

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

CARLOS AMAURI FERNANDES JÚNIOR

**USO, ABUSO E DEPENDÊNCIA DE BENZODIAZEPÍNICOS NA
POPULAÇÃO IDOSA DE VIRGÍNIA, MINAS GERAIS**

CAMPOS GERAIS – MINAS GERAIS

2018

CARLOS AMAURI FERNANDES JÚNIOR

**USO, ABUSO E DEPENDÊNCIA DE BENZODIAZEPÍNICOS NA
POPULAÇÃO IDOSA DE VIRGÍNIA, MINAS GERAIS**

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.

Orientadora: Professora Dra. Walnéia Aparecida
de Souza

CAMPOS GERAIS – MINAS GERAIS

2018

DEDICATÓRIA

Aos meus filhos e à minha esposa Natália, pelo apoio incondicional e incentivo nessa caminhada.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me concedido o dom maravilhoso de cuidar da vida, aos meus familiares, a minha equipe da Unidade de Saúde do MUNICÍPIO de Virgínia - MG.

Artigo 8º

O envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção um direito social, nos termos desta Lei e da legislação vigente.
Estatuto do Idoso

RESUMO

Introdução: No Brasil, as pessoas idosas são consumidoras frequentes de benzodiazepínicos. Vários estudos demonstram que os usuários crônicos desses medicamentos podem desenvolver dependência física e psicológica. No Brasil, ainda existe outro fator que contribui para o uso irracional dessa classe de medicamentos, que é a distribuição gratuita por programas governamentais sem maiores medidas de controle, o que permite facilidade no acesso. Esforços para reduzir ou interromper o uso dos benzodiazepínicos continuam abaixo do ideal. Portanto, após a realização do diagnóstico situacional no Município estudado, o problema eleito como o de maior prioridade pela equipe de saúde foi o uso abusivo de psicotrópicos, com destaque para os benzodiazepínicos na população idosa. **Objetivo:** elaborar um plano de intervenção com a finalidade de diminuir o uso abusivo de benzodiazepínicos e de suas consequências para a população idosa. **Metodologia:** Trata-se de um estudo da Estratégia Saúde da Família com a população de Moreiras, localizada na área rural do Município de Virginia, Minas Gerais, nos anos de 2017 a 2018. Para o estudo, foi elaborado um plano de intervenção que se baseou no diagnóstico situacional da comunidade e na pesquisa bibliográfica da Biblioteca Virtual em Saúde, por meio dos descritores: benzodiazepínicos, educação em saúde e idosos. **Resultados:** foram descritos os problemas relacionados ao benzodiazepínicos na população idosa, levantados os nós críticos e selecionados aqueles prioritários para intervenção. Após, foi realizado o desenho das operações; analisados os recursos críticos e a viabilidade do processo; estratégias para a implantação do plano operativo e a gestão do mesmo. **Conclusão:** Com a implantação do plano de intervenção, espera-se que os objetivos propostos sejam alcançados pela equipe de saúde. A conscientização em relação ao uso desses medicamentos pelos idosos depende da educação continuada, do acompanhamento dos pacientes e da realização de parcerias com o Centro de Referência de Assistência Social e o NASF. Portanto, o sucesso do plano de ação para mudanças de comportamento depende de um trabalho contínuo e árduo da equipe.

Palavras-chave: Benzodiazepínicos. Educação em saúde. Idosos.

ABSTRACT

Introduction: In Brazil, older people are frequent users of benzodiazepines. Studies have been showing that chronic users of these drugs can develop physical and psychological dependence. In our country there is still another factor that contributes to irrational use of this class of drugs, is the free distribution by government programs without major control measures, which allows easy access. Efforts to reduce or stop the use of benzodiazepines remain below ideal. Therefore, after the accomplishment of the situational diagnosis in the studied municipality, the problem chosen as the highest priority by the health team, was the abusive use of psychotropic drugs, especially the benzodiazepines in the elderly population. **Objective:** to draw up an intervention plan to reduce abusive use of benzodiazepines and their consequences in the elderly population. **Methodology:** this is a study of the Family Health Strategy with the population of Moreiras, located in the rural area of the municipality of Virgínia-MG, in the year 2017 to 2018. For the study an intervention plan was elaborated, which was based on the situational diagnosis of the community and the bibliographical research of the Virtual Health Library, through the descriptors: benzodiazepines, education in health and elderly. **Results:** the benzodiazepines-related problems of the elderly population were described. After, the design of the operations was carried out; analyzed the critical resources and feasibility of the process; strategies for the implementation of the operational plan and management of the same. **Conclusion:** with the implementation of the intervention plan, it is expected that the proposed objectives will be achieved by the health team. Awareness about the use of these drugs by the elderly, depends on continuing education, patient follow-up, and partnerships with the Social Assistance Referral Center and NASF. Therefore, the success of the action plan for behavior change, depends on the team's continuous and hard work.

Keywords: Benzodiazepines. Health education. Seniors.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
DM	Diabetes mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
BZD	Benzodiazepínicos

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Moreiras, Unidade Básica de Saúde Moreiras, município de Virgínia, estado de Minas Gerais.	17
Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Uso, abuso e dependência de benzodiazepínicos na população idosa de Virgínia - MG”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Moreiras, do município Virgínia, estado de Minas Gerais.	31
Quadro 3 - Para cada operação foram definidos os recursos críticos.	33
Quadro 4- Operações e respectivos recursos, motivação e ações estratégicas.	33
Quadro 5- Operações e respectivas ações e produtos/resultados esperados.	34

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Breves informações sobre o município de Virgínia – MG.....	12
1.2 O Sistema Municipal de Saúde.....	13
1.3 A Equipe de Saúde da Família Moreiras, seu território e sua população.....	14
1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	15
1.5 Priorização dos problemas (segundo passo)	17
2 JUSTIFICATIVA	19
3 OBJETIVOS	20
3.1 Objetivo geral.....	20
3.2 Objetivos específicos.....	20
4 METODOLOGIA	21
5 REVISÃO DE LITERATURA	22
5.1 Dados Gerais sobre os Benzodiazepínicos.....	22
5.2 Benzodiazepínicos e a população idosa.....	24
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	27
6.1 Primeiro Passo: Descrição do problema selecionado.....	27
6.2 Segundo Passo: Explicação do problema	28
6.3 Terceiro Passo: Frequência do problema, ação da equipe.....	29
6.4 Quarto Passo: Gênese e causas do problema.	29
6.5 Quinto Passo: Seleção dos nós críticos.....	30
6.6 Sexto Passo: Desenho das operações.	30
6.7 Sétimo Passo: Recursos críticos	32
6.8 Oitavo Passo: Viabilidade do plano..	33
6.9 Nono Passo: Plano operativo	33
6.10 Décimo Passo: Gestão do plano	35
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
8 REFERÊNCIAS	37

