

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

ANTONIO CLARET DA SILVEIRA JÚNIOR

**BENZODIAZEPÍNICOS: O USO INDEVIDO E O ABUSO, UMA
PROPOSTA DE INTERVENÇÃO NO MUNICÍPIO DE MONTE
CARMELO – MINAS GERAIS**

UBERABA – Minas Gerais

2015

ANTONIO CLARET DA SILVEIRA JÚNIOR

**BENZODIAZEPÍNICOS: O USO INDEVIDO E O ABUSO, UMA
PROPOSTA DE INTERVENÇÃO NO MUNICÍPIO DE MONTE
CARMELO – MINAS GERAIS**

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

Tutora: Prof.^a Dra. Regina Maura Rezende

Uberaba – Minas Gerais

2015

ANTONIO CLARET DA SILVEIRA JÚNIOR

**BENZODIAZEPÍNICOS: O USO INDEVIDO E O ABUSO, UMA
PROPOSTA DE INTERVENÇÃO NO MUNICÍPIO DE MONTE
CARMELO – MINAS GERAIS**

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

Tutora: Prof.^a Dra. Regina Maura Rezende

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Regina Maura Rezende – Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM.

Prof.^a Zilda Cristina Santos – Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM.

Aprovado em Uberaba, em ____/____/____

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela presença absoluta.

À minha família e namorada, por me apoiar em cada momento nesta jornada, fazendo de meu sonho o próprio.

Aos professores, verdadeiros mestres, desde o ensino básico até a pós-graduação, pelas orientações tão pertinentes ao longo deste caminho.

Em especial, aos professores do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família e minha orientadora deste trabalho.

“Os homens são tão necessariamente loucos que não ser louco seria outra forma de loucura. Necessariamente porque o dualismo existencial torna sua situação impossível, um dilema torturante. Louco porque tudo o que o homem faz em seu mundo simbólico é procurar negar e superar sua sorte grotesca. Literalmente, entrega-se a um esquecimento cego através de jogos sociais, truques psicológicos, preocupações pessoais tão distantes da realidade de sua condição que são formas de loucura — loucura assumida, loucura compartilhada, loucura disfarçada e dignificada, mas de qualquer maneira loucura.”

Ernest Becker

RESUMO

Os Benzodiazepínicos estão entre os medicamentos mais utilizados no mundo, estando o Brasil entre os principais consumidores. São empregados como ansiolíticos, sedativos, miorrelaxantes, hipnóticos e anticonvulsivantes. Mesmo após décadas do surgimento desta classe de medicamentos e sabendo dos efeitos colaterais provocados em decorrência do uso prolongado (como dependência física e psíquica, interação com outras drogas e diminuição da atividade psicomotora), seu consumo ainda cresce principalmente entre idosos e mulheres, estando cada vez mais presente na rotina dos profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família. Trata-se de um problema que envolve a equipe da saúde da família, o usuário destes medicamentos e a família, estando atado à realidade social que o usuário está inserido e ao despreparo dos profissionais de saúde em combater esse processo. Diante disso, o uso inadequado dessa classe de medicamentos, uma realidade no Brasil, deixa evidente a necessidade de intervenção. Desta forma, o presente estudo faz uma revisão na literatura sobre os Benzodiazepínicos e os fatores que justificam seu uso abusivo e indevido e desenvolve uma proposta de intervenção que ofereça mecanismos para a descontinuação do uso prolongado destes medicamentos, através, principalmente, da conscientização dos profissionais de saúde e do estímulo a práticas alternativas que visem bons hábitos de vida.

Palavras-chave: benzodiazepínicos; saúde mental; transtornos de ansiedade.

ABSTRACT

Benzodiazepines are among the most widely used drugs in the world, with Brazil among the main consumers. They are used as anxiolytics, sedatives, muscle relaxants, hypnotics and anticonvulsants. Even after decades of the emergence of this class of drugs and knowing the side effects caused due to prolonged use (physical and psychic dependence, interaction with other drugs and decreased psychomotor activity), their consumption still grows especially the elderly and women, being increasingly present in the routine of professionals working in the Family Health Strategy. This is a problem that involves the family health team, the user of these drugs and the family, being tied to the social reality that the user is inserted and health professionals unprepared to fight this process. Before it, the inappropriate use of this class of drugs, a reality in Brazil, makes clear the need for intervention. So, the present study has reviewed the literature on the Benzodiazepines and the factors that justify their abuse and misuse and developed a proposal for intervention that provides mechanisms for the discontinuation of long-term use of these drugs, primarily through awareness of health professionals and the stimulus to alternative practices that aimed good life habits.

