



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

EVANDRO MEDEIROS COSTA

**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DE *Valeriana officinalis* L. E SUA
UTILIZAÇÃO EM EX-USUÁRIOS DE BENZODIAZEPÍNICOS DO DISTRITO
SANITÁRIO II, EM RECIFE-PE**

Dissertação submetida ao programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas.

Orientador: Prof. Dr. José Gildo de Lima

RECIFE / 2014

Ficha catalográfica elaborada pela
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

C837a Costa, Evandro Medeiros.
Avaliação da implantação de *valeriana officinalis* L. e sua utilização em ex-usuários de benzodiazepínicos do distrito sanitário II, em Recife-PE / Evandro Medeiros Costa. – Recife: O autor, 2014.
61 f.: il.; tab.; 30 cm.

Orientador: José Gildo Lima.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS.
Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, 2014.
Inclui referências e anexos.

1. Distúrbios do início e da manutenção do sono. 2. Receptores de GABA-A. 3. Valeriana. I. Lima, José Gildo (Orientador). II. Título.

615.3 CDD (23.ed.) UFPE (CCS2014-224)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

Reitor:

Professor Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

Vice-Reitor:

Professor Silvio Romero de Barros Marques

Pró-Reitor para Assuntos de Pesquisa e Pós-graduação:

Professor Francisco de Sousa Ramos

Diretor do Centro de Ciências da Saúde:

Professor Nicodemos Teles de Pontes Filho

Vice-Diretor do Centro de Ciências da Saúde:

Professora Vânia Pinheiros Ramos

Chefe do Departamento de Ciências Farmacêuticas:

Professor Antônio Rodolfo de Faria

Vice-Chefe do Departamento de Ciências Farmacêuticas:

Professor Dalci José Brondani

Coordenador do Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas:

Professor Almir Gonçalves Wanderley

Vice-Coordenador do Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas:

Professora Ana Cristina Lima Leite



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS



Recife, 21 de fevereiro de 2014.

Defesa de Dissertação de Mestrado de **Evandro Medeiros Costa** defendida nesta data e **APROVADA**, por decisão unânime, pela Banca Examinadora composta pelos seguintes professores:

Prof. Dr. José Gildo de Lima

(Depto. de Ciências Farmacêuticas da Universidade de Pernambuco - UFPE)

Assinatura: .

Prof.^a Dr.^a Elba Lúcia Cavalcanti de Amorim

(Depto. de Ciências Farmacêuticas da Universidade de Pernambuco - UFPE)

Assinatura: .

Prof.^a Dr.^a Maria Almerice Lopes da Silva

(Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ/PE)

Assinatura:

Prédio das Pós-Graduações em Ciências Farmacêuticas
Av. da Engenharia, s/n - 2.º andar - Cidade Universitária - Recife/PE - CEP 52740-600

Dedico este trabalho aos meus familiares e, em especial, aos meus pais, Ricardo e Adalgisa, que sempre guiaram os filhos pelo caminho da educação e me ajudaram para alcançar os meus objetivos profissionais.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a **Deus**... Obrigado por TUDO!!!!

Agradeço aos meus pais, Ricardo e Adalgisa, por todo amor oferecido e todo ensinamento que me deram, pois, hoje vejo o mundo de forma diferente e busco a cada dia melhorar minha vida para ser uma pessoa melhor. Obrigado mainha e painho!

Agradeço também as minhas irmãs Eline e Elaine, que me deram tanta força quando por muitas vezes eu fraquejei e tive vontade de desistir.

Aos meus queridos sobrinhos, Ana Clara e Luiz Ricardo.

Ao meu orientador, Jose Gildo de Lima, pela valiosa orientação, paciência e conhecimentos transmitidos. Sua competência servirá sempre de exemplo para mim.

A minha eterna amiga Laíse Lima, que está comigo sempre, me dando total apoio. Ela foi fundamental nessa fase da minha vida.

E a todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

RESUMO

INTRODUÇÃO: O consumo excessivo de medicamentos pela população é considerado um problema de saúde pública. Entre esses medicamentos destacam-se os benzodiazepínicos que são comumente utilizados para o tratamento da insônia. Diante dos inúmeros problemas trazidos pelo uso indiscriminado desses insumos a Secretaria Municipal de Saúde do Recife buscou uma alternativa ao seu uso, introduzindo assim o medicamento fitoterápico à base de *Valeriana Officinalis* L. Esse estudo tem como **OBJETIVO** avaliar a implantação e utilização do medicamento fitoterápico em ex-usuários de benzodiazepínicos das unidades de Saúde da Família do Distrito Sanitário II. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Avaliou-se através de questionários a qualidade do sono dos usuários do novo medicamento, seu conhecimento sobre a fitoterapia fazendo um paralelo comparativo ao uso dos benzodiazepínicos e entrevistou-se também os prescritores, através de questionários padronizados, sobre questões relacionadas à fitoterapia com destaque para *Valeriana Officinalis* L. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Participaram do estudo 101 pessoas (93 usuários e 8 médicos). Os usuários relataram conhecer as atividades de vinte e seis espécies diferentes de plantas, utilizadas isoladamente para diversos fins medicinais, destacando-se o maracujá (*Passiflora incanata*) com 8/63 citações, a camomila (*Chamomilla recutita* (L.)) com 8/63 citações e a laranja (*Inga sp.*) com 5/63 citações. O Grupo Valeriana (GV) teve um escore global de 12 pontos e o Grupo Controle (GC) apresentou escore global de 4 pontos no Questionário de Qualidade de Sono de Pittsburg, sendo assim o GV apresentou qualidade do sono muito ruim o GC qualidade do sono boa. Vários fatores podem estar relacionados a esse resultado entre eles o desconhecimento dos prescritores sobre o tratamento o que ficou evidente através dos resultados das entrevistas com os médicos. Quando a pergunta foi relacionada à retirada de benzodiazepínicos utilizando a valeriana, metade dos entrevistados relatou que não se sentem seguros e revelaram desconhecimento em relação ao “desmame”. Em relação ao nível de conhecimento sobre a valeriana 5/8 dos prescritores julgaram como sendo regular, 2/8 muito ruim e 1/8 bom. **CONCLUSÃO:** É de interesse para este estudo que novas pesquisas sobre o tema sejam realizadas e que nelas sejam envolvidas atividades de acompanhamento farmacoterapêutico e de educação em saúde para os usuários e profissionais de saúde envolvidos no processo. Portanto cabe aos profissionais de saúde a apropriação sobre temas tão importantes como a fitoterapia e a retirada gradual de benzodiazepínicos, uma vez que isso poderá afetar diretamente não somente a qualidade do sono, mas a qualidade de vida dos usuários.

PALAVRAS-CHAVE: Distúrbios do Início e da Manutenção do Sono; Receptores de GABA-A; Valeriana.

ABSTRACT

Excessive consumption of drugs by the population is considered a public health problem. Among these drugs stand out benzodiazepines that are commonly used for treatment of insomnia. Given the numerous problems brought by the indiscriminate use of these inputs the Municipal Health Secretariat of Recife sought an alternative to its use, introducing so based herbal medicine *Valeriana officinalis* L. This study aims to evaluate the implementation and use of herbal medicine in former users benzodiazepines units of the Family Health Sanitary District II. **MATERIALS AND METHODS:** Was assessed through questionnaires sleep quality of new drug users, their knowledge about herbal medicine making comparative parallels the use of benzodiazepines and also interviewed them prescribers through standardized questionnaires on issues related to herbal medicine with emphasis on *Valeriana officinalis* L. **RESULTS AND DISCUSSION:** The study included 101 people (93 medical users to 8). Users reported knowing the of activities (26) twenty-six different species of plants and used for isolation various medical purposes, especially the passion fruit (*Passiflora incanata*) with 8/63 quotes, Chamomile (*Chamomilla recutita* (L.)) with 8/63 quote and orange (*Inga* sp.) with 5/63 quotes. The Valerian Group (GV) had an overall score of 12 points and the Control Group (CG) scores were total of 4 points in Sleep Quality Questionnaire Pittsburgh, thus the GV had very poor sleep quality CG good quality sleep. Several factors may be related this result including the lack of prescribers about the treatment which was evident from the results of the interviews with the doctors. When the question was related the withdrawal of benzodiazepines using valerian, half of the respondents reported not feel safe and showed ignorance about the "weaning". Regarding the level of knowledge about valerian 5/8 prescribers judged as fair, 2/8 and very bad Eighth good. **CONCLUSION:** It is of interest to this study that further researches on the topic are performed and that are involved in them pharmacotherapeutic monitoring and activities health education for users and health professionals involved in the process. Therefore it is up healthcare professionals ownership on such important topics as herbal medicine and gradual withdrawal of benzodiazepines, since it can directly affect not only the sleep quality, but the quality of life of users.

KEYWORDS: Sleep Initiation and Maintenance Disorders; Receptors, GABA-A; Valerian.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

OMS: Organização Mundial da Saúde

MS: Ministério da Saúde

SMS: Secretaria Municipal de Saúde

BZD: Benzodiazepínicos

GABA: Ácido gama amino butírico

PPF: Programa Farmácia da Família.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. REVISÃO DA LITERATURA	14
3. OBJETIVOS	22
3.1.Objetivos Gerais	23
3.2.Objetivos Específicos	23
4. ARTIGO	24
Introdução.....	28
Material e Método.....	29
Resultados e Discussões.....	34
Referências.....	48
5. CONCLUSÃO.....	51
REFERÊNCIAS	53
ANEXO A.....	58

1.Introdução

1. INTRODUÇÃO

O consumo excessivo de medicamentos pela população é considerado um problema de saúde pública. Os benzodiazepínicos (BZDs) são um dos fármacos mais prescritos no mundo atualmente e utilizados em larga escala no tratamento de diversas patologias, destacando-se seu uso nos serviços de atenção primária à saúde. O uso crônico destes medicamentos causa severos problemas como dependência, tolerância, perda da memória em longo prazo, alterações na estrutura do sono, entre outros (ALOÉ et al., 2002).

O BZDs são comumente os medicamentos de escolha para o tratamento da insônia, que pode ser definida como uma condição insatisfatória da qualidade e quantidade inadequada de sono, caracterizada por dificuldade de iniciar ou mantê-lo e despertar matinal precoce. Isto pode acarretar diversos problemas sobre o funcionamento diário, devido à fadiga, problemas de concentração e de memória (POYARES et al., 2012).

Como consequência desta realidade, terapias alternativas vêm sendo utilizadas no tratamento da insônia, entre elas o uso de plantas medicinais e de medicamentos fitoterápicos, os quais vêm apresentando uma expansão no seu uso em todo o mundo (ROBBERS et al., 1996, BREVOORT, 1988; EINSENBURG, 1998; CALIXTO, 2000; BELLO et al., 2002; NASCIMENTO et al., 2005).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), fitoterápicos são produtos medicinais acabados e etiquetados, cujos componentes ativos são formados por partes aéreas ou subterrâneas de plantas, ou outro material vegetal, ou combinações destes, em estado bruto ou em formas de preparações vegetais (OMS, 2000; RATES, 2001).

É evidente que os medicamentos à base de plantas medicinais têm tido um papel vital nos cuidados básicos à saúde de grande parte da população mundial, em muitos casos, estes insumos suprem a lacuna entre a disponibilidade e a demanda de medicamentos modernos (FARIA et al., 2004; GADELHA, 2007).

