

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

RENATA MARIA DIAS MENDES

O USO ABUSIVO E INDISCRIMINADO DE BENZODIAZEPÍNICOS

**CONSELHEIRO LAFAIETE – MG
2014**

RENATA MARIA DIAS MENDES

O USO ABUSIVO E INDISCRIMINADO DE BENZODIAZEPÍNICOS

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

Profa: Ms. Eulita Maria Barcelos (espaço)

CONSELHEIRO LAFAIETE – MG
2014

RENATA MARIA DIAS MENDES

O USO ABUSIVO E INDISCRIMINADO DE BENZODIAZEPÍNICOS

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

Profa: Ms. Eulita Maria Barcelos

Banca Examinadora:

Profa: Ms. Eulita Maria Barcelos - UFMG

Profa: Dra. Suelene Coelho - UFMG

Não é o desafio com que nos deparamos que determina quem nós somos e em que estamos nos tornando, mas a maneira como respondemos ao desafio. E, enquanto acreditarmos no nosso sonho, nada será por acaso.

(Autor Desconhecido)

DEDICATÓRIA

É com grande satisfação que eu dedico esse projeto de intervenção a todos integrantes da equipe de saúde do Programa da Saúde da Família e a população do Vista Alegre, Conselheiro Lafaiete, MG.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por mais está oportunidade.

Agradeço a equipe de saúde do PSF Vista Alegre que contribuiu para que esse projeto fosse realizado com eficácia.

Agradeço a minha família e ao Rodrigo pelo apoio e compreensão nessa jornada de trabalho.

Agradeço a minha orientadora Eulita Maria Barcelos pela disponibilidade e paciência!

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 Principais Benzodiazepínicos utilizados no Brasil	20
QUADRO 2 Proposta de operações para resolução dos nós críticos.....	27
QUADRO 3 Responsáveis por cada operação.....	30
QUADRO 4 Plano operativo da Equipe de Saúde do PSF Vista Alegre.....	33

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

BZD – Benzodiazepínicos

CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas

CPSM / SASS – RJ – Coordenação de Programas de Saúde Mental. Subsecretaria de Ações e Serviços de Saúde – Rio de Janeiro

Mg – Miligrama

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial de Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

SES – MG – Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

SNC – Sistema Nervoso Central

UBS – Unidade Básica de Saúde

WHO – World Health Organization

RESUMO

Os benzodiazepínicos são drogas hipnóticas e ansiolíticas utilizadas no alívio sintomático dos estados de ansiedade e tensão, resultantes de um ambiente estressante ou de fatores emocionais. Atualmente, pode-se perceber a existência de um crescente consumo desta classe de medicamentos por parte da população. Sendo assim, este trabalho teve como objetivo a elaboração de um plano de intervenção que pudesse diminuir o uso indiscriminado e abusivo destes medicamentos. Como metodologia utilizou-se a revisão de prontuários do Programa de Saúde da Família Vista Alegre de Conselheiro Lafaiete (MG) além da revisão bibliográfica dos últimos treze anos. Para a obtenção dos artigos foram realizadas pesquisas nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Lilacs, Medline, Scielo e publicações oficiais do Ministério da Saúde e do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, publicadas no período de 2001 a 2014. O uso indiscriminado de benzodiazepínicos foi percebido no Programa de Saúde da Família Vista Alegre, o que levou a equipe de saúde a elaborar um plano de intervenção que pudesse reduzir de maneira significativa a utilização desses medicamentos. O resultado do projeto foi parcialmente satisfatório e levou a uma redução de cerca de 33% do uso dos benzodiazepínicos pelos pacientes da unidade.

Palavras-chave: Benzodiazepínicos. Psicotrópicos. Ansiolíticos. Abuso. Consumo.

ABSTRACT

Benzodiazepines are anxiolytic and hypnotic drugs used for symptomatic relief of anxiety and tension states, resulting from a stressful environment or emotional factors. Currently, one can notice the existence of a growing consumption of this class of medication of the population. Thus, this study aimed to draw up a contingency plan that would reduce the uncontrolled and excessive use of these drugs. The methodology used to review the records of a PSF of Conselheiro Lafaiete (MG) literature review beyond the last thirteen years. To obtain the articles searches were performed on the basis of the Virtual Health Library (VHL) , Lilacs , Medline , SciELO and official publications of the Ministry of Health and the Brazilian Center for Information on Psychotropic Drugs, published in the period 2001 to 2014 data. The indiscriminate use of benzodiazepines was noticed in the Vista Alegre PSF, which led the health team develop a plan of intervention that could significantly reduce the use of these drugs. The outcome of the project was partially satisfactory, and led to a reduction of about 33 % of the use of benzodiazepines by patients in the unit.

Keywords: Benzodiazepine. Psychotropics. Anxiolytics. Abuse. Consumption.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	JUSTIFICATIVA	15
3	OBJETIVOS	16
3.1	Objetivo Geral	16
3.2	Objetivos Específicos	16
4	METODOLOGIA	17
5	REVISÃO DA LITERATURA	18
5.1	Benzodiazepínicos	18
5.2	Indicação Terapêutica dos Benzodiazepínicos	18
5.3	Principais Benzodiazepínicos no mercado	20
5.4	Efeitos colaterais e o uso indevido dos Benzodiazepínicos	21
6	PLANOS DE INTERVENÇÃO	24
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
8	REFERÊNCIAS	37

1 INTRODUÇÃO

Historicamente, o homem utiliza substâncias químicas que causam alterações em seu nível de consciência, ou que produzem reações físicas ou mentais temporariamente prazerosas. Atualmente são poucos os indivíduos que não utilizam alguma substância para este fim, principalmente quando consideramos substâncias legais e socialmente aceitas como a cafeína, o tabaco e o álcool. Neste contexto, os medicamentos psicotrópicos ganham destaque. Os fármacos benzodiazepínicos (BZD), em especial, estão entre os mais utilizados no mundo, prescritos em formulário azul com retenção de receita (RIO DE JANEIRO, 2006).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1981) *apud* PARANA, (2008). as drogas psicotrópicas caracterizam-se por atuarem no Sistema Nervoso Central (SNC) produzindo alterações de conduta, humor e percepção, possuindo desse modo, uma grande ação reforçadora, sendo, portanto, passíveis de autoadministração (uso não sancionado pela medicina). Em outras palavras essas drogas levam à dependência.