Key Words: benzodiazepines; mental health; anxiety disorders.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS: Atenção Básica de Saúde

ACS: Agente Comunitário de Saúde

APS: Atenção Primária em Saúde

BZD: Benzodiazepínicos

CAPS: Centro de Atenção Psico-Social

DM: Diabetes Mellitus

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH: Índice de Desenvolvimento Humano

Km: quilômetros

Km²: quilômetro quadrado

MG: Minas Gerais

NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PSF: Programa Saúde da Família

SUS: Sistema Único de Saúde

UBSF: Unidade Básica de Saúde da Família

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO -----	09
2. JUSTIFICATIVA -----	12
3. OBJETIVOS -----	13
4. MÉTODO -----	14
5. REVISÃO DA LITERATURA -----	16
6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO -----	20
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	34
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	35

1. INTRODUÇÃO

1.1. A CIDADE DE MONTE CARMELO

Monte Carmelo é o nome de uma montanha existente no litoral de Israel, nas proximidades da cidade de Haifa. "Carmelo", em hebraico, significa "uvas de Deus". Como o município situa-se próximo a um monte semelhante ao da antiga Palestina, onde se encontra a sede da Congregação das Carmelitas, adotaram o nome de Monte Carmelo (em consideração ao local onde se fundou a Ordem de Nossa Senhora do Carmo (padroeira da cidade) e também ao monte nas proximidades da cidade) (IBGE, 2010).

O município localiza-se no estado de Minas Gerais (MG), estando a 503 quilômetros (Km) a sudeste de Belo Horizonte (capital do estado de Minas Gerais) e a 107 Km a leste de Uberlândia (MG), cidade importante do Triângulo Mineiro, na qual está inserida Monte Carmelo. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população do município é de 45.772 habitantes (dado do ano de 2010, contudo, é estimado, para 2014, 47.770 habitantes) (IBGE, 2010).

A área total do município é de 1.343,035 Km², apresentando um bioma de Cerrado e Mata Atlântica com clima Tropical. A concentração habitacional é 33,83 habitantes/ Km². Há 14.982 domicílios permanentes e 13.451 famílias. Destes domicílios, 14.636 são abastecidos com água tratada e 14.232 possuem rede de esgoto. Possui Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,768, estando acima da média brasileira. As principais atividades econômicas do município são a Agricultura (principalmente o cultivo do café) e Cerâmica de Telhas. O Produto Interno Bruto per capita é 21.133,05 reais (IBGE, 2010).

1.2. O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi idealizado tendo como princípios básicos a universalidade, a equidade e a integralidade, sendo "a saúde direito de todos e dever do Estado" (BRASIL, 2000).

Segundo Rosa e Labate (2005), o Programa Saúde da Família (PSF) surgiu no Brasil na década de 1990 como uma estratégia para reorientação do modelo de saúde até então vigente, passando a Atenção Básica de Saúde (ABS), também

conhecida com Atenção Primária em Saúde (APS), a ser a porta de entrada e a organizadora da rede de saúde, em conformidade com os princípios do SUS.

A construção de um sistema de saúde universal, igualitário e integral constitui um processo político-social que se configura a partir de formulações de políticas públicas voltadas para a saúde, principalmente para o cotidiano dos serviços de saúde. O PSF se materializará mediante ações de atores sociais e suas práticas no cotidiano dos serviços (PINHEIRO; LUZ, 2003 *apud* ALVES, 2005).

Tendo isso em mente, o PSF é capaz de ser resolutivo em 85% dos problemas de saúde quando funcionando adequadamente, promovendo programas preventivos que demandem menores custos quando comparados a necessidade dos serviços secundário e terciário de saúde (BRASIL, 2000).

A cidade de Monte Carmelo conta com 12 equipes de PSF. A Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Elias de Moraes, localizada no bairro Vila Nova, possui uma área de abrangência de 9500 pessoas, excedendo em muito o preconizado de 3000 pessoas por UBSF (BRASIL, 2000). Localiza-se em uma casa alugada e não planejada para atendimentos médicos, sendo que há uma dificuldade de acesso por parte dos pacientes, principalmente idosos e deficientes, devido à presença de escadas para acesso aos consultórios médicos. Além de consultas médicas, também são realizados esporadicamente consultas psicológicas e nutricionais vinculadas aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Possui uma equipe permanente composta por 12 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 3 técnicos em enfermagem, 1 enfermeira e 1 médico.

Os atendimentos da atenção secundária e terciária são realizados na cidade de Patrocínio (MG), que dista 82 Km do município, mas podendo ocorrer ainda na cidade de Uberlândia (MG). Possui apenas um Centro de Atenção Psico-Social (CAPS), que pela singularidade, é geral e possui apenas um profissional médico na especialidade de psiquiatria.

As maiores dificuldades encontradas pelo PSF no bairro residem na ausência de contra-referência de outros serviços de saúde (que dificulta a organização da rede), a sobrecarga de serviços relacionado à grande demanda espontânea devido à grande área de abrangência e à demora na realização de exames e de consulta especializadas.

1.3. OS BENZODIAZEPÍNICOS

Os Benzodiazepínicos (BZD) estão entre as drogas mais prescritas no mundo. Possuem propriedades ansiolíticas, sedativas, miorelaxantes, hipnóticas e anticonvulsivantes. Entre seus efeitos colaterais, destacam-se: a diminuição da atividade psicomotora, a interação com outras drogas e, principalmente, o desenvolvimento de dependência (AUCHEWSKI *et al.*, 2004)

Embora sejam drogas relativamente seguras quanto ao uso, vem ocorrendo cada vez mais restrições devido aos efeitos colaterais, sendo a orientação médica fundamental para este processo.