INTRODUÇÃO

1.1 Breves informações sobre o município de Virgínia, Minas Gerais

O município de Virgínia, situa-se no sul do Estado de Minas Gerais. É um local privilegiado em relação à localização, por estar inserido próximo ao circuito das águas de Minas Gerais, em uma rede urbana formada por prósperas cidades de porte médio, cujo acesso é feito pela BR-354, e também devido à sua posição em relação às grandes capitais da região sudeste: Belo Horizonte (304 km), São Paulo (208 km) e Rio de Janeiro (203 km). De acordo com a tradição, os primeiros desbravadores da região em que surgiu a cidade, teriam sido os portugueses, interessados na descoberta de ouro e de pedras preciosas (IBGE, 2014).

Esses desbravadores encontraram, no entanto, um solo fértil, no qual resolveram fixar-se, dedicando-se à agricultura. No início da segunda metade do século XIX, chegou à região, o Padre Custódio de Oliveira Monte Raso, o qual, impressionado com a beleza topográfica e a suavidade do clima, iniciou a construção da capela em homenagem a Nossa Senhora da Conceição. Ao redor da construção teve início o crescimento da cidade (IBGE, 2014).

De acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014), o município de Virgínia possui uma área total de 327,05 km² e uma população de 8.368 habitantes; apresenta uma população rural de 4.690 e uma urbana de 3.678, com uma densidade demográfica de 26,38 hab/km². Além disso, conta com 2.629 domicílios particulares permanentes, nos quais vivem 1.344 famílias rurais e 1.168 famílias urbanas. A maioria da população possui água tratada (76,37%), água encanada (76,37%) e energia elétrica (99,61%). A taxa de urbanização é de 45,65%.

O município é composto, principalmente, por pessoas de 15 a 64 anos (67,35%). A população com menos de 15 anos representa, 23,77% do total enquanto, a população de 65 anos ou mais representa, 8,87%. O nível de alfabetização é de 84,8% e a expectativa de vida de 74,7 anos. O Índice de

Desenvolvimento Humano Municipal, em 2010, foi de 0,651. A renda média familiar total per capita é de 415,41, sendo a renda média per capita rural de 317,87 reais e a renda média per capita urbana de 609,19 reais. A proporção de moradores abaixo da linha de pobreza é de 4,69%. Na cidade, 100% da população é usuária da assistência à saúde no SUS, que destinou um orçamento de R\$ 3.755.700,00 para a área, segundo dados do IBGE (IBGE, 2014).

1.2 O Sistema Municipal de Saúde

Em relação à Estratégia Saúde da Família (ESF), ela foi implantada no município de Virgínia em 1996. Atualmente, são três equipes de Estratégia de Saúde da Família e três de Saúde Bucal. Cada estratégia de Saúde da Família funciona em um prédio. São divididas em Equipe 1 – ESF Virgínia, com 3.434 pessoas adscritas (1.173 famílias); Equipe 2 – PSF Vargem Alegre, com 2.077 pessoas adscritas (656 famílias); Equipe 3 – ESF Moreiras, com 3.009 pessoas adscritas (1.049 famílias). As três equipes atendem tanto área rural quanto área urbana (PREFEITURA MUNICIPAL DE VIRGINIA, 2017).

O projeto de implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi aprovado pela Secretaria do Estado e inaugurado em dezembro de 2014, durante a implantação do plano de intervenção. O Serviço do Centro de especialidade odontológica é conveniado com a cidade de Itamonte, também no Estado de Minas Gerais. O serviço de referência de Virgínia é o Viva Vida que atende gestantes de alto risco, desnutrição infantil, violências, mamografias, serviços de planejamento familiar, entre outros. Os serviços de média complexidade, cirurgias eletivas e urgências são referenciados para o hospital de São Lourenço e de lá direcionados, se necessário, aos serviços de alta complexidade.

A ESF Moreiras, para a qual foi elaborado o plano de intervenção, está situada no bairro rural Moreiras e possui um ponto de apoio na zona urbana, situada na Rua Antônio da Costa Pinto, 611, no centro da cidade. O horário de funcionamento da unidade é de segunda-feira à sexta-feira das 08:00

horas às 17:00 horas. O prédio é denominado de Unidade Básica de Saúde Risoleta Tolentino Neves e foi inaugurado em julho de 2007. Tem área adequada e um bom espaço físico. Neste local estão instalações como a sala para reuniões; recepção com quantidade de cadeiras suficientes para a demanda; três salas para consulta médica; uma sala para a marcação de consultas; uma sala para o gestor; uma para a realização de procedimentos; uma para a consulta de enfermagem; uma para a consulta odontológica; um almoxarifado; uma sala de expurgo e de esterilização; e três banheiros. A equipe é composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, oito Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um dentista e um auxiliar de saúde bucal.

1.3 A Equipe de Saúde Moreiras, seu território e sua população

A ESF Moreiras abrange uma comunidade de 1049 famílias, totalizando 3009 usuários cadastrados e acompanhados continuamente pela equipe. O atendimento ocorre na área rural com ponto de apoio na zona urbana. A população assistida é na maioria carente, constituída por pessoas muito simples e humildes, que respeitam muito os profissionais de saúde. Todas as famílias adscritas à área de atuação estão devidamente cadastradas e recebem bem todos os profissionais em suas residências. Parte da comunidade vive em moradias precárias, em casas de alvenaria com tijolos à vista e sem acabamento. A principal fonte de renda é a agropecuária, com plantio de frutas e verduras, criação de gado e suínos. A maioria da população trabalha por conta própria e não possui carteira assinada. Há duas escolas na cidade, uma de ensino fundamental e outra de ensino fundamental e médio, sendo que na comunidade o índice de alfabetização é elevado. Existe uma festa religiosa católica anual na comunidade. A estrutura de saneamento da comunidade não é adequada, existem áreas de esgoto aberto na periferia da cidade. A coleta de lixo na cidade ocorre 3 vezes por semana. Assim, o trabalho da prevenção e tratamento de verminoses têm que ser contínuos. Não

existem organizações de bairro e nem ONGs na comunidade, que se encontra bastante desunida.

