

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

**THIAGO FERNANDES MARQUES**

**ESTRATÉGIAS NÃO MEDICAMENTOSAS PARA A ABORDAGEM  
DOS USUÁRIOS CRÔNICOS DE ANSIOLÍTICOS E  
ANTIDEPRESSIVOS – REVISÃO DE LITERATURA.**

**CONSELHEIRO LAFAIETE – MINAS GERAIS**

**2013**

THIAGO FERNANDES MARQUES

**ESTRATÉGIAS NÃO MEDICAMENTOSAS PARA A ABORDAGEM  
DOS USUÁRIOS CRÔNICOS DE ANSIOLÍTICOS E  
ANTIDEPRESSIVOS – REVISÃO DE LITERATURA.**

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

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Rosiene Maria de Freitas

CONSELHEIRO LAFAIETE – MINAS GERAIS

2013

THIAGO FERNANDES MARQUES

**ESTRATÉGIAS NÃO MEDICAMENTOSAS PARA A ABORDAGEM  
DOS USUÁRIOS CRÔNICOS DE ANSIOLÍTICOS E  
ANTIDEPRESSIVOS – REVISÃO DE LITERATURA.**

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

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Rosiene Maria de Freitas

Banca Examinadora

Prof.<sup>a</sup> Rosiene Maria de Freitas – UFMG

Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena – UFMG

Aprovado em Belo Horizonte em: 07/06/2014.

***“A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo”.***

***Albert Einstein.***

## RESUMO

As alterações nos estilos de vida da população e conseqüentemente a adequação das pessoas ao dia a dia, propiciaram uma drástica mudança na qualidade de vida das pessoas. Sintomas de depressão e ansiedade passaram a ser comuns nas consultas médicas, assim como o grande uso de antidepressivos e ansiolíticos. Este estudo trata-se de uma Revisão Sistemática que teve como objetivo verificar publicações disponíveis sobre o uso crônico de ansiolíticos e antidepressivos, disponíveis nas bases de dados LILACS, PubMed, SciELO, BIREME e SCIENCE DIRECT, sem limite de ano e restrições de publicações, por meio dos seguintes descritores: “benzodiazepínicos”; “antidepressivos”; “abuso e dependência”. Fixaram como estratégias propostas para abordagem não medicamentosa dos usuários crônicos de psicofármacos: identificar os recursos disponíveis na comunidade e oferecidos pelo serviço público, divulgar os recursos já disponíveis na comunidade, ampliar a faixa etária dos grupos de ginástica, identificar as habilidades/talentos presentes no território e a partir daí incentivar novas ações que possam interagir as pessoas da comunidade propiciando outra maneira de enfrentar os problemas cotidianos. Conclui-se que persistir no controle mais rigoroso na confecção das receitas controladas, conscientizar o profissional médico sobre a disseminação medicamentosa, instruir os pacientes sobre os malefícios do uso prolongado desses fármacos e procurar novas estratégias para controle da ansiedade e tristeza ainda é a melhor alternativa para reduzir essa utilização desordenada que atinge a sociedade moderna.

Palavras-chave: Antidepressivos; Benzodiazepínicos; Dependência.

## ABSTRACT

Changes in lifestyles of the population and hence the appropriateness of the people day by day, brought about a drastic change in quality of life. Symptoms of depression and anxiety have become common in medical consultations, as well as extensive use of antidepressants and anxiolytics. This study is in a systematic review that aimed to verify publications available on the chronic use of anxiolytics and antidepressants available in LILACS, SciELO, BIREME and SCIENCE DIRECT, unlimited data and constraints year publications using the following descriptors: "Benzodiazepines"; "Antidepressants"; "Abuse and dependence". Fixed as proposed strategies for chronic non-drug approach to psychotropic drug users: identify community resources and service offered by the public, promote the resources already available in the community, increase the age of the gymnasts, identify the skills/ talents present in territory and from there to encourage new actions that people can interact with the community providing another way to tackle everyday problems. We conclude that persists in tighter control in the manufacture of the controlled revenue, educate medical professionals about the drug spread, educate patients about the dangers of prolonged use of these drugs and find new strategies for controlling anxiety and sadness and still the best alternative to reduce this unplanned use that affects modern society.

Keywords: Antidepressants; Benzodiazepines; Dependence.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BIREME	Biblioteca Regional de Medicina
CAPS	Centro de Atendimento Psicossocial
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
IMAO	Inibidores da Monoamino-oxidase
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNH	Programa Nacional de Humanização
PR	Paraná
PSF	Programa de Saúde da Família
SciELO	Scientific Electronic Library Online

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>08</b>
<b>2. OBJETIVOS .....</b>	<b>11</b>
<b>3. METODOLOGIA .....</b>	<b>12</b>
<b>4. REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>14</b>
<b>4.1 A Atenção Primária a Saúde .....</b>	<b>14</b>
<b>4.2 Os Antidepressivos .....</b>	<b>15</b>
<b>4.3 Os Ansiolíticos .....</b>	<b>16</b>
<b>4.4 Contextualizando o problema .....</b>	<b>18</b>
<b>5. RESULTADOS .....</b>	<b>20</b>
<b>6. DISCUSSÃO .....</b>	<b>23</b>
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>31</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>33</b>



## 1. INTRODUÇÃO

As alterações nos estilos de vida da população e conseqüentemente a adequação das pessoas ao dia a dia, propiciaram uma drástica mudança na qualidade de vida das pessoas. Sintomas de depressão e ansiedade passaram a ser comuns nas consultas médicas, assim como o grande uso de antidepressivos e ansiolíticos (ALBIERO *et al.*, 2005).

Os médicos clínicos gerais costumam detectar alterações emocionais de natureza depressiva e ou ansiosa em mais de 50% dos pacientes. Certos autores (JOHNSON, 1973 e 1974 e FAHY, 1974) referem que os casos de depressão observados pelos clínicos são menos severos e mais frequentemente de tipo *borderline* que as depressões observadas pelos psiquiatras.

A ansiedade é um estado emocional com componentes fisiológicos e psicológicos, propulsora do desempenho, que faz parte do espectro normal das experiências humanas. Considera-se patológica quando é desproporcional à situação que a desencadeia, ou quando não existe um objeto específico ao qual se direcione (MENDONÇA; CARVALHO, 2005).

Os transtornos de ansiedade estão entre os transtornos psiquiátricos mais frequentes na população geral, com prevalências de 12,5% ao longo da vida e 7,6% no ano. Além dos transtornos serem muito frequentes, os sintomas ansiosos estão entre os mais comuns, podendo ser encontrados em qualquer pessoa em determinados períodos de sua existência (ANDRADE *et al.*, 2004).