O Brasil carece de informações a respeito da utilização de BZD, mas trata-se de um assunto presente no cotidiano da UBSF. Em um estudo realizado no Estados Unidos da América Salzman (1990), aferiu-se que os principais motivos da utilização destes medicamentos relatados pelos pacientes foram queixas para as quais o uso prolongado de BZD não é indicado.

O consumo de BZD no Brasil é justificado por vários fatores, tendo relevância a facilidade de obter receitas médicas, a automedicação e os quadros freqüentes de insônia e ansiedade decorrente da rotina estressante das cidades, sendo a APS fundamental na perpetuação deste processo (MENDONÇA; CARVALHO, 2005). Diante deste contexto e com o reconhecimento do papel primordial da APS na promoção de saúde, torna-se necessário combater o uso indevido e abusivo dessa classe de medicamentos.

2. JUSTIFICATIVA

A renovação de receitas está constantemente presente na rotina da UBSF Elias de Moraes (Monte Carmelo (MG)). Dentre estas renovações, destaca-se o uso de Benzodiazepínicos (BZD), relacionado, inclusive, ao uso prolongado (superior a 1 ano).

Suas indicações estão principalmente relacionadas à insônia e a transtornos psiquiátricos, como Transtorno Depressivo ou Ansiedade, que demandam um acompanhamento regular e através de consultas médicas do paciente além da simples renovação de receitas. Observa-se, contudo, que os pacientes preocupam-se somente com a obtenção da receita médica, desvalorizando a consulta e as orientações médicas e, assim, reduzem a função do PSF à somente mantenedora do medicamento.

Este trabalho ocupa-se em elaborar uma proposta, em conjunto com a equipe da UBSF, na tentativa de conscientizar e combater o abuso e a dependência de BZD.

Para a realização de uma prestação de serviço com qualidade à comunidade, efetivando a promoção à saúde, é fundamental um trabalho de conscientização, desde os usuários até os gestores públicos (que promovem políticas de saúde), sobre os riscos e os benefícios do uso de BZD através de ações educativas que visem principalmente o combate ao uso abusivo e indevido dessa classe de medicamentos. Diante disso, promover-se-á uma luta contra seus efeitos colaterais (dependência física e psíquica, risco de interações com outras drogas e diminuição da atividade psicomotora facilitando quedas em idosos).

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Desenvolver uma proposta de intervenção que ofereça mecanismos que proporcionem a descontinuação do uso abusivo e indevido de Benzodiazepínicos no município de Monte Carmelo (MG).

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os fatores que justificam o abuso dos BZD.
- Conscientizar os profissionais de saúde da cidade sobre os riscos e benefícios do uso de BZD.
- Elaborar um plano de ação conjunto com a equipe da UBSF Vila Nova para assistir e dar suporte para a população que faz uso de BZD.
- Estimular práticas alternativas que visem bons hábitos de vida que combatam a insônia e a ansiedade.
- Promover a formulação de mecanismos comunitários que favoreçam bons hábitos de vida, através da participação dos gestores municipais de saúde.
- Conscientizar os usuários dessa classe de medicamentos sobre os riscos devido ao uso abusivo e indevido de BZD.

4. MÉTODO

Este projeto formatou-se após observação diária situacional das condições que justificam a procura da UBSF Elias de Moraes pelos pacientes entre o período de março de 2014 e janeiro de 2015, ocorrendo, conforme já destacado, no município de Monte Carmelo.

Dessa forma, no percurso inicial foi realizada uma revisão de literatura médica, abordando diversos artigos desde o surgimento dos Benzodiazepínicos a recentes análises, visando subsidiar dados e conhecimentos para esse trabalho de descontinuidade. Após leitura reflexiva dos artigos, organizou-se o presente trabalho e, a partir daí, foi elaborado um plano de intervenção.

Sabendo que é essencial descrever as operações para o enfrentamento das causas, identificando os produtos e resultados para cada operação com seus respectivos recursos (econômicos, organizacionais e cognitivos) (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010), faz-se necessário um desenho de operações através de uma identificação dos recursos críticos, análise da viabilidade do plano, elaboração de um plano operativo e gestão do mesmo.

Para tal, foi realizada uma revisão bibliográfica sobre o uso indevido e abusivo de Benzodiazepínicos e sua repercussão sobre as Estratégias da Saúde da Família e da Saúde Mental. O referido levantamento bibliográfico contemplou diversos artigos científicos, contando ainda com livros e textos consubstanciados ao tema. Tal análise se deu junto às bases de dados informatizadas da Biblioteca Virtual do NESCON, SCIELO, MEDLINE E LILACS, utilizando-se dos seguintes descritores, de modo isolado ou em associação: Benzodiazepínicos, Saúde Mental e Transtornos de Ansiedade.