Muitas plantas assim como medicamentos fitoterápicos já são utilizados e conhecidos na medicina para o tratamento da insônia como é o caso da *Matricaria chamomilla* L. (camomila), *Melissa officinalis* L. (melissa ou erva-cidreira), *Passiflora*

incarnata L. (maracujá), *Piper methysticum* G. Forst. (kava-kava) e a *Valeriana officinalis* L. (valeriana) (VELOSO et al., 2008).

Alguns estados e municípios brasileiros vêm realizando nas duas últimas décadas a implantação de Programas de Fitoterapia na atenção primária à saúde, com o intuito de suprir as carências medicamentosas de suas comunidades. (SILVA. et al., 2012).

Muitos dos programas de fitoterapia desenvolvidos no sistema público de saúde estão, atualmente, vinculados à Estratégia de Saúde da Família, que procura reorganizar os serviços e reorientar as práticas profissionais na lógica da promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação (MS, 1997).

A implantação do programa de fitoterapia pela Gerência de Assistência Farmacêutica em parceria com a Secretária Municipal de Saúde (SMS) e a disponibilidade do comprimido revestido do extrato seco da raiz da *Valeriana officinalis* L. no Programa Farmácias da Família (PFF), que é o atual modelo de dispensação de medicamentos adotado pela SMS, se faz como uma alternativa à utilização e à retirada de benzodiazepínicos padronizados na rede (Diazepam e Clonazepam) em usuários portadores de insônia.

A finalidade do presente trabalho foi de avaliar a implantação e utilização do medicamento fitoterápico à base do extrato seco da raiz de *Valeriana officinalis* L. em substituição à terapia benzodiazepínica nas Unidades de Saúde da Família (USF) do 2º Distrito Sanitário da Cidade do Recife/PE, através de registros e análises de informações sobre o seu emprego terapêutico.

2.Revisão da literatura

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Benzodiazepínicos

Os benzodiazepínicos (BZDs) são fármacos que agem diretamente no sistema nervoso central, alterando aspectos cognitivos e psicomotores no organismo. São várias as atividades terapêuticas atribuídas a esses medicamentos: ansiolíticos, sedativo-hipnóticos, "calmantes". Seus principais efeitos terapêuticos são: a sedação, hipnose e relaxamento muscular. As principais aplicações clínicas são em casos de ansiedade associadas a condições cardiovasculares ou gastrintestinais, distúrbios do sono, convulsões, espasmos musculares involuntários, dependência de álcool e outras substâncias (MS, 2006).

Disponíveis desde 1960 e com um controle rigoroso de sua prescrição devido ao seu potencial de dependência e tolerância, através do formulário azul e da retenção de receita, os BZDs são uma classe dos psicofármacos das mais prescritas atualmente. No Brasil, é a terceira classe de fármacos mais prescritas, sendo utilizada por aproximadamente 4% da população (ROSENBAUM, 2005).

Os efeitos dos BZDs acontecem devido a sua interação com receptores de neurotransmissores inibitórios diretamente ativados pelo GABA A, os quais são formados por pelo menos cinco os quais são formados por pelo menos cinco famílias diferentes de proteínas, e funcionam regulando a abertura e o fechamento os canais de íons cloreto, responsáveis pela propagação dos estímulos para os neurônios pós-sinápticos (LICATA e ROWLETT, 2008).

A heterogeneidade do receptor GABA A (Figura 1) está relacionada ao surgimento das ações ansiolítica e hipnótica dos benzodiazepínicos e também pode ser a explicação para o aparecimento da dependência, que gera o abuso desta classe de medicamentos, ao contrário dos barbitúricos, por exemplo, os BZDs não ativam diretamente os receptores GABA A necessitando de GABA para expressar seus efeitos. Este tipo de atuação confere a esta classe uma notável segurança, visto que na ausência de GABA, o efeito sobre o GABA A não existirá (MIYASAKA et al., 2006).

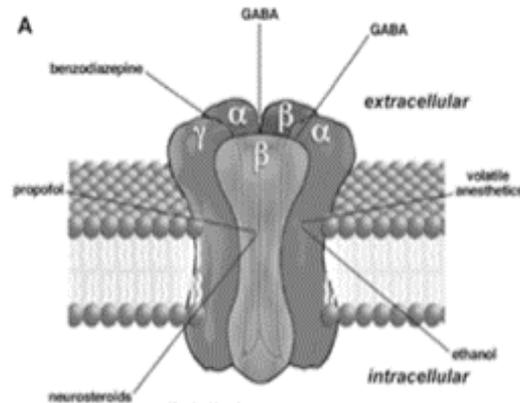


Figura 1 : Receptor GABA A

A noção de que este tipo de fármaco tem potencial para ser abusado não é nova, se tornando conhecida em meados dos anos 1970. Porém, recentes achados epidemiológicos sugerem que o abuso desta classe pode estar em ascensão. Dados demonstram que os agentes ansiolíticos, como os BZDs, estão entre as substâncias prescritas com maior frequência e utilizadas regularmente por mais de dez por cento da população na maioria dos países desenvolvidos, sendo, portanto, um motivo de preocupação (SILVA et al., 2006).

Os BZDs são uma classe de fármacos que possuem um potencial de causar dependência conhecido. Embora as recomendações para o uso de BZDs com prescrição sugerem que a duração se limite a algumas semanas, é conhecido o uso desses medicamentos por meses, anos ou até décadas, mesmo que as evidências demonstrem que seus benefícios podem diminuir com o tempo, enquanto o potencial para efeitos adversos permanece (AUTHIER et al., 2009).

A exposição crônica aos BZDs provoca modificação na neurotransmissão GABAérgica, que contribui para o aparecimento de tolerância, dependência e abstinência. Estudos relataram que a alta taxa de consumo destes medicamentos pode estar diretamente relacionada à dependência, condição esta que pode explicar também o motivo pelo qual é usado por períodos prolongados pela maioria dos pacientes (PELISSOLO e BISSERBE, 2004).

Por causa dos problemas associados com o uso a longo prazo de BZDs, esforços têm sido feitos para controlar a sua retirada com sucesso. Entretanto a maioria dos

autores têm usado substâncias que atuam sobre o sistema GABAérgico com relatórios intermitentes de sucesso, destacando-se o tratamento dos distúrbios do sono (POYARES et al., 2012).

2.2 Sono e Vigília

O sono e a vigília são produzidos a partir de mecanismos elaborados que envolvem inúmeras áreas encefálicas como tronco cerebral, hipotálamo, tálamo e estruturas neocorticais (PACE-SCHOTT e HOBSON, 2002). O sono é um comportamento ativo, repetitivo e reversível que interfere em muitas funções fisiológicas distintas, inclusive nos processos de aprendizagem e consolidação da memória, tais funções podem ser secundariamente afetadas em casos de restrição do sono, os quais são cada vez mais frequentes na sociedade moderna (CURCIO et al. 2006).

A regulação do sono-vigília envolve três processos básicos: homeostático, chamado de processo S, que é determinado pela quantidade anterior de sono e vigília, no qual há um aumento da propensão ao sono quando o indivíduo é privado de sono e uma diminuição em resposta ao excesso de sono; circadiano, chamado de processo C, que organiza as alternâncias de sono e vigília durante as 24 horas do dia de acordo com o ciclo claro-escuro; e ultradiano, que controla a alternância entre os dois tipos de sono, REM e NREM, com uma periodicidade menor do que 24 horas (ROTH e ROEHRS, 2000).

Os processos circadiano e homeostático normalmente interagem entre si, apesar deles atuarem funcional e neuroanatomicamente independentes. Após o despertar, o processo circadiano aumenta a propensão para o alerta ao longo do dia até alcançar o seu nível máximo no final deste, ou seja, antes do início da liberação noturna de melatonina, quando então decai (DIJK e VON SCHANTZ, 2005).

Concomitantemente, há um aumento da propensão ao sono pela regulação homeostática (que representa a “necessidade de sono” do indivíduo) e quando combinado com a queda da regulação circadiana para o alerta gera uma intensa propensão para dormir ao final do dia. Quando o sono se inicia, ocorre um decréscimo da regulação homeostática e a regulação circadiana recomeça a atuar, porém sua ação é

agora direcionada para a facilitação do sono, atingindo o seu valor máximo no final da noite (WRIGHT Jr. et al., 2006).

Analisando-se o sono humano, é possível a identificação de uma variedade de distúrbios que apresentam inúmeras origens e consequências funcionais (HOBSON 2005). O diagnóstico e o tratamento dos distúrbios do sono é um campo que vem se expandindo bastante nos últimos anos com as pesquisas sobre investigação da fisiologia e fisiopatologia do sono (ROTH e ROEHRS, 2000).

Ansiedade, dificuldades para dormir e insônia, patologias tratadas com BZDs, afetam aproximadamente um quinto da população e são indicadores muito comuns para o uso de alguns fitoterápicos. Muitas queixas sobre problemas de sono aumentam com a idade, e as mulheres são afetadas mais frequentemente que os homens. A insônia tratada de maneira inadequada está associada com um risco aumentado de vários distúrbios físicos e mentais, inclusive depressão (HOBSON, 2005).

Portanto, os distúrbios do sono requerem intervenção terapêutica, mas considerando os fortes efeitos colaterais e reações adversas, medidas não farmacológicas devem ser tentadas antes de se recorrer à terapia farmacológica clássica (SCHUILING et al., 2005).

Hoje se observa o espaço promissor para o uso de fitoterápicos no tratamento do distúrbio do sono e a procura de plantas medicinais está crescendo, devido aos resultados obtidos na sua utilização (SCHULZ et al., 2002).

2.3 Uso da valeriana relacionada a problemas do sono

Desde 1978, quando se realizou a Assembleia Mundial de Saúde, com o tema “Plantas Medicinais”, a Organização Mundial da Saúde, órgão ligado a Organização das Nações Unidas, tem incentivado entidades de saúde a se organizarem e fazerem uma avaliação dos métodos naturais, principalmente da fitoterapia. De acordo com os dados da Organização Não Governamental *Conservation International*, o Brasil é a nação mais rica do mundo em biodiversidade, pois detém 23% do total das espécies do planeta (POYARES et al., 2012).

A procura pelas plantas medicinais como recurso terapêutico no Brasil deu-se a partir de 1980 por diversos motivos, entre eles: o uso indiscriminado dos medicamentos

alopáticos e seus altos custos, a comprovação da eficácia de algumas espécies de plantas na saúde humana, do seu poder de resolutividade e menores efeitos colaterais; assistência precária dos serviços públicos de saúde, entre outros (SERRANO, 1986).

As observações populares sobre o uso e a eficácia de plantas medicinais contribuem de forma relevante para a divulgação das virtudes terapêuticas dos vegetais, prescritos com frequência, pelos efeitos medicinais que produzem, apesar de não terem seus constituintes químicos conhecidos. Dessa forma, usuários de plantas medicinais de todo o mundo, mantém em voga a prática do consumo de fitoterápicos, tornando válidas informações terapêuticas que foram sendo acumuladas durante séculos (MACIEL, 2002).

Valeriana, uma raiz natural usada em muitos países por pacientes com problemas relacionados ao sono, pode ser útil como um tratamento alternativo na retirada do uso BZDs. Em ratos, a valeriana impediu o desenvolvimento da síndrome de abstinência, resultante da remoção de diazepam após períodos prolongados de administração (POYARES et al., 2012) e não induziu efeitos tóxicos (TUFIK et al., 1994). O fato de valeriana é capaz de deslocar *in vitro* [H] muscimol, um GABA agonista (CAVADAS et al., 1995), sugere que pode atuar no receptor de GABA. Outras evidências também sugerem que os efeitos da valeriana são mediados pelo GABA.

