

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

IDANIS VÁZQUEZ ROJAS

**AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA REDUÇÃO DO USO DE
PSICOFÁRMACOS EM RESIDENTES ATENDIDOS PELA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA VIII EM BELO ORIENTE - MG**

IPATINGA- MINAS GERAIS

2015

IDANIS VÁZQUEZ ROJAS

**AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA REDUÇÃO DO USO DE
PSICOFÁRMACOS EM RESIDENTES ATENDIDOS PELA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA VIII EM BELO ORIENTE - MG**

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

Orientadora: Profa. Dra. Regina Maura Rezende.

IPATINGA- MINAS GERAIS

2015

IDANIS VÁZQUEZ ROJAS

**AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA REDUÇÃO DO USO DE
PSICOFÁRMACOS EM RESIDENTES ATENDIDOS PELA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA VIII EM BELO ORIENTE - MG**

Banca examinadora

Examinador 1: Prof. Dra. Regina Maura Rezende – Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM

Examinador 2: Judete Silva Nunes

Aprovado em Uberaba, em 14 de dezembro de 2015.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, fonte de inspiração e sabedoria, que esteve sempre comigo no cumprimento de mais de uma fase da minha vida.

A minha família, que soube entender a minha ausência em alguns momentos preciosos.

À professora orientadora Dra. Regina Maura Rezende pela sabedoria, paciência, confiança, dedicação a mim dispensada, e pela precisa orientação e estímulo constante e a competência que conduziu este Trabalho de Conclusão de Curso.

Agradeço principalmente a minha amiga Josiane Castro por me ajudar a conduzir este trabalho.

RESUMO

A utilização em excesso de psicofármacos é um problema que ocorre em todo mundo. Trata-se de um tema relevante para a Estratégia de Saúde da Família, pois este problema é uma realidade sociedade e constitui motivo de preocupação para o setor da saúde. Nesse sentido, este trabalho objetivou a elaboração de um projeto de intervenção para a implantação de estratégias que reduzam o uso de psicofármacos na Unidade de Saúde da Família VIII em Belo Oriente-MG. Para elaboração deste trabalho, buscou-se fundamentação na base de dados da *Scielo*, *Lilacs*, Biblioteca Virtual de Saúde e outros, utilizando os descritores: Psicofármacos, atenção primária a saúde e dependência química. A análise do material permitiu retratar que o número de pessoas usuárias desses medicamentos é considerável, devido à falta de projetos voltados para este público, no sentido de desestimular o uso contínuo de psicofármacos; falta de integração entre os profissionais de saúde mental, a família e a sociedade, falta de capacitação dos profissionais de saúde da família para lidar com estes pacientes. O planejamento de ações que visem a qualidade de vida dos usuários, disponibilização de outras formas de tratamento e conscientização acerca dos tratamentos e diagnósticos psiquiátricos podem contribuir para o uso racional e consciente desses medicamentos. Os profissionais de saúde envolvidos neste processo devem atuar de forma preventiva, limitando o uso de psicofármacos a suas verdadeiras indicações. Outra estratégia essencial é o trabalho com grupos e famílias.

Palavras – chave: Psicofármacos, Atenção Primária a Saúde, dependência química.

ABSTRACT

Use in excess of psychotropic drugs is a problem that occurs worldwide. This is an important issue for the Family Health Strategy, because this problem is a reality society and a matter of concern for the health sector. Therefore, this study aimed to the preparation of an intervention project for the implementation of strategies to reduce the use of psychotropic drugs in the VIII Family Health Unit in Belo Oriented, Minas Geris. For preparation of this work, it sought grounding in the database Scielo, Lilacs, Virtual Health Library and others using the following keywords: Pharmacotherapy, primary health care and substance abuse. Analysis of the material allowed to portray the number of people who use these drugs is considerable, due to lack of projects for this audience, to discourage the continued use of psychotropic drugs; lack of integration enter the mental health professionals, family and society, lack of training of family health professionals to deal with these patients. The planning of actions aimed at quality of life of users, availability of other forms of treatment and awareness about treatment and psychiatric diagnoses can contribute to the rational and conscious use of these drugs. Health professionals involved in this process must act preventively, limiting the use of psychotropic drugs to his statements true. Another key strategy is to work with groups and families.

Key - words: Pharmacotherapy, Primary Health Care, addiction.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- CAPS: Centro de Atenção Psicossocial.
- CENIBRA: Celulose Nipo Brasileira.
- CONSAUDE: Consorcio Intermunicipal de Saúde.
- ESF: Equipes de Saúde da Família.
- FMS: Fundo Municipal de Saúde.
- IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estadística.
- IDH: Índice de Desenvolvimento Humano.
- IDH-M: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal.
- LILACS: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde.
- NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família.
- OMS: Organização Mundial da Saúde.
- OPAS: Organização Pan Americana de saúde
- PIB: Produto Interno Bruto.
- PNUD: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento.
- PSF: Programa de Saúde da Família.
- SCIELO: Scientific Electronic Library Online.
- SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica.
- SUS: Sistema Único de Saúde.
- UBS: Unidade Básica de Saúde.
- USF: Unidades de Saúde da Família.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 JUSTIFICATIVA.....	16
3 OBJETIVOS	18
4 METODOLOGIA.....	19
5 REVISÃO DA LITERATURA.....	22
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	28
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERENCIAS.....	34

1. INTRODUÇÃO

O processo de institucionalização da assistência psiquiátrica no Brasil começou no início da segunda metade do século XIX, com a construção de manicômios para a internação de pessoas consideradas “loucas”. Por sua vez, os manicômios constituíam formas de preservar a ordem social e evitar que os efeitos da desordem se disseminassem para a sociedade. No Brasil, a questão da saúde mental dentro de uma perspectiva de ressocialização torna-se predominante na década de 1980. (OLIVEIRA, 2002).

Nesta articulação com o mundo, e historicamente através de suas inter-relações, o louco é delineado de uma maneira radicalmente nova, era marcado com um signo divino que garantia sua livre passagem no meio da sociedade. Trata-se, agora, de um indivíduo constituído de uma essência igual a de outros que com ele convivem, num mesmo lugar e tempo, submetido às mesmas instituições sociais, participando de uma mesma tradição histórica. (RODRIGUES; SCÓZ, 2003).

A Reforma Psiquiátrica propõe uma prática assistencial com novas bases estruturais, substituindo os modelos tradicionais de assistência que buscavam a cura por meio da exclusão do indivíduo portador de sofrimento psíquico. Desta forma, emerge a necessidade de outros espaços que resgatem esses indivíduos e os insira em serviços de reabilitação psicossocial. Esta, teoricamente, traz mudanças no estilo manicomial para novas formas de lidar e compreender a loucura e novos serviços como hospitais gerais, hospitais-dia, residências terapêuticas, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dentre outros (PITTA, 2003).

