

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

**USO INDISCRIMINADO DE BENZODIAZEPÍNICOS: PLANO DE AÇÃO
PARA EDUCAR A POPULAÇÃO QUANTO AOS RISCOS DA
AUTOMEDICAÇÃO NO PSF PAULO GONÇALVES LAGE EM SANTO
ANTONIO DO AMPARO/MG**

MARCONI MARTINS DUTRA

SANTO ANTONIO DO AMPARO – MG
2014

MARCONI MARTINS DUTRA

**USO INDISCRIMINADO DE BENZODIAZEPÍNICOS: PLANO DE AÇÃO
PARA EDUCAR A POPULAÇÃO QUANTO AOS RISCOS DA
AUTOMEDICAÇÃO NO PSF PAULO GONÇALVES LAGE EM SANTO
ANTONIO DO AMPARO/MG**

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.

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

MARCONI MARTINS DUTRA

**USO INDISCRIMINADO DE BENZODIAZEPÍNICOS: PLANO DE AÇÃO
PARA EDUCAR A POPULAÇÃO QUANTO AOS RISCOS DA
AUTOMEDICAÇÃO NO PSF PAULO GONÇALVES LAGE EM SANTO
ANTONIO DO AMPARO/MG**

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.

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro
Sena

BANCA EXAMINADORA

Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena - UFMG
Prof^a. Andréa Clemente Palmier - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte: 14/11/2014

RESUMO

Os Benzodiazepínicos (BZD) estão entre os medicamentos psicotrópicos mais consumidos em diferentes países no mundo, principalmente para tratamento de transtorno de ansiedade e como indutores de sono. A dependência química dos benzodiazepínicos com todas as implicações inerentes a esses quadros passaram a constituir grande preocupação para a saúde pública. Em vista disto, considera-se imperativo que a população adquira conhecimento sobre este tipo de medicamento, visando a preservar a saúde através de sua própria ação. Por este motivo ao realizar o diagnóstico situacional do PSF Paulo Gonçalves Lage no município de Santo Antônio do Amparo – MG foi então escolhido como o principal problema o uso indiscriminado de benzodiazepínicos e a automedicação sendo traçado um plano de ação com o objetivo de diminuir o uso indiscriminado de benzodiazepínicos e orientar a população da área de abrangência do PSF Paulo Gonçalves Lage quanto aos riscos da automedicação. Para a construção desse projeto foram utilizados trabalhos científicos disponíveis em base de dados como: Biblioteca Virtual em Saúde, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, SCIELO, Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde), dentre outros, publicados no período de 2004 a 2014. Os artigos disponíveis nessas bases de dados, além de publicações em livros e revistas médicas foram selecionados de acordo com sua relevância para construção deste trabalho. Foi utilizado pela equipe o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES). Espera-se ainda que os usuários do PSF Paulo Gonçalves Lage: poderão receber mais atividades educativas, voltadas a expor a todos os riscos apresentados à automedicação e uso indiscriminado dos BZD; os usuários que fazem uso de BZD serão atendidos de modo que as receitas sejam prescritas pelo médico de forma correta, evitando renovações desnecessárias e uso indiscriminado; os usuários que necessitam de uso prolongado de BZD serão avaliados periodicamente em consultas médica e encaminhadas ao psiquiatra quando necessário; Com o apoio do NASF o atendimento psicológico será ofertado de forma mais acessível aos usuários de BZD; Os usuários terão consciência de todos os efeitos colaterais e riscos à saúde com o uso indiscriminado de BZD e automedicação.

Descritores: benzodiazepínicos, automedicação, educação em saúde.

ABSTRACT

The Benzodiazepines (BZD) are among the most consumed psychotropic drugs in different countries in the world, mainly for treatment of anxiety disorders and to induce sleep. The addiction to benzodiazepines with all the implications inherent in these paintings have now become major concern for public health. In view of this, it is considered imperative that people acquire knowledge about this type of medicine in order to preserve health through their own action. Therefore to achieve the situational analysis of the PSF Paulo Gonçalves Lage in Santo Antônio do Amparo - MG was then chosen as the main problem the widespread use of benzodiazepines and self-medication being drawn an action plan aimed at reducing the use indiscriminate benzodiazepines and educating the public area of FHP Paulo Gonçalves Lage about the risks of self-medication. To construct this project scientific papers available were used in the database as: Virtual Health Library, Virtual Library, Federal University of Minas Gerais, SCIELO Lilacs (Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences), among others, published from 2004 to 2014. The articles available these databases, as well as publications in books and medical journals were selected according to their relevance to the construction of this work. The team has used the method of Situational Strategic Planning (ESP). It is expected that users of PSF Paulo Gonçalves Lage: may receive more educational activities, aimed to expose all the risks posed to self-medication and indiscriminate use of BZD; users who make use of BZD be met so that revenues are prescribed by the doctor correctly, avoiding unnecessary renovations and indiscriminate use; users who require prolonged use of BZD will be evaluated periodically for medical consultations and referred to a psychiatrist when needed; With support from the NASF psychological care will be offered more affordably users of BZD; Users will be aware of all the side effects and health risks from indiscriminate use of BZD and self-medication.

Keywords: Benzodiazepines, self-medication, health education.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
BZD	Benzodiazepínicos
CAPS	Centro de Atenção Psíquico Social
CISMARG	Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Municípios da Micro Região
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
SNC	Sistema Nervoso Central
PROVAB	Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único De Saúde
UBS	Unidade Básica De Saúde
UNODC	Comissão de Drogas e Narcóticos

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	8
2	JUSTIFICATIVA.....	12
3	OBJETIVOS.....	14
3.1	Objetivo Geral.....	14
3.2	Objetivos Específicos.....	14
4	METODOLOGIA.....	15
5	REVISÃO DE LITERATURA.....	16
5.1	Benzodiazepínicos.....	16
5.2	Classificação das Drogas Psicotrópicas.....	18
5.3	Prescrição dos Benzodiazepínicos.....	18
5.4	Automedicação.....	20
6	PLANO DE AÇÃO.....	22
6.1	Definição de Problema.....	22
6.2	Priorização dos problemas.....	22
6.3	Descrição do problema: Alta dependência de BZDs e Automedicação.....	23
6.4	Explicação do problema.....	24
6.5	Escolha dos nós críticos.....	24
6.6	Desenho das operações para enfrentamento dos nós críticos.....	25
6.7	Recursos Críticos.....	26
6.8	Viabilidade.....	26
6.9	Plano Operativo.....	27
6.10	Gestão do plano.....	28
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
	REFERÊNCIAS.....	32

1 INTRODUÇÃO

Em 1988, a promulgação da nova constituição brasileira constituiu o lema: “Saúde é direito de todos e dever do estado”, o que significa que todo brasileiro tem garantido por lei o acesso aos serviços de prevenção, promoção e recuperação da saúde. Nesse processo foi idealizado o SUS (Sistema Único de Saúde) que tem por base os princípios doutrinários da universalidade, integralidade e equidade (BRASIL, 1991).