De acordo com Silva (1999) e Bernick. SOUZA. (1991) *apud* Orlandi; Noto, (2005) entre os medicamentos psicotrópicos estão os benzodiazepínicos que, desde a década de 60, são utilizados indiscriminadamente. O Clordiazepóxido foi o primeiro benzodiazepínico lançado no mercado, após a descoberta de seus efeitos ansiolíticos, hipnóticos e miorrelaxantes. Para os autores, sua elevada eficácia terapêutica, os benzodiazepínicos ofereceram baixos riscos de intoxicação e dependência, fatores que, provavelmente contribuíram para a sua prescrição de maneira exagerada pela classe médica na década de 1960.

Assim, nos anos seguintes foram observados os primeiros casos de uso abusivo, além de desenvolvimento de tolerância, de síndrome de abstinência e de

dependência pelos usuários crônicos de benzodiazepínicos. Tais evidências modificaram a postura da sociedade em relação a essas drogas na década de 1970, passando à sua restrição de uso na década seguinte. O uso destes medicamentos pela população chegou a atingir 11,1% em 1979, diminuindo para 8,3%, em 1990 (OLIVER, FITZ e BABIAK, 1998).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001), cerca de 400 milhões de pessoas no mundo sofrem de desordens mentais ou de problemas sociais relacionados ao abuso de drogas ou de álcool. Conseqüentemente, o consumo de medicamentos psicotrópicos vem crescendo e aumentando o risco de problemas relacionados ao uso destes medicamentos.

Estima-se que 50 milhões de pessoas façam uso diário destas substâncias e que um em cada dez adultos recebam prescrições de BDZ a cada ano, a maioria feita por médicos generalistas (RIO DE JANEIRO, 2006).

De acordo com o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID, 2003), em 2001 foram prescritas 6,96 milhões de doses de Benzodiazepínicos como hipnóticos no mundo. Na Grã-Bretanha, em um estudo com cerca de 4.000 indivíduos, observou-se que 7,7% utilizaram BZD no ano anterior e que 80% destes receberam a primeira prescrição no período do estudo, sendo que 30% utilizavam altas doses (POYARES *et al.*, 2005).

O consumo de ansiolíticos tornou-se um problema complexo de saúde pública, uma vez que atinge grande parte da população, sendo estes medicamentos um dos psicotrópicos mais utilizados de forma indiscriminada em todo o mundo (CARVALHO e DIMENSTEIN, 2004).

Embora a literatura preconize que os BZD devam ser utilizados por um curto período de tempo, o que se observa mundialmente é a continuidade do uso que vai além de uma indicação clínica bem definida e por um tempo de tratamento indeterminado. A necessidade de racionalizar o uso de medicamentos psicotrópicos ultrapassa a área clínica e vem se transformando em um problema de saúde pública (GALLEGUILLLOS *et al.*, 2003).

Ainda de acordo com Galleguillos *et al.* (2003), a automedicação, o abuso e dependência de BZD foram reconhecidos como um problema de saúde pública

desde a década de 1980, no Chile, quando foram detectadas prevalências alarmantes do consumo destas substâncias sem indicação clínica.

Diversos estudos já apontaram distorções nas prescrições de BZD por diferentes especialidades médicas, o uso equivocado para o alívio de quadros de ansiedade inespecíficos e outras indicações incompatíveis com o perfil farmacológico dessa classe (FIRMINO, 2008).

Atualmente, há ampla necessidade de racionalização de recursos, sobretudo nos países mais pobres, sendo assim os estudos de utilização de medicamentos apresentam-se como alternativas para reduzir custos sem perder a qualidade nos tratamentos, além de detectarem distorções na utilização, possíveis abusos, uso irracional e a ocorrência de eventos adversos (MELO *et al.*, 2006).

Diante do exposto e do alto nível de pacientes utilizando os BDZ no PSF Vista Alegre, em Conselheiro Lafaiete (MG), os profissionais de saúde que atuam nessa unidade sentiram a necessidade de propor uma intervenção, a fim de utilizar outras estratégias de tratamento para diminuir o uso dessas drogas.

Conselheiro Lafaiete é um município brasileiro do estado de Minas Gerais, na região Sudeste do Brasil. Sua população estimada em 2012, era de 118.578 habitantes, o que o torna o 22º município mais populoso do estado. O território do PSF Vista Alegre é composto por 2.480 habitantes, e o uso abusivo e indiscriminado de Benzodiazepínicos (BZD) nessa região é um problema relevante e crescente, principalmente em usuários crônicos da medicação.

2 JUSTIFICATIVA

A necessidade de intervenção da equipe de saúde surgiu devido ao crescente número de usuários que fazem uso indevido dos BZD na área de abrangência do PSF Vista Alegre, uma vez que o uso abusivo destes medicamentos não tem proporcionado aumento do bem estar dos usuários. Isso acontece devido ao aparecimento de efeitos adversos e abstinência na ausência dos mesmos, além de seu uso indiscriminado gerar dependência, complicações sociais e pessoais severas.

Os Benzodiazepínicos são utilizados nas mais variadas formas de ansiedade e, infelizmente, sua indicação não tem obedecido, desejavelmente, determinadas regras básicas. Eles são ansiolíticos e nada mais que isso, não são anti neurose, anti psicose ou anti insônia, como pensam muitos clínicos e pacientes.

A partir daí, sentiu-se a necessidade da elaboração de um plano de intervenção que pudesse diminuir o uso descontrolado e abusivo destes medicamentos, a fim de melhorar o bem-estar desses usuários.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Elaborar um plano de intervenção visando a diminuição do uso indiscriminado e indevido de benzodiazepínicos pelos usuários do PSF Vista Alegre, no município de Conselheiro Lafaiete (MG).