Entretanto, a assistência psiquiátrica continua sendo centrada no modelo hospitalocêntrico e medicalocêntrico, tendo como princípio básico o isolamento do doente mental, evidenciando a necessidade de se repensar a questão da loucura e sua complexidade, como evento biológico, social, cultural, histórico, político e também a relação do sofrimento humano no campo ético, das relações humanas e da cidadania (AMARANTE, 2007).

Nesse contexto, o município de Belo Oriente-MG se insere na proposta da atenção aos portadores de doença mental, convergindo seus atendimentos na atenção básica através da livre demanda. Este conta com um profissional psiquiatra, uma vez por mês, para encaminhamento de alguns casos. Notam-

se ações fragmentadas, isoladas e de cunho medicamentoso. Percebe-se a necessidade de uma assistência em rede que possua relações complexas e resistentes. O essencial é que não se perca a dimensão da importância que constitui suas interações entre os diferentes setores biopsicossociais. Entre eles, enfoca-se o eixo da saúde, em específico a atenção básica em saúde, efetuada pelas Unidades Básicas de Saúde- UBS, pelo Programa de Saúde da Família - PSF do município de Belo Oriente-MG. Compreender o sofrimento psíquico, acolhendo o usuário e promovendo seu melhor encaminhamento norteia uma relação estratégica importante na articulação dessa rede, tanto no cumprimento das funções de assistência direta, quanto na regularização da rede de serviços de saúde.

Faz-se necessário trabalhar em conjunto com as equipes do PSF, da UBS na promoção de vida comunitária e de autonomia dos usuários, articulando demais recursos, quando necessários, em outros setores, como jurídicos, econômicos, laborais, empresariais, entre outros.

1.1 Caracterização do Município

O município de Belo Oriente está localizado na mesorregião VIII do Rio Doce, microrregião 25 – Ipatinga, no afunilamento entre os rios: Doce e Santo Antônio, com 335,31 km², (IBGE, 2013). Seus municípios limítrofes são Açucena, a norte; Mesquita a oeste; Santana do Paraíso e Ipaba, a sul; Bugre a sudeste; Iapu a leste; e Naque a nordeste (BRASIL, 2012).

Sua origem foi a partir de um povoamento primitivo habitado pelos Índios Aimorés ou Botocudos, com o nome de Arraial Piedade do Galo. Atraídas pela oferta de terras boas para o cultivo, muitas famílias chegam a região se fixando nas imediações da atual Praça da Jaqueira. Nesta época os habitantes se dedicavam a agricultura, a cultura de café, algodão, milho e feijão. Como as matas eram abundantes iniciou-se um processo de desbravamento para extração, beneficiamento e comercialização de madeira. No final dos anos de 1930 o Arraial é elevado à categoria de distrito de Belo Oriente-MG, pertencente ao município de Mesquita. (BRASIL, 2012)

Finalmente em 1962, o Distrito de Belo Oriente é emancipado de Mesquita e elevado à categoria de Município com mesmo nome. O relevo do município é predominantemente montanhoso, a vegetação predominante é a mata

Atlântica, o território é banhado por pequenos rios e córregos. O clima é caracterizado como tropical sub-quente semiúmido tendo temperatura média anual de 21.4 graus centígrados com invernos secos e amenos e verões chuvosos com temperaturas elevadas. (BRASIL, 2012)

No dia 13 de setembro de 1973, instala-se no Município a CENIBRA Celulose Nipo Brasileira. Localizada às margens do Rio Doce, a unidade industrial entrou em operação em 1977. Em 1988, aumentou sua capacidade de produção de 255 mil toneladas/ano para 350 mil toneladas/ano. Em 1995 foi concluído um Projeto de Expansão, com investimentos de US\$742 milhões, que duplicou a capacidade de 350 mil para 700 mil toneladas anuais. Hoje o complexo industrial conta com duas linhas de produção e uma fábrica de produtos químicos, ocupando uma área construída de 475.593m². A área florestal da Cenibra, responsável pelo suprimento da matéria-prima, administra aproximadamente 200.000ha de terras, onde estão implantados 107.800ha de floresta de eucalipto e cerca de 68.000ha de vegetação nativa em preservação permanente. Com tudo isso, a empresa atua em 43 municípios do leste mineiro, contribuindo decisivamente para o desenvolvimento socioeconômico da região e do estado (BRASIL, 2001).

A Economia do município, atualmente, baseia-se praticamente na indústria de celulose, carvão vegetal, agricultura, pecuária e extração de madeira (eucalipto) matéria prima usada pela CENIBRA (Celulose Nipo Brasileira S/A) e na fabricação de papel (BRASIL, 2012).

Segundo o Censo Demográfico em 2010, a população do município foi contada pelo IBGE (2010) em 23.397 habitantes, ocupa uma área de 334,909 km², sendo que 3,2178 km² constituem a zona urbana e os 332,794 km² restantes constituem a zona rural e taxa de crescimento anual de 29,8%, no período 2014 (IBGE, 2010).

Atualmente, o município pode contar ao mesmo tempo em que oferece vários serviços de saúde, a saber: UBS, PSF, Laboratórios de Análises Clínicas, Consultórios Odontológicos, Consultórios Ortodônticos, Serviço de fisioterapia e consultório médico privado. A maior parte da população desfruta dos serviços de saúde oferecidos pelo governo municipal, pois trata-se de uma grande parte de indivíduos de baixa renda.

As Unidades de Saúde de Belo Oriente são cobertas pela Estratégia de Saúde de Família (ESF), dessa forma o trabalho em rede se realiza de forma Interdisciplinar e Intersetorial, e a atenção básica prioriza as equipes de saúde da família como instrumento principal para reorganização da atenção básica.

O município possui oitos ESF distribuídos da seguinte forma: 01 equipe da saúde da família em São Sebastião de Braúnas, 01 equipe de saúde de família em Bom Jesus de Bagre, 01 equipe de saúde de família em Esperança (zona rural), 02 equipe de saúde de família em Belo Oriente (sede), 03 equipe de saúde de família em Perpetuo Socorro (BRASIL, 2010).