A valeriana é nome de um gênero de plantas herbáceas perenes da família das valerianáceas (Quadro 1), nativas da Europa e do norte da Ásia - porém amplamente distribuídas pelo planeta, portanto encontradas também nas Américas. Inclui mais de 200 espécies.

Quadro 1: Classificação Científica da valeriana

Classificação científica
<u>Reino:</u> Plantae
<u>Divisão:</u> Magnoliophyta
<u>Classe:</u> Magnoliopsida
<u>Ordem:</u> Dipsacales
<u>Família:</u> Valerianaceae
<u>Gênero:</u> <i>Valeriana</i>

Chama-se valeriana, por extensão, qualquer espécie desse gênero, como, por exemplo, a valeriana-comum, ou, simplesmente, valeriana, *Valeriana officinalis*, com inflorescências perfumadas e raízes grossas com odor característico e forte, das quais, adequadamente tratadas (maceradas, trituradas, dessecadas e acondicionadas), preparam-se medicamentos fitoterápicos de efeito ansiolítico, tranquilizante e até anticonvulsivante, classicamente utilizados em medicina, por conterem drogas ou princípios ativos que lhes conferem tais propriedades.

Desde 1977, vários ensaios randomizados, ensaios duplo-cego têm considerado o efeito do extrato de valeriana no sono. As avaliações foram inicialmente baseadas em escores de sintoma e questionários (KAMM-KOHL et al., 1984), mas várias investigações utilizaram actigrafia ou gravações do polígrafo (LEATHWOOD e CHAUFFARD, 1982; LEATHWOOD et al., 1982; BALDERER e BORBE'LY, 1985). As populações pesquisadas são muitas vezes voluntários saudáveis (jovens ou idosos), pessoas com insônia ou idosos com doenças crônicas. Os resultados foram variáveis, mas normalmente mostraram melhoras no tempo de latência do sono.

Balderer e Borbe'ly (1985) relataram uma diminuição no tempo de latência de sono e no número de vezes de despertar após o início do sono. Da mesma forma, alguns

autores relataram um aumento significativo no sono de ondas lentas (SWS) e densidade de complexo K, após oito dias, e uma diminuição da quantidade de estágio 1 de movimento não rápido dos olhos (NREM) em idosos com dificuldades de dormir tratados com raiz de valeriana (SCHULZ et al, 1994).

Alguns autores sugerem um efeito seletivo do extrato de valeriana no sono NREM. No geral, os resultados foram geralmente positivos quando pessoas com insônia foram o grupo alvo, em vez de voluntários saudáveis. Valeriana considerado um sedativo moderado e hipnótico sendo uma substância com ausência de sonolência diurna e toxicidade ou alterações na arquitetura do sono em ratos e nos seres humanos (POYARES et al., 2012).

3. Objetivos

3. OBJETIVOS

3.1 GERAL

➤ Avaliar a implantação e utilização do medicamento fitoterápico à base do extrato seco da raiz de *Valeriana officinalis* L. em ex-usuários de benzodiazepínicos das unidades de Saúde da Família do Distrito Sanitário II.

3.2 ESPECÍFICOS

➤ Caracterizar a qualidade de sono dos pacientes, que fazem utilização do extrato da raiz de *Valeriana officinalis* L. em substituição à terapia benzodiazepínica, e os seus componentes: qualidade subjetiva do sono, latência, duração, eficiência, distúrbios do sono e disfunção durante o dia.

➤ Descrever as terapias benzodiazepínicas e fitoterapia no tratamento do sono dos usuários pesquisados;

➤ Traçar perfil sócio-demográfico da amostra a ser analisada;

➤ Verificar o conhecimento dos usuários e médicos sobre o uso de *Valeriana officinalis* L.

4.Artigo:

AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DE *Valeriana officinalis* L. E SUA
UTILIZAÇÃO EM EX-USUÁRIOS DE BENZODIAZEPÍNICOS DO DISTRITO
SANITÁRIO II, EM RECIFE-PE

Artigo submetido a:

Revista: Brasileira de Ciências Farmacêuticas

Autores: COSTA, E.M.; CALVALCANTI, J.; LIMA, J.G

AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DE *Valeriana officinalis* L. E SUA
UTILIZAÇÃO EM EX-USUÁRIOS DE BENZODIAZEPÍNICOS DO DISTRITO
SANITÁRIO II, EM RECIFE-PE

COSTA, E.M.¹; CAVALCANTI, J.²; LIMA, J.G.³

¹Discente do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal de Pernambuco, Av. Prof. Arthur de Sá, SN, Cidade Universitária, CEP: 50740-521, Recife-Brasil, * pehpharma@hotmail.com

²Farmacêutica do Núcleo de Apoio a Saúde da Família- NASF, Prefeitura do Recife-PE, Brasil

³Docente do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal de Pernambuco, Av. Prof. Arthur de Sá, SN, Cidade Universitária, CEP: 50740-521, Recife-Brasil.

RESUMO: O consumo excessivo de medicamentos pela população é considerado um problema de saúde pública. Entre esses medicamentos destacam-se os benzodiazepínicos, comumente utilizados para o tratamento da insônia. Diante dos inúmeros problemas trazidos pelo uso indiscriminado desses insumos a Secretaria Municipal de Saúde do Recife buscou uma alternativa ao seu uso, introduzindo assim o medicamento fitoterápico à base de *Valeriana Officinalis* L. Esse estudo tem como **OBJETIVO:** avaliar a implantação e utilização do medicamento fitoterápico em ex-usuários de benzodiazepínicos das unidades de Saúde da Família do Distrito Sanitário II. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Questionários avaliaram a qualidade do sono dos usuários do novo medicamento e seu conhecimento sobre a fitoterapia, fazendo um comparativo dos mesmos atributos com o uso dos benzodiazepínicos; prescritores foram entrevistados através de questionários padronizados, contendo questões relacionadas à fitoterapia, com destaque para *Valeriana Officinalis* L. **RESULTADOS: E DISCUSSÃO:** 101 pessoas (93 usuários e 8 médicos) participaram do estudo. Os usuários relataram conhecer as atividades de (26) vinte e seis espécies diferentes de plantas, utilizadas isoladamente para diversos fins medicinais, destacando-se o maracujá (*Passiflora incanata*) com 8/63 citações, a camomila (*Chamomilla recutita* (L.)) com 8/63 citações e a laranja (*Inga sp.*) com 5/63 citações. O Grupo Valeriana (GV) teve um escore global de 12 pontos, e o Grupo Controle (GC) apresentou escore global de 4 pontos no Questionário de Qualidade de Sono de Pittsburg. Sendo assim o GV apresentou qualidade do sono muito ruim o GC qualidade do sono boa. Vários fatores podem estar relacionados a esse resultado. Entre eles, os prescritores desconhecem o tratamento- isto ficou evidente através dos resultados das entrevistas com os médicos. Quando a pergunta foi relacionada à retirada de benzodiazepínicos utilizando a

valeriana, metade dos entrevistados relataram que não se sentem seguros, além de revelarem desconhecimento em relação ao “desmame”. Em relação ao nível de conhecimento sobre a valeriana, 5/8 dos prescritores julgaram como sendo regular, 2/8 muito ruim e 1/8 bom. **CONCLUSÃO:** Novas pesquisas sobre o tema devem ser realizadas, que agreguem atividades de acompanhamento farmacoterapêutico e de educação em saúde para os usuários e profissionais de saúde envolvidos no processo. Portanto cabe aos profissionais de saúde a apropriação sobre temas tão importantes como a fitoterapia e a retirada gradual de benzodiazepínicos, uma vez que isso poderá afetar diretamente não somente a qualidade do sono, mas a qualidade de vida dos usuários.

PALAVRAS-CHAVE: Insônia, benzodiazepínicos, valeriana

ABSTRACT: Excessive intake of medicines by population is regarded as a public health issue. Among those medicines, stand out the benzodiazepines, which are commonly employed for treating insomnia. Given the countless problems brought by the indiscriminate use of such drugs, the Municipal Health Department of Recife sought an alternative to its usage, thus introducing a herbal medicine based on *Valeriana officinalis* L. This study aims to assess the implementation and use of herbal medicine in former users of benzodiazepines, of Family Health Units from Sanitary District II, Recife. **MATERIALS AND METHODS:** Questionnaires assessed the quality of sleep of new medicine users and their knowledge about phytotherapy, and compared the same attributes with benzodiazepines; prescribers were interviewed with a structured questionnaire containing questions related to phytotherapy, especially *Valeriana officinalis* L. **RESULTS AND DISCUSSION:** 101 people (93 users and 8 physicians) participated in the study. Users reported knowing the activities of (26) twenty-six different kinds of plants, used for various medicinal purposes isolatedly, notably the passion fruit (*Passiflora incarnata*) with 8/63 quotes, chamomile (*Chamomilla recutita* L.) with 8/63 quotes and orange (*Inga* sp.) with 5/63 quotes. The Valerian Group (VG) had an overall score of 12 points, and the Control Group (CG) had four points in the Pittsburgh Sleep Quality Index. GV showed “very poor” sleep quality and CG, “good” sleep quality. Several factors may be related to this result. Among them, prescribers were unaware of that kind of treatment – this was evident from the interviews results⁷. When the question was related to benzodiazepine removal using valerian, half of the respondents reported they were not confident, apart from revealing lack of knowledge regarding the “weaning”. Regarding the level of knowledge about valerian: 5/8 prescribers classified as “fair”; 2/8, “very poor” and 1/8, “good”. **CONCLUSIONS:** New researches on the subject shall be conducted, to consider pharmacotherapeutic monitoring and health education activities for users and health professionals engaged in the process. Lies with health professionals the appropriation on important topics such as phytotherapy and the gradual removal of benzodiazepines, since it can directly affect not only the quality of sleep, but the quality of life of users.

KEYWORDS: Insomnia, benzodiazepines, valerian

INTRODUÇÃO

O consumo excessivo de medicamentos pela população é considerado um problema de saúde pública. Os benzodiazepínicos (BZDs) são um dos fármacos mais prescritos no mundo atualmente e utilizados em larga escala no tratamento de diversas patologias, destacando-se seu uso nos serviços de atenção primária à saúde. O uso crônico destes medicamentos causa severos problemas como dependência, tolerância, perda da memória em longo prazo, alterações na estrutura do sono, entre outros. (ALÓÉ et al., 2002)

O BZDs são comumente os medicamentos de escolha para o tratamento da insônia, que pode ser definida como uma condição insatisfatória da qualidade e quantidade inadequada de sono, caracterizada por dificuldade iniciar ou mantê-lo e despertar matinal precoce. Isto pode acarretar diversos problemas sobre o funcionamento diário, devido à fadiga, problemas de concentração e de memória (POYARES et al., 2002).

Como consequência desta realidade, terapias alternativas vêm sendo utilizadas no tratamento da insônia, entre elas o uso de plantas medicinais e de medicamentos fitoterápicos, os quais vêm apresentando uma expansão no seu uso em todo o mundo (ROBBERS et al., 1996, BREVOORT, 1988; EINSENBURG, 1998; CALIXTO, 2000; BELLO et al., 2002; NASCIMENTO et al., 2005).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), fitoterápicos são produtos medicinais acabados e etiquetados, cujos componentes ativos são formados por partes aéreas ou subterrâneas de plantas, ou outro material vegetal, ou combinações destes, em estado bruto ou em formas de preparações vegetais (OMS, 2000; RATES, 2001).