A ansiedade abrange sensações de medo, sentimentos de antecipação apreensiva e insegurança, pensamento dominado por incompetência pessoal, aumento de vigília ou alerta, tensão muscular causando dor, inquietação interna de matiz desagradável e tremor e uma variedade de desconfortos somáticos conseqüentes da hiperatividade do sistema nervoso autonômico, como por exemplo: dispnéia, taquicardia, sudorese, tontura etc (MANUAL DE CONDUTAS MÉDICAS, 2003).

Em relação à depressão, o seu conceito parece ter origem no termo melancolia usado por Hipócrates, o qual atribuía o estado melancólico ao excesso/alteração de bílis negra (humores básicos). Considera-se que a depressão é um distúrbio afetivo que acompanha a humanidade ao longo de sua história. No

sentido patológico, há presença de tristeza, pessimismo, baixa autoestima, que aparecem com frequência e podem combinar-se entre si (FOUCAULT, 2004).

Quando um paciente apresenta uma queixa de “depressão”, ou mostra uma receita de medicação psiquiátrica, isto não quer dizer necessariamente que se trate de um portador de sofrimento mental: afinal, muitas pessoas que estão passando por um momento difícil de suas vidas são equivocadamente diagnosticadas assim. Portanto, não só o acolhimento, mas também o acompanhamento dessas pessoas muitas vezes podem ser feito pelas equipes dos Programas de Saúde da Família (ROTH *et al.*, 1996).

Os usuários habituais de antidepressivos e benzodiazepínicos são pessoas – mais comumente mulheres – que, ou por serem mais frágeis, ou por estarem atravessando um momento difícil, ou por terem tido uma história de vida complicada, receberam, de forma equivocada, um diagnóstico psiquiátrico e a prescrição de um medicamento. A partir daí, passam a usar, muitas vezes por toda a sua vida, psicofármacos com os quais se acostumam tanto orgânica como psiquicamente. Algumas dessas pessoas são neuróticas graves e/ou atravessam momentos de crise, porém não é este o caso da grande maioria delas que ocupam grande parte das agendas de consultas médicas (MENDONÇA; CARVALHO, 2005).

Na psicologia, vários pacientes são encaminhados, muitas vezes sem demanda própria, a uma psicoterapia interminável, cujas razões e objetivos não são claros nem para eles nem para os profissionais que os acompanham (MINAS GERAIS, 2006).

Os profissionais da unidade básica podem desenvolver algumas iniciativas como eventos culturais, encontros, festas, atividades esportivas ou de lazer, mostrando a esses usuários que podem estar próximos a eles de outra maneira, sem atrelar sua presença a consultas ou remédios (FONTANA, 2012).

Os portadores de sofrimento mental devem ter, como todas as pessoas, uma trajetória de vida no espaço social. Esta presença não é valiosa apenas para eles, mas também para a própria cultura convivendo com as questões do sofrimento mental, aprende-se a aceitação da diferença e a prática da solidariedade (BORDIM, 2012).

A prática de políticas públicas de efetivo alcance social é indispensável, permitindo uma abordagem intersetorial dos diferentes aspectos envolvidos na

abordagem do sofrimento mental. Estes aspectos não se restringem à área da Saúde, mas devem envolver a moradia, o trabalho, o lazer, a educação, etc. – construindo uma rede de suporte para as pessoas mais vulneráveis (RIBEIRO *et al.*, 2010).

É necessária a implantação de políticas de saúde pública que visem estratégias não medicamentosas para a abordagem dos usuários crônicos de ansiolíticos e antidepressivos, já que atualmente vemos um grande número de pacientes dependentes destes medicamentos, muitas vezes indicados de maneira incorreta.

## **2. OBJETIVOS**

Realizar uma revisão de literatura sobre as estratégias de abordagem não medicamentosa aos usuários crônicos de ansiolíticos e antidepressivos na Estratégia de Saúde da Família, com o intuito de instituir estratégias de atendimento.

### 3. METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma Revisão Sistemática que reúne publicações disponíveis sobre o uso crônico de ansiolíticos e antidepressivos, disponíveis nas bases de dados LILACS, PubMed, SCIELO, BIREME e SCIENCE DIRECT, sem limite de ano e restrições de publicações.

A análise documental ainda é pouco explorada, mas constitui-se uma técnica valiosa de abordagem de dados, e identificam informações factuais nos documentos a partir de questões ou hipóteses de interesse. O uso de documentos é vantajoso na pesquisa, visto que constituem uma fonte estável, rica e serve de base para diferentes estudos, o que dá mais estabilidade aos resultados obtidos. Além disso, é tida como uma fonte poderosa de onde podem ser retiradas evidências que fundamentem afirmações e declarações do pesquisador e indica problemas que devem ser mais bem explorados através de outros métodos. Além disso, ela pode complementar a informações obtidas por outras técnicas de coleta.

Sampaio e Mancini definem uma Revisão Sistemática como:

Uma forma de pesquisa que utiliza como fonte de dados a literatura sobre determinado tema. Esse tipo de investigação disponibiliza um resumo das evidências relacionadas a uma estratégia de intervenção específica, mediante a aplicação de métodos explícitos e sistematizados de busca, apreciação crítica e síntese da informação selecionada. As revisões sistemáticas identificam temas que necessitam de evidências, auxiliando na orientação para investigações futuras. Ao viabilizarem, de forma clara e explícita, um resumo de todos os estudos sobre determinada intervenção, as revisões sistemáticas nos permitem incorporar um espectro maior de resultados relevantes, ao invés de limitar as nossas conclusões à leitura de somente alguns artigos (SAMPAIO; MANCINI, 2007, p.83).

E, para iniciar a busca das referências, foram selecionados os seguintes DeCS: “benzodiazepines; antidepressants; abuse e dependence”, assim como seus correspondentes na língua portuguesa.

Para a seleção dos artigos estabeleceu-se como critérios de inclusão: publicações nos idiomas português e inglês, com textos disponíveis no formato completo e com acesso de forma gratuita (online); e os critérios de exclusão: resumos que não versavam sobre o tema; resumos que não possuíam o trabalho científico na íntegra ou de acesso restrito a assinantes.

Após o levantamento das publicações, procedeu-se à leitura de todas as publicações encontradas, cujos conteúdos respondiam à questão proposta e posteriormente foi elaborada a revisão da literatura.

## 4. REVISÃO DE LITERATURA

### 4.1 A Atenção Primária a Saúde

No ano de 1994, o Ministério da Saúde instituiu no Brasil o Programa de Saúde da Família, cujo objetivo era reorganizar a prática de atenção primária à saúde em novas bases, substituindo os modelos tradicionais e visando melhorar a qualidade de vida de toda a população. A atenção primária tem como grande foco a promoção, prevenção, recuperação da saúde, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde desta comunidade de maneira contínua e integral (ALBIERO *et al.*, 2005).

A Saúde da Família é compreendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial. É operacionalizada através da implantação de equipes multiprofissionais nas unidades básicas de saúde, que são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias localizadas em uma área geográfica delimitada (BRASIL, 2001).

