

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

ALCINO ROBERTO MARANGONI JÚNIOR

**USO ABUSIVO DE BENZODIAZEPÍNICOS NA ÁREA ATENDIDA
PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA JOÃO PAULO II, EM SÃO
BENTO DE CALDAS, MUNICÍPIO DE SANTA RITA DE CALDAS,
MINAS GERAIS: PLANO DE INTERVENÇÃO**

CAMPOS GERAIS - MINAS GERAIS

2016

ALCINO ROBERTO MARANGONI JÚNIOR

**USO ABUSIVO DE BENZODIAZEPÍNICOS NA ÁREA ATENDIDA
PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA JOÃO PAULO II, EM SÃO
BENTO DE CALDAS, MUNICÍPIO DE SANTA RITA DE CALDAS,
MINAS GERAIS: PLANO DE INTERVENÇÃO**

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

Orientador: Prof. Edison José Corrêa

CAMPOS GERAIS – MINAS GERAIS

2016

ALCINO ROBERTO MARANGONI JÚNIOR

**USO ABUSIVO DE BENZODIAZEPÍNICOS NA ÁREA ATENDIDA
PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA JOÃO PAULO II, EM SÃO
BENTO DE CALDAS, MUNICÍPIO DE SANTA RITA DE CALDAS,
MINAS GERAIS: PLANO DE INTERVENÇÃO**

Banca examinadora

Prof. Edison José Corrêa, – Orientador, UFMG

Profa. Matilde Meire Miranda Cadete , UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 08 de agosto de 2016.

DEDICO

este trabalho, primeiramente, a Deus que me proporcionou força e perseverança, mantendo-me firme no objetivo.

À equipe que me acompanhou no desenvolvimento do plano de intervenção, ajudando-me.

A meu orientador que, com sua dedicação, me ensinou a persistir e aprimorar meus objetivos.

À minha família que, desde antes de me formar, está sempre a meu lado, não importando as dificuldades.

À minha namorada por ter suportado tantos momentos ausentes.

Por fim, a meus pacientes que, com suas histórias de vida, me proporcionaram a possibilidade de pesquisa a fim de corroborar para melhores atuações da classe médica, no futuro.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus.

Aos meus professores e mestres, aos meus tutores, ao meu orientador que se envolveram com o trabalho, fornecendo-me apoio e encorajamento.

Aos meus grandes amigos, por suas contribuições importantes.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização desse trabalho.

“O saber deve ser como um rio, cujas águas doces, grossas, copiosas, transbordem do indivíduo, e se espraíem, estancando a sede dos outros. Sem um fim social, o saber será a maior das futilidades.” (1917).

Gilberto Freyre

RESUMO

O objetivo deste estudo foi propor um plano de intervenção que atue diretamente na comunidade de São Bento de Caldas, município de Santa Rita de Caldas, Minas Gerais, para reduzir o uso abusivo de benzodiazepínicos. Esta comunidade é sob responsabilidade da equipe de Saúde da Família João Paulo II. Com a pesquisa e levantamento dos dados foi verificado que a comunidade de São Bento atualmente está com 20% a mais que a média nacional para o uso de benzodiazepínicos. É apresentada revisão bibliográfica, com base na análise de vários artigos científicos e dados obtidos de observações diárias nos atendimentos na Unidade Básica de Saúde. Utilizaram-se, como palavras-chave: estratégia saúde da família, saúde mental, antidepressivos e distúrbios relacionados ao uso de benzodiazepínicos. O plano de intervenção sobre o problema prioritário focou a atuação em três causas a ele relativas, denominadas nós críticos, na metodologia utilizada, o Planejamento Estratégico Situacional (PES): aumentar o nível de informação da população sobre medicamentos e práticas não medicamentosas para boa qualidade de saúde mental; melhorar o processo de trabalho da equipe de saúde e da atenção às pessoas com problemas na área de saúde mental e melhorar o nível de conhecimento da equipe de Saúde da Família sobre uso de medicamentos, riscos, efeitos colaterais e alternativas relacionadas a estilo de vida. Através do Plano de ação, foi utilizado o método de estimativa rápida, no qual a equipe colheu dados, por informações contidas nos prontuários e busca ativa na área; sobre o uso de tais medicações, sua dosagem, quem prescreveu, qual o motivo do início da prescrição, quanto tempo o paciente faz uso da medicação e há quanto tempo ele não tem acompanhamento sobre a patologia que desencadeou o uso. Estes dados foram comparados com estudos e dados do Ministério da Saúde sobre o tema e observou-se que os benzodiazepínicos são responsáveis por cerca de 50% de toda a prescrição de psicotrópicos. Na comunidade essa média sobe para 70% e das oito micro áreas, duas contam com incríveis 80% de média. Atualmente, um em cada 10 pacientes recebe prescrições de benzodiazepínicos e no município esse número sobe para um e meio (levando-se em conta a grande base da pirâmide etária). Cerca de 70% dos prontuários está incorretamente sendo preenchido quanto à dispensa dessa medicação. Conclusão: faz-se necessário uma intervenção na aplicação antiquada usada atualmente na prescrição e acompanhamento do paciente para uma abordagem mais assertiva e atualizada visando uma melhor resposta ao tratamento, com as ações formativas, tanto da equipe de saúde quanto do paciente.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Saúde mental. Antidepressivos. Inibidores da Monoaminoxidase. Receptores de GABA-A.

ABSTRACT

Objective: To carry out an action plan targeting the priority problem "decreased drug dependence of benzodiazepine users and their use abusive in the territory under Family Health Team João Paulo II responsible, of the Health Unit of São Bento de Caldas, location belonging to Santa Rita de Caldas, Minas Gerais." To research and survey data has been verified that the community of São Bento is currently 20% more than the national average for the use of benzodiazepines. It included a bibliographic review, based on the analysis of several scientific articles. Data from daily observations in care in Basic Health Unit were used as keywords: family health strategy, mental health, antidepressants and disorders related to the use of benzodiazepines. The action plan on the priority problem was the performance in three cases involving him, called us critics, the methodology used, the Situational Strategic Planning (PES - Planejamento Estratégico Situacional): increase the level of information the public about non-drug medicines and practices to good quality mental health; improve the working process of the healthcare team and the care for people with problems of mental health and improve the health of staff Knowledge level family on medicine use, risks, side effects and related alternative life style. Through the Action Plan, we used the method of rapid assessment, in which the team collected data on the information contained in the medical records and active search in the area; on the use of such medications, the dosage, who has prescribed, why the beginning of the prescription, how long the patient is taking the medication and how long it has no monitoring on the condition that triggered use. These data were compared with the Ministry of Health studies and data on the subject and it was observed that: being benzodiazepines accounted for about 50% of the prescription of psychotropic drugs. In this average community rises to 70% and among the eight, two microareas have incredible 80% average. Currently, one in ten patients receives prescriptions for benzodiazepines in the municipality; that figure rises to one and a half (taking into account the wide base of the population pyramid). About 70% of the records are incorrectly being filled as the dismissal of this medication. **Conclusion:** It is necessary an intervention in the old-fashioned application currently used in prescribing and monitoring of the patient to a more assertive and updated approach to better response to treatment with the training activities of both the health care team and the patient.

Keywords: Family Health Strategy. Mental Health. Antidepressive agents. Monoamino Oxidase Inhibitors. GABA-A, receptors.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BZD	Benzodiazepínicos
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
GABA	Gamma-AminoButyric Acid
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MG	Minas Gerais
NPH	Neutral Protamine Hagedorm Insulin
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SNGPC	Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados
SUS	Sistema Único de Saúde
UAPS	Unidade de Atenção Primária a Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Localização do distrito de São Bento de Caldas (destaque), município de Santa Rita de Caldas (em cor), Minas Gerais.....	15
Figura 2 - Pirâmide Etária de Santa Rita de Caldas, Minas Gerais, 2010	16
Figura 3 - Listagem dos equipamentos em Santa Rita de Caldas, MG.....	18
Figura 4 - Classificação de pacientes pelo sistema de <i>Manchester</i>	21
Figura 5 - GABA - Receptor e Ação dos Benzodiazepínicos	34

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - População de Santa Rita de Caldas, Minas Gerais, 1910.....	15
Quadro 2 - Renda, Pobreza e Desigualdade – Santa Rita de Caldas, Minas Gerais	17
Quadro 3 - Lista de estabelecimentos de saúde de Santa Rita de Caldas, Minas Gerais.....	17
Quadro 4 - Atividades da Equipe de Saúde da Família João Paulo II, de São Bento de Caldas, em Santa Rita de Caldas, Minas Gerais	19
Quadro 5 – Priorização dos problemas de saúde no distrito de São Bento de Caldas, município de Santa Rita de Caldas, Minas Gerais, pela Equipe de Saúde da Família	24
Quadro 6 – Descritores que caracterizam o problema “uso abusivo de benzodiazepínicos”, na comunidade de São Bento de Caldas, município de Santa Rita de Caldas, Minas Gerais	26
Quadro 7 – Percentual de usuários de benzodiazepínicos no distrito de São Bento de Caldas, município de Santa Rita de Caldas, Minas Gerais	27
Quadro 8 - Equipe do Pronto Atendimento de Santa Rita de Caldas, Minas Gerais .	49
Quadro 9 - Avaliação de Dados	50
Quadro 10 - Operações sobre o “nó crítico 1”	52
Quadro 11 - Operações sobre o “nó crítico 2”	Erro! Indicador não definido.
Quadro 12 - Operações sobre o “nó crítico 3”	Erro! Indicador não definido.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
1.1.	Breves informações sobre o município de Santa Rita de Caldas, Minas Gerais.....	14
1.2.	O sistema municipal de saúde e equipamentos disponíveis.....	17
1.3.	A Equipe de Saúde da Família João Paulo II, seu território e sua população	19
1.4.	Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade	21
1.5.	Priorização dos problemas	23
1.6.	Descrição do problema selecionado.....	25
2	JUSTIFICATIVA	27
2.1.	Objetivo geral	29
2.2.	Objetivos específicos	29
3	METODOLOGIA.....	30
4	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	31
4.1.	Estratégia Saúde da Família e Saúde Mental	31
4.2.	Benzodiazepínicos: conceituação.....	31
4.3.	Benzodiazepínicos: propriedades farmacológicas.....	34
4.4.	Benzodiazepínicos: indicações terapêuticas	36
4.5.	Benzodiazepínicos: indicações e características dos usuários.....	37
4.6.	Benzodiazepínicos: prescrição e controle do uso?	39
4.7.	Uso abusivo de benzodiazepínicos: um desafio para a equipe de saúde da família	42
4.8.	Antidepressivos	45
4.8.	Transtornos relacionados ao uso de substâncias.....	46
5	PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	47
5.1.	Explicação do problema.....	47
5.2.	Definição dos nós críticos	51
5.3.	Planejamento das ações: desenho das operações	51
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
	REFERENCIAS.....	57

1INTRODUÇÃO

O autor deste Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) é profissional médico da Equipe de Saúde da Família João Paulo II, no distrito de São Bento de Caldas, no município de Santa Rita de Caldas, Minas Gerais. O trabalho objetiva apresentar um plano de intervenção sobre um dos problemas de saúde do território da equipe e de sua comunidade adscrita.

No sentido de contextualizar a proposta são apresentados inicialmente:

Breves informações sobre o município de Santa Rita de Caldas, Minas Gerais, no intuito de clarificar sobre as características da cidade, a fim de uma melhor compreensão da comunidade.

O sistema municipal de saúde e equipamentos disponíveis, para uma visão municipal da questão saúde.

A Equipe de Saúde da Família João Paulo II, seu território e sua população, no intuito de estabelecer uma visão distrital da realidade de saúde.

Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade, para contemplar os problemas de saúde atuais que ocorrem na comunidade, o problema prioritário sobre o qual será proposto um plano de intervenção.

1.1. Breves informações sobre o município de Santa Rita de Caldas, Minas Gerais

O distrito de São Bento de Caldas fica distante 30 km, ao sul, da área central do município de Santa Rita de Caldas - Minas Gerais (Figura 1). A população é predominantemente rural e a ocupação diária urbana é a produção agropecuária. Culturalmente, destacam-se as festas religiosas, de Santa Rita e de São Bento. A comunidade conta com 2.184 (IBGE, 2014) moradores, atendida pela Equipe Saúde da Família João Paulo II, dividida em oito micro áreas. A localização do distrito de São Bento de Caldas é mostrada na Figura 1 (GOOGLE, 2015).

O IBGE (BRASIL, 2016), e o Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (ATLAS, 2010) não fornecem informações detalhadas sobre povoados. Desta forma, estão

apresentadas as informações referentes à cidade de Santa Rita de Caldas, à qual São Bento de Caldas pertence.

Figura 1 - Localização do distrito de São Bento de Caldas (destaque), município de Santa Rita de Caldas (em cor), Minas Gerais



Fonte: Google, 2015

O Quadro 1 informa sobre a população de Santa Rita de Caldas, MG, 2010. O IBGE estima uma população de 9.218 pessoas para o ano de 2015, não especificando o número de mulheres e de homens.