É evidente que os medicamentos à base de plantas medicinais têm tido um papel vital nos cuidados básicos à saúde de grande parte da população mundial, em muitos casos, estes insumos suprem a lacuna entre a disponibilidade e a demanda de medicamentos modernos (FARIA et al., 2004; GADELHA, 2007).

Muitas plantas assim como medicamentos fitoterápicos já são utilizados e conhecidos na medicina para o tratamento da insônia como é o caso da *Matricaria chamomilla* L. (camomila), *Melissa officinalis* L. (melissa ou erva-cidreira), *Passiflora*

incarnata L. (maracujá), *Piper methysticum* G. Forst. (kava-kava) e a *Valeriana officinalis* L. (valeriana) (VELOSO et al., 2008).

Alguns estados e municípios brasileiros vêm realizando nas duas últimas décadas a implantação de Programas de Fitoterapia na atenção primária à saúde, com o intuito de suprir as carências medicamentosas de suas comunidades. (SILVA. et al., 2012).

Muitos dos programas de fitoterapia desenvolvidos no sistema público de saúde estão, atualmente, vinculados à Estratégia de Saúde da Família, que procura reorganizar os serviços e reorientar as práticas profissionais na lógica da promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação. (MS, 1997)

A implantação do programa de fitoterapia pela Gerência de Assistência Farmacêutica em parceria com a Secretária Municipal de Saúde (SMS) e a disponibilidade do comprimido revestido do extrato seco da raiz da *Valeriana officinalis* L. no Programa Farmácias da Família (PFF), que é o atual modelo de dispensação de medicamentos adotado pela SMS, se faz como uma alternativa à utilização e à retirada de benzodiazepínicos padronizados na rede (diazepam 10mg e clonazepam 2mg) em usuários portadores de insônia, uma vez que tal medicamento também é classificado terapeuticamente como sedativo moderado e hipnótico, bastante útil no tratamento de distúrbios do sono associados à ansiedade.

A finalidade do presente trabalho foi de avaliar a implantação e utilização do medicamento fitoterápico à base do extrato seco da raiz de *Valeriana officinalis* L. em substituição à terapia benzodiazepínica nas Unidades de Saúde da Família (USF) do 2º Distrito Sanitário da Cidade do Recife/PE, através de registros e análises de informações sobre o seu emprego terapêutico.

MATERIAL E MÉTODOS

TIPO DO ESTUDO

O estudo realizado foi do tipo transversal e descritivo, considerando que foram registradas, analisadas e correlacionadas às características do sono dos usuários e o conhecimento dos médicos sobre o fitoterápico em questão.

A pesquisa descritiva tem como objetivo observar, descrever e documentar aspectos de uma situação (POLIT, 2004).

No que se refere à dimensão temporal, as atividades foram relatadas do período de junho a dezembro de 2013. Possuindo assim um corte transversal, ou seja, os fenômenos sob estudo serão obtidos durante um tempo de coleta de dados determinado (AQUINO, 2008).

ÁREA DO ESTUDO

A capital pernambucana está situada na mesorregião metropolitana do estado, com acesso pela BR 101, 232 e PE 15. Possui uma área de 217,8 km², correspondendo a 0,22 % do estado; com limites municipais ao Norte com Paulista, ao Sul com Jaboatão dos Guararapes, ao Leste com Olinda e Oceano Atlântico e ao Oeste com Camaragibe e São Lourenço da Mata. Com um clima tropical quente-úmido (Kopper) e temperatura média de 28°C, favorece o desenvolvimento de uma vegetação de Mata Atlântica, capoeirinha, arbustiva e coqueiral. A cidade do Recife está subdividida em 94 bairros e possui uma população de 1.533.580 habitantes (IBGE, 2012)

Recife é dividida em seis Regiões Político-Administrativas (RPA), que correspondem aos seis Distritos Sanitários. O presente estudo foi desenvolvido no DS II, que possui uma população de 230.182 habitantes, ocupa uma área de 14,9 Km², com uma densidade populacional de 18.834 hab/km², sendo subdividido em três microrregiões com 18 bairros (RECIFE, 2012).

A rede de serviços sob gestão municipal do DS II é formada por 19 Unidades de Saúde da Família - USF, 04 Programas de Agentes Comunitários – PACS, 03 Farmácias da Família, 03 Academias da Cidade, 01 Centro de Especialidade Odontológica - CEO, 04 Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, 04 Residências Terapêuticas, 02 Unidades de Saúde Tradicionais, 01 Unidade de Cuidados Integrals – UCIS, 02 Policlínicas e o Centro de Vigilância Ambiental – CVA (RECIFE, 2012).

O estudo foi desenvolvido na microárea 2.2 nas seguintes unidades (Policlínica Salomão Kelner – FF, USF Tia Regina, USF Byron Sarinho, USF Alto do Céu/ Porto da

Madeira) e na microárea 2.3: (USF Bianor Teodósio, USF Curió, USF Alto do Capitão, USF Alto do Maracanã, USF Clube dos Delegados, USF Linha do Tiro/Córrego da Jaqueira, USF Prof. Monteiro de Moraes). Num total de 20 Equipes de saúde da Família. A escolha por tal área constitui amostra de conveniência, vez que foi local de atuação do pesquisador como farmacêutico da rede municipal desenvolvendo seu trabalho em uma Farmácia da Família (Policlínica Salomão Kelner) que é referência para população atendida pelas USFs citadas.

SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos da pesquisa foram usuários do serviço e médicos vinculados às Unidades de Saúde da Família pesquisadas que aceitaram participar do estudo.

Em relação aos usuários, foram convidados a participar pacientes que faziam uso do comprimido de *Valeriana officinalis* L. há no mínimo 3 meses e que anteriormente utilizaram benzodiazepínicos por período igual ou superior, considerando o período de Julho 2013 a dezembro de 2013 e somente os casos com diagnóstico de insônia leve. A informação sobre o diagnóstico foi dada pelo médico da USF a qual o usuário é referenciado. 65 usuários se encaixaram no perfil e foram entrevistados, sendo que 2 usuários foram excluídos por ainda utilizarem benzodiazepínicos. Desse modo participaram do estudo 63 usuários somados aos 8 médicos entrevistados. Além disso, 30 usuários do benzodiazepínico (clonazepam 2 mg) com as mesmas características dos usuários da valeriana foram utilizado como grupo controle no que se refere a avaliação da qualidade do sono. O N foi igual a 101 participantes nesse estudo.

METODOLOGIA

A pesquisa se deu após o projeto ser aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco,

Foram utilizados dados do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica - HORUS. Assim foi possível o cruzamento dos dados dos ex-usuários de benzodiazepínicos e atuais usuários da *Valeriana officinalis* L. Estes usuários foram mapeados e o convite para participação na pesquisa se deu no momento em que o usuário foi à farmácia em busca dos seus medicamentos, e através das Equipes de Saúde da Família. Isso foi possível através do relatório de agendamentos do sistema HORUS.

Os usuários convidados responderam ao questionário de avaliação do conhecimento dos usuários sobre a fitoterapia e ao questionário que avalia o índice de qualidade de sono de Pittsburgh –IQSP-. As entrevistas foram realizadas enquanto os usuários aguardavam para receber seu medicamento.

Paralelo às entrevistas com os usuários, foi aplicado aos profissionais prescritores o questionário sobre o conhecimento fitoterápico.

COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram de dois diferentes grupos: médicos e usuários. No que se referem aos dados dos profissionais prescritores as informações foram colhidas através formulários padronizados que permitiram analisar o conhecimento sobre a fitoterapia, bem como traçar o perfil sócio-demográfico desse grupo.

Aos usuários foi aplicado um questionário semiestruturado para obtenção das informações sócio-demográficas e que também continha perguntas sobre o conhecimento acerca da fitoterapia e de *Valeriana officinalis* L.

No que se diz respeito à avaliação da qualidade do sono nos usuários, foi utilizado o Índice da Qualidade do Sono de Pittsburgh (IQSP), sendo um instrumento com confiabilidade e validade previamente estabelecidas. O IQSP é um questionário desenvolvido por Buysse et al. (1989) e validado no Brasil por Ceolim (1999). É composto por 19 itens, que são agrupados em sete componentes.

No 1º componente, avalia-se a qualidade subjetiva do sono que se refere à questão 6 do PSQI, tendo como pergunta: como você gradua sua qualidade do sono. Podendo apresentar como resposta: muito bom, bom, mal e muito mal proporcionando uma pontuação de 0 a 3 pontos.

Em relação ao 2º componente, verifica-se a latência do sono. Esse componente é composto pela resposta da questão 2: de quanto tempo (em minutos) levam para adormecer, e pela questão 5a: quantas vezes por semana não consegue adormecer em 30 minutos. Para calcular o escore soma-se a resposta das duas questões, que podem variar de 0 a 3 pontos.

A duração do sono é avaliada no 3º componente, avaliando a questão 4 referente à quantidade de horas dormidas por noite. Quanto maior o número de horas dormidas menor é o escore, podendo considerar para 7 horas uma pontuação de 0, entre 6 e 7 horas: pontuação 1, entre 5 e 6 horas: pontuação 2 e menos que 5 horas: pontuação 3. No 4º componente verifica-se a eficiência do sono. Analisa-se a quantidade de horas dormidas, dividida pelo tempo que a pessoa passa na cama, multiplicado por cem, assim o cálculo é referido em porcentagem. Sendo para >85%, pontuação 0; 75-84%, pontuação 1; 65-74%, pontuação 2; e <65%, pontuação 3.

Sobre o 5º componente, analisam-se as respostas da questão 5b a 5j referente aos distúrbios do sono quando comparado ao mês passado, apresentando uma pergunta central: com que frequência você tem problemas para dormir nos 9 itens avaliados. Para cada item que foi pontuado, apresentaram respostas entre 0 e 3, e após para calcular o escore final foi somado os 9 escores. O que resultou em somatório igual a 0 correlaciona a escore 0, somatório entre 1-9 indica escore 1, entre 10-18 refere-se ao escore 2, e entre 19-27 para escore 3. Quanto maior o escore final mais distúrbios foram apresentados e com maior frequência ocorrem.

Em relação ao 6º componente, analisou a questão 7 referente ao uso de medicamentos para dormir no último mês. Tendo um escore entre 0 e 3 pontos, sendo a mesma lógica do componente 5, quanto maior a pontuação pior será para o indivíduo em questão.

E por fim, no 7º componente analisa as questões 8 e 9 que é em relação à sonolência e entusiasmo. Para obter o resultado somou-se a resposta das duas questões formando assim um escore final para esse componente.

Os escores dos sete componentes são somados para conferir uma pontuação global do PSQI, a qual varia de 0 a 21. Pontuações de 0-4 indicam boa qualidade do sono, de 5-10 indicam qualidade ruim e acima de 10 qualidade do sono péssima. Neste estudo, foi utilizada a versão validada deste instrumento em português.

Assim sendo, o processo baseou-se em “ordenar” ou “organizar” o conjunto de elementos (práticas, conhecimentos, ideias, dados e outros) como um artifício de reflexão crítica de uma experiência concreta (BERDEGUÉ, 2002).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A Atenção Primária tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, destacando-se como importantes áreas de atuação a fitoterapia. As atividades foram desenvolvidas em dois grupos: Usuários e Prescritores, assim sendo a apresentação dos dados desta pesquisa ocorreu em dois blocos: 1- Dados dos usuários; 2- Dados dos prescritores.

