

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**FELIPE BEDESCHI FARIA**

**A PRESCRIÇÃO EXCESSIVA DE BENZODIAZEPÍNICOS NA  
ABORDAGEM DA INSÔNIA NO MUNICÍPIO DE BELO VALE – MINAS  
GERAIS**

**BELO HORIZONTE - MINAS GERIAS**

**2014**

**FELIPE BEDESCHI FARIA**

**A PRESCRIÇÃO EXCESSIVA DE BENZODIAZEPÍNICOS NA  
ABORDAGEM DA INSÔNIA NO MUNICÍPIO DE BELO VALE – MINAS  
GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

**BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS  
2014**

**FELIPE BEDESCHI FARIA**

**A PRESCRIÇÃO EXCESSIVA DE BENZODIAZEPÍNICOS NA  
ABORDAGEM DA INSÔNIA NO MUNICÍPIO DE BELO VALE – MINAS  
GERAIS**

Banca examinadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo – orientadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

Aprovado em Belo Horizonte, em 30/12/2014

Dedico este trabalho a cada um dos pacientes insones que tive a oportunidade de conhecer ao longo desta caminhada. Ao compartilharem comigo suas angústias, as quais se revelavam, ora motivadoras, ora consequências do distúrbio em questão, eles muito me inspiraram à busca de uma abordagem justa dessa queixa, que os convidasse ao protagonismo no processo de promoção de um sono de melhor qualidade, desviando, por conseguinte, dos efeitos colaterais indesejáveis inerentes à medicalização sem critério.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço aos amigos Ava, Daniel, Diógenes, Gustavo, Igor e Lincoln que tanto me auxiliaram nesta caminhada, compartilhando, muitas vezes, desafios semelhantes aos meus. Agradeço à minha família, em especial, aos meus pais e à vovó Nilza, o apoio e incentivo incondicionais. À Sílvia, o companheirismo.

Agradeço, por fim, ao tutor Anderson pela disponibilidade de sempre e à Professora Maria Rizoneide, a orientação segura, que muito facilitou a confecção deste trabalho.

“Não durmo, jazo, cadáver acordado, sentindo,  
E o meu sentimento é um pensamento vazio.  
Passam por mim, transtornadas, coisas que me sucederam  
— Todas aquelas de que me arrependo e me culpo;  
Passam por mim, transtornadas, coisas que me não  
sucederam  
— Todas aquelas de que me arrependo e me culpo;  
Passam por mim, transtornadas, coisas que não são nada,  
E até dessas me arrependo, me culpo, e não durmo.”

Álvaro de Campos, do poema “Insônia”

## RESUMO

Este estudo, cuja motivação teve origem na prática diária de uma Equipe de Saúde Família que atende a zona rural do município de Belo Vale/MG, tem como objetivo elaborar um projeto de intervenção com vistas à melhoria da qualidade do sono dos usuários e a diminuição da prescrição de benzodiazepínicos, na abordagem da queixa de insônia, buscando a incorporação de novos hábitos e estilo de vida. Foi realizada uma revisão bibliográfica sobre o consumo abusivo de benzodiazepínicos por usuários da atenção básica, especificamente na abordagem da insônia, suas causas e consequências, bem como medidas preventivas dos distúrbios do sono, a fim de se minimizar as buscas dos usuários pela referida classe de fármacos. O material selecionado a partir das bases de dados da LILACS e SciELO, teve como critérios de escolha a pertinência com o tema e a data da publicação, que compreendeu o período de 2004 a 2012. O trabalho abordou os seguintes aspectos: o conceito de insônia; os benzodiazepínicos, suas indicações, efeitos adversos e o uso abusivo, bem como a terapêutica não farmacológica da insônia, enfatizando a Higiene do Sono. Além disso, reflete-se sobre as diferentes facetas do problema central: o uso indiscriminado de benzodiazepínicos na abordagem da insônia, do acolhimento do usuário insone à dispensação dos medicamentos pela farmácia vinculada à rede pública do município. Os resultados do estudo apontam para a necessidade de uma indicação mais pertinente por parte dos médicos e uma orientação clara a seus pacientes a respeito da maneira adequada de se usar tais medicamentos; de um controle mais rigoroso da assistência farmacêutica na dispensação dessas medicações; de uma orientação à população no sentido de instruí-la a respeito de práticas promotoras da qualidade do sono, capacitando-a, entre outros fatores, à realização da Higiene do Sono. Para tanto, foi elaborado um projeto de intervenção com as estratégias para tentar minimizar o uso indiscriminado dos benzodiazepínicos na comunidade onde atua.

**Palavras-chave:** Benzodiazepínicos. Insônia. Sono.

## ABSTRACT

This study, whose motivation originated in daily practice in a Family Health Team serving rural municipality of Belo Vale / MG, aims to develop an intervention project that enables the improvement of sleep quality of the users in order to promote the reduction of benzodiazepine prescriptions in the sleeplessness approach in order to incorporate new habits and lifestyle. A literature review on the misuse of benzodiazepines for users of primary care was performed, specifically in the insomnia approach, its causes and consequences, as well as on prevention of sleep disorders, in order to minimize the searches of users by that class of drugs. The selected material had as criteria the relevance with the theme and the date of publication, which included the period 2004 to 2012. The work covers the following aspects: the concept of insomnia; benzodiazepines: indications, side effects and misuse; as well as non-pharmacological treatment of insomnia, emphasizing the Sleep Hygiene. In addition, reflected on the different facets of the core problem: the indiscriminate use of benzodiazepines in insomnia approach, since the user host sleepless to the dispensation of drugs by the pharmacy attached to the public network in the city. The study results point to the need for a more relevant indication by physicians and clear guidance to their patients about the proper way to use such drugs; a tighter control of pharmaceutical services in the dispensation of these drugs; a guidance to the public in order to instruct her about practices that promote quality of sleep, enabling it, among other factors, the achievement of Sleep Hygiene. Therefore, we designed an intervention project with the strategies to try to minimize the indiscriminate use of benzodiazepines in the community where I work.

Keywords: Benzodiazepines. Insomnia. Sleep



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
1.1 Sistema Municipal de saúde.....	13
<b>2 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>17</b>
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>19</b>
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>20</b>
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....</b>	<b>21</b>
5.1 O conceito de insônia.....	21
5.2 Os benzodiazepínicos, suas indicações clínicas e seus efeitos adversos.....	22
5.3 OS benzodiazepínicos e o uso abusivo.....	24
5.4 Terapêutica não farmacológica: A higiene do sono.....	26
<b>6 PROJETO DE INTERVENÇÃO.....</b>	<b>32</b>
6.1 Plano de Ação.....	32
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>38</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>40</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Belo Vale é um município brasileiro do estado de Minas Gerais. Sua população estimada em 2010 era de 7.536 habitantes. Por estar localizada no quadrilátero ferrífero, é uma cidade onde se notifica intensa atividade de extração de minério de ferro. A economia da cidade se vê voltada para a agricultura, evidenciada pela produção de Tangerina Pocan.

Belo Vale possui um setor turístico atrativo, onde encontra-se cachoeiras belíssimas, a famosa Fazenda Boa Esperança e o Museu do Escravo, com peças e utensílios usados pelos Senhores de Escravos, o único museu no Brasil exclusivo da época da escravidão (PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO VALE, 2012).

A sede municipal se encontra a 21 km da BR-040 a principal ligação do município, a 82 km da capital Belo Horizonte, 42 km de Congonhas, 14 km de Moeda, 95 km de Itaúna, 395 km do Rio de Janeiro, 660 km de São Paulo, 805 km de Brasília, 570 km de Vitória por meio rodoviário. Já por meio ferroviário Belo Vale esta a 110 km de Belo Horizonte, 52 km de Congonhas, 16 km de Moeda, 530 km do Rio de Janeiro, 811 km de São Paulo, 1283 km de Brasília, 816 km de Vitória.