A assistência ambulatorial especializada é oferecida da seguinte forma: os tratamentos fora de domicílio ocorrem em Ipatinga, Governador Valadares, Belo Horizonte e Teófilo Otoni, os demais serviços são oferecidos pelo município através de convênios com o Consórcio Intermunicipal de Saúde (CONSAUDE), os exames complementares de patologia clínica são oferecidos através de serviços próprios do município e serviços credenciais pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

O serviço de referência e contra referência, é feito de maneira regular, através dos especialistas contratados pelo município, atuam em Unidade a qual foi montada uma casa de especialidades, e os conveniados com a secretaria municipal de saúde.

O financiamento do SUS é tripartite por conceito, e assim deveria ser na prática, no entanto, em Belo Oriente a participação esperada nos três níveis de governo não se dá como esperado. Os recursos municipais aplicados em saúde deverão seguir a mesma organização e, preferencialmente, estarem disponíveis financeiramente no FMS (Fundo Municipal de Saúde), e não somente no orçamento da Secretaria Municipal de Saúde. Em relação aos recursos financeiros, o orçamento destinado a saúde constitui de 15,63 % que corresponde a 2.785.680,28 de um total de 14.071.086,35 (BRASIL, 2013).

Destaca-se ainda, que o município de Belo Oriente possui um Conselho Municipal de Saúde, constituído por um presidente e 16 membros, 4 representantes da sociedade civil, 4 do governo e prestadores de serviços e 8 trabalhadores da saúde. As reuniões ordinárias acontecem uma vez por mês, regularmente.

A ESF é composta por uma enfermeira, uma médica clínica geral (do Programa Mais Médicos do Brasil), uma técnica enfermagem, seis agentes comunitárias de saúde; uma recepcionista e um auxiliar administrativo. Em 2010, o município foi contemplado com o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) aprimorando a rede para desenvolver com mais qualidade as ações de prevenção e promoção da saúde. Vale destacar que o NASF foi criado, em 2008, pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria 154/2008. O NASF conta com o Apoio Matricial da Saúde Mental que deve oferecer,

[...] o suporte técnico especializado, em que conhecimentos e ações, historicamente reconhecidos como inerentes à área 'psi', são ofertados aos demais profissionais da saúde mental e à equipe interdisciplinar de saúde na composição de um espaço de troca de saberes, invenções e experimentações que auxiliam a equipe a ampliar sua clínica e a sua escuta, a acolher o choro, a dor psíquica, enfim, a lidar com a subjetividade dos usuários (FIGUEIREDO, apud RAMOS 2010. p.226).

Destaca-se que no Município não há hospital, e existem duas clínicas privadas, e ainda, conta com cinco laboratórios onde são realizados os exames por meio de convênios com a prefeitura.

A Equipe de Saúde da Família (ESF) VIII está situada no Distrito Perpétuo Socorro, atendendo uma população de 2.632 habitantes, sendo 2.307 residentes em área urbana e 325 rurais (BRASIL, 2015).

Segundo dados da Secretaria de Saúde as principais causas de internação foram doenças do aparelho circulatório, complicações do diabetes (pé diabético, câncer, etc.). As principais causas de óbito no município segundo dados do IBGE, no ano 2012, foram doenças do aparelho circulatório com destaque para Infarto Agudo do Miocárdio, Acidente Vascular Cerebral e Hipertensão Arterial Sistêmica e as doenças respiratórias. A taxa de mortalidade infantil foi de 5.3/1000 nascidos vivos (DATASUS, 2011). Destaca-se que a cobertura vacinal da população de menores de 5 anos de idade foi de 87%(PNI, 2014).

Todas as famílias do território são cadastradas, sendo que mais da metade destas famílias possuem plano de saúde 60,4%, e uma pequena parcela é beneficiária do Programa Bolsa Família 20,2% (BRASIL, 2015).

Em nossa área de abrangência, temos 349 pessoas na faixa etária de 7 a 14 anos, sendo que 280 (80, 2 %) frequentam a escola. Já entre os maiores

de 15 anos temos 2.029 alfabetizados 1.593, o que equivalente a 78.5 % (SI-AB, 2014).

A comunidade possui 1 clínica privada, dois consultórios odontológicos privados, dois laboratórios do Sistema Único de Saúde (SUS), 2 escolas, 01 creche, 05 igrejas entre católicos e protestantes.

O território possui energia elétrica pela Companhia Elétrica de Minas Gerais (CEMIG), água com tratamento e abastecimento administrado pelo próprio município, serviço de telefonia, agencia de correio, agências bancárias, duas farmácias populares.

A estrutura de saneamento básico na comunidade de nossa área de abrangência é satisfatória, porém ainda existem famílias que utilizam poço ou nascente como fonte de abastecimento de água, 1,9%. Percebe-se que 750 famílias possuem tratamento de água com 93,1% consumindo água filtrada, 54 (6,7%) não realizam tratamento de água para o consumo, e apenas uma consome água fervida.

Na área da educação, o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) médio entre as escolas públicas de Belo Oriente era, no ano de 2011, foi de 5,1 (numa escala de avaliação que vai de nota 1 a 10). (BRASIL, 2013).

Com 12 meses de atuação na Unidade de Saúde PSF VIII Distrito Perpétuo Socorro no município de Belo Oriente nota-se alguns pontos deficientes que podem ser melhorados, tanto estruturalmente, como em relação à abordagem dos agravos a saúde mais prevalentes na população. Dentre os problemas identificados no diagnóstico situacional, após discussão da equipe Saúde da Família, destacou-se o aumento de uso de psicofármacos como (benzodiazepínicos, antidepressivos, neurolépticos), a baixa percepção de risco em doenças crônicas não transmissíveis (Hipertensão, Diabetes, Hipercolesterolemia etc.), o aumento de parasitismo intestinal, e a presença de poluição do ar devido à existência de gases poluentes atmosféricos da CENIBRA (indústria de celulose) que causam problemas respiratórios.

Ao realizar a priorização dos problemas, a equipe de saúde levou em consideração a importância, urgência e capacidade de enfrentamento. Desse modo, o problema priorizado para a realização do projeto de intervenção foi aumento de uso de psicofármaco (benzodiazepinas, antidepressivos, neurolép-

ticos etc.), uma vez que possui maior relevância nos momentos atuais, já que 886 pacientes entre 40 e 60 anos consomem algum tipo de psicofármaco.

Nas unidades básicas de saúde as demandas de saúde mental são as situações cotidianas, geradoras de angústia e sofrimento psíquico causado por violência doméstica, dificuldade financeira, dificuldades de relacionamento conjugal ou familiar, alcoolismo e uso de drogas que encontram pouco espaço para atendimento hospitalar. Estas são causas comuns de atendimento pela equipe de saúde da família, tanto por meio de queixas diretas relacionadas a problemas psiquiátricos, quanto às queixas psicossomáticas (BARCALA, 2012 *apud* RODRIGUES, 2013, p. 8).