A partir daí, esses dados foram utilizados para subsidiar o diagnóstico situacional no que concerne este assunto na UBSF Elias de Moraes. Assim, foram identificados os principais problemas a serem trabalhados, a destacar:

- prática médica fragilizada (prescrição indiscriminada).
- insuficiência de informações sobre os efeitos do uso abusivo destes medicamentos (nível de informação).
- hábitos de vida ruim.
- estrutura dos serviços de saúde que não favorecem bons hábitos de vida.
- problemas sociais, financeiros e pessoais.

Foi possível, assim, a partir dos dados levantados na realidade cotidiana somados ao embasamento teórico, a elaboração de um projeto de intervenção com a finalidade de enfrentar o uso abusivo desta classe de medicamentos.

5. REVISÃO DA LITERATURA

O uso de medicamentos pela humanidade sempre foi um ato bastante simbólico e arraigado culturalmente, principalmente no modelo biomédico atual (AQUINO, 2008). Por conseguinte, o medicamento, como parte fundamental deste complexo médico-industrial, passa a ser visto como solução divina para os problemas humanos, assumindo o conceito de bem de consumo. A partir daí, o uso inadequado de medicamentos, principal consequência do consumo exacerbado, contribui para o surgimento de eventos adversos (BARROS, 2002), conforme corrobora Noto *et al.* (2002):

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. No entanto, o uso inadequado de psicotrópicos, uma realidade no país, provoca tolerância, dependência e outras reações adversas extremamente danosas aos indivíduos, deixando clara a necessidade de intervenção.

Conforme o tratado de Farmacologia Rang, *et al.* (2011), os Benzodiazepínicos (BZD) são fármacos depressores dos Sistema Nervoso Central, sintetizados primeiramente acidentalmente (o primeiro foi o Clordiazepóxido) em 1961, sendo logo aceito na comunidade médica e amplamente difundido. Sua boa aceitabilidade se deve ao fato da eficaz capacidade ansiolítica, sedativa e hipnótica, sem os riscos de superdosagem ou efeitos adversos com risco de vida (FIRMINO, 2008).

Os BZD são indicados principalmente para o tratamento agudo e subagudo de ansiedade, para insônia e para crises convulsivas, possuindo propriedades menos importantes como redução do tônus muscular (RANG, *et al.*, 2011).

Os Benzodiazepínicos são caracterizados por propriedades ansiolíticas, hipnóticas, anticonvulsivantes e miorelaxantes. Estão entre os medicamentos mais prescritos no mundo, muitas vezes sem indicação adequada, constituindo um grave problema de saúde pública. Quando bem indicados, são úteis por apresentarem rápido início de ação, poucos efeitos colaterais e boa margem de segurança (SANTOS *et al.*, 2009 *apud* CANCELLA, 2012).

Medicamentos para tratar a insônia e a ansiedade são utilizados desde a antiguidade. Após sua criação, nos anos de 1960, os benzodiazepínicos rapidamente deslocaram os barbitúricos e tornaram-se os mais utilizados entre os medicamentos com propriedades sedativas. Isso ocorreu em virtude do menor potencial de causar dependência e maior índice terapêutico dessas substâncias, isto

é, a diferença entre a dose terapêutica e a dose letal. Atualmente, os BZD são considerados como o maior grupo de medicamentos sedativos e os mais consumidos mundialmente (FORSAN, 2010). Ademais, os BZD são responsáveis por 50% de todas as prescrições de psicotrópicos (BUENO, 2012).

Dentre os fatores que favorecem sua popularização está o empenho médico em receitá-los, influenciados pela indústria farmacêutica (MENDONÇA, 2005).

Conforme Mattioni (2005), o Diazepam é o medicamento desta classe mais consumido mundialmente, havendo algumas variações quanto a alguns países, como no Brasil, seguido pelo Clonazepam, Bromazepam e Alprazolam.

Nos anos de 1970, os BZD foram amplamente prescritos sendo considerada uma opção terapêutica segura e de baixa toxicidade, mas, nas décadas seguintes, começaram a observar seus efeitos colaterais, com um potencial nocivo de dependência entre os usuários e problemas cognitivos a longo prazo (PEREIRA, 2013).

O consumo crescente de medicamentos de uso controlado (psicofármacos) causa grande impacto na economia e na sociedade. O processo de medicalização assim como pressões na indústria farmacêutica faz com que o consumo seja cada vez maior e o uso racional do medicamento não se concretize. Os psicofármacos estão cada vez mais presentes na rotina dos profissionais que atuam na Unidade Básica de Saúde (NANDI, 2012).

Na rotina da UBSF, destacam-se cada vez mais os transtornos psiquiátricos, principalmente a ansiedade, a depressão e a insônia, sendo o gênero feminino o mais prevalente neste caso. Além disso, está cada vez mais frequente casos de automedicação relacionado à facilidade de acesso a informações e de acesso a receitas médicas de forma ilícita.

