UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMILIA

DAIANA DUTRA DE PAULA

ABUSO DE BENZODIAZEPÍNICOS: PLANO DE AÇÃO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE GERALDINA AUGUSTA BRAGA - PTB - MUNICÍPIO DE BETIM – MINAS GERAIS

BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS

2017

DAIANA DUTRA DE PAULA

ABUSO DE BENZODIAZEPÍNICOS: PLANO DE AÇÃO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE GERALDINA AUGUSTA BRAGA - PTB- MUNICÍPIO DE BETIM – MINAS GERAIS

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

Orientadora: Profa. Dra. Maria José Moraes Antunes

BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS

2017

DAIANA DUTRA DE PAULA

ABUSO DE BENZODIAZEPÍNICOS: PLANO DE AÇÃO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE GERALDINA AUGUSTA BRAGA - PTB - MUNICÍPIO DE BETIM – MINAS GERAIS

Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria Jose Moraes Antunes - Orientadora

Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em:___/___/2017

RESUMO

Este trabalho teve por objetivo apresentar um projeto de intervenção para reduzir o consumo abusivo de benzodiazepínicos pela comunidade atendida na Unidade Básica de Saúde Geraldina Augusta Braga do bairro PTB, em Betim, Minas Gerais. Estimativa rápida identificou que na comunidade da Equipe Paulo Camilo III, considerando a população de 3.554 habitantes na área de abrangência da equipe, em um período de seis meses, foram feitas 455 consultas em saúde mental (12,80% do total da população), com prescrição de benzodiazepínicos para 64% dessas pessoas atendidas, sendo a maioria mulheres (82,06%) e idosos (63,07%). No mesmo período foi realizada somente uma reunião de um grupo de saúde mental. A metodologia constou de quatro etapas: diagnóstico situacional, elaboração de plano de intervenção, revisão teórica científica na base de dados da SciELO e em obras impressas, seguida da atualização da proposta elaborada. Encontraram-se referências de sucesso na redução do consumo destes medicamentos, onde há bom vínculo entre a equipe e especialmente com os Agentes Comunitários de Saúde no seguimento dos pacientes, e na existência de apoio matricial, que oferece fundamental retaguarda assistencial e suporte técnico pedagógico para o bom trabalho da Equipe de Saúde da Família. A proposta de intervenção foi realizada seguindo os passos do planejamento estratégico situacional e propõe o desenvolvimento de quatro subprojetos em nível local. Conclui-se a necessidade de integrar a Estratégia de Saúde da Família com outros serviços sociais, capacitar os profissionais em relação ao acompanhamento psicoterapêutico e medicamentoso, melhorar a atenção farmacêutica e contar com apoio de centros de convivência, academias da cidade, Centro de Referência de Assistência Social e criar espaços educativos.

Palavras-chave: Benzodiazepínicos. Saúde Mental. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The objective of this study was to present an intervention project to reduce the abuse of benzodiazepines by the community served at the Geraldina Augusta Braga Basic Health Unit of the PTB neighborhood in Betim, Minas Gerais. Rapid estimation identified that in the Paulo Camilo III Team community, considering the population of 3,554 inhabitants in the team's area, during a six-month period, 455 mental health consultations (12.80% of the total population) were done, with benzodiazepine prescription for 64% of those served, being the majority women (82.06%) and elderly (63.07%). In the same period, only one mental health group meeting was held. The methodology consisted of four stages: situational diagnosis, elaboration of an intervention plan, scientific theoretical revision in the SciELO database and in printed works, followed by an update of the elaborated proposal. There have been successful references in the reduction of the consumption of these drugs, where there is a good link between the team and especially with the Community Health Agents in the follow-up of the patients, and in the existence of matrix support, which offers fundamental caretaker back and pedagogical technical support for the good work of the Family Health Team. The intervention proposal was carried out following the steps of the strategic situation planning and proposes the development of four subprojects at the local level. It is concluded that there is a need to integrate the Family Health Strategy with other social services, to train professionals in relation to psychotherapeutic and medication follow-up, to improve pharmaceutical care and to count on the support of community centers, city academies, Social Assistance and create educational spaces.

Keywords: Benzodiazepines. Mental Health. Primary Health Care.

LISTA DE SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BLH	Banco de Leite Humano de Betim
BZD	Benzodiazepínicos
CAPS	Centros de Assistência Psicossocial
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
PIC	Práticas Integrativas e Complementares
SUS	Sistema Único de Saúde
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Paulo Camilo III, UBS Geraldina Augusta Braga, município de Betim, Estado de Minas Gerais	30
Quadro 2	Descritores do problema abuso de benzodiazepínicos na Equipe Paulo Camilo III, últimos 6 meses, setembro de 2016 a março de 2017	31
Quadro 3	Plano Operativo	35

SUMÁRIO

1	**INTRODUÇÃO**	9
2	**JUSTIFICATIVA**	17
3	**OBJETIVOS**	18
4	**METODOLOGIA**	19
5	**REFERENCIAL TEÓRICO**	20
5.1	Causas do abuso de benzodiazepínicos na atenção básica	20
5.2	Estratégias para melhorar a comunicação e o nível de informação da população	22
5.3	Rede de Cuidados para os portadores de sofrimento mental	24
5.4	Relato de experiências exitosas	27
6	**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**	29
6.1	Apresentação do Cenário	29
6.2	Priorização dos Problemas	30
6.3	Plano Operativo	34
7	**CONSIDERAÇÕES FINAIS**	36
REFERÊNCIAS		37

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breves informações sobre o município Betim

Betim é uma cidade com 422.354 habitantes (estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE para o ano de 2016) que faz parte da Região Metropolitana de Belo Horizonte. Na década de quarenta, instalaram-se as primeiras indústrias de Betim, ligadas à constituição do Parque Siderúrgico Nacional; por sua oferta privilegiada de infraestrutura, Betim passou a ser um polo de atração de indústrias. Na década de cinquenta, o planejamento estadual destinou a Betim duas outras funções econômicas: a industrialização de base, representada pelas siderúrgicas, e a produção de alimentos para o abastecimento local (BETIM, 2017a).

O parque industrial de Betim cresceu e se diversificou. Além de polo petroquímico e automotivo, a cidade também abriga importantes empresas nos setores de metalurgia, alumínio, mecânica, serviços e logística. Porém, existem muitas áreas que sofreram um processo de exclusão social ao longo dos últimos anos, esse fato acrescido da atual crise econômica, tem elevado as taxas de desemprego. Este cenário ilustra alguns fatores sociais e econômicos que favorecem a criminalidade e a violência. Betim tem apresentado elevados índices de homicídios, muito associados ao tráfico de drogas. É o município de Minas Gerais com o maior índice de assassinatos e mortes violentas (taxa de 65,2 óbitos para cada 100 mil habitantes, ou mais que o dobro da taxa nacional, que foi de 28,9 mortes a cada 100 mil habitantes), segundo o Atlas da Violência 2017, elaborado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública (IPEA, 2017).

Como na maioria das regiões do Brasil, a política em Betim sofre grande influência daqueles grupos familiares que já possuem acesso aos mecanismos políticos; existem candidatos pertencentes a pequenos grupos que tentam divulgar as ideologias de seus partidos, porém, a liderança permanece se revezando nas mãos daqueles com históricos familiares de pessoas envolvidas na administração de empresas e também na política. A cidade promove diversos eventos que valorizam a cultura local, como o Betim Rural e o Betiquim, além de eventos de cunho social como A Feira da Paz, e religioso como o Rebanhão do Senhor (BETIM, 2017a).

Na área de saúde, a cidade é referência para os municípios que compõem a Região de Saúde de Betim, além desses, a Secretaria Municipal de Saúde pactua internações hospitalares em média complexidade assistencial, por exemplo, com outros municípios próximos. O município conta com 34 Unidades Básicas de Saúde (UBS), equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Práticas Integrativas e Complementares (PIC) (BETIM, 2017a).

1.2 O sistema municipal de saúde

A Secretaria Municipal de Saúde tem por objetivo construir e organizar a política municipal de saúde e elaborar planos e programas em sua área de competência. É sua tarefa gerenciar e analisar o Sistema Único de Saúde (SUS) em Betim, além de organizar ações e serviços de vigilâncias epidemiológica, sanitária e de saúde do trabalhador.

Os serviços administrativos da Secretaria Municipal de Saúde são: a Diretoria de Vigilância a Saúde, a Diretoria de Gestão Estratégica e Participativa, A Diretoria de Educação em Saúde, a Diretoria Operacional, a Diretoria Administrativa e Gestão do Trabalho, a Diretoria de Suprimentos, a Coordenadoria de Planejamento e Gestão, a Diretoria de Regulação, e as três Ouvidorias do SUS (BETIM, 2017b).

O Conselho Municipal de Saúde tem como principal tarefa atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, inclusive, aspectos econômicos e financeiros (BETIM, 2017b).