USUÁRIOS

Características Sócio-demográficas

No que se diz respeito aos usuários, e conforme dados da TABELA 1, a população do presente estudo foi composta por sessenta e três (63) entrevistados de ambos os sexos, sendo 80,95% do sexo feminino e 19,05% do sexo masculino. Sobre a idade teve média de 45,05 anos tendo no mínimo 19 anos e no máximo 83 anos. A escolaridade relatada predominante foi o ensino fundamental 1 com 46,03% a faixa salarial de 44,44% esteve entre 1-2 salários mínimos.

Durante o ano de 2013, no programa Fitoterapia, foram atendidos na Farmácia da Família da Policlínica Salomão Kelner 390 usuários, destes 318 estavam relacionados à dispensação da valeriana. Ao mesmo tempo 2.563 usuários foram atendidos em relação à dispensação de benzodiazepínicos (1.536- clonazepam 2 mg , 1.027- diazepam 10 mg). (HORUS, 2014). A quantidade de usuários de benzodiazepínicos é bem superior aos da valeriana podendo este fator estar relacionado à recente inserção do programa de Fitoterapia no município. É possível notar através do cruzamento de dados um número ainda considerado pequeno de usuários que estão utilizando a valeriana em substituição aos benzodiazepínicos no período desse estudo (63 usuários), isto pode estar associado a vários fatores que serão discutidos abaixo.

A maior parte de participação das mulheres na pesquisa corrobora com vários estudos que constata que apesar de as taxas masculinas apresentarem um peso significativo nos perfis de morbimortalidade, observa-se que a presença de homens nos serviços de atenção primária à saúde é menor do que a das mulheres. Há autores que associam esse fato à própria socialização dos homens, em que o cuidado não é visto como uma prática masculina (SCHRAIBER et al., 2005).

Tabela 1 : Características Sócio-demográficas dos Usuários entrevistados

Características sócio-demográficas	Número de Usuários N= 63	Percentual %
Sexo		
Masculino	12	19,05%
Feminino	51	80,95%
Faixa etária		
18- 19 anos	2	3,17%
20- 24 anos	3	4,76%
25-29 anos	3	4,76%
30- 34 anos	8	12,70%
35 -39 anos	10	15,87%
40-44 anos	10	15,87%
45-49 anos	5	7,94%
50-54 anos	8	12,70%
55- 59 anos	3	4,76%
60-64 anos	2	3,17%
65-69 anos	1	1,59%
70-74 anos	4	6,35%
75- 79 anos	3	4,76%
80- 84 anos	1	1,59%
Escolaridade		
Analfabeto	15	23,81%
Fundamental 1	29	46,03%
Fundamental 2	8	12,70%
Médio	5	7,94%
Superior	6	9,52%
Faixa Salarial		
< 1 Salário Mínimo (SM)	10	15,87%
1- 2 SM	28	44,44%
2- 3 SM	20	31,75%
> 3 SM	5	7,94%

A situação econômica é um importante determinante no uso de serviços de saúde, predominando, entre os usuários do SUS, a baixa renda (LIMA et al., 2006) . Analisando-se os resultados deste estudo e, levando-se em consideração que todos os

participantes faziam uso desse tipo de cobertura assistencial, observou-se que a maior parte dos usuários relatara sobreviver mensalmente com um a dois salários mínimos. É importante ressaltar que a escolaridade está altamente correlacionada à renda no Brasil, fato comprovado neste estudo.

A renda e a escolaridade baixas são indicativos de que os pacientes nessa faixa da amostragem vivem em condições precárias, tendo acesso limitado aos serviços públicos como educação e saúde, que interferem nos comportamentos preventivos de doenças e na sua detecção precoce (BORGES e SEILD, 2012). Essas características sociais também podem ser impeditivas para o conhecimento desses pacientes quanto aos tratamentos complementares que minimizam os distúrbios do sono.

Conhecimento sobre fitoterapia

Há um interesse crescente no uso de terapias complementares com produtos naturais como recurso para o tratamento de diversas enfermidades (RATES, 2001). A OMS estima que 65-80% das pessoas nos países em desenvolvimento confiam na medicina tradicional para assistência primária da saúde, e que 85% dessa medicina envolvem o uso de extratos de plantas (LUZ, 2006).

O Brasil é o país com a maior diversidade genética vegetal do mundo, possuindo aproximadamente 60.000 espécies de plantas, o que corresponde a cerca de 20% da flora mundial conhecida e 75% de todas as espécies vegetais existentes nas grandes florestas (ANTUNES, 2002).

Neste estudo, foram citadas vinte e seis espécies diferentes de plantas, utilizadas isoladamente para diversos fins medicinais, destacando-se o maracujá (*Passiflora incanata*) com 8/63 citações, a camomila (*Chamomilla recutita* (L.)) com 8/63 citações e a laranja (*Inga sp.*) com 5/63 citações, essas três espécies fazem parte da mesma classe de propriedade terapêutica (calmante). Foram também identificadas, segundo resultado das entrevistas, quinze famílias de espécies vegetais. A Tabela 2 mostra as plantas citadas na pesquisa, bem como seu uso terapêutico pela comunidade.

TABELA 2: Conhecimento dos Usuários sobre Fitoterapia em geral.

Propriedade (N)	Família	Espécie	Nume Popular	Forma de Uso	Parte	Número de Citações
CALMANTE (26)	Passifloraceae	<i>Passiflora incarnata</i>	Maracujá	suco	fruto	8
	Fabaceae	<i>Erythrina velutina</i> Wild	Mulungu	chá	folha	4
	Mimosaceae	<i>Inga sp.</i>	Laranja	chá	folha	5
	Asteraceae	<i>Chamomilla recutita</i> (L.)	camomila	chá	folha	8
	Asteraceae	<i>Lactuca sativa</i> L.	Alface	chá	folha	1
ANALGÉSICA (13)	Lamiaceae	<i>Melissa officinalis</i> L.	Cidreira	chá	folhas	4
	Apiaceae	<i>Pimpinella anisum</i> L.	erva doce	chá	flor	4
	Alliaceae	<i>Allium sativum</i> L.	alho	chá	inteiro	2
	Lamiaceae	<i>Lavandula spica</i> Cav.	alfazema	chá	inteira	2
	Asteraceae	<i>Helianthus annuus</i> L.	Girassol	chá	semente	1
ANTIASMÁTICA (3)	Acanthaceae	<i>Justicia pectoralis</i>	Chamba	chá	folhas	2
	Anacardiaceae	<i>Mangifera indica</i> L.	Manga	chá	folha	1
ANTIDIABÉTICA (1)	Caesalpinaceae	<i>Bauhinia forficata</i> Link	pata-de-vaca	chá	folha	1
ANTIEMÉTICO (1)	Lauraceae	<i>Cinnamomum zeylanicum</i> Blume	Canela	chá	casca	1
ANTIGRI PAL (2)	Lamiaceae	<i>Marrubium vulgare</i> L.	hortelã-grande	chá	folha	1
	Alismataceae	<i>Echinodorus grandiflorus</i> (Cham. & Schltdl.)	trançagem	chá	inteira	1
		<i>Micheli</i>				
ANTISSÉPTICA (6)	Lamiaceae	<i>Rosmarinus officinalis</i> L.	Alecrim	chá	folha	1
	Boraginaceae	<i>Symphytum officinale</i> L.	confrei	sumo	folha	2
	Lamiaceae	<i>Mentha piperita</i> L.	hortelã-pequeno	chá	folha	1
	Anacardiaceae	<i>Anacardium occidentale</i> L.	cajueiro	chá	casca	1
	Lamiaceae	<i>Mentha piperita</i> L.	hortelã-pequeno	chá	folha	1
CICATRIZANTE (1)	Apiaceae	<i>Coriandrum sativum</i> L.	coentro	sumo	folha	1
DOENÇA ESTOMACAL (1)	Asteraceae	<i>Artemisia absinthium</i> L.	Losna	chá	folhas	1
EMAGRECIMENTO (1)	Asteraceae	<i>Emilia sonchifolia</i> (L.) DC. ex Wight.	vassourinha	chá	folha	1
PROBLEMA RENAL (1)	Euphorbiaceae	<i>Phyllanthus amarus</i> Schum. & Thonn.	quebra-pedra	chá	folha	1
VERMÍFUGO (3)	Chenopodiaceae	<i>Chenopodium ambrosioides</i> L.	Mastruz	suco	inteira	3
NENHUMA (4)						4
TOTAL						63

Segundo informações obtidas das entrevistas, a parte da planta mais usada é a folha, correspondendo a 36/63 citações de utilização. Casca, flor, fruto e semente representam, portanto, minoria nesse universo. Resultados parecidos foram encontrados por Calábria et al. (2008), que também encontraram, em seus estudos, a folha como a parte mais popularmente utilizada.

Os resultados das entrevistas mostraram, ainda, que as plantas com propriedades calmantes são as mais citadas (26/63), seguida das de propriedades analgésicas (13/63) e antissépticas (6/63), propriedades estas comuns para tratamento da população, especialmente a mais carente, como problemas de insônia e dor. De acordo com Almassy-Junior (2005) é comum a utilização de plantas medicinais em comunidades carentes para o tratamento da insônia em decorrência de fatores como o ritmo de vida, estresse, e entre outros.

Estima-se que 43% dos portadores de ansiedade utilizam algum tipo de terapia complementar. Os tratamentos mais populares incluem os fitoterápicos. Algumas plantas medicinais são tradicionalmente dotadas de propriedades ansiolíticas ou sedativas e, no contexto do presente estudo, alguns estudos têm demonstrado estas mesmas propriedades. A valeriana é uma planta utilizada para combater a insônia, pelos seus efeitos sedativos, data de séculos e se encontra mais difundida, existindo pesquisas, nomeadamente em termos de farmacologia, fitoquímica, efeitos secundários e segurança. (MIYASAKA et al., 2006)

A utilização de plantas medicinais no foro da insônia e da ansiedade tem promovido um crescente interesse pela comunidade médica e científica, pelo potencial verificado na estabilização do sono e dos estados ansiosos, tornando possível evitar a administração de benzodiazepínicos.

Questionário de avaliação da qualidade do sono dos usuários.

Os 7 (sete) componentes do questionário de avaliação da qualidade do sono dos usuários terão seus resultados apresentados de forma separadas.

Em relação ao componente 1 (TABELA 3): A questão 6 indaga o entrevistado sobre como ele avalia a qualidade do seu sono. A pontuação deste componente variou de 0 a 3 pontos, e seguindo a interpretação proposta por Pittsburg tem-se: 15,87% da população que faz uso da valeriana possuem sono muito bom, 23,81% bom, 39,68% ruim e 20,63% possuem sono muito ruim. Ao passo que em relação ao controle 50,00%

possuem sono muito bom, 40,00% bom, 6,67% ruim e 3,33% muito ruim. Desse modo o componente 1 do grupo de usuários da valeriana contribui em 2 pontos para o escore final do teste enquanto que o grupo controle não pontuou neste componente. Comparando-se os dois resultados e tendo em vista que quanto mais próximo de 3 pior é a avaliação em relação a qualidade subjetiva do sono é possível inferir que os usuários da valeriana avaliam majoritariamente que a qualidade do seu sono é ruim ou muito ruim.

