiam), retirando de sua própria responsabilidade a perpetuação do consumo, colocando em outros prescritores ou nos pacientes a "culpa" pela manutenção do status quo da sua elevadíssima frequência de prescrição e uso na atenção primária em saúde de Ouro Preto e Mariana.

É paradoxal que apontem que o tratamento de transtornos mentais ainda sofre de limitações por estigmatização dos pacientes quanto ao diagnóstico e tratamento e ao mesmo tempo, apontam que os pacientes consomem BZD de forma irracional, medicalizando seus sofrimentos na busca do alívio rápido e simples.

Pensando em um direcionamento e maior adesão para criar informações farmacêuticas aos prescritores, foi questionado qual seria a melhor forma de EPS sobre medicamentos e RAM para sua prática diária (Tabela 7).

Tabela 7 - Formas de EPS sobre medicamentos e reações adversas para a prática médica diária em Ouro Preto e Mariana, 2019.

Questões	N	%
Seminários em grupo (equipe de farmácia e terapêutica – farmacêuticos, médicos, enfermeiras)	10	58,8
Material disponibilizado para a unidade de saúde onde trabalho	8	47,1
Seminários em grupo (médicos)	4	23,5
Correspondência direta de artigos/estudos por e-mail/internet Correspondência direta artigos/ estudos por correios	3	17,6
Discussão de casos com farmacêutico	1	5,9
Base de dados - uptodate, dynamed	1	5,9
Fontes de consulta clínica de alta qualidade	1	5,9
Visita de representantes de laboratório	0	0
Palestras de farmacêuticos	0	0

Fonte: Questionário via Google Forms

A maioria dos respondentes (n=10; 58,8%), preferiram seminários em grupo (equipe de farmácia e terapêutica – farmacêuticos, médicos, enfermeiras), seguido por material disponibilizado na unidade de trabalho (n=8; 47,1%). Interessante observar que nenhum dos respondentes gostaria de palestras com farmacêuticas nem visitas de representantes de laboratórios.

Arruda e colaboradores (2008) pontuam que médicos com mais experiência na atuação da medicina representam um desafio para os laboratórios farmacêuticos, pois são mais resistentes às mudanças para a prescrição de novos medicamentos. Ao contrário, os médicos com pouco tempo de atuação são foco dos laboratórios por serem mais favoráveis ao uso de novos medicamentos para tratamento de determinadas doenças.

Portanto, o presente estudo diverge do esperado por Arruda e colaboradores (2008), pois apesar do perfil médico de pouca experiência profissional, nenhum dos respondentes gostaria da visita de representantes de laboratórios.

Como dito anteriormente, os médicos reconhecem o alto consumo/prescrição de BDZ bem como o tanto de pacientes que relatam RAM ao utilizar os psicofármacos, mas na maioria das vezes não fazem nada para mudar. Portanto, tais profissionais precisam de um tutor ou facilitador para orientá-los sobre as melhores ferramentas e formas de solucionar tais problemas, evidenciando com isso a **importância da EPS** junto a esses profissionais (PEREIRA; COSTA; MEGALE, 2012; PEREIRA e ANDRADE, 2018).

Reuniões e Workshops educacionais de forma presencial vêm sendo amplamente utilizadas para melhorar os resultados da assistência médica, isto porque fornecem conhecimentos essenciais e algoritmos práticos a partir de diretrizes de tratamento atualizadas e são considerados métodos eficazes para melhorar a prática profissional e prescrever hábitos (VICENS et al., 2019).

Entre outras metodologias utilizadas com sucesso na capacitação médica estão: aulas teóricas dialogadas com apresentação de slides, exercícios de habilidades clínicas, *role play*, áudio e vídeo *feedback*, pesquisa bibliográfica e discussão de casos clínicos reais ou previamente preparados em grupo (PEREIRA; COSTA; MEGALE, 2012; PEREIRA e ANDRADE, 2018).

As universidades se inserem nesse contexto com unidade geradora de informação científica e idônea para melhorar a educação e a prática médica, buscando metodologias que suplantem tais demandas oriundas da comunidade. A valorização/investimento por partes dos gestores em EPS é uma forma clara de minimizar os gastos que os municípios têm decorrente do alto consumo de BDZ, visto que essas estratégias de ensino-aprendizagem são as melhores as melhores evidências disponíveis na qualificação de médicos em saúde mental que atuam na APS.(PEREIRA; COSTA; MEGALE, 2012)

Estudos demonstram a necessidade de uma reformulação no ensino médico, em geral eles desconhecem as terapias complementares. Tanto acadêmicos de medicina quanto médicos concordam que medidas não farmacológicas (PIC's) devem ser incorporadas a formação médica ainda na graduação (THIAGO; TESSER, 2011; VARELA; AZEVEDO, 2014; COUTO et al., 2018; PEREIRA; ANDRADE, 2018).

Mattos e colaboradores (2018) analisaram a percepção dos profissionais a respeito de plantas medicinais e fitoterápica na Atenção Primária em Saúde, onde 98,% dos respondentes têm interesse em obter informações sobre a utilização delas através de cursos ou capacitações (71,4%), literatura impressa (20,1%), palestras (5,8%) e vídeo aulas (2,6%).

As universidades possuem projetos de extensão e pesquisa em educação na saúde que deveriam ser utilizadas por gestores através do COAPES (Contratos Organizativos de Ação Pública de Ensino-Saúde) para capacitar seus profissionais de maneira gratuita, responsável e eficiente.

O SUS, apesar das inúmeras tentativas de desmonte vem sobrevivendo no Brasil e umas das políticas que contribui para o seu fortalecimento é a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) que visa prevenção, promoção, manutenção e recuperação da saúde, baseando em modelos de atenção humanizada e holística (DECAL; SILVA, 2018).

O Brasil é referência mundial no que se refere à utilização e disponibilização de práticas integrativas complementares na atenção básica. Atualmente são oferecidas 29 PIC's no Sistema Único de Saúde (SUS), a Tabela 8 apresenta resultados da percepção e conhecimento médico sobre a PNPIC.

Tabela 8 - Percepção médica sobre a PNPIC, conhecimento sobre essa política, aceitação de inclusão no SUS e análise de tais práticas na UBS e comunidade onde estão inseridos, Ouro Preto e Mariana, 2019.

Questões	N	%
O sr(a) tem conhecimento sobre a PNPIC		
Sim	15	88,2
Não	2	11,8
Tem interesse pelas práticas		
Sim	14	82,4
Não	2	11,8
Não sabe	1	5,8
Há oferta de fitoterapia na UBS onde trabalha?		
Sim	7	41,2
Não	9	52,9
Não sabe	1	5,8
Há oferta de fitoterapia na comunidade?		
Sim	7	41,2
Não	6	35,3
Não sabe	4	23,5
Concorda com inclusão da fitoterapia no SUS?		
Sim	15	88,2
Não	1	5,8
Não sabe	1	5,8

Fonte: Questionário via Google Forms

Quanto a PNPIC, 88,2% dos respondentes (n=15) afirmou ter conhecimentos sobre, 82,4% dos participantes demonstrou ter interesse pelas práticas e quando perguntado sobre a inclusão de fitoterapia 82,2% (15) dos respondentes se mostram a favor.

Por fim, a Tabela 9 apresenta as respostas sobre quais práticas indicariam a seus pacientes portadores de TSM caso essas já estivessem implantadas no municípios que prestam assistência.

Importante enfatizar que as respostas para esse questionamento não foram obrigatórias, portanto, o cálculo das porcentagens foi feito considerando o numero de respostas obtidas em cada prática e não o número total de participantes nessa parte da pesquisa.

Tabela 9 - Práticas complementares que os médicos prescreveriam para um paciente com TSM se estivessem disponíveis no SUS do município que ele trabalha pesquisa em Ouro Preto e Mariana, 2019.

Questões	N	%
Acupuntura		
Certamente	17	100
Ervas medicinais		
Certamente	11	73,4
Talvez	2	13,3
Jamais	2	13,3
Fitoterapia		
Certamente	13	76,5
Talvez	3	17,6
Jamais	1	5,9
Homeopatia		
Certamente	7	43,8
Talvez	6	37,5
Jamais	3	18,7
Massagem terapêutica		
Certamente	12	75
Talvez	4	25
Medicina Aiuevédica		
Certamente	8	53,3
Talvez	4	26,7
Jamais	3	20

continua

Questões	Continuação	
	N	%
Medicina antroposófica		
Certamente	7	46,7
Talvez	6	40
Jamais	2	13,3
Práticas corporais		
Certamente	12	75
Talvez	2	12,5
Jamais	2	12,5
Práticas de cunho espiritual		
Certamente	11	68,8
Talvez	3	18,7
Jamais	2	12,5
Reiki		
Certamente	9	60
Talvez	3	20
Jamais	3	20
Toque terapêutica		
Certamente	6	40
Talvez	5	33,3
Jamais	4	26,7

Fonte: Questionário via Google Forms

Percebe-se que a Acupuntura foi a única prática integrativa complementar que teve 100% de aceitação entre os respondentes, seguida por fitoterapia (76,5%) e massagem terapêutica / práticas corporais ambas com 75%. As PIC's com menor aceitação foram Toque terapêutico (n=6; 40%) e Homeopatia (n=7; 43,8%).

A acupuntura é uma prática pertencente a medicina tradicional chinesa e se mostra mais aceita que a fitoterapia que é uma prática mais tradicional entre os brasileiros, resultados iguais aos mostrados por Couto e colaboradores (2018) onde os participantes também afirmaram que indicariam acupuntura seguido da fitoterapia.

Por serem municípios do interior de MG, o uso de ervas medicinal é uma prática popular e disseminada principalmente nas suas regiões rurais que tendem a ser indicadas por amigos familiares e vizinhos. Portanto o conhecimento dos profissionais sobre essa prática pode ser uma forma de incentivar o seu uso e padronizá-la evitando consequentemente

intoxicações, interação medicamentosa e uso irracional (THIAGO; TESSER, 2011; VARELA; AZEVEDO, 2014).

Em um estudo desenvolvido em Caicó/RN apesar dos participantes demonstrarem conhecimentos limitados sobre a fitoterapia, tal prática já faz parte da rotina deles no TSM, como citado:

“Os profissionais enfatizaram as vantagens do uso do fitoterápico em relação aos benzodiazepínicos (BDZs), sobretudo em razão das fortes consequências que estes produzem, como sedação, amnésia e dependência. Nesse sentido, sempre que consideravam adequado para o caso, os profissionais preferiram utilizar os fitoterápicos que têm atividade ansiolítica e sedativa comprovada” (VARELA; AZEVEDO, 2014).

5.2. Proposta de intervenção

Diante dos resultados obtidos pelas Tabelas 7, 8 e 9 direcionamos nossa proposta de intervenção para a confecção de uma cartilha (ANEXO F) a ser disponibilizada nas UBS dos municípios de maneira impressa e virtual atendendo, portanto, 47,1% (n=8) dos respondentes.

A cartilha tem como **objetivo** conscientizar os prescritores sobre o elevado consumo de BDZ nos municípios e os problemas que podem causar **propondo**, portanto, ferramentas, protocolos e sugestões de PIC's para auxiliá-los no processo de desprescrição dos BZD.

De maneira breve ela contém com conceitos sobre URM e uso racional de BZD e os problemas que estão envolvidos com o uso irracional. Como forma de informá-los sobre o elevado consumo nos municípios de atuação, os resultados da revisão de literatura sobre esse consumo também foi inserido.

Pelo fato do processo de desprescrição de BZD ser relativamente novo, ainda não existem protocolos preconizados pela Sociedade de Psiquiatria nem pelo MS, portanto criou-se uma **proposta** e apresentou-se ferramentas que podem auxiliá-los no início.

Como em sete (41,2%) das UBS já possuem a fitoterapia implantada, 88,2% (n=15) é a favor da inclusão no município e 76,5% (n=13) indicaria, escolhemos a fitoterapia como PIC principal para indicação tanto para o processo de desmame quanto para o tratamento de ansiedade. Por ter tido 100% de aceitação, mostramos que a acupuntura tem embasamento científico para esses processos.

Este material educativo foi elaborado utilizando-se o site canva.com, que fornece ferramenta de *design* gráfico de forma gratuita e livre. Seu conteúdo foi elaborado por meio de pesquisas em fontes idôneas e científicas, sendo utilizado principalmente as bases de dados pubmed, scielo, assim como site do MS e livros científicos.

A cartilha é, portanto, o primeiro material voltado à classe médica e ao fortalecimento das PIC's nos municípios de estudos. Muito ainda deve ser feito, mas o primeiro passo foi dado. Trabalhos envolvendo gestores, funcionários da saúde e pacientes são necessários, pois são mais eficientes em suas metas. É necessário que os gestores percebam a importância dessas políticas e desses trabalhos tanto financeiramente quanto do ponto de vista epidemiológico. É necessário adicionalmente que o **farmacêutico** atue incisivamente na clínica, com o acompanhamento farmacêutico e não somente a gestão da assistência farmacêutica, de forma que possa monitorar a necessidade, a efetividade e a segurança dos tratamentos medicamentosos.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos induzir que a maioria dos médicos atuantes nos municípios de estudo são do sexo feminino com idades entre 20-30 anos e atuantes no SUS a menos de 8 anos. A maioria dos participantes da pesquisa tem um conhecimento adequado sobre que tipo de reações são consideradas adversas, inclusive tolerância e dependência, referiu que se lembram de questionar sobre RAM na anamnese, que tem um bom conhecimento sobre as possíveis e principais RAM e interações dos medicamentos que frequentemente prescreve, que sabe manejar essas reações (o que conflita com a conduta, demonstrada na Figura 2B, pois sabe, mas não maneja!) sabe desmamar (mesmo com dificuldade) o paciente do uso de benzodiazepínicos, informa aos pacientes as reações adversas dos medicamentos, embora tenha medo de causar baixa adesão a terapêutica pelo paciente, normalmente informa sobre o risco de tolerância e dependência dos psicofármacos, embora tenha medo de causar baixa adesão a terapêutica pelo paciente e quando teve dúvidas sobre reações adversas/interações, normalmente recorre a fontes de informação confiáveis e científicas, especialmente um site de informações médicas profissionais.

Percebe-se que a falta de recursos terapêuticos e falta de conhecimento mais aprofundado com medidas não farmacológicas (dentre elas as PIC's) durante a graduação são fatores que influenciam de maneira negativa para a prescrição médica de BZD. Outros fatores que limita o tratamento são a relutância do paciente e familiares em aceitar o diagnóstico de TSM, bem como a relutância em consultar com profissionais e tomar os medicamentos e a preocupação dos mesmos sobre as reações adversas.

Diversos estudos farmacoepidemiológicos apontam que nos últimos anos e por todo o mundo houve um aumento expressivo de publicações envolvendo o consumo, abuso e desprescrição de BZD. Desta forma, medidas devem ser tomadas para que tais estudos cheguem ao conhecimento médico e de gestores.

As universidades têm papel importante nessa mudança de cenário, visto que podem elaborar novos estudos que abordem esse assunto, visando identificar formas de contornar os problemas associados ao consumo abusivo de BZD e fornecer material para capacitação médica e dos demais profissionais da área da saúde, sendo capaz de atingir até a população leiga.