1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

A ESF Moreiras enfrenta muitos problemas, dentre eles, destacam-se o uso indiscriminado de ansiolíticos e antidepressivos e a baixa resolutividade desses problemas.

Ao realizar o diagnóstico situacional, constatou-se que o uso de drogas psicotrópicas, em especial os benzodiazepínicos, é bastante elevado na comunidade, o que motivou a elaboração de um plano de ação que pudesse melhorar essa realidade.

Assim, ao iniciar as atividades no ESF Moreiras, em março de 2014, desde as primeiras consultas aos usuários da área adscrita, já haviam inúmeras solicitações de renovação de receitas com benzodiazepínicos, sem consulta médica. Foi possível perceber que se tratava de uma prática corriqueira e quase cultural nessa comunidade, com destaque para os usuários idosos.

Durante anos foi realizada essa prática, onde os pacientes buscavam receitas com a secretária ou aguardavam a visita de algum ACS. Demonstrando assim que não havia nenhum tipo de avaliação das prescrições, seja pela falta de profissionais capacitados ou pela inexistência de serviços de saúde para reduzir esse problema.

O número de pessoas que se dirige à ESF em busca de medicamentos psicotrópicos é elevado. São registradas 1603 pessoas no município de Virgínia, que fazem uso contínuo de psicotrópicos, sendo 938 pessoas em uso contínuo de benzodiazepínico. Além do grave problema da automedicação, acresce-se uma prescrição excessiva, em especial dos ansiolíticos e dos antidepressivos, por parte dos médicos, gerando uma dependência química e ou psicológica dos pacientes.

A larga prescrição de psicotrópicos para problemas cotidianos como morte ou ausência abrupta de um membro da família, enurese noturna e atraso escolar, ocorre muitas vezes na primeira consulta. Os sofrimentos, como a ansiedade, a angústia e a tristeza, que sinalizam circunstâncias e situações humanas e para elas preparam o homem, são aplacados pela medicação. Busca-se permanecer no estado de prazer e alegria, ao preço de se eliminar parte da experiência humana.

Um dos pontos-chaves na procura de tratamento médico são as relações familiares conflituosas. Dentre as questões mais relatadas em consultório se destacam o abandono pelos familiares; pais ou cuidadores com transtorno mental; e relatos de abuso sexual, físico e emocional. Dessa maneira, foi necessário que a equipe conhecesse em detalhes a estrutura familiar, as relações interpessoais ali existentes e as possibilidades que o território propiciava para elaborar o projeto de intervenção.

Além disso, há pessoas que procuram o serviço de saúde não porque estejam doentes, mas porque desejam mudar o seu humor, sua personalidade, seu jeito de ser. A busca de uma “alegria artificial” reflete em parte uma fuga da realidade pelo paciente que pode ser decorrente de uma insatisfação pessoal, financeira ou profissional pela qual esteja passando.

Diante dessa realidade, surgiu a necessidade da orientação aos pacientes sobre o uso de medicamentos psicotrópicos, suas indicações, tempo de uso e seus efeitos adversos, em especial ao grupo de idosos. Também, buscar identificar os medicamentos mais utilizados, o seu uso abusivo e suas consequências, com a finalidade de melhorar a qualidade de vida dessa população.

Assim, diante da realidade levantada, as receitas de psicotrópicos não foram mais renovadas sem consulta médica. Os pacientes passaram a ser orientados sobre os efeitos adversos e dependência psíquica desses medicamentos. Os casos graves levantados estão sendo encaminhados para o serviço de Psicologia Municipal e de Psiquiatria via Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

O trabalho da equipe é feito com muita união entre todos os profissionais, permitindo troca de conhecimentos e ideias a fim de aprimorar sempre o cuidado à população. A área de abrangência possui 3009 pessoas, sobrecarregando a agenda, dificultando o atendimento à demanda espontânea. Antigamente existiam 4 equipes de ESF na cidade. Com o fechamento de uma equipe, houve remanejamento da população e aumento da área adscrita à equipe. A implantação de uma nova equipe de ESF na cidade, poderia diminuir a demanda e proporcionar melhoria na qualidade do atendimento.

O sistema local de saúde não conta com hospital de grande porte e os casos mais urgentes são encaminhados via SAMU para os hospitais de referência. Não são realizados partos na cidade devido a falta de estrutura do hospital local, o que já foi discutido com o prefeito Municipal, que ficou de resolver esta situação preocupante. Como a estrutura de saneamento da comunidade é precária, há alta prevalência de verminoses, sendo que é realizado mensalmente palestras e discussões com a população sobre o tema, explicando sobre as formas de transmissão e ressaltando os meios de prevenção destas patologias, com bons resultados.

1.5 Priorização dos problemas (segundo passo)

A classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade estão relatadas no Quadro 1.

Quadro 1- Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Moreiras, Unidade Básica de Saúde Moreiras, Município de Virgínia, estado de Minas Gerais				
Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Abuso de Benzodiazepínicos	Alta	4	Alta	1
Alta incidência de HAS e DM	Alta	4	Parcial	2
Equipe sem	Alta	3	Parcial	3

capacitação adequada ao serviço de atenção básica				
--	--	--	--	--

*Alta, média ou baixa ; HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; DM: Diabetes Mellitus

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

Os benzodiazepínicos são medicamentos com ação no sistema nervoso central, alterando funções cognitivas e psicomotoras no organismo do paciente. Devido à sua relativa segurança, sua prescrição e utilização ocorrem de forma abusiva, acarretando o aparecimento de inúmeras complicações quando utilizados de forma irracional (BRASIL, 2006). Após um levantamento realizado na Estratégia de Saúde da Família de Moreiras, em Virgínia, Minas Gerais, verificou-se alta prevalência do uso de benzodiazepínicos, principalmente pela população idosa. Observou-se que nas gestões anteriores, as renovações de receitas médicas eram realizadas sem a reavaliação clínica. Essa prática era responsável pelo uso irracional e a alta dependência desses medicamentos pela população. Como consequência, a resolução dos problemas de Saúde Mental no município era baixa. Assim, a equipe multiprofissional de saúde da família dessa área de abrangência, após o levantamento e análise dos problemas com o uso de benzodiazepínicos, considerou que esse era um problema prioritário nessa Unidade de Saúde e que o local, dispunha de recursos humanos e materiais para elaborar e implantar um Projeto de Intervenção. Portanto, este trabalho buscou, por meio de ações educativas e restritivas, diminuir o uso abusivo desses medicamentos, pela população atendida nessa unidade de saúde.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral:

Elaborar um plano de intervenção com vistas a diminuir o uso abusivo de benzodiazepínicos e suas consequências na população idosa da ESF Moreiras em Virgínia, Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos:

- Identificar e caracterizar os benzodiazepínicos utilizados de forma equivocada;
- Evitar a automedicação e a prescrição excessiva de benzodiazepínicos;
- Promover o controle de pacientes em uso de benzodiazepínicos pela ESF.