Cada equipe de Saúde da Família é responsável pelo acompanhamento de, no máximo, quatro mil habitantes, sendo a média recomendada de três mil habitantes de uma determinada área, e estas passam a ter co-responsabilidade no cuidado à saúde. A atuação das equipes ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se: como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; por ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade; por intervir sobre os fatores de risco que a comunidade está exposta (BRASIL, 2001).

A realização de um atendimento de qualidade, promovendo saúde e prevenindo doenças e suas complicações, é de relevância para a atenção primária que tem como objetivo a educação em saúde (BRASIL, 2001).

O Acolhimento é uma diretriz da PNH, que não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo: faz parte de todos os encontros do serviço de saúde. É uma postura ética que consiste na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes

de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde (BRASIL, 1998).

Em relação aos pacientes portadores de sofrimento mental, o acolhimento não deve ser realizado apenas pela equipe de Saúde Mental. O fato do usuário ou seu familiar solicitar atendimento na Saúde Mental não significa que seja a melhor opção para ele. A equipe da ESF não deve só acolher como também acompanhar esses pacientes permitindo assim um atendimento integral a saúde do indivíduo (MINAS GERAIS, 2006).

As mudanças no estilo de vida da população e a sua adequação a rotina do mundo moderno e extremamente competitivo acabou por gerar em muitas pessoas uma grande ansiedade, esgotamento físico e mental propiciando o aparecimento de processos patológicos (ALBIERO *et al.*, 2005).

Cada vez mais frequentes muitas pessoas tem procurado o serviço de saúde com o objetivo de tentar resolver seus problemas de competência médica ou não. Muitos acabam acreditando que o uso de medicamentos resolverá em grande parte seus problemas, o que muitas vezes não passa de um equivoco. As pessoas deixam de ter uma visão ampla da saúde individual e coletiva, com seus determinantes sociais e econômicos, acreditando não ser possível enfrentar seus problemas e doenças sem a presença de um medicamento (CARVALHO *et al.*, 2004).

## **4.2 Os Antidepressivos**

A palavra “depressão” tem sido ultimamente relacionada a sentimentos de tristeza e/ou infelicidade. Muitas vezes está relacionada a um estado emocional normal comum em situações de perda, conflitos interpessoais e insucessos que fazem parte da vida cotidiana e que correspondem a um estado emocional não patológico (BRASIL, 2003).

Etimologicamente, a palavra vem do grego “*melano chole*”, que significa bÍlis negra. O termo depressão foi inicialmente usado em inglês para descrever o desânimo em 1660, e entrou para o uso comum em meados do século XIX (FOUCAULT, 2004).

Os transtornos depressivos são caracterizados por disfunções cognitivas, sentimento de tristeza, angustia e ansiedade, culpa e autoacusações. Quando estes



sintomas não desaparecem espontaneamente, perduram por várias semanas, são desproporcionais ao evento que o desencadeou ou este inexistente e quando o sofrimento é acentuado comprometendo as relações interpessoais, podemos dizer que o paciente é portador de algum transtorno depressivo. Neste caso, está indicada o início da terapia medicamentosa associada à psicoterapia (ROTH *et al.*, 1996).

Nas depressões classificadas como leves ou moderadas, resultantes, em sua grande maioria, de problemas situacionais deve-se dar preferência ao uso de alguma modalidade de psicoterapia: cognitiva, comportamental, interpessoal ou psicodinâmica. Muitas vezes o simples apoio psicológico, associado, eventualmente, por curto espaço de tempo um ansiolítico, se houver ansiedade ou insônia associada pode ser eficaz (TRIVEDI *et al.*, 2001).

Além da terapêutica medicamentosa e psicoterapia, é muito importante que estes pacientes sejam encorajados a modificar seus hábitos de vida, com a realização de atividades físicas regulares (aumento da concentração de serotonina), melhorar a qualidade do sono com um tempo mínimo diário de seis a oito horas por noite, evitar o uso de álcool, tabaco e drogas e ter uma boa alimentação (ALBIERO *et al.*, 2005).

Atualmente existe uma grande variedade de fármacos antidepressivos que são classificados de acordo com a sua estrutura química e seus mecanismos de ação. São indicados principalmente para o tratamento de transtornos depressivos de moderado a grave. Dentre os grupos disponíveis, destacam-se: os tricíclicos, os inibidores seletivos da recaptação de serotonina, os IMAO, inibidores duplos, entre outros (SARTOR, 2012).

### **4.3 Os Ansiolíticos**

A ansiedade e a insônia são queixas muito frequentes relatadas pelo paciente durante a consulta na atenção básica. Muitas vezes elas podem representar uma resposta normal do organismo à determinada situação, como as pressões sofridas durante o dia-dia. Eventualmente correspondem a transtornos psiquiátricos que necessitam de um tratamento específico (CARVALHO *et al.*, 2004).

Em situações de perigo real, a ansiedade deve ser considerada uma resposta normal, um sinal de alarme, ou seja, um mecanismo de defesa e sobrevivência do

indivíduo. Em outros casos como insucesso, luto, perda da posição social, situações que geram sentimento de abandono ou desamparo, a ansiedade também pode estar presente (LENHART *et al.*, 2001).

Dependendo da interferência ou não nas atividades do cotidiano ou no sono, do desconforto que provoca e da duração, a ansiedade poderá ser considerada normal ou patológica. Dentre as drogas utilizadas consideradas ansiolíticas destacam-se os benzodiazepínicos (XAVIER, 2010).

Os benzodiazepínicos estão entre as drogas mais prescritas no mundo. Estima-se que o seu consumo dobra a cada cinco anos. São medicamentos com dispensação controlada pela ANVISA devido a seu alto risco de dependência, porém ainda são utilizados de forma incorreta e ilegal. Possuem efeito ansiolítico e hipnótico, além de terem ações relaxantes e anticonvulsivantes (MENDONÇA; CARVALHO, 2005).

Acredita-se que o grande número de usuários destes medicamentos deve-se ao alto índice de estresse da população devido aos problemas cotidianos, à introdução de novas drogas, a pressão propagandista da indústria farmacêutica, a recomendação por um familiar e/ou conhecido e a demasiada prescrição médica sem critérios clínicos (MEDEIROS, 2004).

O uso prolongado dos benzodiazepínicos pode levar a diversos efeitos colaterais que variam desde uma sonolência diurna até perda de memória e da função cognitiva. É recomendado que seu uso fosse de 2 a 4 meses, pois acima disso o paciente fica dependente da sua ação e a dosagem torna-se ineficiente (NORDON, 2009).