A implantação do SUS no Brasil a partir da década de 1990 representou uma importante inflexão no padrão historicamente consolidado de organização dos serviços de saúde no país. Financiado com recursos fiscais, o SUS fundamentou - se em três princípios básicos: i) universalidade do acesso aos serviços em todos os níveis de assistência para todos os cidadãos brasileiros, independentemente de renda, classe social, etnia, ocupação e contribuição; ii) descentralização em direção aos estados e municípios, com redefinição das atribuições e responsabilidades dos três níveis de governo; e iii) participação popular na definição da política de saúde em cada nível de governo, bem como no acompanhamento de sua execução (ESCOREL *et al.*, 2007).

O PSF (Programa de Saúde da Família), criado em 1994 pelo MS (Ministério da Saúde), foi formulado como uma estratégia para transformação do modelo de atenção à saúde no Brasil na busca de provocar reflexões e mudanças nas instituições, nos padrões de pensamento e comportamento dos profissionais e cidadãos brasileiros. Trata-se, portanto, de uma estratégia que envolve a comunidade, por meio dos ACS (Agentes Comunitários de Saúde) e coloca as equipes multiprofissionais mais perto dos domicílios, das famílias e das comunidades (COSTA *et al.*, 2009).

Contextualizando o município, Santo Antônio do Amparo esta localizado a aproximadamente 170 Km da capital mineira, e a 400 Km da capital paulista. Está situado próximo aos municípios de Lavras e Oliveira e possui uma Área total de 488,88 km² (IBGE, 2014).

A história de Santo Antônio do Amparo é muito rica. Conta-se que um homem de origem portuguesa chamado Manoel Ferreira Carneiro, popularmente conhecido como “*Jangada*”, ao passar pelas terras e ver que eram de grande beleza e com

capacidades produtivas negociou com o então dono das terras uma troca. E o mais curioso dessa história foi que o objeto de troca fora um capote. Ali nas terras adquiridas “Jangada” instalou uma fazenda com numerosos escravos. Ao passar dos anos um escravo desapareceu. Assim, seu filho José fez uma promessa a Santo Antônio, tão popular entre os portugueses, que se ele trouxesse de volta o escravo uma capela em sua honra seria construída no lugar mais alto das terras. Assim então, aconteceu e o escravo apareceu contando que Santo Antônio o havia guiado. A capela fora construída no ponto mais alto, conforme a promessa feita, e em torno dela foi crescendo o povoado que mais tarde se tornou-o município. Seu nome, Santo Antônio, deve-se ao milagre, e Amparo ao fato de que os viajantes se instalavam embaixo de coqueiros, que lá existem até hoje (WIKIPÉDIA, 2014).

O atual prefeito é Jorge Otaviano Costa Lopes e o Secretário Municipal de Saúde é Petrônio Campos Resende. O número de habitantes é de 17.345 pessoas e 6083 famílias. A principal atividade econômica do município é a agropecuária.

O Conselho Municipal de Saúde é constituído por 12 membros, sendo 06 representantes de entidades não governamentais, 03 representantes eleitos pelas conferências realizadas entre os trabalhadores do SUS na cidade e mais 03 representantes ligados a Administração Municipal. O Fundo Municipal de Saúde Total é destinado ao favorecido Fundo Municipal de Saúde de Santo Antônio do Amparo no valor de R\$ 11.517.229,16.

O município conta com 06 UBS's (Unidades Básica de Saúde), com 100% de cobertura; 05 unidades de apoio com cobertura de 100%; 01 Rede Farmácia de Minas; 01 Laboratório no Hospital Regional; 01 equipe de NASF modalidade 1; 01 Ambulatório localizado no centro da cidade com atendimento das especialidades (urologia, ginecologia e obstetrícia, cardiologia, ortopedia, cirurgia geral, otorrinolaringologia e gastroenterologia).

O Sistema de Referência e Contra Referência são os Hospitais de Belo Horizonte, Pouso Alegre, Divinópolis, São Paulo, Varginha, Centro Viva Vida, Hospital, Policlínica e Hiperdia Campo Belo, Barbacena e CISMARG.

O município conta com o Hospital Regional São Sebastião, que presta atendimento à população local e regional. Possui 61 leitos, 1 consultório e 7 salas na área de urgência e emergência (atendimento a pacientes críticos graves, curativos, pequenas cirurgias, acolhimento e observação masculina e feminina), 4 clínicas

especializadas na área ambulatorial e 4 salas de cirurgia, além da Unidade de Terapia Intensiva.

A unidade de saúde PSF Paulo Gonçalves Lage está localizada na Rua Michael Charles Fleming, sem número, Bairro São Benedito. Seu horário de funcionamento é 07 às 17h, de segunda à sexta-feira. O número total de pessoas cadastradas é de 3024, sendo 1571 na área urbana e 1453 na zona rural. Não existe “população ribeirinha”, “população indígena” ou “população em situação de rua” assistida no território de abrangência. A UBS possui Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF e acesso ao telessaúde.

A unidade de saúde PSF Paulo Gonçalves Lage é formada por 02 médicos, sendo 01 médico da UBS e 01 médico do PROVAB; 01 enfermeira; 02 técnicos de enfermagem; 01 auxiliar de limpeza; 01 recepcionista; 08 agentes comunitários de saúde; 01 cirurgião dentista; 01 auxiliar de saúde bucal; 01 psicóloga. O NASF é formado pelos seguintes profissionais: 01 nutricionista; 01 fisioterapeuta; 01 fonoaudióloga; 01 psicóloga, todos profissionais acima descritos trabalham 40 horas semanais.