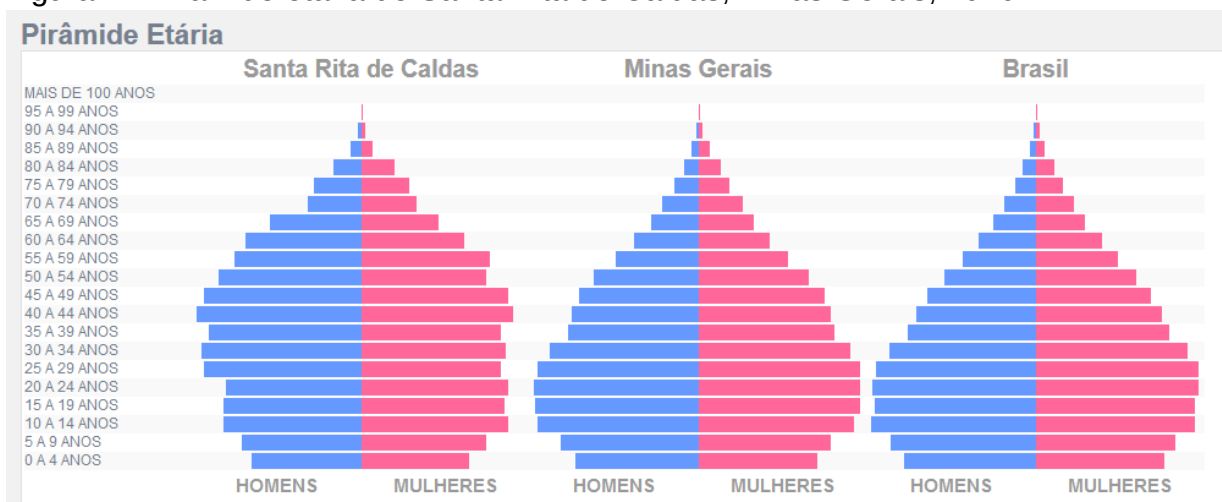
Quadro 1 - População de Santa Rita de Caldas, Minas Gerais, 2010

Informações Demográficas	Total	Mulheres	Homens
População 2010	9.027 (9.218 estimada para 2015)	4.424	4.603
Área da unidade territorial (km ²)	503.011		
Densidade demográfica (habitantes/km ²)	17,95		

Fonte: IBGE (BRASIL, 2015)

A Figura 2 representa a pirâmide etária dos santa-ritenses (2010). Podemos perceber que a maior incidência da população está entre 25 a 50 anos, que corresponde à faixa etária da população profissionalmente ativa.

Figura 2 - Pirâmide etária de Santa Rita de Caldas, Minas Gerais, 2010



Fonte: IBGE (BRASIL, 2015)

A análise da renda da população, conforme o Quadro 2, demonstra que houve certa elevação da renda *per capita* do ano 2010 para o ano de 2000, segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil (ATLAS, 2010).

A renda *per capita* média de Santa Rita de Caldas cresceu 117,08% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 275,20, em 1991, para R\$ 466,37, em 2000, e para R\$ 597,40, em 2010. Isso equivale a uma taxa média anual de crescimento nesse período de 4,16%. A taxa média anual de crescimento foi de 6,04%, entre 1991 e 2000, e 2,51%, entre 2000 e 2010. A proporção de pessoas pobres, ou seja, com renda domiciliar *per capita* inferior a R\$ 140,00 (a preços de agosto de 2010), passou de 32,60%, em 1991, para 17,57%, em 2000, e para 5,91%, em 2010. A evolução da desigualdade de renda nesses dois períodos pode ser descrita através do Índice de Gini (instrumento usado para medir o grau de concentração de renda. Ele aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos), que passou de 0,43, em 1991, para 0,53, em 2000, e para 0,43, em 2010 (ATLAS, 2010, online).

Quadro 2 - Renda, pobreza e desigualdade – Santa Rita de Caldas, Minas Gerais

	1991	2000	2010
Renda <i>per capita</i> (em R\$)	275,20	466,37	597,40
% de extremamente pobres	6,58	5,57	0,67
% de pobres	32,60	17,57	5,91
Índice de Gini	0,43	0,53	0,43

Fonte: ATLAS (2010) *apud* PNUD, IPEA e FJP

Essas informações se tornam relevantes para o levantamento dos problemas de saúde na região. Parece utópico dizer que as condições de vida, profissional e familiar ditarão, em muitos casos, o nível de saúde de cada usuário.

1.2. O sistema municipal de saúde e equipamentos disponíveis

O sistema municipal de saúde em Santa Rita de Caldas apresenta quatro estabelecimentos de saúde, uma vigilância em saúde e uma secretaria de saúde municipal, distribuídos nos arredores e centro da cidade. O Quadro 3 lista todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS), equipes de Saúde da Família (ESF), Unidade Móvel de Atenção Básica (UMAB) e o setor de Vigilância de Saúde de Santa Rita de Caldas, MG. Ainda sob a gestão da Secretaria de Saúde da cidade encontram-se as unidades de saúde das localidades adjacentes a cidade. Neste quadro não foram listados os estabelecimentos de saúde não públicos da cidade.

Quadro 3 - Lista de estabelecimentos de saúde de Santa Rita de Caldas, Minas Gerais

Hospital Geral e Pronto Atendimento Municipal de Santa Rita de Caldas
Secretaria de Saúde de Santa Rita de Caldas
Unidade Móvel de Atendimento Básico de Santa Rita de Caldas
Vigilância em Saúde
Unidade de Saúde João Paulo II / Equipe de Saúde da Família João Paulo II
PSF Monsenhor Alderige /Equipe de Saúde da família Monsenhor Alderige de Santa Rita de Caldas

Fonte: Autoria própria

A Figura 3 mostra os equipamentos que são encontrados na cidade de Santa Rita de Caldas, MG, conforme informado pelo Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNESNet), em 2015). Aqui nos é dado a conhecer sobre os equipamentos existentes numa região escolhida, quantos estão disponíveis e quantos estão sendo utilizados pelo SUS. Nesta figura também constam os equipamentos pertencentes a estabelecimentos não privados, no intuito de demonstrar os recursos que a cidade possui.

Figura 3 - Listagem dos equipamentos em Santa Rita de Caldas, MG

Consulta Equipamentos					
Estado: MINAS GERAIS					
Município: SANTA RITA DE CALDAS					
Competência: ATUAL					
Imprimir					
Código	Equipamento	Existentes	Em Uso	Existentes SUS	Em Uso SUS
2-EQUIPAMENTOS DE INFRA-ESTRUTURA					
21	Controle Ambiental/Ar-condicionado Central	1	1	1	1
TOTAL		1	1	1	1
7-EQUIPAMENTOS DE ODONTOLOGIA					
80	Equipo Odontologico	8	7	3	3
81	Compressor Odontologico	3	3	2	2
82	Fotopolimerizador	2	2	1	1
83	Caneta de Alta Rotacao	2	2	1	1
85	Amalgamador	2	2	1	1
86	Aparelho de Profilaxia c/ Jato de Bicarbonato	2	2	1	1
TOTAL		19	18	9	9
5-EQUIPAMENTOS PARA MANUTENCAO DA VIDA					
52	Bomba de Infusao	1	1	1	1
56	Desfibrilador	1	1	1	1
60	Monitor de ECG	1	1	1	1
63	Reanimador Pulmonar/AMBU	4	4	4	4
64	Respirador/Ventilador	1	1	1	1
TOTAL		8	8	8	8
4-EQUIPAMENTOS POR METODOS GRAFICOS					
41	Eletrocardiografo	2	1	2	1
TOTAL		2	1	2	1

Fonte: CNESNet, 2016

1.3. A Equipe de Saúde da Família João Paulo II, seu território e sua população

A população inscrita na unidade de saúde conta com 2.184 moradores, atendidos pela Equipe de Saúde da Família João Paulo II, dividida em oito micro áreas.

O dia a dia da unidade de saúde se desenrola com atividades de atendimento à demanda espontânea, às marcações prévias, visitas domiciliares (em dia específico) e a alguns programas tais como puericultura, “preventivo” de câncer ginecológico e de mama, atendimento individual a diabéticos, atendimento a crianças e a hipertensos e visitas de urgência. O Quadro 4 mostra as atividades da Equipe.

Quadro 4 - Atividades da Equipe de Saúde da Família João Paulo II, de São Bento de Caldas, em Santa Rita de Caldas, Minas Gerais

Dia da semana	Atividades da equipe
Segunda e terça, manhãs	Atendimento (15 fichas agendadas)
Segunda e terça, tardes	Atendimento de livre demanda Fazer receitas Visitas urgentes (como a comunidade rural é grande, às vezes é preciso fazer visitas a alguém que mora muito longe e está "passando mal")
Quarta	Visitas domiciliares
Quinta	Atendimento no bairro Pião (segundo aglomerado urbano mais povoado do distrito)
Última quinta do mês	Atendimento no bairro Cascavel (área rural mais afastada)
Sexta	Não há atendimento médico
Uma vez por mês	Ginecologia
Uma vez por semana (5 Fichas)	Psiquiatria
Todos os dias	Dentista

Fonte: Autoria própria. Base de dados locais.

Como médico da unidade, foram realizadas palestras que são sugeridas pela equipe de saúde ou pela comunidade. Também foram realizadas palestras para a equipe no intuito de aperfeiçoamento em saúde.

No município, havendo necessidade, o paciente é encaminhado para o Pronto Atendimento Municipal (PAM), que funciona 24 horas, para urgências e emergências, utilizando o sistema de classificação de *Manchester*, ou Protocolo de *Manchester*, que é uma metodologia científica que confere, por meio de cinco cores, a classificação de risco para os pacientes que buscam atendimento médico.

Esse Pronto Atendimento apresenta estrutura razoável para receber os casos considerados urgentes como traumatismos, ataques cardíacos, desmaios, dentre outros. Entretanto, a equipe não sabe como usar corretamente o desfibrilador, nem realiza qualquer tipo de exame laboratorial; sendo estes realizados em uma cidade a, aproximadamente, uma hora de percurso rodoviário. Existe apenas um plantonista (quase todos os médicos generalistas); não possui cirurgião, nem pediatra, ou ortopedista; realizando apenas a demanda cirúrgica de baixa complexidade (suturas simples). Os casos graves são encaminhados para os hospitais de referência mais próximos.

A demanda diária é pequena e, em geral, trata-se de consulta de rotina. Na Unidade de Saúde João Paulo II, em São Bento de Caldas, município de Santa Rita de Caldas, Minas Gerais, depois de realizada uma escuta inicial no acolhimento, os pacientes que deveriam ser triados de acordo com o Sistema de *Manchester* (Figura 4), priorizando o atendimento com base em critérios clínicos de gravidade e não por ordem de chegada, na verdade são classificados de forma mista, em ordem de chegada ou gravidade, segundo a enfermeira (muitas vezes vale a lei de quem grita mais, ou dos pacientes mais “amigos” das funcionárias).

Além dos atendimentos, a equipe trabalha com a comunidade realizando palestras, encontros, minicursos, etc. Neste ano já foram realizadas palestras na comunidade, nas duas escolas para crianças abordando temas como dengue, higiene e saúde bucal. Para adolescentes a partir dos dez anos sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST), gravidez, dengue, drogas e, por fim, mas não menos importante, para adultos: hanseníase e abuso de benzodiazepínicos.

As agentes comunitárias de saúde (ACS) e a enfermeira repassaram, para o médico, uma palestra sobre um curso que realizaram sobre drogas. Existe na equipe um senso de compartilhamento de informações que gera num maior e melhor comprometimento da unidade de saúde com sua equipe e a comunidade atendida.

Figura 4 - Classificação de pacientes pelo sistema de *Manchester*



Fonte: PROTOCOLO DE MANCHESTER (2012)

1.4. Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade

Na unidade de saúde de João Paulo II, em São Bento de Caldas, município de Santa Rita de Caldas, Minas Gerais, que dista 40 minutos da cidade, não há nenhuma medicação ou equipamento de urgência, como adrenalina, isossorbida, desfibrilador, soro fisiológico, glicose, corticoide, oxigênio, etc. Apenas insulina regular e insulina NPH – (*Neutral Protamine Hagedorn*).

A remoção dos pacientes considerados graves é dificultada pelo embate entre o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e a ambulância do Pronto Atendimento Municipal (PAM); uma vez que, por ser área rural, não está

estabelecida uma divisão de responsabilidade sobre qual ambulância deve buscar o paciente.

Já os pacientes classificados como pouco urgentes ou não urgentes receberão o tratamento no posto. Quando a ambulância está disponível, o transporte é rápido devido ao trânsito na cidade ser pouco intenso.

Não há vacinações na Unidade de Saúde João Paulo II, que são realizadas em Santa Rita de Caldas.