Dizem que em 1681 duas caravanas de bandeirantes se encontraram pelo interior de Minas. Uma delas vinha de São Paulo, pelo Rio das Mortes, com 240 pessoas, e era chefiada por dom Rodrigo de Castelo Branco e pelo mestre-de-campo Cardoso de Almeida. A outra, voltando das paragens de Vupabussu, trazia o corpo de Fernão Dias Paes Leme. É aí que é preciso confiar nas informações que atravessam os séculos através de registros orais, pois sobre Fernão Dias nem os historiadores tem informações precisas.

Certo é que, do encontro, nasceu Belo Vale, que seria um dos primeiros arraiais mineiros fundados pelos bandeirantes. Mais de 200 anos depois, a cidade guarda alguns traços do começo de sua história, como a Fazenda Boa Esperança, onde D. Pedro I pernoitou, peças do tempo da escravidão, hoje expostas no Museu do

Escravo, pinturas de Manoel da Costa Athayde, histórias de assombrações em noites de frio, fantasmas de escravos, árvores centenárias, tudo preguiçosamente (PORTAL BELO VALE, 1997).

Sua população é de 7.536 habitantes, segundo o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010 (BRASIL, 2010), sendo a urbana composta por 3.295 habitantes e a rural por 4.291. Entre 2000 e 2010, a população de Belo Vale teve uma taxa média de crescimento anual de 0,14%. Na década anterior, de 1991 a 2000, a taxa média de crescimento anual foi de 0,60%. No Estado, estas taxas foram de 1,01% entre 2000 e 2010 e 1,01% entre 1991 e 2000. No país, foram de 1,01% entre 2000 e 2010 e 1,02% entre 1991 e 2000. Nas últimas duas décadas, a taxa de urbanização cresceu 24,57%. A densidade demográfica é de 20,64 hab/km<sup>2</sup>. Neste ano, foi registrado o número de 2474 domicílios e em 2014 foi estimado um número de 2437 famílias. Pode-se, portanto, inferir que está havendo uma redução do número de domicílios no município (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO DO BRASIL, 2013).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Belo Vale foi de 0,655, em 2010, o que situa o município na faixa de Desenvolvimento Humano Médio (IDHM entre 0,6 e 0,699). Entre 2000 e 2010, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Educação, com crescimento de 0,120, seguida por Renda e por Longevidade.

Entre 2000 e 2010, o IDHM passou de 0,560 em 2000 para 0,655 em 2010 - uma taxa de crescimento de 16,96%. O hiato de desenvolvimento humano, ou seja, a distância entre o IDHM do município e o limite máximo do índice, que é 1, foi reduzido em 21,59% entre 2000 e 2010 (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO DO BRASIL, 2013).

Entre 1991 e 2010, Belo Vale teve um incremento no seu IDHM de 75,60%, acima da média de crescimento nacional (47%) e acima da média de crescimento estadual (52%). O hiato de desenvolvimento humano, ou seja, a distância entre o IDHM do

município e o limite máximo do índice, que é 1, foi reduzido em 44,98% entre 1991 e 2010 (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO DO BRASIL, 2013).

No período de 2000 a 2010, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola cresceu 51,76% e no de período 1991 e 2000, 103,44%, enquanto a proporção de crianças de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental cresceu 36,98% entre 2000 e 2010 e 107,31% entre 1991 e 2000. Por sua vez, a proporção de jovens entre 15 e 17 anos com ensino fundamental completo cresceu 13,24% no período de 2000 a 2010 e 1.663,98% no período de 1991 a 2000. Já a proporção de jovens entre 18 e 20 anos com ensino médio completo cresceu 14,91% entre 2000 e 2010 e 556,37% entre 1991 e 2000. Tais marcadores dão conta da melhoria dos índices de escolaridade de crianças e jovens do município nas duas últimas décadas, contribuindo para o aumento do IDHM (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO DO BRASIL, 2013).

A escolaridade da população adulta é outro importante indicador de acesso a conhecimento e, juntamente à proporção de crianças e jovens frequentando ou tendo completado determinados ciclos na escola, também compõe o IDHM Educação. Em 2010, 31,07% da população de 18 anos de idade ou mais tinha completado o ensino fundamental e 19,42%, o ensino médio. Para Minas Gerais, tais marcadores indicavam 51,43% e 35,04%, respectivamente. Esse indicador carrega uma grande inércia, em função do peso das gerações mais antigas e de menor grau de escolaridade. A taxa de analfabetismo da população de 18 anos ou mais, por sua vez, diminuiu 11,23% nas últimas duas décadas (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO DO BRASIL, 2013).

Os anos esperados de estudo indicam o número de anos que a criança que inicia a vida escolar no ano de referência tende a completar a sua escolaridade. Em 2010, Belo Vale apresentava 9,8 anos esperados de estudo, enquanto em 2000, 8,31 anos e em 1991, 7,95 anos. Minas Gerais, por sua vez, esboçava 9,38 anos esperados de estudo em 2010, 9,16 anos em 2000 e 8,36 anos em 1991 (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO DO BRASIL, 2013).

A mortalidade infantil (mortalidade de crianças com menos de um ano) em Belo Vale reduziu 37%, passando de 27,4 por mil nascidos vivos em 2000 para 17,1 por mil nascidos vivos em 2010. Segundo os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas, a mortalidade infantil para o Brasil deve estar abaixo de 17,9 óbitos por mil em 2015. Em 2010, as taxas de mortalidade infantil do estado e do país eram 15,1 e 16,7 por mil nascidos vivos, respectivamente (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO DO BRASIL, 2013). Essas informações nos permitem dizer que o município fez investimentos no setor social que repercutiram significativamente no índice de mortalidade infantil.

Por fim, a esperança de vida ao nascer é o indicador utilizado para compor a dimensão Longevidade do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). Em Belo Vale, a esperança de vida ao nascer aumentou 8,4 anos nas últimas duas décadas, passando de 65,5 anos em 1991 para 70,4 anos em 2000, e para 73,9 anos em 2010, certamente como resultado ao maior acesso aos serviços de saúde e à mudança de hábitos e estilo de vida a que se submete uma população gradativamente mais orientada. Para fins de comparação, neste mesmo ano, a esperança de vida ao nascer média para o estado de Minas Gerais era de 75,3 anos, enquanto para o país, 73,9 anos.

### **1.1 Sistema Municipal de Saúde**

O Programa de Saúde da Família (PSF) do município é composto por três equipes, a saber: PSF Central, PSF Laranjeiras e PSF Lages. Esta última, da qual fazemos parte, é composta por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (ACS) e seu território adscrito abrange trinta e seis localidades rurais, cuja população é distribuída em onze áreas principais para fins de atendimento, totalizando, portanto, onze pontos de atendimento conforme dados apresentados no Quadro 1.