A unidade possui prédio próprio e apresenta uma ampla área física com 04 consultórios; 01 consultório odontológico; 01 sala de enfermagem; 01 sala de pré – consulta; Área de recepção; Área de espera para usuários; 01 banheiro masculino e 01 banheiro feminino destinado aos usuários; 03 banheiros destinados aos profissionais; 01 cozinha; Espaço de reunião destinado aos Agentes Comunitários de Saúde; 01 sala de vacinação.

Observa-se grande aceitação por parte da população dos recursos oferecidos pela unidade básica de saúde, bem como a expressiva interação entre os profissionais da unidade e a população assistida. Este é um fator que contribui para o alcance dos objetivos propostos na UBS.

Ao realizarmos o diagnóstico situacional com a equipe do PSF Paulo Gonçalves Lage foram elencados alguns fatores dificultadores para o processo de trabalho, sendo eles:

- HÁ (Hipertensão Arterial) e DM (Diabete Melittus);
- Risco para obesidade infantil;
- Uso indiscriminado de benzodiazepínicos e automedicação.
- Espera superior a 90 dias nos agendamentos das especialidades.

Durante as consultas médicas foi observado um grande número de relato de usuários que já se automedicaram e que fazem o uso indiscriminado de benzodiazepínicos, mesmo sendo uma classe de medicamentos que requer retenção de receita e cuidados especiais para serem prescritos devido aos riscos de eventos adversos e dependência.

O uso de BZDs na população, especialmente entre pessoas com idade acima de 65 anos, é um fator de preocupação, devido à possível ocorrência de reações adversas e quadros de dependência (MATTIONI *et al.*, 2005).

O conceito de educação em saúde está ancorado no conceito de promoção da saúde, que trata de processos que abrangem a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pessoas sob risco de adoecer. Essa noção está baseada em um conceito de saúde, considerado como um estado positivo e dinâmico de busca de bem-estar, que integra os aspectos físicos e mentais (ausência de doença), ambiental, pessoal e social (MACHADO *et al.*, 2007).

Em vista disto, considera-se imperativo que a população adquira conhecimento e aprenda a melhor maneira de aplicá-lo, visando a preservar a saúde através de sua própria ação (FORSAN, 2010).

Por este motivo foi então escolhido como o principal problema o uso indiscriminado de benzodiazepínicos e automedicação visto a necessidade de ser traçado um plano de ação com o objetivo de diminuir o uso indiscriminado de benzodiazepínicos e orientar a população da área de abrangência do PSF Paulo Gonçalves Lage quanto aos riscos da automedicação.

2 JUSTIFICATIVA

Os benzodiazepínicos, introduzidos na terapêutica na década de 1960, são fármacos depressores do SNC (Sistema Nervoso Central), utilizados como hipnóticos, ansiolíticos, anticonvulsivantes e miorelaxantes. A dependência química dos benzodiazepínicos com todas as implicações inerentes a esses quadros passaram a constituir grande preocupação para a saúde pública (FIRMINO *et al.*, 2012).

Segundo Chaves *et al.* (2009) citado por Castro *et al.* (2013) a automedicação é influenciada por vários fatores: condições socioculturais, falta de acesso aos serviços de saúde, grande disponibilidade de medicamentos no mercado, angústia desencadeada por sintomas, falta de programas educativos sobre os riscos da automedicação e publicidade farmacêutica. É possível que tais fatores também expliquem a prática da automedicação por inúmeras pessoas.

Os medicamentos têm grande importância, ao lado de fatores como nutrição, moradia e outros, na modificação dos indicadores de saúde. Entretanto, transformaram-se em tema controvertido em razão de prática abusiva, uma vez que, à sua função terapêutica, agregam-se funções sociais e econômicas, necessariamente, não relacionadas com saúde e doença (GANDOLFI; ANDRADE, 2006).

De acordo com o texto constitucional, complementado e aperfeiçoado pela Lei Orgânica da Saúde, a assistência à saúde pelo SUS deve abranger ações assistenciais, curativas e prioritariamente as atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças (ALVES, 2005).

Assim, pelas ações propostas pela lei orgânica temos que,

A estratégia Saúde da Família propõe novas práticas sanitárias centradas nos princípios do SUS de equidade, descentralização, integralidade e participação popular e, conseqüentemente, a reformulação dos conceitos de saúde, doença, população e práticas. Entende-se que as práticas de saúde vão muito além de intervenções curativas, devendo ser direcionadas não só para atender, mas para prevenir a doença e promover a saúde. Ações são estendidas para e junto a comunidade, assumindo o desafio de promover a reorganização da prática assistencial, com uma visão de que a saúde é um conceito construído socialmente, em que a morbidade e a mortalidade dos grupos populacionais estão relacionadas às condições biológicas, econômicas, sociais e culturais (FREITAS; PINTO, 2005, p. 548).

Sendo assim este trabalho justifica-se pela necessidade de orientar e esclarecer os usuários da área de abrangência do PSF Paulo Gonçalves Lage os malefícios da automedicação e os riscos do uso indiscriminado de benzodiazepínicos.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Propor um plano de intervenção para diminuir o uso indiscriminado de benzodiazepínicos e orientar a população da área de abrangência do PSF Paulo Gonçalves Lage quanto aos riscos da automedicação.

3.2 Objetivos Específicos

- Minimizar o índice de pacientes que fazem uso de medicação por conta própria;
- Oferecer atendimento diferencial para renovação de receita de medicação controlada, de modo a diminuir o uso indiscriminado de Benzodiazepínicos;
- Oferecer atividades educativas, sobre a importância em realizar uma alimentação saudável e prática de atividade física.

4 METODOLOGIA

Para iniciar este trabalho foi realizado pela equipe de saúde do PSF Paulo Gonçalves Lage o diagnóstico situacional da área, e através do resultado obtido foi discutido entre a equipe e definido como problema prioritário o uso indiscriminado de benzodiazepínicos e automedicação.

Para a construção desse projeto foram utilizados trabalhos científicos disponíveis em base de dados como: Biblioteca Virtual em Saúde, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, SCIELO, Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde), dentre outros publicados no período entre 2004 a 2014. Os artigos disponíveis nessas bases de dados, além de publicações em livros e revistas médicas foram selecionados de acordo com sua relevância para construção deste trabalho. Os descritores utilizados foram: benzodiazepínicos, automedicação, educação em saúde, plano de ação.