É feito o encaminhamento à psicologia, que atende aos pacientes de forma individual, quinzenalmente ou mensalmente.

Os principais problemas de saúde no território e na comunidade atendida pela Equipe de Saúde da Família João Paulo II foram identificados após reunião com a equipe de saúde.

- Ausência de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) no município. Falta de matriciamento em saúde mental, apenas auxílio externo oferecido pela psiquiatra municipal uma vez por semana, com cinco fichas reservadas para a micro área,
- Demanda pela institucionalização dos pacientes com transtornos mentais, mesmo os estáveis (ponto de vista relativamente apoiado pelo juiz), mesmo com consciência da importância da desinstitucionalização,
- Dificuldade no tratamento dos pacientes agudizados, pelo conflito entre SAMU x Pronto Atendimento X Polícia Civil, no sistema de transporte,
- Falta de capacitação e de engajamento familiar no que tange à reabilitação dos pacientes, gerando sobrecarga na equipe com demandas para encaminhamentos e atenção contínua,
- Dificuldade de atendimento a pacientes acamados em situação de domicílio rural (devido a longas distâncias),
- Deficiência quantitativa e até existencial de material e medicamentos na unidade de saúde,
- Inexistência de desfibrilador e de equipe treinada para utilizá-lo,
- Os exames laboratoriais são realizados em outra cidade,

- Existe apenas um plantonista (quase todos médicos generalistas); não possui cirurgião, nem pediatra, ou ortopedista; realizando apenas a demanda cirúrgica de baixa complexidade (suturas simples),
- Casos graves são encaminhados para os hospitais de referência mais próximos,
- Falta de ações, por parte da psiquiatria, para diminuir o uso de psicotrópicos. Existe a cultura de renovação compulsória de receitas, que vai contra a postura adotada na Unidade UAPS,
- Necessidade, pela equipe de saúde, de atualizar e ampliar o conceito de cuidar e de assistir a portadores de transtorno mental,
- Necessidade de controle de *diabetes mellitus*,
- Falta de saneamento básico nas residências,
- Drogadição na comunidade.

1.5. Priorização dos problemas

A priorização dos problemas na comunidade de São Bento de Caldas – em Santa Rita de Caldas – MG foi estabelecida aplicando-se critérios de importância (alta, média ou baixa), grau de urgência (distribuição de 30 pontos entre os problemas) e capacidade de enfrentamento (total, parcial ou fora), estabelecendo-se a seleção, ou priorização, de acordo com o Planejamento Estratégico Simplificado, demonstrado no módulo “Planejamento e avaliação das ações de saúde” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010), conforme apresentado no Quadro 5.

Quadro 5 – Priorização dos problemas de saúde no distrito de São Bento de Caldas, município de Santa Rita de Caldas, Minas Gerais, pela Equipe de Saúde da Família

Principais Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento ***	Seleção ***
Deficiência quantitativa e até existencial de material e medicamentos	Alta	1	Parcial	1
Falta de controle de Diabetes Mellitus	Média	2	Parcial	2
Risco cardiovascular aumentado	Média	2	Parcial	3
Pouco esforço em diminuir o uso de psicotrópicos / Uso abusivo de psicotrópicos. Cultura de renovação compulsória de receitas	Alta	4	Parcial	4
Drogadição	Alta	3	Fora	5
Falta de saneamento	Alta	2	Fora	6
Falta de uma proposta de abordagem psicossocial	Alta	3	Parcial	7
Necessidade, pela equipe de saúde, de atualizar e ampliar o conceito de cuidar e de assistir a portadores de transtorno mental	Alta	1	Parcial	8
Falta de capacitação e de engajamento familiar no que tange à reabilitação dos pacientes, gerando sobrecarga na equipe com demandas para encaminhamentos e atenção contínua	Alta	2	Parcial	9
Ausência de NASF e CAPS no município	Alta	3	Fora	10
Casos graves são encaminhados para os hospitais de referência mais próximos	Média	1	Parcial	11
Dificuldades vivenciadas pela equipe ao cuidar dos portadores de transtorno mental	Média	1	Parcial	12
Um plantonista (médico generalista); não possui: cirurgião, pediatra, ortopedista. Realizando apenas a demanda cirúrgica de baixa complexidade (suturas simples)	Alta	1	Parcial	13
Demanda pela institucionalização, em saúde mental, desses pacientes	Média	2	Fora	14
Dificuldade no tratamento dos pacientes agudizados e em zona rural	Baixa	0	Plena	15
Exames laboratoriais realizados em outra cidade	Baixa	0	Plena	16
Inexistência de desfibrilador e equipe treinada para utilizá-lo	Alta	2	Parcial	17

*Alta, média ou baixa

** Total de 30 pontos distribuídos entre os problemas, pela urgência de resolução

***Parcial ou Fora

Fonte: Autoria própria, baseado em Campos, Faria e Santos (2010). Base de dados locais.

Não há, pela parte da psiquiatria, muito esforço em diminuir o uso de psicotrópicos, mas em muitos casos uma renovação compulsória de receitas, que vai contra a postura adotada pela Equipe de Saúde da Família (ESF) de São Bento de Caldas, no distrito de Santa Rita de Caldas, MG (UAPS). Por considerarmos este problema de extrema prioridade é que desenvolvemos o plano de intervenção, visando criar mecanismos para combater esta prática. Assim, o problema priorizado para um plano de intervenção foi o “Uso abusivo de benzodiazepínicos na área atendida pela Equipe de Saúde da Família João Paulo II, em São Bento de Caldas, município de Santa Rita de Caldas, Minas Gerais”.

1.6. Descrição do problema selecionado

Atualmente na Equipe de Saúde da Família (ESF) de São Bento de Caldas, no distrito de Santa Rita de Caldas, MG, são tratados pacientes que, em sua maioria, que fazem uso de benzodiazepínicos (BZD) com patologias que vão desde ansiedade, depressão, nervosismo e insônia a pacientes com necessidade de emagrecimento. Foi constatado que os usuários que apresentam tais queixas são de mulheres. O médico generalista é o primeiro contato do paciente que narra tais sintomas, sendo então encaminhado ao psiquiatra que prescreve a medicação. Consideramos que a prescrição destes medicamentos deve ser mais bem avaliada e controlada pela classe médica, tanto quanto pelos gestores das unidades de saúde. Vários estudos indicam que o consumo prolongado desses medicamentos pode gerar dependência.

O problema selecionado, “uso abusivo de benzodiazepínicos”, tem vários descritores que o caracterizam na comunidade atendida. São valores que comparados a dados na literatura científica mostram desvios importantes (Quadro 5).

Quadro 6 – Descritores que caracterizam o problema “uso abusivo de benzodiazepínicos”, na comunidade de São Bento de Caldas, município de Santa Rita de Caldas, Minas Gerais

Descritores	Valor	Fontes
População da comunidade de São Bento de Caldas	2184	IBGE 2014
Pessoas cadastradas	2107	SIAB
Pessoas atendidas por ano*	2100	Registro da equipe
Usuários de benzodiazepínicos esperados	210	Estudo epidemiológico
Usuários de benzodiazepínicos confirmados	290	Registro da equipe
Usuários de benzodiazepínicos - sexo feminino	155	Registro da equipe
Usuários de benzodiazepínicos - sexo masculino	145	Registro da equipe
Usuários de benzodiazepínicos seguidos conforme protocolo	63	Registro da equipe
Usuários de benzodiazepínicos em uso esporádico	188	Registro da equipe
Usuários de benzodiazepínicos com 60 anos ou mais	217	Estudo epidemiológico
Usuários de benzodiazepínicos com menos de 60 anos	73	SIAB
Usuários de benzodiazepínicos empregados	198	Registro da equipe
Usuários de benzodiazepínicos desempregados	102	Registro da equipe
Usuários de benzodiazepínicos há mais de um ano	195	Registro da equipe
Usuários de benzodiazepínicos portadores doenças crônicas	170	Registro da equipe
Hospitalizações de psiquiatria em Santa Rita de Caldas*	71	SIAB
Hospitalizações de psiquiatria em Caldas	40	SIAB

*Período: 2010 até 2015

Fonte: Autoria própria, conforme dados SIAB e IBGE 2014.

2 JUSTIFICATIVA

Este plano de intervenção fez-se necessário devido ao elevado percentual de usuários de benzodiazepínicos registrados na Unidade de Saúde de São Bento de Caldas, município de Santa Rita de Caldas, Minas Gerais. Existem nesta unidade de saúde 300 usuários comprovados e inscritos, sendo que o sexo feminino representa 51,67%, enquanto o masculino 48,33% dos usuários. O receituário de medicamentos ocorre de forma pouco ortodóxica, ou seja, muitas vezes ocorre sem a reavaliação do paciente. É praticamente inexistente, por parte da psiquiatria, um trabalho efetivo em diminuir o uso de psicofármacos da classe dos benzodiazepínicos. O que geralmente é prática é a renovação da prescrição sem a devida avaliação do paciente.

Podemos ver que a maior recorrência no uso desta medicação acontece na população feminina. Nos registros dos prontuários da unidade de saúde pudemos constatar que a maior incidência ocorre na população feminina dentro de uma faixa etária dos 25 aos 60 anos. Já na população masculina, a maior incidência ocorre na faixa etária acima de 60 anos.

Geralmente os usuários de BZD não sabem sobre os reais efeitos colaterais em longo prazo que essas drogas acometem. A ignorância destes efeitos proporciona o uso abusivo.

No Quadro 7 podemos ver a relação homens e mulheres usuários de benzodiazepínicos com o total dos habitantes.

Quadro 7 – Percentual de usuários de benzodiazepínicos no distrito de São Bento de Caldas, município de Santa Rita de Caldas, Minas Gerais.

	Habitantes	Usuários	Percentual absoluto	Percentual relativo
Número total	2.184	300	13,74%	100%
Mulheres usuárias		155	7,10%	51,67%
Homens usuários		145	6,64%	48,33%

Fonte: Autoria própria. Base de dados locais.

A demanda por consultas para renovação de prescrições, além do tratamento de efeitos colaterais de tais medicações, toma a maior parte da rotina da equipe. Além

disso, a mortalidade nos dependentes de benzodiazepínicos é três vezes maior que na população geral e seus efeitos colaterais são inúmeros, graves e recorrentes, conforme demonstrado no Projeto Diretrizes (NASTASY; RIBEIRO; MARQUES, 2008).

Não existe um controle do consumo de BZD. Podemos dizer que é rotineiro nos deparar com um número expressivo usuários crônicos de BZD, pacientes com síndrome depressiva e ansiedade. Grande parte destes pacientes, que já são dependentes destes psicofármacos, poderia usufruir de substituições alternativas ao uso de BZD. Mas a monotonia da cidade não ajuda para o enfrentamento do problema. A falta de atividades de lazer, culturais e de entretenimento geram um desconforto diário, uma frustração e incapacidade de alterar a realidade.

A Unidade de Saúde não dispõe de recursos financeiros e de pessoal para o enfrentamento do problema. Fazem-se necessários planos de interação contínuos, para que a perseverança dos trabalhos proporcione resultados eficazes no futuro.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Propor um plano de intervenção que atue diretamente na comunidade de São Bento de Caldas, município de Santa Rita de Caldas, Minas Gerais, para reduzir o uso abusivo de benzodiazepínicos.

3.2 Objetivos específicos

- Propor ações para aumentar o nível de informação da população sobre medicamentos e práticas não medicamentosas para boa qualidade de saúde mental.
- Melhorar o processo de trabalho da equipe de saúde e da atenção às pessoas com problemas na área de saúde mental.
- Melhorar o nível de conhecimento da equipe de Saúde da Família sobre uso de medicamentos, riscos, efeitos colaterais e alternativas relacionadas a estilo de vida, de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde / Coordenação de Saúde Mental / Coordenação de Gestão da Atenção Básica.

4 METODOLOGIA

Para o Plano de Intervenção, foi utilizado o método de avaliação rápida, no qual, a equipe colheu informações contidas nos prontuários e busca ativa na área sobre o uso de tais medicações, sua dosagem, quem prescreveu, qual o motivo do início da prescrição, quanto tempo o paciente faz uso da medicação e há quanto tempo ele não tem acompanhamento sobre a patologia que desencadeou o uso. Para esse Plano foram observadas as determinações do Planejamento Estratégico Situacional, de acordo com recomendações de Campos, Faria e Santos (2010).

Para o registro das bases conceituais foi realizada pesquisa bibliográfica na ampla gama de publicações existentes e disponíveis hoje em dia. Os artigos obtidos e as informações obtidas em São Bento de Caldas formam esse embasamento.

Os dados foram coletados no portal da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), utilizando as bases de dados SciELO, LILACS e no portal da Biblioteca Virtual do NESCON. Além disso, os dados utilizados sobre o quantitativo de pessoas que usam os benzodiazepínicos foram obtidos por meio de pesquisa realizada nos prontuários dos pacientes adultos maiores de 18 anos, cadastrados na Equipe de Saúde da Família João Paulo II.