TABELA 3: Resultados do componente 1

Componente 1: Qualidade subjetiva do sono: Examine a questão 6 e atribua à pontuação da seguinte maneira:				
Resposta (Pontuação)	Valeriana N= 63	Porcentagem %	Controle N= 30	Porcentagem %
Muito Boa (0)	10	15,87%	15	50,00%
Boa (1)	15	23,81%	12	40,00%
Ruim (2)	25	39,68%	2	6,67%
Muito ruim (3)	13	20,63%	1	3,33%
	63		30	
Pontuação do componente 1	2		0	

Componente 2 (TABELA 4): Esse componente refere-se à Latência do Sono que avalia a quantidade de minutos que o indivíduo leva para dormir (questão 2) e quantas vezes por semana não consegue dormir em 30 minutos (questão 5), a sua pontuação é dada conforme explica as instruções para a pontuação do IQSP presente no ANEXO 1.

Neste caso, quanto maior a pontuação do escore, maior será o número de minutos que leva para dormir. A pontuação deste componente variou entre 0 a 3 pontos e seguindo a interpretação proposta por Pittsburg, do grupo valeriana, tem-se: 19,05 % tiveram escore 0, 7,74% tiveram escore 1, 44,44% tiveram escore 2 e 28,57% tiveram escore 3. Já do grupo controle, tem-se: 16,67 % tiveram escore 0, 60,00% tiveram escore 1, 16,67% tiveram escore 2 e 6,67% tiveram escore 3. Assim o grupo valeriana e controle contribuíram com 2 e 1 pontos, respectivamente, para o escore total no componente 2 (TABELA 4).

TABELA 4: Resultados do componente 2

5. Atribua à pontuação do componente 2 da seguinte maneira: Soma (Pontuação)	Valeriana N= 63	Porcentagem	Controle N= 30	Porcentagem
0 (0)	12	19,05%	5	16,67%
1-2 (1)	5	7,94%	18	60,00%
3-4 (2)	28	44,44%	5	16,67%
5-6 (3)	18	28,57%	2	6,67%
Pontuação Componente 2	2		1	

Componente 3 (TABELA 5) : A questão 4 trata da quantidades de horas dormidas por noite, refere-se à duração do sono. Neste componente o escore variou de 0 a 3 pontos e indica o número de horas dormidas por noite, onde no grupo que utilizou a valeriana: 7,94% dormem mais que 7 horas, 19,05% dormem de 6 a 7 horas, 57,14% dormem de 5 a 6 horas e 15,87% dormem menos que 5 horas. Enquanto que no grupo controle 50,00% dormem mais que 7 horas, 26,67% dormem de 6 a 7 horas, 16,67% dormem de 5 a 6 horas e 6,67% dormem menos que 5 horas. Desse modo o grupo da valeriana alcançou 2 pontos e o controle com 0 ponto no componente 3.

TABELA 5: Resultados do componente 3

Componente 3: Duração do sono:1. Examine questão 4 e atribua à pontuação da seguinte maneira: Resposta (Pontuação)	Valeriana N= 63	Porcentagem	Controle N= 30	Porcentagem
> 7 horas (0)	5	7,94%	15	50,00%
6-7 horas (1)	12	19,05%	8	26,67%
5-6 horas (2)	36	57,14%	5	16,67%
< 5 horas (3)	10	15,87%	2	6,67%
	63		30	
Pontuação do componente 3	2		0	

Componente 4 (TABELA 6): refere-se à eficiência do sono que compõe o número de horas dormidas e a quantidade de horas entre deitar e levantar, ou seja, o número de horas que fica na cama. Neste componente o escore teve pontuação 0 e 3, onde para o grupo valeriana apenas 7,94% tiveram escore 0 indicando que possuem uma eficiência do sono >85% e 63,49% tiveram escore 3 indicando que a eficiência do sono é <65. Enquanto que para o grupo controle 46,67% tiveram escore 0 indicando que possuem uma eficiência do sono >85% e 13,33% tiveram escore 3 indicando que a eficiência do sono é <65. Assim sendo, o grupo valeriana e controle contribuíram com 1 e 0 ponto para os seus respectivos escores globais no componente 4.

TABELA 6: Resultados do componente 4

Componente 4: Eficiência habitual do sono:	Valeriana N= 63	Porcentagem	Controle N= 30	Porcentagem
>85% (0)	5	7,94%	14	46,67%
75-84% (1)	10	15,87%	5	16,67%
65-74% (2)	8	12,70%	7	23,33%
< 65% (3)	40	63,49%	4	13,33%
Pontuação do componente 4	1		0	

Componente 5 (TABELA 7): refere-se aos distúrbios do sono que menciona 2 questões do questionário do Pittsburgh, onde quanto maior o escore final, mais distúrbios do sono cada indivíduo apresenta e maior a frequência que este distúrbio ocorre (BUYSSE et al., 2008). Neste componente o escore variou entre 0 a 3 pontos,

onde: 15,87% tiveram escore 0, 42,86% tiveram escore 1, 36,51% tiveram escore 2, 4,76% tiveram escore 3 no grupo valeriana. Já no grupo controle 56,67% tiveram escore 0, 20,00% tiveram escore 1, 13,33% tiveram escore 2, 10,00% tiveram escore 3. Sendo assim no componente 5 o grupo valeriana contribuiu com 1 ponto e o grupo controle com 0 ponto para o escore total.

TABELA 7: Resultados do componente 5

Componente 5: Distúrbios do sono:				
4- Atribua a pontuação do componente 5 da seguinte forma	Valeriana N= 63	Porcentagem	Controle N= 30	Porcentagem
Soma de 5b a 5j Pontuação				
0 0	10	15,87%	17	56,67%
1-9 (1)	27	42,86%	6	20,00%
10-18 (2)	23	36,51%	4	13,33%
19-27 (3)	3	4,76%	3	10,00%
Pontuação do Componente 5	1		0	

Componente 6 (TABELA 8): refere-se ao uso de medicamentos para dormir. Neste componente o escore teve pontuação: 0 a 3, onde: 100% dos entrevistados utilizaram medicamentos mais de 3 vezes por semana em ambos os grupos. Desse modo grupo valeriana e controle contribuíram no componente 6 com 3 pontos cada para o escore total.

TABELA 8: Resultados do componente 6

Componente 6: Uso de medicação para dormir:				
1. Examine a questão 7 e atribua à pontuação da seguinte maneira: Resposta (Pontuação)	Valeriana N= 63	Porcentagem	Controle N= 30	Porcentagem
Nenhuma vez (0)	0		0	
Menos de uma vez/semana(1)	0		0	
1 a 2 vezes/semana (2)	0		0	
3 vezes/semana ou + (3)	63	100%	30	100%
Pontuação do componente 6	3		3	

Componente 7 (TABELA 9): refere-se a disfunções diárias que avalia a sonolência diária e entusiasmo que estes indivíduos sentiram durante o passado mês, neste componente quanto maior o escore, maior as disfunções diárias. Neste componente o escore teve pontuação: 0 a 3 pontos, onde no grupo valeriana: 3,17%

tiveram escore 0, 60,32% tiveram escore 1 e 30,16% tiveram escore 2 e 6,35% escore 3, já no controle 40,00% tiveram escore 0, 33,33% tiveram escore 1 e 20,00% tiveram escore 2 e 6,67% escore 3.

TABELA 9: Resultados componente 13

4. Atribua à pontuação do componente 7 da seguinte maneira Soma (Pontuação)	Valeriana N= 63	Porcentagem	Controle N= 30	Porcentagem
0 (0)	2	3,17%	12	40,00%
1-2 (1)	38	60,32%	10	33,33%
3-4 (2)	19	30,16%	6	20,00%
5-7 (3)	4	6,35%	2	6,67%
Pontuação do Componente 7	1		0	

Diante dos resultados apresentados na TABELA 10 é possível verificar que o grupo valeriana teve um escore global de 12 pontos e o grupo controle apresentou escore global de 4 pontos no Questionário de Qualidade de Sono de Pittsburg. É importante lembrar que pontuações de 0-4 indicam boa qualidade do sono, de 5-10 indicam qualidade ruim e acima de 10 qualidade do sono péssima. Desse modo é possível inferir a partir dos resultados apresentados que o grupo valeriana apresentou uma qualidade de sono péssima enquanto o grupo controle apresentou uma boa qualidade do sono.

TABELA 10: Resultado do Escores Totais dos Grupos

COMPONENTES	PONTOS G. Valeriana	PONTOS G. Controle
1	2	0
2	2	1
3	2	0
4	1	0
5	1	0
6	3	3
7	1	0
ESCORE TOTAL	12	4

Existem poucos dados na literatura que quantifiquem e comprovem a eficácia de medicamentos fitoterápicos para o tratamento da insônia. A maioria dos estudos diz respeito à *Valeriana officinalis*. O ácido valerênico e os valepotriatos são os princípios

ativos mais descritos, sendo que o ácido valerênico podem apresentar, *in vitro*, um aumento da transmissão gabaérgica (SANTOS et al., 1994).

Estudos também sugerem que a atividade pode ser devido à presença de valpotriatos ou sesquiterpenos. Os valpotriatos sugere-se poderem reduzir a ansiedade, tendo mais um efeito tranquilizante do que um efeito sedativo, enquanto os sesquiterpenos parecem exercer mais efeitos calmantes do que ansiolíticos (TAIBI, 2007)

Em um estudo randomizado, controlado com placebo, multicêntrico, envolvendo 121 pacientes, nos quais responderam a questionários sobre a qualidade do sono revelou que 66% dos pacientes que utilizaram a valeriana tiveram um efeito terapêutico bom ou muito bom ao final do tratamento. (POYARES et al., 2012).

Esses dados destoam dos encontrados neste estudo, e considerando a diferença neles existentes, podem nos levar a crer que por ser uma droga recentemente inserida na rede municipal possam existir dúvidas por parte dos prescritores na condução do tratamento, ajuste de dose e na própria substituição dos benzodiazepínicos pela valeriana o que reflete diretamente nos resultados apresentados. Desse modo, foi aplicado um questionário de avaliação sobre o conhecimento dos prescritores em relação à fitoterapia.

PRESCRITORES

Foram entrevistados 8 (oito) profissionais médicos do sexo feminino, de 6 (seis) diferentes Unidades de Saúde da Família, a USF Clube dos Delegados teve o maior número de médicos participantes (3/8). Em relação à escolaridade 1/8 relatou possuir pós-graduação, 3/8 residência (saúde da família), 1/8 mestrado, conforme Tabela 11.

TABELA 11: Características Sócio- demográficas dos prescritores

Características sócio-demográficas	Número de prescritores N= 8	Fração
Sexo		
Masculino		
Feminino	8	8/8
USF		
Maracanã	1	1/8
Beberibe	1	1/8
Alto dos Coqueiros	1	1/8
Córrego da Jaqueira	1	1/8
Byanor Teodósio	1	1/8
Clube dos Delegados	3	3/8
Escolaridade		
Especialização	1	1/8
Residência	3	3/8
Mestrado	1	1/8

A consolidação da mão de obra feminina na profissão médica vem sendo firmada desde a década de 1970 com a crescente inserção das mulheres neste mercado, é uma característica das unidades de Saúde da Família do DS II possuir um número expressivamente maior de profissionais mulheres em relação aos homens.