3.2 Objetivos Específicos

- Detalhar o conceito e a indicação terapêutica dos Benzodiazepínicos;
- Caracterizar os principais BDZ utilizados atualmente;
- Relatar os efeitos colaterais e os riscos do uso indiscriminado e abusivo dos benzodiazepínicos.

4 METODOLOGIA

O presente estudo será desenvolvido no PSF Vista Alegre localizado na Rua João Chapuis, Bairro São Sebastião, Conselheiro Lafaiete – MG.

Em um primeiro momento, foi feita uma revisão de prontuários dos pacientes da unidade. Os prontuários médicos incluídos no estudo constituíram-se de 276 amostras, tendo como critério de inclusão todos os pacientes que faziam uso de benzodiazepínicos e o de exclusão os que faziam uso de outros tipos de psicotrópicos. O objetivo da revisão dos prontuários dos pacientes foi para identificar aqueles que são usuários de benzodiazepínicos para planejar ações em curto e médio prazo para ajudá-los a diminuir ou até parar de tomar os medicamentos utilizando outras estratégias não farmacológicas.

Por meio de consultas médicas regulares e revisão de prontuários estamos coletando dados das prescrições dos ansiolíticos a partir do mês de maio de 2013 até janeiro de 2014. Para a análise foi utilizado programa de Excel, onde foram obtidas, frequências, médias e elaborações de tabelas e gráficos.

Em seguida, iniciou-se uma pesquisa bibliográfica da literatura nacional e internacional, abrangendo relatos e estudo de casos, artigos de revisão, artigos originais e metanálise publicados nos últimos treze anos (de 2001 a 2014), bem como artigos de grande relevância anteriores a esse período, escritos nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola.

Para a obtenção dos artigos foram realizadas pesquisas nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Lilacs, Medline, Scielo e publicações oficiais do Ministério da Saúde e do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas.

Utilizaram-se os seguintes descritores conjugados ou não: Benzodiazepínicos, psicotrópicos, ansiolíticos, abuso e consumo. A seleção de artigos foi realizada a partir da leitura prévia dos resumos, sendo descartados estudos cujo tema central não estivesse relacionado ao uso abusivo e indiscriminado dos Benzodiazepínicos. Foram selecionados 27 artigos, sendo 11 originais e 16 de revisão.

5 REVISÃO DA LITERATURA

5.1 Benzodiazepínicos

As drogas utilizadas em transtornos mentais são classicamente divididas de acordo com seu uso clínico original. Porém, através de estudos verificou-se que a maior parte das drogas psicotrópicas tem mais de uma utilização clínica, sendo divididas em ansiolíticas e hipnóticas, antipsicóticas, antidepressivas e antimaníacas (KAPLAN; SADOCK, 1998 *apud* ESTEVES, 2011).

Os Benzodiazepínicos (BZD) são classificados como ansiolíticos e hipnóticos, sendo utilizados em diversas situações. Rodrigues; Facchini e Lima (2006), citam que a ansiedade é caracterizada por estado emocional angustiante, acompanhado de alterações somáticas, cardíacas, e/ou respiratórias, em que o indivíduo prevê situações desagradáveis, reais ou imaginárias.

Ainda de acordo com Rodrigues; Facchini e Lima (2006), os Benzodiazepínicos possuem efeito farmacológico de redução da ansiedade, sedação, indução do sono, diminuição do tônus muscular e da coordenação, além de serem anticonvulsivantes.

Os benzodiazepínicos são drogas hipnóticas e ansiolíticas utilizadas no alívio sintomático dos estados de ansiedade e tensão, resultantes de um ambiente estressante ou de fatores emocionais. Eles acalmam o paciente, moderam a excitação e diminuem a ansiedade (BARROS *et al.*, 2009).

Para Frances e Miller (1998) *apud* (Laranjeira e Castro, 2000), as principais vantagens dos benzodiazepínicos, quando comparados aos antigos sedativos hipnóticos são: menor potencial letal para depressão respiratória e do SNC, menor potencial para induzir tolerância e dependência e maior margem de segurança dos efeitos sedativos e ansiolíticos.

5.2 Indicação terapêutica dos Benzodiazepínicos

Segundo Gorenstein e Pompéia (1999) *apud* Esteves (2011) alguns autores tem demonstrado que os benzodiazepínicos atingem o pico de ação mais vagarosamente, com diminuição gradual da concentração, por isso são importantes para atividades ansiolíticas e anticonvulsivantes. Os mais lipossolúveis, são mais indicados como indutores de sono, devido ao seu rápido início de ação.

Ainda de acordo com a autora, outros estudos têm apontado que as principais indicações dos BZD são: “quadros de ansiedade significativa por estresse agudo, insônia importante, agitação e ansiedade em crises psicóticas, e na síndrome de abstinência alcoólica” (ESTEVES, 2011, p. 9). Para a autora, além dessas utilizações, eles ainda são importantes como ajudantes no tratamento de mania e síndromes extrapiramidais, em especial na acatisia (MENDONÇA; CARVALHO, 2005 *apud* ESTEVES, 2011).

Além disso, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2007) cita que os BZD são utilizados como drogas de segunda escolha em transtornos ansiosos que podem ser tratados com medidas não farmacológicas.

Existem outras indicações clínicas para o uso dos BZD, como o transtorno do pânico e fobias, estresse pós-traumático, sedação, tratamento odontológico (sedação consciente), redução do tônus muscular, coordenação e ação anticonvulsivante (ROMÃO; VIEIRA, 2004). Para Carlini (2001), alguns quadros de depressão também requerem o uso de ansiolíticos ou antidepressivos, visando à melhoria da qualidade de vida do paciente.

Quase a totalidade dos autores pesquisados ressalta que o tratamento com benzodiazepínicos deve ser curto e temporário, não excedendo a um período de dois a quatro meses, com exceção dos pacientes em tratamento de transtorno do pânico (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2004).

5.3 Principais Benzodiazepínicos no mercado

Atualmente existem mais de cem remédios no Brasil à base desses benzodiazepínicos (remédios de faixa preta). Estes têm nomes químicos que terminam geralmente pelo sufixo *pam* (CEBRID, 2003).