2 JUSTIFICATIVA

O uso de psicofármacos era indicado quando havia a necessidade de controlar sintomas mais difíceis de lidar, com a finalidade de preparar o paciente para o tratamento psicoterápico. Enfatizava-se a relação médico-paciente e a psicoterapia. Desta maneira, era possível o enfrentamento dos conflitos, assim como a busca de suas causas, possibilitando ao indivíduo uma reorganização interna, bem como no âmbito de suas relações. No entanto, os psicofármacos foram ganhando destaque de tal forma que acabou ocupando um lugar central, fazendo com que o indivíduo fosse capaz de curar-se 'sozinho' sem a intervenção de outro (SILVA, DULLIUS, CASTOLDI, 2011).

No entanto, o uso de medicamentos, principalmente psicofármacos de uso controlado, é observado no dia a dia dos usuários. O medicamento torna-se um instrumento eficiente para a sensação de alívio e sentimento de cura. O significado da utilização dos medicamentos fica remetido ao equilíbrio no processo saúde doença mental (TESSER, 2006; AMARANTE, 2007).

Entretanto o enfrentamento desse problema não é uma tarefa fácil a ser trabalhada diante das mudanças da prática em saúde mental e envolve o fortalecimento da rede de atenção, considerando o ser humano na sua integralidade e na inclusão social.

E notório que o cuidador de um portador de sofrimento mental geralmente tem trazido implicações como lamentações, tristeza, cansaço, medo e o sofrimento por parte da família e dos profissionais. A fim de amenizar todos esses sentimentos, faz-se necessário que os atores sociais envolvidos no processo assumam uma nova postura em todos os níveis de atenção, que vai além da assistência farmacológica. Daí a necessidade de desempenharem práticas de reabilitação psicossocial capazes de compreender o sujeito em sua totalidade, "o olhar holístico", que necessita de uma assistência que lhes possibilite desenvolver suas potencialidades, na busca de caminhos para a reabilitação, bem como ajudá-los na recuperação das habilidades sociais perdidas, diminuir o isolamento, incentivá-los no cuidar das atividades da vida diária (higiene, banho, alimentação, lazer) e, por consequência, promover a volta ao trabalho.

O modo como a família interpreta a doença de seu membro, influencia nas práticas de cuidado por ela adotadas, e o sucesso na reabilitação depende

das relações estabelecidas entre aquele que cuida e o que é cuidado. Nesse processo, está incluída a valorização das habilidades de cada indivíduo, as práticas terapêuticas que visam ao exercício da cidadania, a postura dos profissionais, dos usuários, de familiares e da sociedade perante o transtorno mental.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um projeto de intervenção para a implantação de estratégias para a redução do uso de psicofármacos em residentes no território da estratégia saúde da família VIII em Belo Oriente, Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

1. Promover oficinas de educação em saúde para orientação da população usuária;
2. Realizar trabalhos educativos junto a família e comunidade;
3. Desenvolver grupos de discussão junto a equipe interdisciplinar na busca do cuidado holístico.
4. Realizar levantamento bibliográfico relacionado ao tema.

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo que visa um plano de ação para intervenção no município visando reduzir o uso indiscriminado de psicofármacos. Por meio observacional, descritivo, onde os dados utilizados foram do Planejamento Estratégico Situacional e SIAB, para determinar o problema prioritário, os nós críticos e as ações referentes ao uso de psicofármacos dos usuários da área adstrita à Estratégia Saúde da família 8, no últimos 12 meses.

A amostra foi composta por 886 pacientes de 40 a 60 anos que retiraram receitas de medicamentos sujeitos a controle especial, conforme a Portaria 344/98, renovadas pelos médicos da USF no período de junho de 2014 a junho de 2015. Os dados foram coletados retrospectivamente, do livro de registro dos usuários que retiraram receitas de medicamentos controlados e dos respectivos prontuários.

Segundo estimativas, aproximadamente 75% da população brasileira utiliza os serviços do SUS (IBGE, 2009), portanto pode-se considerar que uma grande maioria dependem exclusivamente do Serviço Público de Saúde. As informações utilizadas neste trabalho foram coletadas junto ao banco de dados informatizado da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Oriente que armazena informações referentes aos pacientes, tais como dados sociodemográficos, bem como consultas realizadas na atenção primária e secundária do sistema público de saúde, além dos medicamentos retirados junto às farmácias do SUS. Os medicamentos benzodiazepínicos e antidepressivos disponibilizados pela SMS-RP no período do estudo foram: clonazepam, diazepam, nitrazepam, imipramina, haloperidol.

O presente projeto inicia-se com a pesquisa através da busca digital nas bases de dados Scielo (*Scientific Electronic Library Online*) Lilacs (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Biblioteca Virtual de Saúde, Organização Mundial da Saúde - OMS, Organização Pan Americana de Saúde - OPAS, e dados do Sistema de Informação a Saúde da 8ª Equipe de Saúde da Família de Belo Oriente. A busca foi guiada utilizando-se os seguintes descritores: psicofármacos, educação em saúde, atenção primária e saúde mental. O período de busca consistiu em publicações entre 2000 e 2014 exceto legislações e outras publicações básicas anteriores. Por fim, as informações

contidas nos artigos e os dados do diagnóstico situacional subsidiaram e serviram de base para o desenvolvimento do plano de ação.

O trabalho foi constituído por seleção e análise de publicações relativas ao tema. Os dados utilizados na realização do diagnóstico situacional serão utilizados na construção do plano de ação do Projeto de Intervenção, tendo como referência os dez passos propostos no Módulo Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família por Campos; Faria; Santos (2010) e que nortearam todo o processo, sendo eles:

- Primeiro passo: definição dos problemas (o que causou os problemas e suas consequências);
- Segundo passo: priorização dos problemas (avaliar a importância do problema, sua urgência, capacidade de enfrentamento da equipe, quantificar os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios);
- Terceiro passo: descrição do problema selecionado (caracterização quanto a dimensão do problema e sua quantificação);
- Quarto passo: explicação do problema (causas do problema e qual a relação entre elas);
- Quinto passo: seleção dos “nós críticos” (causas mais importantes a serem enfrentadas);
- Sexto passo: desenho das operações (descrever as operações, identificar os produtos e resultados, recursos necessários para a concretização das operações);
- Sétimo passo: identificação dos nós críticos (identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação);
- Oitavo passo: análise de viabilidade do plano (construção de meios de transformação das motivações dos atores através de estratégias que busquem mobilizar, convencer, cooptar ou mesmo pressionar estes, a fim de mudar sua posição);
- Nono passo: elaboração do plano operativo (designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para a execução das operações);

- Décimo passo: desenhar o modelo de gestão do plano de ação; discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

Realização de grupos com famílias visando em uma melhor atenção do paciente com alguma doença mental. Fazer reuniões e capacitação das Equipes de Saúde da família com vista a um melhor entendimento e tratamento de os pacientes.