Essa realidade mudará apenas quando esse assunto se tornar prioridade para os gestores dos municípios, pois são capazes de promover a implantação de PIC's nos municípios, liberar os funcionários para programas de educação permanente em saúde entre outras.

Os **farmacêuticos** devem se responsabilizar mais pelo acompanhamento de pacientes com TSM, pois é o profissional que está sempre em contato com o paciente ao buscar novos medicamentos todos os meses, sendo capaz de acompanhar efetividade, segurança e dependência durante o tratamento. Médicos não os citam como profissionais que faltam na equipe, o que pode ser por falta de disponibilidade ou até mesmo por não demonstrar suas competências e capacidades para o restante da equipe.

A educação em saúde também pode ser uma atribuição do farmacêutico, principalmente quando esta estiver ligada ao uso de medicamentos, então, podendo utilizar cartilhas como a desenvolvida neste trabalho para **conscientizar e orientar** a classe médica e demais profissionais sendo um recurso que demonstra ser de grande aceitação. Para a população (usuários) realização de grupos focais, palestras e até mesmo desenvolvimento de folders são medidas para conscientizar e informar sobre o consumo de medicamentos e diversas patologias.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBORNOZ, Ana Celina Garcia. **Avaliação psicológica nos transtornos de ansiedade: estudos brasileiros**. 2016. Monografia (Especialização em Avaliação Psicológica) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2016. Disponível em: <<https://lume.ufrgs.br/handle/10183/147064>>. Acesso em: 06/Set/2018.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. Tradução de Maria Inês Corrêa Nascimento et al. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 976p.

ANDREATINI, R. et al. Tratamento farmacológico do transtorno de ansiedade generalizada: perspectivas futuras. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.23, n.4, p. 233-242, 12/2001 2001. ISSN 1516-4446. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1516-44462001000400011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 01/Set/2018.

ARRUDA, GIOVANA SILVA et al. Fatores determinantes para prescrição de medicamentos e ações de marketing a serem envolvidas neste processo. **Revista Sociais e Humanas**, v. 22, n. 1 2008. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/sociaisehumanas/article/view/727/499>>. Acesso em: 11/Nov/2019

ABP. Transtornos de Ansiedade: Diagnóstico e Tratamento. **Psiquiatria BH**. Jan/2008. Disponível em: <<http://psiquiatriabh.com.br/wp/wp-content/uploads/2015/01/Projeto-Diretrizes-Transtornos-de-ansiedade.pdf>>. Acesso em: 06/Set/2018.

AZEVEDO, Â. J. P. D. et al. Consumo de ansiolíticos benzodiazepínicos: uma correlação entre dados do SNGPC e indicadores sociodemográficos nas capitais brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, p. 83-90, 01/2016 2016. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232016000100083&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 24/Set/2018.

BARCELLOS, M. et al. TeleCondutas: Ansiedade. **Telessaúde RS-UFRGS**. Versão digital. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/10274?show=full>> Acesso em: 09/Out/2018.

BARLOW, David H; DURAND, V. Mark. Psicopatologia: uma abordagem integrada. 7.ed. São Paulo: Cengage Learning, 2015. 752p.

BARROSO, Anna Karolina Raquel Duarte. “**MEU REMÉDIO PRA DORMIR, MEU AMIGO INSEPARÁVEL**”: Uma abordagem sobre o consumo e a percepção de pacientes sobre o uso crônico de benzodiazepínicos. 2018. Monografia apresentada do curso de graduação em Farmácia- Universidade Federal de Ouro Preto - Ouro Preto/ MG. Disponível em: <https://www.monografias.ufop.br/bitstream/35400000/1523/3/MONOGRAFI_A_MeuRem%c3%a9dioDormir.pdf> Acesso em: 29/Ago/2019

BASTOS, A; ALVEZ, S. 2013. A família como elemento significativo no tratamento do paciente com transtornos mentais. **Caderno Saúde e Desenvolvimento**, vol. 2 n. 2 /jan/jun 2013. Arquivo pessoal.

BERNIK, M. A. et al. Benzodiazepínicos padrões de uso, tolerância e dependência. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 48, n. 1, p. 131-137, 03/1990. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0004-282X1990000100020&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 05/Out/2018.

BEUX, M.; Kujawa, I. Uso abusivo de psicofármacos: medicalização da vida e consequências psicossociais. **IMED**. Nov. 2015. Disponível em: <<https://soac.imed.edu.br/index.php/mic/ixmic/paper/view/33>> Acesso em: 09/Out/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Uso de Medicamentos e Medicalização da Vida: recomendações e estratégias. [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília : Ministério da Saúde 2018. 19/Nov/2019

BRASIL. Constituição 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 19/Nov/2019

BRASIL. **Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União 2004; 14 fev.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007.** Diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente. Diário Oficial da União 2007; 21 ago.

BRENTINI, L. et al. Transtorno de ansiedade generalizada no contexto clínico e social no âmbito da saúde mental. **Nucleus**, v.15, n.1, p.237-247, abr. 2018. Disponível em: <<http://www.nucleus.feituverava.com.br/index.php/nucleus/article/view/2700>> Acesso em: 03/Out/2018.

CAMPOS, N. P. D. S.; ROSA, C. A.; GONZAGA, M. F. N. Uso indiscriminado de benzodiazepínicos. **Revista Saúde em Foco**, n. 9, p. 485-491, 2017. Disponível em: <http://www.unifia.edu.br/revista_eletronica/revistas/saude_foco/artigos/ano2017/056_usoindiscriminado.pdf>. Acesso em: 28/Set/2018.

CARVALHO, A. D. L.; COSTA, M. R.; FAGUNDES, H. 2006 - O ano da promoção do uso Racional de Benzodiazepínicos. **Coordenação de Programa de Saúde mental da SMS/RJ**, CPSM/SMS-Rio, v. 1, Ano 1, p. 1-6, 2006. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/289.pdf>>. Acesso em 25/Ago/2018.

CARVALHO, Cezar Gonçalves. **Educação para saúde sobre o uso de benzodiazepínicos em um PSF de um município mineiro.** 2017. Monografia apresentada do curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família - Universidade Federal de Minas Gerais - Belo Horizonte. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/CEZAR-GONCALVES-CARVALHO.pdf>> Acesso em: 29/Ago/2019

CASALI, Fabiana Tambellini. **Avaliação do uso de benzodiazepínicos pelos usuários da unidade básica de saúde do município de Camacho-MG pela dispensação realizada na farmácia básica do SUS.** Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Camacho, 2010. 36f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em saúde da Família).

CASTILLO, A. R. G. et al. Transtornos de ansiedade. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 22, p. 20-23, 12/2000 2000. ISSN 1516-4446. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1516-44462000000600006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 06/Set/2018.

CASTRO, G. et, al. Uso de Benzodiazepínicos como automedicação: consequências do uso abusivo, dependência, farmacovigilância e farmacoepidemiologia. **Revista Interdisciplinar**. V.6, n.1, p112-123, jan. fev.mar. 2013. ISSN 2317-5079. Disponível em: <<https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/21>>. Acesso em: 13/Set/2018.

CAVALCANTI, S.H. A importância da residência médica. Revista Eletrônica do Conselho Federal de Medicina, 2004. Disponível em http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=20142:&catid=46

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Pesquisa do CFM traça perfil dos médicos no Brasil. 16 de maio de 2004. Disponível em: <http://www.portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2539:&catid=3>. Acesso em 02/Nov/2019.

CFM. **PROCESSO CONSULTA Nº 30, 03 de maio de 1990**. Dispõe sobre o número de consultas ambulatoriais destinadas a cada profissional com carga horária de quatro horas/dia nas diversas especialidades. Brasília, DF, 1990. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/pareceres/cfm/1990/30_1990.htm>. Acesso em: 29/Out/2019

CORREIA, G. A. R.; GONDIM, A. P. S.. Utilização de benzodiazepínicos e estratégias farmacêuticas em saúde mental. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 38, n. 101, p. 393-398, Junho 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000200393&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29/Ago/2019

COUTO, A.G.et al. Conhecimento, uso e aceitação de acadêmicos de medicina sobre as práticas integrativas e complementares. **Vittalle - Revista de Ciências da Saúde**, v. 30, n. 1 (2018) 56-62. Disponível em: <<https://periodicos.furg.br/vittalle/article/view/7448>>. Acesso em: 16/Nov/2019

CREMERS. **RESOLUÇÃO N° 007, 06 de setembro de 2011**. Dispõe sobre a relação do número de pacientes que devem ser atendidos por médicos nas áreas de emergência e urgência, conforme classificação de risco. Rio Grande do Sul, 2011. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/crmrs/resolucoes/2011/7_2011.htm>. Acesso em: 29/Out/2019

DANTAS, G. et al. Prevalência de transtornos mentais menores e subdiagnósticos de sintomas depressivos em mulheres na atenção primária. **Revista HCPA**. v. 31, n. 4, p. 418-421, 2011. ISSN: 2357-9730 Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/20281>>. Acesso em: 06/Set/2018.

DELL'OSSO, B.; LADER, M. Do benzodiazepines still deserve a major role in the treatment of psychiatric disorders? A critical reappraisal. **Eur Psychiatry**. 2013;v 28 p.7-20. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22521806>>. Acesso em: 29/Ago/2019

FEGADOLLI, C.; VARELA, N. M. D.; CARLINI, E. L. A. Uso e abuso de benzodiazepínicos na atenção primária à saúde: práticas profissionais no Brasil e em Cuba. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 35, n. 6, e00097718, 2019 disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000705007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11/Nov/ 2019.

FERNANDES, L. et al . Saúde Mental em Medicina Geral Familiar – obstáculos e expectativas percebidos pelos Médicos de Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 3, p. 797-805, Mar. 2017 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002300797&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03/Nov/2019

FERREIRA, L. et al . Educação Permanente em Saúde na atenção primária: umarevisão integrativa da literatura. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 43, n. 120, p. 223-239, Mar. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000100223>. Acesso em: 31/Ago/2019.

FARRELL, B. et al. Deprescribing guidelines: An international symposium on development, implementation, research and health professional education. **Res Social Adm Pharm**, Sep 18 2018. ISSN 1551-7411. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.sapharm.2018.08.010>>. Acesso em: 03/Set/2018.

FERRAZZA, D. A. et al . A banalização da prescrição de psicofármacos em um ambulatório de saúde mental. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto , v. 20, n. 47, p. 381-390, Dec. 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2010000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08/Nov/2018.

FIORELLI, K.; ASSINI, F. L. The prescription of benzodiazepines in Brazil: a literature review. **ABCS health sci** ; 42(1): 40-44, 26 abr.2017. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-833095>>. Acesso em: 08/Set/2018.

FIRMINO, K. F. et al. Utilização de benzodiazepínicos no Serviço Municipal de Saúde de Coronel Fabriciano, Minas Gerais. **Cad. Saúde Pública**, vol. 17, núm. 1, Jan, 2012, pp. 157-166Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63020622017> >. Acesso em: 10/Set/2018.

FONTES, Renata Aparecida. **Estudo descritivo do consumo referido de psicofármacos em Ouro Preto Minas Gerais (2006)**.Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas – CIPHARMA, Universidade Federal de Ouro Preto, Minas Gerais, 2009.

FORSAN, Maria Aparecida. **O uso indiscriminado de benzodiazepínicos: Uma análise crítica das práticas de prescrição, dispensação e uso prolongado**. 2010. Monografia do Curso apresentado do curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família - Universidade Federal de Minas Gerais - Campos Gerais.

FUKUDA, C. C. et al . Mental health of young Brazilians: Barriers to professional help-seeking. **Estud. psicol.** Campinas , v. 33, n. 2, p. 355-365, June 2016 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2016000200355&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 /Nov/2019.

GUIMARÃES, Ana Cláudia Oliveira. **Uso e abuso dos Benzodiazepínicos: Revisão bibliográfica para os profissionais de saúde da atenção básica**. 2013. Monografia do Curso apresentado do curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família - Universidade Federal de Minas Gerais - Belo Horizonte. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4255.pdf>> Acesso em: 29/Ago/2019

ISLAM, M. M., et al. Twenty-year trends in benzodiazepine dispensing in the Australian population. *Intern Med J.* 2013 Jan;44(1):57-64. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24450521>>. Acesso em: 28/Ago/2019.

JOHNSON, E; EMANI, V. K.; REN, J. Breadth of coverage, ease of use, and quality of mobile point-of-care tool information summaries: an evaluation. *JMIR Mhealth Uhealth.* 2016;4(4):e117. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5081478/>> Acesso em: 11/Nov/2019

LEMOS, C. L. S. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente?. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 21, n. 3, p. 913-922, Rio de Janeiro Mar. 2016 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000300913&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 31/Ago/2019.

MACHADO, M. B. et al. Prevalence of anxiety disorders and some comorbidities in elderly: a population-based study. *J. bras. psiquiatr.*, v. 65, n. 1, p. 28-35, 03/2016 2016. ISSN 0047-2085. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0047-20852016000100028&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 15/Set/2018.

MARTINS, P. P. S. et al. Participação da Família no Tratamento em Saúde Mental como Prática no Cotidiano do Serviço. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 32, n. 4, 00/2016 2016. ISSN 0102-3772. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-37722016000400216&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 06/Set/2018.

MATTOS, et al. Plantas medicinais e fitoterápicos na Atenção Primária em Saúde: percepção dos profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(11):3735-3744, 2018. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n11/1413-8123-csc-23-11-3735.pdf>>. Acesso em: 17/Nov/2019

MENDES, Karla Carolina do Couto. **O uso prolongado de benzodiazepínicos - uma revisão de literatura.** Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Belo Horizonte, 2013.

MOTA, D. M.; VIGO, Á.; KUCHENBECKER, R. S. Reações adversas a medicamentos no sistema de farmacovigilância do Brasil, 2008 a 2013: estudo descritivo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 8, e00148818, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019001005005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10/Nov/2019.

Ndukwe, H. C. et al. Psychotropic Medicine Utilization in Older People in New Zealand from 2005 to 2013. **Drugs & Aging**. (2014) 31:755–768. DOI 10.1007/s40266-014-0205-1 Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25204576>>. Acesso em: 28/Ago/2019.

Ng, BJ, Le Couteur, DG, & Hilmer, SN. Deprescribing Benzodiazepines in Older Patients: Impact of Interventions Targeting Physicians, Pharmacists, and Patients. **Drugs & Aging**. (2018) 35 (6), 493-521. doi: 10.1007 / s40266-018-0544-4. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29705831>> . Acesso em> 10/Nov/2019

NUNES, B. S.; BASTOS, F. M. Efeitos colaterais atribuídos ao uso indevido e prolongado de benzodiazepínicos. **saúde & Ciência em ação - Revista acadêmica do Instituto de Ciência e Saúde**, v. v.3, p. 71-82, 2017-04-14 2017. ISSN 24479330. Disponível em: <<http://revistas.unifan.edu.br/index.php/RevistaICS/article/view/234/177>>. Acesso em: 09/Out/2018.

Olfson M, King M, Schoenbaum M. Benzodiazepina Use nos Estados Unidos. **JAMA Psychiatry**. 2015; 72 (2): 136-142. doi: 10.1001 / jamapsychiatry.2014.1763. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2019955>> Acesso em: 28/Ago/2019.