Conforme o Caderno de Atenção Básica de Saúde Mental (BRASIL, 2013), a ansiedade é uma sensação normal do ser humano, essencial e benéfica por melhorar seu desempenho, mas que, quando doença, conforme Firmino (2008), configura-se como sentimento desagradável de apreensão ou medo, variando os níveis (de normal ao excessivo) em resposta a situações estressantes ou perigosas. Assim, quando suas manifestações são desproporcionais, sendo em intensidade ou duração ou acompanhadas de alterações orgânicas, ela é considerada uma patologia em que tratamento torna-se necessário.

Sendo sua principal indicação os Transtornos de Ansiedade, os BZD são altamente eficientes nos quadros agudos, mas contra-indicados nos casos crônicos devido ao abuso e dependência física e psíquica (PEREIRA, 2013). Assim, seu uso

não deve exceder de três a quatro semanas (MENDONÇA, 2005). O uso de até três meses apresenta risco de dependência praticamente nulo. Já entre três e doze meses de uso, esse risco aumenta para 10% a 15% e, por mais de doze meses, apresenta risco de 25% a 40% (GRAEFF, 1999).

Já em relação à depressão, a pessoa apresenta-se com humor deprimido, com perda do prazer ou do interesse em atividades rotineiras, sensação de cansaço, diminuição da concentração, baixa autoestima e sentimento de inutilidade. O uso de BZD, neste caso, tem indicação mais restrita (BRASIL, 2013).

As alterações do sono, em especial a insônia, são, na maioria dos casos, reflexos de algum transtorno psiquiátrico. Ou seja, os quadros psiquiátricos, por sua vez, têm mudanças nos padrões do sono como critérios diagnósticos, tais como: depressão maior, estresse pós-traumático e transtorno de ansiedade generalizada (LUCCHESI, 2005). Diante disso, essa relação deve ser levada em conta pelo médico em sua prática clínica, pois ensinamentos sobre higiene do sono podem reduzir a quantidade de medicação ministrada, melhorando assim, a sintomatologia e a qualidade de vida dos pacientes.

O uso de BZD é mais comum no sexo feminino e na faixa etária de 38 a 70 anos, predominando a baixa escolaridade, a baixa renda e, de estado civil, casadas (NORDON, HUBNER, 2009). Ademais, mais da metade faz uso desta medicação há mais de 2 anos (MATTIONI, 2005).

Observa-se também que muitos médicos já prescrevem esta medicação na primeira consulta, não tentando antes mudanças no estilo de vida dos pacientes como primeira escolha de tratamento. Com isso, promove-se a ideia de o BZD ser uma alternativa de fuga dos problemas do cotidiano, tornando-se essencial. Assim, perdem o significado da indicação inicial e passam a ser uma necessidade na vida do paciente (MENDONÇA, 2005).

A terapêutica farmacológica deve ser sempre apenas parte da abordagem aos pacientes e não pode ser usada como mera substituta de outras condutas terapêuticas ou como tratamento de outros problemas que não sejam os médicos (AUCHEWSKI *et al.*, 2004).

Para Mendonça *et al.* (2008), o uso indevido e prolongado de BZD prejudica o desempenho psicomotor, interferindo na capacidade de atenção, velocidade de desempenho e precisão dos reflexos, tornando, especialmente os idosos, mais vulneráveis a acidentes e a quedas. Além disso, afetam a capacidade cognitiva do usuário.

Ainda segundo Mendonça *et al.* (2008), no Brasil, apesar do controle da venda de BZD, o mesmo permanece sendo vendido ilegalmente, seja com receitas adulteradas, falsificadas ou vendidas por médicos sem o devido acompanhamento do paciente. Ademais, seus efeitos colaterais, suas interações com outras drogas (principalmente o álcool) e o risco de dependência não são esclarecidas pelo médico prescritor, em muitas situações.

Segundo Gonçalves (2014), o paciente dependente de BZD possui maior risco de: acidentes no tráfego, em casa e no trabalho; overdose em combinação com outras drogas; atitudes anti-sociais; redução da produtividade no trabalho; problemas em relações interpessoal ou intra-familiar e maior número de internações, consultas e exames diagnósticos.

A dependência é o principal efeito adverso. Em indivíduos em uso crônico, a suspensão abrupta do tratamento depois de semanas ou meses pode aumentar a sensação da ansiedade, associado a tremores, perda de peso e distúrbios do sono, ou seja, levando a uma Síndrome de Abstinência. Portanto, sua retirada deve ser gradual (RANG *et al.*, 2011).

Diante de todos esses fatores e reconhecendo a ABS como principal prescritora desta classe de medicamentos, faz-se necessário maiores investimentos nestas unidades para preparar os profissionais que lidam com esse perfil de pacientes, para a criação de terapias alternativas e multiprofissionais e para atrair os pacientes.

A equipe de saúde da família muitas vezes, encontra-se sem suporte técnico e teórico suficiente para prestar assistência adequada ao paciente depressivo e sua família. É preciso investir em educação permanente dos profissionais (...) no sentido de produzirem novos saberes em saúde mental (SARTOR, 2012).