5 REVISÃO DA LITERATURA

5.1- Abordagens Psicofarmacológicas seus aspectos Históricos

O psicofármaco é uma substância química que exerce uma certa influência nos processos da mente. Estes agentes incidem sobre o sistema nervoso central e podem modificar desde a consciência até à conduta, passando pela percepção. São utilizadas para tratar pacientes com distúrbios mentais. A maioria age alterando o processo de neurotransmissão. (PABLO DE ASSIS, 2012).

As primeiras descobertas e o surgimento de recursos farmacológicos na psiquiatria datam de 1950. Na primeira metade do século XX, houve a ampliação e construção de instituições psiquiátricas, na medida em que o médico e o Estado se incumbiam de atender os doentes mentais. Os doentes eram institucionalizados para não ficarem ao relento e permaneciam ali até a sua morte. Até 1950-1960, o investimento era na construção de hospícios, foi quando se estabeleceu o chamado “Corredor da Loucura” (BH, Barbacena, Juiz de Fora), sem menor possibilidade de intervenção na evolução da doença mental, com impossibilidade de alta. (HALES, YUDOFKY: 2007, P;08).

A partir de 1949 surgiu a primeira substância química que produzia algum tipo de melhoria no tratamento dos transtornos mentais a Clorpromazina, que deixava o paciente tranquilo, com sensação de bem estar e distanciamento da realidade (HALES, YUDOFKY: 2007, P.08).

Na década de 1970 houve o surgimento dos Benzodiazepínicos considerados, na época, um grande avanço de tudo o que havia sido descoberto. É uma droga sintomática que não trata a doença de base, porém, infelizmente, um grande número de pessoas faz uso desta droga no Brasil. Entre as mais usadas temos: Diazepam, Bromazepam, Clonazepam, etc. (HALES, YUDOFKY: 2007, P.08).

A partir da década de 1980 os antidepressivos surgiram como uma nova família, com menores efeitos colaterais, usados para transtornos psiquiátricos menores, como depressão leve, ansiedade, distímia, sendo que os pacientes melhoravam completamente. Esses antidepressivos eram seletivos para determinada monoamina cerebral, a serotonina. Os pacientes melhoram em 4 a 6 semanas, com uma dose única diária, sem os efeitos colaterais observados

nos tricíclicos. O primeiro a ser lançado foi a Fluoxetina, depois Paroxetina, citalopram, Sertralina etc. Isso significou uma revolução no tratamento psiquiátrico, principalmente transtornos de ansiedade. (HALES, YUDOFISKY: 2007, P. 08).

5.2- Psicofármacos Principais em Atenção Primária a saúde

Nota-se hoje, entre os especialistas, maior rigor na indicação de psicofármaco, com tendência a limitações do receituário. Por outro lado, diversos fatores têm induzido os profissionais da área clínica a avançarem no uso desses medicamentos. Há situações em que a necessidade de prescrição se impõe, é conveniente que os profissionais, que atuam em atenção primária a saúde tenham um conhecimento mínimo desses fármacos, para tanto abordaremos de forma sucinta as classes de psicofármacos mais usados, na atenção primária a saúde (HALES, YUDOFISKY: 2007, P. 09).

5.2.1- Benzodiazepínicos

Os benzodiazepínicos produzem cinco efeitos principais no organismo: sedativos, hipnóticos, ansiolíticos, relaxantes musculares e anticonvulsivantes. Os efeitos descritos são diferentes conforme o benzodiazepínico, entretanto, as respostas citadas estão presentes em todos os eles (MENDONÇA; CARVALHO, 2005).

O Midazolam (Dormonid), Flurazepam (Dalmadorm) e Flunitrazepam (Rohypnol) são benzodiazepínicos com propriedades eminentemente sedativo-hipnóticas; Eles são usados, também no preparo de pequenas cirurgias e exames laboratoriais. Por outro lado, o Alprazolam (Frontal) tem uma ação mais ansiolítica e menos sedativa.

Os diferentes benzodiazepínicos existentes, Clordiazepóxido (Librium, Psicossedín); Diazepam (Valium, etc.); Clonazepam (Rivotril, etc.); Bromazepam (Lexotam, etc.); Alprazolam (Frontal e etc.); Lorazepam (Lorax, etc.); Cloxazolan, (Olcadil) e outros, são classificados como sendo de curto, médio e longo prazo quanto ao tempo que permanecem fazendo efeito (agindo)

no organismo. Apoiados na duração do tempo de ação pode-se deduzir que os benzodiazepínicos de tempo médio são os mais indicados para tratar a insônia. Já os benzodiazepínicos de duração maior são recomendados para o tratamento da Ansiedade Generalizada (VICENS, *et al.*; 2011).

Quando bem indicados, mostram-se úteis por apresentarem rápido início de ação, poucos efeitos colaterais e boa margem de segurança, apresentando, contudo, muitas desvantagens. O uso contínuo provoca o fenômeno de tolerância com necessidades de doses cada vez maiores para manutenção de efeitos terapêuticos.

A dependência química é um fenômeno potencialmente grave e relativamente comum nas unidades básica de saúde. Muitas vezes, usuários dependentes têm grandes dificuldades até mesmo em considerar a necessidade de uma retirada gradual, alegando principalmente exacerbação de insônia e ansiedade.

Efeitos adversos tardios produzidos pelos benzodiazepínicos incluem uma deterioração geral da saúde mental e física que tendem a aumentar com o tempo. Nem todos, porém, enfrentam problemas com o uso a longo prazo. Os efeitos adversos podem incluir também o comprometimento cognitivo, bem como os problemas afetivos e comportamentais: agitação, dificuldade em pensar de forma construtiva, perda do desejo sexual, agorafobia e fobia social, ansiedade, depressão maior, perda de interesse em atividades de lazer e incapacidade de sentir ou de expressar as emoções. Além disso, pode ocorrer uma percepção alterada de si, do ambiente e nas relações sociais (AUCHEWSKI *et al.*; 2004).