Quadro 1- Número de pessoas cadastradas por micro área por ACS		
Agente Comunitário de Saúde (ACS)	Microárea	Número de pessoas cadastradas
Lúcia	Borges	163
	João Alves	77
	Taboca	31
	Engenho	16
	Parada Carioca	5
	Batatal	1
Cristiane	Lages	60
	Massangano	29
	Vila Gameleira	116
	Salgado	37
	Campo Celeste	25
	Furnas	38
Leidiane	Grota	135
	Palmital	110
	Córrego Seco	79
	Mariola	6
	Queiroz	24
	Gaspar	10
Dayane	Vargem de Santana	33
	Costas	209
	Matos	45
	Pedra Grande	38
Regina	Mutuca	71
	Cordeiro	51
	Paiol Novo	29
	Moreira	20
	Marcos	34
	Alto Ribeiro	28
	Braga	13
	Guedes	9
	Ponte Nova	5
Aline	Pintos	355
	Chacrinha dos Pintos	33
	Amoreiras	08
	Pé da Serra	29
	Sandi	08

A rotina da equipe é assim estabelecida: reunimo-nos na policlínica do município às sete da manhã, retornando às dezesseis horas, fazendo o deslocamento para as comunidades rurais em grupo por meio de um automóvel. Atende-se, em média, uma localidade por dia, perfazendo um total médio de 15 consultas diárias, seja na

UBS de referência das comunidades, seja em atendimentos domiciliares. Diariamente, antes de iniciarmos o atendimento médico, a população recebe uma orientação que, muitas vezes, ocorre por meio de oficinas, a respeito de temas variados, dentre eles, alimentação saudável, fitoterapia e o uso de plantas medicinais, redução de danos, etc. Tais momentos são dirigidos pelo médico, pela enfermeira do Programa de Saúde da Família (PSF) e, principalmente, pelos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Para reconhecimento do município, a própria equipe de saúde e, principalmente, a população adscrita do território de abrangência da equipe, foram estimulados a realizar uma análise situacional de saúde ao longo das atividades da disciplina Planejamento e avaliação das ações em saúde (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010). Para tanto, utilizamos a estimativa rápida, método que possibilita a elaboração de um diagnóstico situacional de saúde de determinado território em um curto período de tempo. Para a sua aplicação, vale-se de fontes de dados e coletas, que incluem, entre outros, registros escritos existentes ou fontes secundárias, entrevistas com informantes-chave, observação ativa da área, etc.

A partir desse método, foi elencada uma série de problemas constatados no atendimento à saúde da população do município de Belo Vale/MG, a saber:

- Estrutura precária das UBS;
- Dificuldade encontrada na realização de ações de promoção e prevenção de saúde, incluindo desde a logística até o nível de conhecimento da população;
- Excesso de prescrições médicas, sobretudo, de benzodiazepínicos, ao abordar-se a queixa de insônia.

Apesar de julgarmos que cada um destes problemas apresente alta prioridade, os dois primeiros extrapolam a nossa governabilidade e, em um primeiro momento, abordaremos apenas o último problema.

Sabe-se que os benzodiazepínicos são medicamentos utilizados principalmente no tratamento da ansiedade, sendo considerados, portanto, como ansiolíticos. São, ainda, utilizados no manejo de outras comorbidades neurológicas e psiquiátricas,

dentre elas, os distúrbios do sono. É sabido, por sua vez, que há uma série de práticas adotadas ao longo do dia que comprometem, em muito, a qualidade do sono e que essas deveriam ser abordadas pelo médico, antes mesmo da prescrição de tal classe de medicamentos.

No município Belo Vale/MG, o acesso ao atendimento médico e às medicações são exemplares no estado, o que, como efeito colateral, possibilita o alto consumo de fármacos *per capita*, sobretudo, o de benzodiazepínicos. Ao longo de nossa análise, fomos capazes de identificar alguns “nós críticos” dessa situação, entre outros: o baixo nível de conhecimento da população; a medicalização da saúde por parte dos médicos e o sedentarismo.

Com base no exposto, optamos por elaborar um projeto de intervenção com a finalidade de diminuir o uso indiscriminado de benzodiazepínicos na comunidade onde atuamos.



## 2 JUSTIFICATIVA

O baixo nível de conhecimento da população favorece a adoção de práticas que comprometem a qualidade do sono, fazendo com que o usuário insone tão logo seja atendido pelo médico, solicite a prescrição de medicamentos sedativos. Frequentemente, isso pode reforçar outro “nó crítico”, qual seja: **a medicalização da saúde por parte dos médicos**. Sendo requisitados pelos pacientes a receitar medicamentos, muitas vezes, esses não hesitam em atendê-los, deixando de abordar o problema de maneira preventiva, prescrevendo, na maioria das vezes, fármacos da classe dos benzodiazepínicos.

A eleição da abordagem do uso indiscriminado de benzodiazepínicos no tratamento da insônia se deve ao fato dos números alarmantes de liberação de tais fármacos pela Farmácia de Minas do município e suas possíveis consequências para a saúde da população.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o uso responsável de algum medicamento ocorre quando o paciente recebe a substância e a dose adequadas, por período de tempo definido, baseados no quadro clínico apresentado (FIRMINO, 2008).

Sabe-se que quando utilizados por curto prazo e de forma intermitente, os benzodiazepínicos (BZDs) podem ter um bom efeito terapêutico, não acarretando para o paciente nenhum efeito tóxico ou maléfico à saúde. Os eventos adversos, em sua maioria, ocorrem em casos de uso crônico e prolongado, automedicação e uso recreativo em doses acima do recomendado (ASTHON, 1995 *apud* CASALI, 2010).

Mesmo que o uso de benzodiazepínicos seja considerado inócuo devido à sua grande margem de segurança, é possível verificar a existência de efeitos adversos, relacionados em sua grande maioria ao seu principal efeito: a depressão do sistema nervoso central. Alguns dos principais efeitos são as perdas de memória, piora do desempenho psicomotor, dependência fisiológica, comportamental e psicológica (XAVIER, 2010).

Sabe-se, também, que a aquisição excessiva de medicações sem indicações adequadas aumenta os gastos da saúde e sobrecarrega o sistema de saúde. O uso abusivo pode, ainda, gerar despesas com procedimentos de maior complexidade, internações e tratamentos decorrentes de agravos como quedas, incapacidades, entre outros. Além dos efeitos colaterais inerentes ao fármaco, urge destacar-se o prejuízo financeiro aos cofres públicos, uma vez que outros investimentos poderiam ser realizados em outras esferas da saúde.

Acredita-se, por fim, que a simples conscientização da população e dos profissionais de saúde, especialmente dos médicos, pela inerência de sua função de prescrever medicamentos, a respeito da adoção de práticas que melhorem a qualidade do sono pode se tornar uma valiosa ferramenta contra o uso excessivo desses fármacos. Classifica-se este problema como de uma governabilidade aceitável e com possibilidades de intervenção, exigindo, para tanto, a participação de todos os integrantes da equipe de saúde onde atua.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

Elaborar um projeto de intervenção com vistas à melhoria da qualidade do sono dos usuários e a diminuição da prescrição de benzodiazepínicos, na abordagem da queixa de insônia, buscando a incorporação de novos hábitos e estilo de vida.

#### **3.2 Específicos**

Trabalhar a população queixosa de alterações de sono e que fazem uso de benzodiazepínicos para reestruturação conceitual da insônia no seu processo de vida.

Capacitar a equipe de saúde para estimular a adoção de práticas alternativas pela população que promovam a melhora da qualidade do sono.

## 4 METODOLOGIA

Foram trabalhadas as seguintes etapas:

Dados do diagnóstico situacional em saúde, incluindo reunião com a equipe do Programa de Saúde da Família (PSF), o que nos possibilitou identificar problemas prioritários suscetíveis à nossa governabilidade. Através do método simplificado do Planejamento Estratégico Situacional – PES foi elaborado um plano de ação a fim de se operacionalizar a intervenção e ajudar a população a reconhecer a importância de se reduzir o consumo de benzodiazepínicos.

Levantamentos, a partir da literatura médica, para identificar o conceito e as causas da insônia, o uso dos benzodiazepínicos e suas consequências, bem como as evidências já existentes sobre as alternativas ao tratamento medicamentoso na abordagem da queixa de insônia. Foi realizada a busca sistematizada na literatura, utilizando-se dos seguintes bancos de dados:

Scientific Electronic Library Online (SciELO),

Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

A busca foi guiada utilizando-se dos seguintes descritores:

Benzodiazepínicos.

Insônia.