Foi utilizado pela equipe o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES). Assim foram propostas intervenções que possam garantir redução do uso desta classe de drogas, através de informações coletadas nos prontuários, contato diário com os usuários, reuniões com pacientes em grupos operativos, reuniões com profissionais de saúde da unidade e contato direto com a Secretaria Municipal de Saúde.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Benzodiazepínicos

Os BZD (Benzodiazepínicos) estão entre os medicamentos psicotrópicos mais consumidos em diferentes países no mundo, principalmente para tratamento de transtorno de ansiedade e como indutores de sono (SOUZA; OPALEYE; NOTO, 2013).

Os BZD, são fármacos depressores do SNC (Sistema Nervoso Central), foram sintetizados pela primeira vez por acaso, sendo o primeiro o Clordiazepóxido, em meados da década de 50 pelo Dr. Leo Sternbach em New Jersey/EUA. A boa aceitação desta classe de medicamentos no meio médico se deve a característica dos BZD: eficácia ansiolítica e hipnótica, e também a ausência de efeitos adversos, que representam risco de vida ou de toxicidade na super dosagem (FIRMINO, 2008).

Os BZD atuam no sistema de neurotransmissão gabaérgicos, facilitando a ação do GABA. Como esse neurotransmissor é inibitório, essas drogas acentuam os processos inibitórios do SNC, provocando um efeito depressor. Dessa forma a pessoas fica mais tranqüila, sonolenta e relaxada (CARLINI *et al.*, 2001, p. 16).

Os ansiolíticos produzem uma depressão da atividade do nosso SNC que se caracteriza por:

- 1 - Diminuição da ansiedade;
- 2 - Indução do sono;
- 3 - Relaxamento muscular;
- 4 - Redução do estado de alerta (CARLINI *et al.*, 2001, p. 16)

Os benzodiazepínicos são classificados, de acordo com sua meia-vida plasmática, como sendo de ação muito curta, curta, intermediária e longa. Apesar dessa divisão, sabe-se hoje que o grau de afinidade da substância pelo receptor benzodiazepínico também interfere na duração da ação (NATASY; MARQUES; RIBEIRO, 2002).

Atualmente, as drogas psicotrópicas estão entre as mais prescritas, comercializadas e utilizadas no mundo. Segundo o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, há hoje mais de 100 remédios a base de BZD's, sendo

estes nomes compostos, na maioria das vezes, pelo sufixo PAM ou LAM, como diazepam, bromazepam, clorazepam, flurazepam, lorazepam, nitrazepam, midazolam, alprazolam, etc (MATTIONI *et al.*, 2005, p. 44).

O consumo crescente de benzodiazepínicos pode ser resultado de período turbulento, que caracteriza as últimas décadas da humanidade, quais sejam a diminuição da tolerância ao estresse, a introdução de novas drogas e, ainda, os hábitos de prescrição inadequada por parte dos médicos (BICCA; ARGIMON 2008).

O retorno do paciente ao médico periodicamente é um fator de importância para o monitoramento da dose, avaliação dos efeitos colaterais e da resposta terapêutica. A prescrição racional de benzodiazepínico deve ser encorajada e feita em condições apropriadas, com monitoramento cuidadoso, sempre objetivando estabelecer um bom vínculo com o paciente. Com esse tipo de abordagem, é possível minimizar os efeitos colaterais e evitar o desenvolvimento de dependência (AUCHESWIKI *et al.*, 2004).

O uso de benzodiazepínicos em idosos deve ser racional, uma vez que há indícios, por exemplo, do aumento do risco de mortalidade com seu uso crônico, e deveriam ser avaliados o padrão e as razões de uso, dos efeitos do uso continuado e das estratégias utilizadas pelos clínicos e usuários para cessar seu uso (BICCA; ARGIMON 2008).

O uso dos benzodiazepínicos pode se tornar uma ameaça para as pacientes quando se vêem dependentes, sem completo controle sobre seu uso. Ocorre a perda da autonomia porque não é mais apenas um objeto para servir às pressões da vida cotidiana, aos efeitos imediatos de dormir, esquecer das questões que afligem a vida das entrevistadas. O consumo torna-se então orientado pela necessidade gerada pela própria ação dos benzodiazepínicos, sua dependência (MENDONÇA; CARVALHO, 2005).

Em decorrência do seu grande potencial de adição é usado o controle de formulário azul e retenção da receita (NORDON; HUBNER, 2009).

5.2 Classificação das Drogas Psicotrópicas

De acordo com Carlini *et al.* (2001) as medicações com efeitos psicotrópicos são classificadas em:

- Drogas Depressoras: Como o próprio nome indica, diminuem a atividade do SNC, ou seja, esse sistema passa a funcionar mais lentamente. Como consequências aparecem os sintomas e os sinais dessa diminuição: sonolência, lentificação psicomotora, etc.
- Drogas Estimulantes: são aquelas que estimulam a atividade do SNC, fazendo com que o estado de vigília fique aumentado (portanto diminui o sono).
- Drogas Perturbadoras: nesse grupo temos as drogas que produzem uma mudança qualitativa no funcionamento do SNC. Assim as alterações mentais que não fazem parte da normalidade, como por exemplo, delírios, ilusões e alucinações, são produzidos por essa droga. Por essa razão são chamadas de psicoticomiméticas, ou seja, drogas que mimetizam psicoses.

5.3 Prescrição dos Benzodiazepínicos

O uso racional de medicamentos é correto quando o paciente recebe a substância ideal, em doses ideais, por período de tempo adequado a suas necessidades clínicas e com menor custo possível (WHO, 1987). Assim, os BZD's, quando utilizados em curto prazo ou de forma intermitente, podem ser eficazes em várias condições, sem proporcionar efeitos tóxicos mais sérios. As reações adversas mais graves quase sempre resultam do uso crônico em doses terapêuticas, automedicação ou uso recreativo em doses excessivas (CASALI, 2010).