Ademais, em um estudo realizado por Auchewski *et al.* (2004), foi observado qualidade ruim de orientações acerca dos efeitos colaterais desta classe de medicamentos também nos atendimentos médicos na rede particular quanto por convênio, refletindo que se trata de um problema de proporções que vão além da rede pública. Esse mesmo estudo também revelou que há uso de benzodiazepínicos por indivíduos que utilizam essas substâncias sem prescrição médica, com a finalidade de buscar prazer e alívio de sintomas decorrentes do uso de outras drogas, como o álcool e a cocaína, havendo risco elevado e até mesmo fatal de interação.

6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Plano de Ação – Uma proposta de intervenção

6.1. DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

PROBLEMAS

Este trabalho é realizado partindo-se do pressuposto de que é necessário realizar um diagnóstico da situação da saúde da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) para a definição das ações a serem implementadas a fim de enfrentar os problemas identificados, quanto para avaliar a eficiência e a eficácia dessas ações.

Um dos maiores desafios no processo de planejamento em saúde é a capacidade dos profissionais de saúde em reconhecer (identificar, descrever e explicar) um problema de saúde em um determinado território e, a partir daí, definir prioridades quanto às soluções para combater este problema e, assim, elaborar um plano de ação baseado nessas prioridades.

Segundo Campos, Faria e Santos (2010), ao identificar um problema, deve-se reconhecê-lo como final (terminal) ou intermediário, sendo que os intermediários fazem parte da cadeia de causas que justificam o problema final.

A área de abrangência da UBS Vila Nova (Monte Carmelo (MG)) é composta por aproximadamente 9.500 pessoas, havendo uma discrepância relevante entre as condições econômicas desta população. Há desde pessoa com alto poder aquisitivo a até pessoas em extrema pobreza. A partir desta discrepância, há uma variabilidade considerável entre os problemas de saúde que podem ser observados na rotina da UBS.

Partindo da Estimativa Rápida (método, em um curto período de tempo e sem altos custos, para produzir informações que permitam conhecer as causas e as consequências do problema (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010)), são observados na área de abrangência da UBS Vila Nova: alta prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), Alcoolismo, ausência de contra-referência das especialidades médicas, falha no planejamento familiar e uso crônico e abusivo de psicotrópicos (principalmente Benzodiazepínicos).

PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS

Quadro 1: Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico do bairro Vila Nova (Monte Carmelo (MG)). 2014.

Principais Problemas	Importância	Urgência*	Capacidade de Enfrentamento	Seleção
Alta Prevalência de HAS e DM	Alta	9	Parcial	2
Alcoolismo	Alta	5	Parcial	4
Falta de Contra-Referência	Alta	5	Fora	5
Falta de Planejamento Familiar	Alta	6	Parcial	3
Uso crônico e abusivo de Benzodiazepínicos	Alta	10	Parcial	1

Fonte: o autor

*Total de pontos: 35

DESCRIÇÃO DO PROBLEMA SELECIONADO

É essencial, ter em mente a dimensão do problema priorizado e o que ele representa na realidade de uma comunidade (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010)

Embora a área de abrangência da UBS Vila Nova seja muito grande com uma importante discrepância entre as condições econômicas desta população, é observada de forma geral, uma necessidade considerável por Benzodiazepínicos (observado diariamente com as renovações de medicamentos). Tal situação é verificada através de investigação participante, bem como na atuação profissional, no cotidiano da Unidade.

A cidade de Monte Carmelo não possui informações que possibilitem quantificar ou descrever estatisticamente este processo. Assim, o uso indevido e abusivo de Benzodiazepínicos se tornou um problema relevante através da observação ativa e contínua na rotina da UBSF.

No Brasil, Benzodiazepínicos é a terceira classe de drogas mais prescritas, sendo utilizada por aproximadamente 4% da população. É justamente a Atenção Primária em Saúde (APS) a principal responsável por perpetuar este hábito (NORDON, 2009). Nessa medida, projetos que busquem o enfrentamento dessa questão se fazem cada vez mais necessários.

EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA

Disponíveis comercialmente desde a década de 1960, os Benzodiazepínicos são uma classe de medicamentos com alto potencial de adição, havendo, portanto, um controle rigoroso de sua prescrição através do formulário azul com retenção de receita. Atualmente, conforme já destacado, são indicados para o tratamento agudo e subagudo de ansiedade, insônia e crises convulsivas (NORDON, 2009).

Na cidade de Monte Carmelo, a prescrição de Benzodiazepínicos para o combate de insônia e ansiedade é algo bastante comum (é uma conduta muito adotada por médicos com práticas descritas como convencionais), havendo inclusive relatos da própria população, mas sem comprovação, de compra de receitas médicas, que proporciona o uso dessa classe de medicamento por longos períodos de tempo (sendo a grande maioria, há mais de uma década). Além disso, com a facilidade de acesso a estes medicamentos e, com a possível compra de receitas, muitos pacientes relatam ter iniciado uso por indicação de parente, amigo ou vizinho.