O consumo de ansiolíticos tornou-se um complexo problema de saúde pública por atingir grande parte da população. Pertencem ao grupo de psicotrópicos mais utilizados indiscriminadamente em todo o mundo. Segundo o CREMESP, um em cada dez adultos recebe prescrição de benzodiazepínico, quase sempre feita por clínico geral. Podem causar mudanças comportamentais, dependência psíquica e/ou física, resultando muitas vezes, em complicações sociais e pessoais e a degeneração de células cerebrais, incorrendo em lesões irreversíveis (CARVALHO; ANDRADE, 2004).

#### 4.4 Contextualizando o Problema

A Estratégia de Saúde da Família surgiu com o objetivo de reestruturar o modelo de atenção à saúde focando na pessoa como um todo e não apenas na doença. As pessoas passam a ser avaliadas como um todo, incluindo sua realidade sócio familiar, com o objetivo de promover o bem estar da população e a melhora no atendimento nas unidades de saúde (XAVIER, 2010).

A ESF apresenta-se muitas vezes como a porta de entrada para o sistema de saúde, recebendo todas as queixas e necessidades dos usuários, inclusive os pacientes com transtorno mental que necessitam de acompanhamento com a equipe de Saúde Mental (BRASIL, 2003).

Alguns usuários têm procurado os serviços de saúde com maior frequência para tentar resolver os seus problemas, sejam eles de competência médica ou não, deixando de ter uma visão ampla da saúde individual e coletiva, com seus determinantes sociais e econômicos, acreditando não ser possível resolver seus problemas sem a ajuda de um medicamento (MENDES, 2013).

Muitas vezes o usuário procura o serviço de saúde para a resolução de um problema familiar, social e econômico e acaba saindo com uma prescrição de um psicotrópico, levando frequentemente a dependência (BRASIL, 2003).

Para enfrentar essa dependência é muito comum estes usuários buscarem o serviço de saúde a procura de uma “receita controlada”. Esses pacientes empregam várias estratégias para aquisição do medicamento, como bajulação, simulação, sedução e ameaças, tornando tensa a relação médico-paciente e causando certo desconforto ao médico que se sente forçado a prescrever o medicamento sem indicação clínica. Alguns procuram médicos amigos ou familiares, além da solicitação de receitas por médicos diferentes, alternando-os (FONTANA, 2012).

O uso indevido de benzodiazepínicos e antidepressivos parece envolver, além dos usuários, os médicos que prescrevem a medicação e os farmacêuticos que a dispensam. A falta de informação e a baixa percepção das consequências deletérias do uso indevido de benzodiazepínicos pode levar a dependência desses fármacos (FIRMINO, 2008).

É necessária uma melhor formação e atuação dos profissionais de saúde no monitoramento dos usuários, além de informa-los sobre os riscos do uso prolongado

destes medicamentos. Medidas de promoção e prevenção poderiam resultar num grande impacto social (MEDEIROS, 2004).

## 5. RESULTADOS

Diversos artigos publicados na literatura mostram que o uso indiscriminado de ansiolíticos e antidepressivos tem se tornado um grande problema enfrentado pelos profissionais da saúde.

Após a revisão de artigos científicos sobre o tema, propôs-se um plano de ação para intervenção aos usuários crônicos dos psicotrópicos no município de Lagoa Dourada (MG), na área de abrangência da unidade do PSF Integração.

Inicialmente, foi preciso considerar o território, ou seja: não apenas um espaço geográfico delimitado, mas toda uma diversidade de situações pessoais, familiares, sociais, muitas vezes atravessada por duras desigualdades: uma área da zona rural e um bairro de classe média, ainda que pertençam ao mesmo território, exigem atenção e cuidados diferenciados, de acordo com as dificuldades socioeconômicas, de acesso à cultura e ao lazer, de infraestrutura sanitária e etc., que encontramos num e noutro. Como ferramenta importante na abordagem implantou-se o Genograma.

É importante escutar o paciente, acompanhá-lo, procurando pensar com ele as razões desse problema, e formas possíveis de enfrentá-lo; evitar tanto quanto possível o recurso aos psicofármacos, e, quando necessário, usá-los de forma criteriosa; não forçar o paciente a deixar, de um dia para o outro, o medicamento que sempre usou, mas ponderar com ele os riscos e as desvantagens desse uso; não repetir estereotipadamente condutas e receitas: este é um acompanhamento que as equipes do PSF sabem e podem conduzir.

Devem-se considerar outras necessidades do tratamento, e os recursos que se pode utilizar para atendê-las. Toda cidade tem jardins, praças públicas, clubes comunitários, rodas de vizinhança, meio rural, trabalhos característicos, igrejas de diversos credos, bancos, escolas, padarias, mercados, serviços de Saúde. Todos estes meios podem ser utilizados para abordagem não medicamentosa dos usuários crônicos de psicofármacos.

As atividades desenvolvidas são várias: assembleias, passeios, festas, oficinas, bazares, jogos, idas ao cinema. A escolha entre tecer ou dançar, modelar ou cozinhar provoca descobertas e desencadeia projetos. As pessoas se conhecem,

fazem amigos, passam a frequentar as casas umas das outras, a transitar nas ruas, nas praças, nos cinemas.

Fixaram como estratégias propostas para abordagem não medicamentosa dos usuários crônicos de psicofármacos: identificar os recursos disponíveis na comunidade e oferecidos pelo serviço público, divulgar os recursos já disponíveis na comunidade, ampliar a faixa etária dos grupos de ginástica, integrar a equipe do PSF com a equipe do CRAS e identificar as habilidades/talentos presentes no território e a partir daí incentivar novas ações que possam interagir as pessoas da comunidade diminuindo o tédio e propiciando outra maneira de enfrentar os problemas cotidianos.

Na unidade de PSF Integração, encontra-se um grande número de pacientes “depressivos” e “ansiosos”, que são usuários crônicos de psicotrópicos. Muitos destes pacientes tornaram-se dependentes químicos da medicação e demandam um número alto de medicamentos, que poderiam ser substituídos por atividades alternativas e orientações específicas. Mas nem sempre a unidade de saúde tem condições de dar conta dessa demanda, que é contínua, pois os pacientes precisam de receitas controladas a cada dois meses.

Em uma rápida análise, foi verificado na unidade de PSF Integração cerca de 120 atendimentos mensais de usuários de benzodiazepínicos e antidepressivos, sendo que as receitas apresentam uma validade de dois meses. Muitos destes pacientes já são usuários crônicos há mais de dois anos e apenas 20% consultaram com especialista nos últimos 12 meses. A grande maioria nem comparecia a consulta com o clínico e apenas buscavam a receita controlada.

Percebeu-se na unidade um grande número de usuários de ansiolíticos e antidepressivos. Em um breve levantamento realizado pelos ACS, cerca de 650 pessoas fazem o uso de algum tipo de medicamento controlado. E a grande maioria é usuária de benzodiazepínicos. No território de abrangência da unidade são cadastradas 4379 pessoas divididas em 1174 famílias.