Em relação ao conhecimento dos prescritores sobre a fitoterapia, 7/8 relataram conhecer os medicamentos fitoterápicos disponibilizados pelo Programa Farmácia da Família (modelo oficial de dispensação da cidade do Recife) sendo guaco e valeriana os medicamentos mais lembrados por eles. 5/8 dos prescritores responderam que se sentem seguros para prescrever os medicamentos fitoterápicos disponibilizados pela rede municipal, nesse momento todos citaram a apresentação dos medicamentos feita pela farmacêutica do Núcleo de Apoio a Saúde da Família como sendo de extrema importância para realização das prescrições, conforme TABELA 12.

Quando a pergunta foi relacionada à retirada de benzodiazepínicos utilizando a valeriana, metade dos entrevistados relatou que não se sentem seguros e revelaram desconhecimento em relação ao “desmame”. Em relação ao nível de conhecimento sobre a valeriana, 5/8 dos prescritores julgaram como sendo regular, 2/8 muito ruim e 1/8 bom.

TABELA 12: Conhecimento dos prescritores sobre fitoterapia

Perguntas N=8	Sim	Não	Pensamento geral		
Conhece o elenco de medicamentos fitoterápicos disponibilizado pelo Programa Farmácia da Família?	7/8	1/8	Guaco e Valeriana tiveram 8 citações		
Sente-se seguro para prescrever esses medicamentos?	5/8	3/8	Houve apresentação dos medicamento pela farmacêutica do NASF		
Sente-se seguro para retirada benzodiazepínica utilizando a <i>Valeriana Officinalis</i> L.?	4 /8	4 /8	Desconhecimento para realização do "desmame"		
Qual seu nível de conhecimento sobre a <i>Valeriana Officinalis</i> L.?	Muito bom	Bom	Regular	Ruim	Muito ruim
		1/8	5/8		2/8

Vale relatar que 12 médicos se recusaram a participar da pesquisa, muitos deles alegaram desconhecimento total sobre o tema e optaram por não responder.

É importante ressaltar que o sucesso de uma terapia medicamentosa envolve processos multifatoriais. Para alcançar o uso adequado dos medicamentos é necessário reconhecer que diferentes fatores não farmacológicos (sociais, demográficos, culturais e econômicos) interferem no padrão de utilização de medicamentos, tanto no consumo quanto na prescrição (LEE, 1999)

Estudos apontam que o despreparo dos profissionais associado à falta de conhecimento sobre medicamentos, incluindo os fitoterápicos, podem acarretar complicações no tratamento, inclusive redução do seu efeito terapêutico. Fato este que pode estar associado com os resultados aqui apresentados e discutidos, porém estudos mais aprofundados devem ser feitos. (ELDIN, 2001)

É possível afirmar que intervenções educativas como a feita pela farmacêutica do NASF possa trazer mais segurança na condução do tratamento. Estudos têm mostrado que a intervenção farmacêutica por meio de ações educativas e de aconselhamento sobre o regime terapêutico traz benefícios à saúde do paciente e para o processo de promoção da saúde. Esse aconselhamento pode ser destinado ao paciente,

ao seu acompanhante familiar, cuidador, e ainda, ao médico prescritor e demais profissionais de saúde envolvidos diretamente na assistência à saúde (AYRES, 2004)

Sendo a dependência aos benzodiazepínicos um problema a ser combatido na Atenção Primária à Saúde, a utilização de terapias alternativas se faz como um importante instrumento a ser lançado. É importante que os atores envolvidos nesse processo (Farmacêuticos, Médicos, Enfermeiros, Agentes Comunitários de Saúde, demais profissionais e usuários) estejam capacitados. A literatura aponta a valeriana como sendo uma dessas alternativas.

Através deste estudo é possível inferir que além do insumo/medicamento é importante que outras medidas sejam tomadas para o sucesso do tratamento entre elas o acompanhamento farmacoterapêutico e a participação dos profissionais de saúde através das equipes multidisciplinares que podem potencializar o resultado desejado, que é a melhoria da qualidade do sono dos usuários.

REFERÊNCIAS

- ALMASSY, A.A., LOPES, R.C., SILVA, F., ARMOND,C., CASALI, V.W.D. *Folhas de chá – plantas medicinais na terapêutica humana*, Editora UFV. 2005.p 233.
- ANTUNES, P. B. *Direito Ambiental*. Rio de Janeiro: Lúmen Júris. 2002.p 65.
- AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Revista Saúde e Sociedade*, v. 13, p. 16-29, 2004.
- BAER, W., CAMPINO, A.C. e CAVALCANTI, T. *Condições e política de saúde no Brasil: uma avaliação das últimas décadas*. Economia Aplicada, São Paulo, v. 4, p. 763-785, 2000.
- BELLO, C.M., MONTANHA, J.A. & SCHENKEL, E.P, *Rev. Brasil. Farmacognosia*. 12, p. 75-83. 2002.
- BERDEGUÉ, J. A.; CAMPO, A.; ESCOBAR, G.; *Sistematización de experiencias locales de desarrollo agrícola y rural: guía metodológica*. 2. ed. Santiago, Chile. 2002. Disponível em: <<http://www.grupochorlavi.or./webchorlavi/sistematizacion/guimetodologica.PFF>>. Acesso em: 10 jul. 2011.
- BREVOORT, P. The Booming U. S. Botanical Market. A New Overvie. *Herbal Gram*. v. 44, p. 33-46, 1988.
- BUYSSE DJ, Reynolds CF 3rd, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ .The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Journal of Psychiatry Research* v.12, p. 193-213. <[http://dx.doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](http://dx.doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4)> Acesso em: 20 ago. 2013.
- BORGES, L. M.; SEIDL, E. M.; Fleury. Percepções e comportamentos de cuidados com a saúde entre homens idosos. *Psicol. cienc. prof.* , v. 32, p. 66-81. 2012
- CALÁBRIA, L.. Levantamento etnobotânico e etnofarmacológico de plantas medicinais em Indianópolis, Minas Gerais, Brasil. *Rev. Bras. Pl. Med.*, Botucatu, v.10, n.1, p.49-63, 2008.
- CALIXTO JB. Efficacy, safety, quality control, marketing and regulatory guidelines for herbal medicines (phytotherapeutic agents). *Braz J Med Biol Res*; v. 33, p. 179-89. 2000.
- CEOLIM, MF. *Padrões de atividades e de fragmentação do sono em pessoas idosas*. Tese de Doutorado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ Universidade de São Paulo, Brasil. 1999.
- EINSENBURG, D.M., DAVIS, E.B. & ETTNWR, S. *J. Amer. Med. Assoc.* v. 280, p. 1569-75. 1998.

- ELDIN S, DUNFORD A. *Fitoterapia na atenção primária a saúde*. São Paulo: Manole; 2001.
- GUIMARÃES RM, ROMANELLI G. A inserção de adolescentes no mercado de trabalho através de uma ONG. *Psicol Estudo*. v.7, p.117-26. 2002
- LIMA, MF.; MATOS, DL.; CAMARO, AA. Evolução das desigualdades sociais em saúde entre idosos e adultos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 1998, 2003). *Cienc Saude Colet* v. 11, p. 941-50. 2006.
- LEE, D. & BERGMAN.U. Studies of drug utilization. In: STROM, B.L. *Pharmacoepidemiology*. 2.ed.Chichester: John Wiley & Sons, p.3-11.1999.
- LUZ, N.. *A fitoterapia no SUS e o programa de pesquisas de plantas medicinais da CEME*. Brasília-DF, 2006.
- NASCIMENTO, J.E. et al. Produtos à base de Plantas Medicinais comercializados em Pernambuco - Nordeste do Brasil. *Acta Farm. Bonaerense* v.24 , p. 113-22, 2005.
- HORUS. Relatório de Pacientes atendidos. Disponível em <http://horus.recife.pe.gov.br/SCDCAF>. Acessado em: 10/01/14
- IBGE. *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística Gráficos*. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acessado em: 31/08/2012
- POYARES DR, GUILLEMINAULT C, OHAYON MM, TUFIK S. Can valerian improve the sleep of insomniacs after benzodiazepine withdrawal? *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. v.26, p.539-45, 2002.
- POYARES, D. et al . Hipnoindutores e insônia.*Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462005000500002&lng=en&nrm=iso>. access on 08 Oct. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462005000500002>.
- RATES, S. M. K. Promoção do uso racional de fitoterápicos: uma abordagem no ensino de Farmacognosia, *Revista Brasileira de Farmacognosia*, 11(2), p. 57-69, 2001.
- RECIFE. **Prefeitura da Cidade do Recife**. Disponível em <http://www.recife.pe.gov.br/2007/07/04/missao_144836.php> . Acesso em 26 de agosto 2012
- ROBBERS, J. E., SPEEDLE, M. K., TYLER, V. E. *Pharmacognosy and Pharmabiotechnology*, Baltimore: Williams & Wilkins. 1996. 337p.
- SANTOS MS, FERREIRA F, CUNHA AP, CARVALHO AP, MACEDO T. An aqueous extract of valerian influences the transport of GABA in synaptosomes. *Planta Med.*; v.60, p.278-9 . 1994

SCHRAIBER LB, GOMES R, COUTO MT. Homens na pauta da saúde coletiva. *Ciênc Saúde Coletiva*; v.10, p.7-17. 2005

TAIBI D. A systematic review of valerian as a sleep aid: Safe but not effective. *Sleep Med Rev*; v.11, p.209-230. 2007

5. Conclusão

5. CONCLUSÃO

Sendo a crescente utilização de benzodiazepínicos um problema importante no contexto da saúde pública brasileira em virtude dos inúmeros problemas decorrentes do seu uso indiscriminado, alternativas ao seu uso são importantes, entre elas destaca-se a utilização da fitoterapia baseada no conhecimento popular e que atravessa gerações, como pode ser observado diante dos resultados apresentados.

Entre as plantas mais utilizadas encontra-se a valeriana, objeto desta pesquisa, avaliada através do Questionário de avaliação da qualidade do Sono de Pittsburg. É importante notar que a baixa qualidade do sono dos usuários da valeriana que participaram deste estudo pode estar associada a muitos fatores entre eles o despreparo dos profissionais prescritores na condução do tratamento.

É de interesse para este estudo que novas pesquisas sobre o tema sejam realizadas e que nelas sejam envolvidas atividades de acompanhamento farmacoterapêutico e de educação em saúde para os usuários e profissionais de saúde envolvidos no processo. A realização de mais estudos de utilização de medicamentos é fundamental para melhor determinar a eficácia de valeriana nas perturbações do sono.

Portanto cabe aos profissionais de saúde a apropriação sobre temas tão importantes como a fitoterapia e a retirada gradual de benzodiazepínicos, uma vez que isso poderá afetar diretamente não somente a qualidade do sono, mas a qualidade de vida dos usuários.