Principais indicações: Ansiedade significativa por ocasião aguda ao estresse, insônia importante; agitação e ansiedade em crise; coadjuvante no tratamento da mania (agitação, insônia, ansiedade); coadjuvante no tratamento das síndromes extrapiramidais (particularmente acatisia); síndrome de abstinência alcoólica (MINAS GERAIS, 2007).

5.2.2- Antidepressivos

O antidepressivo é uma droga de origem psiquiátrica indicada no tratamento dos transtornos do estado do ânimo e do humor. Os primeiros antidepressivos foram descobertos na metade do século XX. Com o passar do tempo, novas classes de antidepressivos foram sendo desenvolvidas, e com a diminuição dos efeitos colaterais, o seu uso se popularizou.

Há dois grupos: os tricíclicos e os Inibidores Seletivo da recaptção de Serotonina (ISRS). (CORDIOLI, 1997). Os ISRS são a classe de antidepressivos mais prescrita no mundo. São drogas relativamente novas – a primeira droga desta classe, a fluoxetina, o famoso Prozac®, começou a ser comercializada em 1987, seguras mesmo em doses elevadas, bem toleradas e com perfil de efeitos colaterais leves. Os antidepressivos tricíclicos atuam no sistema límbico aumentando a noradrenalina e/ou serotonina na fenda sináptica por meio do bloqueio da recaptção de aminas pelos terminais nervosos, por competir pelo sítio ligante da proteína transportadora. Também ocorre o efeito indireto de bloquear os receptores alfa-2 pré-sinápticos, aumentando ainda mais a disponibilidade de noradrenalina na fenda sináptica. A maioria dos antidepressivos tricíclicos inibe a recaptção de noradrenalina e serotonina, com poucos efeitos sobre a recaptção de dopamina. (CORDIOLI, 1997).

Uma vez consolidada a indicação para uso de antidepressivo e escolhida a melhor droga para o quadro em questão, é preciso indicar e manter o tratamento por um período mínimo de 6 a 8 semanas tendo em vista o período de tolerância do efeito antidepressivo. Os primeiros resultados usualmente se observam após 7 a 15 dias de uso, trata-se do período mínimo de observação para concluir se o paciente responde ou não, aquele medicamento. Se após 6 a 8 semanas não houve resposta ou foi insatisfatória, deve-se proceder a um aumento de dose até níveis toleráveis para o paciente, sempre dentro dos limites de faixa terapêutica. (CASTRO, 2009).

Principais Indicações: Transtornos depressivos moderados e graves; transtornos de pânico; transtornos obsessivos-compulsivos; transtornos fóbicos; transtornos de ansiedades.

5.2.3 Neurolépticos

Os fármacos neurolépticos são usados primariamente no tratamento da esquizofrenia, mas são também eficazes, em outros estados psicóticos, como os de mania e delírio. Estes fármacos variam em potência, mas, clinicamente, nenhum é mais eficaz do que os outros. Em contraste, os novos fármacos antipsicóticos "atípicos" parecem dever sua exclusiva atividade ao bloqueio dos receptores serotoninérgicos. Na terapia a tendência tem sido a de usar fármacos de alta potência, como o tiotixeno, o haloperidol e a flufenazina. A Clorpromazina, o protótipo dos agentes neurolépticos, é pouco utilizada devido à alta incidência de efeitos colaterais graves. Os fármacos neurolépticos constituem tratamento sintomático e não eliminam a doença mental de base; mas, frequentemente, permitem ao paciente psicótico exercer atividade funcional num ambiente favorável. (CORDIOLI, 1997).

Principais Indicações: Esquizofrenia; transtornos delirantes persistentes; transtornos Esquizoafetivos; coadjuvante de estabilizadores de humor; coadjuvante no tratamento de depressões psicóticas; sintomas psicóticos secundários ao abuso de substâncias; agitação de sintomas psicóticos na demência e em outros transtornos mentais orgânicos (MINAS GERAIS, 2007).

Nesta seção, apontou-se os psicofármacos mais comuns e que estão ao alcance do receituário dos profissionais que atuam na atenção primária da saúde. Eles normalmente estão disponíveis nas farmácias dos órgãos públicos, o que os torna acessíveis à população em geral. Isso requer cuidados de todos os profissionais de saúde na administração de tais medicamentos.

5.3-Estabilizadores do Humor

São substâncias utilizadas para a manutenção da estabilidade do humor, não sendo essencialmente antidepressivas nem sedativas. Internacionalmente reconhecem-se três substâncias principais, capazes de desempenhar tal papel: o Lítio, a Carbamazepina e o Ácido Valpróico, mais recentemente outras substâncias foram destinadas a esse fim, como o Divalproato de Sódio, Oxcarbazepinas, Topiramato, Lamotrigina. Evidentemente essa lista tende a aumentar progressivamente, de acordo com as novas pesquisas psicofarmacológicas.

O tratamento do Transtorno Afetivo Bipolar sem estes Estabilizadores do Humor se complica devido ao fato dos antidepressivos estarem sujeitos ao desencadeamento de crises de euforia, assim como os sedativos terem probabilidade de desencadear a depressão. Desta forma, tanto o Carbonato de Lítio, quanto a Carbamazepina são utilizados sempre como coadjuvantes quase indispensáveis do tratamento.

A dose média de *Lítio*/dia é em torno de *900 mg*, devendo a concentração sanguínea manter-se entre 1,0 e 1,2 mEq/L nos episódios agudos e entre 0,6 e 1,2 mEq/L no tratamento de manutenção entre as crises. O *Lítio* deve ser prescrito em 2 a 3 tomadas ao dia, embora alguns profissionais prefiram recomendar uma dose única diária, visando melhorar a adesão do paciente ao tratamento.

A indicação exclusiva para *Estabilizadores do Humor* são os *Transtornos Afetivos Bipolares* e os *Episódios de Mania (Euforia)* ou de *Hipomania* (BRASIL, 2010c).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

O projeto de intervenção foi baseado em um planejamento estratégico definido a partir do diagnóstico situacional da área de abrangência, o qual foi determinado através da participação de toda a equipe de saúde. O problema definido, uso indiscriminado de psicofármacos, é um problema finalístico de governabilidade da Equipe de Saúde. Foram definidos também problemas intermediários, que contribuem para o surgimento do problema finalístico através dos quais se planeja um enfrentamento estratégico da situação. O plano de ação inclui medidas implementadas em curto prazo, provavelmente com resultados esperados a médio ou longo prazo. Basear-se-ão em um grupo de saúde mental, palestras multidisciplinares, práticas médicas centradas no indivíduo e no uso de instrumento de abordagem familiar, com atuação da própria Equipe de Saúde e outros profissionais externos à equipe de saúde, realizados na Unidade Básica de Saúde VIII no município Belo Oriente-MG, no período de junho 2014 a junho 2015.