Sono.

O período de busca das publicações foi entre 2004 e 2014, exceto legislações e outras publicações básicas anteriores. Por fim, as informações contidas nos artigos e os dados do diagnóstico situacional foram as bases para o desenvolvimento do plano de ação.

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 5.1 O conceito de insônia

O ciclo de sono-vigília faz parte do ritmo circadiano do organismo humano, o qual apresenta sincronia com fatores ambientais, oscilando em um período de 24 horas sob condições naturais. Esta cadência pode ser influenciada por fatores externos como a mudança entre o dia e a noite, caracterizada pela presença ou ausência da luz solar. Também é influenciada pelos horários sociais pré-estabelecidos, como a escola, o trabalho, momentos de lazer, entre outros (HADDAD; MEDEIROS; MARCON, 2012).

Fisiologicamente, substâncias como a melatonina, o hormônio de crescimento e o cortisol têm efeitos diretos sobre a regulação do mecanismo de sono e vigília. O desequilíbrio neste processo pode acarretar diversos problemas de saúde, tais como transtornos do sono, sensação de mal-estar, alterações de humor como irritabilidade, tensão, confusão e ansiedade; e até mesmo levar à diminuição da atenção e concentração, reduzindo o desempenho de determinadas atividades (HADDAD; MEDEIROS; MARCON, 2012).

Segundo a Classificação Internacional de Distúrbios do Sono, ter insônia é apresentar dificuldades repetidas para iniciar e/ou manter o sono (insônia inicial e de manutenção), despertar precoce (insônia terminal) ou sono não restaurador. No entanto, é de fundamental importância saber que estes problemas, em conjunto ou não, resultam em prejuízo para a funcionalidade diurna dos pacientes, sendo a sua fisiopatologia desconhecida. Em relação à sua duração, a insônia deve ser considerada crônica quando os sintomas persistem por um período superior a um mês, ou aguda se ela estiver diretamente associada à presença de um fator estressor e não exceder um período superior a três meses (PASSOS *et al.*, 2007)

Para Haddad; Medeiros; Marcon (2012), outro sinal comumente associado ao desequilíbrio no comportamento do sono é a ansiedade, evidenciada pela insônia, tendo como característica definidora o padrão de despertar várias vezes durante o sono. Pessoas ansiosas têm dificuldade em manter o sono, têm menor tempo de

sono profundo, sendo o sono mais fragmentado quando comparado ao de indivíduos saudáveis. Além disso, segundo esse mesmo autor, a falta de sono produz sintomas que coincidem com o mecanismo de ansiedade, confundindo-se mesmo que apresentando conceitos diferentes.

Este complexo de distúrbios formado pela insônia e ansiedade também pode estar associado ao excesso de peso. Uma recente denominação de comportamento alimentar alterado, chamada de Síndrome do Comer Noturno (SCN), associa a insônia à compulsão alimentar que acontece durante a noite e alguns estudos já sugerem que este agravo está relacionado a algum tipo de transtorno de estresse (HADDAD; MEDEIROS; MARCON, 2012).

Segundo Passos *et al.* (2012), além de ser o distúrbio do sono mais comum, a insônia está diretamente associada aos transtornos psiquiátricos. Estudos epidemiológicos demonstram que sua persistência é um fator de risco para a depressão, além de que cerca de 80% dos pacientes com este transtorno se queixam de alterações no padrão do sono, especialmente de insônia terminal. Já os transtornos ansiosos e os do pânico, segundo ele, parecem estar mais associados aos tipos iniciais e de manutenção.

## **5.2 Os benzodiazepínicos, suas indicações clínicas e seus efeitos adversos**

Os benzodiazepínicos são drogas que agem diretamente no sistema nervoso central, alterando aspectos cognitivos e psicomotores no organismo. São várias denominações atribuídas a essa medicação: ansiolíticos, sedativo-hipnóticos “calmantes”. Seus principais efeitos terapêuticos são a sedação, hipnose e relaxamento muscular (TELLES FILHO *et al.*, 2011).

Segundo Firmino (2008), os BZDs possuem propriedades sedativa, hipnótica, relaxante muscular, anticonvulsivante e amnésica. Os vários tipos de BZDs compartilham o mesmo mecanismo de ação e possuem a mesma ação terapêutica, no entanto, são diferentes quanto ao tempo e intensidade de ação, sendo que a sua absorção, na maioria dos casos ocorre imediatamente após a ingestão oral. Após a

absorção, ocorre uma transformação metabólica que gera substâncias ativas de meia-vida longa. Essa característica pode gerar efeitos cumulativos com o uso de outras drogas e, assim, provocar efeitos indesejáveis. As principais razões apontadas para a prescrição dos BZDs foram: insônia, depressão, ansiedade, queixas somáticas, sintomas de dor e sintomas de estresse. Outros autores relatam que alguns fatores de risco conhecidos para insônia, como o sexo feminino, o envelhecimento, a ocorrência de transtornos mentais ou de doenças clínicas e trabalho em turno, sobrepõem-se àqueles para uso de BZDs. É importante relatar que dentre os idosos, os aposentados e/ou inativos e viúvos estão em maior risco para insônia e uso crônico de BZDs. Por fim, existe relato de prevalente prescrição de BZDs para transtornos psiquiátricos menores (POYARES *et al.*, 2005).

Dois fatores preocupantes com relação aos BZD que hoje nos levam a restringir sua prescrição é a capacidade de gerar tolerância e dependência, que podem ser perpetuadas por diversos fatores: prescrição errônea e continuada pelo médico; aumento da dose pelo próprio paciente; necessidade psicológica da droga (algo bastante usual e observado em ambiente ambulatorial). Acredita-se, aliás, que o maior fator atualmente para a perpetuação do hábito seja essa fissura, tendo em vista, como exposto acima, que a dependência química e física de BZD não é tão acentuada quanto de outras possíveis drogas de abuso (NORDON, 2009).

O uso prolongado de BDZs, ultrapassando períodos de 4 a 6 semanas, pode levar ao desenvolvimento de tolerância, abstinência e dependência. A possibilidade de desenvolvimento de dependência deve sempre ser considerada, principalmente na vigência de fatores de risco para a mesma, tais como uso em mulheres idosas, em poliusuários de drogas, para alívio de estresse, de doenças psiquiátricas e distúrbios do sono. Também é comum a observação de overdose de BDZs entre as tentativas de suicídio, associados ou não a outras substâncias (ORLANDI, 2012).

Segundo Xavier (2010), os efeitos adversos de seu uso estão relacionados, em sua grande maioria, à depressão do sistema nervoso central, podendo-se citar, ainda, as perdas de memória, piora do desempenho psicomotor, dependência fisiológica, comportamental e psicológica.

É importante ressaltar, também, que os BZDs, quando associados a outras drogas, podem provocar intoxicações agudas acidentais em cerca de 30 a 40 % dos pacientes que o utilizam. A depressão respiratória é um exemplo. A mesma pode ser provocada ou agravada quando se usa BZD com outra droga que também deprime o sistema nervoso central (SNC). Isso ocorre particularmente em idosos ou em pacientes que possuem alguma patologia respiratória. Verifica-se também que as drogas que atuam no sistema cardiovascular podem ter seus efeitos potencializados devido à propriedade hipotensora do benzodiazepínico (ASTHON, 1995 *apud* CASALI, 2010).

De acordo com Nordon (2009), por geralmente diminuírem o seu efeito ansiolítico ao longo do tempo (em geral 3 a 4 meses), os BZD não são indicados para tratamento de longo prazo e perdem seu lugar para as drogas Z (agonistas dos receptores do GABA, como zolpidem e zaleplam), que, embora mais caras, têm eficácia semelhante e menos efeitos colaterais.