O Hospital Público Regional de Betim é qualificado como hospital geral, nos ramos eletivo, urgência e emergência. Dispõe de unidade de pronto-socorro com atendimento a politraumatizados, maternidade e neonatologia, serviços ambulatoriais de alta complexidade de terapia renal substitutiva, serviço de apoio diagnóstico e traçados gráficos e laboratório de análises clínicas, entre outros (BETIM, 2017b).

A Maternidade Pública Municipal de Betim Haydée Espejo Conroy oferta os seguintes serviços de gestação de risco habitual: abortamento e urgências obstétricas e ginecológicas, atendimento à mulher vítima de violência, exames de ultrassonografia e laboratoriais, assistência neonatal, fototerapia – inclusive domiciliar –, cuidados mãe-canguru, atendimento integral, orientação sobre a saúde

reprodutiva da mulher e cuidados com a criança, assistência humanizada aos partos normal e cesárea.

O Hospital Orestes Diniz faz parte do complexo da Casa de Saúde Santa Izabel, dirigida pela Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Até 2002, ele realizava o atendimento dos pacientes da antiga Colônia Santa Izabel; após essa data, a unidade se tornou um Hospital de Pronto Atendimento. Conforme parceria firmada entre a Prefeitura de Betim e a FHEMIG, a unidade é administrada pela fundação (BETIM, 2017b).

Betim tem quatro Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h). As UPA do município objetivam prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes com quadros agudos ou agudizados de origem clínica e prestar primeiro atendimento aos casos cirúrgicos ou de trauma, estabilizando os pacientes e efetuando a investigação diagnóstica inicial, especificando, em todos os casos, a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares. São: UPA Alterosas; UPA Guanabara; UPA Sete de Setembro; UPA Teresópolis.

Em Betim, o sistema de saúde está organizado em Redes de Atenção à Saúde, sendo a Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) estruturada dentro das diretrizes da ESF, como ordenadora da rede de saúde, proporcionando a integralidade da atenção, a qualificação das práticas e a gestão do cuidado, de forma a garantir a resolubilidade para os serviços prestados e a expansão do acesso com equidade. O município conta com 34 UBS, equipes da ESF, NASF e PIC.

O Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador atende as questões relativas à saúde dos trabalhadores da região de saúde de Betim. Ele tem como função dar subsídio técnico para o SUS, nas ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde do trabalhador. O serviço é direcionado a todos os trabalhadores das áreas urbanas e rurais, que exercem atividades para o sustento próprio e/ou de seus dependentes, seja no setor formal ou no informal da economia.

O Centro de Referência em Reabilitação Anderson Gomes de Freitas é um serviço de reabilitação que oferece atendimento adulto e pediátrico nas áreas ortopédicas e neurológicas. Sua equipe é formada por profissionais das áreas de fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia e nutrição, que atua com o objetivo

de acolher, avaliar e reabilitar, buscando a reintegração do cidadão às atividades de vida e a participação social.

O Centro de Referência em Especialidades Divino Ferreira Braga atende a usuários que precisam de uma consulta com especialistas de diversas áreas: alergologia, angiologia, cardiologia, dermatologia, endocrinologia, fonoaudiologia, gastroenterologia, geriatria, ginecologia, hematologia, homeopatia, mastologia, nefrologia, neurologia, nutrição, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, pneumologia, pré-natal de alto risco, proctologia, reumatologia e urologia (BETIM, 2017b).

O Serviço de Prevenção e Assistência em Doenças Infecciosas é um serviço de referência em infectologia que fornece assistência especializada a pacientes com HIV/AIDS, hepatites B e C, sífilis, vítimas de acidentes com material biológico e de violência sexual, pacientes com rubéola, toxoplasmose congênitas, e outros casos de doenças infecciosas ou de agravos infecciosos que precisam de tratamento com médico infectologista.

O Centro de Tratamento de Lesões João Pipoca presta atendimento aos casos de lesões de maior complexidade, como as originadas pela hanseníase e demais feridas mais complicadas, como as que não cicatrizam. O centro faz parte do complexo da Casa de Saúde Santa Izabel, coordenada pela FHEMIG.

A Farmácia Viva produz e fornece medicamentos homeopáticos e fitoterápicos prescritos por profissionais da Rede SUS Betim. A unidade da Farmácia Popular em Betim faz parte do Programa Farmácia Popular do Brasil e oferece medicamentos a baixo custo para a população (BETIM, 2017b).

O Banco de Leite Humano de Betim (BLH) recebe, faz o processamento e distribui o leite humano proveniente das doações para as UTI neonatais do município. O BLH também promove e incentiva o aleitamento materno, através de campanhas educativas e da orientação das mães que procuram a unidade.

O Centro de Controle de Zoonoses age na prevenção, controle e erradicação de doenças transmitidas por animais vetores, hospedeiros ou reservatórios, além de acidentes com animais peçonhentos.

A Rede de Atenção Psicossocial oferece atendimento às pessoas portadoras de transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso/abuso de álcool, crack e outras drogas. Betim conta com quatro Centros de Referência em Saúde Mental, sendo um infantil; conta também com um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e

Drogas. O Centro de Convivência Estação dos Sonhos oferece serviços para a inclusão social das pessoas com transtornos mentais ou que fazem uso de drogas.

1.3 A Equipe de Saúde da Família Paulo Camilo III, seu território e sua população

A regional do PTB tem cerca de 29710 habitantes (estimativa 2012), localizada a leste de Betim que conta com as seguintes unidades de saúde: UAPS Guanabara, UPA Guanabara, UAPS Campos Elísios, UAPS Paulo Camilo e UAPS PTB.

O bairro PTB teve sua origem no início do século XX, quando foi criada nessa região o Posto Telegráfico Betim, uma das três paradas do trem da ferrovia que corta o município. O posto teve importância significativa para a região, uma vez que, a partir dele um pequeno aglomerado de casas se formou, recebendo o nome de PTB. Até a 1970, o local era um pequeno povoado. A partir da implantação do Distrito Industrial de Paulo Camilo, ocorreu uma reorganização do espaço e um acentuado crescimento populacional. Além do PTB, a ferrovia também tinha outra parada em Betim: o posto telegráfico PTA, localizado no Centro. Na UAPS PTB, também conhecida como UBS Geraldina Augusta Braga - PTB, trabalham duas Equipes de Saúde da Família - Equipe PTB/Santa Cruz e Equipe Paulo Camilo III - uma Equipe de Saúde Bucal, uma Equipe de Saúde Mental e uma equipe que compõe o NASF.

A Unidade de Saúde que abriga a Equipe Paulo Camilo III foi inaugurada há cerca de 30 anos e está situada na Rua Rio Japurá, 310, Santa Cruz. A construção é antiga e necessita de reformas, o espaço é inadequado considerando a demanda e a população atendida. Os usuários circulam livremente durante a espera pelo atendimento, gerando tumulto na unidade, principalmente nos horários de pico de atendimento. A estrutura física carece de acesso apropriado e melhor ventilação. A construção da atual unidade foi precedida de abaixo assinados de moradores, impulsionados por funcionários da unidade antiga que se localizava em uma casa alugada, hoje transformada em uma loja (BETIM, 2017c).

A Unidade de Saúde funciona das 7 às 18 horas e, para tanto, é necessário o apoio dos agentes comunitários de saúde, que se revezam durante a semana, segundo uma escala, em atividades relacionadas à assistência, como recepção e arquivo. Esse fato tem sido motivo de diversas discussões. O tempo da equipe está ocupado

quase que exclusivamente com as atividades de atendimento da demanda espontânea (maior parte) e com o atendimento de alguns programas, como: saúde bucal, pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e ginecológico, atendimento a hipertensos e diabéticos, e acompanhamento de crianças desnutridas (BETIM, 2017c).

A enfermeira da equipe faz a triagem de acordo com a classificação de Manchester. Na agenda são reservadas em torno de 9 a 10 vagas para urgência por dia. Na unidade, a ficha de atendimento pela enfermagem é distribuída de 7 às 8 horas. A enfermeira agenda os atendimentos médicos, e quando estes são realizados, caso o paciente necessite realizar alguns exames, eles são marcados uma vez por semana conforme nova distribuição de senhas. A marcação de exames tem sofrido críticas intensas, pois no dia reservado para tal atividade, a unidade encontra-se lotada, os pacientes comparecem pela manhã, em fila formada pelos mesmos, para garantir a obtenção das senhas que são distribuídas à tarde e em número reduzido, e muitos exames encontram-se suspensos.

Os encaminhamentos para as especialidades são realizados através de formulários de referência e contrarreferência; o município possui protocolos para auxiliar na escolha dos encaminhamentos e para estratificá-los de acordo com as prioridades.

Uma ferramenta bastante útil para minimizar a quantidade dos encaminhamentos é a teleconsultoria, realizada pelo profissional médico via online, que possibilita a obtenção de opinião especializada sobre determinado caso. Apesar desta estrutura, as consultas com especialistas são motivo de demanda constante dos pacientes devido ao prazo superior ao preconizado para a realização de determinadas consultas e/ou retornos.