Os Benzodiazepínicos possuem receptores específicos no SNC, ligados a receptores gabaérgicos tipo A (GABA-A), com os quais regula a abertura e o fechamento dos canais de íon cloreto, responsáveis pela propagação dos estímulos para os neurônios pós-sinápticos. A ação dos benzodiazepínicos e do GABA inibe diversos sistemas de neurotransmissão, funcionando como um depressor do SNC (BRASIL, 2007).

Em relação ao consumo de BZD, Orlandi e Noto (2005) apontam o Diazepam, o Lorazepam e o Bromazepam como os mais utilizados, segundo pesquisa realizada no município de São Paulo, SP. O Quadro 1 aponta os Benzodiazepínicos mais utilizados em nosso país.

Quadro 1 Benzodiazepínicos mais utilizados atualmente no Brasil

NOME QUÍMICO	NOME COMERCIAL	DOSE ATUAL
Alprazolam	Alpraz ®, Frontal ®, Tranquinal ®	0,5 e 1 mg
Bromazepam	Brozepaz ®, Deptra ®, Lexotan ®, Nervium ®, Novazepam ®, Somalium ®, Sulpan ®	3 e 6 mg
Clobazam	Frisium ®, Urbanil ®	10 e 20 mg
Clonazepam	Rivotril ®, Clonotril ®	0,5 e 2 mg
Clordiazepóxido	Psicosedin ®	25 mg
Cloxacolam	Olcadil ®	1, 2 e 4 mg
Diazepam	Valium ®, Ansilive ®, Diazepam ®, Calmociteno ®, Kiatrium ®, Somaplus ®	5 e 10 mg
Estazolam	Noctal ®	2 mg
Flunitrazepam	Rohypnol ®	1 mg

Lorazepam	Lorax ®, Lorium ®, Mesmerin	1 e 2 mg
Midazolam	Dormonid ®	1 e 5 mg 7,5 e 15 mg

Fonte: Adaptado de: BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. *Lista A e B de Medicamentos de Referência*. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br>. Acessado em Dez. 2013.

5.4 Efeitos colaterais e o uso indevido dos Benzodiazepínicos

Uma vez que são necessárias altas doses de Benzodiazepínicos para um efeito tóxico, sua utilização é considerada relativamente segura. Como consequência, sua prescrição e utilização ocorrem de forma abusiva, mesmo sendo um medicamento controlado e dispensado somente com a apresentação de receita médica (BRASIL, 2009).

O uso indevido de BZD, definido como o uso sem supervisão médica ou em quantidades/prazos superiores ao preconizado para tratamento, tem sido crescente nos últimos anos e se tornado objeto de preocupação na área de saúde junto com outros medicamentos psicotrópicos (CARTHY, 2007 *apud* Souza *et al.*, 2013).

Os principais efeitos colaterais dos BZD são sintomas moderados e transitórios que ocorrem em decorrência de dose diária elevada ou sensibilidade individual. Podem ocorrer sonolência, hipotonia muscular, amnésia, sensação de embriagamento, diminuição da cognição, fadiga, cefaleia, vertigens, aumento dos riscos de acidentes e constipação. Raramente pode acontecer a elevação das transaminases e da fosfatase alcalina, assim como icterícia. Têm sido descritas reações paradoxais, tais como, excitação aguda, ansiedade, distúrbios do sono e alucinações (SOUZA *et al.*, 2013).

Seus efeitos não desejáveis incluem também dificuldade no processo de aprendizagem e memória, além de prejudicar as funções psicomotoras. Produzem efeitos tóxicos, se misturados ao álcool, levando, eventualmente, o paciente ao estado de coma. Os fatores de risco para o desenvolvimento de dependência são

mulheres, usuários de drogas, indivíduos com distúrbios de sono, estresse e doenças psiquiátricas, além de overdose por tentativas de suicídio com BZD (ROZENFELD, 2003).

Estudos indicam que existe forte relação entre idade e gênero com o consumo de benzodiazepínicos. As mulheres idosas, além de utilizarem com maior frequência os serviços de saúde, estão mais propensas a problemas de cunho afetivo e psicológico, o que confere a elas aproximadamente 30% de prevalência na utilização dessa medicação (MOLINA; MIASSO, 2008).

Molina e Miasso (2008) em seus estudos, também relacionam a maior prevalência do consumo de ansiolíticos em trabalhadores que enfrentam longas jornadas de trabalho e ficam mais expostos ao estresse. Essa característica pode contribuir para um início prematuro no uso dessa medicação e o conseqüente uso crônico, através da dependência, em idades mais avançadas.

Dentre os efeitos mais graves de altas doses dos benzodiazepínicos, pode-se citar a hipotensão e perda da consciência. Um aumento da pressão intraocular teoricamente pode ocorrer, mas, na clínica, trata-se de raríssima observação (CORNIER; DELL ; POOLE, 2004).

Os efeitos teratogênicos (malformações fetais) são ainda objeto de estudo, porém, tendo em vista sua utilização clínica durante décadas, permite-se uma indicação mais flexível do diazepam durante a gravidez (BRASIL, 2007. p.44).

A utilização abusiva e indiscriminada dos BZD leva ao aumento da dose necessária para o mesmo efeito terapêutico e, quando seu uso é interrompido abruptamente, provocam o surgimento de sinais e sintomas contrários aos efeitos terapêuticos esperados da droga (BICCA; ARGIMON, 2008).

Os sintomas de abstinência são mais comuns de aparecerem quando os BZD são compostos de alta potência e meia vida curta (como o Lorazepam e Alprazolam), já que são utilizados por longo tempo e retirados de forma abrupta. Pacientes portadores de transtorno do pânico são mais propensos à abstinência, além de pessoas com traços de personalidade passivo-dependentes, histriônicos, somatizantes e astênicos (ESTEVES, 2011).

O uso indiscriminado atualmente destas drogas, pode somente encobrir as questões existenciais. Se a causa básica não for tratada, o medicamento é só um paliativo e com o passar do tempo, a ansiedade pode se tornar mais intensa, havendo maior necessidade da droga (CARLINI, 2001).