A busca dos artigos se deu através dos Descritores em Ciências da saúde (DeCS): Estratégia Saúde da Família, . Saúde mental, Antidepressivos, Inibidores da Monoaminoxidase. Receptores de GABA-A.

Após o levantamento das publicações, procedeu-se à leitura de todas as publicações encontradas, cujos conteúdos respondiam à questão norteadora proposta. Todas as informações foram retiradas e posteriormente foi elaborada a revisão da literatura que será apresentada a seguir.

Para a elaboração do texto foram seguidas as recomendações da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), de acordo com o módulo de Iniciação à metodologia: textos científicos (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2013).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Para um embasamento conceitual deste Trabalho de Conclusão de Curso serão apresentadas evidências científicas que podem apoiar a tomada de decisão para um Plano de Intervenção sobre o problema “uso abusivo de benzodiazepínicos”.

- Estratégia Saúde da Família e Saúde mental;
- Benzodiazepínicos: conceituação;
- Benzodiazepínicos: propriedades farmacológicas;
- Benzodiazepínicos: efeitos colaterais;
- Benzodiazepínicos: indicações terapêuticas;
- Benzodiazepínicos: indicações e características dos usuários;
- Benzodiazepínicos: prescrição de benzodiazepínicos e controle do uso?
- Uso abusivo de benzodiazepínicos: um desafio para a equipe de saúde da família;
- Antidepressivos;
- Transtornos relacionados ao uso de substâncias.

5.1 Estratégia Saúde da Família e Saúde Mental

De acordo com a Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica – Ministério da Saúde – “Saúde Mental e Atenção Básica o Vínculo e o Diálogo Necessários - Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica”, a realidade das equipes da Atenção Básica demonstra que, cotidianamente, elas se deparam com problemas de saúde mental. Existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas preventivas ou de vida mais saudáveis (BRASIL, 2003).

5.2 Benzodiazepínicos: conceituação

Em *New Jersey* – EUA, foram sintetizados pela primeira na década de 1950, quase de forma acidental, os primeiros fármacos depressores do sistema nervoso central (SNC) pelo doutor *Leo Sternbach*. Depois disso houve uma grande aceitação por parte da classe médica deste medicamento, os benzodiazepínicos (BZD) que tinha como característica a eficácia ansiolítica e hipnótica e também a ausência de efeitos adversos que representam risco de vida ou de toxicidade na superdosagem (FIRMINO, 2008). O Diazepam foi um dos medicamentos mais prescritos no mundo inteiro, isto se deu por volta dos anos 70.

Os benzodiazepínicos são caracterizados por propriedades ansiolíticas, hipnóticas, anticonvulsivantes e miorrelaxantes. Estão entre os medicamentos mais prescritos no mundo, muitas vezes sem indicação adequada, constituindo um grave problema de saúde pública. Quando bem indicados, são úteis por apresentarem rápido início de ação, poucos efeitos colaterais e boa margem de segurança (SANTOS, 2009, citado por CANCELLA, 2012, p. 18).

Observem-se as notas de Nappo e Carlini (1994) e do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (1995), da Universidade Federal de São Paulo.

No Brasil são comercializados atualmente 19 diferentes substâncias benzodiazepínicas. Pelo menos duas centenas de produtos comerciais a base destes benzodiazepínicos estão registrados no país; além disso, quase 2000 farmácias magistrais receberam autorização para lidar com estas substâncias. Isto tudo torna muito difícil o controle adequado destas substâncias no Brasil, conforme já denunciado anteriormente (NAPPO; CARLINI. 1994, p.66).

[...] um fenômeno relativamente novo no mercado mundial ilícito de drogas é o aumento crescente na venda ilícita de produtos farmacêuticos originalmente manufaturados para legítimo tratamento médico. Em anos recentes, benzodiazepínicos, um grupo de substâncias psicotrópicas, utilizadas principalmente para o tratamento de ansiedade e distúrbios do sono, alcançou posição de proeminência no cenário das drogas. “Os benzodiazepínicos mais frequentemente encontrados nos mercados ilícitos são o diazepam, flunitrazepam e temazepam (principalmente conhecidos pelos nomes comerciais de Valium, Rohypnol e Normison)”.(CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 1995, *online*)

A grande aceitação dos BZD pela população, e aqui podemos dizer mundial, se deu devido à grande divulgação da indústria farmacêutica, à própria evolução social que gera um ritmo acelerado e constante seja de trabalho, seja nas obrigações, ou até mesmo no desenvolvimento do próprio indivíduo proporcionando nas pessoas ansiedade e estresse, como também no estilo e qualidade de vida já nos meados do século XX. Com as características desse medicamento, além da ausência das reações adversas que colocassem a vida em risco, os BZD ajudavam na melhor adaptação individual às mudanças sociais (FIRMINO, 2008).

Conforme o Relatório Resultados 2009 que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (2010) publicou, nas últimas décadas a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem observado o crescente número de usuários de BZD. Principalmente em países ocidentais, com alguns países orientais já aparecendo na lista. Para explicar este fenômeno atribui-se ao aumento de diagnósticos de transtornos psiquiátricos na população, muitas das vezes generalizando um problema sem mesmo ser feito um diagnóstico conciso. Como resultado vemos também crescer a introdução de novos psicofármacos no mercado (BRASIL, 2010).

Com a descoberta dos benzodiazepínicos em 1954, no final da década de 50 já haviam sido descobertos cinco grupos de drogas capazes de promover efeitos clínicos em transtornos psiquiátricos (GORENSTEIN; SCAVONE, 1999).

- Antipsicóticos (clorpromazina, haloperidol),
- Antidepressivos tricíclicos (imipramina),
- Antidepressivos IMAO (iproniazida),
- Ansiolíticos (diazepam e alprazolam) e
- Antimaníacos (lítio).

Uma consequência quantificável e bastante impressionante foi a inversão da tendência de crescimento das curvas de frequência de admissão hospitalar e ocupação de leitos, reduzindo a internação e o tempo de permanência de pacientes psiquiátricos (GORENSTEIN; SCAVONE, 1999,p. 65).

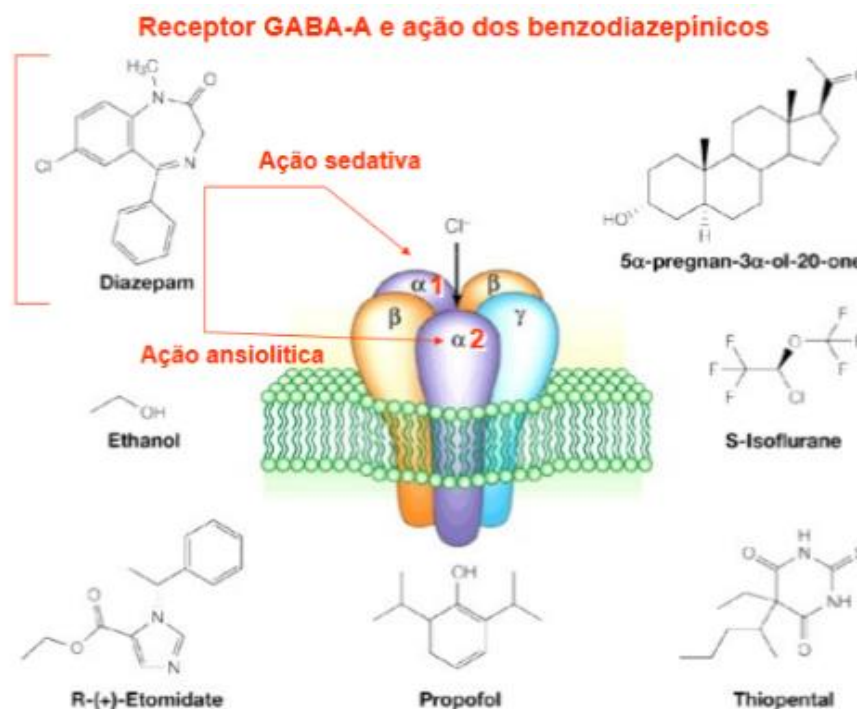
De acordo com o Ministério da Saúde, em Uso Racional de Medicamentos (BRASIL, 2012), a disponibilidade numérica de medicamentos com elevado número de compostos, que fazem parte de um mesmo grupo farmacológico, teve uma considerável expansão. No entanto, a sua eficácia não foi considerável, apesar de que muitos desses medicamentos levam o paciente a ter uma maior tolerabilidade e aderência ao tratamento. Desde seu descobrimento até aos dias de hoje, há uma procura por desvendar o mecanismo de ação dos psicofármacos, bem como a intenção de descobrir e introduzir novos agentes que ajam com uma maior seletividade e consequente menor latência de ação, toxicidade e efeitos colaterais. Também há o desejo de utilizá-los na criação de hipóteses biológicas sobre a fisiopatologia dos transtornos mentais.

5.3 Benzodiazepínicos: propriedades farmacológicas

Os benzodiazepínicos são a fusão de benzeno, que é um hidrocarboneto classificado como hidrocarboneto aromático, (fórmula: C_6H_6), com um anel diazepínico, cujo nome refere-se à porção da estrutura composta de um anel benzênico ligado a um anel diazepínico de sete membros. Atuam aumentando o efeito do neurotransmissor natural (congénito), o “ácido gama-aminobutírico” GABA, Gamma-AminoButyric Acid, principal neurotransmissor inibidor no sistema nervoso central dos mamíferos (ALVARENGA, 2012).

Os benzodiazepínicos potencializam efeitos já existentes no homem e em outros animais. Estas substâncias químicas funcionam como inibidoras; atenuam as reações químicas provocadoras da ansiedade. Os benzodiazepínicos atuam como fortalecedores do sistema GABA, como podemos ver na Figura 5 (ALVARENGA, 2012).

Figura 5 - GABA - Receptor e Ação dos Benzodiazepínicos



Fonte: Delia Belelli & Jeremy J. Lambert *apud* Nature Reviews Neuroscience (July 2005), *apud* ALVARENGA, 2012, online)

Segundo Santos *et al.* (2006, p.196):

Os benzodiazepínicos (BZD) são drogas hipnóticas e ansiolíticas bastante utilizadas na prática clínica, podendo ser usados em até 20% da população, dependendo da faixa etária. As drogas ansiolíticas diminuem a ansiedade, moderam a excitação e acalmam o paciente.

5.4 Benzodiazepínicos: efeitos colaterais

Segundo o Projeto Diretrizes - Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina (NASTASY; RIBEIRO, MARQUES, 2008)., independentemente de serem geralmente bem tolerados, os BDZ podem manifestar efeitos colaterais, nomeadamente no início do tratamento. Assim sendo, deve ocorrer uma orientação mais pautada aos pacientes para que não efetuem ocupações que possam expô-los a acidentes como: conduzir automóveis ou operar máquinas. É importante salientar as possíveis complicações: efeitos colaterais, risco de dependência e custos sociais

quando o tratamento para síndrome depressiva for com benzodiazepínicos. (NASTASY; RIBEIRO; MARQUES, 2008, p. 5).

Efeitos colaterais dos benzodiazepínicos

Sonolência excessiva diurna (“ressaca”);

Piora da coordenação motora fina;

Piora da memória (amnésia anterógrada);

Tontura, zumbidos;

Quedas e fraturas;

Reação paradoxal: Consiste de excitação, agressividade e desinibição, ocorrendo mais frequentemente em crianças, idosos e em deficientes mentais;

“Anestesia emocional” – indiferença afetiva a eventos da vida;

Idosos: maior risco de interação medicamentosa, piora dos desempenhos psicomotor e cognitivo (reversível), quedas e risco de acidentes no trânsito;

Risco de dependência 50% dos que usaram por mais de um ano chegaram a usar por 5 a 10 anos.

Os benzodiazepínicos têm potencial de abuso: 50% dos pacientes que usam benzodiazepínicos por mais de 12 meses evoluem com síndrome de abstinência (provavelmente ainda mais em clínicas especializadas). Os sintomas começam progressivamente dentro de 2 a 3 dias após a parada de benzodiazepínicos de meia-vida curta e de 5 a 10 dias após a parada de benzodiazepínicos de meia-vida longa, podendo também ocorrer após a diminuição da dose.

Não se deve esperar que o paciente preencha todos os critérios da síndrome de dependência para começar a retirada, uma vez que o quadro típico de dependência química – com marcada tolerância, escalonamento de doses e comportamento de busca pronunciado - não ocorre na maioria dos usuários de benzodiazepínicos, a não ser naqueles que usam altas dosagens. É importante salientar que mesmo doses terapêuticas podem levar à dependência.