4 METODOLOGIA

Para a elaboração do plano de intervenção foi preciso perpassar por algumas etapas fundamentais ao desenvolvimento do trabalho proposto.

Primeiramente, foi feito o diagnóstico situacional da comunidade, com priorização do problema relativo ao uso abusivo de benzodiazepínicos, pela população idosa.

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), que apresenta uma estimativa rápida para determinar o problema prioritário, os nós críticos e as ações a serem realizadas (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Também foi realizada uma revisão narrativa da literatura sobre o tema "uso de benzodiazepínicos" no campo de saúde coletiva, nas bases de dados da biblioteca virtual em saúde, com os seguintes descritores: benzodiazepínicos, educação em saúde, idosos.

Para a redação do texto foram utilizadas as Normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e das orientações de Corrêa; Vasconcelos; Souza (2013).

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Dados Gerais sobre os Benzodiazepínicos

Os benzodiazepínicos (BZDs) constituem o grupo de psicotrópicos mais utilizados na prática clínica (SOUZA et al., 2013). São fármacos que possuem a capacidade de deprimir o Sistema Nervoso Central (SNC), sendo utilizados no tratamento da ansiedade e da insônia. Os principais efeitos dessa classe de medicamentos são: redução da ansiedade, sedação, relaxamento muscular, amnésia anterógrada e efeito anticonvulsivante (RANG; DALE, 2007).

A história dos BZDs iniciou-se em 1961, com a descoberta acidental do Clordiazepóxido e, por serem considerados medicamentos eficazes, relativamente seguros e com boa tolerância, conquistaram a classe médica e despertaram o interesse da população (BERNIK et al., 2000).

A ação dos BZDs ocorre devido à interação com receptores ácido gama-aminobutírico (GABA) e só produzem efeito se o sistema GABAérgico estiver íntegro. Essa ação dependente do GABA faz com que sejam mais seguros do que outras classes, como os barbituratos, por ter um índice terapêutico maior (BRUNTON, 2012; KLASCO, 2011).

Há algumas características farmacológicas que influenciam na escolha do tipo de BDZ a ser prescrito pelo médico, a saber:

Os benzodiazepínicos são altamente lipossolúveis, o que lhes permite uma absorção completa e penetração rápida no SNC, após a ingestão oral. A lipossolubilidade é variável entre os benzodiazepínicos. As vias de metabolização e a meia-vida são aspectos importantes tanto para a escolha terapêutica de um benzodiazepínico, quanto para o manejo de intercorrências como intoxicações e síndrome de abstinência (KATZUNG, 2010, p. 15).

Os BDZ são classificados, de acordo com sua meia-vida plasmática, como sendo de ação muito curta, curta, intermediária e longa. Apesar dessa divisão, sabe-se que o grau de afinidade da substância pelo receptor benzodiazepínico também interfere na duração da ação (VANTOUR et al., 2010).

Esses fármacos são efetivos para ansiedade e insônia quando usados por curto período de tempo. Entretanto, com a utilização por longos períodos, principalmente por idosos, pode ocorrer o risco de dependência e outros efeitos adversos (NOIA et al., 2012). O uso prolongado dos benzodiazepínicos, mesmo em baixas doses, pode promover o desenvolvimento de efeitos adversos (SHELLACK, 2006).

Atualmente, um em cada 10 adultos recebe prescrições de benzodiazepínicos a cada ano, sendo que a maioria delas é feita por clínicos gerais. Estima-se que cada clínico tenha em sua lista 50 pacientes dependentes de benzodiazepínicos, metade destes gostaria de parar o uso. No entanto, 30% pensam que o uso é estimulado pelos médicos (GALLEGUILLLOS et al., 2003).

De acordo com a Associação Médica Brasileira (2008), calcula-se que 50 milhões de pessoas façam uso diário de benzodiazepínicos. Ressalta-se ainda que 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 as prescrições de psicotrópicos. Galleguillos et al. (2003) afirmam que a dependência química dos benzodiazepínicos e todas as suas possíveis implicações, passaram a se constituir em grande preocupação para a saúde pública.

De acordo com Laranjeira e Castro (2014), no Brasil, a prevalência do consumo dos benzodiazepínicos é elevada, atingindo cerca de 1,6% de usuários crônicos. Uma pesquisa realizada em 107 cidades com mais de 200 mil habitantes, observou-se que os benzodiazepínicos foram a terceira substância mais utilizada pelos 8.589 entrevistados.

Contudo, o uso prolongado desses medicamentos podem acarretar vários efeitos adversos, conforme relatos de Shellack:

O uso prolongado de BDZs, ultrapassando períodos de 4 a 6 semanas, pode levar ao desenvolvimento de tolerância, abstinência e dependência. A possibilidade de desenvolvimento de dependência deve sempre ser considerada, principalmente na vigência de fatores de risco para a mesma, tais como uso em mulheres idosas, em poliusuários de medicamentos para alívio de estresse, de doenças psiquiátricas e distúrbios do sono. Também é comum a observação

de overdose de BDZs entre as tentativas de suicídio, associados ou não a outras substâncias (SHELLACK, 2006, p.95).

O fenômeno de dependência aos benzodiazepínicos está relacionado com a farmacocinética, como a alta lipossolubilidade e a meia-vida biológica. O uso prolongado, ultrapassando períodos de seis meses, pode levar a manifestação da síndrome de abstinência, que ocorre geralmente de um a onze dias após a retirada do medicamento, tornando mais difícil para os pacientes a interrupção do tratamento. Normalmente, os sintomas pioram entre o quinto e o sexto dia de abstinência e desaparecem em quatro semanas. Os sintomas mais frequentes incluem: tremores, taquicardia, sudorese, disforia, cefaléia, ansiedade intensa, agitação, insônia e alterações do padrão do sono, vertigens, distúrbios gastrointestinais, anorexia, entre outros (RANG; DALE, 2007).