5 PLANO DE INTERVENÇÃO

A crescente utilização de medicamentos, inclusive psicotrópicos, devido à medicalização da sociedade, às pressões mercadológicas da indústria farmacêutica e ao envelhecimento da população, promove a utilização inadequada de medicamentos. Essa utilização incorreta provoca tolerância, dependência e outras reações adversas extremamente danosas aos indivíduos, deixando clara a necessidade de intervenção (NOTO *et al.*, 2002).

O plano de intervenção segundo Cecílio (2003) e Campos; Faria e Santos (2010) funciona como um instrumento que possibilita a negociação em relação aos objetivos a serem alcançados.

Este plano foi baseado no Planejamento Estratégico Situacional que é a forma mais densa e efetivamente participativa. Permite estabelecer uma articulação entre a questão situacional imediatista e aquela voltada para o futuro, contempla uma gestão participativa de todos os membros da equipe e parceiros. Mas não pode esquecer-se de analisar a viabilidade de gerenciar o plano para obter os resultados desejados (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

6.1 Objetivos do Plano

- Diminuir a frequência do uso de benzodiazepínicos.
- Prevenir agravos evitáveis pelo uso de benzodiazepínicos.
- Maior adesão ao tratamento alternativo proposto.
- Reduzir índices de usuários dependentes.
- Capacitar a equipe.
- Proporcionar o empoderamento para o cuidado com a saúde.

6.2 Primeiro passo: definição dos problemas

De acordo com Campos; Faria e Santos (2010) para o planejamento de uma ação, a identificação do problema é o primeiro passo. No entendimento dos autores o problema é a insatisfação de um ator frente aos componentes da realidade que ele quer e pode modificar. Os principais problemas identificados foram:

- Uso abusivo e indiscriminado de benzodiazepínicos;
- Pequena adesão ao tratamento das doenças;
- Falta de informação sobre os fatores de risco das doenças;
- Despreparo da equipe em relação ao método de promoção da doença;

6.3 Segundo passo: priorização do problema

Para selecionar o problema de maior prioridade foi necessário seguir os critérios de seleção que são a importância do problema na comunidade, o grau urgência que a doença apresenta e a própria capacidade de enfrentamento da equipe (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). O problema priorizado foi o uso indiscriminado e indevido de benzodiazepínicos pelos usuários do PSF Vista Alegre, no município de Conselheiro Lafaiete (MG).

6.4 Terceiro passo: descrição e explicação do problema

Diante do exposto, foi realizada um levantamento (estimativa rápida) junto aos profissionais de saúde do PSF Vista Alegre (Conselheiro Lafaiete, MG), a fim de avaliar os prontuários dos pacientes que utilizavam benzodiazepínicos. Após essa análise, percebeu-se que o uso desses medicamentos pelos pacientes acontece em grande escala, e de forma irracional e abusiva.

A pesquisa demonstrou que a prevalência é maior nas pacientes do sexo feminino e com idade superior a 50 anos. Sendo assim, foi necessário elaborar um plano de intervenção junto à comunidade que pudesse reduzir de maneira significativa a utilização dos BZD pela população da unidade.

Perante a coleta de dados dos prontuários, foi possível analisar quais eram os principais nós críticos que seriam as causas mais prevalentes para o uso indiscriminado da medicação.

6.5 Quarto passo: seleção dos “nós críticos”

O passo seguinte para a elaboração do plano de ação foi à seleção dos “Nós Críticos” que são as causas de um problema que, quando atacado é capaz de impactar o problema principal e transformá-lo definitivamente (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) .

As causas mais prevalentes para uso indiscriminado da medicação:

- Pressão social como desemprego, condição socioeconômica e violência;
- Depressão e distúrbios psiquiátricos como esquizofrenia e alteração do humor;
- Nível de informação baixo;
- Saúde mental não preservada;
- Estrutura dos serviços de saúde desordenada e processo de trabalho da equipe da saúde inadequado.
- Falta de articulação entre os setores de saúde.
- Falta de disponibilidades de locais e estruturas para atividades de relaxamento.

Após a identificação dos problemas mais prevalentes para o uso abusivo, a intenção do trabalho foi atuar a partir dos nós críticos, solucionando-os ou amenizando-os, e, portanto, reduzindo as consequências da utilização indevida pela população.

6.6 Quinto passo : desenho para operação dos “Nós Críticos”

Na elaboração do plano de ação pensou-se em soluções e estratégias para o enfrentamento do problema, identificando os produtos e resultado das operações

definidas. Essa etapa busca também identificar os recursos críticos que são aqueles indispensáveis para a execução da operação e que não estão disponíveis, sendo importante conhecê-los e criar estratégias para viabilizá-los, além dos recursos necessários para a sua concretização. Dessa forma, foi realizado o desenho de operações para os “Nós Críticos” como mostra o Quadro 2.

Quadro 2 Proposta de operações para resolução dos nós críticos

Nó Crítico	Projeto/Operação	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
<p>Depressão e distúrbios psiquiátricos como esquizofrenia e alteração do humor.</p> <p>Saúde mental não preservada.</p>	<p>“Mais saúde”</p> <p>Realizar consultas médicas bimestralmente para um melhor remanejamento da dose ou troca da medicação ou uso de medicações fitoterápicas.</p>	<p>Realização de consultas médicas bimestralmente para um melhor remanejamento da dose ou troca da medicação e/ou uso de medicações fitoterápicas.</p>	<p>Consultas médicas bimestrais com adequação dos tipos e doses das medicações, consequentemente paciente monitorizado adequadamente.</p>	<p>Econômico: disponibilidade de medicações fitoterápicas</p> <p>Organizacional: aprovação e apoio do projeto pela chefia e Secretaria de Saúde e agendamento bimestral dos pacientes em uso de psicotrópicos.</p>
<p>Nível de informação baixo</p>	<p>“Melhor conhecimento”</p> <p>Distribuir cartilha de</p>	<p>Diminuição do uso indevido dos psicotrópicos.</p>	<p>Pacientes mais esclarecidos e</p>	<p>Econômico: recurso necessário para aquisição</p>