Os BZD's ao serem prescritos, são submetidos a normas e procedimentos especiais em relação a outras classes de drogas. Assim, Silva e Iguti (2004, p. 2006) descreveram:

A regulamentação técnica sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial, através da Portaria 344 de 12 de maio de 1998, do Ministério da Saúde define as seguintes listas: A1 e A2 (entorpecentes); A3, B1 e B2 (psicotrópicas), C1 (substâncias sujeitas a controle especial), C2 (retinóicas para uso sistêmico) e C3 (imunossupressoras). A prescrição médica é parte do tratamento médico e dá acesso ao paciente aos medicamentos; por se tratar de um documento legal, deve obedecer à legislação específica (SILVA; IGUTI, 2044, p. 2006).

A prescrição adequada de BZD deve considerar três aspectos: necessidade, intermitência e curta duração do tratamento (LONGO; JOHNSON, 2000 apud FIRMINO, 2008, p. 27). Assim a Comissão de Drogas e Narcóticos da UNODC

(*United Nations Office on Drugs and Crime*), baseada na a resolução 44/13 determinou que a prescrição dos BZDs se fundamentassem nas seguintes formas:

- Investigação médica que justifique a prescrição;
- Indicação exata e prescrição pelo menor tempo e doses possíveis;
- Necessidade de descontinuidade do tratamento;
- Comunicar aos pacientes sobre o risco de acidentes ao operar máquinas e veículos em virtude d a possível sonolência, além da interação medicamentosa se em uso concomitante de bebidas alcoólicas (FIRMINO, 2008, p. 29).

Ao escolher um tratamento com benzodiazepínicos, deve-se pensar também nas complicações potenciais, tais como: efeitos colaterais, risco de dependência e custos sociais.

Efeitos colaterais dos benzodiazepínicos:

- Sonolência excessiva diurna (“ressaca”);
- Piora da coordenação motora fina;
- Piora da memória (amnésia anterógrada);
- Tontura, zumbidos;
- Quedas e fraturas;
- Reação paradoxal: Consiste de excitação, agressividade e desinibição, ocorre mais freqüentemente em crianças, idosos e em deficientes mentais;
- “Anestesia emocional” – indiferença afetiva a eventos da vida;
- Idosos: maior risco de interação medicamentosa, piora dos desempenhos psicomotor e cognitivo (reversível), quedas e risco de acidentes no trânsito;
- Risco de dependência 50% dos que usaram por mais de um ano chegaram a usar por 5 a 10 anos.

Custos socioeconômicos do uso prolongado de BDZs (12 meses ou mais)

- Risco aumentado de acidentes: no tráfego, em casa, no trabalho;
- Risco aumentado de overdose em combinação com outras drogas;
- Risco aumentado de tentativas de suicídio, especialmente em depressão;
- Risco de atitudes anti-sociais;
- Contribuição para problemas na interação interpessoal;
- Redução da capacidade de trabalho, desemprego;

- Custo com internações, consultas, exames diagnósticos (NATASY; MARQUES; RIBEIRO, 2002, p. 75).

5.4 Automedicação

Substâncias com potencial de abuso são aquelas que podem desencadear no indivíduo a auto-administração repetida, que geralmente resulta em tolerância, abstinência e comportamento compulsivo de consumo (NATASY; MARQUES; RIBEIRO, 2002).

“A automedicação é um procedimento caracterizado fundamentalmente pela iniciativa de um doente, ou de seu responsável, em obter ou produzir e utilizar um produto que acredita lhe trará benefícios no tratamento de doenças ou alívio de sintomas” (PAULO, ZANINE, 1988, p. 36).

A automedicação inadequada, tal como a prescrição errônea, pode ter como consequência efeitos indesejáveis, enfermidades iatrogênicas e mascaramento de doenças evolutivas, representando, portanto, um problema a ser prevenido. É evidente que o risco dessa prática está correlacionado com o grau de instrução e informação dos usuários sobre medicamentos, bem como com a acessibilidade dos mesmos ao sistema de saúde (TOMASI *et al.*, 2007, p. 68).

Dentre as formas pelas quais a automedicação pode ser praticada, citam-se a aquisição de medicamentos sem receita, o compartilhamento dos medicamentos com outros integrantes da família ou círculo social, a reutilização de sobras de medicamentos de tratamentos anteriores e a utilização de antigas prescrições. Outras maneiras de realizá-la ocorrem quando há o descumprimento da prescrição, prolongando ou interrompendo precocemente o tratamento indicado. Destaca-se, ainda, que esta prática é influenciada por amigos, familiares e balconistas de farmácia (BECKHAUSER *et al.*, 2010).

Os prejuízos mais frequentes decorrentes da automedicação incluem, entre outros, gastos supérfluos, atraso no diagnóstico e na terapêutica adequados, reações adversas ou alérgicas, e intoxicação. Alguns efeitos adversos ficam mascarados, enquanto outros se confundem com os da doença que motivou o consumo, e criam novos problemas, os mais graves podendo levar o paciente à internação hospitalar ou à morte (SÁ; BARROS; SÁ, 2007).

Apesar de não ser um fenômeno único da modernidade, o consumo de medicamentos sem prescrição tem se tornado uma prática comum na população brasileira em todos os grupos etários. Em 2001, 80 milhões de pessoas praticaram a automedicação, e cerca de 20 mil morrem ao ano em sua decorrência. O não cumprimento generalizado das normas de comercialização dos medicamentos sujeitos à prescrição e as estruturas públicas de saúde que não absorvem a demandas sobre o setor tornam a prática da automedicação uma opção ao refletir as carências e hábitos culturais de nossa sociedade (BORTOLON *et al.*, 2008).

O medicamento como insumo de saúde tem o seu consumo irracional difundido e consolidado pelas práticas mercadológicas da indústria farmacêutica e pela inacessibilidade a um atendimento médico e farmacêutico adequados, variáveis que vêm a se somar, reforçando-as a adesão, por parte dos profissionais de saúde e usuários, ao paradigma biomédico, cartesiano, do processo saúde/doença (SÁ; BARROS; SÁ, 2007).

Para o enfrentamento dos problemas vivenciados pelas equipes de saúde é necessário que a equipe tenha a devida capacitação baseada na educação em saúde constituindo um conjunto de saberes e práticas voltados para a prevenção de doenças e promoção da saúde. São recursos que utilizam o conhecimento científico produzido no campo da saúde e pelo intermédio dos demais profissionais de saúde, atingindo assim a vida cotidiana das pessoas. E ainda através do reconhecimento dos condicionantes do processo saúde-doença oferecem recursos para a construção de novas formas e hábitos e condutas na busca pela saúde (ALVES, 2005).