5.2 Benzodiazepínicos e a população idosa

O número de idosos vem aumentando nas populações, assim, conseqüentemente, o consumo de medicamentos por essa faixa etária também mostra grande aumento, sendo que os idosos são considerados o grupo etário mais medicalizado da sociedade, devido ao aumento das doenças crônicas nessa faixa etária (MUNIZ et al., 2017).

Para a população idosa, a prevalência da prescrição de benzodiazepínicos é elevada no Brasil e no mundo. Eles são benéficos em virtude do início de ação ser rápida e de pouco efeito cardiovascular. Porém, apresentam várias complicações potenciais. Entretanto, esta classe de medicamentos é potencialmente inadequada para esse tipo de população, que apresenta alterações corporais naturais do envelhecimento, interferindo na farmacocinética e farmacodinâmica dos medicamentos, levando a reações adversas graves (SOUTO et al., 2017).

Todavia, estudos nacionais e internacionais apontam a prevalência intensa do consumo de benzodiazepínicos na população idosa, principalmente entre mulheres. Uma revisão sobre a efetividade clínica, o custo-benefício e as

diretrizes sobre o uso de BZD em idosos, concluiu que as evidências disponíveis sugerem maiores chances de eventos cognitivos e psicomotores adversos entre os usuários de BZD, tais como quedas e fraturas. Nenhum trabalho avaliou com precisão a segurança, a eficácia clínica e o custo-efetividade do uso de BZD, no tratamento de ansiedade ou problemas de comportamento em idosos. Apesar disso, a prevalência do seu consumo nesse segmento etário mantém-se muito elevada – cerca de 30% – muitas vezes cronicamente, por muitos anos, sendo ainda maior entre idosos mais velhos (BUENO, 2012).

Nos idosos, as consequências ficam ainda mais acentuadas, podendo levar ao maior risco de quedas e fratura de fêmur, risco de eventos coronarianos e doenças cerebrovasculares e, até mesmo, induzir a um maior risco respiratório, sendo bem estabelecida a relação do aumento de óbitos de pacientes com síndrome de apnéia do sono e uso de BZD (BUENO et al., 2012, p. 30).

A utilização dos BDZs, quando muito necessário, deve ser utilizado por um curto período de tempo e em baixas dosagens, evitando-se o seu uso em pacientes com demência. Além disso, deve-se dar prioridade para medicamentos com menor meia-vida e menos metabólitos ativos (NALOTO et al., 2016).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) realiza constantes alertas relacionados ao uso indiscriminado de BZDs. Também, sugerem que a cultura centrada na doença e não na prevenção, a inexistência de vínculo entre profissionais da atenção básica com o usuário e as dificuldades para o controle da liberação de receitas e fármacos por serviços de saúde vinculados ao SUS alimentam a cultura da medicalização (SOUZA et al., 2013).

Diante da magnitude das questões relacionadas ao uso irracional de benzodiazepínicos, principalmente pela população idosa; pelos efeitos adversos causados pelo uso contínuo desses medicamentos; e pelo fato de que a ESF de Moreira, em Virgínia-MG enfrentar um grande problema em relação ao uso irracional de benzodiazepínicos pelos idosos, optou-se pela elaboração e implantação de um plano de intervenção, com o objetivo de melhorar o precário atendimento relacionado à saúde mental no município.

Mas para que isso se torne uma realidade no Município, algumas mudanças foram incorporadas ao serviço da ESF. Primeiramente, houve a necessidade de reorganização e discussão sobre o processo de trabalho com todos os membros da equipe, já que anteriormente não havia participação do corpo médico. Essas discussões foram importantes para redefinir as prioridades do município, maneiras de intervenção, reconhecimento do problema para que ele seja abordado pelos diferentes profissionais, propostas para aprofundamento na questão e reflexão sobre os fatores envolvidos, levando em consideração os aspectos individuais e coletivos. Também ocorreu discussão sobre a prescrição irracional dos medicamentos psicotrópicos, conscientizando o corpo clínico sobre a epidemiologia e repercussão na população das prescrições excessivas.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Esta proposta refere-se ao problema priorizado “Uso, abuso e dependência de benzodiazepínicos na população idosa de Virgínia, Minas Gerais”, para o qual se registra uma descrição, explicação e seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

6.1 Primeiro Passo: Descrição do problema selecionado

No primeiro momento foram identificados, por meio da estimativa rápida, os principais problemas da área adscrita. A população residente na área de abrangência é de 3.009 habitantes.

De acordo com os registros escritos existentes, o diagnóstico situacional e principalmente através da observação ativa da área, pode-se observar que os principais problemas eram: dificuldade no transporte para a ESF; poucas ações de educação em saúde e de planejamento familiar; ausência de reuniões de equipe regulares; dificuldade para obtenção de consultas com especialistas principalmente cirurgiões vasculares e oftalmologistas; ausência de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); uso indiscriminado de ansiolíticos e antidepressivos.

Além disso, foram levantados outros problemas como o atendimento voltado principalmente para a demanda espontânea, longo período de espera para o atendimento médico, baixa resolutividade dos problemas da Saúde Mental, falta de motivação dos profissionais de saúde em virtude de atrasos de pagamentos, desvio de função e relações conflituosas no ambiente de trabalho.

Outro problema importante encontrado foi o alto número de pacientes hipertensos e diabéticos sem o acompanhamento médico necessário. Grande parte dos pacientes procura a unidade somente para a renovação de receitas; não utilizam corretamente os medicamentos prescritos e nem participam dos grupos operativos disponibilizados pela unidade. Finalmente, foi observado que

a equipe de profissionais da unidade de saúde não possui capacitação, e este fato associado à grande distância de residência da população adscrita, proporciona dificuldades na execução de tarefas, havendo sobrecarga de trabalho para alguns e a população sofre o reflexo.