O atendimento ginecológico/obstétrico é oferecido por especialista que trabalha na unidade em dias e horários específicos com as duas equipes de saúde da família, este atendimento foi requisitado devido à superlotação na demanda. O atendimento pediátrico é realizado, quando necessário, em outra unidade de saúde que reserva duas vagas por dia em sua agenda à disposição da UBS PTB, este encaminhamento é realizado pelo médico generalista ou enfermeiros.

A Equipe de Saúde Mental e o NASF não são abertos à demanda espontânea. Ocorrem reuniões mensais em cada um destes setores, onde são discutidos os casos e tomadas as determinadas condutas e encaminhamentos (BETIM, 2017c).

A Equipe de Saúde Bucal trabalha com demanda espontânea via acolhimento com levantamento da necessidade clínica. A depender deste acolhimento, o paciente é atendido na urgência ou seu atendimento é agendado. A organização da agenda é feita pelos cirurgiões dentistas. A Equipe de Saúde Bucal é uma equipe independente e interage com o restante da equipe apenas em situações bem particulares.

Entre os 3554 habitantes da área de abrangência da Equipe Paulo Camilo III, 1696 (47,7%) são homens e 1858 (52,3%) são mulheres. Em 2016, ocorreram 132 hospitalizações de usuários da área de abrangência da Equipe Paulo Camilo III da UBS PTB sendo 54 por gravidez, parto e puerpério; 20 por doenças do aparelho circulatório; 35 por doenças do aparelho respiratório; 5 por lesões, envenenamentos e outras consequências de causas externas; 1 por neoplasias e 17 por demais causas (registros da equipe).

A principal causa de óbito de residentes na área de abrangência da Equipe Paulo Camilo III da UBS PTB, foi doença do aparelho circulatório. Observa-se no atendimento espontâneo e cotidiano, uma alta prevalência de pacientes portadores de sofrimento mental, tais como esquizofrenia, transtorno bipolar, depressão e ansiedade e solicitação ao médico consultor de receitas de remédios para insônia ou nervosismo.

A população atendida pela Equipe Paulo Camilo III, conta com a Escola Estadual Antônio Augusto Ribeiro, outras escolas são frequentadas pelos moradores da região, porém esta é a escola referência do local. A comunicação da escola com a unidade se dá através de encaminhamentos, por exemplo, para atendimento fonoaudiólogo, psicológico, dentre outros, de acordo com o observado, principalmente, pelo setor pedagógico.

O Centro Infantil Municipal Maria Engrácia de Souza é uma creche localizada no bairro Paulo Camilo III, que presta assistência pública voltada para a educação infantil (SILVA, 2016).

Existem várias igrejas de diversas denominações na região, observa-se o crescimento destes estabelecimentos assim como em todo o Brasil e da consequente migração religiosa entre os moradores.

A região utiliza a praça do bairro Santa Cruz para a realização de atividades físicas e de lazer. A área conta com pista de caminhada, quadra esportiva, bancos, jardins e iluminação para atividades noturnas, apesar de moradores relatarem que evitam determinados horários, receosos devido à alta taxa de criminalidade local. A Associação dos Moradores do PTB administra clínicas de fisioterapia e ginástica laboral com transporte gratuito, esta conta com alguns veículos doados pelo governo do estado. É um serviço bastante utilizado pela população, que para ter acesso basta fazer inscrição em uma das unidades e apresentar um laudo médico. Apesar da contribuição que as clínicas oferecem a população, elas têm sido alvo de críticas bem fundamentadas, pois ninguém da associação sabe informar de onde vêm os recursos para a manutenção das clínicas e nenhuma delas tem registro no Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional em Minas Gerais e muitas operam com estagiários em início do curso, sem a supervisão de um profissional formado, prática vedada pela legislação em vigor (SILVA, 2016).

A unidade contém número significativo de pacientes portadores de sofrimento mental, sendo muito prescritos benzodiazepínicos (BZD), antidepressivos, estabilizadores de humor e antipsicóticos. O que tem sido um grande problema devido a lista com diversos medicamentos não disponíveis na farmácia da unidade, gerando bastante descontentamento por parte da população e dos profissionais.

2 JUSTIFICATIVA

Estudos mostram que o uso continuado e disseminado de medicamentos sedativos gera preocupação quanto à tolerância e adição a longo prazo; particularmente quando outras questões estão envolvidas, como depressão e ansiedade, ou quando os efeitos adversos podem ser problemáticos, como as quedas em idosos (PANNEMAN; CURRAN, 2003).

Medicamentos hipnóticos são usados com frequência para manejar insônia na clínica geral. Diferentes classes de medicamentos para dormir são prescritas ou compradas direto no balcão (FALLOON, 2011).

Loyola Filho (2014) ao estudar o uso de BZD e antidepressivos em UBS encontrou associação positiva entre uso de antidepressivos e idosos de baixa renda, alertando para possível desigualdade no acesso aos serviços de saúde mental.

O consumo crescente de medicamento de uso controlado (psicofármacos) causa grande impacto na economia familiar e na sociedade. A falta de suficientes e eficientes serviços públicos de saúde mental parece agravar o processo de medicalização na atenção básica, fazendo com que o consumo seja cada vez maior e o uso racional do medicamento não se concretize.

Quanto aos efeitos adversos, apesar de serem considerados seguros, algumas restrições a sua utilização devido aos efeitos colaterais, a maioria relacionados à depressão do sistema nervoso central, reforçam a necessidade de estudar sobre o perfil do uso dos BZD pela população.

Desta forma, justifica-se o presente estudo devido à necessidade de se atentar para as causas e ações de controle do uso indiscriminado dos BZD na UBS.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Elaborar um projeto de intervenção para reduzir o consumo abusivo de benzodiazepínicos pela comunidade atendida na Unidade Básica de Saúde Geraldina Augusta Braga (PTB), em Betim, Minas Gerais.

3.2 Específicos

Realizar revisão teórico-científica e atualização sobre abuso da prescrição de benzodiazepínicos na atenção básica.

Propor plano de ação para organização da estrutura do serviço para o atendimento dos pacientes em uso constante de benzodiazepínicos visando a redução do consumo.

4 METODOLOGIA

Este estudo consta de duas etapas:

A primeira da elaboração do diagnóstico situacional incluindo reunião com a equipe da estratégia saúde da família e foi utilizado o Método Simplificado do Planejamento Estratégico Situacional (PES) para identificar os problemas prioritários.

Na segunda etapa foi realizada revisão de literatura, necessária para fundamentar a eficácia da proposta de intervenção contida no Plano de Ação anteriormente elaborado. Foram utilizados os seguintes descritores:

Benzodiazepínicos.

Saúde Mental.

Atenção Primária à Saúde.

Foram utilizadas referências pessoais, buscas em base de dados do SciELO e manuais do Ministério da Saúde. Os artigos selecionados foram publicados preferencialmente entre 2007 e 2017.

Após a leitura das publicações selecionadas fez-se a revisão, ajustes e atualização do Plano de ação, para atingir os objetivos propostos neste trabalho.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 Causas do abuso de benzodiazepínicos na atenção básica

Há dois perfis de usuários de BZD bem delimitados. O primeiro envolve usuários de drogas, sendo principalmente jovens do sexo masculino, e o segundo envolve um perfil caracterizado por mulheres, idosos e pessoas com comorbidades crônicas. A principal diferença entre estes grupos está no tipo de abuso: o abuso “recreativo” ou irresponsável e o abuso crônico e responsável (FIRMINO, 2008).

O uso abusivo recebe a contribuição de diversos envolvidos, como o médico, a família e o próprio usuário. A falta de informação, os efeitos deletérios do abuso serem muitas vezes desconsiderados e a automedicação parecem estar entre as principais causas que levam ao consumo exacerbado (XAVIER,2010).

Um estudo alerta que o médico ao realizar a prescrição sustenta o uso crônico de BZD e que, em muitos casos, os pacientes não são informados acerca dos eventos adversos causados pela medicação (AUCHEWSKY *et al*., 2004, apud XAVIER, 2010).

A prescrição médica inadequada contribui muito para o uso prolongado de BZD. Segundo estudo realizado por Firmino (2008), onde foram avaliadas as indicações de BZD em Coronel Fabriciano, Minas Gerais, concluiu-se que 70% das prescrições eram inadequadas, considerando a indicação e o tempo de tratamento. Um fato ainda mais grave foi observado: a grande maioria dos prescritores reconhece a dependência já instalada, no entanto mantém a prescrição sem ao menos tentar realizar mudanças no tratamento. Firmino cita também o estudo de Dybwad (1996) realizado na Noruega que afirma que entre os fatores que levam os clínicos a prescrever BZD está a dificuldade em negar a receita.

A maioria das prescrições é realizada por médicos não psiquiatras. Isso tem favorecido o aparecimento de efeitos adversos diversos do uso inadequado e crônico (ORLANDI e NOTO, 2005 apud CASALI, 2010).