5.5 Benzodiazepínicos: indicações terapêuticas

Foi constatado que algumas pessoas que usam este tipo de medicamento o fazem como parte do seu dia a dia, usam-no para suportarem o dia (calmante diurno), para viajar de avião, fazer provas, dentre as mais variadas atividades que podem acarretar certo grau de inquietude e para dormir toma-se outro (calmante noturno) para conseguir ter uma noite de sono tranquila. Já está sendo considerado problema da Saúde Pública: os benzodiazepínicos são as drogas mais usadas em todo o mundo, principalmente nos países mais desenvolvidos. Por serem capazes de estimular no cérebro os mecanismos que normalmente equilibram estados de

tensão e ansiedade, são utilizados desde para tratamentos de obesidade a tratamentos antidepressivos (ALVARENGA, 2012).

Nas pesquisas mais recentes indicam que no SNC, ocorre a existência de receptores específicos para os benzodiazepínicos, o que sugere a existência de substâncias endógenas, aquele que parte do interior para o exterior, muito parecidas com os benzodiazepínicos. Tais substâncias seriam uma espécie de “benzodiazepínicos naturais” – ansiolíticos naturais (ALVARENGA, 2012).

Atualmente, é muito fácil adquirir medicamentos sem receita pela internet. A forte repressão da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) à comercialização de medicamentos sem receita nas farmácias levou o brasileiro a se aproveitar da internet para furar este “bloqueio” criando um mercado paralelo de medicamentos controlados negociados sem prescrição médica. Possibilitando a compra de produtos que não podem ser vendidos no Brasil, como a melatonina, o hormônio do sono que está virando febre no país.

No Brasil, estima-se que 50 milhões de pessoas façam uso diário de benzodiazepínicos. A maior prevalência encontra-se entre as mulheres acima de 50 anos, com problemas médicos e psiquiátricos crônicos. Os benzodiazepínicos são responsáveis por cerca de 50% de toda a prescrição de psicotrópicos. Atualmente, um em cada 10 adultos recebem prescrições de benzodiazepínicos a cada ano, a maioria feita por clínicos gerais. Estima-se que cada clínico tenha em sua lista 50 pacientes dependentes de benzodiazepínicos, metade destes gostariam de parar o uso, no entanto 30% pensam que o uso é estimulado pelos médicos. [...] a mortalidade nos dependentes de benzodiazepínicos é três vezes maior que na população geral e seus efeitos colaterais são inúmeros, graves e recorrentes. (NASTASY; RIBEIRO; MARQUES, 2008, p.3).

5.6 Benzodiazepínicos: indicações e características dos usuários

Bordim (2012), *apud* Mendes (2013) considera que o elevado índice de consumo dos BZD é em grande parte devido à elevada frequência de diagnósticos de transtornos psiquiátricos, ao lançamento e à publicidade no mercado farmacológico de novos medicamentos, à automedicação.

O consumo crescente de medicamentos de uso controlado (psicofármacos) causa grande impacto na economia e na sociedade. O processo de medicalização assim como pressões na indústria farmacêutica faz com que o consumo seja cada vez maior e o uso racional do medicamento não se concretize. Os psicofármacos estão cada vez mais presentes na rotina dos profissionais que atuam na Unidade Básica de Saúde (NANDI, 2012, p. 237).

Sobre os efeitos colaterais é importante lembrar que a prescrição dos BZD tem de considerar três situações com relevância direta nos tratamentos: a necessidade, a continuidade do tratamento e a duração do tratamento que não deve ultrapassar os quatro meses de prescrição. O médico tem que analisar questões como o histórico clínico e psicológico do paciente, a vida cotidiana do paciente, a verdadeira necessidade do medicamento, a duração do tratamento e o mais importante, o esclarecimento ao paciente quanto aos efeitos colaterais. Deve ser realizada uma minuciosa avaliação dos hábitos do paciente, os BZD não devem ser prescritos aos alcoólatras, usuários de outras substâncias que atuam SNC e idosos, por um de seus efeitos colaterais ser a sedação prolongada (FIRMINO, 2008).

De acordo com a literatura, existem muitos pacientes com prescrição de BZD por indicação clínica: portadores de doenças músculo esqueléticas e neurológicas, que muito raramente desenvolvem abuso ou dependência. Há também pacientes aos quais foram prescritos BZD por necessidades psiquiátricas, como ansiedade crônica. Podemos considerar que estes pacientes não apresentam doenças físicas, são mais jovens e a duração do tratamento geralmente é de curto prazo. Os pacientes que apresentam alterações crônicas do sono geralmente são idosos e do sexo feminino. Estes relutam em se tratar quando desenvolvem a dependência. E finalmente, encontramos um grupo pequeno que abusa e usa de forma indiscriminada e ilícita de outras drogas, incluindo altas doses diárias de BZD (TELES, 2014).

Os benzodiazepínicos constituem uma das classes farmacológicas com maior índice terapêutico. Em relação aos seus efeitos adversos, embora sejam considerados seguros, existem restrições a sua utilização devido à incidência dos efeitos colaterais, relacionados em sua grande maioria à depressão do sistema nervoso central. O prejuízo de memória e o de desempenho psicomotor, a dependência fisiológica, comportamental e psicológica são os diversos efeitos adversos encontrados (BERNIK, 1999, *apud* MENDES, 2013).

Com a crescente popularização dos BZD entre a classe médica e, consequentemente, entre os pacientes que cada vez mais apresentam dependência a estes medicamentos extrapolando a necessidade fisiológica para a comportamental pelo tempo de uso do medicamento, que, em muitos casos, passam de anos (BERNIK, 1999, *apud* MENDES, 2013).

Para Huf, Lopes e Rozenfeld (2000, p.352), “o uso de BZD 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”.

Existem diversos estudos que demonstram que a prescrição dos BZD é mais evidente entre mulheres em idade média de 38 a 70 anos e, este uso aumenta em decorrência da idade. Dentre as queixas mais constantes para a prescrição dos BZD estão a insônia e a ansiedade; isso demonstra a falta de tempo ou iniciativa dos médicos em indicar tratamentos alternativos para essas queixas. Outro fator de relevância é o perfil das mulheres, muitas têm só o ensino primário ou nenhuma escolaridade, e são casadas ou vivem com seus parceiros (NORDON; HÜBNER (2009), *apud* MENDES, 2013).

Mendonça *et al.* (2008) verificaram que a prescrição e uso de BZD em mulheres com idade superior a 60 anos é alto, e o mais utilizado é o diazepam em primeiro lugar e a seguir o: alprazolam, clonazepam, bromazepam e lorazepam. Também foi verificado que as próprias pacientes passam a controlar sua própria ingestão do medicamento, determinando muitas vezes a rotina de seu uso. Essa metodologia criada pelo próprio usuário corrompe a prescrição médica e em muitos casos, acarreta em dependência. O medicamento BZD passa de tratamento para a dependência na vida das pacientes. É um dos efeitos colaterais do medicamento.

Mendes (2013) toma como referência Bonafim (2012) que pautou o perfil do paciente usuário de BZD e constatou que há um crescente consumo com maior reincidência em idosos, mulheres, pessoas de baixa escolaridade e de baixa renda. Em relação à medicação, constatou que é um problema de saúde pública, em que tanto os familiares quanto os usuários e os próprios profissionais de saúde estão envolvidos no uso indevido de benzodiazepínicos. Em decorrência da baixa e/ou inexistente informação, como também “a baixa percepção das consequências

deletérias do uso desses medicamentos, somadas ao despreparo dos profissionais de saúde, que são os fatores que mais favorecem este fenômeno”.

Os indivíduos que abusam de BZD geralmente o fazem para lidar com situações de estresse, na expectativa de que o medicamento irá ajudar a resolver os problemas cotidianos ou então simplesmente por seus efeitos agradáveis, tais como euforia, excitação e maior motivação para realizar atividades cotidianas (LARANJEIRA; CASTRO, 1999).

A iniciação do uso de BZD pode acontecer, muitas vezes, devido a algum episódio na vida do paciente, mas princípio pode perder importância frente ao uso prolongado do benzodiazepínico. O episódio que gerou o uso é esquecido/eliminado em contrapartida aos efeitos dos BZD. A falta do medicamento para o paciente passa a primeiro plano: problema. O paciente torna-se dependente: o corpo se acostuma com os efeitos dos medicamentos e já não corresponde mais as necessidades do paciente impedindo-o de travar o uso. Observa-se, assim, que o consumo de benzodiazepínicos interage com as questões sociais, pelas exigências de um corpo disciplinado e controlado (MENDONÇA *et al.*, 2008).

O uso de benzodiazepínicos pode se tornar uma ameaça para os pacientes quando se vêm dependentes, sem completo controle sobre seu uso. Ocorre a perda da autonomia, porque não é mais apenas um objeto para servir às pressões da vida cotidiana, aos efeitos imediatos de dormir, esquecer-se das questões que afligem a vida desses usuários. O consumo torna-se então orientado pela necessidade gerada pela própria ação dos benzodiazepínicos, sua dependência (RIBEIRO *et al.*, 2010, p.379).

5.7 Benzodiazepínicos: prescrição e controle do uso?

A brecha no sistema de prescrição dos Benzodiazepínicos, pode ser confirmada em pesquisas a nível nacional (NOTO, 2002). Importante dizer que geralmente os pacientes usuários de BZDs negam estratégias ilegais para obter esses medicamentos nas farmácias, com familiares e com amigos. A falta de evidência neste âmbito nos impossibilita esclarecer de forma concisa sobre qual(is) usuário(s) utiliza(m) de artimanhas para manter seu uso crônico de BZD. As evidências indicam que o usuário que mantém esta prática é um paciente pouco informado, e que

muitas vezes a falta de preparo médico possibilita este evento. Neste estudo, a classe médica corrobora como ator principal na manutenção do uso crônico de BZD. É indiscriminada a prescrição deste fármaco. Esta prática também vem sendo observada há alguns anos a nível mundial.

Eisara Estévez Escalona em seu trabalho intitulado “Uso Indiscriminado de Benzodiazepínicos” (2015), cita Yanmei (1996), que relata um estudo em residências chinesas com 3.000 famílias pesquisadas. Dentre estas foram encontradas 107 pessoas fazendo uso crônico de BZD. O estudo concluiu que 98 dos 107 usuários adquiriram o medicamento por prescrição médica. O que demonstra uma defasagem informativa na classe médica, uma desatualização sobre os efeitos adversos gerados pelos BZD. Podemos considerar que existe uma carência informativa a nível mundial dos efeitos colaterais dos BZD, na Áustria foram questionados pacientes internados e que faziam uso de BZD, a grande maioria dos pacientes questionados não souberam responder sobre quais eram os efeitos colaterais em longo prazo, uma pequena parte dos entrevistados disseram ter recebido algumas informações a respeito. Não foi especificado o número total de pacientes pesquisados (YANMEI,1996; LENHART, 2001 *apud* ESCALONA, 2015, p. 18).

É necessário racionalizar o uso excessivo destes medicamentos que vêm se transformando a cada dia em um problema de saúde pública. Sua indicação deve ser pautada pela administração de doses terapêuticas menores e também por um tempo menor por causa dos riscos de dependência e abuso (SWEETMAN, 2005, *apud* MENDES, 2013).

Por ser considerado um medicamento com elevado nível de segurança, o psicotrópico benzodiazepínico, possui inegável eficácia no tratamento a que se prescreve, porém, nosso maior receio é pela prescrição indiscriminada e pelo uso abusivo da medicação. Esta “segurança” gera um comodismo de ambas as partes: médico e paciente desconsiderando outras formas de intervenção, para o tratamento de insônia, e/ou ansiedade, conforme recomenda a literatura (LARANJEIRA, CASTRO, 1999).

Andrade, Andrade e Santos (2004) expõem que o valor encontrado para os benzodiazepínicos confirma a teoria de que os mesmos são responsáveis por cerca de 50,0% de toda prescrição de psicotrópicos.

5.8 Uso abusivo de benzodiazepínicos: um desafio para a equipe de saúde da família

Segundo Basquerote (2012, p. 217) dentre os psicofármacos destacam-se, pelo consumo, “os benzodiazepínicos (BDZ), sendo prescritos principalmente por médicos inseridos na Atenção Primária. Mesmo vendidos controladamente, dobra-se seu uso em cada cinco anos”.

A falta de informação devida dos médicos para a possibilidade de efeitos colaterais quando tomados inadequadamente pelo paciente, torna-se um dos principais “culpados” pela consequente dependência do usuário (BONAFIM, 2012, *apud* MENDES, 2013).

Os fatores que desencadeiam a manutenção da prescrição continuada por alguns médicos devem ser considerados, dentre eles, a tendência à medicalização excessiva do paciente e a onipotência, que compreende a tendência dos médicos em fazer de tudo para melhorar a qualidade de vida do usuário. Este por sua vez, pode manipular a situação, favorecendo o abuso de medicamentos controlados, o que confronta com a característica e dificuldade do médico em “dizer não” quando lhe é solicitada a prescrição de algum benzodiazepínico (BERNIK, 1999, *apud* MENDES, 2013).