6 PLANO DE AÇÃO

A elaboração de um plano de ação para os problemas identificados é uma tarefa trabalhosa. Devem-se definir os problemas a serem abordados; priorizá-los, pois dificilmente será possível obter a resolução de todos; descrever os problemas selecionados; explicar a gênese de cada um deles; atacar a causa principal de cada um, selecionando os “nós críticos; elaborar o plano de ação propriamente dito; identificar recursos críticos; analisar viabilidade do plano; elaborar um plano operativo; além de acompanhar a execução das operações.

Neste trabalho foi utilizado o método da Estimativa Rápida, considerado ideal na obtenção de informações sobre um conjunto de problemas e os recursos necessários para enfrentá-los em curto período de tempo além de ser de baixo custo em um território.

6.1 Definição de Problema

Para encontrar os problemas mais importantes da área estudada, foi utilizado o método da Estimativa Rápida durante a fase de planejamento e diagnóstico situacional.

Dentre os problemas levantados, estão as enfermidades identificadas na área de abrangência e foi observada a alta prevalência de HA e DM, risco para obesidade infantil, abuso de psicotrópicos e automedicação. Esses dados foram levantados através dos registros da unidade, entrevistas durante as consultas e a observação ativa na comunidade.

Para realização deste trabalho o problema eleito foi o uso indiscriminado de benzodiazepínicos e a automedicação por parte significativa da população, onde durante a consulta médica foi observado especialmente a incidência de erros nas dosagens administradas, prevalência de efeitos colaterais e automedicação.

6.2 Priorização dos Problemas

O quadro 1 demonstra a classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico do PSF Paulo Gonçalves Lage e foi selecionado o

problema uso abusivo de benzodiazepínicos para que se elabore o plano de ação para o enfrentamento do problema.

Não descartando a importância dos demais, dificilmente, seria possível a equipe conseguir resolver todos os maiores problemas ao mesmo tempo, pois, envolve recursos financeiros, humanos, educação permanente, materiais e equipamentos na unidade à disposição da equipe. A planilha foi construída e os problemas identificados, analisados e selecionados quanto à prioridade de acordo com os seguintes critérios:

Valores: “alto, médio ou baixo” para a importância do problema. De acordo com a urgência em resolver o problema foram distribuídos pontos e foi definida a capacidade de enfrentamento da equipe responsável pelo projeto. Finalmente foram numerados os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios de seleção.

Quadro 1: Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico do PSF Paulo Gonçalves Lage.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacitação de enfrentamento	Seleção
Abuso de BZDs	Alta	8	Parcial	1
Alta incidência de HAS e DM	Alta	8	Parcial	2
Risco para obesidade infantil	Alta	7	Parcial	3

*Total de pontos distribuídos 25.

Fonte: Autoria Própria (2014).

6.3 Descrição do problema: Alta dependência de BZDs e Automedicação

O problema alta dependência de BZD's e a automedicação foram observados durante as consultas médicas no decorrer do meu trabalho no PSF Paulo Gonçalves Lage. Percebi o impacto do uso dos BZD's nos usuários e automedicação, independente do gênero, mais comumente em pacientes acima dos 40 anos. Parte dos casos observados foi conduzido incorretamente, não havendo uma abordagem adequada para esse grupo particular de usuários. Por vezes as drogas foi

introduzida por profissionais em outras épocas e que com o tempo seu uso passou de racional para crônico.

6.4 Explicação do Problema

Podemos considerar que existem fatores que limitam ou dificultam o trabalho, no sentido de desenvolver ações interdisciplinares pelos profissionais da equipe de saúde, dentre eles estão a falta de estrutura das unidades de saúde e o exemplo mais próximo é a falta de locais para reuniões para discussão coletiva com participação ativa do usuário; a falta de uma base de dados para cercear ações em saúde. Falta de educação permanente por parte dos membros da equipe para propiciar atividades práticas, sem o detrimento da educação continuada. A inexistência de alternativas senão aquelas centradas somente no processo saúde-doença. E finalmente falta de um processo de trabalho com um planejamento consistente agregando conceitos, comunicação e abordagem. Assim, observando estes fatores e a estrutura de apoio do NASF, CAPS (Centro de Atenção Psíquico Social) PSF Paulo Gonçalves Lage foi possível propor um plano de intervenção para resolver o problema “alta dependência de BZDs e automedicação” no território. Foi analisado o estilo de vida da população adstrita no PSF Paulo Gonçalves Lage que destacou o sedentarismo, estresse, problemas familiares, desemprego e a baixa classe socioeconômica (dados retirados nos arquivos da Unidade de Saúde), como motivos das prescrições médicas e uso de BZDs. Recentemente, através dos dados da unidade, da anamnese médica e entrevista com os usuários percebeu-se que o motivo da prescrição e uso de BZD foram às queixas relacionadas à insônia e ansiedade.

6.5 Escolha dos nós críticos

- Hábitos e estilos de vida;
- Falta de recursos como registros e prontuário/ferramentas comunitárias;
- Estrutura fragmentada dos serviços de saúde;
- Uso crônico de benzodiazepínicos e automedicação.

6.6 Desenho das operações para enfrentamento dos nós críticos

Quadro 2: Desenho das operações para enfrentamento dos nós críticos.

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Hábitos e estilos de vida	Saúde positiva Planejar reuniões e discutir sobre a alimentação com equipe multidisciplinar Mudança de hábitos de vida.	Melhora da qualidade do sono Diminuição da ansiedade	Palestras educativas (responsabilizar os componentes da equipe) Programa de caminhada (responsabilizar o NASF)	<u>Cognitivo:</u> Informações. <u>Organizacional:</u> Adesão comunitária
Falta de recursos /ferramentas comunitárias	Qualidade de vida Oferecer mais recursos de lazer/ cultura.	Melhora da qualidade de vida e qualidade do sono	Centros de esporte/ lazer com agenda e programação de atividades /Serviços Culturais, com apoio do NASF.	<u>Político:</u> envolvimento dos gestores. <u>Financeiro:</u> Investimentos. <u>Organizacional:</u> Mobilização social.
Estrutura fragmentada dos serviços de saúde	Estrutura Solicitar apoio do serviço do NASF e profissionais de psiquiatria	Melhoria técnica do atendimento. Melhoria do fluxo referencia/ contra referência	Serviço organizado e formalizado em Saúde mental	<u>Organizacional:</u> Articulação entre os setores <u>Cognitivo:</u> elaboração e formalização de linha de cuidados.