Quadro 1 – Operações sobre o recurso “no crítico” 1, “Prática médica fragilizada” relacionado com uso abusivo de psicofármacos, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família VIII, em município Belo Oriente, Minas Gerais.

Nó crítico 1	Prática médica fragilizada, centrada na doença, o que dificulta o vínculo com usuários e um melhor atendimento de seu estado de saúde mental.
Operação	Estimular uma prática médica integral, centrada no indivíduo, sua história de vida e inserção social, visando o vínculo com o usuário.
Projeto	Cuidar Melhor. Melhor entendimento de seu estado de saúde mental.
Resultados esperados	Aumentar a confiança do usuário na equipe de saúde e a satisfação com a resposta oferecida pela equipe para solução de seus problemas; estreitar o vínculo entre profissionais e pacientes, promover uma solução de igualdade entre esses agentes e fornecer subsídio a prática de autocuidado.
Produtos esperados	Abordagem integral dos indivíduos portadores de sofrimento mental; intervenção médica para o estímulo da prática de autocuidado.
Atores sociais/	Médico

responsabilidades	
Recursos necessários	<p>Estrutural: Reserva na agenda médica momento para o comprometimento de estratégias coletivas de saúde, realizada mais próxima da comunidade e com objetivos que vão além dos conseguidos nas consultas individuais dentro do consultório.</p> <p>Cognitivo: Conhecimento teórico sobre o tema, com treinamento direcionado aos profissionais de atenção básica, reforçando os conceitos de uma prática médica integral e centrada no indivíduo.</p> <p>Político: Mobilização social para disponibilização de espaço físico e planejamento de ações coletivas.</p> <p>Financeiro: Para divulgação dessas ações e aquisição de recursos audiovisuais, panfletos e folhetos educativos</p>
Recursos críticos	<p>Prática medica adequada.</p> <p>Estrutural: Obtenção de espaço em a agenda medica.</p> <p>Político: Decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço.</p> <p>Financeiro: Aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos.</p>
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	<p>Ator que controla: Secretaria de saúde, prefeitura municipal.</p> <p>Motivação: Favorável.</p>
Ação estratégica de motivação	Apresentar projeto de estruturação da rede.
Responsáveis:	Medico.
Cronograma / Prazo	6 meses (para reunir projetos de estímulo ao autocuidado).
Gestão, acompanhamento e avaliação	Acompanhamento permanente, após cada atividade. Avaliação geral, com toda a equipe, se possível com participação do gestor local.

Fonte: O próprio autor, 2015

Quadro 2 – Operações sobre o recurso “no crítico”², “Deficiência de informação dos usuários” relacionado com uso abusivo de psicofármacos, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família VIII, em município Belo Oriente, Minas Gerais

Nó crítico 2	Deficiência de informação dos usuários quanto as doenças mentais e seu tratamento.
---------------------	--

Operação	Promover palestras multidisciplinares de educação em saúde mental.
Projeto	Saber Mais. Orientação dos usuários em relação às doenças de saúde mental, as possibilidades terapêuticas e a importância da psicoterapia em grupo
Resultados esperados	Fornecer subsídio a prática do autocuidado, prover consciência do papel dos fármacos, seus efeitos colaterais, e combater a automedicação.
Produtos esperados	Palestras multidisciplinares realizadas por psicólogos, psiquiatras, educador físico, farmacêutico, médico geral e terapeuta ocupacional, abordando para os usuários a importância de cada área no tratamento farmacológico e não farmacológico do sofrimento mental
Atores sociais/ responsabilidades	Gerente, Equipe de saúde, secretaria de saúde
Recursos necessários	Estrutural: Obtenção de recursos humanos de profissionais em as áreas supracitadas. Cognitivo: Conhecimento específico da área da saúde e de prática pedagógica em atenção básica. Político: Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais. Mobilização social para disponibilização de esforço físico destinado às palestras. Financeiro: Aquisição de recursos audiovisuais, panfletos e folhetos educativos.
Recursos críticos	Palestras multidisciplinares. Estrutural: Obtenção de recursos humanos. Político: Articulação intersetorial. Financeiro: Aquisição de recursos audiovisuais, panfletos e folhetos educativos.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretaria de saúde, secretaria de educação Motivação: Favorável.
Ação estratégica de motivação	Não.
Responsáveis:	Médico e equipe de saúde.
Cronograma / Prazo	1 mês (para apresentar o projeto e conseguir o apoio da secretaria de saúde) + 3 meses (para organização dos profissionais para as palestras).
Gestão,	Acompanhamento permanente, após cada atividade.

acompanhamento e avaliação	Avaliação geral, com toda a equipe, se possível com participação do gestor local
-----------------------------------	--

Fonte: O próprio autor, 2015

Quadro 3 – Operações sobre o recurso “no crítico” 3, “Os próprio problemas familiares, sociais e financeiro que afetam a população” relacionado com uso abusivo de psicofármacos, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família VIII, em município Belo Oriente, Minas Gerais.

Nó crítico 3	Problemas familiares, sóciofinanceiros.
Operação	Os problemas sociais e financeiros dependem da mobilização político-administrativas do município e fogem da governabilidade da equipe de saúde.
Projeto	Vida Melhor. Já os problemas familiares, podem ser melhor abordados e compreendidos através do uso de instrumentos de abordagem familiar, como o genograma, o ecomapa o APGAR familiar, o ciclo de vida.
Resultados esperados	Entender a família, sua estrutura, desenvolvimento, funcionamento e recursos, correlacionar esses aspectos familiares com o estado de saúde mental no indivíduo; utilizar-se dessas informações para facilitar medidas preventivas e auxiliar as famílias nas suas necessidades de comunicação e na busca de sua própria solução.
Produtos esperados	Organização de genograma e ecomapa dos usuários acompanhados no grupo de saúde mental ou outros instrumentos de abordagem familiar necessário conforme o caso obtendo material de apoio as decisões de terapêutica singular e acompanhamento de evolução de casos.
Atores sociais/ responsabilidades	Departamento de assistência social, agentes comunitários de saúde, associação de bairro, enfermagem, medico.
Recursos necessários	Estrutural: Tempo destinado a coleta e registro das informações familiares e ambientais coletadas dos usuários acompanhados. Cognitivo: Treinamento de profissionais não médicos para o uso de instrumento de abordagem familiar. Político: Mobilização social em torno das questões, articulação intersetorial. Financeiro: Disponibilidade para financiamento da coleta de dados e aquisição de recursos matérias.
Recursos críticos	Estrutural: Tempo destinado a coleta de registro de

	dados, disponibilidades de funcionários.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Departamento de assistência social, secretaria de saúde, associação de bairro. Motivação: Favorável.
Ação estratégica de motivação	Apresentar o projeto.
Responsáveis:	Medico.
Cronograma / Prazo	1 mês (para apresentar o projeto e conseguir apoio da gerencia) + 1 mês (para apresentar a lista dos pacientes selecionado para o acompanhamento) + 2 meses (para treinamento em abordagem familiar dos ACS pelo médico) + 4 meses (para coleta e registro de dados).
Gestão, acompanhamento e avaliação	Acompanhamento permanente, após cada atividade. Avaliação geral, com toda a equipe, se possível com participação do gestor local.