6.2 Segundo Passo: Explicação do problema selecionado

Em reunião com a equipe de saúde e discussão dos problemas identificados na área de abrangência, definiu-se como problema prioritário, o uso abusivo de psicotrópicos, devido à falta de controle sobre os usuários em uso dessas medicações, da dificuldade de atendimento médico e deficiência de informação pela população. Dentre os principais “nós críticos” relacionados ao problema estão a ausência de controle dos medicamentos distribuídos pela farmácia da prefeitura, ausência do controle de pacientes em uso de psicotrópicos pela ESF, automedicação, prescrição excessiva de psicotrópicos pelo corpo médico, relações familiares conflituosas, ausências de atividades e áreas de lazer, insatisfação pessoal, profissional e financeira. Além do mais, percebe-se a falta de informação das pessoas que procuram a medicação e as usam sem orientação e acompanhamento médico.

Somado a tudo isso, tem-se a inexistência de uma equipe de saúde mental de referência, inexistência de reuniões de equipes com a participação do corpo médico e discussões sobre práticas em saúde e processo de trabalho.

Torna-se importante lembrar que a Prefeitura Municipal de Virgínia faz distribuição gratuita de medicamentos benzodiazepínicos aos usuários da Unidade de Saúde. O que mais despertou atenção neste local, foi que muitos pacientes faziam uso inadequado desses medicamentos. Além disso, na entrevista aos usuários, a maior parte se considerou incapaz de viver sem o medicamento, o que permite sugerir que essa população já se encontra dependente.

6.3 Terceiro Passo: Frequência do problema, ação da equipe

O número de pessoas que procura a ESF Moreiras para busca de medicamentos psicotrópicos é relevante, totalizando 1603 pessoas em uso contínuo de psicotrópico com destaque para os benzodiazepínicos (938 pessoas).

Além disso, não há controle pela ESF do número de usuários de psicotrópicos, e se eles estão tomando a medicação nas doses prescritas. Também, não existe nenhum controle da farmácia da prefeitura em relação às pessoas que estão fazendo a retirada da medicação, o tipo de medicação dispensada e o intervalo de tempo entre as retiradas dos medicamentos. Essas questões são relevantes, pois mostram que apesar do uso significativo de psicotrópicos, não há nenhum processo de regulação e limitação do abuso desses medicamentos no município.

Grande parte dos usuários adscritos na unidade Moreiras faz uso abusivo de benzodiazepínicos e ao se submeterem à consulta médica, iniciam a consulta solicitando a renovação de receitas sem nenhum critério e preocupação com os efeitos colaterais ou os reflexos da medicação sobre a sua saúde. A procura e utilização de benzodiazepínicos, segundo grande parte dos pacientes, acontece em decorrência da insônia e ansiedade. Assim, a falta de cuidados adequados, incluindo consulta médica, assistência por parte da equipe de saúde, que por vezes se encontra despreparada para abordar estes usuários, contribuem para o uso inadequado desses medicamentos.

6.4 Quarto Passo: Gênese e causas do problema

Depois de constatar que na ESF Moreiras havia um número significativo de usuários (938) fazendo uso abusivo de benzodiazepínicos, observou-se também a falta de informações adequadas nos prontuários como, por exemplo, as informações sobre a indicação inicial do medicamento, tempo de utilização e a forma de utilização.

Assim, pelas consultas médicas, os usuários, quando questionados na anamnese médica, demonstraram utilizar-se da automedicação desses medicamentos, por diversos motivos: tristeza repentina, insônia, solução para os problemas enfrentados no cotidiano. Assim, foi possível concluir que o uso de benzodiazepínicos pelos usuários era irracional e por vezes abusivo.

6.5 Quinto Passo: Seleção dos nós críticos

Para o problema indicado, como o de maior relevância podem ser citados:

- Ausência de controle dos medicamentos distribuídos pela farmácia da prefeitura e controle de pacientes em uso de psicotrópicos pela ESF;
- Relações familiares conflituosas e ausências de atividades e áreas de lazer;
- Automedicação, prescrição excessiva de psicotrópicos pelo corpo médico e inexistência de uma equipe de saúde mental de referência;
- Inexistência de reuniões de equipes com participação dos médicos para maior discussão sobre práticas em saúde e o processo de trabalho com vistas à melhoria pessoal, profissional e financeira.

6.6 Sexto Passo: Desenho das operações

Operações sobre os “nós críticos” relacionados ao problema “Uso, abuso e dependência de benzodiazepínicos na população idosa de Virgínia, Minas Gerais”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Moreiras, do Município de Virgínia, estado de Minas Gerais.

Os desenhos das operações para cada nó crítico estão descritos no Quadro 2.

Quadro 2 - Desenho das operações, ESF Moreiras, Virgínia, Minas Gerais.

Nó Crítico	Operação/Projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos Necessários
<p>Ausência de controle dos medicamentos distribuídos pela farmácia da prefeitura e controle de pacientes em uso de psicotrópicos pela ESF</p>	<p>Sou consciente</p> <p>-Desenvolver um programa de controle dos medicamentos na farmácia, por meio de fichas individuais de cada paciente, onde serão anotadas as datas de prescrição, retiradas e os motivos de uso dos BZDs.</p> <p>-Fazer a busca ativa dos pacientes sob uso de BZDs e controlar aqueles que já fazem uso.</p>	<p>Espera-se que com as operações mencionadas seja possível conhecer a população usuária de BZD e manter o controle sobre o uso de medicamentos pela população estudada.</p>	<p>Controle da distribuição e do uso de BZDs.</p>	<p>Cognitivo: Levantamento de Informações</p> <p>Organizacional: Adesão da equipe de trabalho da saúde e da equipe responsável pela farmácia.</p>
<p>Relações familiares conflituosas e ausências de atividades e áreas de lazer</p>	<p>Mais comunicação</p> <p>-Receber o apoio do serviço de especialidades, num trabalho em parceria com o CAPS, centros de apoio à família, equipe de saúde e entidades religiosas.</p> <p>-Promover atividades de lazer como trabalhos artesanais, festas em datas comemorativas (carnaval, páscoa, festa junina, natal);</p> <p>-Solicitar a Prefeitura Municipal de Saúde uma área de recreação, onde as atividades possam ser</p>	<p>Melhorar o cotidiano das famílias em momentos de descontração e com isso minimizar os conflitos.</p>	<p>-Junto às parcerias que serão criadas, promover momentos de lazer; debates e conscientização sobre a importância da família na vida de cada pessoa.</p>	<p>Organizacional Articulação entre os setores.</p> <p>Cognitivo: Elaboração de formas de promoção do cuidado.</p>