ORLANDI, P.; NOTO, A. R. Misuse of benzodiazepines: a study among key informants in São Paulo city. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 13, n. SPE, p. 896-902, 10/2005 2005. ISSN 0104-1169. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692005000700018&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 08/Out/2018.

PELEGRINI, M. R. F. O Abuso de Medicamentos Psicotrópicos na Contemporaneidade. **Psicologia Ciência E Profissão**, Brasília, v. 23, n. 1, p. 38-41, mar de 2003. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-

98932003000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30/Ago/2019.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932003000100006>.

PEREIRA, A. A.; ANDRADE, D. C. L. Estratégia Educacional em Saúde Mental para Médicos da Atenção Básica. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , 42 (1) : 4-12; 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022017000400478&lng=en&nrm=isso>. Acesso em: 02/Nov/2019.

PEREIRA, A. A. COSTA, A. N. MEGALE, R. F. Saúde Mental para Médicos que Atuam na Estratégia Saúde da Família: uma Contribuição sobre o Processo de Formação em Serviço. **Revista Brasileira De Educação Médica**, 36 (2) : 269-279; 2012. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n2/17.pdf>>. Acesso em 16/Nov/2019

POLLMANN, A. S. et al. Deprescribing benzodiazepines and Z-drugs in community-dwelling adults: a scoping review. **BMC Pharmacology and Toxicology**. v.16; 2015. DOI 10.1186/s40360-015-0019-8. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26141716>>. Acesso em: 16/Nov/2019

POTTIE, K. et al. Deprescribing benzodiazepine receptor agonists. **Canadian Family Physician**2018, 64 (5) 339-351. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29760253/>>. Acesso em: 12/Nov/2019

PROROK , J.C. et al. The quality, breadth, and timeliness of content updating vary substantially for 10 online medical texts: an analytic survey. **J Clin Epidemiol**. 2012 Dec;65(12):1289-95. doi: 10.1016/j.jclinepi.2012.05.003. Epub 2012 Sep 10. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22974495>>. Acesso em 11/Nov/2019

REEVE, E.; THOMPSON, W.; FARRELL, B. Deprescribing: A narrative review of the evidence and practical recommendations for recognizing opportunities and taking action. **Eur J Intern Med**, v. 38, p. 3-11, Mar 2017. ISSN 0953-6205. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.ejim.2016.12.021>>. Acesso em: 03/Set/2018.

ROCHA, Ed Karlo Portes. **O uso crônico de benzodiazepínicos na saúde do idoso**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Governador Valadares, 2014.Monografia(Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Protocolos da Rede de Atenção Psicossocial de Santa Catarina**. (Org.: Serrano, A.I.). ISBN 978-85-62522-13-0. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, 2016. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/?option=com_content&view=article&id=5313:protocolos-da-rede-de-atencao-psicossocial&catid=1019:protocolos-e-diretrizes-terapeuticas>. Acesso em: 01/Out/2018.

SANTOS, P. C.C, PEDROSO, L. A., SEBASTIAO, E. C. O. O abuso de psicofármacos na atualidade e a medicalização da vida. **BJHP**, volume 1, número 4, 2019. Disponível em: <https://www.crfmg.org.br/imagens/BJHP_vol1_Dez2019.pdf>. Acesso em 12/Dez/2019

SCHEFFER, M. et al. **Demografia Médica no Brasil 2018**. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018. 286 p. ISBN: 978-85-87077-55-4

SEBASTIÃO, Elza Conceição de Oliveira. **Intervenção farmacêutica na qualidade assistencial e nas reações adversas da amitriptilina prescrita para pacientes ambulatoriais do Sistema Único de Saúde de Ribeirão Preto (SP)**. 2005. Tese (Doutorado em Fármacos e Medicamentos) - Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005. doi:10.11606/T.60.2005.tde-10052007-091141.

SEBASTIÃO E. C. O. ; PELÁ I. R. Consumo de psicotrópicos: análises de receitas médicas ambulatoriais como base para estudos de problemas relacionados com medicamentos. **Seguim Farmacoter** 2004; 2(4): 250-266. Disponível em:< <http://www.cipf-es.org/sft/vol-02/250-266.pdf>>. Acesso em: 06/Nov/2019

SHIRAMA, F. H.; MIASSO, A. I. Consumption of psychiatric drugs by patients of medical and surgical clinics in a general hospital. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 4, p. 948-955, Aug. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000400948&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08/Nov/2018.

SILVA, P. A. D. S. D. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados entre idosos de um município do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 639-646, 02/2018 2018. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232018000200639&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 07/Set/2018.

SILVA, R. O.; BATISTA, L. M.; ASSIS, T. S. Profile analysis of benzodiazepine use among users of a university hospital in Paraíba. **Rev. Bras. Farm.**, v. 94, n. 1, p. 59-65, 2013. Disponível em: <<http://www.rbfarma.org.br/files/rbf-2013-94-1-9.pdf>>. Acesso em 25/Ago/2018.

SILVEIRA, S. T. D. et al. A Dispensação de Psicofármacos em um Município de Pequeno Porte: Considerações Acerca da Medicalização da Vida. **Psicol. pesq.**, v. 10, n. 1, p. 17-25, 06/2016 2016. ISSN 1982-1247. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1982-12472016000100004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 01/Out/2018.

SINGH, I; OOSTHUIZEN, F. A retrospective review on benzodiazepine use: A case study from a chronic dispensary unit. **South African Medical Journal**, [S.l.], v. 109, n. 2, p. 127-132, jan. 2019. ISSN 2078-5135. Disponível em: <<http://www.samj.org.za/index.php/samj/article/view/12534>>. Acesso em: 31/Ago/2019.

SOALHEIRO, N. I.; MOTA, F. S. Medicalização da vida: Doença, Transtornos e Saúde Mental / Medicalization of life: Disease, Disorders and Mental Health. **Rev. Polis e Psique**, v. 4 n. 2, p. 65-85, 2014. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/49807>>. Acesso em: 25/Ago/2018.

SOUSA, D. A. et al. Revisão sistemática de instrumentos para avaliação de ansiedade na população brasileira. **Aval. psicol.**, v. 12, n. 3, p. 397-410, 12/2013 2013. ISSN 1677-0471. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1677-04712013000300015&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso 20/Set/2018.

THIAGO, S. C. S. ; TESSER, C. D. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 45, n. 2, p. 249-257, Abr. 2011 . Disponível <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15/Nov/ 2019

UNIFRAN, U. D. F.-. et al. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADO NO CONTEXTO CLÍNICO E SOCIAL: REVISÃO DE LITERATURA. **Revista Nucleus**. v. 15, n. 1,2018. Disponível em:

<<http://www.nucleus.feituverava.com.br/index.php/nucleus/article/view/2700>>. Acesso em: 06/Set/2018.

VARELA, D. S. S. AZEVEDO, D. M. Saberes e práticas fitoterápicas de médicos na Estratégia Saúde da Família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12 n. 2, p. 273-290, maio/ago. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v12n2/a04v12n2.pdf>>. Acesso em: 17/Nov/2019

VICENS, C. et al. Intervention to reduce benzodiazepine prescriptions in primary care, study protocol of a hybrid type 1 cluster randomised controlled trial: the BENZORED study. **BMJ Open**. 2019; 9:e022046. doi: 10.1136/bmjopen-2018-022046. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30705235>>. Acesso em: 08/Nov/2019

Vieira H. C.; Castro A. E.; Júnior Schuch V.F. O uso de questionários via e-mail em pesquisas acadêmicas sob a ótica dos respondentes. **XIII SEMEAD Seminários em administração**. 2010. Disponível em: <http://www.pucrs.br/ciencias/viali/tic_literatura/artigos/outros/questionarios.pdf>. Acesso em 02/Nov/2019.

WALLIS, K. A.; ANDREWS, A.; HENDERSON, M. Swimming Against the Tide: Primary Care Physicians' Views on Deprescribing in Everyday Practice. **Ann Fam Med**. 2017-07-01 017. Disponível em: <<http://www.annfammed.org/content/15/4/341.long>>. Acesso em: 03/Set/2018.

XAVIER, M. D. S. et al. O significado da utilização de psicofármacos para indivíduos com transtorno mental em acompanhamento ambulatorial. **Escola Anna Nery**, v. 18, n. 2, p. 323-329, 06/2014 2014. ISSN 1414-8145. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-81452014000200323&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 09/Set/2018.

World Health Organization. Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2014. 285p. Disponível em: <https://www.whocc.no/atc_ddd_methodology/who_collaborating_centre/>. acesso em: 28 /Ago/2019

ZANELLA, M. et al . Medicalização e saúde mental: Estratégias alternativas. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto , n. 15, p. 53-62, jun. 2016

. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602016000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08/Nov/2018.

ZORZANELLI, R. T. et al. Consumo do benzodiazepínico clonazepam (Rivotril ®) no Estado do Rio de Janeiro, 2009-2013: Estudo ecológico. **Cien Saude Colet**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 3129-3140, Aug. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000803129&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22/Out/2019.

8. ANEXOS

ANEXO A – APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
OURO PRETO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FATORES DETERMINANTES DA PRESCRIÇÃO DE BENZODIAZEPÍNICOS EM OURO PRETO E MARIANA

Pesquisador: ELZA CONCEIÇÃO DE OLIVEIRA SEBASTIÃO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 18965219.8.0000.5150

Instituição Proponente: Universidade Federal de Ouro Preto

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.628.079

Apresentação do Projeto:

Estudo transversal prospectivo com prescritores da rede básica de saúde (ABS) de Ouro Preto e Mariana, MG, onde serão abordados por correio eletrônico e preencherão formulários online. Objetiva oferecer contribuições para a prática clínica, para a pesquisa em saúde mental e para a gestão ao apontar fatores que podem perpetuar a questão do uso crônico e elevado de benzodiazepínicos (BDZ) pela população atendida no SUS de Ouro Preto e Mariana.

Os resultados desta proposta podem ser diretamente aplicados nos serviços de saúde dos municípios referidos como forma de favorecer o entendimento dos fatores que levam os médicos a prescrever um determinado psicofármaco e perpetuarem seu tratamento e que possam tratar o indivíduo com sofrimento mental de forma mais holística ou menos agressiva, preferencialmente com tratamentos que produzam menor dependência química e psíquica.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar fatores que induzem a prescrição de benzodiazepínicos que contribuem para o uso indiscriminado na região de Mariana e Ouro Preto no tratamento de transtornos de saúde mental.

Objetivo Secundário:

- a. Apontar os possíveis fatores que induzem e facilitam a prescrição e o uso de benzodiazepínicos;
- b. Identificar possíveis consequências clínicas, sociais e econômicas do uso/prescrição irracional

Endereço: Morro do Cruzeiro-Centro de Convergência
Bairro: Campus Universitário CEP: 35.400-000
UF: MG Município: OURO PRETO
Telefone: (31)3559-1368 Fax: (31)3559-1370 E-mail: cep.propp@ufop.edu.br

Continuação do Parecer: 3.528.079

destes fármacos;

- c. Elaborar material educativo impresso e virtual para a população leiga para prevenir e conscientizar dos riscos do uso continuado e da dependência;
- d. Elaborar estratégias específicas de educação continuada para os médicos da atenção básica visando a prescrição racional de psicofármacos e uso de PIC's específicas;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não será feita nenhuma atividade que traga qualquer desconforto ou incômodo físico aos participantes. Nada que lhes provoque dor ou problema físico, nenhum tipo de atividade que comprometa a integridade de seus corpos ou risco às suas vidas. A colaboração para o desenvolvimento dessa pesquisa é totalmente voluntária e os sujeitos podem escolher não responder a qualquer uma ou todas as perguntas apresentadas no questionário, podendo a qualquer momento desistir de participar desse estudo ou retirar o consentimento. É importante deixar claro que os resultados desta pesquisa irão resultar em artigo e serão publicados, mas em nenhum momento desse estudo, as pessoas que estarão trabalhando com os dados identificarão os sujeitos. Informamos também que os sujeitos não receberão dinheiro ou outra recompensa para participar dessa pesquisa, mas também não terão nenhuma despesa. Importante reforçar que a participação ou não nesse serviço em nada vai alterar o tipo e a qualidade de seu atendimento em qualquer unidade de saúde do Brasil.

Benefícios:

Os participantes receberão informações científicas de profissionais da área de saúde, sem nenhum ônus, atualizadas e que os(as) capacitarão ainda mais na sua prática cotidiana. Ao final da pesquisa, todos os participantes receberão materiais informativos de atualização sobre terapêutica medicamentosa e não medicamentosa de transtornos da saúde mental. Para a gestão dos municípios, os resultados poderão servir de base para estratégias sanitárias

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto extremamente interessante, importante e atual. Do ponto de vista teórico-metodológico, o projeto parece ser bastante consistente. Acredito que os resultados desta pesquisa oferecerão uma contribuição muito importante para a academia, o governo e a sociedade.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Tanto sob o ponto de vista documental, quanto da perspectiva ética, não foram identificadas

Endereço: Morro do Cruzeiro-Centro de Convergência
 Bairro: Campus Universitário CEP: 35.400-000
 UF: MG Município: OURO PRETO
 Telefone: (31)3559-1368 Fax: (31)3559-1370 E-mail: oep.propp@ufop.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
OURO PRETO



Continuação do Parecer: 3.628.079

nenhuma pendência nos termos de apresentação obrigatória, assim como no QUESTIONARIO ELETRONICO DE OBTENÇÃO DA PERCEPÇÃO MEDICA SOBRE USO DE PSICOFARMACOS, que impeça sua aprovação pelo CEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pe los motivos descritos acima, não havendo nenhuma pendência documental, nem tampouco problema de natureza ética, recomendo a aprovação deste projeto de pesquisa

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFOP, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e/ou Res. CNS 510/16, manifesta-se pela APROVAÇÃO deste protocolo de pesquisa. Ressalta-se ao pesquisador responsável pelo projeto o compromisso de envio ao CEP/UFOP, um ano após o início do projeto, do relatório final ou parcial de sua pesquisa, encaminhado por meio da Plataforma Brasil, informando, em qualquer tempo, o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1380931.pdf	12/08/2019 12:41:01		Acelto
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	12/08/2019 12:40:24	ELZA CONCEIÇÃO DE OLIVEIRA SEBASTIÃO	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	BROCHURADETALHADA.pdf	12/08/2019 10:41:28	ELZA CONCEIÇÃO DE OLIVEIRA SEBASTIÃO	Acelto
Outros	anuenciamariana.pdf	12/08/2019 10:34:16	ELZA CONCEIÇÃO DE OLIVEIRA SEBASTIÃO	Acelto
Outros	anuenciaouropreto.pdf	12/08/2019 10:34:01	ELZA CONCEIÇÃO DE OLIVEIRA SEBASTIÃO	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	custeloprojeto.pdf	12/08/2019 10:27:03	ELZA CONCEIÇÃO DE OLIVEIRA SEBASTIÃO	Acelto
Outros	QUESTIONARIOELETRONICO.pdf	12/08/2019 10:16:42	ELZA CONCEIÇÃO DE OLIVEIRA SEBASTIÃO	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE.pdf	12/08/2019 10:08:19	ELZA CONCEIÇÃO DE OLIVEIRA	Acelto

Endereço: Morro do Cruzeiro-Centro de Convergência
 Bairro: Campus Universitário CEP: 35.400-000
 UF: MG Município: OURO PRETO
 Telefone: (31)3559-1368 Fax: (31)3559-1370 E-mail: cep.propq@ufop.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
OURO PRETO



Continuação do Parecer: 3.628.079

Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	12/08/2019 10:08:19	SEBASTIÃO	Acelto
---------------------------	----------	------------------------	-----------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

OURO PRETO, 08 de Outubro de 2019

Assinado por:

EVANDRO MARQUES DE MENEZES MACHADO
(Coordenador(a))

Endereço: Morro do Cruzeiro-Centro de Convergência
 Bairro: Campus Universitário CEP: 35.400-000
 UF: MG Município: OURO PRETO
 Telefone: (31)3559-1368 Fax: (31)3559-1370 E-mail: oep.propp@ufop.edu.br

ANEXO B - QUESTIONÁRIO DE OBTENÇÃO DA PERCEPÇÃO MÉDICA SOBRE O USO DE PSICOFÁRMACOS

QUESTIONÁRIO DE OBTENÇÃO DA PERCEPÇÃO MÉDICA SOBRE O USO DE PSICOFÁRMACOS

Questionário desenvolvido para o Trabalho de Conclusão de Curso de Paulo Cezar Corraide dos Santos sob orientação da Dr^a. Elza Sebastião, o projeto é intitulado: "Fatores determinantes da prescrição de benzodiazepínicos no Sistema Único de Saúde da região de Mariana e Ouro Preto."