Ademais, através de entrevistas nos consultórios, observou-se que muitos pacientes iniciaram o uso de Benzodiazepínicos por indicação de Cardiologista que vêem esta classe de medicamento como adjuvante (por sua capacidade sedativa) em tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (principalmente de difícil controle, que é, na maioria dos casos, justificada pela má adesão ao uso de anti-hipertensivos).

Com uma observação ativa sob as consultas, foi possível observar que idosos configuram uma parcela considerável de pacientes que procuram a UBSF. Isto é reflexo de um aumento na expectativa de vida do brasileiro (resultado, principalmente, do avanço da medicina e da fomentação por hábitos de vida saudáveis), sendo justamente esta população que recorre ao uso contínuo e abusivo de Benzodiazepínicos. Embora sejam drogas relativamente seguras quanto ao uso, vem ocorrendo cada vez mais restrições devido aos efeitos colaterais, sendo a orientação médica fundamental para este processo. Entre seus efeitos colaterais,

destacam-se: a diminuição da atividade psicomotora e da capacidade de memória, a interação com outras drogas e, principalmente, o desenvolvimento de dependência (AUCHEWSKI *et al.*, 2004)

Este problema torna-se relevante na medida em que há a necessidade de estratégias na cidade de Monte Carmelo quanto a identificação, delimitação e combate a este problema. Frente a isso, é possível identificar pontos críticos acerca deste assunto: alta prevalência de pessoas (principalmente, idosos) que necessitam de Benzodiazepínicos; dificuldade em assistir os pacientes que sofrem de Transtornos Depressivos / Ansiedade de forma multiprofissional; alta prevalência de idosos com história de fraturas ósseas após quedas (podendo ser efeito colateral do medicamento); abuso de medicamentos; possibilidade de interações entre medicamentos, já que idosos fazem uso de uma polifarmácia; dependência química e risco de abstinência a estes medicamentos.

Tendo em mente que o uso indevido e abusivo de medicamentos é o problema final, a insônia e a ansiedade são os problemas intermediários que o justifica, assim, combatê-los é fundamental.

A insônia é definida como uma dificuldade de iniciar o sono ou, ainda, de manutenção do sono durante a noite ou despertar precoce, sem que depois o indivíduo consiga retornar ao sono, levando irritabilidade e alterações do humor; prejuízo dos desempenhos social, profissional e escolar; prejuízo da atenção, da concentração e da memória; fadiga; queixa de sonolência diurna; diminuição de energia e de iniciativa; maior risco de cometer erros; sintomas gastrointestinais; cefaleias tensionais e presença de ansiedade relacionada ao sono (LUCCHESI, 2005). É, na maioria dos casos, resultado de maus hábitos de vida (ingestão de cafeína, álcool ou comida em grande quantidade antes de dormir, exercício físico antes de dormir, tabagismo e sedentarismo) e má higiene do sono (falta de disciplina para o horário de dormir, dormir durante o dia e local do sono com poluição sonora ou quente).

Já a ansiedade é um sentimento vago e desagradável de medo, apreensão, caracterizado por tensão ou desconforto derivado de antecipação de perigo, de algo desconhecido ou estranho. Além disso, os transtornos de ansiedade são responsáveis por 40 a 50% dos casos de insônia crônica (CASTILLHO, 2000). Nestes casos, a utilização de Benzodiazepínicos é uma solução simplista e pouco eficiente, associado a uma carência de mecanismos comunitários (locais públicos

que incentivem o lazer e o exercício físico, apoio psico-social ou políticas públicas mais efetivas ao combate de hábitos ruins de vida (tabagismo e alcoolismo)) que possibilitem diminuir o estresse diário das cidades.

SELEÇÃO DOS “NÓS-CRÍTICOS”

- Hábitos de vida e estilo de vida;
- Nível de informação;
- Estrutura dos serviços de Saúde;
- Falta de mecanismos comunitários;
- Prescrição indiscriminada e irracional;
- Uso crônico e abusivo de Benzodiazepínicos.

6.2. DESENHO DAS OPERAÇÕES

Para a abordagem do presente tema, é essencial descrever as operações para o enfrentamento das causas, identificando os produtos e resultados para cada operação com seus respectivos recursos (econômicos, organizacionais e cognitivos) (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010), assim, faz-se:

Quadro 2: Desenho de operações para os “nós” críticos do problema uso indiscriminado e abuso de Benzodiazepínicos (BZD)

Nó-Crítico	Operação / Projeto	Resultados Esperados	Produtos	Recursos Necessários
Hábitos e estilo de vida	Mais Saúde Combate ao tabagismo, alcoolismo e sedentarismo / Higiene do sono / Alimentação Saudável	Melhora do sono / Diminuição da Ansiedade	Palestras educativas e que estimulem bons hábitos de vida	Cognitivo: informação; Econômico: locais para prática de exercícios físicos; Organizacional: adesão pacientes;