Em 2007, a Comissão de drogas e narcóticos da United Nations Office Drugs and Crime (UNODC), através da resolução 44/13, determinou que a prescrição de BZDs fosse fundamentada a partir das seguintes questões: investigação médica que justifique a prescrição, indicação exata e prescrição pelo menor tempo e menor dose possível, necessidade de descontinuidade do tratamento, alerta sobre os riscos de acidentes durante operação de máquinas e direção de veículos, além da interação medicamentosa com o uso concomitante de bebidas alcoólicas (CASALI, 2010).

### **5.3 Os benzodiazepínicos e o uso abusivo**

Os benzodiazepínicos (BZDs) estão entre os medicamentos mais consumidos no mundo. Em 2001, foram consumidas 6,96 bilhões de doses diárias de benzodiazepínicos como hipnóticos, no mundo. Um número impressionante, se considerarmos que a população mundial neste ano era de 6.135 bilhões de pessoas (POYARES *et al.*, 2005).



Órgãos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Internacional Narcotics Control Board (INCB) têm alertado sobre o uso indiscriminado e o insuficiente controle de medicamentos psicotrópicos nos países em desenvolvimento. No Brasil, esse alerta foi reforçado por estudos das décadas de 80 e 90 que mostraram uma grave realidade relacionada ao uso de benzodiazepínicos. No primeiro levantamento domiciliar nacional realizado em 2001, 3,3% dos entrevistados entre 12 e 65 anos, afirmaram uso de benzodiazepínicos sem receita médica. Em um outro levantamento, com estudantes da rede pública de ensino de dez capitais brasileiras, 5,8% dos entrevistados afirmaram já ter feito uso de ansiolíticos sem prescrição (ORLANDI; NOTO, 2005).

No ano de 1999, foi realizado estudo em dois municípios brasileiros, no qual foi analisado um universo de 108.215 notificações e receitas especiais retidas em farmácias, drogarias, postos de saúde e hospitais. Esse estudo indicou descuido no preenchimento das notificações e receitas especiais e, inclusive, indícios de falsificações, na forma de prescrições por médicos falecidos e notificações com numeração oficial repetida. Essa realidade indica a necessidade de uma ampla revisão no atual sistema de controle dessas substâncias, bem como do papel dos profissionais de saúde nesse sistema (ORLANDI; NOTO, 2005).

Cerca de 2% da população adulta dos Estados Unidos da América e aproximadamente um milhão de pessoas do Reino Unido fazem uso de BZD por mais de 12 meses, como ansiolítico e hipnótico. Desses, aproximadamente 50% fazem uso por 5 anos ou mais (NOMURA *et al.*, 2006 *apud* FIRMINO, 2012).

Segundo Mendonça e Carvalho (2005), o uso de calmantes está diretamente vinculado ao universo sociocultural do consumidor, seus familiares, amigos, vizinhos e terapeutas, a partir dos quais desenvolve maneiras de solucionar questões relativas à saúde e à doença, reproduzindo conhecimentos médicos e científicos a partir do próprio conhecimento de vida, o senso comum, os significados das doenças e as práticas utilizadas para alcançar as curas.

A indicação e empréstimo de calmantes para terceiros também é justificada pelos mesmos motivos que esses consumidores concebem para seu uso. As justificativas para o consumo incluem a insônia, os problemas familiares e sociais e, dessa forma para determinados pacientes, a automedicação com calmantes é expandida, ultrapassando os limites definidos nas prescrições médicas. Entretanto, sabe-se que, através do cruzamento das várias informações obtidas pelos consumidores sobre os psicofármacos, incluindo os BZDs, obtém-se um conhecimento confuso e incoerente sobre os tratamentos em saúde mental e que estimula o uso abusivo (MENDONÇA; CARVALHO, 2005).

Ainda segundo esses autores, partindo-se do pressuposto dessa incoerência, estes pacientes são quase sempre levados a decidir a forma de usar seus calmantes. Além disso, afirmam que são equivocadamente induzidos pelos médicos a uma autonomia em relação a seus tratamentos, o que conseqüentemente favorece a automedicação. Portanto, os problemas sociais, familiares, econômicos e as concepções sobre os calmantes acabam ditando a maneira de usar ou não as prescrições médicas (MENDONÇA; CARVALHO, 2005).

O uso incorreto pode aumentar a prevalência da dependência e, dessa forma, modificar negativamente a maneira de usar esses calmantes. Conforme Mendonça e Carvalho (2005), a liberdade que o médico oferece ao paciente de querer ou não parar de tomar o medicamento pode levar ao uso errôneo, assim como à interrupção do uso sem a devida assistência.

#### **5.4 Terapêutica não farmacológica: a higiene do sono**

Embora o tratamento farmacológico seja o mais comumente utilizado, as terapias não farmacológicas vêm sendo amplamente estudadas, em particular as relacionadas às mudanças de comportamento. Entre estas estão a cognitiva; a higiene do sono; a do controle de estímulos; a de restrição do sono; a do relaxamento muscular; a da intenção paradoxal e, mais recentemente, a prática regular de exercícios físicos (PASSOS *et al.*, 2007).

Na prática clínica, as terapias podem ser realizadas individualmente ou em grupo, sendo geralmente prescritas de acordo com os sintomas do paciente. Para que elas sejam consideradas efetivas, devem diminuir a latência do sono, aumentar o tempo total do sono e melhorar a funcionalidade diurna dos pacientes. Segundo Ringdahl *et al.*, (2004) este aumento no tempo total do sono deve ser superior a 30 minutos e a latência do sono deve ser reduzida para um tempo inferior a 30 minutos (PASSOS *et al.*,2007).

Recentemente, no entanto, as pesquisas com as terapias comportamentais têm sido realizadas com dois novos e diferentes objetivos: auxiliar as terapias de redução da dose com conseqüente retirada dos medicamentos utilizados para o tratamento da insônia, como também, melhorar a qualidade de vida dos pacientes dependentes de hipnóticos. Por esse motivo, acreditamos que elas podem se tornar ferramentas imprescindíveis na redução do uso indiscriminado de benzodiazepínicos. Por julgarmos apresentar uma relevância mais significativa em relação às demais terapias não farmacológicas, além de esboçar uma maior aplicabilidade, a Higiene do Sono será o objeto da presente análise.

A Higiene do Sono é composta por orientações gerais à pessoa para que preserve seus relógios internos, por meio da sincronização biológica do ciclo vigília-sono, conforme exposto no Quadro 2. Para a instalação do sono, é necessário um ambiente adequado, com um quarto sem luminosidade, com temperatura agradável e sem ruído. É necessário manter um horário regular para dormir e acordar. E deve ser evitado o consumo de substâncias estimulantes como a cafeína, nicotina e o álcool, a realização de exercícios físicos de exaustão, assim como a ingestão de alimentos calóricos, próximos ao horário de dormir (VIGETA, *et al.*, 2013).

Segundo Passos *et al.* (2007), as recomendações da higiene do sono incluem: 1) usar o quarto e a cama somente para dormir e praticar atividade sexual; 2) evitar o barulho (com tampão de ouvido), a luz (cortinas nas janelas) e a temperatura excessiva (cobertor/ar-condicionado) durante o período do sono; 3) evitar, entre outras, a cafeína, a nicotina e as bebidas alcoólicas nas últimas 4-6 horas que antecedem o sono.