Segundo Mendonça *et al.* (2008), a dependência dos BZD ocorre com mais frequência entre os idosos, pelo seu uso contínuo, sendo comum entre as mulheres e em pessoas com baixa escolaridade e baixa renda. Apesar de seu grau de importância, a dependência de BZD não é considerada de alta prioridade pela classe médica, pois não há muitos registros desses relatos nos prontuários. A desinformação pode gerar, por consequência, outros problemas. Muitas vezes a paciente vem a ESF em busca de uma solução de um problema familiar, econômico e/ou social e devido ao “sistema” pode levar a paciente a sair com outro, a dependência de um BZD.

De acordo com Mendonça *et al.* (2008), no Brasil, apesar da comercialização dos benzodiazepínicos ser controlada, os mesmos permanecem sendo vendidos ilegalmente, com utilização incorreta a partir de receitas adulteradas, falsificadas, rasuradas e vencidas. Além disso, seus efeitos colaterais (como a diminuição da atividade psicomotora), suas interações com outras drogas (como o álcool) e a possibilidade de desenvolver tolerância e dependência, nem sempre são esclarecidos pelos médicos, enfermeiros e farmacêuticos.

Às vezes, a falta de recursos de pessoal e a falta de capacitação acabam por prejudicar o desenvolvimento de uma ação integral pelas equipes. Além disso, atender às pessoas com problemas de saúde mental é de fato uma tarefa muito complexa (BRASIL, 2007, p. 8).

A equipe de saúde da família muitas vezes, encontra-se sem suporte técnico e teórico regular que possibilite o apoio ideal para estes casos. Há uma necessidade urgente de investimento em educação/formação constante dos profissionais, sem nunca deixar de incentivar, sendo indispensável o incentivo e estímulo às equipes da atenção básica no sentido de produzirem novos saberes em saúde mental (SARTOR, 2012, p. 203 *apud* FIGUEIREDO, 2013).

A mídia dá muito mais enfoque ao uso de drogas ilícitas, não privilegiando debates e/ou matérias a respeito de psicofármacos, esquecendo e desprezando que grande parte da população pode vir a sofrer dos efeitos colaterais devido ao uso abusivo, (ORLANDI; NOTO, 2005).

Fontana (2012) nos evidencia a falta de preparo dos profissionais no atendimento dos pacientes com transtorno mental. É realmente preocupante este fato que declina consideravelmente consoante a crescente demanda de cuidados exigidos na atenção básica à saúde, em consequência, acarretando acolhimento inadequado, comprometendo as necessidades dessa população.

É importante salientar que a inclusão da saúde mental na ESF é algo em construção, exigindo maior investimento dos gestores em recursos humanos e estruturais e na capacitação profissional criando condições que favoreçam a articulação da rede de serviços integrados (FONTANA, 2012, p. 272).

Criar uma metodologia de trabalho, segundo Bordim (2012), é o melhor caminho para que a equipe de saúde da família desempenhe bem o seu trabalho, gerando uma assistência assertiva. É necessário organizar seu processo de trabalho, capacitar todos os profissionais envolvidos na assistência bem como perceber, “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 da reação adversas dos medicamentos” (BORDIM, 2012, p. 195).

É necessário que se estimulem de forma ativa as políticas de expansão, formulação e avaliação da atenção básica, a inclusão de diretrizes que atendam a dimensão subjetiva dos usuários e os problemas de saúde mental. 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, 2007).

Para que as ações de saúde mental sejam incorporadas na atenção básica, é essencial que as equipes sejam capacitadas para a abordagem dos usuários que apresentam transtornos mentais ou sofrimento psíquico. Ribeiro *et al.* (2010), ao abordarem a qualificação dos profissionais da ESF em saúde mental, ressaltam que uma das dificuldades 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 ESF deve estar capacitado para prestar o atendimento básico de saúde ao portador de transtorno mental, reduzindo os danos aos envolvidos e evitando, assim, uma internação desnecessária e encaminhar o paciente ao serviço especializado (Centro de Atendimento Psicossocial - CAPS), quando se fizer necessário. “O enfermeiro também deve estar preparado para conduzir a comunidade e a família visando à inclusão do paciente com transtorno mental em diversas formas de organizações populares, construindo novos espaços de reabilitação psicossocial” (RIBEIRO *et al.*, 2010, p. 379).

Nesta perspectiva, os profissionais de saúde devem romper com os seus próprios preconceitos e mudar seu modo de ver o paciente para “desempenhar a sua função e exercer o comprometimento com o outro precisa adquirir um pouco de

desprendimento para conseguir realizar um trabalho em prol desses usuários e seus familiares” (RIBEIRO *et al.*, 2010. p. 381).

Palestras, passeios, inserção dos pacientes em grupos já existentes na comunidade são atividades que também vão preencher a ociosidade vivenciada pelos pacientes. (MARCOS, 2012).

As manifestações artísticas têm-se aproximado progressivamente de ambientes de atenção e cuidado à saúde e de espaços terapêuticos, com destaque para as diversas iniciativas pelo Brasil, tanto em laborterapia e as oficinas terapêuticas são exemplos desse enlace ativo no cuidado e na assistência as pessoas com distúrbios psicológicos. Nesta mistura as pessoas se reconstroem, reavaliam suas situações de vida e seus valores; procuram um novo equilíbrio e têm a chance de recriar suas vidas (MARCOS, 2012, p. 288).

5.9 Antidepressivos

Alvarenga (2012) cita um texto da OMS que consta que há séculos os tranquilizantes são utilizados, sendo que um dos primeiros a ser utilizado para este fim foi o álcool. Nos dias de hoje, vemos cada vez mais, diversos tipos de calmantes serem lançados no mercado. Uma estatística da Organização Mundial de Saúde, publicada no dia 13/maio/2011, apresentou um consumo anual de 500 milhões de diferentes psicotrópicos no Brasil, sendo 70% ansiolíticos: medicamentos (geralmente benzodiazepínicos) para diminuir a ansiedade, apreensão, tensão ou medo.

Os benzodiazepínicos, disponíveis desde 1960, são a terceira classe de drogas mais prescritas no Brasil, sendo utilizados aproximadamente por cinco por cento da população. Usualmente, são prescritos no tratamento de quadros agudos de ansiedade, insônia e crises convulsivas (TELES, 2014). Estima-se que os benzodiazepínicos BZD, são um dos medicamentos mais usados no mundo e o seu consumo dobra a cada cinco anos. A vigilância sanitária no Brasil controla sua dispensação através da Portaria SVS/MS 344, de 12 de maio de 1998, mas ainda são utilizados de forma incorreta e ilegal (MENDONÇA *et al.*, 2008).

No Brasil o consumo de BZD é altamente influenciado por diversos fatores: a facilidade médica em receitá-los e a automedicação, indicação e empréstimo

veiculado por parentes, amigos e colegas de trabalho (SOUZA, NOTO, 2002, *apud* MENDONÇA *et al.*, (2008). Soma-se a isso o efeito da “sociedade moderna” que tem em seu cotidiano a desmotivação e longas jornadas de trabalho, ambiente de trabalho estressante, remuneração injusta, tudo isso junto favorece o uso de BZD (SOUZA, NOTO, 2002, *apud* FIRMINO, 2008).

O uso prolongado dos BZD pode causar: efeitos colaterais leves como sonolência diurna, e mais graves como perda da memória e da função cognitiva e desequilíbrio. Estes medicamentos devem ser usados durante dois a quatro meses, não excedendo este período, após este período muitos pacientes se tornam dependentes dos seus efeitos e a dosagem se torna ineficiente, e em muitos casos, o médico teve de que dobrar a quantidade do medicamento (TELES, 2014).

5.10 Transtornos relacionados ao uso de substâncias

De acordo com o Projeto Diretrizes - Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, a mortalidade nos dependentes de benzodiazepínicos é três vezes maior que na população geral, porém não se observa aumento significativo da mortalidade em pacientes dependentes de benzodiazepínicos quando comparados com pacientes com similar grau de morbidade (NASTASY; RIBEIRO, MARQUES, 2008, online).

Pereira (2009) nos aponta um estudo empreendido com intuito de mensurar o risco de suicídio X a ingestão de antidepressivos. Este estudo apresentou que: numa população com propensão a suicídios, o perigo de episódios suicidas por pacientes em tratamento com as variantes de antidepressivos, é consideravelmente maior se relacionado a pacientes que não utilizam de antidepressivos no tratamento de transtornos de humor. Vale ressaltar que o uso de antidepressivos não está associado com os crescentes episódios de suicídio. O que os estudos apontam é que os antidepressivos ISRS podem colaborar para a redução substancial do risco de mortalidade nos suicídios (PEREIRA, 2009).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

O problema que mais nos preocupa é o alto índice de uso de benzodiazepínicos pela comunidade atendida pela equipe de Saúde da Família da localidade de São Bento de Caldas, município de Santa Rita de Caldas, Minas Gerais.

Dessa forma, a proposta deste trabalho é realizar uma intervenção na comunidade de São Bento de Caldas, no município de Santa Rita de Caldas, MG, para poder conscientizá-los visando alterar os hábitos de uso do BZD. Informando de forma clara sobre os efeitos colaterais dos BZD.

Este plano de intervenção não será uma abordagem única e sim uma proposta de sistematização, devendo ser aplicado com periodicidade para médicos, equipe de saúde e pacientes.

6.1 Explicação do problema

Após pesquisas nos prontuários dos pacientes da ESF João Paulo II desde o início de ano de 2015, verificamos na unidade que existem 135 pessoas que usam os benzodiazepínicos mais comuns: clordiazepóxido (Librium^R, Psicosedin^R); diazepam (Valium^R); clonazepam (Rivotril^R), bromazepam (Lexotam^R), lorazepam (Lorax^R), Cloxazolam^R, entre outros. A receita para esses pacientes tem duração de dois meses. Também constatamos que cada vez mais o uso dessa medicação vem aumentando, muitas vezes este número de pacientes pode aumentar consoante a conduta do médico clínico da unidade.

Mulheres acima de 20 anos apresentando queixas de ansiedade ou depressão, é o perfil da maioria dos usuários dos BZD, totalizando 21% da população cadastrada no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB, ANO). Geralmente apresentam problemas familiares e veem na medicação a resolução dos mesmos. Em contrapartida, apenas 7% são do sexo masculino.

Devido ao perfil da comunidade, esta apresenta pouca atividade de lazer e também quase nenhuma atividade de trabalho para mulheres donas de casa, inseridas na

comunidade, para ocuparem o tempo ocioso. Percebemos também que o medicamento mais prescrito é o clonazepam e em seguida o diazepam.

Ponto crucial para a resolução desta situação: conhecer melhor os distúrbios psíquicos somados ao perfil dos usuários inscritos e sua patologia. Para podermos atuar objetivamente no que consideramos o ponto chave do problema, precisamos atingir, diretamente, o alto índice de pacientes dependentes dos BZD para assim, desenvolvermos ações que diminuam essa dependência medicamentosa, proporcionando melhor qualidade de vida aos pacientes da comunidade.

As falhas no processo de dispensação dos Benzodiazepínicos se torna num problema capital na comunidade, na maioria das vezes o paciente adquire a medicação através de prescrição médica e/ou por renovação de receituário.

Muitos pacientes têm o costume de beber bebidas com teor alcoólico juntamente com o medicamento BZD, para atingir, mais rapidamente, a um dos efeitos que é o de alterar o estado de consciência, alteração de sensório, é uma reação muito parecida ao uso de drogas ilícitas.

Mesmo com consciência da importância da desinstitucionalização dos pacientes com transtornos mentais, no município há uma demanda pela institucionalização desses pacientes, mesmo os estáveis. (Ponto de vista relativamente apoiado pelo juiz).

Há falta de capacitação das famílias para o trato de problemas diários, que tentam sobrecarregar a equipe com demandas para encaminhamentos e atenção contínua.

Não há matriciamento, apenas auxílio externo oferecido pela psiquiatra municipal uma vez por semana, com cinco fichas reservadas para a micro área. Não há, pela parte da psiquiatria, muito esforço em diminuir o uso de psicotrópicos, mas em muitos casos uma renovação compulsória de receitas.

Na cidade, os pacientes são encaminhados ao pronto atendimento municipal, uma vez que não dispomos de Hospital Geral. Busca-se estabilizar o quadro, com contenção física e medicamentosa, quando necessária. Em concomitância busca-se seguimento na rede de atenção com hospitais gerais de Andradadas ou Poços de Caldas.

Há um problema em definir-se quem é o responsável pelas urgências psiquiátricas, busca-se inicialmente a atenção básica, como porta de entrada e norteador da demanda, onde é solicitada a ajuda do pronto atendimento.

Existe dificuldade no tratamento dos pacientes agudizados, pelo conflito entre SAMU X Pronto Atendimento X Polícia Civil. Aí se iniciam os problemas: o Pronto Atendimento Municipal alega que a responsabilidade pelo transporte e procedimentos iniciais de estabilização compete ao SAMU (uma vez que eles têm mais “equipamentos” e assim mais “condições de atender rapidamente o caso”; além de que a equipe do pronto atendimento apresenta um quadro mínimo de pessoal (Quadro 8) para atendimentos e seu deslocamento deixará a zona urbana desprotegida.