	realizadas.			
Automedicação, prescrição excessiva de psicotrópicos pelo corpo médico e inexistência de uma equipe de saúde mental de referência	<p>Receita ideal</p> <p>Conscientizar a população sobre os perigos da automedicação;</p> <p>Utilização adequada de medicamentos com mudança de hábitos de vida.</p> <p>Alertar os profissionais médicos quanto ao uso racional de BZDs;</p> <p>Propor a adequação na equipe de saúde.</p>	<p>Melhoria técnica do atendimento;</p> <p>Melhoria do fluxo referência e contra referência;</p> <p>Melhora do sono e diminuição da ansiedade;</p> <p>Melhoria técnica das prescrições.</p>	<p>Programa de artesanato em atividades e palestras educativas.</p> <p>Receitas com indicação, quantidade e tempo de uso corretos.</p> <p>Registrar nos prontuários a indicação da medicação.</p> <p>Equipe de saúde mental.</p>	<p>Organizacional Capacitação; Elaboração de protocolos;</p> <p>Cognitivo: Mudança de paradigmas e de hábitos</p>
Inexistência de reuniões de equipes com participação dos médicos para maior discussão sobre práticas em saúde e o processo de trabalho com vistas à melhoria pessoal, profissional e financeira.	<p>Fale conosco</p> <p>Reuniões com a equipe para construir o vínculo equipe-usuário pelo menos de 2 em 2 meses;</p> <p>Reuniões com a equipe de saúde para aprimoramento das atividades por ela desenvolvidas;</p> <p>Elevar a autoestima dos profissionais de saúde.</p>	<p>Construir vínculo entre a equipe e o usuário gerando confiança;</p> <p>Equipe bem estruturada psicologicamente para o desenvolvimento dos trabalhos;</p> <p>Profissionais com mais disposição e elevada autoestima para lidar com as atividades que tem que desempenhar.</p>	<p>Usuário que faz uso do serviço de saúde com maior confiança.</p> <p>Equipe trabalhando em harmonia.</p> <p>Profissional valorizado, respeitado e confiante no trabalho.</p>	<p>Organizacional: Formar o grupo de usuários de BZDs;</p> <p>Cognitivo: Equipe tratar cada usuário de forma individualizada Profissional ser atendido em suas necessidades.</p>

BZDs- benzodiazepínicos

6.7 Sétimo Passo: Recursos críticos

Para cada operação foram definidos os recursos críticos, conforme descritos no Quadro 3.

Quadro 3- Operação definindo os recursos críticos.

OPERAÇÃO	RECURSO CRÍTICO
Sou Consciente	Cognitivo: levantamento de informações
Mais comunicação	Político: atitude dos gestores Financeiro: Investimento em recursos comunitários
Receita ideal	Organizacional: capacitação e elaboração de protocolos.
Fale conosco	Cognitivo: Equipe tratar cada usuário de forma individualizada. Profissional ser atendido em suas necessidades

BZDs- benzodiazepínicos

6.8 Oitavo Passo: Viabilidade do plano

No Quadro 4 estão disponibilizados os recursos críticos e responsáveis pelas operações.

Quadro 4- Operações e respectivos recursos, motivação e ações estratégicas.

Operações/ Projeto	Recursos críticos	Ator que controla	Motivação	Ação estratégica
Sou consciente:	Cognitivo: levantamento de informações	Equipe de saúde	Favorável usuários: parte é favorável	Controle dos medicamentos Palestras na ESF
Mais Comunicação:	Político: atitude dos gestores Financeiro: Investimento em recursos comunitários	Coordenador de saúde e a própria equipe	Alguns são favoráveis	Apresentar projetos e propostas à coordenação; Propor grupos de reflexão e outros.
Receita ideal:	Organizacional: capacitação e elaboração de protocolos	Coordenação da atenção básica e o médico.	Favorável	Apresentar proposta à secretaria de saúde.
Fale Conosco	Cognitivo: Equipe tratar cada usuário de forma individualizada. Profissional ser atendido em suas necessidades	Profissionais: equipe de saúde e usuário	Parte é favorável, parte é indiferente.	Reuniões de grupo, nas salas de espera e durante as festividades da ESF.

6.9 Nono Passo: Plano operativo

No Quadro 5 estão apresentados para cada operação os resultados, os produtos, as ações e os prazos para sua execução.

Quadro 5: Operações e respectivas ações e produtos/resultados esperados.

Operações	Resultados	Produtos	Ações Estratégicas	Responsável	Prazos
Sou Consciente	Espera-se que com as operações mencionadas seja possível conhecer e ter um controle sobre o uso de medicamentos pela população estudada.	Controle da distribuição de medicamentos e uso de BZDs.	-Controle dos medicamentos -Palestras na ESF	Médico, Enfermeira e ACS	2 meses para o início das atividades.
Mais Comunicação	Melhorar o cotidiano das famílias em momentos de descontração e com isso minimizar os conflitos.	Junto às parcerias que serão criadas, promover momentos de lazer, debates e conscientização sobre a importância da família na vida de cada pessoa.	Apresentar projetos e propostas à coordenação; Propor grupos de reflexão e outros.	Coordenador da Atenção Básica da Saúde e equipe	2 meses
Receita Ideal	Melhoria da técnica do atendimento; Melhoria do fluxo de referência e contra-referência; Melhora do sono e diminuição da ansiedade; Melhoria das técnicas de prescrições.	Programa de artesanato em atividades e palestras educativas. Receitas com indicação, quantidade e tempo de uso corretos. Registrar nos prontuários a indicação da medicação. Equipe de saúde mental.	Apresentar proposta à secretaria de saúde.	Médico e coordenador da UBS	3 meses
Fale conosco	Construir vínculo entre a equipe e o usuário gerando confiança;	Usuário que faz uso do serviço de saúde com maior confiança. Equipe	Reuniões de grupo, nas salas de espera e durante as festividades.	Toda a equipe	1 ano

	<p>Equipe bem estruturada psicologicamente para o desenvolvimento dos trabalhos;</p> <p>Profissionais com mais disposição e elevada autoestima para lidar com as atividades que tem que desempenhar.</p>	<p>trabalhando em harmonia.</p> <p>Profissional valorizado, respeitado e confiante no trabalho.</p>			
--	--	---	--	--	--

BZDs -benzodiazepínicos

Ressalta-se que a operação "**Sou Consciente e Mais Comunicação**" encontra-se em andamento, com a realização de palestras educativas e grupos de roda de conversa. Essas atividades estão sob a responsabilidade do médico, do enfermeiro e do farmacêutico do NASF.