Para iniciar o sono, o organismo passa por mudanças nas áreas motoras, sensoriais, autonômicas, térmicas e hormonais. Ao adormecer, é importante não haver a sensação de perigo no ambiente, ou seja, os sistemas visual, auditivo, olfatório e tátil devem estar em repouso, sem estímulos. A consciência do ambiente é muito presente durante o sono. A audição, o segundo sentido em quantidade de informação, mantém seus canais abertos, abrangendo até 360° de nosso espaço circundante, ao redor da cama, para detectar qualquer sinal de perigo. Nesse sentido, vale ressaltar que, se há muito tempo nós não tivéssemos algum tipo de percepção das sensações do corpo durante o sono, estaríamos extintos como espécie. Dormir no silêncio possibilita condições para um sono de melhor qualidade. A partir do valor médio de 35 decibéis, já ocorrem alterações no eletroencefalograma, com mudanças na arquitetura ideal do sono de um exame de polissonografia. (VIGETA *et al.*, 2013).

Geralmente, o hábito do rádio ou da televisão para adormecer é defendido pelos insones, que não reconhecem o seu papel negativo. Sua retirada gera, por alguns dias, dificuldade para iniciar o sono, comprovando, ilusoriamente, a hipótese de sua utilidade (VIGETA *et al.*, 2013).

O consumo de algumas substâncias, conforme citado anteriormente, podem ser prejudicial à qualidade do sono. A cafeína é conhecida por sua ação estimulante, deixando o usuário mais desperto e concentrado. Acresce-se o fato de esta ser a droga psicoativa mais usada no mundo, encontrada junto com outras xantinas, excitantes do sistema nervoso, como a que está presente no chá preto, mate, chimarrão, chocolate, guaraná, refrigerantes à base de cola (Coca e Pepsi) e, naturalmente, no café. A nicotina apresenta efeitos diversos sobre o sistema nervoso, perturbando o sono, tendo efeito bifásico: em baixas concentrações sanguíneas produz uma sedação leve de relaxamento; em concentrações maiores, produz um efeito de despertar (VIGETA *et al.*, 2013).

Segundo este mesmo autor, é reconhecido que a combinação de nicotina com cafeína tem capacidade de despertar, prejudicando, assim, o sono noturno, particularmente nas pessoas com mais de 45 anos de idade. O álcool, por sua vez,

com sua ingestão próxima ao início do sono, tem papel significativo no aparecimento ou agravamento dos distúrbios respiratórios do sono.

Por sua vez, o consumo repetido de grandes quantidades de alimentos à noite, durante a fase circadiana, período reconhecido pela menor sensibilidade à insulina, pode gerar efeitos pós-prandiais cumulativos e predispor os indivíduos ao aparecimento de outras anormalidades da síndrome metabólica (VIGETA *et al.*, 2013).

O sedentarismo também exerce influência sobre a qualidade do sono. Segundo Vigeta (2013), pesquisas englobando polissonografias de atletas comprovam que, em sua maioria, eles apresentam um sono com melhor qualidade. Entretanto, o que geralmente confunde as pessoas é o fato de que um único dia de exercício pode tornar o sono superficial e que o melhor horário para praticar exercício é até 6 horas antes de deitar. Exercícios intensos, em horário próximo ao de dormir, promovem a elevação da temperatura corporal, acelerando o metabolismo do organismo e dessincronizando os ritmos de determinados hormônios. Como consequência, observa-se uma arquitetura do sono modificada e este pode ser não reparador. Essa observação está associada às hipóteses termorregulatórias que buscam explicar os efeitos do exercício sobre o sono.

A “sesta” refere-se ao hábito de tirar um cochilo à tarde, sendo considerada como vital, face às diferenças de temperatura corporal ao longo do dia; atua como sincronizador do ritmo circadiano, fazendo parte do relógio biológico do ser humano. Entretanto, é necessária uma distinção entre “sesta” e sonolência durante o dia. A “sesta”, quando regular, não traz prejuízo ao sono noturno, exceto aos insones, considerando que, quando a pessoa não dorme regularmente durante a semana e recorre à “sesta” no sábado ou domingo, a chamada “sesta” irregular, essa não ajuda o sono da noite (VIGETA *et al.*, 2013).

Passos *et al.* (2007) citam em seu artigo uma série de pesquisas envolvendo a Higiene do Sono, quando realizada em combinação com outras terapias cognitivas. Em citação desse autor, Chambers e Alexander (1992) realizaram um estudo para avaliar este método e, para isto, associaram as terapias cognitivas, de controle de

estímulos, de restrição de sono e higiene do sono. Os resultados indicaram uma redução significativa na latência do sono (30 minutos) e no tempo acordado após o início do sono (50 minutos). Estes dados indicam que a combinação entre alguns tipos de terapia comportamental é uma boa opção para o tratamento da insônia (PASSOS *et al.*, 2007).

Um estudo comparativo foi realizado entre dois grupos, sendo o primeiro de terapias cognitivas (controle dos estímulos, restrição do sono e higiene do sono) e o segundo de terapia de relaxamento (relaxamento muscular progressivo). O grupo de terapias cognitivas apresentou uma maior redução no número de despertares após o início do sono (54%), quando comparado ao da terapia de relaxamento (16%) (PASSOS *et al.*, 2007).

Outro parâmetro observado foi a eficiência do sono, para a qual o grupo terapia cognitiva também apresentou um maior resultado (85,1%) quando comparado ao da terapia de relaxamento (78,8%). Além disso, os pacientes do grupo terapia cognitiva aumentaram o tempo total de sono. Diante destes dados, a associação entre terapias cognitivas parece ser uma boa opção para o tratamento da insônia. (PASSOS *et al.*, 2007)

De acordo com os dados encontrados, foi possível, portanto, concluir que a intervenção não farmacológica, de uma forma geral, é efetiva para o tratamento da insônia crônica e que tais terapias podem ser utilizadas com objetivos distintos. Estes podem incluir desde a melhora da qualidade/quantidade do sono até o auxílio a terapias de redução da dose e da frequência do uso dos medicamentos, em especial, o de benzodiazepínicos.

Orlandi (2012) elaborou uma lista de orientações para a higiene do sono, que apresentamos no quadro 2.

Quadro 2.- Orientações de Higiene do Sono segundo Orlandi (2012).

<b>ORIENTAÇÕES DE HIGIENE DO SONO</b>
Tente dormir todos os dias no mesmo horário. Assim, seu corpo se preparará para dormir sempre naquele mesmo horário. Você pegará no sono mais rapidamente nas próximas semanas!
Não use o quarto onde dorme para trabalhar, estudar ou comer. Ele deve <u>apenas</u> ser o lugar de dormir.
Evite assistir televisão antes de dormir. Assistir televisão pode te deixar agitado e pode diminuir seu sono!
Descanse a mente e relaxe o corpo pelo menos uma hora antes de se deitar. Não resolva grandes problemas nesse período do dia.
Não tome café, chá e chocolate após as 17 horas.
Não ingerir bebidas alcoólicas antes de ir se deitar. Embora ajudem a relaxar, perturbam a qualidade do seu sono; se possível, tome um copo de leite.
Se você é fumante, não fume de duas a três horas antes de dormir.
Procure fazer refeições mais leves durante o jantar. Uma boa opção são saladas e legumes. Alimentos muito gordurosos como frituras, por exemplo, deixam seu estômago mais pesado e atrapalham seu sono!
Mantenha seu quarto numa temperatura agradável. Calor e frio excessivos alteram a qualidade do seu sono. Além disso, agasalhe-se bem, para evitar possíveis “contraturas” musculares.
Ruídos e claridade podem levar a um sono ruim. Portanto, procure dormir onde haja silêncio e pouca luz.
Exercícios físicos melhoram a qualidade do seu sono. Mas cuidado: tente praticar exercícios pela manhã ou à tarde. Se forem realizados próximos à hora de ir dormir, eles diminuirão a qualidade de seu sono. É importante também que você pratique exercícios que goste, que te deixem feliz e animado. Além de melhorar a qualidade de seu sono, você se mantém em forma.
Tente elaborar uma rotina antes de ir para a cama. Por exemplo: colocar o gato pra fora, trancar as portas, escovar os dentes... Isso acostuma seu organismo e o lembra que está chegando a hora de dormir, diminuindo o tempo em que você fica esperando o sono chegar.
Banhos quentes antes de dormir são recomendados para combater sua insônia. Eles relaxam seu corpo e sua mente.
Não cochile mais que duas vezes durante a mesma semana. Isso diminui a necessidade de sono noturno.
Durma sempre numa cama onde se sinta confortável. Isso é muito importante para que você consiga relaxar completamente para pegar no sono.
Evite “brigar” com a cama. Durma somente o tempo suficiente para se sentir bem. Não fique na cama mais tempo que o necessário.
Quando se sentir sem sono, levante e faça algo cansativo ou repetitivo como, por exemplo, ler um livro de um assunto desinteressante.
Diga não aos remédios! Você deve tomar remédio para dormir apenas se forem tomados com orientação médica!