O perfil dos usuários é, na maioria, por mulheres acima de 20 anos que apresentam queixas de ansiedade ou depressão. Isso encaixa na comunidade que exerce pouca atividade de lazer e também quase nenhuma atividade de trabalho para mulheres dona de casa, introduzidas na comunidade, para abranger o tempo disponível.

Os benzodiazepínicos mais consumidos pelos usuários do PSF Integração são: Bromazepam, Clonazepam, Diazepam e também o Cloxazolam. Já os antidepressivos mais consumidos são: Amitriptilina, Fluoxetina, Nortriptilina e Sertralina.

## 6. DISCUSSÃO

Segundo a OMS, a depressão já é a principal causa de incapacidade de trabalhar em pessoas que têm entre 15 e 44 anos. É claro que a doença atinge muita gente, mas é importante saber diferenciar um caso e outro. Afinal, ficar triste é natural, faz parte da vida e não precisa de tratamento médico.

No livro "A Tristeza Perdida – Como a Psiquiatria Transformou a Depressão em Moda" (Editora Summus), os autores Allan V. Horwitz e Jerome C. Wakefield afirmam que o diagnóstico para distúrbios mentais se tornou generalista. Para eles, os médicos não se preocupam em questionar as circunstâncias. Dessa forma, a tristeza pode ser encarada como uma doença, que precisa ser tratada com antidepressivos, dando a impressão perigosa de que os medicamentos são a solução para todos os males.

Nas unidades de atenção primária à saúde, queixa de ansiedade, depressão, nervosismo e insônia são muito comuns. Na grande maioria das vezes, é o médico generalista quem inicia a prescrição dos benzodiazepínicos e antidepressivos, nem sempre acompanhados pelo psiquiatra, já que a vaga para o especialista é escassa. Neste sentido, a prescrição desses medicamentos na atenção primária deve ser revista com mais atenção pelos profissionais de saúde e pelos gestores, pois se sabe que o consumo prolongado desses fármacos pode trazer dependência.

A ansiedade é uma experiência normal do ser humano, essencial para sua sobrevivência e melhor desempenho. Quando suas manifestações são desproporcionais ao esperado em duração, frequência ou intensidade, tornando-se desagradável, em geral, é considerada patológica. A prevalência dos transtornos ansiosos na atenção básica encontra-se entre 26,7% a 39,6% do total de pacientes atendidos. Sendo assim, é patologia que mais apresenta demanda para os serviços de saúde (MANUAL DE CONDUTAS MÉDICAS, 2003).

A depressão é um distúrbio que se caracteriza pela perda de interesse e prazer nas atividades habituais, humor depressivo, diminuição da energia, com sensação de cansaço, que leva a uma diminuição no ritmo das atividades cotidianas. Outros sintomas como a falta de concentração e atenção, baixa autoestima, sentimentos de culpa ou inutilidade, pessimismo, alterações do apetite, do peso



corporal e do padrão do sono (sonolência excessiva ou insônia) podem estar presentes (MANUAL DE CONDUTAS MÉDICAS, 2003).

Historicamente, o homem sempre utilizou substâncias químicas que causassem alterações em seu nível de consciência, ou que produzissem reações físicas ou mentais temporariamente prazerosas, como por exemplo a cafeína, o tabaco e o álcool. Neste contexto, os medicamentos psicotrópicos ganham destaque. Os benzodiazepínicos, em especial, estão entre os fármacos mais prescritos no mundo. Diversos estudos veem relatando o uso indiscriminado de benzodiazepínicos e antidepressivos pela população.

Em um estudo realizado por Dybwad *et al.* (1996), no qual se tentou desvendar o porquê de alguns médicos generalistas prescreverem demasiadamente os benzodiazepínicos, constatou-se que a grande maioria dos médicos relatava que a prescrição de psicotrópicos era uma das tarefas mais solicitadas e que gerava certo desconforto, levando a um sentimento de que estavam praticando algo ilícito. Muitos médicos justificaram o hábito de prescrever psicotrópicos transferindo a responsabilidade para fatores externos, como outros médicos, pacientes e falta de recursos.

O médico clínico geral geralmente é o primeiro a receber as queixas de fundo psicológico ou psicossocial. Um ciclo vicioso pode ser iniciado se neste primeiro atendimento for realizada a prescrição de um antidepressivo ou ansiolítico de forma errada ou desnecessária. É muito importante que os clínicos gerais conheçam muito bem estes psicotrópicos, principalmente os benzodiazepínicos e que saibam usá-los de forma adequada e com cautela (NORDON; HÜBNER, 2009).

Em Valência, na Espanha, um estudo sobre as características sociodemográficas de usuárias crônicas de benzodiazepínicos, mostrou que o clínico geral foi prescritor regular em até 100% dos casos (SOBRECASES, 1997).

Embora estes estudos tenham acontecido em países com características significativamente diferentes do Brasil, a prática de prescrição sugere que os fatores identificados podem ser facilmente inferidos para nossa realidade. Observa-se também que muitas vezes a indicação inicial do medicamento é feita por amigos, vizinhos e/ou familiares e sugerem que muitos usuários iniciam o uso para evitar dificuldades cotidianas ou traumas pessoais.

A prescrição médica é um importante fator na manutenção do uso crônico de ansiolíticos e antidepressivos. Há uma grande carência de informação por parte dos usuários a respeito dos efeitos adversos ocasionados pelo uso crônicos desses medicamentos. A falta de esclarecimento parece facilitar a cronificação do uso, à medida que o usuário não avalia os riscos aos quais se submete. Em um estudo austríaco, no qual foram entrevistados pacientes internados que faziam uso de benzodiazepínicos, apenas 2% consideraram suficientes as informações providas pelo prescritor, enquanto 66% negaram ter recebido qualquer informação (LENHART, 2001).

Segundo Auchewski *et al.* (2004), a prescrição médica sustenta o uso crônico e alertam que existe uma grande desinformação dos pacientes sobre os riscos de efeitos adversos e de dependência. Em seu estudo, realizado em Curitiba (PR), foram analisados dados sobre os pacientes que compravam benzodiazepínicos nas drogarias e constatou-se que 61% faziam uso contínuo por mais de um ano, sendo que 94% não conseguiram descontinuar o tratamento e apenas 22% foram orientados pelo prescritor quanto ao tempo de uso.

O uso crônico e inapropriado dos psicofármacos pelos pacientes deve-se principalmente ao despreparo dos médicos que os prescrevem (NOTO; ORLANDI, 2005).

O fácil acesso na rede pública de saúde, a pressão por parte dos usuários e a fácil aceitação pelos pacientes, são as principais justificativas dos médicos ao prescreverem estes medicamentos. Por outro lado, os pacientes alegam falta de orientação sobre os riscos do uso crônico destes medicamentos, fragilidade na relação médico-paciente e a sensação de prazer proporcionada pelo remédio como os principais fatores que contribuem ao uso prolongado. O médico, muitas vezes, sente-se pressionado pelo paciente e prescreve, mesmo que não haja indicação clínica apropriada. É comum nesses casos que, devido ao desenvolvimento de tolerância, o paciente aumente a dose sem comunicar ao médico (FIRMINO, 2008).