1. Endereço de e-mail *

2. 1- Sexo

Marcar apenas uma oval.

Feminino

Masculino

3. 2- Idade

Marcar apenas uma oval.

20 - 30 anos

31 - 40 anos

41 - 50 anos

51 - 60 anos

mais de 60

4. 3- Tem pós-graduação?

Marcar apenas uma oval.

Não

Especialização

Mestrado

Doutorado

Pós-doutorado

5. 4- Qual sua especialidade/Residência?

Caso não tenha, deixe em branco.

6. 5- Em qual universidade se formou e em que ano?

ex.: Universidade Federal de Ouro Preto em 2019.

7. 6- Há quantos anos clínica na mesma especialidade?*Marcar apenas uma oval.*

- menos de 1 ano
 de 1 a 3 anos
 de 3 a 6 anos
 de 6 a 8 anos
 de 8 a 10 anos
 mais de 10 anos

8. 7- Há quantos anos trabalha no sistema Único de Saúde?*Marcar apenas uma oval.*

- menos de 1 ano
 de 1 a 3 anos
 de 3 a 6 anos
 de 6 a 8 anos
 de 8 a 10 anos
 mais de 10 anos

9. 8- Qual setor o(a) Dr.(*) atua, em que área e período do dia?*Exemplos: Atenção primária, setor público no período da manhã /Hospital, setor público esquema de plantão. Se trabalhar em mais de um lugar pode colocar de todos.*

10. 9- Quantos pacientes em média atende por dia?*Marcar apenas uma oval.*

- Até 10
 de 11 a 15
 de 16 a 20
 de 21 a 30
 de 31 a 40
 Mais de 41

11. 10- Você atende em qual município?*Marcar apenas uma oval.*

- Apenas em Mariana
 Apenas em Ouro Preto
 Em Mariana e Ouro Preto
 Outro: _____

Das afirmativas abaixo, por favor, marque um x na(s) opção(ões) que melhor reflete(m) sua opinião.

17. 12- O termo reações adversas segundo seu entendimento, está relacionado com:

Marque todas que se aplicam.

- Efeitos colaterais
- Efeitos tóxicos
- Reações de hipersensibilidade
- Reações idiossincráticas
- Exame laboratorial alterado
- Overdose
- Tolerância
- dependência
- Ineficácia
- Efeitos inesperados
- Nenhuma das anteriores
- Outro: _____

Seção sem título

18. 13- Quando o(a) Dr(a) faz a anamnese clínica, lembra-se de questionar o paciente sobre o uso anterior de medicamentos?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não
- As vezes

19. Se sim, por que:

20. 14- Os pacientes normalmente se queixam sobre reações adversas dos psicofármacos?

Marcar apenas uma oval.

- Muitos
- Alguns
- Nenhum

21. 15- Com que frequência o(a) Dr(a) pesquisa, na anamnese, o uso de outros medicamentos para verificar reações adversas ou interações

Marque todas que se aplicam.

- A) Todos os pacientes são questionados
- b) Nenhum paciente, porque nunca me lembro de questionar
- C) Nenhum paciente pois acho que não seja relevante
- d) Alguns pacientes específicos, porque têm determinada condição/enfermidade (qual? Citar no campo correspondente a baixo)
- e) Alguns pacientes específicos porque usam determinados medicamentos (tipo quais, citar no campo correspondente a baixo)
- f) Pacientes que... (citar no campo correspondente a baixo)

22. 15- d) Alguns pacientes específicos, porque têm determinada condição/enfermidade (qual)

23. 15- e) Alguns pacientes específicos porque usam determinados medicamentos (tipo quais, citar no campo correspondente a baixo)

24. 15- f) Pacientes que...

25. 16- O(a) Dr(a) conhece o perfil de reações adversas e Interações dos medicamentos que prescreve?

Marcar apenas uma oval.

- Sim, sei todas as reações adversas
- sei somente as mais frequentes
- sei somente as de maior gravidade
- não conheço bem o perfil de reações adversas/interações dos medicamentos

26. 17- a) O(a) Dr(a) sabe manejar as reações adversas e Interações dos que prescreve?

Marcar apenas uma oval.

- Sim, sei manejar todas reações/interações
- somente as de maior gravidade
- somente as de maior frequência
- não sei

27. b) O(a) Dr(a) sabe desmamar o paciente do uso de BENZODIAZEPÍNICOS (BDZ)?

Marcar apenas uma oval.

- Sim, sei manejar bem o desmame de qualquer psicofármaco
- somente o desmame de ansiolíticos
- somente o desmame de antidepressivos
- Tenho dificuldade, mas mesmo assim realizo
- não sei
- Outro: _____

28. 18- a) O(a) Dr(a) informa ao(s) paciente(s) as reações adversas dos medicamentos que prescreve?

Marcar apenas uma oval.

- não, nunca
- as mais comuns
- as mais graves
- Apenas quando o paciente me questiona sobre
- Outro: _____

29. se não por quê?

Marcar apenas uma oval.

- não conheço bem o rol das reações adversas
- tenho medo de causar baixa adesão a terapêutica pelo paciente
- me esqueço
- não há tempo suficiente
- Outro: _____

30. b) O(a) Dr(a) informa ao(s) paciente(s) sobre o risco de tolerância e dependência dos psicofármacos que prescreve?

Marcar apenas uma oval.

- não, nunca
- não há risco ou risco é baixo
- somente de tolerância
- somente de dependência
- Outro: _____

31. se não, por quê?

Marcar apenas uma oval.

- não conheço bem este risco
- tenho medo de causar baixa adesão a terapêutica pelo paciente
- me esqueço
- não há tempo suficiente
- Outro: _____

32. 19- O(a) Dr(a) tem ou já teve dúvida sobre reações adversas/interações?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

33. Se sim, a qual fonte de informação recorre(u) (uma ou mais opções)

Caso sinta-se a vontade de citar os meios que utiliza (por exemplo: Periódicos da Sociedade Brasileira de Cardiologia, utilize o campo outros)
 Marque todas que se aplicam.

- Nenhuma
- Livros farmacologia
- Centro de Informação sobre medicamentos
- Canal médico (TV/YouTube/ Sites específicos da Internet)
- Colegas
- Dicionário de Especialidades Farmacêuticas
- PDR ou outro handbook
- Panfletos de laboratórios
- Memento terapêutico
- Revistas científicas
- Congressos
- Palestras
- Discussão de casos clínicos
- Professor
- Outro: _____

34. 20- Na sua opinião, qual a frequência (em %) de pacientes que vivenciam reações adversas (de forma geral) na prática diária?

Considere um escala para 100% onde 1=10% e 10= 100%
 Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Seção sem título

35. 21- As melhores formas de educação continuada sobre medicamentos e reações adversas para a sua prática diária seria:

Marque todas que se aplicam.

- Seminários em grupo (equipe de farmácia e terapêutica – farmacêuticos, médicos, enfermeiras)
- Seminários em grupo (médicos)
- Visita de representantes de laboratório
- Palestras de farmacêuticos
- Correspondência direta de artigos/estudos por e-mail/Internet
- Correspondência direta artigos/ estudos por correios
- Material disponibilizado para a unidade de saúde onde trabalho
- Outro: _____

36. 22- Qual sua opinião sobre o que motiva o paciente a consumir cronicamente benzodiazepínicos?

37. 23- Sobre a Política Nacional de Práticas Integrativas Complementares (PNPIC's) Marque todas que se aplicam.

	Sim	Não	Não sabe
O sr(a) tem conhecimento sobre a PNPIC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem Interesse pelas práticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Há oferta de fitoterapia na UBS onde trabalha?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Há oferta de fitoterapia na comunidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Concorda com inclusão da fitoterapia no SUS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38. 24- Quais das práticas complementares a seguir o(a) Sr(a) prescreveria para um paciente com TSM, se estivesse disponível no SUS no município que trabalha? Marque todas que se aplicam.

	Certamente	Talvez	Jamais
Acupuntura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ervas medicinais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fitoterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Homeopatia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Massagem terapêutica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Med. Aюрvédica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Med. Antroposófica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Med. Chinesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Práticas corporais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Práticas de cunho espiritual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reiki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toque terapêutico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

39. 25- Se o paciente durante a consulta te solicita uma receita de BDZ ou outro psicofármaco, você prescreve?

Pode marcar mais de uma alternativa
Marque todas que se aplicam.

- Não, só prescrevo conforme minha anamnese clínica
- Sim, se for um conhecido para evitar um situação desagradável
- Sim, se o paciente realmente tiver indicação clínica para tal medicamento
- Sim, se ele relatar já fazer uso do medicamento mesmo não portando a receita antiga
- Sim, pois tenho pouco tempo para atender e orientar o paciente, prescrevo para ficar livre
- Sim, se o paciente for um funcionário da unidade que trabalho
- Outro: _____

40. 26- Durante o ato de prescrever BDZ como você se sente?

Marque todas que se aplicam.

- Normal, é como prescrever qualquer outro medicamento
- Preocupado, pois conhecer os efeitos colaterais sei que podem produzir dependência
- Desconfortável, principalmente quando os pacientes solicitam as receitas.
- Outro: _____

41. 27- Gostaria de emitir alguma opinião a respeito especificamente sobre o consumo de benzodiazepínicos no município que trabalha?

42. 28- É de seu interesse receber artigos de educação continuada sobre benzodiazepínicos e reações adversas? Se sim mandaremos para o e-mail fornecido no início do questionário.

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA PRECRITORES

Esta pesquisa, que foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Ouro Preto com anuência da Secretária Municipal de Saúde Eliane Cristina Damasceno Coleta e tem como meta principal, conhecer e discutir o perfil da utilização e da prescrição de alguns medicamentos na rede pública, seus determinantes e consequências. A vantagem para o(a) Dr.(a) é que, participando deste estudo, receberá informações científicas de profissionais da área de saúde, sem nenhum ônus, atualizadas e que o(a) capacitará ainda mais na sua prática cotidiana. Ao final da pesquisa, o(a) sr(a) receberá materiais informativos de atualização sobre terapêutica medicamentosa e não medicamentosa de transtornos da saúde mental.

Não será feita nenhuma atividade que lhe traga qualquer desconforto ou incômodo físico, nada que lhe provoque dor ou problema físico, nenhum tipo de atividade que comprometa a integridade de seu corpo ou risco à sua vida.

A colaboração para o desenvolvimento dessa pesquisa é totalmente voluntária e você pode escolher não responder a qualquer uma ou todas as perguntas apresentadas no questionário, podendo a qualquer momento desistir de participar desse estudo ou retirar seu consentimento a qualquer momento. Você poderá obter qualquer informação que quiser.

É importante deixar claro que os resultados desta pesquisa irão resultar em artigo e serão publicados, mas em nenhum momento desse estudo, as pessoas que estarão trabalhando com seus dados saberão que você participou, ou seja, será garantido o sigilo de seus dados, pois você será identificada/o por um código e não por seu nome. As informações analisadas não serão associadas ao nome dos participantes em nenhum documento, relatório e/ou artigo que seja resultante desta pesquisa. Esses procedimentos vão garantir que os dados serão confidenciais. Se você não quiser ou não puder mais participar da pesquisa, poderá pedir aos pesquisadores, a qualquer momento, que apaguem suas respostas.

Informamos também que você não receberá dinheiro ou outra recompensa para participar dessa pesquisa, mas também não terá nenhuma despesa. Importante reforçar que a participação ou não nesse serviço em nada vai alterar o tipo e a qualidade de seu atendimento em qualquer unidade de saúde do Brasil.

Sua participação é importante, pois é através deste tipo de pesquisa que esperamos aumentar nosso conhecimento sobre, por exemplo, que tipo de problemas os médicos padecem para tratar problemas de saúde mental de seus pacientes e como lidam com isto.

Todo o material resultante deste estudo ficará sob a guarda da Prof.^a Dr.^a Elza Conceição de Oliveira Sebastião, em sua sala de trabalho na sala 26 da Escola de Farmácia – Universidade Federal de Ouro Preto, que será guardado e trancado em armário de aço apropriado para esse fim, tornando-se inacessíveis para os alunos e demais professores. Os dados também serão armazenados em sistema de arquivamento virtual (Dropbox) e salvos em DVD protegidos com senha. Esse material ficará armazenado pelo prazo de cinco anos, quando será incinerado. Esses procedimentos garantem a confidencialidade dos dados coletados nesse material durante a condução desse trabalho.

Caso a Sr.(a) queira saber mais detalhes sobre o projeto e os resultados da pesquisa, poderá entrar em contato com a Prof.^a Dr.^a Elza Conceição de Oliveira Sebastião, pelo telefone (31) 99446.8388 ou pelo e-mail elza.oliveira@gmail.com. Caso o/a Sr./Sr.^a tenha alguma dúvida ética com relação ao projeto, poderá entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFOP; Universidade Federal de Ouro Preto, Campus Universitário – Morro do Cruzeiro; Tel: (31) 3559-1367; Email: cep@propp.ufop.br

Se estiver de acordo em participar da pesquisa, por favor, preencha o questionário eletrônico clicando no link fornecido no corpo do e-mail.

Agradecemos a sua participação e já deixamos registrado nosso respeito.
Paulo Cezar Corraide dos Santos
Prof.^a Dr.^a Elza Conceição de Oliveira Sebastião

ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA PRECRITORES

Esta pesquisa, que foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Ouro Preto com anuência do Secretário Municipal de Saúde Danilo Brito das Dores e tem como meta principal, conhecer e discutir o perfil da utilização e da prescrição de alguns medicamentos na rede pública, seus determinantes e consequências. A vantagem para o(a) Dr.(a) é que, participando deste estudo, receberá informações científicas de profissionais da área de saúde, sem nenhum ônus, atualizadas e que o(a) capacitará ainda mais na sua prática cotidiana. Ao final da pesquisa, o(a) sr(a) receberá materiais informativos de atualização sobre terapêutica medicamentosa e não medicamentosa de transtornos da saúde mental.