O acesso aos BZD na atenção básica no Brasil é facilitado devido aos programas governamentais distribuírem esses medicamentos gratuitamente sem muitas medidas de fiscalização (CRUZ et al., 2006 apud TELLES FILHO et al., 2011).

Mendonça et al. (2008) cita Conrad (1992) ao relatar que os medicamentos muitas vezes são indicados pelos próprios usuários que acreditam possuir conhecimento e experiência suficientes para prescrevê-los e se automedicar. Quando estes medicamentos são prescritos pelos serviços de saúde, é comum observar que muitos usuários não fazem o uso corretamente, ora por não entenderem as informações passadas ora por se acharem aptos para usar conforme sua vontade.

Outro estudo demonstra dois perfis de usuários identificados: “o primeiro composto de idosos em busca do efeito hipnótico e o segundo composto por mulheres de meia idade que estão em busca do efeito ansiolítico” (ORLANDI e NOTO, 2005 *apud* CASALI, 2010, p.17).

O uso em idosos associa-se à perda de papeis sociais, às modificações que ocorrem ao longo da vida e à imagem estereotipada de que os idosos são frágeis física e emocionalmente, o que acaba por promover o aumento da prescrição de medicamentos como os BZD. É ressaltada, ainda, a tendência das idosas de classe social mais baixa se recolherem, cada vez mais, ao domicílio. Este fato coincide com a inserção dos homens doentes ou aposentados nas residências. A mulher acaba por sofrer tensões que podem acarretar o abuso de BZD, essas causadas pelo seu papel de cuidadora, aquela que preocupa com a família e com os filhos e com as dificuldades sócio econômicas. Os BZD são utilizados para acabar com sofrimentos e desentendimentos (MENDONÇA et al., 2008).

Essa situação é citada por autores renomeados que referem o quanto é comum e mais rápido para o usuário fazer o uso da droga a ter que enfrentar situações de estresse cotidianas (CRUZ *et al*., 2006 *apud* TELLES FILHO *et al*., 2011).

> A absolutização da medicação, aparentemente sugerida pelas indústrias farmacêuticas, tem como propósito ser agente construtor de um sujeito sem conflitos, como mais um instrumento de

> modelização subjetiva, de formatação de padrões de normalidade que pretendem dar conta de todos os conflitos da natureza [...] com isso, a medicalização da vida vem se caracterizando por transformar fenômenos de ordem social, política e econômica em problemas médicos (GONÇALVES e FERREIRA, 2008, p.640-1).

A maior prevalência de depressão e ansiedade entre mulheres idosas, consequência do risco de isolamento social, parece estar associada à prevalência do uso abusivo de BZD nesta população (MARIN *et al*., 2008).

Nas instituições de longa permanência, os pacientes podem apresentar quadros depressivos, ansiosos, insônia, dependência e perda de autonomia, levando ao uso de BZD, porém esses quadros tornam difícil a suspensão desses medicamentos nos casos de ansiedade e de má qualidade do sono, apesar dos riscos e efeitos colaterais (LUCCHETTI *et al*., 2010).

Um estudo realizado por Telles Filho *et al.* (2011) mostra que a prevalência do uso de BZD foi maior em usuários que possuíam o primeiro grau incompleto. Também foi constatada prevalência maior entre os 71 a 75 anos, com 88,8% sendo do gênero feminino, principalmente viúvas e aposentadas.

Sobre as condições socioeconômicas, no estudo de Lima (2008), foi observado que apesar de a baixa renda ser fator de risco para os transtornos mentais comuns, aqueles que participavam do grupo de renda mais elevada, eram os que apresentavam maior consumo de psicofármacos.

Segundo Huf, Lopes e Rozenfeld (2000) citados por Xavier (2010, p.16), o tempo de duração do tratamento utilizando BZD não é abordado de forma clara pelos principais tratados de farmacologia. Segundo os mesmos autores “o uso de BZD em doses terapêuticas, numa base diária por mais de quatro meses, constitui fator de risco para o aumento da toxicidade, especialmente déficit cognitivo e desenvolvimento da dependência”.

Os efeitos que os BZD proporcionam associados à absorção rápida independente da via de administração devido à sua alta lipossolubilidade promovem o consumo abusivo dessas medicações (BERNIK, 1999 *apud* XAVIER, 2010).

5.2 Estratégias para melhorar a comunicação e o nível de informação da população

Segundo Rinaldi e Bursztyn (2008), a reforma psiquiátrica trouxe uma nova forma de atender o portador de sofrimento mental através de uma equipe multidisciplinar que se dedica não apenas ao usuário, mas também à sua família.

Como ressaltado por Schuffner (2015) em seu projeto de intervenção, todos os profissionais de saúde, principalmente os que trabalham com a atenção básica na promoção e prevenção em saúde, precisam ter ações de orientação, informação sobre a terapêutica, tempo de uso dos medicamentos, dependências física e psicológica, efeitos adversos e importância de se ter disponível outras formas de tratar a ansiedade e a insônia.

Acredita-se nos princípios da APS e Saúde da Família, como o acolhimento da demanda do território, da intersetorialidade; da reabilitação psicossocial; da multiprofissionalidade; da interdisciplinaridade; da desinstitucionalização; da promoção da cidadania; da construção da autonomia; do estabelecimento de vínculos entre equipe e comunidade e do incentivo à responsabilização compartilhada dos casos, como forma de combater a lógica do encaminhamento (CAMPOS; GAMA, 2010).

Berto, Júnior e Neto (2009) sustentam que a presença e ação do farmacêutico nos estabelecimentos de saúde é fundamental para o uso racional dos medicamentos, pois tal ação requer a aplicação de conhecimentos técnico-científicos aprofundados, avaliando reações adversas e interações, entre outros aspectos.

Binotto (2014), em seu estudo, citou o Agente Comunitário de Saúde (ACS) como agente ativo no cuidado dos pacientes a respeito da saúde mental durante o período estudado. Por exemplo, o diagnóstico, as medicações utilizadas, os fatores estressores, a resposta terapêutica e as orientações gerais foram encontrados como registros nos prontuários realizados pelo ACS. Esse fato evidencia o bom vínculo entre o ACS e a população assistida, além de destacar a importância desse profissional no seguimento dos pacientes.

O Apoio Matricial oferece uma retaguarda assistencial e um suporte técnico pedagógico para que a Equipe de Saúde da Família cumpra um dos seus principais desafios: prover uma assistência integral à saúde da população adscrita (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Com o apoio matricial fornecido pelos NASF, os usuários possuem acesso facilitado ao especialista, na própria unidade de saúde da família que os acompanha em todos os seus problemas de saúde, sem que precisem se deslocar para os ambulatórios de especialidades, muitas vezes estigmatizados. Como é o caso, por exemplo, da saúde mental; por sua vez, a equipe de saúde participa de uma rica troca de conhecimentos e experiências entre si, capacitando cada vez mais seus profissionais e funcionários (BINOTTO, 2014).

A Política Nacional de Saúde Mental propõe uma reestruturação da assistência psiquiátrica hospitalar, com foco na desinstitucionalização articulada à expansão e consolidação da rede de Atenção Psicossocial (expansão e qualificação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); na qualificação dos ambulatórios; na implantação de centros de convivência; na inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica à Saúde (ABS); na atenção integral a usuários de álcool e outras drogas; na Política de Saúde Mental Infanto-juvenil; no Programa Permanente de Formação de profissionais para a Saúde Mental; em programas de geração de renda e trabalho; em intervenções na cultura e na mobilização de usuários e familiares) (BRASIL, 2001).

"A atenção aos portadores de transtornos mentais passa a ter como objetivo o pleno exercício de sua cidadania, e não somente o controle de sua sintomatologia". Isso implica uma nova organização dos serviços, com a participação ativa dos usuários e por meio da formação de redes com outras políticas públicas (BRASIL, 2013).

Castro *et al*. (2013) reforçam a necessidade de um processo de racionalização da venda de BZD, de laboratórios farmacêuticos que desenvolvam setores de farmacovigilância, de uma política pública que vise a prevenção da automedicação, de gestores envolvidos nesses programas e do envolvimento dos familiares dos pacientes dependentes, para que eles encorajem estes a buscar tratamento coerente.

5.3 Rede de Cuidados para os portadores de sofrimento mental

A legislação pode desempenhar um papel importante na melhoria do acesso à atenção à saúde mental (aumento na disponibilidade dos serviços, melhoria da acessibilidade financeira e geográfica e fornecimento de serviços que sejam

aceitáveis e de qualidade adequada), como é citado no Livro de recursos da OMS sobre saúde mental, direitos humanos e legislação (2005).

A transformação do modelo centrado em hospitais psiquiátricos para um modelo de serviços comunitários foi organizada gradativamente, desde a crítica ao modelo hospitalocêntrico (1978-1991) até a implantação da rede de atenção psicossocial (1992-2000), culminando com a Reforma Psiquiátrica, depois da Lei Federal 10.216/01 (2001).