	informações com os riscos do uso indevido das medicações psicotrópicas.		conscientes sobre os riscos e consequentemente diminuição do uso abusivo.	de folhetos e blitz educativa. Política: mobilização social e inter setorial. Conseguir as cartilhas
Nível de informação baixo	“Informativo” Elaboração de palestras mensais para melhor esclarecimentos e dúvidas dos pacientes usuários crônicos da medicação.	Esclarecimentos sobre as medicações psicotrópicas, seus benefícios e efeitos colaterais.	Esclarecimento sobre as medicações.	Econômico: recurso necessário para aquisição de folhetos e blitz educativa. Política: mobilização social e inter setorial..
Estrutura dos serviços de saúde desordenada e processo de trabalho da equipe da saúde inadequado.	“Equipe unida” Reorganização do processo de trabalho da equipe de saúde, com reuniões semanais e divisões de funções e capacitações das agentes de saúde.	Melhor acompanhamento e abordagem aos pacientes sobre uso correto da medicação	Com a capacitação da equipe houve melhor disseminação das informações sobre os psicotrópicos.	Organizacional: reorganização do processo de trabalho da equipe.
Falta de articulação entre os setores de	“Comunicação na saúde” Encaminhamento	Envio as contra-referências ao PSF para	Envio as contra-referências ao	Cognitivo: transmissão das

saúde.	dos pacientes aos psiquiatras de acordo com a necessidade individual e envio das contra-referências aos PSFs de origem para um efetivo acompanhamento,	melhor continuidade no tratamento e monitorização do paciente.	PSF é feito pelo próprio paciente, permitindo um acompanhamento adequado.	informações e envio das contra-referências ao PSF. Organizacio nal: Comunicação dos especialistas com os PSFs.
Falta de disponibilidades de locais e estruturas para atividades de relaxamento.	“Bem estar” Atividades de relaxamento mental e físico, e acompanhamento semanal com psicólogos, neste caso teríamos o apoio do NASF.	Diminuição do estresse e terapias psicológicas para identificar o foco causador.	Elevação da auto-estima e bem estar físico.	Organizacio nal: Comunica ção interdisciplinar Econômico: recurso financeiro para disponibilidade de local adequado para atividades físicas.

O projeto de intervenção da equipe de saúde do PSF Vista Alegre investiu em aspectos promocionais e preventivos, introduzindo acompanhamento adequado e

regular de consultas médicas, além do remanejamento das medicações. Priorizaram-se também a identificação da doença específica e tratamento de acordo com a patologia, orientações individuais e coletivas quanto aos riscos do uso inadequado do benzodiazepínico, e reorganização e capacitação da equipe de saúde no processo de trabalho. Além disso, o projeto visou uma comunicação eficaz entre os setores da saúde, acompanhamento com psiquiatra regularmente ou de acordo com a necessidade, disponibilidade de locais para atividades de relaxamento, e introdução da equipe do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) por meio de psicoterapias semanais. No Quadro 3 é possível identificar os responsáveis da Equipe de Saúde por cada operação.

Quadro 3 Responsáveis por cada operação

OPERAÇÃO	PRODUTO	RESULTADOS	RESPONSÁVEL
<p>“Mais Saúde”</p> <p>Realizar consultas médicas bimestralmente para um melhor remanejamento da dose ou troca da medicação ou uso de medicações fitoterápicas.</p>	<p>Consultas médicas bimestrais com adequação dos tipos e doses das medicações, consequentemente paciente monitorizado adequadamente</p>	<p>Realização de consultas médicas bimestralmente para um melhor remanejamento da dose ou troca da medicação e/ou uso de medicações fitoterápicas.</p>	<p>Renata (Médica)</p>
<p>“Melhor Conhecimento”</p> <p>Distribuir cartilha de informações com os riscos do uso indevido das medicações psicotrópicas.</p>	<p>Cartilha de informações sobre o risco de uso indevido dos benzodiazepínicos, logo pacientes mais esclarecidos e conscientes sobre os riscos e consequentemente diminuição do uso abusivo.</p>	<p>Diminuição do uso indevido dos psicotrópicos</p>	<p>Maísa (Enfermeira), Juliana e Luciene (Agentes comunitárias de saúde)</p>

<p>“Informativo”</p> <p>Elaboração de palestras mensais para melhor esclarecimentos e dúvidas dos pacientes usuários crônicos da medicação.</p>	<p>Esclarecimento sobre as medicações através de palestras mensais.</p>	<p>Esclarecimentos sobre as medicações psicotrópicas, seus benefícios e efeitos colaterais.</p>	<p>Maísa (Enfermeira), Renata (Médica) e Sheila (Técnica de Enfermagem)</p>
<p>“Equipe Unida”</p> <p>Reorganização do processo de trabalho da equipe de saúde, com reuniões semanais e divisões de funções e capacitações das agentes de saúde.</p>	<p>Com a capacitação da equipe houve melhor disseminação das informações sobre os psicotrópicos</p>	<p>Melhor acompanhamento e abordagem aos pacientes sobre uso correto da medicação</p>	<p>Maísa (Enfermeira)</p>
<p>“Comunicação na Saúde”</p> <p>Encaminhamento dos pacientes aos psiquiatras de acordo com a necessidade individual e envio das contra-referências aos PSFs de origem para um efetivo acompanhamento</p>	<p>Envio das contra-referências ao PSF é feito pelo próprio paciente, permitindo um acompanhamento adequado.</p>	<p>Envio das contra-referências ao PSF para melhor continuidade no tratamento e monitorização do paciente.</p>	<p>Renata (Médica)</p>
<p>“Bem Estar”</p> <p>Atividades de relaxamento mental e físico, e acompanhamento</p>	<p>Elevação da auto-estima e bem estar físico.</p>	<p>Diminuição do estresse e terapias psicológicas para identificar o foco causador.</p>	<p>Carolina e Rosária (Psicóloga e Educador Físico)</p>

semanal com psicólogos, neste caso teríamos o apoio do NASF.			
--	--	--	--

6.7 Sexto passo: identificação dos recursos críticos

Inicialmente, todos os projetos e atividades estavam sendo realizados pela equipe multiprofissional, mas devido a alguns fatores como a falta de articulação entre os setores de saúde e adesão aos profissionais, disponibilidade de profissionais na área da psiquiatria, falta de verba para realização de cartilhas educativas, falta de disponibilidade de locais e estruturas para as atividades de relaxamento, a viabilidade do projeto ainda é discutida.