Não será feita nenhuma atividade que lhe traga qualquer desconforto ou incômodo físico, nada que lhe provoque dor ou problema físico, nenhum tipo de atividade que comprometa a integridade de seu corpo ou risco à sua vida.

A colaboração para o desenvolvimento dessa pesquisa é totalmente voluntária e você pode escolher não responder a qualquer uma ou todas as perguntas apresentadas no questionário, podendo a qualquer momento desistir de participar desse estudo ou retirar seu consentimento a qualquer momento. Você poderá obter qualquer informação que quiser.

É importante deixar claro que os resultados desta pesquisa irão resultar em artigo e serão publicados, mas em nenhum momento desse estudo, as pessoas que estarão trabalhando com seus dados saberão que você participou, ou seja, será garantido o sigilo de seus dados, pois você será identificada/o por um código e não por seu nome. As informações analisadas não serão associadas ao nome dos participantes em nenhum documento, relatório e/ou artigo que seja resultante desta pesquisa. Esses procedimentos vão garantir que os dados serão confidenciais. Se você não quiser ou não puder mais participar da pesquisa, poderá pedir aos pesquisadores, a qualquer momento, que apaguem suas respostas.

Informamos também que você não receberá dinheiro ou outra recompensa para participar dessa pesquisa, mas também não terá nenhuma despesa. Importante reforçar que a participação ou não nesse serviço em nada vai alterar o tipo e a qualidade de seu atendimento em qualquer unidade de saúde do Brasil.

Sua participação é importante, pois é através deste tipo de pesquisa que esperamos aumentar nosso conhecimento sobre, por exemplo, que tipo de problemas os médicos padecem para tratar problemas de saúde mental de seus pacientes e como lidam com isto.

Todo o material resultante deste estudo ficará sob a guarda da Prof.^a Dr.^a Elza Conceição de Oliveira Sebastião, em sua sala de trabalho na sala 26 da Escola de Farmácia – Universidade Federal de Ouro Preto, que será guardado e trancado em armário de aço apropriado para esse fim, tornando-se inacessíveis para os alunos e demais professores. Os dados também serão armazenados em sistema de arquivamento virtual (Dropbox) e salvos em DVD protegidos com senha. Esse material ficará armazenado pelo prazo de cinco anos, quando será incinerado. Esses procedimentos garantem a confidencialidade dos dados coletados nesse material durante a condução desse trabalho.

Caso a Sr.(a) queira saber mais detalhes sobre o projeto e os resultados da pesquisa, poderá entrar em contato com a Prof.^a Dr.^a Elza Conceição de Oliveira Sebastião, pelo telefone (31) 99446.8388 ou pelo e-mail elza.oliveira@gmail.com. Caso o/a Sr/Sr.^a tenha alguma dúvida ética com relação ao projeto, poderá entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFOP; Universidade Federal de Ouro Preto, Campus Universitário – Morro do Cruzeiro; Tel: (31) 3559-1367; Email: cep@propp.ufop.br

Se estiver de acordo em participar da pesquisa, por favor, preencha o questionário eletrônico clicando no link fornecido no corpo do e-mail.

Agradecemos a sua participação e já deixamos registrado nosso respeito.
Paulo Cezar Corraide dos Santos
Prof.^a Dr.^a Elza Conceição de Oliveira Sebastião

ANEXO E – CORPO DO E-MAIL ENVIADO AOS PARTICIPANTES

Google Forms

Prezado(a) Dr(a)

O(a) a Sr(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa: "Os fatores determinantes da prescrição de benzodiazepínicos no Sistema Único de Saúde de Ouro Preto e Mariana."

Sua participação se dará na forma de preenchimento de um questionário eletrônico contendo 28 perguntas, cuja duração deve se dar em torno de 7 minutos e pretende conhecer sua opinião sobre o consumo de psicofármacos no SUS de Mariana e Ouro Preto e possíveis motivadores ou desmotivadores da prescrição médica de psicofármacos.

Para Maiores informações em anexo encontra-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), bem como a anuência para realização da pesquisa fornecida pelo(a) Secretário(a) de Saúde do Município.

Ao clicar no botão abaixo para preencher o questionário, confirmo que li e/ou ouvi os esclarecimentos sobre a pesquisa, fui informado(a) dos objetivos da pesquisa proposta, de maneira clara e detalhada. Esclareci minhas dúvidas e sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações. Declaro que após convenientemente esclarecido(a) e ter entendido(a) o que me foi explicado, aceito participar da pesquisa e assumo que ao preencher e enviar o questionário eletrônico, dou meu consentimento para análise de meus dados.

Agradecemos a sua participação e já deixamos registrado nosso respeito.
Paulo Cezar Corraide dos Santos
Prof.ª Dr.ª Elza Conceição de Oliveira Sebastião

QUESTIONÁRIO DE OBTENÇÃO DA PERCEPÇÃO MÉDICA SOBRE O USO DE PSICOFÁRMACOS

Questionário desenvolvido para o Trabalho de Conclusão de Curso de Paulo Cezar Corraide dos Santos sob orientação da Dr.ª. Elza Sebastião, o projeto é intitulado: "Fatores determinantes da prescrição de benzodiazepínicos no Sistema Único de Saúde da região de Mariana e Ouro Preto."

PREENCHER FORMULÁRIO

[Crie seu próprio formulário do Google.](#)

ANEXO F – CARTILHA

BENZODIAZEPÍNICOS E DESPRESCRIÇÃO

Nadando contra maré: Material sobre a
desprescrição na prática clínica

Paulo Cezar Corraide dos Santos
Cristiane de Paula Rezende
Elza Conceição de Oliveira Sebastião

Escola de Farmácia
Universidade Federal de Ouro Preto
Dezembro 2019



APRESENTAÇÃO ^[1]



A utilização de psicofármacos cresceu tanto nos últimos anos que se tornou reconhecidamente um problema de saúde pública mundial e levou à popularização da expressão “medicalização da vida”. Investigar e questionar o emprego terapêutico dessas substâncias é indispensável para a promoção do uso racional de medicamentos, especialmente os ansiolíticos benzodiazepínicos.

É importante abordar alguns fatores que possam levar os viventes a recorrerem à utilização de psicofármacos como forma de anestesia de suas angústias. Adicionalmente, importa lançar um olhar crítico sobre a prescrição destes medicamentos

É notório que a patologização da vida está intrincada com sua medicalização, reforçando a percepção de que o corpo é uma máquina que deve ser mantida em alta produtividade, erradicando o sofrimento psíquico de forma imediata, com a negação da permissão (ou da necessidade?) do sofrimento, da lida com as inquietações ou com as angústias.

Diversos mecanismos podem estar envolvidos neste fenômeno, inclusive a indústria farmacêutica e suas diversas formas de (des)informação, produzindo não só mercadorias, mas, sobretudo, subjetividades, e induzindo à percepção de que os ansiolíticos constituem-se em objeto mágico revestido pelo brilho de recobrir a falta, o vazio existencial.

Nadando contra a maré, força a pensar em políticas públicas e educacionais que possam ir além do modelo medicalizante e perpetuador da anestesia do sofrimento.

A presente cartilha pretende auxiliar o prescritor no processo de desprescrição de benzodiazepínicos oferecendo alternativas mais salutaras.



- S194b Santos, Paulo Cezar Corraide dos
Benzodiazepínicos e desprescrição [manuscrito]: nadando contra maré: material sobre a desprescrição na prática clínica / Paulo Cezar Corraide dos Santos, Cristiane de Paula Rezende e coordenação de Elza Conceição de Oliveira Sebastião, Ouro Preto: Editora da UFOP, 2019.
13p.: il.; color.
1. Educação em saúde. 2. Medicamentos-Prescrição. 3. Psicotrópicos.
I. Santos, Paulo Cezar Corraide dos. II. Rezende, Cristiane Paula. III. Sebastião, Elza Conceição de Oliveira. VI. Título.

615.214

INTRODUÇÃO

“O serviço prestado por estas substâncias na luta pela felicidade e no afastamento da desgraça é tão apreciado como um benefício que tanto indivíduos quanto povos lhe concederam um lugar permanente na economia de sua libido”. Freud (1930/1980, p. 86) apud (FERRAZZA, et. al, 2010)

Nos países ocidentais, estima-se que cada clínico teria por volta de 50 pacientes dependentes de benzodiazepínicos (BZD). Destes, 50% desejam descontinuar o uso e 30% acreditam que os médicos chegam inclusive a estimular o uso da medicação [1].

Em geral o número de DDD consumidas em um determinado país, região ou localidade é expressa por 10.000 habitantes ao dia. O resultado indica o número de pessoas em cada 10.000, que podem estar recebendo o tratamento padrão dado em DDD daquele medicamento, no período de um ano [2].

O *Norwegian Medicinal Depot* desenvolveu uma unidade técnica de medida chamada de *Defined Daily Dose* ou dose diária definida, (DDD), a unidade de medida fundamental dos Estudos de Utilização de Medicamentos. É a “dose diária média de um medicamento na sua indicação principal”. Não é dose recomendada, mas sim um valor médio estabelecido de forma arbitrária, de acordo com as recomendações de livros textos e da experiência acumulada sobre cada princípio ativo. É, portanto, uma unidade de comparação internacional que permite comparações em diferentes locais e em diferentes épocas, independente do preço e composição das unidades dos medicamentos [2].

DHD é a transformação da DDD de 10.000 habitantes/dia para 1.000 habitantes/dia [3].

Nas capitais brasileiras, o consumo de BDZ foi de 2,63 DHD no ano de 2010, para 3,66 DHD em 2011, sendo que em 2012 chegou a 4,53 DHD. Esse DHD nos mostra que em 2012, por exemplo, a cada mil moradores das capitais brasileiras, em média 4,5 faziam uso de pelo menos uma dose diária todos os dias do ano de BZD [3].

Na cidade de Ouro Preto-MG, a DHD do diazepam passou de 3,26 para 3,34 enquanto a do clonazepam de 2,33 para 1,79 entre 2016 e 2017. No mesmo estudo, porém na cidade de Mariana-MG a DHD do diazepam passou de 6,57 para 0,72 e de 3,71 para 29,77 para clonazepam, entre os mesmos anos. Nesses casos, utilizou-se a DDD teórica do clonazepam como 8 mg que tem indicação terapêutica como antiepilético, assumindo a DDD de 1 mg de indicada como hipnosedativo/ansiolítico o consumo de clonazepam foi de 18,65 para 14,79 DHD em Ouro Preto e de 29,72 para 23,82 DHD em Mariana [4].

Ou seja, em dois municípios pequenos e interioranos brasileiros, seria aceitável que o consumo em 2017 tenha sido de cerca de 15 pessoas entre mil habitantes (Ouro Preto) e 24 pessoas entre mil habitantes (Mariana) consumindo uma dose de 1mg clonazepam por dia? Vale lembrar que no estudo de Azevedo e colaboradores (2016) na capital mineira (Belo Horizonte) o consumo era de 7,29 DHD, sendo que a população da mesma é quase 40 vezes maior que a população de Mariana e Ouro Preto.

**ESTIMA-SE QUE
QUASE 2% DOS
BRASILEIROS
ADULTOS
SEJAM USUÁRIOS
CRÔNICOS DE
BDZ [7]**

Diante disso, essa cartilha surge como forma de conscientização e orientação aos médicos e demais profissionais da saúde sobre formas complementares de tratamento da ansiedade, pois a proposta de alívio imediato do sofrimento é um apelo bastante atraente, mas acarreta em grande impacto sócio econômico, podendo gerar outros problemas de saúde ao próprio paciente [5, 6].

USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

A Portaria nº 02/2008, instituiu o Comitê Nacional para a Promoção do Uso Racional de Medicamentos (URM), em face do uso abusivo e desnecessário dos medicamentos em todo o mundo, dando visibilidade às inadequações das medidas de regulamentação, da comercialização, publicidade, hábitos de prescrição e formação cultural da população, entre outras.

A OMS considera o uso racional de medicamentos como um dos pontos-chaves na política de medicamentos. O uso irracional de medicamentos por prescritores e consumidores é um problema muito complexo, o qual necessita da implementação de muitas diferentes formas de intervenções ao mesmo tempo. O enfoque para promoção racional de medicamentos também inclui a medicina herbária e tradicional.

“O uso racional de medicamentos parte do princípio que o paciente recebe o medicamento apropriado para suas necessidades clínicas, nas doses individualmente requeridas para um adequado período de tempo e a um baixo custo para ele e sua comunidade [8].”

**O BRASIL É O TERCEIRO
PAÍS CONSUMIDOR DE BZD
EM TODO O MUNDO! [7]**

USO RACIONAL DE BENZODIAZEPÍNICOS

Em saúde mental, a intervenção farmacológica por meio dos psicofármacos é eticamente defensável, quando necessária em processos que carecem de medicamentos. É uma versão do princípio hipocrático. Porém, substituir as necessárias luta humana e angústia produzindo seres não pensantes, não sensíveis, não críticos como robôs e marionetes dependentes química e psiquicamente, não potencializa as características próprias do vivente. Cria um paraíso artificial, uma sociedade de pessoas anestesiadas, que não sofrem, mas também não gozam. Sobretudo, que manifestam uma série de doenças iatrogênicas que por sua vez, irão ser tratadas com mais medicamentos [1]

OS PROBLEMAS GERADOS POR ESSES FARMACOS

330 milhões de dólares foram gastos em BZD no Canadá entre 2012 e 2013 [10].

No Brasil ainda não há estudos evidenciando os altos gastos com BZD, porém os problemas, infelizmente, vão muito além dos prejuízos aos cofres públicos. Esses medicamentos podem causar efeitos leves, como sonolência diurna, e mais grave como perda da memória e da função cognitiva.

Também, podem levar ao desequilíbrio, quedas, diminuição da produtividade,

maior possibilidade de acidentes de trânsito [11, 12, 13]. Alguns relatos descrevem o surgimento de tolerância, perda do efeito sobre a insônia e da função ansiolítica, dependência e crises de abstinência [14] principalmente, quando esses são prescritos em doses elevadas, de alta potência e meia vida curta [11].



50%

Em pesquisa realizada em Ouro Preto e Mariana no ano de 2019 a maioria dos médicos respondentes com atuação na atenção primária (n=12 ; 66,6%) declara que metade dos seus pacientes se queixam de reações adversas de psicofármacos para manejo da ansiedade [15].