Em relação à formação dos profissionais pode-se constatar que no decorrer da graduação em medicina existem falhas no que diz respeito à prescrição de antidepressivos e ansiolíticos, principalmente os benzodiazepínicos. Isso acaba levando tanto à diminuição da prescrição, pelo temor em relação aos efeitos da

medicação, quanto ao excesso pelo desconhecimento dos riscos e efeitos adversos do remédio.

Os antidepressivos e ansiolíticos são medicamentos legalmente controlados no país e só podem ser comercializados sob prescrição médica e com retenção da receita. Porém a irregularidade na prescrição e na dispensação destes psicofármacos são muito comuns. É necessário um maior controle na dispensação destes medicamentos, pois além do risco de dependência associado ao uso crônico, há também o risco de intoxicações e diversos efeitos colaterais.

No Brasil, alguns estudos recentes demonstraram uma elevada prevalência do consumo de benzodiazepínicos quando comparada a outros países. Assim como em diversos países, o consumo desses fármacos é predominante em mulheres e aumenta com a idade. Outro fator de relevância é o perfil das mulheres, a maioria é casada ou vive com seus parceiros e muitas têm apenas o ensino primário ou nenhuma escolaridade (HUF; LOPES; ROZENFELD, 2000).

Diversos estudos revelam que as queixas mais frequentes para a prescrição dos benzodiazepínicos é a insônia e a ansiedade. Muitos médicos, pela falta de tempo ou iniciativa, deixam de indicar tratamentos alternativos para essas queixas, prescrevendo rapidamente um medicamento. Porém se esse medicamento não foi bem indicado e estiver sendo usado como paliativo de uma situação emocional não resolvida ou como atenuante de uma situação vivencial complicada, a sua posterior retirada colocará à tona a problemática situacional em que se encontra a pessoa, dando a falsa impressão de dependência ou até de síndrome de abstinência (NORDON; HÜBNER, 2009).

Embora muitos médicos conheçam os protocolos e indicações dos benzodiazepínicos, muitos não acreditam nos riscos e justificam o uso prolongado pela segurança e eficácia destes medicamentos. Argumentam que a falta de tempo e a baixa remuneração impedem uma consulta voltada a saúde mental (FIRMINO, 2008).

Em alguns países, algumas intervenções no sistema de saúde puderam reduzir o uso inadequado de medicamentos. O Departamento de Saúde do Estado de New York (EUA) implementou em 1989, a Triplicate Prescription Police (TPP) para os benzodiazepínicos, no qual os médicos devem pagar uma taxa para prescrever esses medicamentos, além de receberem um número seriado para as

prescrições. Em Hong Kong, o governo classifica, desde 1992, os benzodiazepínicos como medicamentos perigosos, e um estudo constatou que o impacto da nova legislação gerou diminuição das prescrições de tais substâncias como ansiolíticas, mas não as alterou como hipnóticas. No Brasil, existem poucos estudos sobre o impacto de ações controladoras do consumo de psicotrópicos (FIRMINO, 2008).

Diversos autores recomendam que antes de iniciar a prescrição de um benzodiazepínico para tratamento ou apenas propiciar alívio sintomático dos usuários com insônia e ansiedade, deve-se procurar alternativas terapêuticas e caso haja necessidade de prescrever um medicamento, preferencialmente iniciar com agentes farmacológicos que não pertencem à classe dos benzodiazepínicos (antidepressivos, buspirona e hidroxizina); indicar intervenções psicossociais, como as psicoterápicas e os grupos de autoajuda ou combinações de intervenções medicamentosas e psicossociais.

Os benzodiazepínicos podem afetar a capacidade de julgamento e prejudicar o desempenho psicomotor, pois interfere na atenção, precisão ou rapidez dos reflexos e na velocidade de desempenho. Há evidências que o seu uso está associado a um maior risco de acidentes automobilísticos (MENDONÇA, 2008).

Segundo Huf, Lopes e Rozenfeld (2000), “o uso de benzodiazepínicos em doses terapêuticas numa base diária por mais de quatro meses constitui fator de risco para o aumento de toxicidade, especialmente déficit cognitivo e desenvolvimento de dependência”.

Em estudo realizado por Mendonça e Carvalho (2005), observou-se que o uso de benzodiazepínicos em mulheres acima de 60 anos é muito comum, sendo o diazepam o mais utilizado. Outros como: alprazolam, clonazepam, bromazepam e lorazepam também se destacaram. Muitas vezes, as usuárias crônicas destes medicamentos passam a controlar o próprio uso do remédio, determinando quantos comprimidos tomar e quando devem usar. O uso indiscriminado destes fármacos pode ser uma ameaça à saúde. Neste estudo, pode-se observar que o remédio, na maioria das vezes, serve como uma alternativa de fuga dos problemas do cotidiano e da vida, tornando-se objeto indispensável à vida das pacientes.

O perfil da população que consome benzodiazepínico, segundo Bonafim (2012), é composto principalmente por idosos, mulheres e pessoas de baixa renda. Verificou-se que este é um problema de saúde pública. Há o envolvimento tanto dos familiares

quanto dos usuários e dos próprios profissionais de saúde no uso indevido destes fármacos. A falta de informação aliada à baixa percepção dos efeitos deletérios e ao despreparo dos profissionais de saúde são os fatores que mais favorecem o uso abusivo e a posterior dependência destes medicamentos.

Os indivíduos que abusam dos psicofármacos geralmente o fazem para lidar com situações de estresse, na expectativa de que o remédio irá ajudar a resolver os problemas cotidianos ou por seus efeitos agradáveis, como euforia, excitação e maior motivação para realizar atividades cotidianas. O início do uso destes medicamentos muitas vezes é em decorrência de algum acontecimento na vida, porém, esse pode perder significância frente ao uso prolongado do remédio (MENDONÇA e CARVALHO, 2005).

É possível observar que a equipe de saúde da família muitas vezes, encontra-se sem suporte técnico e teórico suficiente para prestar assistência adequada ao paciente depressivo/ansioso e sua família. Seria necessário investir em educação permanente dos profissionais, sendo indispensável o incentivo e estímulo às equipes da atenção básica no sentido de produzirem e adquirirem novos saberes em saúde mental (SARTOR, 2012).

O despreparo dos profissionais de saúde em atender os usuários com algum transtorno mental é preocupante. À medida que a demanda de cuidados exigidos na atenção primária tem aumentado, este fato é agravado por um acolhimento inadequado, comprometendo as necessidades dos usuários (FONTANA, 2012).