No Brasil foi determinado especificamente que seja feita provisão adequada para medicação psiquiátrica na lista de drogas essenciais (Portaria GM/MS nº 1077, 1999). A lei neste país também afirma simplesmente que uma pessoa tem o direito "de ser tratada, preferencialmente em estabelecimentos de saúde mental comunitária" (BRASIL, 2001).

A Agência Nacional de Saúde Suplementar através das Diretrizes Assistenciais em Saúde Mental na Saúde Suplementar (2008), ressaltou a necessidade de discutir o Modelo Assistencial de Saúde Mental praticado no setor privado, com o objetivo de propor um modo de assistência produtor de cuidado e autonomia, resgatando a cidadania e garantindo a reinclusão social dos portadores de transtornos mentais (BRASIL, 2008).

Os CAPS são unidades locais e regionais que oferecem atendimento diário aos pacientes portadores de sofrimento psíquico, permitindo que o usuário permaneça junto aos seus familiares e à comunidade, apoiando iniciativas de autonomia e bom convívio social (QUADROS *et al.*, 2012).

A ESF como provedora da atenção integral à saúde, é uma ótima ferramenta para trabalhar a saúde mental na comunidade, incluindo o tratamento dos transtornos mentais. Isso porque, por meio de seus fundamentos, pode identificar as principais dificuldades, os fatores estressores no ambiente familiar e comunitário e propiciar um seguimento mais próximo do usuário e da comunidade (BINOTTO, 2014).

Guimarães (2013) ressalta, em sua revisão, que o serviço público de saúde não está preparado para enfrentar a dependência química de BZD. É necessária uma abordagem multidisciplinar, que conte com a participação de diversos serviços, tais como as terapias complementares como a psicologia, terapia ocupacional, profissional de educação física, assistente social e o enfermeiro. A capacitação dos

profissionais voltada para o acompanhamento psicoterapêutico e medicamentoso é importante, assim como a criação de protocolos bem estruturados para nortear as ações médicas. Os programas de atenção farmacêutica devem ser melhorados, contando com apoio de centros de convivência, academias da cidade, Centro de Referência de Assistência Social e a criação de espaços educativos.

Foi editada uma *Circular Conjunta da Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica, denominada "Saúde Mental na Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários – Inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção Básica" em 2003.* A partir desse momento, começaram a surgir estratégias para o trabalho em conjunto da Saúde Mental e APS, através da inclusão da Saúde Mental no Sistema de Informações da ABS, sendo o apoio matricial, sua principal ferramenta

(CAMPOS; GAMA, 2010).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde propôs a estratégia do Apoio Matricial com as equipes de Saúde da Família, visando facilitar o direcionamento dos fluxos na rede de atenção, promovendo assim uma melhor articulação entre as equipes especializadas, como a de saúde mental, e os profissionais das UBS e Unidades de Saúde da Família. (DIMENSTEIN et al, 2009).

O avanço de uma rede de serviços substitutivos em saúde mental, como os CAPS, e a implementação da ESF, têm promovido uma parceria que tem possibilitado a resolução dos problemas de saúde mental. Entretanto, a perspectiva de uma rede integral de cuidados à saúde precisa ser mais bem estruturada, pois o CAPS não deve ser o único provedor desse cuidado. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), fazem parte desta rede: a atenção básica, as residências terapêuticas, os ambulatórios, os centros de convivência, os clubes de lazer, e outros serviços (MORAIS, 2010).

A atenção psicossocial necessita de diversos atores que promovam ações integradas considerando o sujeito e sua experiência como foco central da intervenção, pois como afirma Amarante (2007), a atenção psicossocial é um processo social complexo.

Binotto (2014), em seu estudo, tinha por objetivo conhecer o perfil epidemiológico dos usuários portadores de transtornos mentais, atendidos por uma Unidade de Saúde da Família durante dois anos (2007 a 2009), por meio da revisão dos

prontuários desses pacientes. A equipe de Saúde da Família estudada conduziu 65,7% dos atendimentos sem a necessidade de encaminhar os pacientes para os demais níveis de atenção. Quando somados aos atendimentos em conjunto com a equipe de consultoria e Saúde Mental, nota-se que a capacidade de seguimento na própria unidade sobe para 81,6% dos problemas em saúde mental. Esse resultado foi possível porque a equipe de saúde da família foi preparada ao longo dos anos de matriciamento em saúde mental. Essa acessibilidade gerou a experiência e segurança necessárias para conduzir os casos.

É importante criar espaços de troca, de escuta atenta e de corresponsabilização em relação às demandas dos usuários, fortalecendo o vínculo entre serviços, usuários e trabalhadores. Esses espaços também se tornam oportunidades para a discussão de conflitos, procurando diminuir suas interferências no cotidiano e aumentar a autonomia dos usuários, situações essas prejudicadas pelo sofrimento mental (ANTONACCI; PINHO, 2011).

5.4 Relato de experiências exitosas

O Movimento Social da Luta Antimanicomial surgiu com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico por um modelo de serviços comunitários que considera a territorialidade. Este movimento contou com a participação, iniciada em 1980, de usuários, familiares e trabalhadores da saúde (BRASIL, 2013).

A Terapia Comunitária é uma abordagem que possibilita a formação de redes que permitem a melhoria da qualidade de vida das pessoas através do fortalecimento da autoestima, por exemplo (BARRETO, 2008).

Exemplificada no estudo exploratório de Ferreira Filha et al. (2009), a Terapia Comunitária mostrou-se um instrumento inovador e importante de mudança de interpretação social, historicamente construída baseada em fatores socioeconômicos e políticos, resultando na implementação de uma política de saúde mental através de uma rede solidária e cooperativa.

Ogava *et al.* (2003), ilustra o uso da fitoterapia como alternativa mais suave aos BZD. Na secretaria de saúde de Maringá, o fitoterápico valeriana foi padronizado como uma alternativa.

O atendimento aos portadores de sofrimento mental na ABS, em conjunto com o Apoio Matricial em Fortaleza, tem percorrido os primeiros passos, mas a

implementação já tem possibilitado ao serviço, profissionais, usuários e aos demais atores sociais envolvidos, uma maior sensibilização e acolhimento à saúde mental pelos que fazem atenção básica, como observado na tese de Morais (2010).

As ações como articulação entre a rede de atenção em saúde composta pela Rede básica de saúde, ESF, Programa de agentes comunitários (PACS), Programas de Redução de Danos, Ambulatório de saúde mental, Hospital geral e articulação com outros setores, por meio de legislações interministeriais, e ações intersetoriais com a sociedade civil e comunidade podem possibilitar que os usuários recebam atenção integral nos três níveis e que construa uma rede de apoio social, imprescindível para o processo de reabilitação psicossocial dos usuários (PEREIRA, 2009).

Alguns exemplos de intervenções vêm sendo realizadas nos sistemas de saúde com o objetivo de diminuir o uso inadequado de medicamentos e têm trazido resultados positivos. A *Triplicate Prescription Police* (TPP) para o uso de BZD foi implementada em 1989 pelo Departamento de Saúde do Estado de New York (EUA), ela consiste no pagamento, pelos médicos, de um valor determinado, quando estes prescrevem essas medicações, além disso, as prescrições são seriadas. Desde 1992, o governo de Hong Kong, classifica os BZD como medicamentos perigosos, foi constatado que, após a nova legislação, diminuiu o número de prescrições de BZD como ansiolíticos (FIRMINO, 2008).

Na pesquisa de Veloso (2012), foi reconhecida a relevância da escuta como uma forma de cuidado em saúde mental que permeou os atendimentos desenvolvidos pelos diversos profissionais. Apesar de as atividades de apoio educativo à equipe de ESF (dimensão técnico-pedagógica do NASF) não estarem sendo desenvolvidas na época do estudo, mas apenas os atendimentos individuais e/ou familiares (dimensão assistencial), estas intervenções diretas aos usuários foram evidenciadas pela equipe como sendo relevantes, pois se sentia amparada diante dos casos relacionados à saúde mental. A maioria dos participantes relatou ter buscado ou encaminhado pacientes para o serviço, além de demonstrarem, de uma forma geral, estarem satisfeitos com o mesmo.

Os resultados da pesquisa de Veloso, levam às seguintes reflexões: as ações em saúde mental desenvolvidas no âmbito da ESF permeiam o fazer de todos os profissionais que a compõe, como, por exemplo, a identificação da necessidade de quem precisaria de alguma intervenção em saúde mental, a orientação de busca por

serviços de saúde, encaminhamento para os setores especializados, realização de escuta e prescrição de psicotrópico.

Em um estudo realizado no município de Sobral (CE), os agentes comunitários de saúde, profissionais vinculados às equipes de ESF ou ao PACS, referiram as visitas domiciliares como a principal atividade em saúde mental, se constituindo também uma estratégia de proximidade com as famílias, de uma forma geral e especificamente as que necessitem de cuidados em saúde mental (BARROS; CHAGAS; DIAS, 2009).

O Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), tratando-se de indicadores relacionados à saúde mental, conta apenas com o número de internações psiquiátricas. Desde 2003, discute-se a inclusão de novos indicadores, objetivando conhecer as pessoas acompanhadas pela rede básica em uso prejudicial de álcool e outras drogas, uso inadequado de BZD, egressos de internações psiquiátricas, tentativas de suicídio e as com transtorno mental grave e persistente (BRASIL, 2003).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1 Apresentação do cenário

Como diversas cidades brasileiras, Betim tem apresentado um elevado número de homicídios, muito associados ao tráfico de drogas. Partir da lógica que a causa inicial é devido ao aumento da criminalidade é irracional, pois historicamente observa-se um processo de exclusão social, e com a atual crise econômica, são aumentadas as taxas de desemprego, o que afeta diretamente no aumento da criminalidade e da violência.

Com relação ao sistema local de saúde, as equipes apresentam dificuldade com a referência para os demais níveis assistenciais. As consultas com especialistas são motivo de demanda constante dos pacientes devido ao prazo superior ao preconizado para a realização de determinadas consultas e/ou retornos. A quantidade de exames disponibilizados também tem sofrido críticas intensas, devido ao número reduzido. E o que tem sido um grande problema é a lista com diversos medicamentos não disponíveis nas farmácias das unidades, gerando bastante descontentamento por parte da população e por parte dos profissionais.

Sobre a área de abrangência da equipe Paulo Camilo III, as micro áreas possuem vulnerabilidade, dentre elas, a criminalidade e o esgoto a céu aberto em algumas regiões. Nessas micro áreas identifica-se como principais doenças a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus que são as que ocorrem com mais incidência em idosos.

Há um grande número de pacientes portadores de sofrimentos mentais e dependentes de drogas como os BZD. Com a renovação de receitas pela médica da equipe Paulo Camilo III, principalmente no período em que a outra equipe da unidade encontrava-se sem médico, observou-se um número significativo de usuários de medicamentos psicotrópicos não apenas da equipe da qual a médica faz parte, o que tem despertado o interesse em reduzir este número. Certamente, a ausência dos medicamentos não justifica esta necessidade, mas a reforça. São duas situações dentre diversas outras que necessitam de resolução para a adequada promoção da saúde.

6.2 Priorização dos problemas

O quadro 1 ilustra os problemas identificados e a classificação das prioridades considerando a importância, urgência e capacidade de enfrentamento. A última coluna numera os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios.

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Paulo Camilo III, UBS Geraldina Augusta Braga, município de Betim, estado de Minas Gerais

Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção/ Priorização
Violência	Alta	5	Parcial	2
Desemprego	Alta	5	Fora	3
Falta de medicamentos	Alta	4	Parcial	3
Indisponibilidade de exames	Alta	4	Parcial	3
Uso contínuo e sem controle de BZD	Alta	6	Parcial	1

Fonte: Registro da Equipe (2016)

Os seguintes problemas foram abordados neste quadro: violência, desemprego, falta de medicamentos, indisponibilidade de exames e uso contínuo e sem controle de BZD.

Todos foram classificados como de alta importância devido ao seu impacto no processo saúde-doença. Aqueles considerados urgência 4, foram assim designados, pelo município ainda obter serviços que não comprometem totalmente a prestação destes atendimentos. Urgência 5 engloba os problemas crônicos que se instauraram ao longo dos anos e que foram interferindo progressivamente com o processo de adoecimento. E urgência 6, contemplou o objeto deste projeto devido seu agravamento rápido nos últimos anos e consequências muitas vezes ignoradas pelos prescritores e usuários.

A capacidade de enfrentamento considerou a capacidade da equipe em intervir em determinado problema. Classificados como parciais, são aqueles em que a equipe, através inclusive de projetos de promoção da saúde, disponibilização de serviços e cuidado continuado, apresenta o poder de intervir significativamente; já aquele considerado fora da capacidade, necessita de uma intervenção mais direcionada para o campo da economia, onde a equipe tem pouca capacidade de intervir.

Por fim, a seleção/priorização, classificou os problemas somando os fatores citados e considerando como prioridade 1 aquele de maior valor. Resultando, assim, na seguinte priorização: uso contínuo e sem controle de BZD; violência; desemprego, falta de medicamentos e indisponibilidade de exames (estes três últimos com o mesmo grau de prioridade).

A partir desta priorização, foi selecionado o objeto deste projeto: uso contínuo e sem controle de BZD. Porém, devido aos seus fatores causais amplos, é possível também intervir em outros problemas citados, mesmo estes não sendo o foco do estudo. Na sequência registra-se uma descrição, explicação e seleção de seus nós críticos e explicação do problema escolhido, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

O quadro 2 representa os descritores do problema abuso de BZD pela comunidade da Equipe Paulo Camilo III. Considerando a população de 3.554 habitantes na área de abrangência da equipe, observa-se que em seis meses foram feitas 455 consultas em saúde mental (12,80% do total da população). Chama a atenção a prescrição de BZD para 64% dessas pessoas atendidas pela equipe, sendo a maioria mulheres (82,06%) e idosos (63,07%) e a existência no período de seis meses de somente um grupo de saúde mental.

Quadro 2 – Descritores do problema abuso de BZD na Equipe Paulo Camilo III, de setembro de 2016 a março de 2017

Descritores	Valores
Atendimentos em saúde mental	455
Prescrições de BZD	290
Prescrições para mulheres de BZD	238
Atendimentos a usuários de álcool e outras drogas	135
Atendimentos a portadores de doenças crônicas	745
Idosos (60 anos e mais)	287

Reuniões de matriciamento / NASF	10
Grupos voltados para a saúde mental	1

Fonte: Registro da Equipe (2016)

Seleção dos nós críticos

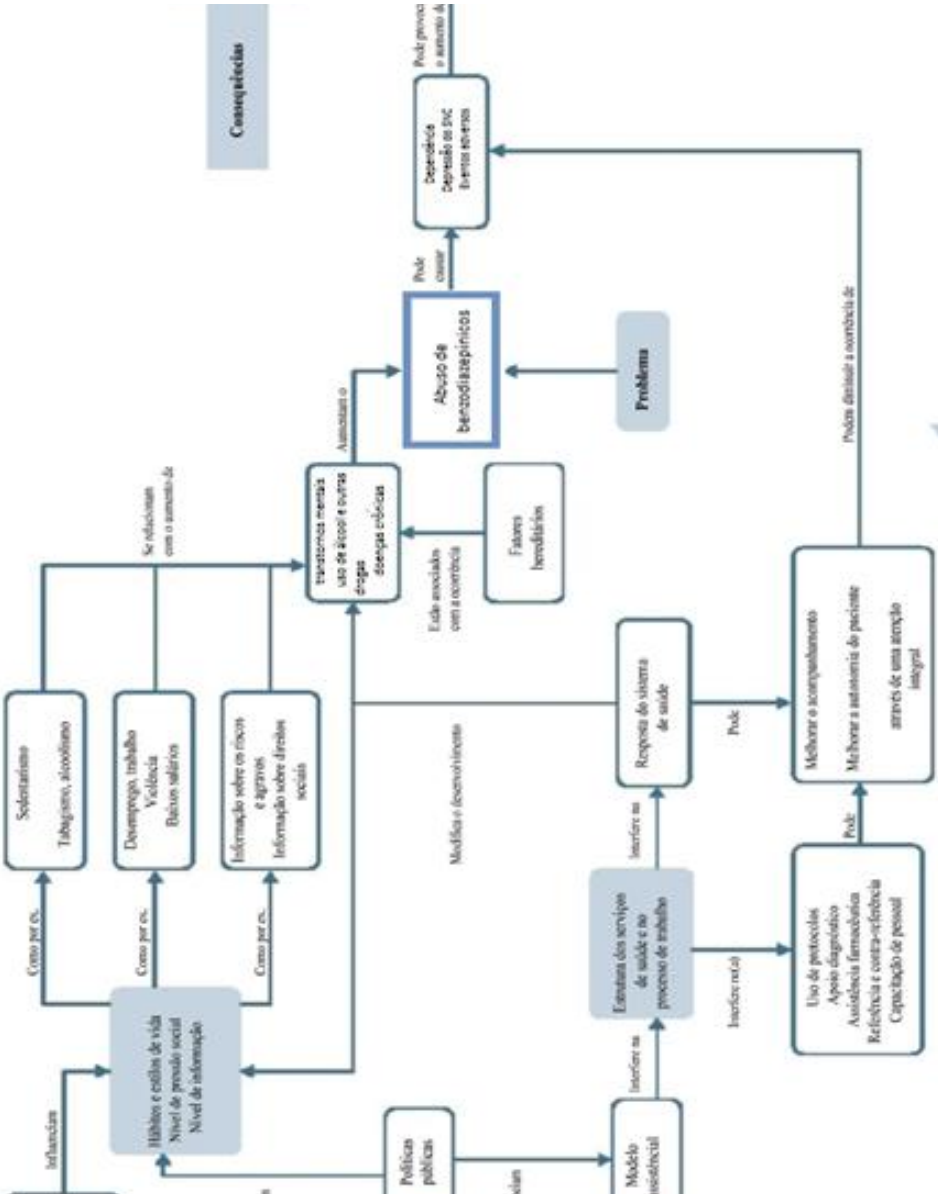
Os “nós críticos” relacionados com o problema do uso de BZD selecionados pela equipe foram: hábitos e estilos de vida, nível de informação, estrutura dos serviços de saúde e processo de trabalho da equipe de saúde.