DESPRESCRIÇÃO:

"Nadando contra a maré"

Pode-se definir "desprescrição" como uma prática que traz uma nova visão para as prescrições médicas, que por meio de revisões e análises sistemáticas de artigos, levam a um processo de substituição, retirada e alterações de dosagens de alguns medicamentos e, às vezes, até a inserção de outros mais seguros. Tal prática é sempre supervisionada por um profissional da saúde com o objetivo de melhorar a farmacoterapia do paciente, visando que este utilize os medicamentos necessários, efetivos e seguros para sua condição de saúde [16, 17, 18]

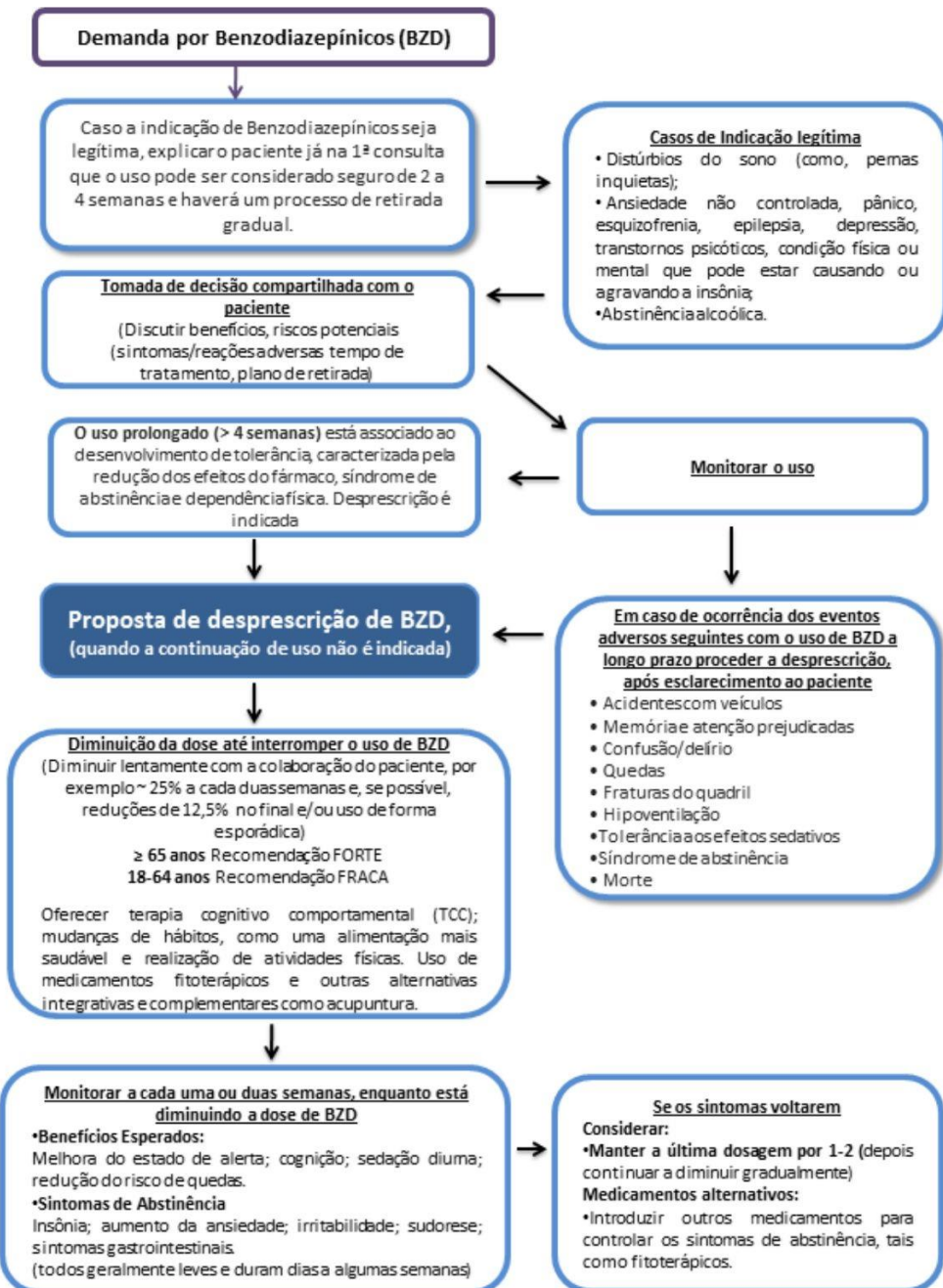
Para o sucesso da desprescrição, é imperativo considerar a experiência subjetiva dos pacientes em relação ao uso de BZD. Nesse processo os profissionais de saúde devem explicar os benefícios da possível desprescrição, os problemas relacionados ao uso crônico de BZD, a melhoria das condições de saúde no caso da desprescrição. Diante dessa tomada de decisão compartilhada com o paciente, o profissional de saúde deve propor um plano de redução gradual, monitorando os sintomas de abstinência.

O profissional deve verificar os seguintes itens:



NORTEANDO A DESPRESCRIÇÃO

O algoritmo a seguir é uma maneira de nortear o profissional durante o processo de desprescrição de BZD.



Referências

- ¹ Pottie K, Thompson W, Davies S, Grenier J, Sadowski C, Welch V, Holbrook A, Boyd C, Swenson JR, Ma A, Farrell B (2016). Evidence-based clinical practice guideline for deprescribing benzodiazepine receptor agonists;
- ² Morais, E. N. A Arte da (des)prescrição no Idoso – A dualidade Terapêutica. Folium Editorial, Belo Horizonte, 2018.

FERRAMENTA UTIL NO PROCESSO DE "DESPRESCREVER"

Utilizando a tecnologia a favor de você e dos pacientes

"O Medstopper é uma ferramenta para ajudar médicos e pacientes a tomar decisões sobre a redução ou interrupção de medicamentos. Ao entrar na lista de medicamentos que um paciente está recebendo, o Medstopper sequencia os medicamentos de "mais propensos a parar" a "menos propensos a parar", com base em três critérios principais: o potencial do medicamento para melhorar os sintomas, seu potencial para reduzir a risco de doenças futuras e sua probabilidade de causar danos. Também são fornecidas sugestões de como diminuir o medicamento."



MedStopper is a deprescribing resource for healthcare professionals and their patients.

- 1 Frail elderly?
- 2 Generic or Brand Name:
- 3 Select Condition Treated:

Generic Name	Brand Name	Condition Treated	Add to MedStopper
diazepam	Valium	anxiety	ADD

MedStopper Plan

Arrange medications by: Stopping Priority CLEAR ALL MEDICATIONS PRINT PLAN

Stopping Priority RED=Highest GREEN=Lowest	Medication/ Category/ Condition	May Improve Symptoms?	May Reduce Risk for Future Illness?	May Cause Harm?	Suggested Taper Approach	Possible Symptoms when Stopping or Tapering	Beers/STOPP Criteria
X	clonazepam (Klonopin) / Benzodiazepine / anxiety	😊	😞	😞	If used daily for more than 3-4 weeks. Reduce dose by 25% every week (i.e. week 1-75%, week 2-50%, week 3-25%) and this can be extended or decreased (10% dose reductions) if needed. If intolerable withdrawal symptoms occur (usually 1-3 days after a dose change), go back to the previously tolerated dose until symptoms resolve and plan for a more gradual taper with the patient. Dose reduction may need to slow down as one gets to smaller doses (i.e. 25% of the original dose). Overall, the rate of discontinuation needs to be controlled by the person taking the medication.	rebound insomnia, tremor, anxiety, as well as more serious, rare manifestations including hallucinations, seizures, and delirium	Details

<http://medstopper.com/>

• O idioma do site é o inglês, mas se você não tem domínio, pode utilizar a ferramenta de tradução automática disponível no google chrome

PRÁTICAS INTEGRATIVAS COMPLEMENTARES (PIC'S) NO TRATAMENTO DA ANSIEDADE

O Brasil é referência mundial no que se refere à utilização e disponibilização de práticas integrativas complementares na atenção básica. Atualmente são oferecidas 29 PIC's no Sistema Único de Saúde (SUS).

A fitoterapia é a PIC mais difundida na região de Ouro Preto e Mariana [15], por isso elaboramos uma tabela resumo contendo alguns fitoterápicos para manejo da ansiedade (Quadro 1). O conhecimento dos profissionais de saúde sobre o uso correto de fitoterápicos pode ser uma forma de incentivar o seu uso [19, 20].

“A fitoterapia e o uso de plantas medicinais fazem parte da prática da medicina popular, constituindo um conjunto de saberes internalizados nos diversos usuários e praticantes, especialmente pela tradição oral. Nas décadas de 1940 e 1950, esta prática diminuiu frente ao processo de industrialização, apesar de ser considerada uma forma eficaz de atendimento primário a saúde, podendo complementar o tratamento, principalmente dentre os pacientes de menor renda” [21].

Além da fitoterapia, a prática de acupuntura também apresenta grande aceitação pelos profissionais de saúde. Para a Medicina Tradicional Chinesa, a ansiedade é entendida com uma desordem da mente. Neste contexto, a acupuntura busca deixar o corpo e a mente em harmonia, por meio da estimulação dos meridianos (canis) de energia circulantes no corpo. Segundo a cultura chinesa, um indivíduo em estado de energia harmonizada/equilibrada não adoece [22].

“A OMS indica a acupuntura para o tratamento da ansiedade com eficácia superior à medicação convencional, uma vez que é considerado seguro, fácil de aplicar, não é tóxico, não leva ao abuso ou dependência, os seus efeitos secundários são escassos e mínimos, e suas contraindicações são quase inexistentes” [23].

QUADRO 1 - USO DE FITOTERÁPICOS [24,25]

Nome Forma Farmacéutica	Indicações	Via de administração e posologia	Contra indicações	Efeitos adversos	Superdosagem	Precauções	Interações medicamentosas
Maracujá Planta fresca, cápsulas, extrato líquido e tintura	Ansiolítico e sedativo leve.	Oral. Para adolescentes e adultos: 1) Infusão da droga vegetal - 1-2 g em 150 mL de água fervente, tomar 1-4 vezes por dia (10 a 15 minutos após o preparo). 2) Droga vegetal encapsulada - 0,5-2 g, 1-4 vezes por dia. 3) Extrato líquido (11 em álcool etílico 25%) - 0,5 a 1,0 mL, 3 vezes ao dia. 4) Tintura (18 em álcool 45%) - 0,5 a 2,0 mL, 3 vezes ao dia. A posologia recomendada para adultos é de 3-5 vezes ao dia, e para adolescentes de 3 vezes ao dia. A dose do extrato seco deverá corresponder à posologia das formas acima descritas.	Seu uso é contraindicado durante a gravidez. Não utilizar em casos de tratamento com sedativos e depressores do sistema nervoso.	Existem casos clínicos relacionados de hipersensibilidade, asma ocupacional mediada por IgE e rinite. Doses elevadas poderão causar estados de sonolência excessiva.	Em caso de superdosagem, suspender o uso e procurar orientação médica de imediato. Alguns dos sintomas são: sedação, diminuição da atenção e dos reflexos.	Seu uso não é recomendado em gestantes; lactantes; alcoólicas e diabéticas. Não utilizar em caso de tratamento com medicamentos depressores do sistema nervoso central. Seu uso pode causar sonolência, não utilizar cronicamente, paciente que possivelmente interagir com varfarina. O uso desse fitoterápico associado a drogas inibidoras da monoamino oxidase (isocarboxazida, fenelzina e tranilcipromina) pode potencializar o efeito.	Potencializa os efeitos sedativos do pentobarbital e hexobarbital, aumentando o tempo de início de que as cumarinas presentes na espécie vegetal apresentam ação anticoagulante potencial e possivelmente interagem com varfarina. O uso desse fitoterápico associado a drogas inibidoras da monoamino oxidase (isocarboxazida, fenelzina e tranilcipromina) pode potencializar o efeito.
Valeriana Cápsulas, comprimidos, extratos ou tintura	sedativo moderado, hipnótico e no tratamento de distúrbios do sono associados à ansiedade. Para aliviar um efeito ótimo de tratamento, o uso continuado é recomendado durante 2-4 semanas, não sendo indicado o tratamento agudo.	Oral. Pode ser utilizado para maiores de 12 anos, adultos e idosos. 1) Droga vegetal: de 0,3 a 1 g da droga vegetal para usar o pó em cápsula 2) droga vegetal para preparação do decocto: 1 a 3 g. 3) Extrato aquoso: 1 a 3 g; 4) Tinturas (1,5, etanol 70%) 1 a 3 mL. 5) Alcoolatura: de 2 a 5 mL. 6) Extrato seco: de 45 a 125 mg de dose diária. Posologia - como sedativo leve: 1 a 3 vezes ao dia. Para distúrbios do sono: dose única antes de dormir mais uma dose no início da noite caso seja necessário. Dose máxima diária: 4 vezes ao dia	Contraindicado para menores de 12 anos, grávidas, lactantes e pacientes com histórico de hipersensibilidade e alergia a qualquer componente do fitoterápico.	tonitura, desconforto gastrointest. tinal, alergias de contato, cefaleia e midríase (8-12) Com o uso em longo prazo, os seguintes sintomas podem ocorrer: cefaleia, cansaço, insônia, midríase e desordens cardíacas	Doses de raiz superiores a 20 g podem ocorrer sintomas adversos leves como fadiga, câimbras abdominais, tensão abdominal, tórax, tonitura, tremores e midríase que desaparecem no período de 24 horas após descontinuação do uso. Altas doses de Valeriana podem causar bradicardias, arritmias e redução do peristaltismo intestinal	Não recomendável a sua administração antes de dirigir, operar máquinas ou realizar qualquer atividade de risco que necessite atenção. O uso de altas doses de V. officinalis por muitos anos aumentou a possibilidade de ocorrência de síndrome de abstinência com arelada abrupta do fitoterápico.	Esse fitoterápico pode potencializar o efeito de outros depressores do SNC. Evitar o uso de V. officinalis com a ingestão de bebidas alcoólicas
Camomila Infusão, cápsulas ou comprimidos	Antiespasmódico ANSIOLÍTICO e sedativo leve. Antiinflamatório em afecções da cavidade oral.	Oral: 1) Administrar 150 mL do infuso (5-10 min após o preparo), 3-4 vezes entre as refeições (acima de 12 anos). 2) Administrar 1-4 mL do extrato líquido para adultos (3 vezes ao dia) ou 0,6-2 mL em dose única (crianças maiores que 3 anos) 3) Bochechos e/ou gargarejos: administrar o infuso (5- 10 minutos após o preparo), 3 vezes ao dia. Uso externo tóxico. 4) Compressas: utilizar a infusão preparada com 30-100 g de droga vegetal em 1000 mL de água. 5) Infuso: 6-9 g em 150 mL ou 30-100 g em 1000 mL.	Contraindicado devido à atividade emenagoga e relaxante da musculatura lisa. Não utilizar em crianças menores de 3 anos.	Tem sido descrita dermatite de contato para algumas preparações contendo camomila.	Não foram encontrados dados descritos na literatura consultada sobre problemas decorrentes de superdosagem	Relações sobre segurança e eficácia durante a gestação não estão disponíveis.	interações com varfarina, estatinas e contraceptivos orais