Mesmo com todos esses empecilhos, o resultado do projeto foi satisfatório no quesito de consultas médicas regulares trimestralmente, a reorganização e capacitação do trabalho da equipe de saúde, consultas regulares com psicólogos, envio de contra-referências pelo paciente e informações aos usuários quanto aos riscos do uso inadequado da medicação.

A população de forma geral aceitou bem a introdução desses novos projetos, e o que de certa forma dificultou o restante da população ser adepta ao projeto, foi o quesito condição socioeconômica, uma vez que, alguns pacientes necessitavam de transporte público para se deslocarem até os setores de atividades de relaxamento e atividade física e a disponibilidade de medicações fitoterápicas pelo município, o que gerava um custo adicional à família do mesmo.

Com relação aos resultados da implantação do projeto, observou-se que houve uma redução de cerca de 33% do uso dos BZD por esses pacientes da unidade. Percebe-se que, se o projeto fosse implantado de forma permanente no PSF, essa porcentagem aumentaria mais ainda, levando grande benefício à população.

6.7 Sétimo passo: Plano Operativo da equipe de saúde

Quadro 4 : Plano operativo da Equipe de Saúde do PSF Vista Alegre

OPERAÇÕES	RESULTADOS	PRODUTOS	AÇÕES ESTRATÉGICAS	RESPONSÁVEL	PRAZO
“Mais Saúde”	Realização de consultas médicas bimestralmente para um melhor remanejamento da dose ou troca da medicação e/ou uso de medicações fitoterápicas.	Consultas médicas bimestrais com adequação dos tipos e doses das medicações, consequentemente paciente monitorizado adequadamente	Realizar consultas médicas bimestralmente para um melhor remanejamento da dose ou troca da medicação ou uso de medicações fitoterápicas.	Renata (Médica)	2 meses
“Melhor Conhecimento”	Diminuição do uso indevido dos psicotrópicos, devido a conscientização dos riscos.	Pacientes mais esclarecidos e conscientes sobre os riscos e consequentemente diminuição do uso abusivo.	Distribuir cartilhas de informações com os riscos do uso indevido das medicações psicotrópicas.	Juliana e Luciene (Agentes comunitárias de saúde) Maísa (Enfermeira),	6 meses
“Informativo”	Esclarecimentos sobre as medicações psicotrópicas, seus benefícios e efeitos colaterais.	Esclarecimento sobre as medicações.	Elaboração de palestras mensais para melhor esclarecimentos e dúvidas dos pacientes usuários crônicos da medicação	Maísa (Enfermeira), Renata (Médica) e Sheila (Técnica de enfermagem)	2 meses
“Equipe Unida”	Capacitação da equipe de saúde, incluindo agentes	Com a capacitação da equipe houve melhor disseminação	Reorganização do processo de trabalho da equipe de saúde,	Renata (Médica) e Maísa	1 mês

	comunitárias de saúde sobre os psicotrópicos	das informações sobre os psicotrópicos.	com reuniões semanais e divisões de funções e capacitações das agentes de saúde.	(Enfermeira)	
“Comunicação na Saúde	Envio das contra-referências ao PSF para melhor continuidade no tratamento e monitorização do paciente.	Envio das contra-referências ao PSF é feito pelo próprio paciente, permitindo um acompanhamento adequado.	Encaminhamento dos pacientes aos psiquiatras de acordo com a necessidade individual de cada paciente e envio das contra-referências aos PSFs de origem para um efetivo acompanhamento.	Renata (Médica)	2 meses
“Bem Estar”	Diminuição do estresse e terapias psicológicas para identificar o foco causador.	Elevação da auto-estima e bem estar físico.	Atividades de relaxamento mental e físico, e acompanhamento semanal com psicólogos, neste caso teríamos o apoio do NASF.	Carolina e Rosária (Psicóloga e Educador Físico)	1 mês

6.8 Avaliação e Acompanhamento do Projeto

Com a finalidade de promover o permanente acompanhamento do Projeto de Intervenção do PSF Vista Alegre, da execução das ações e da avaliação dos

resultados obtidos, será utilizado o monitoramento dos indicadores. Este monitoramento será realizado a cada três meses:

- a) Necessidade de intervenção para prevenção do uso abusivo e indiscriminado de Benzodiazepínicos:

Identificações de pacientes usuários de Benzodiazepínicos

Total da população do PSF Vista Alegre

- b) Agendamento de consultas médicas bimestrais:

Patologia que justifique o uso dos Benzodiazepínicos (consultas)

Total dos usuários de Benzodiazepínicos

- c) Participantes das palestras, atividades relaxantes e psicoterapias:

Número de usuários de Benzodiazepínicos que participaram das palestras, atividades e psicoterapias

Total dos usuários de Benzodiazepínicos

- d) Suspensão do uso de Benzodiazepínicos:

Total de usuários de Benzodiazepínicos em janeiro/2014

Total dos usuários de Benzodiazepínicos em maio/2013

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da análise crítica de diversos artigos relacionados à utilização de benzodiazepínicos, pode-se perceber a existência de um crescente consumo desta classe de medicamentos por parte da população. Conseqüentemente, surge a questão do comprovado uso abusivo, e da dependência, relativos ao consumo elevado destes medicamentos. Como possíveis responsáveis por esta realidade atribuem-se o apoio do próprio usuário, a contínua prescrição médica, e a falha na orientação pela equipe de saúde.

Os resultados mostram que o uso indevido relacionado ao tempo prolongado vem acompanhado de ausência de informações adequadas sobre os riscos dos BZD, mesmo sob supervisão médica, fazendo-se necessária a elaboração de planos de intervenção.

Percebe-se a importância da orientação e acompanhamento adequado, além de campanhas informativas que salientam a necessidade de ampliação da percepção de risco pessoal entre os pacientes que fazem uso prolongado de BZD.