Explicação do problema

A figura abaixo sintetiza a explicação do abuso de BZD, pela comunidade da Equipe Paulo Camilo III.

Considerando a variedade de fatores causais, observa-se que uma proposta de intervenção deve considerar essa multiplicidade de circunstâncias. Neste caso, o ambiente político, cultural, ambiental e socioeconômico influencia direta ou indiretamente no problema, e o problema, consequentemente, tem a capacidade de interferir também nesta gama de fatores.

Figura 1 – Árvore explicativa do problema abuso de benzodiazepínicos



Fonte: Baseado em Plan

6.3 Plano Operativo

O plano operativo tem como objetivos designar os responsáveis por cada operação (gerente de operação) e definir os prazos para a execução das operações. Lembrando que o gerente da operação é o responsável pelo acompanhamento da execução de todas as ações definidas, o que não significa que deva executá-las

sem o apoio de outras pessoas, o que pode (e deve) acontecer (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Quadro 3 – Plano Operativo

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsáveis	Prazo
Viver Bem Modificar hábitos e estilos de vida	Diminuir em 30% o número de usuários de BZD no prazo de um ano	Programa de caminhada orientada; campanha educativa na rádio local; programa “Mente saudável”	-	Enfermeira, NASF e ACS	3 meses para o início das atividades
Saber + Aumentar o nível de informação da população sobre os BZD	População mais informada sobre os BZD	Avaliação do nível de informação da população sobre os BZD, campanha educativa na rádio local; capacitação dos ACS e de cuidadores	-	Enfermeira, NASF e ACS	Início em 4 meses, término em 6 meses; início em 3 meses, término em 12 meses; início em 2 meses, término em 3 meses
Atender Melhor Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento dos portadores de sofrimento mental	Garantia de medicamentos e atendimentos previstos nos protocolos para 80% dos portadores de sofrimento mental	Capacitação de pessoal; uso de ferramentas de tomada de decisão compartilhada (MAYO CLINIC, 2017); contratação de compra de consultas especializadas e compra de medicamentos	Apresentar projeto de estruturação da rede	Médica, Gerente da UBS PTB e Coordenador de ABS	4 meses para apresentação do projeto; 8 meses para aprovação e liberação dos recursos; início em 4 meses e finalização em 8 meses
Rede de Cuidados Implantar a rede de cuidados para os portadores de sofrimento mental, incluindo os mecanismos de referência e contrarreferência	Cobertura de 80% da população portadora de sofrimento mental	Rede de cuidados para os portadores de sofrimento mental implantada; protocolos implantados; gestão da rede de cuidados implantada	Apresentar projeto de estruturação da rede	Médica, Gerente da UBS PTB e Coordenador de ABS	Início em 3 meses e finalização em 12 meses

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste trabalho foi apresentar um projeto de intervenção para reduzir o consumo abusivo de BZD pela comunidade atendida na UBS Geraldina Augusta Braga (PTB), em Betim, Minas Gerais.

Estimativa rápida identificou que na comunidade da Equipe Paulo Camilo III, considerando a população de 3.554 habitantes na área de abrangência, em um período de 6 meses, foram feitas 455 consultas em saúde mental (12,80% do total da população), com prescrição de BZD para 64% dessas pessoas atendidas, sendo a maioria mulheres (82,06%) e idosos (63,07%). No mesmo período foi realizada somente uma reunião de um grupo de saúde mental. A metodologia utilizada constou de 4 etapas: diagnóstico situacional, elaboração de plano de intervenção, revisão teórica científica na base SciELO e em obras impressas, seguida da atualização da proposta elaborada.

Observou-se a prevalência do uso abusivo de BZD entre mulheres idosas, fato devido ao risco de isolamento social e, consequentemente, à maior prevalência de depressão e ansiedade. Encontraram-se referências de sucesso na redução do consumo destes medicamentos onde há um bom vínculo entre a equipe e especialmente com os ACS no seguimento dos pacientes, e na existência de apoio matricial, que oferece fundamental retaguarda assistencial e suporte técnico pedagógico para o bom trabalho da ESF.

A proposta de intervenção propõe o desenvolvimento de quatro subprojetos em nível local. **Viver Bem:** modificar hábitos e estilos de vida, programa de caminhada orientada, campanha educativa na rádio local e programa “Mente saudável”. **Saber +:** aumentar o nível de informação da população sobre os BZD. **Atender Melhor:** melhorar a estrutura do serviço para o atendimento dos portadores de sofrimento mental. E **Rede de Cuidados:** implantar a rede de cuidados, incluindo os mecanismos de referência e contra referência.

Conclui-se que há necessidade de integrar a ESF com outros serviços sociais, capacitar os profissionais em relação ao acompanhamento psicoterapêutico e medicamentoso, melhorar a atenção farmacêutica e contar com o apoio de centros de convivência, academias da cidade, Centro de Referência de Assistência Social e criar espaços educativos.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.

ANTONACCI, H. A.; PINHO, L. B. Saúde mental na atenção básica: uma abordagem convergente assistencial. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.32, n.1, p.136-142, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n1/a18v32n1.pdf

AUCHEWSKI, L. *et al.* Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.26, n.1, p.27-34, 2004. Apud XAVIER, I.D.R. O uso prolongado de benzodiazepínicos e suas complicações: uma revisão de literatura**.** Belo Horizonte, 2010. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2628.pdf> Acesso em: 04 jul.2017.

BARRETO, A. P. **Terapia Comunitária passo a passo.** Fortaleza: Gráfica LCR; 2008.

BARROS, M. M. M. A.; CHAGAS, M. I. O.; DIAS, M. S. A. Saberes e práticas do agente comunitário de saúde no universo do transtorno mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 227-232, 2009.

BERNIK, M. A. **Benzodiazepínicos: quatro décadas de experiência.** São Paulo, EDUSP, 1999. 242p. *Apud* XAVIER, I.D.R. O uso prolongado de benzodiazepínicos e suas complicações: uma revisão de literatura**.** Belo Horizonte, 2010. Disponível em:< http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2628.pdf> Acesso em 04 jul.2017.

BERTO, Y. M.; FREITAS JÚNIOR, L. M.; GONÇALVES NETO, V. S. Avaliação da atenção farmacêutica prestada pelas farmácias comunitárias no município de São Luís, MA. **Infarma,** Brasília, v. 21, n. 5/6, p. 17-23, 2009.

BETIM. Prefeitura Municipal. Portal Betim. **A cidade de Betim. 2017a**.Disponível em: <http://www.betim.mg.gov.br/prefeitura_de_betim/falando_de_betim/o_municipio/39037%3B36637%3B070912%3B0%3B0.asp>. Acesso em: 01 mar. 2017.

BETIM. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Betim 2014/2017b.** Disponível em:

<http://www.betim.mg.gov.br/ARQUIVOS_ANEXO/Plano_Municipal_de_Saude. 2017b. ;20150213.pdf> Acesso em 01 mar. 2017.

BETIM. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Unidades de Saúde do SUS Betim.** 2017c Disponível em: <http://www.betim.mg.gov.br/ARQUIVOS_ANEXO/ENDERE%C3%87OS%20DAS_UNIDADES_%20DO_SISTEMA_%C3%9ANICO_%20DE_SA%C3%9ADE_(SUS)_BETIM;;20160928.pdf> Acesso em 01 mar. 2017.

BINOTTO, A. L. **Perfil epidemiológico de pacientes com transtornos mentais acompanhados na atenção primária à saúde.** 2014, 76 f. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde mental e atenção básica- o vínculo e o diálogo necessários.** Circular Conjunta n. 01/03, de 13 nov. 2003. Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei de Saúde Mental No 10216** de 06 de abril de 2001 – Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Mental**. Brasília, s/d. Disponível em [http://portal da saúde. gov.br]. Acessado em agosto de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial.** Brasília, Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações programáticas estratégicas / Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Circular Conjunta n. 01/03, de 13/11/03**. Brasília. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cadernos de Atenção Básica, n. 34.** 176 p: il. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde**. Cadernos de Saúde Pública**. v.23 n. 2. p.399-407. 2007.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacaodas_acoes_de_saude_2/3. Acesso em: 01 mar. 2017.

CAMPOS, R.O.; GAMA C. **Saúde Mental na Atenção Básica**. In: Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada / Gastão Wagner de Sousa Campos, André Vinicius Pires Guerrero, organizadores; autores Adriana Cosser at al…2ª ed. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2010. P.221-46.