6.10 Décimo Passo: Gestão do plano

A gestão do plano consiste em acompanhamento diário, semanal ou mensal, conforme o levantamento da demanda e de esforço institucional de forma constante, com vistas à identificação de fragilidades e a busca de sua solução pela equipe de saúde em tempo hábil.

Trata-se, portanto do monitoramento e avaliação, que é um processo contínuo e sistemático. Segundo Campos; Faria; Santos (2010), a avaliação tem alcançado crescente relevância na medida em que as sociedades cobram melhor a qualidade e o baixo custo dos serviços.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a grande prevalência do uso de benzodiazepínicos no município de Virgínia, Minas Gerais, houve a necessidade da criação e organização de um projeto de intervenção para melhorar esse cenário.

A implantação das ações, poderá ser efetiva por meio da educação permanente, o acesso ao conhecimento e a conscientização da população sobre o tema. Também, conhecer as causas da utilização dos benzodiazepínicos e os outros medicamentos psicotrópicos pela equipe de saúde, pode ser o ponto inicial para a mudança de comportamento.

Com a educação continuada, acompanhamento dos pacientes e a realização de parcerias com o Centro de Referência de Assistência Social (Caps) e o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) poderá promover mudanças no comportamento em relação ao uso destes medicamentos.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. Conselho Federal de Medicina. **Abuso e dependência dos benzodiazepínicos**, Projeto Diretrizes, 2008.

BERNIK, M. A. **Benzodiazepínicos: quatro décadas de experiência**. 1.ed. São Paulo: Edusp, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas**: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento: efeitos de substâncias psicoativas no organismo. 3 ed. Brasília (DF); 2006. Disponível em https://www.supera.senad.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/SUP9_Guia.pdf e acessado em 25 de março de 2018.

BRUNTON, I. L.; LAZO, J. S.; PARKER, K. L. **As bases farmacológicas da terapêutica**, 12 ed., Rio de Janeiro: McGraw-Hill, cap. 17, p.457-79, 2012.

BUENO, C.S.; BANDEIRA, V.A.C.; OLIVEIRA, K.R.; COLET, C.F. Perfil de uso de medicamentos por idosos assistidos pelo Programa de Atenção ao Idoso (P.A.I.) da UNIJUÍ. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, v. 15, n.1, p. 51-61, 2012.

BUENO, J.R. Emprego clínico, uso indevido e abuso de benzodiazepínicos - Uma revisão. **Rev Debates Psiquiatr**, v.2, n. 3, p. 6-11, 2012.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3872.pdf> e acessado em 25 de março de 2018.

CORREA, E.J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, C.S.L. **Iniciação à Metodologia: Textos Científicos**. Belo Horizonte: Nescon UFMG, 2013. p.140.

GALLEGUILLOS, T.; RISCO, L.; GARAY, J.L.; GONZÁLEZ, M.; VOGEL, M. Tendencia del uso de benzodiazepinas en una muestra de consultantes en atención primaria. **Rev Méd Chile**, v. 131, p. 535-40, 2003. Disponível em https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000500009 e acessado em 25 de março de 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE. **IBGE cidades**. Virginia, Minas Gerais, 2014 . www.cidades.ibge.gov.br/ acessado em 25 de março de 2018.

KATZUNG, B.G. **Farmacologia Básica e Clínica**. 10. ed. Editora: McGraw-Hill Education, 2010. Seção V, cap. 22, p.309-22.

KLASCO, R. K., ed. **DRUGDEX System** [Database on the Internet].Greenwood Village (Colorado): Thomson Micromedex; [1974-2010], 2011. Disponível em <<http://www.portaldapesquisa.com.br/databases/sites?cust=capes&area=csaud e&db=drugpoints&publisher=hcs&action=login&authype=ip&style=capes>

LARANJEIRA, R.;CASTRO,L.A.P.G. **Dependência de benzodiazepínicos**.2014 Disponível em <http://www.uniad.org.br> e acessado em 25/03/2018.

MUNIZ, E.C.S.; GOULART, F.C.; LAZARINI, C.A.; MARIN, M.J.S. Análise do uso de medicamentos por idosos usuários de plano de saúde suplementar. **Rev Bras Gerontol**, v.20, n.3, p. 375-87, 2017.

NALOTO, D.C.C.; LOPES, F.C.; BARBERATO-FILHO, S.; et al. Prescrição de benzodiazepínicos para adultos e idosos de um ambulatório de saúde mental. **Cienc Saúde Colet**, v.21, n.4, p. 1267-76, 2016.

NOIA, A.S.; SECOLI, S.R.; DUARTE, Y.A.O.; LEBRÃO, M.L.; LIEBER, N.S.R. Fatores associados ao uso de psicotrópicos em idosos no município de São Paulo. **Rev Esc Enferm USP**, v.46, n. esp., p. 38-43, 2012.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VIRGINIA, Minas Gerais. **Serviços de saúde**, 2018

RANG, H.P.; DALE, M.M. **Farmacologia**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

SCHELLACK, G. **Farmacologia uma abordagem didática**. Belo Horizonte : **Fundamento**, 2006. Disponível em <https://www.saraiva.com.br/farmacologia-uma-abordagem-didatica-178235.html> e acessado em 25 de Março de 2018.

SOUTO, S.M.T.; PODESTÁ, M.H.M.C.; SOUZA, W.A.S.; ALMEIDA, G.G. Qualidade devida de usuários de benzodiazepínicos. **Rev Aten Saúde**, São Caetano do Sul, v.15, n.52, p. 96-101, 2017. Disponível em <https://www.researchgate.net/.../320942083>; Acessado em 25 de março de 2018.

SOUZA, A. R. L.; OPALEYE, E. S.; NOTO, A. R. Contextos e padrões de uso indevido de benzodiazepínicos entre mulheres. **Ciênc Saúde Colet**, v. 18, n. 4, p.1131-1140, mar. 2013. Disponível em <https://pdfs.semanticscholar.org/9653/6d908bdb59a2a49e0ee019f9d107ce86f580.pdf> e acessado em 25 de março de 2018.

VANTOUR, A. L.; ARZUAGA, A.A.; ROMERO, J.B.; FONTELA, N.O. Uso y abuso de lãs benzodiazepinas. **Medisan**, v. 14, n. 4, 555-66, 2010. Disponível em <<http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029>>.