Posteriormente, sugere-se maior instrução dos profissionais da equipe de saúde, além de educação continuada para médicos. Essas atitudes poderiam melhorar a qualidade da prescrição, da prestação de serviços, da qualidade de vida dos pacientes e, especialmente, o almejado êxito terapêutico.

O plano de intervenção proposto por este trabalho poderia ser implantado em unidades básicas de saúde de acordo com a demanda da população e dos profissionais. Juntamente com ajuda municipal ou estadual, este projeto possuiu uma taxa de redução de uso dos BZD satisfatório, sendo ele viável para o PSF e para a equipe de saúde.

Novos estudos são necessários a fim de fornecer dados sobre o cenário da saúde em outros municípios e regiões do Brasil. Conhecer as fragilidades e deficiências, possivelmente semelhantes em outros locais, ajudará a qualificar o sistema de saúde e avançar na política do uso racional de medicamentos.

7 REFERÊNCIAS

- BARROS, A. M.; *et al.* A importância do farmacêutico no controle e dispensação de Benzodiazepínicos. **Rev. Científica do ITPAC**. Vol. 2, n.4. p.13-16, 2009.
- BICCA, M. G.; ARGIMON, I. I. L. Habilidades cognitivas e uso de benzodiazepínicos em idosas institucionalizadas. **J. Bras. Psiquiatr.** 57(2): 137-38, 2008.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. **Lista A e B de Medicamentos de Referência**. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br>. Acessado em Dez, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais**. 7ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.
- CARLINI, E. A. *et al.* Drogas psicotrópicas: o que são e como agem. **Rev. IMESC**. n.3. p. 9-35, 2001.
- CARTHY, M. **Prescription drug abuse up sharply in the USA**. 369 (9572): 1505-06, 2007.
- CARVALHO, L. F.; DIMENSTEIN, M. O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. **Estudos de Psicologia**, v. 9, n. 1, p. 1-3, 2004.
- CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÃO SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS (CEBRID). **Boletim CEBRID**. V.47, n.11. São Paulo, 2003.
- CECÍLIO, L.C.O. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: MERHY, E. E; ONOCKO, R. **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2003.
- CORNIER, R. A.; DELL, A. C.; POOLE, N. Women and substance abuse problems. **BMC Women's Health**. V.4, suplemento 8, 2004.

ESTEVEES, V. P. G. **Uso abusivo de Benzodiazepínicos em idosos: revisão bibliográfica.** . 2012. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2011.

FIRMINO, K. F. **Benzodiazepínicos: um estudo da indicação/ prescrição no município de Coronel Fabriciano – MG – 2006.** 2012. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2012.

FRASER, A. D. Use and abuse of the benzodiazepines. **Ther Drug Monit** . Oct; 20 (5): 4819. 1998.

GALLEGUILLOS, T.; *et al.* Tendencia del uso de benzodiazepinas em una muestra de consultantes em atención primaria. **Revista Médica Chile**, v.131, n.5, p. 535-540, maio, 2003.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. **Manual de Psiquiatria Clínica.** 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 1998.

LARANJEIRA, R.; CASTRO, L. A. P. G. **Dependência de Benzodiazepínicos.** UNIAD – Unidade de Pesquisas em Álcool e Drogas. 2000.

MELO, D. O.; *et al.* A importância e a história dos estudos de utilização de medicamentos. **Rev. Brasileira de Ciências Farmacêuticas.** V.42, n.4. 2006.

MENDONÇA, R. T.; CARVALHO, A. C. D. O consumo de benzodiazepínicos por mulheres idosas. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas.** Ed. Port. Ribeirão Preto. V.1, n.2. 2005.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde (SES). **Atenção em saúde mental: saúde em casa.** 2ª ed. Belo Horizonte: SES, 2007.

MOLINA, A. S.; MIASSO, A. L. Benzodiazepine use among employees of a private company. **Rev. Latina-am Enfermagem.** 16(esp): 517-22, 2008.

NOTO, A. R. *et al.* Análise de prescrição e dispensação de medicamentos psicotrópicos em dois municípios do Estado de São Paulo. **Rev. Bras. Psiquiatr.** 24(2): 68-73, 2002.

OLIVIER, H.; FITZ, G. M. J.; BABIAK, B. Benzodiazepines revisited. **J La State Med Soc.** Oct; 150 (10): 483-5, 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). World Health Organization (WHO). Como carga de transtorno mental se agiganta, os países relatam a falta de programas de saúde mental. **Comunicado de Imprensa WHO/18.** Genebra, Suécia, 2001.

ORLANDI, P.; NOTO, A. R. Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave no município de São Paulo. **Rev Latino-am Enfermagem**. 13 (número especial): 896-902, 2005.

PARANA. Ministério Público do Estado do Paraná. Centro de Apoio Operacional das Promotorias da Criança e do Adolescente. Igualdade e Temática: Drogadição. **Rev. Igualdade**, Liv. 41 -Ano XIV -nº XLI- edição especial. Mar. 2008.

POYARES, D. *et al.* Hipnoindutores e insônia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v.27, suplemento 1, maio, 2005.

RIO DE JANEIRO; Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Programas de Saúde Mental (CPSM) Subsecretaria de Ações e Serviços de Saúde (SASS). **Uso Racional de Psicofármacos**. Ano 1. V.1, 2006.

RODRIGUES, M. A. P.; FACCHINI, L. A.; LIMA, M. S. Modificações nos padrões de consumo de psicofármacos em localidade do Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**. v.40, n.1, p.107-114, 2006.

ROMÃO, M. R.; VIEIRA, L. J. E. S. Tentativas suicidas por envenenamento. **Rev. Brasileira em Promoção da Saúde**. V.17, n.1, p.14-20, 2004.

ROZENFELD, S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre idosos: uma revisão. **Caderno de Saúde Pública**. V.19, n.3, p.717-24, 2003.

SOUZA, A. R. L. *et al.* Contextos e padrões do uso indevido de benzodiazepínicos entre mulheres. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**. 18(4): 1131-40, 2013.