Fonte: O próprio autor, 2015

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas últimas décadas, o uso de psicofármacos tem crescido consideravelmente, o que é atribuído ao aumento de transtornos mentais nas populações, produção de novos medicamentos e utilizações de psicofármacos já existente para outras indicações terapêuticas. As consequências do uso abusivo dessas drogas podem ser definidas em termos tanto fisiológicos como psicológicos.

No entanto, Monteiro (2008) complementa o uso prolongado de algumas classes de psicofármacos, também se constitui como motivo de preocupação, pois além de causarem efeitos colaterais indesejáveis, provocam dependência química levando a dificuldades quando o médico deseja cessar o tratamento.

É necessário considerar outras possíveis abordagens terapêuticas que poderiam ser adotado com sucesso e ponderar os riscos inerentes a utilização destas substâncias em relação a seus benefícios terapêuticos. O paciente deve ser orientado de forma correta e adequada. O período de utilização não deve ser longo.

Diante disso, foram formuladas algumas ações que se forem implantadas, podem contribuir para o controle mais eficaz do uso indiscriminado de psicofármacos, como: Mais capacitação dos médicos e dos outros profissionais de saúde, sobretudo na atenção primária; ter a presença nas equipe de PSF de profissionais psiquiatras como supervisores, discutindo os casos com o clínico; maior disponibilidade dos profissionais de saúde, para com os pacientes, tendo a clara percepção, que nem sempre são as pessoas que estão doente, e sim, o ambiente no qual eles vivem, ambientes muitas vezes marcados por miséria, negligência, quadro esse que infelizmente tem sido muito frequente.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz. p 120 2007.

AUCHEWSKI, L. *et al.* Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v. 26, n1, p 24-31, 2004.

BARCALA, R. S. **Saúde mental na Atenção Básica: um levantamento epidemiológico em um centro de saúde da família**. Chapecó, Santa Catarina, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>> Acesso em: 03 abril 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil (**DATASUS**) 2013. Disponível em: <tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/mg.htm>. Acessado em: 25 de maio 2015.

BRASIL. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, 15 maio 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Formulário Terapêutico Nacional**. 2010. Disponível em: <http://www.bvsms.saude.gov.br/bvs/formulario_terapeutico_nacional.pdf>. Acessado em: 2 maio 2015.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS. M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 02 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

CASTRO SANTOS, R. Perfil dos usuários de psicofármacos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família do Município Juscelino. Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2009. Disponível em:

<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2263.pdf> p. 15>.
Acessado em: 23 novembro 2015.

CORDIOLI, A. V. **Psicofármacos**: consulta rápida. Ed Artmed; Porto Alegre, 1997.

FIGUEIREDO, K. F. *et al.* Saúde mental no Brasil. Consumo de Psicofármaco em uma região administrativa do Rio de Janeiro. **Saúde pública**. p 29. 2006.
HALES, E, YUDOFISKY. **Tratado de Psiquiatria Clínica**. 5ª Ed. Editora Artmed 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Disponível em:
<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pnad/2010>>.pdf. Acessado em: 25 de maio 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTADISTICA 2013. Disponível em <http://www.belo Horizonte.mg.gov.br/materia_especifica/6512/Geografia>.
Acessado em: 22 de maio 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTADISTICA. Sínteses de Indicadores Sociais 2009. Disponível em:<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2009/>>. Acessado em: 13 Janeiro 2015.

MENDONÇA, R.T; CARVALHO, A.C.D. O papel de mulheres idosas consumidoras de calmantes Alopáticos na população de uso destes medicamentos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 13, p. 1207-1212: 2005.

MINAS GERAIS. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Atenção em Saúde Mental**. 2. Ed. Belo Horizonte, MG: 2007.

MINISTÉRIO DE SAÚDE. **Programa Nacional De Imunizações**. 2014. Disponível em: < <http://pni.datasus.gov.br/>>. Acessado em: 25 de maio 2015.

MONTEIRO, V. F. F. **Perfil dos medicamentos ansiolíticos atendidos na Farmácia Municipal do município de Campos dos Goytacazes**. Rio de Janeiro. 2008.

OLIVEIRA, Francisca Bezerra. *Construindo saberes e práticas em saúde mental*. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB; 2002.

PABLO DE ASSIS. Uma breve história dos psicofármacos. 2012. Disponível em: <<http://pablo.deassis.net.br/2012/09/uma-breve-historia-dos-psicofarmacos/>>. Acessado em: 17 maio 2015.

PITTA, Ana. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2º Ed. São Paulo: Hucitec, 2003.

RAMOS, Priscila Freitas; PIO, Danielle Abdel Massih. Construção de um projeto de cuidado em saúde mental na atenção básica. **Psicologia, Ciência e Profissão [online]**. 2010, vol.30, n.1, pp. 212-223. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000100016>; Acesso em: 2 Janeiro 2015.

RODRIGUES, Jeferson; SCÓZ, Tânia M. X. Muros nas Mentes: obstáculos da reforma psiquiátrica. **Revista Nursing**, v. 65, n. 6, Outubro 2003.

SILVA, J.C; DULLIUS, C.L; CASTOLDI, D. R. A relação entre o uso de psicofármacos e o processo de psicoterapia na infância. *Revista de Psicologia, Fortaleza*, v. 2 - n. 1, p. 86-94, jan./jun. 2011.

TESSER, C. D. Social medicalization (I): the exaggerated success of modern 'epistemicide' in health. *Comunic., Saúde, Educ.*, v.10, n.19, p.61-76, jan/jun 2006.

VICENS, C. *et al.* Comparative efficacy of two primary care interventions to assist withdrawal from long-term benzodiazepine use: A protocol for a clustered, randomized clinical trial. **BMC Family Practice**, p, 1-7; 2011.