Solicitado então apoio ao SAMU, o mesmo diz que só pode atuar se acompanhado da polícia municipal. Já a polícia do município não se mostra disposta aos atendimentos na zona rural, uma vez que por ter pouco contingente (uma única viatura e dois policiais por turno), deixará a região urbana desprotegida no seu deslocamento.

Quadro 8 - Equipe do Pronto Atendimento de Santa Rita de Caldas, Minas Gerais, 2015

Médico	1
Enfermeiro	1
Técnico	1
Auxiliar (por plantão)	1

Fonte: Autoria própria

A justificativa para a escolha do problema “alto índice de uso de benzodiazepínicos pela comunidade atendida pela equipe de Saúde da Família” é o fato de que na comunidade estudada a taxa de uso de benzodiazepínicos é 20% maior que no resto do país, à demanda e sua renovação toma a maior parte da rotina da equipe, além disso a mortalidade nos dependentes de benzodiazepínicos é três vezes maior que na população geral e seus efeitos colaterais são inúmeros, graves e recorrentes. É um problema de âmbito Nacional e Mundial, e no município a drogadição (patente) atua sinergicamente com esse problema.

Foi realizado um plano de intervenção na comunidade, para a proposta de TCC, com o método de estimativa rápida, no qual, a equipe colheu dados, por informações contidas nos prontuários e busca ativa na área; sobre o uso de tais medicações, sua dosagem, quem prescreveu, qual o motivo do início da prescrição, quanto tempo o paciente faz uso da medicação e há quanto tempo ele não tem acompanhamento sobre a patologia que desencadeou o uso.

Estes dados foram comparados com estudos e dados do Ministério da Saúde sobre o tema e observou-se que:

- Sendo os benzodiazepínicos responsáveis por cerca de 50% de toda a prescrição de psicotrópicos. Na comunidade essa média sobe para 70% e das oito, duas micros áreas contam com incríveis 80% de média.
- Atualmente, um em cada 10 pacientes recebem prescrições de benzodiazepínicos, no município esse número sobe para um e meio (1,5). Levando-se em conta a grande base da pirâmide etária.
- Cerca de 70% dos prontuários está incorretamente sendo preenchido quanto à dispensa dessa medicação.

No Quadro 9 a seguir, é apresentada uma pré-análise desses dados.

Quadro 9 - Avaliação de Dados

Avaliação Dados		Quant.
1	Internações psiquiátricas por ano.	3
2	Tentativas de suicídio atendidas por ano (registrar proporção que evoluiu para óbito).	1
3	Número de pessoas acompanhadas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas por mês.	15
4	Número de pessoas acompanhadas com transtornos psicóticos por mês.	14
5	Número de pessoas acompanhadas em uso de benzodiazepínicos por mês.	78
6	Número de encaminhamentos para os serviços de saúde mental por mês.	23
7	Presença de matriciamento regular da saúde mental (pelo menos uma supervisão a cada dois meses por profissional de saúde mental, nas unidades básicas de saúde).	4

Fonte: Autoria própria. Base de dados locais.

Em anexo, o plano de intervenção multidisciplinar, para a comunidade. O plano utiliza um mínimo de recursos e ambiciona, com esses recursos, buscar a máxima

resolutividade possível; esses insumos são disponíveis na própria equipe, com o intuito de torná-lo factível.

6.2 Definição dos nós críticos

Para a superação do problema “alto índice de uso de benzodiazepínicos pela comunidade atendida pela equipe de Saúde da Família de São Bento de Caldas, município de Santa Rita de Caldas, Minas Gerais”, três causas principais, ou nós críticos, devem ser resolvidos. Para tal, um planejamento estratégico deve ser proposto e realizado.

Definiram-se como nós críticos, os seguintes:

1. Baixo nível de informação da população sobre medicamentos e práticas não medicamentosas para boa qualidade de saúde mental.
2. O processo de trabalho da equipe de saúde e da atenção às pessoas com problemas na área de saúde mental não é efetivo.
3. Pequeno nível de conhecimento da equipe de Saúde da Família sobre uso de medicamentos, riscos, efeitos colaterais e alternativas relacionadas a estilo de vida.

6.3 Planejamento das ações: desenho das operações

Relacionados ao problema “Uso abusivo de benzodiazepínicos na Estratégia de Saúde da Família, em São Bento de Caldas, município de Santa Rita de Caldas, Minas Gerais”, para cada um dos nós críticos, pode ser planejada uma ação e um projeto, descritos nos quadros 10, 11 e 12, a seguir.

Quadro 10 - Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “uso abusivo de benzodiazepínicos na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família de Saúde, no distrito de São Bento de Caldas, município Santa Rita de Caldas, estado de Minas Gerais”.

Nó Crítico 1	Nível de Informação. Aumentar o nível de informação da população sobre medicamentos e práticas não medicamentosas para boa qualidade de saúde mental
Projeto	Saber ++
Operação	Desenvolver atividades com o apoio da comunidade. Conscientizar equipe e comunidade dos riscos e efeitos colaterais dos benzodiazepínicos, bem como sua indicação precisa e tempo médio de uso.
Resultados esperados	Diminuição em 5%
Produtos esperados	Organizar agenda; mobilizar a população; palestras.
Recursos necessários	Estrutural: Salão paroquial com capacidade de receber a comunidade e equipe de saúde. Equipamento de TV, som e computador para a apresentação de vídeos formativos Cognitivo: Material impresso informativo. Vídeos. Político: Adesão da Comunidade da localidade São Bento de Caldas, Santa. Rita de Caldas, MG.
Recursos críticos	Estrutural: A inexistência de um local adequado para a realização de encontros com a comunidade. Cognitivo: Equipamento de TV, som e computador. Financeiro: Investimento para se adquirir o material necessário. Político: Sensibilização coerente do problema
Controle dos recursos críticos: ator que controla/ Viabilidade	Estrutural: Gerente da Unidade Cognitivo: Gerente da Unidade Financeiro: Gerente da Unidade Político: Gerente da Unidade Viabilidade: Total
Responsáveis pelo projeto:	Enfermeira
Prazo de início para o projeto	Início imediato
Gestão, acompanhamento e avaliação	Enfermeira e Médico Avaliação a cada 3 dias do início do projeto Início imediato e término em 1 semana Situação atual em dia

Fonte: Autoria própria

Quadro 11 - Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Uso abusivo de benzodiazepínicos na Estratégia de Saúde da Família, em São Bento de Caldas, município de Santa Rita de Caldas, Minas Gerais”

Nó crítico 2	Má relação médico-paciente. Melhorar o processo de trabalho da equipe de saúde e da atenção às pessoas com problemas na área de saúde mental.
Projeto	Cuidar ++
Operação	Desenvolver ações para o reconhecimento de falhas nos esclarecimentos ao paciente; remarcação de consultas. Através do responsável, disponibilizar o salão paroquial para a realização de 2 palestras sobre o tema. Divulgação por meio das ACS.
Resultados esperados	Diminuição em 20% o quê?
Produtos esperados	Atenção individualizada do médico Remarcação fracionada de usuários de benzodiazepínicos entre as vagas ofertadas diariamente.
Recursos necessários	Estrutural: Salão paroquial Cognitivo: Remarcação de consultas Financeiro: Criação de panfletos notificando a população Político: Equipe de saúde
Recursos críticos	Estrutural: Salas ampla, com cadeiras, iluminação adequada Cognitivo: Folheto informativo Político: Equipe de Saúde e o Médico
Controle dos recursos críticos: ator que controla/ Viabilidade	Estrutural: Padre e Gestor da Unidade Cognitivo: Equipe de Saúde Financeiro: Enfermeira Político: Enfermeira Viabilidade: Total
Ação estratégica	Não será necessária
Responsáveis pelo projeto:	Médico
Prazo de início para o projeto	Início 1 semana
Gestão, acompanhamento e avaliação	Enfermeira Médico Avaliação Mensal Situação atual em dia

Fonte: Autoria própria

Quadro 12 - Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “uso abusivo de benzodiazepínicos na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família de Saúde, no distrito de São Bento de Caldas, município Santa Rita de Caldas, estado de Minas Gerais”.

Nó crítico 3	Renovação compulsória. Melhorar o nível de conhecimento da equipe de Saúde da Família sobre uso de medicamentos, riscos, efeitos colaterais e alternativas relacionadas a estilo de vida.
Projeto	Educar ++
Operação	Orientar agentes sobre início e termino de medicação, quantidade de comprimidos; apresentar alternativas ao uso de benzodiazepínicos para alguns casos selecionados, etc.
Resultados esperados	Diminuição da automedicação; Capacitar as ACS para torna-las parceiras na diminuição da automedicação.
Produtos esperados	Palestra para os (as) Agentes; organizar agenda; mobilização da população; conseguir espaço na agenda (remarcação) ou aproveitar reunião de equipe para explanação
Recursos necessários	Estrutural: Organizar agenda Cognitivo: Mobilizar agentes. Financeiro: Político:
Recursos críticos	Estrutural: Cognitivo: Formar e informar os agentes de saúde para a severidade da responsabilidade na distribuição de BZD
Controle dos recursos críticos: ator que controla/ Viabilidade	Estrutural: Médico e Enfermeira Cognitivo: Enfermeira Financeiro: Enfermeira Político: Enfermeira
Ação estratégica	Remarcação fracionada de usuários de Benzodiazepínicos entre as vagas ofertadas diariamente.
Responsáveis pelo projeto:	Própria equipe de saúde
Prazo de início para o projeto	Início imediato
Gestão, acompanhamento e avaliação	Enfermeira Médico Avaliação a cada 3 dias do início do Projeto Início imediato e término em 1 Semana Situação atual em dia

Fonte: Autoria própria

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A conclusão sobre as metas atingidas pelos objetivos deste plano de intervenção só poderá ser evidenciada no final de dezembro 2016, após a formação/informação da equipe de saúde, profissionais de saúde e responsável pela ESF de São Bento de Caldas, no município de Santa Rita de Caldas, MG.

Após uma pesquisa nos prontuários e levantamento dos principais fatores que levam o paciente a dependência química dos psicofármacos, BZD, pode-se perceber que se deve a isto à falta de informação tanto por parte da equipe de saúde, quanto pelos pacientes.

Atualmente a comunidade de São Bento de Caldas, atualmente está com 20% a mais que a média nacional para o uso de benzodiazepínicos. Esta constatação se deve a uma coleta de base dados nos prontuários dos pacientes inscritos na ESF.

Problemas relacionados à atenção em saúde mental, observados na comunidade sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família de Saúde no distrito de São Bento de Caldas, município Santa Rita de Caldas, estado de Minas Gerais (2015).

O problema prioritário relaciona-se a várias causas, que podem ser relacionadas:

- Relativos aos médicos:

- Falta de preparo para o diagnóstico correto.

- Falta de aperfeiçoamento constante em saúde.

- Falta de acesso fácil ao serviço de psiquiatria.

- Falta de informação dos médicos sobre os efeitos colaterais de cada medicação.

- Falta de conhecimento de opções terapêuticas, falta de conhecimento sobre indicação correta de cada medicação, falta de esclarecimento quanto à posologia e duração do tratamento.

- Falta de anotação, por médicos e agentes, no prontuário, quanto ao início do tratamento, diagnóstico, posologia e tempo de tratamento.

Falta de informação à equipe, sobre os perigos de tais medicações.

- Relativos à Equipe:

Facilitação de acesso, pelos agentes comunitários de saúde (ACS), à solicitação de nova prescrição (tive uma dificuldade imensa em explicar o motivo da não renovação de algumas medicações, e houve forte insistência para tal, pelas ACS).

Falta de controle, pelas ACS, do controle das medicações: quantidade na dispensação, duração das medicações etc.

Desconhecimento, pelos ACS, de efeitos colaterais (chegam a sugerir psicoativos para as visitas).

- Relativos aos pacientes:

Preço das consultas psiquiátricas não é tolerado por parte da população devido à sua situação financeira.

Não acompanhamento devido à dificuldade de marcação (o psiquiatra que atendo o município trabalha apenas uma vez por semana).

Distância até o centro de referência mais próximo.

Evitam a consulta e solicitam renovação compulsória pelo medo de ficar sem a medicação e dos “benefícios” por ela apresentados.

Características de ócio na comunidade onde não há opções culturais, personalidade dependente, integração e sensação de participação de grupo ao usar a medicação, ócio e pensamento concreto de grande parte da população.

Pacientes realizam automedicação através da “troca” entre familiares e vizinhos da medicação.

Agentes sugerem medicações.

Grande número de diagnósticos de ansiedade, depressão e transtornos.

- Relativos ao Poder Público:

Profissional que atende o município; trabalha apenas uma vez por semana. Acidentou-se e teve licença de 3 meses.

- Relativos à Farmácia Popular:

Quantidade de comprimidos por embalagem propicia estoque.