Fonte: Autoria Própria (2014).

6.7 Recursos críticos

Quadro 3: Recursos Críticos.

Operação	Recurso crítico
Saúde positiva	Cognitivo: mudança de hábitos de vida Político: Organização das agendas da equipe e do NASF
Qualidade de vida	Político: Atitude das autoridades Financeiro: Investimento em recursos comunitários
Estrutura	Organizacional: articulação entre setores da saúde
Receita legal	Cognitivo: Mudança de atitude /Aceitação/colaboração do paciente

Fonte: Autoria Própria (2014).

6.8 Viabilidade

Quadro 4: Viabilidade do Plano de Intervenção.

Operações/Projetos	Recursos críticos	Ator que controla	Motivação	Ação Estratégica
Saúde positiva Qualidade da alimentação Mudança de hábitos de vida	<u>Cognitivo:</u> mudança de hábitos de vida	Médico Usuários	Favorável Dos usuários: Parte é favorável, parte é indiferente.	Palestras na UBS em seguida roda de experiências.
Qualidade de vida Oferecer mais recursos de lazer/cultura.	<u>Político:</u> Atitude das autoridades <u>Financeiro:</u> Investimento em recursos comunitários	Associação de bairro; Secretário de Saúde; Planejamento; Ação Social; Educação; Cultura e Lazer; ONGs.	Algumas instituições são favoráveis outras são indiferentes	Apresentar projetos e propostas às instituições. Propor grupos de caminhada, teatro, artesanato.
Estrutura Solicitar apoio ao serviço de psiquiatria e NASF	<u>Organizacional:</u> Prontuários de psiquiatria competos/articulação entre	Secretaria de Saúde	Favorável	Apresentar proposta à Secretaria de Saúde

	setores da saúde.			
Receita Legal Capacitar os profissionais médicos quanto ao uso racional de BZDs	<u>Cognitivo:</u> Mudança de atitude	Profissionais médicos	Parte é favorável, parte é indiferente.	Remanejamento farmacológico, introdução de drogas com efeito sedativas não benzodiazepínicas.
Descontinuação Gradualmente descontinuar o uso abusivo dos BZDs	<u>Cognitivo:</u> Aceitação/colaboração do paciente	Médico da UBS	Favorável	Grupo de usuários crônicos de BZDs

Fonte: Autoria Própria (2014).

6.9 Plano operativo

Quadro 5: Plano de Intervenção a ser realizado pelo PSF Paulo Gonçalves Lage.

Operações	Resultados	Produtos	Ações Estratégicas	Responsável	Prazos
Saúde positiva Modificar os Hábitos de vida	Construção coletiva de novos hábitos alimentares de atividades físicas para higienização do sono.	Programa de caminhada/palestras educativas: alimentação regular e exercício físico.	Cartazes e convites para a população na UBS Apresentar o projeto para os gestores	Educador Físico e Nutricionista.	2 meses para o início das atividades após a construção do plano de ação.
Qualidade de Vida Melhorar a qualidade de vida – Diga não a	Aumentar a sensação de saúde e bem-estar e assim fazer a readaptação da	Centros esportivos/culturais/ de lazer/ NASF Reorientação do usuário em	Apresentar o projeto aos gestores para conscientização da necessidade	Médico Enfermeira Psicóloga ACS.	1 ano

automedicação.	dose dos BZD's e orientação para não se automedicarem	relação a este tipo de medicamento.	de investimento e construção de áreas esportivas		
Estrutura Melhor comunicação entre os profissionais/setores	Apoio NASF Retorno dos especialistas em relação aos casos referenciados	Contato com especialistas efetivo via e-mail, fax ou relatório. Referencia/ contra-referência efetivas	Discutir proposta em reunião na Secretaria Municipal de Saúde. Solicitar ajuda de gerências de saúde.	Médico e coordenador da ABS.	6 meses
Receita Consciente Prescrição responsável	Conscientização do usuário sobre o uso correto de psicotrópicos / BZD's	Prescrições/coerentes, visando o uso racional dos BZD's	Apoio do Farmacêutico Mudança de paradigmas.	Médico e Farmacêutico	1 ano

Fonte: Autoria Própria (2014).

6.10 Gestão do plano

Quadro 6: Gestão do plano de intervenção.

Acompanhamento das operações					
Operação: Saúde positiva					
Produto	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
Programa de caminhada e alimentação saudável	Educador físico e nutricionista.	2 meses	Em andamento	O apoio de um educador físico via NASF estão sendo negociados.	4 meses
Palestras educativas	Médico Enfermeira	2 meses	Ainda não iniciado	Planejamento	Mantido (2 meses)

Fonte: Autoria Própria (2014).

Acompanhamento das Operações					
Operação Qualidade de Vida:					
Produto	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
Construção de centros esportivos/ culturais/ lazer/ NASF	Secretário de saúde e secretaria de obras	2 anos	Ainda não iniciado	Complexidade da operação. Planejamento	Mantido (1ano)

Fonte: Autoria Própria (2014).

Acompanhamento das operações					
Operação Estrutura					
Produto	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
Apoio da equipe multidisciplinar (Psiquiatria)	Médico	6 meses	Ainda não iniciado	planejamento	Mantido(6 meses)
Sistema de referência/contrarreferencia efetivo	Enfermeira	1 ano	Ainda não iniciado	planejamento	Mantido (1 ano)

Fonte: Autoria Própria (2014).

Acompanhamento das operações Operação Receita Legal					
Produto	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Prazo
Prescrições de BZDs coerentes	Médico	1 ano	Em andamento	Reunião com o farmacêutico agendada; Reorganização das receitas de cada usuário.	Mantido (1 ano)

Fonte: Autoria Própria (2014).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabe-se que a atenção básica ou atenção primária à saúde, configura-se como porta de entrada do usuário para ações de promoção à saúde e prevenção, a mesma constitui também como uma forma de proporcionar melhorias no bem estar das pessoas além de proporcionar o conhecimento das doenças decorrentes na população adscrita em seu território.