A inclusão da saúde mental na estratégia de saúde da família seria muito importante, porém é algo em construção que exige maior investimento em estrutura e recursos humanos, além da capacitação profissional gerando condições que favoreçam uma rede integrada em saúde (FONTANA, 2012).

A participação efetiva do NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família) para atender a demanda junto com a equipe é de grande valia, pois o atendimento deve ser multidisciplinar, articulando a saúde mental com a atenção básica. Esta é uma forma de assumir a “responsabilização em relação à produção de saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção da equidade, da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo” (BRASIL, 2003).

Para Bordim (2012) a equipe de saúde da família deve organizar seu processo de trabalho e capacitar todos os profissionais envolvidos na assistência bem como

“ênfatizar a escuta qualificada a fim de se prevenir o consumo excessivo e desnecessário de psicotrópicos, estimulando o autocuidado, a saúde mental e diminuindo a incapacidade funcional decorrente das reações adversas dos medicamentos”.

A educação continuada dos profissionais de saúde, a limitação ao acesso dos psicofármacos, a correta orientação ao paciente e o planejamento de intervenções para minimizar os agravos do uso prolongado desses medicamentos devem ser metas a serem estabelecidas (FIRMINO, 2008).

Para que as ações de saúde mental sejam incorporadas na atenção primária, é necessário que as equipes sejam capacitadas para a abordagem dos pacientes que apresentam algum transtorno mental ou sofrimento psíquico. Ribeiro *et al.*(2010) ressaltam que uma das dificuldades na qualificação dos profissionais é a falta de iniciativas por parte dos próprios profissionais em buscar conhecimentos e práticas que viabilizem o atendimento, muitas vezes justificada pelo preconceito em relação aos transtornos mentais.

O enfermeiro da equipe de saúde da família deve estar preparado para conduzir a comunidade e a família do usuário, visando à inclusão do paciente com transtorno mental ou sofrimento psíquico em organizações populares, com o objetivo de reabilitá-lo socialmente. Além disso, este profissional deve estar devidamente capacitado para prestar o atendimento básico de saúde ao usuário, reduzindo os danos aos envolvidos e evitando, assim, uma internação desnecessária e quando indicado encaminhá-lo ao serviço especializado - CAPS (RIBEIRO *et al.*, 2010).

A equipe do PSF Integração vem atrelando a renovação de receitas de psicofármacos a consultas médicas, evitando o antigo costume de somente confeccionar a receita sem a presença do paciente. Esta conduta tende a dificultar a disseminação do medicamento sem um controle pela equipe. No início muitos pacientes reclamavam, pois afirmavam que não precisavam consultar, apenas queriam a receita. A importância de consultar é que essa atitude promove a discussão da dosagem do medicamento utilizada e da possível suspensão ou troca da droga. Depois de avaliado cada caso, aqueles que houverem necessidade são encaminhados ao NASF. Durante a consulta também é proposto o “desmame” dos benzodiazepínicos.

Um dos problemas enfrentados após a adoção dessas medidas foi o aumento da demanda de consultas clínicas a serem agendadas e a sobrecarga de serviço para o único médico na unidade; levando ao descontentamento dos dependentes da medicação pela demora em conseguir sua receita. Outro fator também é a não adesão dos pacientes ao acompanhamento individual ou em grupo com a psicóloga; a grande maioria só está interessada na receita para adquirir o remédio. Como alternativa criou-se um grupo de “ansiedade e tristeza” com o objetivo de organizar oficinas de trabalho manuais e grupos para discutirem seus anseios, medos e dificuldades. A criação de palestras, passeios e inserção dos usuários em grupos já existentes na comunidade são atividades que também vão preencher a ociosidade vivenciada por eles.

A equipe de saúde da família possibilita a recriação das relações existentes entre a família, a sociedade e o paciente, valorizando o indivíduo e auxiliando a sua re-inserção na sociedade. Esta estratégia de atendimento vem possibilitar a inclusão dos portadores de transtornos depressivo/ansiosos no nosso dia a dia de trabalho.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso abusivo de psicofármacos no Brasil é um grande problema de saúde pública. Atender às pessoas com problemas de saúde mental é de fato uma tarefa muito complexa. Portanto, persistir no controle mais rigoroso na confecção das receitas controladas, conscientizar o profissional médico sobre a disseminação medicamentosa, instruir os pacientes sobre os malefícios do uso prolongado desses fármacos e procurar novas estratégias para controle da ansiedade e tristeza ainda é a melhor alternativa para reduzir essa utilização desordenada que atinge a sociedade moderna.

A partir da revisão de literatura pode-se afirmar que:

- a) Nas unidades de atenção primária à saúde, queixa de ansiedade, depressão, nervosismo e insônia são muito comuns;
- b) Na grande maioria das vezes, é o médico generalista quem inicia a prescrição dos benzodiazepínicos e antidepressivos, nem sempre acompanhados pelo psiquiatra, já que a vaga para o especialista é escassa;
- c) A prescrição médica sustenta o uso crônico e existe uma grande desinformação dos pacientes sobre os riscos de efeitos adversos e de dependência. A falta de esclarecimento parece facilitar a cronificação do uso, à medida que o usuário não avalia os riscos aos quais se submete;
- d) O fácil acesso na rede pública de saúde, a pressão por parte dos usuários e a fácil aceitação pelos pacientes, são as principais justificativas dos médicos ao prescreverem estes medicamentos;
- e) Os pacientes alegam falta de orientação sobre os riscos do uso crônico destes medicamentos, fragilidade na relação médico-paciente e a sensação de prazer proporcionada pelo remédio como os principais fatores que contribuem ao uso prolongado. É comum nesses casos que, devido ao desenvolvimento de tolerância, o paciente aumente a dose sem comunicar ao médico;
- f) No Brasil, alguns estudos recentes demonstraram uma elevada prevalência do consumo de benzodiazepínicos quando comparada a outros países. Assim como em diversos países, o consumo desses fármacos é predominante em idosos, mulheres e pessoas de baixa renda;



- g) Muitos médicos, pela falta de tempo ou iniciativa, deixam de indicar tratamentos alternativos para essas queixas, prescrevendo rapidamente um medicamento;
- h) A equipe de saúde da família deve organizar seu processo de trabalho e capacitar todos os profissionais envolvidos na assistência bem como enfatizar a escuta qualificada a fim de se prevenir o consumo excessivo e desnecessário de psicotrópicos, estimulando o autocuidado e diminuindo a incapacidade funcional decorrente das reações adversas dos medicamentos;
- i) A equipe de saúde da família muitas vezes, encontra-se sem suporte técnico e teórico suficiente para prestar assistência adequada ao paciente depressivo/ansioso e sua família;
- j) A inclusão da saúde mental na estratégia de saúde da família seria muito importante, porém é algo em construção que exige maior investimento em estrutura e recursos humanos.