## 6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

Para a elaboração do Projeto de Intervenção foram utilizados os seguintes passos:

- **Primeiro passo:** Levantamento da população que apresenta a queixa de insônia e daquela que se encontra em uso de medicamentos da classe dos benzodiazepínicos com o objetivo de tratar a queixa de insônia.
- **Segundo passo:** Buscar na literatura quais são as alternativas ao tratamento medicamentoso na abordagem da queixa de insônia, bem como os critérios necessários para se instaurar o tratamento medicamentoso dessa queixa.
- **Terceiro passo:** Formular um protocolo de ação com as funções de cada componente da equipe (ACS, técnico de enfermagem, enfermeiro, médico) na abordagem dessa queixa.
- **Quarto passo:** Capacitação das equipes dos PSF do município, em especial a equipe que atuou.
- **Quinto passo:** Colocar em prática o protocolo desenvolvido.

### 6.1 Plano de Ação

Como dito anteriormente, foi constatado um consumo alarmante de fármacos da classe dos benzodiazepínicos no município Belo Vale/MG, os quais, muitas vezes, são prescritos com a finalidade de tratamento da insônia. Como "nós críticos" de tal situação, identificamos o baixo nível de conhecimento da população, a medicalização da saúde por parte dos médicos e o sedentarismo. Na abordagem de cada nó crítico, iremos apresentar o desenho da operação, resultado e produto esperados em cada uma delas, a identificação dos recursos críticos, a análise da viabilidade e o plano operativo do projeto de intervenção.



**1º nó crítico: Adoção de práticas que comprometem a qualidade do sono**

O baixo nível de conhecimento da população favorece a adoção de práticas que comprometem a qualidade do sono, fazendo com que o usuário tão logo seja atendido pelo médico, solicite a prescrição do medicamento relatado.

**Operação:** A operação consiste em possibilitar a instrução desses usuários por meio de palestras/oficinas.

**Resultado:** Pretende-se diminuir as queixas de insônia na atenção básica, a princípio, no PSF em que eu atuo, estendendo-se, posteriormente, para os demais PSFs.

**Produto:** Como produto de tal intervenção, criaremos as oficinas de "Higiene do Sono", onde a população será instruída a adotar práticas promotoras de maior qualidade do sono.

**Recursos críticos:** Como recursos críticos e os atores que os controlam, identificamos:

**Cognitivo:** o profissional responsável por ministrar a oficina deverá deter o conhecimento do assunto.

**Organizacional:** Divulgação do evento e disponibilização de aparatos tecnológicos que ficarão a cargo do setor de comunicação.

**Político:** Escolha do dia, local e designação do profissional que irá promover a oficina, representado pela Secretaria Municipal de Saúde.

**Financeiro:** Recursos advindos da prefeitura, repassados à Secretaria Municipal de Saúde.

**Análise da viabilidade e o plano operativo do projeto de intervenção:**

Acreditamos que a execução dessas ações não ultrapassa os limites de nossa governabilidade. Os profissionais, médico e enfermeira do PSF de Lages (uma das localidades rurais do município), enfermeiras, respectivamente, do PSF Central e de Laranjeiras (outra localidade rural do município) ficarão responsáveis pela execução deste projeto, que deverá ser apresentado à Secretaria Municipal de Saúde e aos profissionais da área de saúde do município dentro de dois meses, devendo entrar em vigor em três meses.

**2º nó crítico: A medicalização da saúde por parte dos médicos**

Os médicos, sendo requisitados pelos pacientes a receitar medicamentos, muitas vezes não hesitam em atendê-los, deixando de abordar o problema de maneira preventiva.

**Operação:** A operação consiste em diminuir o número de prescrições de benzodiazepínicos.

**Resultado:** Diminuir a expedição de tais fármacos pela Farmácia de Minas, comparando os dados atuais da dispensa desses com os do próximo semestre.

**Produto:** Como produto de tal intervenção, serão promovidas palestras com os médicos do município a fim de conscientizá-los da necessidade de se abordar a insônia de forma preventiva, de se orientar hábitos e estilo de vida promotores da qualidade do sono, de se diminuir a dose de benzodiazepínicos, sempre que possível, de se diminuir novas prescrições dessa classe de medicamentos.

**Recursos críticos:** Como recursos críticos e os atores que os controlam, identificamos:

**Cognitivo:** O profissional responsável por ministrar as palestras deverá deter o conhecimento do assunto.

**Organizacional:** Divulgação do evento e disponibilização de aparatos tecnológicos que ficarão a cargo do setor de comunicação.

**Político:** Escolha do dia, local e designação do profissional que irá promover a oficina, representado pela Secretaria Municipal de Saúde.

**Financeiro:** Recursos advindos da prefeitura, repassados à Secretaria Municipal de Saúde.

### **Análise da viabilidade e o plano operativo do projeto de intervenção:**

Acreditamos que a execução dessas ações não ultrapassa os limites de nossa governabilidade. Os profissionais médico e enfermeira do PSF de Lages (uma das localidades rurais do município) e enfermeira do núcleo de saúde mental do NASF, ficarão responsáveis pela execução desse projeto, que deverá ser apresentado à Secretaria Municipal de Saúde e aos médicos do município em dois meses, entrando em vigor a partir de então.

### **3º nó crítico: O sedentarismo**

Por fim, como um nó crítico menos específico, porém não menos prejudicial, podemos citar o sedentarismo, que compromete a qualidade do sono dos usuários.

**Operação:** A operação consiste em promover a prática de exercícios físicos pela população do município.

**Resultado:** Como resultado, esperamos incentivar a criação de grupos de caminhada e implementar maior adesão aos programas de atividades físicas já propostos pelo município.

**Produto:** Como produto de tal intervenção, lançaremos o projeto "Caminhada Itinerante", quando, após uma palestra instrucional, onde serão divulgados os programas de promoção de saúde já instituídos no município, será realizado um circuito de caminhada com a população, devendo ocorrer em cada uma das zonas rurais de Belo Vale/MG.

**Recursos críticos:** Como recursos críticos e os atores que os controlam, identificamos:

**Cognitivo:** O profissional responsável por ministrar as palestras deverá deter o conhecimento do assunto.

**Organizacional:** Divulgação do evento, disponibilização de aparatos tecnológicos, confecção de camisas, que ficará a cargo do setor de comunicação.

**Político:** Escolha do dia, local e designação do profissional que irá promover a oficina, representado pela Secretaria Municipal de Saúde.

**Financeiro:** Recursos advindos da prefeitura, repassados à Secretaria Municipal de Saúde.

### **Análise da viabilidade e o plano operativo do projeto de intervenção:**

Acreditamos que a execução dessas ações não ultrapassa os limites de nossa governabilidade. O profissional fisioterapeuta do NASF e enfermeiras, respectivamente, do PSF de Lages, do PSF Central e do PSF de Laranjeiras, ficarão responsáveis pela execução desse projeto que deverá ser apresentado à Secretaria Municipal de Saúde e aos profissionais da área de saúde em dois meses, entrando em vigor em três meses.