Durante as consultas médica foi observado um grande número de relato de usuários que já se automedicaram e que fazem o uso indiscriminado de benzodiazepínicos, mesmo sendo uma classe de medicamentos que requer retenção de receita e cuidados especiais para serem prescritos devido aos riscos de eventos adversos e dependência.

Com a realização do plano de ação a equipe do PSF Paulo Gonçalves Lage concluiu após o diagnóstico situacional este dificultador para o processo de trabalho e para qualidade de vida dos usuários da área.

Conclui-se ainda que os usuários do PSF Paulo Gonçalves Lage:

- Poderão receber mais atividades educativas, voltadas a expor a todos os riscos apresentados à auto medicação e uso indiscriminado dos BZD;
- Os usuários em uso de BZD serão atendidos de modo que as receitas sejam prescritas pelo médico de forma correta, evitando renovações desnecessárias e uso indiscriminado;
- Os usuários que necessitam de uso prolongado de BZD serão avaliados periodicamente em consultas médica e encaminhadas ao psiquiatra quando necessário;
- Com o apoio do NASF o atendimento psicológico será ofertado com acesso mais acessível aos usuários de BZD.
- Os usuários terão consciência de todos os efeitos colaterais e riscos à saúde com o uso indiscriminado de BZD e automedicação.

REFERENCIAS

- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.
- AUCHEWSKI, L. *et al.* Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos. **Rev Bras Psiquiat** 2004;26(1):24-31.
- Beckhauser, G. C. *et al.* Utilização de medicamentos na Pediatria: a prática de automedicação em crianças por seus responsáveis. **Rev Paul Pediatr** 2010;28(3):262-8.
- BICCA, M. G.; ARGIMON, I. I. G. de. Habilidades cognitivas e uso de benzodiazepínicos em idosas institucionalizadas. **J Bras Psiquiatr.** 2008;57(2):133-138.
- BORTOLON, P. C. Análise do perfil de automedicação em mulheres idosas brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(4):1219-1226, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Acessoria de comunicação social, ABC do SUS/MS**, 2º Ed. Brasília (DF); MS, 1991.
- CARLINI, E. A. *et al.* Drogas psicotrópicas – o que são e como agem. **Revista IMESC** nº 3, 2001 pp. 9-35.
- CASALI, F. T. Avaliação do uso de benzodiazepínicos pelos usuários da Unidade Básica de Saúde do Município de Camacho- MG pela dispensação da Farmácia Básica do SUS. **Trabalho de Conclusão de Curso**. Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Belo Horizonte – MG, 2010.
- CASTRO, G. L. G *et al.* Uso de Benzodiazepínicos como automedicação: conseqüências do uso abusivo, dependência, farmacovigilância e farmacoe epidemiologia. **R. Interd.** v.6, n.1, p.112-123, jan.fev.mar. 2013.
- COSTA, G. D. *et al.* Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev. bras. enferm.** 2009, vol.62, n.1 pp. 113-118 .
- SCOREL, L. *et al.* Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health** 21(2), 2007.
- FIRMINO, K. F. *et al.* Fatores associados ao uso de benzodiazepínicos no serviço municipal de saúde da cidade de Coronel Fabriciano, Minas Gerais, Brasil. **Cad Saude Publica**, v. 27, n. 6, p. 1223-1232, 2008.
- FORSAN, M. A. **O uso indiscriminado de benzodiazepínicos: Uma análise crítica das práticas de prescrição, dispensação e uso prolongado**. Monografia apresentada a Universidade Federal de Alfenas, Unifal. 2010.
- FREITAS, F. P.; PINTO, I. C. Percepção da equipe de saúde da família sobre a utilização do sistema de informação da atenção básica - SIAB. **Rev Latino-am Enfermagem** 2005 julho-agosto; 13(4):547-54.
- GANDOLFI, E.; ANDRADE, M. G. G. Eventos toxicológicos relacionados a medicamentos no Estado de São Paulo. **Rev Saúde Pública** 2006;40(6):1056-64.

IBGE, 2014. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em Julho 2014.

LONGO, L. P.; JOHNSON, P. Benzodiazepines: side effects, abuse risk and alternatives. **American Family Physician**. v.61,n.7, abril, 2000.

MACHADO, M. F. A. S. *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12 (2):335-342, 2007.

MATTIONI, L. T. *et al.* Prevalência no uso de benzodiazepínicos em uma população assistida por programa de saúde da família. **Revista Contexto & Saúde**, Ijuí v. 5 n. 8, Jan./Jun. n. 9, Jul./Dez. 2005.

MENDONÇA, R. T.; CARVALHO, A. C. de. O consumo de benzodiazepínicos por mulheres idosas. **Saúde Mental Álcool Drog.** (Ed. port.)[online]. 2005, vol.1, n.2, pp. 0-0. ISSN 1806-6976.

NATASY, H.; MARQUES, A. C. P. R.; RIBEIRO, M. Benzodiazepínicos: abuso e dependências. Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento. São Paulo: **Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo**, v.2. ed., p. 71-79, 2002.

NORDON, D. G.; HÜBNER, C. V. K. Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária. **Rev Psiquiatr RS**. 2009; 31 (3):152-158.

PAULO L. G.; ZANINE A. C. Automedicação no Brasil. **Rev Ass Med Bras** 1988; 34: 69-75.

SA, M. B.; BARROS, J. A. C.; SA, M. P. B. O. Automedicação em idosos na cidade de Salgueiro-PE. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 10, n. 1, Mar. 2007 .

SILVA, T. O. ; IGUTI, A. M. Medicamentos psicotrópicos dispensados em Unidade Básica de Saúde em Grande Município do Estado de São Paulo. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. 2004. ISSN: 1982-4785.

SOUZA, A. R. L.; OPALEYE, E. S.; NOTO, A. R. Contextos e padrões do uso indevido de benzodiazepínicos entre mulheres. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(4):1131-1140, 2013.

TOMASI, E. *et al.* Condições de trabalho e automedicação em profissionais da rede básica de saúde. **Rev Bras Epidemiol** 2007; 10(1): 66-74.

WIKIPÉDIA, 2014. Disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Santo_Ant%C3%B4nio_do_Amparo. Acesso em Julho, 2014.

World Health Organization. **The Rational use of drugs: report of the conference of experts**. Nairóbi, 25-29 november 1985. Geneva: WHO; 1987.