Referências

REFERÊNCIAS

- ALOÉ F. *et al.* Benzodiazepínicos no tratamento das insônias. *Revista Médica Brasileira*, v.59: p.376-389, 2002.
- AUTHIER N, BALAYSSAC D, SAUTEREAU M, ZANGARELLI A, COURTY P, SOMOGYI AA, VENNAT B, LLORCA PM. Benzodiazepine dependence: focus on withdrawal syndrome. *Ann Pharm* v.67,p. 408–13. 2009.
- BALDERER, G., BORBE'LY, A.A. Effect of valerian on human sleep. *Psychopharmacology* v. 87, p. 406–409. 1985.
- BELLO, C.M., MONTANHA, J.A. & SCHENKEL, E.P, *Rev. Brasil. Farmacognosia*. 12, p. 75-83. 2002.
- BREVOORT, P. The Booming U. S. Botanical Market. A New Overvie. *Herbal Gram*. v. 44, p. 33-46, 1988.
- CAVADAS C, ARAUJO I, CTRIM MD, AMARAL T, CUNHA AP, MACEDO T, RIBEIRO CF. In vitro study on the interaction of *Valeriana officinalis* L. extracts and their aminoacids on GABA_A receptor in rat brain. *Arzneimittel-Forsch.*v 45: p. 753-755. 1995.
- CALIXTO JB. Efficacy, safety, quality control, marketingand regulatory guidelines for herbal medicines (phytotherapeutic agents). *Braz J Med Biol Res*; v33, p. 179-89. 2000.
- CURCIO, G., FERRARA, M. & GENNARO, L. D. Sleep loss, learning capacity and academic performance. *Sleep Medicine Reviews*, v.10, p. 323-337. 2006.
- DARGHAM, A.A.; GANDELMAN, M.; ZOGHBI, S.S.; LARUELLE, M.; BALDWIN, R.M.; RANDALL, P.;ZEA-PONCE, Y.; CHARNEY, D.S.; HOFFER, P.B.;INNIS, R.B. Reproducibility of SPECT measurement of benzodiazepine receptors in human brain with iodine-123-iomazenil. *J. Nucl. Med.*, Reston, v.36, p.167-175, 1995
- DIJK, D-J. & VON SCHANTZ, M. Timing and consolidation of human sleep, wakefulness, and performance by a symphony of oscillators. *Journal of Biological Rhythms*, v. 20, p. 279-290. 2005.
- EINSENBURG, D.M., DAVIS, E.B. & ETTNWR, S. *J. Amer. Med. Assoc.* v. 280, p. 1569-75. 1998.
- FARIA, P.; AYRES, A.; ALVIM, N.. O diálogo com gestantes sobre plantas medicinais: contribuições para os cuidados básicos de saúde. *Acta Scientiarum. Health Science*. v. 2, p. 287-294, 2004.
- FRANCO, L. L. As Sensacionais 50 Plantas Mediciniais, Campeãs de Poder Curativo. Curitiba: *O Naturista*. v. 1, p. 235, 1996.

GADELHA, G. S. *Os Saberes do Corpo: A “Medicina Caseira” e as Práticas Populares de Cura no Ceará (1860-1919)*. 2007. 187 p. Dissertação (Mestrado em História) - Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza. Disponível em: http://www.teses.ufc.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=558. Acessada em: 24 set. 2012

HOBSON, J. A. Sleep is of the brain, by the brain and for the brain. *Nature*, v.437, p. 1254-1256. 2005

KAMM-KOHL, AV, JANSEN, W, BROCKMANN, P. Moderne baldriabtherapie gegen nervosa Storungen im Selium. *Die Medizinische Welt*, v. 35, p. 1450-54, 1984.

LEATHWOOD, P.D., CHAUFFARD, F. Quantifying the effects of mild sedatives. *J. Psychiatr. Res.* v.17, p.115–122. 1982.

LEATHWOOD, P.D., CHAUFFARD, F., HECK, E., MUNOZ-BOX, R.,. Aqueous extract of valerian root (*Valeriana officinalis* L.) improves sleep quality in man. *Pharmacol., Biochem. Behav.* 17, 65– 71. 1982

LICATA, S,C,. ROWLETT, J,K. Abuse and dependence liability of benzodiazepine-type drugs: GABAA receptor modulation and beyond. *Pharmacol Biochem Behav.* v.90, p. 74–89, 2008.

MACIEL, M. A. Plantas medicinais: a necessidade de estudos multidisciplinares. *Quím. Nova.*, São Paulo, v. 25, n. 3, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília, DF, 1997c

MINISTERIO DA SAÚDE (BR). *Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento: efeitos de substâncias psicoativas no organismo*. 3ª ed. Brasília (DF); 2006

MIYASAKA LS, ATALLAH AN, SOARES B: Valerian for anxiety disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews (4) No.: CD004515. DOI: 10.1002/14651858.CD004515.pub2. 2006.

NASCIMENTO, J.E. et al. Produtos à base de Plantas Medicinais comercializados em Pernambuco - Nordeste do Brasil. *Acta Farm. Bonaerense* v.24 , p. 113-22, 2005.

OMS/Organización Mundial de la Salud. **Pautas generales para las metodologías de investigación de la medicina tradicional**. Ginebra, 2000. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_TRM_2000.1_spa.pdf. Acessada em 31 de agosto de 2012.

PELISSOLO A, BISSERBE JC. Dependence on benzodiazepines. Clinical and biological aspects. *Encephale*. 20 (2): 147–57. 2004.

PACE-SCHOTT, E. F. HOBSON, J. A. The neurobiology of sleep: genetics, cellular physiology and subcortical networks. *Nature Reviews Neuroscience*, **3**, 591-605. 2002.

POYARES, D. et al . Hipnoindutores e insônia. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462005000500002&lng=en&nrm=iso>. access on 08 Oct. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462005000500002>.

RATES SMK. Promoção do uso racional de fitoterápicos: uma abordagem no ensino de Farmacognosia. *Rev Bras Farmacogn*. 2001, 11: 57-69.

ROBBERS, J. E., SPEEDLE, M. K., TYLER, V. E. *Pharmacognosy and Pharmacobiotechnology*, Baltimore: Williams & Wilkins. 1996. 337p.

ROSENBAUM, J.F. Attitudes toward benzodiazepines over the years. *J Clin Psychiatry*. 66 Suppl 2:4-8. 2005.

ROTH, T. & ROEHRS, T.. Sleep organization and regulation. *Neurology*, **54**, 2-7. 2000.

SANTOS, M.S., FERREIRA, F., CUNHA, A.P., CARVALHO, A.P., MACEDO, T., An aqueous extract of valerian influences the transport of GABA in synaptosomes. *Planta Med*. 60, 278–279. 1994a.

SERRANO, A. I. **O que é Medicina Alternativa**. 6. ed. São Paulo: Brasiliense, 1986.

SCHUILING, W. J., RINKEL, G. J. E., WALCHENBACH, R. & DE WEERD, A. W. Disorders of sleep and wake in patients after subarachnoid hemorrhage. *Stroke*, **36**, 578-582. 2005.

SCHULZ R, HÄNSEL VE & TYLER V. *Agitação e distúrbios do sono. In: Fitoterapia Racional, um guia de fitoterápico para a ciência da saúde*. 4 ed. Barueri, Manole, p 87-106. 2002.

SILVA, A,P,. LELIS, B,C,. BRANDÃO, E,S,. MIRANDA, F,A,. AMARAL, G,A,. NETO, M,A. *Estudo comparativo do consumo de benzodiazepínicos entre drogarias e farmácia de manipulação na cidade de Goiânia-Go* [monografia]. Goiânia (GO): UCG. 2006

SILVA, M. I. G. Utilização de fitoterápicos nas unidades básicas de atenção à saúde da família no município de Maracanaú (CE). *Rev. bras. farmacogn.*, João Pessoa, v. 16, n.

4,dez. 2006 . Disponível em
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-695X2006000400003&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 08 out. 2012.

TUFIK, S.; FUJITA, K.; SEABRA, M.L.V.; LOBO, L.L. Effects of a prolonged administration of valepotriates in rats on the mothers and their offspring. *J Ethnopharmacology*. v.41, n.1-2, p.39-44, 1994.

VELOSO, D.; GUIDINI, P.; COMERIO, R, M..Plantas utilizadas em fitomedicamentos para os distúrbios do sono. *Natureza on line* v.6 , p.29-35. 2008.

WRIGHT JR., K. P., HULL, J. T., HUGHES, R. J., RONDA, J. M. & CZEISLER, C. A. Sleep and wakefulness out of phase with internal biological time impairs learning in humans. *Journal of Cognitive Neuroscience*, v.18, p.508-521. 2006.

ANEXO A

ÍNDICE DE QUALIDADE DE SONO DE PITTSBURG - INSTRUÇÕES PARA PONTUAÇÃO

Componente 1: Qualidade subjetiva do sono:

Examine a questão 6 e atribua à pontuação da seguinte maneira:

Resposta	Pontuação
Muito Boa	0
Boa	1
Ruim	2
Muito ruim	3

Pontuação do componente 1 : _____

Componente 2: Latência do sono:

1. Examine a questão 2 e atribua à pontuação de a seguinte maneira:

Resposta	Pontuação
≤ a 15 minutos	0
16 -30 minutos	1
31 -60 minutos	2
> 60 minutos	3

2. Examine a questão 5a e atribua à pontuação da seguinte maneira:

Resposta	Pontuação
Nenhuma vez	0
Menos de 1 vez/semana	1
1 a 2 vezes/semana	2
3 vezes ou mais/semana	3

3. Some a pontuação da questão 2 e 5ª

4. Atribua à pontuação do componente 2 da seguinte maneira:

Soma	Pontuação
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

Pontuação do componente 2 _____

Componente 3: Duração do sono:

1. Examine questão 4 e atribua à pontuação da seguinte maneira:

Resposta	Pontuação
> 7 horas	0
6-7 horas	1
5-6 horas	2
< 5 horas	3

Pontuação do componente 3 _____

Componente 4: Eficiência habitual do sono:

1. Examine a questão 2 e atribua à pontuação da seguinte maneira:

Escreva o número de horas dormidas (questão 4)

Calcule o número de horas no leito:

{horário de levantar (questão 3) – horário de deitar (questão 1)}

Calcule a eficiência do sono:

{nº de horas dormidas/nº de horas no leito} x 100 = eficiência do sono(%)

Atribua à pontuação do componente 4 da seguinte maneira:

Eficiência do sono(%)	Pontuação
>85%	0
75-84%	1
65-74%	2
< 65%	3

Pontuação do componente 4 _____

Componente 5: Distúrbios do sono:

1. Examine as questões de 5b a 5j e atribua a pontuação para cada questão da seguinte maneira:

Resposta	Pontuação
Nenhuma vez	0
Menos de 1 vez/semana	1
1 vezes/semana	2
3 vezes/semana ou +	3

2. Some a pontuação de 5b a 5j

3. Atribua a pontuação do componente 5 da seguinte forma

Soma de 5b a 5j	Pontuação
0	0
1-9	1
10-18	2
19-27	3

Pontuação do componente 5 _____

Componente 6: Uso de medicação para dormir:

1. Examine a questão 7 e atribua à pontuação da seguinte maneira:

Resposta	Pontuação
Nenhuma vez	0
Menos de uma vez/semana	1
1 a 2 vezes/semana	2
3 vezes/semana ou +	3

Pontuação do componente 6 _____

Componente 7: Disfunção durante o dia:

1. Examine a questão 8 e atribua à pontuação da seguinte maneira:

Resposta	Pontuação
Nenhuma vez	0
Menos de 1 vez/semana	1
1 a 2 vezes/semana	2
3 vezes/semana ou +	3

2. Examine a questão 9 e atribua à pontuação da seguinte maneira:

Resposta	Pontuação
Nenhuma	0
Pequena	1
Moderada	2
Muita	3

3. Some a pontuação das questões 8 e 9

4. Atribua à pontuação do componente 7 da seguinte maneira:

Soma	Pontuação
0	0
1-2	1
3-4	2
5-7	3

Pontuação do componente 7 _____

Observação: Este índice varia de 0 a 21 pontos, sendo escores maiores do que 5 considerado como qualidade de sono ruim.