continua

Continuação

Nome Forma Farmacéutica	Indicações	Via de administração e posologia	Contra indicações	Efeitos adversos	Superdosagem	Precauções	Interações medicamentosas
Cimicifuga Comprimido ou cápsulas	Alívio dos sintomas do climatério, como rubor, fogachos, transpiração excessiva, palpitações, alterações do humor. ANSIEDADE e depressão	Oral. Dose diária 1) 6 mg extrato seco (extrato etanólico) 2) 40 - 200 mg de rizomas secos divididos em doses 3) 0,4 - 2 ml da tintura (1:10 em etanol a 60%, diariamente. 4) A raiz em pó ou o chá 1-2 g, três vezes por dia NÃO DEVE SER UTILIZADA POR MAIS DE 6 MESES	Pacientes portadoras de insuficiência hepática. Esse fitoterápico é contraindicado durante a gravidez.	Desconforto gastrointestinal. erupção cutânea, cefaleia e tontura.	Pode causar vertigem, cefaleia, náusea, vômito, hipotensão arterial, distúrbios visuais e circulatórios.	É necessária precaução em pacientes alérgicos à aspirina ou outros salicilatos. Em associação à terapia de reposição hormonal, deve manter-se avaliação médica a cada seis meses.	Antagonização do efeito imunossupressor promovido pela ciclosporina e azatioprina. Pode ocorrer interação com atorvastatina. Deve ser utilizada com cautela se associado a outros agentes hipotensores, comobloqueadores (metoprolol ou propranolol) ou bloqueadores dos canais de cálcio (diltiazem ou verapamil).
Kava-kava comprimidos e extratos secos	Tratamento sintomático de estímulos leves a moderados de ansiedade e insônia, em curto prazo (1-8 semanas de tratamento)	Oral. Dose diária: Droga vegetal ou extratos, equivalente a 60-210 mg de kavapironas ou 100 mg do extrato padronizado (70% de kavapironas), três vezes ao dia; na concentração de 30%, a dose é de 200 mg três vezes ao dia.	Durante a gravidez e lactação, e em pacientes com depressão endógena ou afecções hepáticas. Não deve ser administrado com medicamentos que possam causar hepatotoxicidade. É contra indicado para menores de 12 anos, e para lactantes.	Queixas gastrointestinais, reações alérgicas cutâneas, cefaleia ou tonturas, icterícia ou alguns dos efeitos adversos. O consumo crônico (6 meses) de grandes quantidades da infusão do rizoma (5-6 xícaras/dia) tem sido relatado como causador de anorexia, diarreia edistúrbios visuais.	Os sintomas de intoxicação: ataxia, desequilíbrio, distúrbios da fala, fadiga e sonolência, dificuldade de acomodação visual, dilatação das pupilas, distúrbios do balanço oculomotor, problemas articulares, perda de apetite e de peso e ressecamento da pele acompanhado de coloração amarelada. Adicionalmente foram descritas reações paradoxais com potencialização da ansiedade e ocorrência de lesões hepáticas irreversíveis após superdosagem. Os sintomas de superdosagem melhoram com interrupção da administração	não deve ser administrado por mais de 3 meses. Mesmo quando administrado no intervalo de dosagem recomendada, reflexos motores e a capacidade de dirigir ou operar máquinas pesadas podem ser prejudicados.	Pode potencializar drogas de ação central, tais como álcool, barbitúricos e outros psicofármacos. Foi relatada a interação medicamentosa com alprazolam, cimetidina e terazosina

Esse quadro contém os principais fitoterápicos utilizados como adjuvantes no processo de desprescrição visto que o objetivo era nortear os prescritores nesse processo. Outras opções podem e devem ser utilizadas, mas sempre atentando aos tópicos aqui abordados, como: posologia, efeitos adversos, contraindicações, superdosagem, precauções e interações medicamentosas

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] SANTOS, P. C. C. PEDROSO, L. A. SEBASTIAO, E. C. O. O abuso de psicofármacos na atualidade e a medicalização da vida. BJHP, volume 1, número 4, 2019. Disponível em: <https://www.crfmg.org.br/imagens/BJHP_vol1_Dez2019.pdf>. Acesso em 12/Dez/2019
- [2] SEBASTIÃO E. C. O.; PELÁ I. R. Consumo de psicotrópicos: análises de receitas médicas ambulatoriais como base para estudos de problemas relacionados com medicamentos. Seguint Farmacoter 2004; 2(4): 250-266. Disponível em: <<http://www.cjpf-es.org/sft/vol-02/250-266.pdf>>. Acesso em: 06/Nov/2019
- [3] AZEVEDO A.J.P.D.; ARAUJO, A.A.; FERREIRA, M.A.F. Consumo de ansiolíticos benzodiazepínicos: uma correlação entre dados do SNGPC e indicadores sociodemográficos nas capitais brasileiras. Ciênc. Saúde Colet, 21(1): 83-90, 2016.
- [4] BARROSO, Anna Karolina Raquel Duarte. "MEU REMÉDIO PRA DORMIR, MEU AMIGO INSEPARÁVEL": Uma abordagem sobre o consumo e a percepção de pacientes sobre o uso crônico de benzodiazepínicos. 2018. Monografia apresentada do curso de graduação em Farmácia- Universidade Federal de Ouro Preto - Ouro Preto/ MG. Disponível em: <https://www.monografias.ufop.br/bitstream/35400000/1523/3/MONOGRAFIA_MeuRem%c3%a9dioDormir.pdf>. Acesso em: 29/Ago/2019
- [5] FIRMINO, K. F. et al. Factors associated with benzodiazepine prescription by local health services in Coronel Fabriciano, Minas Gerais State, Brazil. Cad. Saúde Pública, v. 27, n. 6, p. 1223-1232, 06/2011. ISSN 0102-311X. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X201100600019&lng=en&nrm=iso&tng=pt>. Acesso em: 10/Set/2018.
- [6] CAMPOS, N. P. D. S.; ROSA, C. A.; GONZAGA, M. F. N. USO INDISCRIMINADO DE BENZODIAZEPÍNICOS. Revista Saúde em Foco, n. 9, p. 485-491, 2017. Disponível em: <http://www.unifia.edu.br/revista_eletronica/revistas/saude_foco/artigos/ano2017/056_usoindiscriminado.pdf>. Acesso em: 28/Set/2018
- [7] FIORELLI, R.; ASSINI, F.L. The prescription of benzodiazepines in Brazil: a literature review. ABCS Health Sci, 42(1): 40-4, 2017. disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-833095>>. Acesso em 10/Set/2019.
- [8] OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. Uso racional de medicamentos. Brasília (DF). Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=354:uso-razional-de-medicamentos&Itemid=838>. Acesso em: 04/Dez/2019
- [9] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Uso de Medicamentos e Medicalização da Vida: recomendações e estratégias [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. - Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 19/Nov/2019
- [10] POTTIE, K. et al. Deprescribing benzodiazepine receptor agonists. Canadian Family Physician 2018, 64 (5) 339-351. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29760253>>. Acesso em: 12/Nov/2019
- [11] MENDES, Harla Carolina do Couto. O uso prolongado de benzodiazepínicos - uma revisão de literatura. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Belo Horizonte, 2013. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).
- [12] CASTRO, G. et al. Uso de Benzodiazepínicos como automedicação: consequências do uso abusivo, dependência, farmacovigilância e farmacoepidemiologia. Revista Interdisciplinar, V.6, n.1, p.112-123, jan. fev.mar. 2013. ISSN 2317-5079. Disponível em: <<https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/21>>. Acesso em: 13/Set/2018.
- [13] BARLOW, David H; DURAND, V. Mark. Psicopatologia: uma abordagem integrada. 7ed. São Paulo: Cengage Learning, 2015. 752p.
- [14] NUNES, B. S.; BASTOS, F. M. EFEITOS COLATERAIS ATRIBUÍDOS AO USO INDEVIDO E PROLONGADO DE BENZODIAZEPÍNICOS. saúde & Ciência em ação - Revista acadêmica do Instituto de Ciência e Saúde, v. v.3, p. 71-82, 2017-04-14. 2017. ISSN 24479330. Disponível em: <<http://revistas.unifan.edu.br/index.php/RevistaICS/article/view/234/177>>. Acesso em: 09/Out/2018.
- [15] SANTOS, P. C. C. Fatores determinantes da prescrição de benzodiazepínicos por médicos da atenção primária no Sistema Único de Saúde de Ouro Preto e Mariana, 2019. Monografia apresentada do curso de graduação em Farmácia- Universidade Federal de Ouro Preto - Ouro Preto/ MG
- [16] REEVE, E.; THOMPSON, W.; FARRELL, B. Deprescribing: A narrative review of the evidence and practical recommendations for recognizing opportunities and taking action. Eur J Intern Med, v. 38, p. 3-11, Mar 2017. ISSN 0953-6205. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.iejim.2016.12.021>>. Acesso em: 03/Set/2018.
- [17] WALLIS, K. A.; ANDREWS, A.; HENDERSON, M. Swimming Against the Tide: Primary Care Physicians' Views on Deprescribing in Everyday Practice. Ann Fam Med, 2017-07-01 017. Disponível em: <<http://www.annfamem.org/content/15/4/341.long>>. Acesso em: 03/Set/2018.
- [18] FARRELL, B. et al. Deprescribing guidelines: An international symposium on development, implementation, research and health professional education. Res Social Adm Pharm, Sep 18 2018. ISSN 1551-7411. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.sapharm.2018.08.010>>. Acesso em: 03/Set/2018.
- [19] THIAGO, S. C. S.; TESSER, C. D. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 249-257, Abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15/Nov/2019
- [20] VARELA, D. S. S. AZEVEDO, D. M. Saberes e práticas fitoterápicas de médicos na Estratégia Saúde da Família. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 12 n. 2, p. 273-290, maio/ago. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v12n2/a04v12n2.pdf>>. Acesso em: 17/Nov/2019
- [21] BRUNING, M. C. R.; MOSEGUI, G. B. G.; VIANNA, C. M. M. A utilização da fitoterapia e de plantas medicinais em unidades básicas de saúde nos municípios de Cascavel e Foz do Iguaçu - Paraná: a visão dos profissionais de saúde. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2675-2685, Oct. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04/Dez/2019
- [22] Zatesko, P. Ribas-Silva, R. C. Eficácia da Acupuntura no Tratamento de Ansiedade e Estresse Psicológico. Rev Bras Terap e Saúde, 6(2):7-12, 2016. Disponível em: <<http://www.omnipax.com.br/RBTS/artigos/v6n2/RBTS-6-2-2.pdf>>. Acesso em 10/Nov/2019
- [23] Goyat SLT, Avelino CCV, Santos SVM, Souza Jr DI, Gurgel MDSL, Terra FS. Effects from acupuncture in treating anxiety: integrative review. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016;69(3):564-71. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.20166903251>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n3/0034-7167-reben-69-03-0602.pdf>>. Acesso em: 10/Nov/2019
- [24] BRASIL ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC N.º 84, DE 17 DE JUNHO DE 2016. Memento Fitoterápico da Farmacopeia Brasileira - Junho, 2016
- [25] LOCHE, A. M. et al. Diagnosis and Management of generalized anxiety disorder and Panic disorder in Adults. American Family Physician, v.91, n.9, may, 2015. Disponível em: <<https://www.aafp.org/afp/2015/0501/p617.html>>. Acesso em 05/Dez/2019



ELABORAÇÃO E INFORMAÇÕES

Autoria: Paulo Cezar Corraide dos Santos, Cristiane de Paula Rezende, Elza Conceição de Oliveira Sebastião

GRUPO DE ESTUDOS FARMACÊUTICOS - GEPhar
Universidade Federal de Ouro Preto
Escola de Farmácia
Laboratório de Farmácia Clínica
Campus Morro do Cruzeiro
CEP 35.400-000 Ouro Preto - MG
E-mail: gephar.ufop@gmail.com
E-mail do autor: pccorraide@gmail.com

ANEXO G – ARTIGO PUBLICADO

**O abuso de psicofármacos na atualidade e a medicalização da vida***Psychotropic drug abuse nowadays and the medication of life**El abuso de los psicotrópicos en la actualidad ya la medicación de la vida***SANTOS, P.C.C.; PEDROSO, L.A.; SEBASTIAO, E.C.O.***

Escola de Farmácia, Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto/MG, Brasil.

*Correspondence: *Prof.a Dra. Elza Conceição de Oliveira Sebastião

DEFAR, Escola de Farmácia, UFOP

Campus Morro do Cruzeiro s/n, Bauxita, Ouro Preto/MG - CEP 35400-000

Telefone: (31) 3559-1098;

E-mail: elza.sebastiao@ufop.edu.br

RESUMO

A utilização de psicofármacos cresceu tanto nos últimos anos que se tornou reconhecidamente um problema de saúde pública mundial e levou à popularização da expressão "medicalização da vida". Investigar e questionar o emprego terapêutico dessas substâncias é indispensável para a promoção do uso racional de medicamentos, especialmente os ansiolíticos benzodiazepínicos. Este artigo de opinião objetiva abordar alguns fatores que possam levar os viventes a recorrerem à utilização de psicofármacos como forma de anestesia de suas angústias. É notório que a patologização da vida está intrínca com sua medicalização, reforçando a percepção de que o corpo é uma máquina que deve ser mantida em alta produtividade, erradicando o sofrimento psíquico de forma imediata, com a negação da permissão (ou da necessidade?) do sofrimento, da lida com as inquietações ou com as angústias. Diversos mecanismos podem estar envolvidos neste fenômeno, inclusive a indústria farmacêutica e suas diversas formas de (des)informação, produzindo não só mercadorias, mas, sobretudo, subjetividades, e induzindo à percepção de que os ansiolíticos constituem-se em objeto mágico revestido pelo brilho de recobrir a falta, o vazio existencial. Nadando contra a maré, urge pensar políticas públicas e educacionais que possam ir além do modelo medicalizante e perpetuador da anestesia do sofrimento.

Palavras-chave: Medicalização; Psicofármacos, Uso Racional de Medicamentos, Ansiolíticos, desprescrição.

ABSTRACT

The use of psychoactive drugs in Brazil and in the world has been growing in recent years, so that the term "medicalization of life" has become a routine expression, a tide, becoming a global public health problem. It is essential to investigate and question the therapeutic use of these substances, especially benzodiazepine anxiolytics, to promote the rational use of drugs. The present article of opinion aims to address some factors that may lead the living to resort to the use of psychoactive drugs as a form of anesthesia of their anguish. Historically, the pathologization of life is intricate with its medicalization, reinforcing the perception that the body is a machine that must be maintained at all costs in high performance, with immediate eradication of psychic suffering, without permission (or without the need?) of suffering, of dealing with anxieties or anguishes. Several mechanisms may be involved in this phenomenon, including the pharmaceutical industry and its various forms of (dis) information, since it doesn't do exclusively marketing, but mainly subjectivities, inducing the perception that anxiolytics constitute magical objects covered by the glow of supposedly filling in the existential emptiness. Swimming against the tide, it is urgent to think public and educational policies that can go beyond the medicalizer and perpetuating model of the anesthesia of suffering.

Keywords: Medicalization, Psychotropic Drugs, Drug Utilization, Anti-Anxiety Agents, Desprescriptions.