Falta de controle pelo farmacêutico da renovação da medicação; fato agravado devido aos pacientes não necessitarem de buscar a medicação individualmente, mas a enfermeira do município trazê-los da farmácia popular que se localiza na cidade.

- Outras questões identificadas

O médico que atende a comunidade, trabalha apenas 1 (uma) vez por semana; suas consultas são de no máximo 5 minutos.

Ele trabalha sobre livre demanda, não realiza visitas domiciliares devido a um problema de locomoção do mesmo (obesidade), e à grande distância da zona rural.

Este mesmo profissional não anota as condutas no prontuário (parece mentira, mas não é indicado nem a medicação que o paciente faz uso, nem os exames solicitados ou seus resultados). Anota apenas com letra completamente ilegível e de forma esporádica uma medicação em uso, ou uma hipótese diagnóstica.

É a primeira vez que a comunidade tem um médico por mais de 4 meses de forma contínua.

- Quanto à médica psiquiatra que presta serviço ao município:

Reserva apenas cinco fichas para a área, por mês.

Teve de se ausentar por 3 meses, devido à acidente automobilístico.

Segundo a mesma, “não atender ateus”, e temos orientação de não encaminhar ninguém com o intuito de desmame de psicotrópicos com mais de 60 anos, “nesses pacientes, a consulta é rápida, eu renovo e mando embora”.

Ela fornece capacitação aos médicos do município, uma vez por mês. Depois de ir à todas as reuniões, posso dizer que em todas as capacitações temos palestras sobre alcoolismo (causa de todos os males do ser

humano), capacidade de impregnação em antipsicóticos, poder da oração, ideologia política e benefícios da melatonina.

Devido à grande demanda e ao tempo gasto para renovação de psicotrópicos a psiquiatra sugeriu que os médicos fizessem uma petição (não sei o termo) para que a renovação de psicotrópicos seja de 6 meses; ou seja, que a farmácia básica entregue medicação com a mesma receita por 6 meses; segundo ela, ela aplicou o esquema em outra cidade e teve muito sucesso.

Os produtos esperados com a aplicação do plano de intervenção são palestras tanto para a equipe de saúde quanto para a comunidade; a diminuição em 20% do índice de usuários dos BZD; formação continuada aos agentes de saúde. É esperado que com estas ações possam resultar em um grande impacto social a custo baixo. A posição destes profissionais de saúde é considerada crucial para o bom resultado da ação, como estão numa situação de prescritores, cabe a esta classe alertar sobre os riscos dos efeitos colaterais. Também cabe a eles o monitoramento destes pacientes sob uso de BZD.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, G. Benzodiazepínicos (Rivotril, Diazepan, Lexotam, Frontal e outros) 2012. **Psiquiatria e neurociência**. Disponível em:

<http://www.galenoalvarenga.com.br/medicamentos/benzodiazepinicos-rivotril-diazepan-lexotam-frontal-e-outros>. Acesso em 10 out. 2015.

ANDRADE, M. F., ANDRADE, R. C. G.; SANTOS, V. Prescrição de psicotrópicos: avaliação das informações contidas em receitas e notificações. **Rev. Brasil. Cienc. Farm.** v. 40, n. 4, p.6, out./dez., 2004. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rbcf/v40n4/v40n4a04.pdf>. Acesso em 14 mar. 2016.

ATLAS do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2010. Disponível em:

http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/santa%20rita%20de%20caldas_mg#renda. Acesso em: 20 jul. 2015.

AUSTIN, M. P. (1998), MITCHELL, P. B. (1998). *Apud* MENDES, K. C. C. **O Uso Prolongado de benzodiazepínicos** – Uma Revisão de Literatura. 2013, p. 13.

Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4077.pdf>. Acesso em: 1 out. de 2015.

BASQUEROTE, M. **Benzodiazepínicos**: causas para o uso e suas consequências na vida da população. Especialização em Saúde da Família-Modalidade a Distância. Resumos dos Trabalhos de Conclusão de Curso. Florianópolis: Universidade de Santa Catarina. 2012. Disponível em:

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4077.pdf>. Acesso em: 10 out. 2015.

BELELLI, D. LAMBERT, J. J. *apud* Nature Reviews Neuroscience (July 2005) GABAA receptors. Disponível em:

http://www.nature.com/nrn/journal/v6/n7/box/nrn1703_BX1.html. Acesso em 10 set. 2015.

BERNIK, M. A., (1999). *Apud* MENDES, K. C. C. **O Uso Prolongado de benzodiazepínicos** – Uma Revisão de Literatura. 2013, p. 13. Disponível em:

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4077.pdf>. Acesso em: 1 out. de 2015.

BONAFIM, G. K. *Apud* MENDES, K. C. C. **O Uso Prolongado de**

benzodiazepínicos – Uma Revisão de Literatura. 2013, p. 14. Disponível em:

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4077.pdf>. Acesso em: 1 out. de 2015.

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 a Distância. Resumos dos Trabalhos de Conclusão de Curso. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. 2012

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. ANVISA. Sistema Nacional para Gerenciamento de Produtos Controlados – Relatório: **Resultados 2009**. Brasília, 2010. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/sngpc/relatorio_2009.pdf. Acesso em: 20 dez. 2015.

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. **Descritores em Ciências da Saúde**. Brasília, [online]], 2015. Disponível em: <http://decs.bvs.br>. Acesso em: 24 dez. 2015.

BRASIL. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID). **Boletim CEBRID** - Nº 21, junho 1995. Disponível em: <http://www2.unifesp.br/dpsicobio/boletim/ed21/>. Acesso em: 3 set. 2015.

BRASIL. IBGE Cidades - Minas Gerais. Santa Rita de Caldas. [online], 2015. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=315920&search=santa-rita-de-caldas>. Acesso em 16 dez. 2015.

BRASIL. Manual de Condutas Médicas – Programa de Saúde da Família/Instituto para Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Brasília, 2002. p. 461

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde mental e atenção básica - o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília, 2007, p. 3. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. NESCON: **Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica**. Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica, nº 01/03 2003 p. 8. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1734.pdf>. Acesso em: 15 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (PT/SAS 511/2015). Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp. Acesso em: 10 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Uso Racional de Medicamentos** (2012). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/uso_racional_medicamentos_temas_selecionados.pdf. Acesso em: 16 fev. 2016.

BRASIL. Saúde, Secretaria Municipal de. SIAB – Sistema de informação de atenção básica. Consolidado das famílias cadastradas ano 2012. Acesso 10 Out. 2015.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA H.P; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. NESCON/UFMG. Curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acesso em: 30 ago. 2015.

CANCELLA, D. C. B. **Análise do uso de psicofármacos na Atenção Básica Primária**: uma revisão literatura. UFMG –Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte, 2012 p. 18. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3400.pdf>. Acesso em 18 out. 2015.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS (CEBRID). Universidade Federal de São Paulo, 1995, *online*. Acesso em 16 out. 2015.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M; SOUZA, S. L. **Iniciação à metodologia**: textos científicos. Belo Horizonte: NESCON UFMG, 2013. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modulo/3>>. Acesso em: 30 ago. 2015.

ESCALONA, E. E. **O Uso Indiscriminado de Benzodiazepínicos**. Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família. UFMG. Belo Horizonte, 2015. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4077.pdf>. Acesso em: 1 out. de 2015. (2015) p. 18.

FIGUEIREDO, P. A. *apud* SARTOR, G. M. Depressão: um desafio na atenção básica. Especialização em Saúde da Família-Modalidade a Distância. Resumos dos Trabalhos de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Santa Catarina. 2013. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Desafios_atendimento_saude_mental.pdf. Acesso em: 20 fev. 2016

FIRMINO, K. F. *et al.* **Benzodiazepínicos**: Um estudo da indicação/prescrição no município de Coronel Fabriciano –MG –2006. Belo Horizonte, 2008 p. 24. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Farmácia–Universidade Federal de Minas Gerais. Disponível em: http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/FARD-7P5HYM/disserta_aofinal5.pdf?sequence=1. Acesso em: 9 de nov. 2015

FONTANA, K. C. **O enfermeiro no cuidado em saúde mental**. Especialização em Saúde da Família. Especialização em Saúde da Família-Modalidade a Distância. Resumos dos Trabalhos de Conclusão de Curso. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. 2012, p. 272. Disponível em: http://saudepublica.paginas.ufsc.br/files/2012/10/TCC_resumos.pdf. Acesso em 18 out. 2015.

GORENSTEIN C., SCAVONE C. Avanços em psicofarmacologia - mecanismos de ação de psicofármacos hoje. **Rev. Bras. Psiquiatr.** v.21, n.1, p. 64-73, 1999 - ISSN 1809-452X. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000100012 Acesso em 18 out. 2015.

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, abr-jun, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v16n2/2085.pdf>. Acesso em: 8 dez. 2015.

LARANJEIRA, R.; CASTRO, L. A. Potencial de abuso de benzodiazepínicos. In: BERNIK M.A. editor. **Benzodiazepínicos, quatro décadas de experiência**. São Paulo (SP): Edusp; 1999, p. 187-98. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?>. Acesso em: 15 fev. 2016.

MARCOS, M. L. **A arte é o remédio**: arte e saúde mental no contexto da Saúde Mental. Especialização em Saúde da Família-Modalidade a Distância. Resumos dos Trabalhos de Conclusão de Curso. Florianópolis: Universidade de Santa Catarina. 2012.

MENDES, K. C. C. **O Uso Prolongado de benzodiazepínicos** – Uma Revisão de Literatura. 2013, p. 13. Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. UFMG. Belo Horizonte, 2013. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4077.pdf>. Acesso em: 1 out. de 2015.

MENDONÇA *et al.* Medicalização de mulheres Idosas e Interação com Consumo de Calmantes. **Saúde Soc.** São Paulo, v.17, n.2, p.95-106, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n2/10.pdf>. Acesso em: 1 out. de 2015.

MINAS GERAIS. Secretaria do Estado de Saúde. **Atenção à Saúde Mental** – linha guia, 2006. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pesquisa/simples/MINAS%20GERAIS.%20Secretaria%20de%20Estado%20da%20Sa%C3%BAde/1010>. Acesso em: 10 jun. 2015.

NANDI, A. C. **Utilização de psicofármacos na Atenção Básica de Saúde.** Especialização em Saúde da Família-Modalidade a Distância Resumos dos Trabalhos de Conclusão de Curso. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. 2012.

NAPPO, S.A.; CARLINI, E.A.: Anoréxicos: situação atual no Brasil. **Arq. Bras. Endocrinol. Metabol.** v.38, n. 2, p. 69-75, 1994.

NASTASY, H.; RIBEIRO, M.; MARQUES A. C. P. R. Projeto Diretrizes - Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. **Abuso e Dependência de Benzodiazepínicos** (2008), p. 3-5. Disponível em: http://www.projetoDiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/004.pdf. Acesso em 28 dez. 2015.

NORDON, D. G.; AKAMINE, K.; NOVO, N.F.; HÜBNER, C. V. K. Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária. **Rev Psiquiatr RS.** v. 31, n.3, p. 152-158, 2009

NOTO, A. R. *et al.* Análise da prescrição e dispensação de medicamentos psicotrópicos em dois municípios do Estado de São Paulo. **Rev. Bras. Psiqu.** v. 24, n. 2, p. 68-73, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462002000200006&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 10 mar. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório Mundial da Saúde: **Saúde mental: nova concepção, nova esperança** 2002. Disponível em: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf. Acesso em: 25 set. 2015.

ORLANDI, P.; NOTO, A.R. Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave no município de São Paulo. **Rev Latino-Am Enfermagem** v.13 (número especial), p. 896-902, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13nspe/v13nspea18.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2016.

PEREIRA, C. S. **Morte por intoxicação medicamentosa.** Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Medicina Para obtenção do Grau de Mestre em Medicina Legal e Ciências Forenses. 2009 Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/14235/1/Morte%20por%20intoxica%C3%A7%C3%A3o%20medicamentosa.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2016.

PROTOCOLO DE MANCHESTER. A Enfermagem, 2012, online. Disponível em: <http://aenfermagem.com.br/materia/protocolo-de-manchester/>. Acesso em: 1 jul. 2016.

RIBEIRO, L. M; MEDEIROS, S. M; SAMI, J. A; FERNANDES, S. M. B. A. Saúde mental e enfermagem na estratégia saúde da família: como estão atuando os enfermeiros? **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n.2, p. 376-82, 2010. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp. Acesso em: 28 set. 2015.

TELES, A. S. Uso Indiscriminado de Benzodiazepínicos – Proposta de Intervenção. Governador Valadares, 2014, Trabalho de Conclusão de Curso –Especialização em Estratégia Saúde da Família –Universidade Federal de Minas Gerais, 2014
<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4341.pdf>. Disponível em:
<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4341.pdf>. Acesso em 2 nov. 2015.

MENDES, K. C. C. O uso prolongado de Benzodiazepínicos – Uma revisão de literatura, *apud* Xavier (2010) Disponível em:
<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4077.pdf>