Espera-se que este estudo de revisão, apesar das limitações, sirva de incentivo para novas pesquisas sobre as estratégias não medicamentosas para abordagem dos usuários crônicos de antidepressivos e ansiolíticos utilizando teorias que respaldem o seu uso de forma adequada, contribuindo, dessa forma, para uma prática consolidada e baseada em evidências.

## REFERÊNCIAS

1. ALBIERO, F. G. *et al.* Utilização frequente de ansiolíticos e antidepressivos, no PSF João Maria em Blumenau: O Combate pela Fisioterapia Preventiva. **Revista de Fisioterapia da FURB**. Blumenau, v. 2, n.1, p. 1-16, jul. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: set. 2013.
2. ANDRADE, M.F.; ANDRADE, R.C.C.; SANTOS, V. Prescrição de psicotrópicos: avaliação das informações contidas em receitas e notificações. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, v.40, n.4, p. 471-9, out/dez, 2004.
3. AUCHEWSKI, L. *et al.* Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. volume 26, n. 1, 2004. p. 24-31. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em: set 2013.
4. BONAFIM, G. K. **A prescrição e de benzodiazepínicos e o uso abusivo: traçando um perfil de médicos e usuários**. Especialização em Saúde da Família – Modalidade à distância. Resumos dos Trabalhos de Conclusão de Curso. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. 2012.
5. BORDIM, D. C. **Consumo de psicofármacos por usuários da unidade de saúde do bairro São Pedro da área 30: revisão de prontuários**. Especialização em Saúde da Família – Modalidade à distância. Resumos dos Trabalhos de Conclusão de Curso. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. 2012.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001, p. 125.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. **Normas para prescrições e vendas de psicofármacos**. Portaria da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde N. 344. Belo Horizonte: Ministério da Saúde, 1998.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde Mental e Atenção Básica – o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília, 2003. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf> Acesso em 25 Out. 2013.
9. CARVALHO, L. F.; DIMENSTEIN, M. O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 9, n. 1, p. 1-3, dez. 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br>>. Acesso em: set. 2013.
10. DYBWAD, T.B. *et al.* Why are some doctors high-prescribers of benzodiazepines and minor opiates? A qualitative study of GPs in Norway, **Family Practice**, v. 14, n. 5, pp. 361-358. 1996.
11. FAHY T.I. Depression in Hospital and in General Practice: a direct clinical comparison. **Brit J Psychiatry**; 124:240-242 1974.
12. FIRMINO, K. F. **Benzodiazepínicos: Um estudo da indicação/prescrição no município de Coronel Fabriciano, MG**. Dissertação de mestrado – Faculdade de Farmácia. Universidade Federal de Minas Gerais, 2008.

13. FONTANA, K. C. **O enfermeiro no cuidado em saúde mental.** Especialização em Saúde da Família – Modalidade à distância. Resumos dos Trabalhos de Conclusão de Curso. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. 2012.
14. FOUCAULT, M. **O Nascimento da clínica.** 3ª ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária; 2004.
15. HORVITZ, A.V; WAKEFIELD J.C. **A Tristeza Perdida: Como a psiquiatria transformou a depressão em moda.** São Paulo. Summus, 2010. 288 p.
16. HUF, G.; LOPES, C. S.; ROZENFELD, S. O uso prolongado de benzodiazepínicos em mulheres de um centro de convivência para idosos. **Caderno de Saúde Pública**, v.16, n.2, p. 351-62, 2000.
17. JOHNSON, D.A.W. A study of the use of antidepressant medication in General Practice. **Brit J Psychiatry**; 125: 186-192, 1974.
18. JOHNSON, D.A.W. Treatment of Depression in General Practice. **Brit Mcd Journal**; 2: 18-20, 1973.
19. LARANJEIRA, R; CASTRO, L.A. **Potencial de abuso de benzodiazepínicos.** In: Bernik MA editor. Benzodiazepínicos: quatro décadas de experiência. São Paulo (SP): Edusp, p. 187- 98.1999.
20. LENHART, SE. BUYSSE, DJ. Treatment of insomnia in hospitalized patients. **Ann Pharmacother**; 35(11): 1449-57 2001.
21. MANUAL DE CONDUTAS MÉDICAS – **Programa de Saúde da Família/ Instituto para Desenvolvimento da Saúde.** Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Brasília, 2002.
22. MEDEIROS, P.V. **Prescrição de benzodiazepínicos em Centro de Atenção Primária a Saúde na cidade de Florianópolis,** 2004.
23. MENDES, K. C. C. **O uso prolongado de benzodiazepínicos – uma revisão de literatura.** Especialização em Saúde da Família – Modalidade à distância. Resumos dos Trabalhos de Conclusão de Curso. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2013.
24. MENDONÇA, R. T.; CARVALHO, A. C. D. O consumo de benzodiazepínicos por mulheres idosas. SMAD, **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas.** (Ed, port.) [online], v.1, n.2, 2005.
25. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em Saúde Mental.** Belo Horizonte, 2006.
26. NORDON, D. G. *et al.* Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul,** 2009.
27. NORDON, D. G.; HUBNER, C. V. K. **Prescrição de benzodiazepínicos por clínicos gerais.** Diagnóstico e tratamento; 14 (2) abr-jun, 2009.

28. ORLANDI, P.; NOTO A. R. Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chaves no município de São Paulo. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 13, n. especial, p. 896-902, out. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: set. 2013.
29. RIBEIRO, L.M. *et al.* Saúde Mental e Enfermagem Estratégia de Saúde da Família: como estão atuando os enfermeiros? **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.44, n.2, p.376-82, 2010.
30. ROTH A; FONAGY, P. What works for whom? A critical review of psychotherapy research. **London: The Guilford Press**, 1996.
31. SAMPAIO, R.F; MANCINI M.C. Estudos de Revisão Sistemática: Um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v.11, n.1, p83-9, jan./fev. São Carlos, 2007.
32. SARTOR, G.M. **Depressão: um desafio na Atenção Básica**. Especialização em Saúde da Família – Modalidade à distância. Resumos dos Trabalhos de Conclusão de Curso. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. 2012.
33. SOBRECASES, B.S. *et al.* Sociodemographic characteristics of female habitual benzodiazepine consumers in the catchment area of a health care center. **Scand J Soc Med**; 3:176-9, 1997.
34. TRIVEDI, M.H.; KLEIBER, B.A. Algorithm for the treatment of chronic depression. **J Clin Psychiatry**; 62 (suppl 6):22-29, 2001.
35. WHO. World Health Association. **Qualitative Research for health programmes. Division of Mental Health**. Geneva: WHO; 1994.
36. XAVIER, I.R. **O uso prolongado de benzodiazepínicos e suas complicações: revisão de literatura**. Especialização em Saúde da Família – Modalidade à distância. Resumos dos Trabalhos de Conclusão de Curso. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais. 2010.