**RESUMEN:**

El uso de drogas psicoactivas en Brasil y en el mundo ha estado creciendo en los últimos años, por lo que el término «medicalización de la vida» se ha convertido en una rutina, una corriente, convirtiéndose en un problema de salud pública mundial. Es esencial investigar y cuestionar el uso terapéutico de estas sustancias, especialmente los ansiolíticos de benzodiazepinas, para promover el uso racional de los medicamentos. El presente artículo de opinión tiene como objetivo abordar algunos factores que pueden llevar a los vivientes a recurrir al uso de drogas psicoactivas como una forma de anestesia de su angustia. Históricamente, la patologización de la vida está íntimamente conectada con su medicalización, lo que refuerza la percepción de que el cuerpo es una máquina que debe mantenerse a todo el coste en alta productividad, con la erradicación inmediata del sufrimiento psíquico, con la denegación del permiso (¿o de la necesidad?) del sufrimiento, de tratar con las ansiedades o angustias. Varios mecanismos pueden estar involucrados en este fenómeno, incluida la industria farmacéutica y sus diversas formas de (des) información, ya que no producen exclusivamente publicidad, sino principalmente subjetividades, induciendo a la percepción de que los ansiolíticos constituyen en objetos mágicos cubiertos por el resplandor de supuestamente llenar la carencia, el vacío existencial. Nadando contra la corriente, es urgente pensar en políticas públicas y educativas que puedan ir más allá del modelo que medicaliza y perpetúa la anestesia del sufrimiento.

Palabras clave: Medicalización, Psicotrópicos, Utilización de Medicamentos, Ansiolíticos, Desprescripciones

Artigo de opinião

A angústia sempre foi para Freud essencial para a vida humana. Para ele, é preciso manter a angústia funcionante para que o indivíduo se encontre e seja potencializado como ser vivente (CAROPRESO, AGUIAR, 2015). Parece paradoxal, mas não é! A vivência de dor é imprescindível, segundo Freud para a elaboração dos afetos. No entanto, têm-se observado que as pessoas no mundo atual possuem baixo limiar de tolerância à angústia e seu aumento implica na necessidade de medicação, prática comum entre psiquiatras e médicos em geral (MENEZES et al., 2014). A medicalização da vida, portanto, é prática induzida por uma sociedade que não aceita o sofrimento e encara a felicidade como obrigação (FERREIRA, 2017).

O termo medicalização da vida surge na década de 1960 e foi utilizado em 1975 pelo filósofo Ivan Illich, para descrever a produção da cultura medicalizada (GAUDENZI, ORTEGA, 2012). Segundo o conceito defendido por ele esta prática se trata de uma invasão da medicina na vida individual, com a utilização medicamentos e cuidados específicos em cada perturbação da vida humana (FERREIRA, 2017). Este processo de medicalização, que nos parece

normal na modernidade, advém de um transcurso de tecnificação do mundo bem como da saúde, desde a explosão farmacológica ocorrida a partir da metade do século passado (SEBASTIAO, 2005).

Tamanho a importância e interesse pelo tema, que diversas entidades, movimentos sociais e pesquisadores da área criaram, em 2010, o *Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade*, que possui ação contínua e objetiva pesquisar, criticar, enfrentar e superar o fenômeno da medicalização da vida (FERREIRA, 2017).

A medicalização ilimitada não só é desejada pelos indivíduos como imposta por uma indústria sedenta de consumidores (FOULCAULT, 1998; ZORZANELLI, CRUZ, 2018). Torna-se num círculo vicioso. Medicaliza-se com antibióticos, analgésicos, suplementos vitamínicos, ansiolíticos, antidepressivos, anti-hipertensivos e por toda e qualquer classe terapêutica. Medicaliza-se crianças, jovens, adultos, idosos. Medicaliza-se as dores físicas e as da alma, as doenças infecciosas e também as crônico-degenerativas, a insônia, o mal estar social, o vazio físico e psíquico (FOULCAULT, 1998; GUARIDO, 2007; ZORZANELLI, CRUZ, 2018).



A indústria farmacêutica, perversa, induz no vivente a percepção de que todo e qualquer mal-estar encontra sua aniquilação em caixinhas, em medicamentos, em objetos mágicos. As academias científicas, influenciadas pela poderosa indústria farmacêutica, ensinam aos médicos que se deve tratar por terapias medicamentosas toda e qualquer mazela do vivente: medicalizar preventivamente e curativamente as capacidades físicas, emocionais e intelectuais (PALMA, VILACA, 2012). Afinal, medicamentos estão disponíveis! Porém, é no vivente que o objeto "mágico" exercerá seus bons e maus efeitos. Estes últimos, embora muito bem conhecidos, não são foco dos usuários nem dos prescritores. A tecnologia, por meio da intervenção farmacológica adquire um caráter humanista se favorece o crescimento humano! No entanto, observa-se que quando a capacidade do sujeito está bloqueada por limitações de processos químicos, diminui sua autonomia e, por conseguinte, sua liberdade!

Em saúde mental, a intervenção farmacológica por meio dos psicofármacos é eticamente defensável e é uma ferramenta de alto valor quando necessária em processos que carecem de intervenção química (MENEZES et al., 2014). É uma versão do princípio hipocrático. Porém, substituir as necessárias luta humana e angústia produzindo seres não pensantes, não sensíveis, não críticos como robôs e marionetes dependentes química e psiquicamente, não potencializa as características próprias do vivente (BIANCHI et al., 2016). Cria um paraíso artificial, uma sociedade de pessoas anestesiadas, que não sofrem, mas também não gozam. Mas que manifestam uma série de doenças iatrogênicas que por sua vez, irão ser tratadas com mais medicamentos (CASAS-MARTINEZ, 2005).

Nos países ocidentais, em média, cada clínico teria por volta de 50 pacientes dependentes de benzodiazepínicos (BZD), e destes, 50% desejam descontinuar o uso e 30% acreditam que os médicos

chegam inclusive a estimular o uso da medicação (AZEVEDO et al., 2016). Uma revisão de literatura (FIORELLI, ASSINI, 2017) realizada em 2017 sobre a prescrição de BZD encontrou uma pesquisa (FIRMINO, 2011) que estimava que no Brasil nas primeiras décadas do novo século, cerca de 2% da população adulta era usuária crônica desta classe de medicamentos. Uma pesquisa realizada em 2018 (BARROSO, 2018) sobre o consumo de BZD nas cidades de Mariana e Ouro Preto constatou que o clonazepam de 2,0 mg foi o BZD mais consumido pelos usuários do SUS, dentre os disponíveis pela Relação Municipal de Medicamentos Essenciais daqueles municípios. A média estimada da DDD dos medicamentos, respectivamente, para os anos de 2016 e 2017 foram para Ouro Preto: clonazepam (167,2) e diazepam (33,0) e para Mariana: clonazepam (267,7) e diazepam (36,45). Dados alarmantes!

O cuidado em saúde mental deveria ser aliado a acompanhamento psicossocial, grupo de familiares, atenção multiprofissional e outras formas de terapia que envolvam cuidado qualificado, integral e de acordo com a necessidade de cada indivíduo, que deveriam ser disponibilizadas no serviço público de saúde e estimulada sua adesão (XAVIER, 2014; ZANELLA, 2016).

Como provoca CASAS-MARTÍNEZ, 2005: "Falta en este mundo opresivo una dosis diaria de ludoterapia, la contemplación de la naturaleza, más que un ansiolítico que nos permita seguir en el círculo de la Compulsión."

A Política Nacional de Medicamentos (PNM) é um grande marco da Assistência Farmacêutica (AF) no país. Além de definir as ações da AF, a PNM visa garantir o acesso aos medicamentos e assegurar seu uso racional. Muito além garantir o acesso ao medicamento, essas políticas de saúde devem criar mecanismos para acompanhar o uso, certificando de que o mesmo se dê segundo indicações clínicas



definidas em evidências científicas e segundo as normas legais, no intuito de promover a segurança do paciente (SEBASTIAO, 2005; FIRMINO, 2011). É de amplo conhecimento que o uso racional de medicamentos segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) consiste na utilização do medicamento apropriado às necessidades do paciente, na dose correta, por período de tempo adequado e a custo acessível. A ausência de atendimento a qualquer dos aspectos de racionalidade apontados nesse conceito implica em uso inadequado do medicamento, inclusive os psicofármacos.

Neste sentido, a tendência mundial da desprescrição se insere de forma urgente (quicá imperativa). Embora o termo “desprescrever” seja relativamente novo, visto que apareceu pela primeira vez na literatura em 2003, esta prática (quase uma filosofia de trabalho) vem se tornando de suma importância quando o assunto é o uso racional de medicamentos (ZANELLA, 2016; REEVE, 2017; WALLIS et al., 2017).

No contexto de alta frequência do consumo (leia-se uso e abuso) de psicofármacos pela população brasileira e mundial e a exemplo do citado *Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade*, surge a necessidade de trabalhos e discussões que abordem este tema para que se possa levar a um maior conhecimento do referido fenômeno e ao desenvolvimento de ações de prevenção e elaboração de políticas específicas dirigidas para esse seguimento (SILVEIRA et al., 2019; SOALHEIRO, MOTA, 2014). Como profissionais da saúde (e não da doença), cabe a nós – farmacêuticos – sermos críticos com respeito ao uso racional de psicofármacos, promovendo ações em saúde e, de maneira multidisciplinar, em posição de enfrentamento - inclusive - à pressão da indústria farmacêutica no combate da medicalização.

Por fim, uma desafiadora reflexão de Jung: “Os flertes estéticos ou intelectuais com a vida e o destino param abruptamente aqui: o passo para a consciência

superior nos deixa sem retaguarda e sem abrigo. Cada um deve se dedicar ao seu caminho com toda a sua energia, pois é somente por meio de sua integridade que se pode ir além, e somente sua integridade pode garantir que seu caminho não será uma desventura absurda” (JUNG, 1970, p 35, tradução nossa).¹

REFERÊNCIAS

- AZEVEDO A.J.P.D.; ARAUJO, A.A.; FERREIRA, M.A.F. Consumo de ansiolíticos benzodiazepínicos: uma correlação entre dados do SNGPC e indicadores sociodemográficos nas capitais brasileiras. *Ciênc Saúde Colet*, 21(1): 83-90, 2016.
- BARROSO, A.K.R.D. “Meu remédio pra dormir, meu amigo inseparável”: uma abordagem sobre o consumo e a percepção de pacientes sobre o uso crônico de benzodiazepínicos. Ouro Preto: Universidade Federal de Ouro Preto, 2018. Monografia (Graduação em Farmácia). Disponível em: <http://www.monografias.ufop.br/handle/35400000/1523>
- BIANCHI, E.; ORTEGA, F.; FARAONE, S.; GONÇALVES, V.P.; ZORZANELLI, R.T. Medicalización más allá de los médicos: marketing farmacéutico en torno al trastorno por déficit de atención e hiperactividad en Argentina y Brasil (1998-2014). *Saude Soc [Internet]*. 25(2): 452-62, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n2/en_1984-0470-sausoc-25-02-00452.pdf
- CAROPRESO, F.; AGUIAR, M.B. O conceito de angústia a teoria freudiana inicial. *Nat Hum [Internet]*, 17(1): 1-14, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/nh/v17n1/v17n1a01.pdf>
- CASAS-MARTINEZ, M.L. Uso de antidepressivos y bioética. *Arch Neurocienc*, 10(4): 255-60, 2005. Disponível em: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-47052005000400008&lng=es
- FERREIRA, M.S. Medicalização da vida: sobre o processo de **biologização da existência**. *Rev Disc UNIABEU*, 5(10): 26-34, 1
- No original: “*Aesthetic or intellectual flirtations with life and fate come to an abrupt halt here: the step to higher consciousness leaves us without a rearguard and without shelter. The individual must devote himself to the way with all his energy, for it is only by means of his integrity that he can go further, and his integrity alone can guarantee that his way will not turn out to be an absurd misadventure.*” (JUNG, 1970).



2017. Disponível em: <https://revista.uniabeu.edu.br/index.php/alu/article/viewFile/3109/2116>
- IORELLI, K.; ASSINI, F.L. The prescription of benzodiazepines in Brazil: a literature review. *ABCS Health Sci*, 42(1): 40-4, 2017.
- FIRMINO, K.F.; ABREU, M.H.; PERINI, E.; MAGALHÃES, S.M. Factors associated with benzodiazepine prescription by local health services in Coronel Fabriciano, Minas Gerais State, Brazil. *Cad Saúde Pùb*, 27(6): 1223-32, 2011.
- FOUCAULT, M. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense-Universitária; 1998. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4325478/mod_resource/content/1/FOUCAULT_M_O_Nascimento_da_Cl_237_nica.pdf
- GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. The statute of medicalization and the interpretations of Ivan Illich and Michel Foucault as conceptual tools for studying demedicalization. *Interface-Comunic Saúde Educ*, 16(40): 21-34, 2012.
- GUARIDO, R. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na educação. *Educ Pesqui*, 33(1): 151-61, 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-97022007000100010>
- JUNG, C.G. *Alchemical Studies (Collected Works of C.G. Jung v.13. 2nd, Princeton: Princeton University Press, Parágrafo 25: 35, 1970.* Disponível em: https://www.jungiananalysts.org.uk/wp-content/uploads/2018/07/C.-G.-Jung-Collected-Works-Volume-13_-Alchemical-Studies.pdf
- MENEZES, L.S.; ARMANDO, G.G.; VIEIRA, P. *Medicação ou medicalização?* São Paulo: Primavera Editorial, 2014. 108p.
- PALMA, A.; VILACA, M.M. Conflitos de interesse na pesquisa, produção e divulgação de medicamentos. *Hist Ciênc Saúde-Manguinhos [Internet]*. 19(3): 919-32, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v19n3/08.pdf>
- REEVE, E.; THOMPSON, W.; FARRELL, B. Deprescribing: A narrative review of the evidence and practical recommendations for recognizing opportunities and taking action. *Eur J Intern Med*, 38: 3-11, 2017.
- SEBASTIAO, E.C.O. *Intervenção farmacêutica na qualidade assistencial e nas reações adversas da amitriptilina prescrita para pacientes ambulatoriais do Sistema Único de Saúde de Ribeirão Preto (SP)*. Ribeirão Preto: Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2005. Tese de doutorado.
- SILVEIRA, L.C.; ALMEIDA, A.N.; CARRILHO, C. Os benzodiazepínicos na ordem dos discursos: de objeto da ciência a objeto gadget do capitalismo. *Saude Soc. [Internet]*. 28(1): 107-20, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v28n1/1984-0470-sausoc-28-01-107.pdf>
- SOALHEIRO, N.I.; MOTA, F.S. Medicalization of life: Disease, Disorders and Mental Health. *Rev Polis Psique*, 4(2): 65-85, 2014.
- WALLIS, K.A.; ANDREWS, A.; HENDERSON, M. Swimming Against the Tide: Primary Care Physicians' Views on Deprescribing in Everyday Practice. *Ann Fam Med*, 15(4): 341-46, 2017.
- XAVIER, M.D.S.; TERRA, M.G.; SILVA, C.T.; MOSTARDEIRO, S.C.T.S.; SILVA, A.A.; FREITAS, F.F. O significado da utilização de psicofármacos para indivíduos com transtorno mental em acompanhamento ambulatorial. *Esc Anna Nery*, 18(2): 323-29, 2014.
- ZANELLA, M.; LUZ, H.H.V.; BENETTI, L.C.; ROBERTI-JUNIOR, J.P. Medicalização e saúde mental: Estratégias alternativas. *Rev Port Enferm Saúde Mental*, (15): 53-62, 2016.
- ZORZANELLI, R.T.; CRUZ, M.G.A. The concept of medicalization in Michel Foucault in the 1970. *Interface (Botucatu)*, 22(66): 721-31, 2018.