CASALI, F.T. **Avaliação do uso de benzodiazepínicos pelos usuários da unidade básica de saúde do município de Camacho- MG pela dispensação realizada na farmácia básica do SUS. Camacho** – MG, 2010. Disponível em: http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/referencia/0000002179. Acesso em 05 ago. 2017.

CASTRO, G. L. G. *et al*. Uso de benzodiazepínicos como automedicação: consequências do uso abusivo, dependência, farmacovigilância e farmacoepidemiologia. **Revista Interdisciplinar** v.6, n.1, p. 112-23, 2013.

CONRAD, P. Medicalization and social control. **Annual Review of Sociology**, Palo Alto, v. 18, p. 209-232, Aug. 1992. *Apud* MENDONÇA, R.T. et al. Medicalização de mulheres idosas e Interação com consumo de calmantes. **Saúde Soc. São Paulo**, v.17, n.2, p.95-106, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200010>. Acesso em 03 jul. 2017.

CRUZ, A.V. *et al*. Uso crônico de diazepam em idosos atendidos na rede pública em Tatuí – SP. **Rev Cienc Farm Básica Apl**., v.27, n.3, p.259-67, 2006. *Apud* TELLES FILHO, P.C.P.T *et al.* Utilização de benzodiazepínicos por idosos de uma estratégia de saúde da família: implicações para enfermagem. **Escola Anna Nery**, v.15, n.3, julho, 2011. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452011000300020&script=sci_arttext> Acesso em: Acesso em 05 jul. 2017.

CURRAN, H.V. *et al*. Older adults and withdrawal from benzodiazepine hypnotics in general practice: effects on cognitive function, sleep, mood and quality of life. **Psychological Med** 2003;33:1223-37.

DIMENSTEIN, M. *et al*. O Apoio Matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde e Sociedade**, v.18, n.1, p.63-74, 2009. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000100007&lng=en&nrm=iso Acesso em: Acesso em 05 jul. 2017.

DYBWAD, T.B. et al. Why are some doctors high-prescribers of benzodiazepines and minor opiates? A qualitative study of GPs in Norway, **Family Practice**, v. 14, n. 5, pp. 361-358. 1996.

FALLOON K. et al. Avaliação e manejo da insônia na atenção primária. **British Medical Journal Brasil** 2011;38:420-5.

FERREIRA FILHA M. O. et al. A terapia comunitária como estratégia de promoção à saúde mental: o caminho para o empoderamento. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2009;11(4):964-70. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a22.htm> Acesso em: 12 jul. 2017.

FIRMINO, K. F. **Benzodiazepínicos: um estudo de indicação/prescrição no Município de Coronel Fabriciano.** Dissertação (mestrado em 2008) – Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais, 2008. 108 p. Disponível em: <http://nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1863.pdf> Acesso em: 07 jul.2017.

GUIMARÃES, A.C.O. **Uso e abuso dos benzodiazepínicos: revisão bibliográfica para os profissionais de saúde da atenção básica.** 2013. Trabalho de Conclusão de Curso – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

GONÇALVES, H. C. B.; FERREIRA, R. G. F. Os psicofármacos como uma necessidade temporal da atualidade: perspectiva psicológica. **Fractal: revista de psicologia**, v. 20, n.2, Rio de Janeiro, july./Dec.2008. Disponível em :< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922008000200025>. Acesso em 06 ago. 2017.

HUF, G.; LOPES, C.S.; ROZENFELD, S. O uso prolongado de benzodiazepínicos em mulheres de um centro de convivência para idosos. **Caderno de Saúde Pública**, v.16, n.2, abr-jun, p. 351-362, 2000. *apud* XAVIER,I.D.R. O uso prolongado de benzodiazepínicos e suas complicações:Uma revisão de Literatura**.** Belo Horizonte, 2010. Disponível em:< http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2628.pdf> Acesso em 04 jul.2017.

INSTITUTO DE PESQUISA APLICADA. IPEA. **Atlas da Violência 2017**. Disponível em <http://www.ipea.gov.br/portal/images/170602_atlas_da_violencia_2017.pdf> acessado em 26 de jul de 2017.

LIMA, M. C. P. *et al*. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 42, n. 4, p. 717-723, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000400019&lng=en&nrm=iso> Acesso em 10 jul.2017.

LOYOLA FILHO, A. I. *et al*. Tendências no uso de antidepressivos entre idosos mais velhos: Projeto Bambuí. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 48, n. 6, p. 857-865, Dec. 2014 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000600857&lng=en&nrm=iso> Acesso em 28 jul. 2017.

LUCCHETTI, G.; GRANERO, A.L.; PIRES, S.L.; GORZONI, M.L.; TAMAI, S.. Fatores associados ao uso de psicofármacos em idosos asilados. **Rev. Psiquiatr**. Rio Gd Sul, v.32, n. 2, p.38-43, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v32n2/v32n2a03.pdf> Acesso em 06 ago. 2017.

MARIN, M. J. S. *et al.* Diagnósticos de enfermagem de idosas carentes de um Programa de Saúde da Família – PSF. Escola Anna Nery. **Revista de Enfermagem**, v.12, n.2, p.278-284, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n2/v12n2a12.pdf> Acesso em 29 jul. 2017.

MAYO CLINIC SHARED DECISION MAKING NATIONAL RESOURCE CENTER. **Depression Medication Choice.** Disponível em: http://shareddecisions.mayoclinic.org/decision-aid-information/decision-aids-for-chronic-disease/depression-medication-choice/. Acesso em 12 ago. 2017.

MENDONÇA, R. T. et al. Medicalização de mulheres idosas e interação com consumo de calmantes. **Saúde soc.,** São Paulo, v. 17, n. 2, p. 95-106, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200010&lng=en&nrm=iso> Acesso em 03 jul. 2017.

MORAIS, A. P. P. **Saúde Mental na Atenção Básica: o desafio da implementação do apoio matricial** [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2010.

OGAVA, S.E.N. *et al*. Implantação do programa de fitoterapia "Verde Vida" na secretaria de saúde de Maringá (2000-2003**). Rev. bras. farmacogn**. Maringá, v. 13, supl. 1, p. 58-62, 2003. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-695X2003000300022&lng=en&nrm=iso> Acesso em 03 jul. 2017.

ORGANIZACAO MUNDIAL DE SAÚDE. **Livro de Recursos da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação: cuidar sim, excluir não.** OMS, 2005.

ORLANDI, P.; NOTO, A.R. Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave no município de São Paulo. **Rev Latino-am Enfermagem,** 2005 Setembro-outubro; 13(número especial): 896-902 *apud* CASALI, F.T. **Avaliação do uso de benzodiazepínicos pelos usuários da unidade básica de saúde do município de Camacho- MG pela dispensação realizada na farmácia básica do SUS. Camacho** – MG, 2010. Disponível em: http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/referencia/0000002179. Acesso em 05 ago. 2017.

PANNEMAN, M. J. *et al*. The costs of benzodiazepine-associated hospital-treated fall injuries in the EU: a Pharmo study. **Drugs Aging** 2003;20:883-9.

PEREIRA, M. O. **Análise da Política do Ministério da Saúde do Brasil para a Atenção Integral os Usuários de Álcool e Outras Drogas** [Tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009.

QUADROS, L.C.M. et al. Transtornos psiquiátricos menores em cuidadores familiares de usuários de Centros de Atenção Psicossocial do Sul do Brasil. **Caderno Saúde Pública,** v. 28, n. 1, p. 95-103, 2012.

RINALDI, D.L.; BURSZTYN, D.C. O desafio da clínica na atenção psicossocial. **Arquivos Brasileiros de Psicologia,** Rio de Janeiro, v. 60, n. 2, p. 32-39, 2008.

SCHUFFNER, L.D.; **Projeto de intervenção para redução do uso abusivo de benzodiazepínicos na Estratégia Saúde da Família, Graçópolis, Imbe de Minas, Minas Gerais.** 2015. Trabalho de Conclusão de Curso – Curso de Especialização em Estratégia em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

SILVA, J. A. S. A luta por Betim – MG. **Revista NEP (Núcleo de Estudos Paranaenses)**, Curitiba, v.2, n.4, p. 9-19, set. 2016.

TELLES FILHO, P.C.P.T *et al.* Utilização de benzodiazepínicos por idosos de uma estratégia de saúde da família: implicações para enfermagem. **Escola Anna Nery**, v.15, n.3, julho, 2011. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452011000300020&script=sci_arttext> Acesso em: Acesso em 05 jul. 2017.

VELOSO, T. M. C. **Ações de saúde mental desenvolvidas no cotidiano de uma equipe de Estratégia Saúde da Família: possibilidades e limites.** 2012. 129f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

XAVIER, I.D.R. **O uso prolongado de benzodiazepínicos e suas complicações: uma revisão de literatura.** Belo Horizonte, 2010. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2628.pdf> Acesso em: 04 jul.2017.