A integração dos planos operativos elencados acima, bem como a divisão das responsabilidades referentes à atuação de cada membro da Equipe de Saúde da Família foi sintetizada no seguinte protocolo de acordo com o Quadro 3.

Quadro 3 - Responsabilidades por componentes da equipe	
Componente da Equipe	Responsabilidades
ACS	<p>Captar os usuários com queixa de insônia para fins de levantamento.</p> <p>Convidar os usuários, principalmente aqueles com queixa de insônia, para as atividades propostas na UBS (Oficina de higiene do sono, Caminhada Itinerante).</p> <p>Conferir as medicações em uso pelos pacientes, atentando-se para o uso sem prescrição médica de medicamentos controlados.</p>
Técnica de Enfermagem	<p>Apoio às atividades desenvolvidas na UBS (Oficina de higiene do sono, Caminhada Itinerante).</p>
Enfermeira	<p>Apoio/Condução das atividades desenvolvidas na UBS (Oficina de higiene do sono, Caminhada Itinerante).</p> <p>Promover o acolhimento dos pacientes atentando-se para as queixas de distúrbios do sono.</p>

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso e o abuso dos benzodiazepínicos têm assumido uma proporção de grandiosa magnitude, não sendo exagero classificá-lo como um grave problema de saúde pública, uma vez que sua indicação é feita indiscriminadamente, gerando, muitas vezes, mais malefícios do que benefícios.

Indicados inicialmente para casos de ansiedade severa, epilepsia, esquizofrenia e outros transtornos graves, os benzodiazepínicos tiveram o seu uso indiscriminadamente estendido a problemas relacionados à ansiedade, estresse, insônia, esta última, o foco do presente trabalho, e desânimo em relação a enfrentamento de problemas comuns.

Observou-se, através de revisão bibliográfica e da prática clínica no PSF de Lages, que a indicação desses medicamentos ocorre, muitas vezes, de forma inadequada, seja pela segurança que essas drogas oferecem, seja pela pressão do paciente. Além disso, destacamos a inexperiência de grande parte dos médicos, que muitas vezes desconhecem formas não farmacológicas de se abordar a queixa de insônia.

Não obstante as graves consequências que o consumo indiscriminado de tais fármacos possa provocar à saúde do usuário, constatamos, na atenção básica, um aumento crescente do consumo de benzodiazepínicos, sobrecarregando agendas médicas, profissionais e setores como a farmácia local.

Através do protocolo criado ao longo deste trabalho, espera-se integrar as atuações dos profissionais de saúde da atenção básica no sentido de capacitá-los a uma intervenção profícua no âmbito da captação e acolhimento dos casos de insônia; orientação aos usuários de estilo e hábitos de vida capazes de melhorar a qualidade do sono; capacitação dos médicos para que se torne possível a redução da emissão de receitas de benzodiazepínicos, entre outros.

Espera-se, assim, diminuir o consumo desses fármacos *per capita* em nosso município, sobretudo, nas situações em que estes são prescritos visando o tratamento da insônia.

## REFERÊNCIAS

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2013. Disponível em: <[http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil\\_m/belo-vale\\_mg](http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/belo-vale_mg)> Acesso em: 27 jul.2014.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasília: IBGE, 2010.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118p.

CASALI, F.T. 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. Camacho – MG, 2010. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/referencia/0000002179>. Acesso em: 19 out.2014.

CHAMBERS, M.J.; ALEXANDER, S.D. Assessment and prediction of outcome for a brief behavioral insomnia treatment program. **J Behav Ther Exp Psychiatry**. v.23, n. 4, p. 289-97, 1992.

FIRMINO, K. F. Benzodiazepínicos: um estudo da indicação/prescrição no Município de Coronel Fabriciano. Dissertação (mestrado em 2008). Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais, 2008. 108 p. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2863.pdf>>. Acesso em: 07.set.2014.

HADDAD, M. L.; MEDEIROS, M.; MARCON, S. S. Qualidade de sono de trabalhadores obesos de um hospital universitário: acupuntura como terapia complementar. **Rev Esc Enferm USP**. v..46, n.1, p. 82-8, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000100011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000100011). Acesso em: 26 out.2014.

MENDONÇA, R. T.; CARVALHO, A. C. D. O papel de mulheres idosas consumidoras de calmantes alopáticos na popularização do uso destes medicamentos. **Rev Latino-am Enferm**. 13 (número especial), p. 1207-1212, 2005. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13nspe2/v13nspe2a16.pdf>> Acesso em 07 set. 2014.

NOMURA, K. *et al*. Regular prescriptions for benzodiazepínines: Across-Sectional study of outpatientnts at university Hospital. **Intern Med**. v.45, n. 22, p. 1279-82, 2006, apud FIRMINO, K.F.. Utilização de Benzodiazepínicos no Serviço Municipal de Saúde de Coronel Fabriciano, Minas Gerais. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.17, n. 1. Rio de Janeiro. Jan, 2012. Disponível em:



<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000100018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000100018)> Acesso em 19 out.2014.

NORDON, D.G. Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária. **Rev. psiquiatr.** v.31, n. 3, p. 152-158, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v31n3/a04v31n3.pdf>>. Acesso em: . 02 nov.2014.

ORLANDI, A.C. Melhora da dor, do cansaço e da qualidade subjetiva do sono por meio de orientações de higiene do sono em pacientes com fibromialgia. **Rev Bras Reumatologia.** v.52, n. 5, p. 666-678, 2012. Disponível em:. Acesso em 22 out.2014.

ORLANDI, P.; NOTO, A. R. Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave no município de São Paulo. **Rev Latino-am Enferm.** v. 13, n. especial, p. 896-902, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13nspe/v13nspea18.pdf>> Acesso em: 14 set.2014.

PASSOS, G. S.; TUFIK, S.; SANTANA, M. G.; POYARES, D.; MELLO, M. T. Tratamento não farmacológico para insônia crônica. **Rev bras Psiquiatr.** v. .29, n.3, p.279-282, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v29n3/2411.pdf>> Acesso em 22 out.2014.

PORTAL BELO VALE, 1997. Disponível em <<http://dejore.cloudapp.net/belovale/>>. Acesso em: 27 jul.2014.

POYARES, D. *et al.* Hipnoindutores e insônia: Sleep promoters and insomnia. **Rev bras Psiquiatr.** v. 27 (Supl I), p. 2-7, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v27s1/24469.pdf>>. Acesso em: 19 out.2014.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO VALE, 2012. Disponível em: <<http://www.belovale.mg.gov.br/>>. Acesso em: 27 jul.2014.

RINGDAHL, E.N. *et al.* Treatment of primary insomnia. **J Am Board Fam Pract.** v.17, n. 3, p. :212-9, 2004.

TELLES FILHO, P.C.P. *et al.* Utilização de benzodiazepínicos por idosos de uma estratégia de saúde da família: implicações para enfermagem. **Esc Anna Nery**, v.15, n.3, Rio de Janeiro, julho, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452011000300020&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452011000300020&script=sci_arttext)> Acesso em: 19 out.2014.

VIGETA, S. M. G. *et al.* O Conhecimento da Higiene do Sono na Menopausa. **Rev APS.** v.16, n. 2, p.122-128, 2013. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi->

bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p  
&nextAction=lnk&exprSearch=689511&indexSearch=ID>.Acesso em: 02 nov.2014.

XAVIER, I. D. R. O uso prolongado de benzodiazepínicos e suas complicações: uma  
revisão de literatura. Belo Horizonte, 2010. Disponível em:<  
<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2628.pdf>> Acesso em: 22  
out.2014.