Nível de informação	Mais Saber Informar sobre uso contínuo e abuso de BZD	Conscientizar a população acerca dos riscos do medicamento	Palestras educativas / Informar pacientes nas consultas / Capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde	Cognitivo: informação; Econômico: panfletos informativos e recursos audiovisuais; Organizacional: mobilização da equipe de saúde;
Estrutura dos serviços de Saúde	Todos Juntos Articulação com serviços psiquiátricos e de psicologia da cidade	Facilitar a retirada gradual do medicamento com abordagem de vários setores da saúde	Capacitação dos profissionais da saúde visando a Saúde Mental	Cognitivo: protocolo conjunto para descontinuação Econômico: investimento no profissional; Organizacional: sistema de contra-referência;
Falta de mecanismo comunitário	Viva a Vida Oferecer locais para a prática de exercícios físicos	Melhora na qualidade de vida de forma geral	Centros de esporte, lazer e cultura	Econômico: investimento nestes locais; Organizacional: apoio político;
Prescrição indiscriminada e irracional	Receita Boa Capacitar os profissionais médicos quanto ao uso racional dos BZD	Prescrição de BZD de forma racional e com base nas consultas	Receitas com indicação correta e associado a medidas sem medicamento	Cognitivo: informar sobre indicação correta de BZD; Organizacional: elaboração de

				protocolos;
Uso crônico e abusivo de BZD	Vamos Parar Descontinuação gradual e racional do uso destes medicamentos	Descontinuar uso de BZD	Pacientes em uso abusivo de BZD	Cognitivo: informar pacientes; Econômico: meios audiovisuais; Organizacional: grupos de usuários de BZD;

Fonte: o autor

6.3. IDENTIFICAÇÃO DOS RECURSOS CRÍTICOS

Quadro 3: Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos” críticos do problema uso indiscriminado e abuso de Benzodiazepínicos (BZD)

Operação / Projeto	Recursos Críticos
Mais Saúde	Organizacional: adesão dos pacientes; Econômico: locais para prática de exercícios físicos;
Mais Saber	Organizacional: mobilização da equipe de saúde; adesão dos pacientes; Econômico: panfletos informativos e recursos audiovisuais;
Todos Juntos	Organizacional: sistema de contra-referência; adesão dos pacientes
Viva a Vida	Organizacional: adesão dos pacientes; Econômico: investimento em centros de lazer e esporte;
Receita Boa	Organizacional: adesão dos pacientes; Cognitivo: informar sobre indicação

	correta de BZD;
Vamos Parar	Organizacional: grupos de usuários de BZD; adesão dos pacientes

Fonte: o autor

6.4. ANÁLISE DE VIABILIDADE DO PLANO

A viabilidade de plano se sustenta pela adesão dos atores diretamente relacionados a ele.

Sabendo que o ator que está planejando não controla todos os recursos necessários para a execução do seu plano, há a necessidade de identificar os autores (inclusive seu posicionamento (motivação favorável, indiferente ou contrária) em relação ao problema) para, assim, definir as estratégias para a viabilidade do plano e possíveis intercorrências (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010).

Quadro 4: Propostas de Ações para a Motivação dos Atores

Operação / Projeto	Recursos Críticos	Ator que Controla	Motivação do Ator que Controla	Ação Estratégica
Mais Saúde	Organizacional: adesão dos pacientes; Econômico: locais para prática de exercícios físicos;	Pacientes Secretaria de Saúde, Prefeitura Municipal e setores privados	Favorável Favorável	Palestras e panfletos informativos Informar sobre os benefícios da prática de exercícios físicos e os impactos destes na saúde pública
Mais Saber	Econômico: panfletos informativos e	Secretaria de Saúde	Favorável	Não é necessário

	recursos audiovisuais; Organizacional: mobilização da equipe de saúde;	Equipe de Saúde da UBS	Favorável	Palestras educativas aos profissionais da saúde
Todos Juntos	Organizacional: sistema de contra-referência;	Secretaria de Saúde e Prefeitura Municipal	Favorável	Apresentar de reestruturação da rede interligando várias áreas de saúde
Viva a Vida	Econômico: investimento em centros de lazer e esporte;	Secretaria de Saúde, Prefeitura Municipal e instituições beneficentes	Favorável	Informar sobre os benefícios da prática de exercícios físicos e os impactos destes na saúde pública
Receita Boa	Cognitivo: informar sobre indicação correta de BZD;	Profissionais da área de saúde (principalmente, médicos)	Parte favorável e parte indiferente	Palestras educativas informando sobre o uso racional de Benzodiazepínicos
Vamos Parar	Organizacional: grupos de usuários de BZD;	Médicos Pacientes	Parte favorável e parte indiferente	Palestras com formação de grupos operativos com troca de experiências e apoio mútuo entre pacientes

Fonte: o autor

6.5. ELABORAÇÃO DE UM PLANO OPERATIVO

Quadro 5: Plano Operativo

Operação / Projeto	Resultados	Produtos	Ação Estratégica	Responsável	Prazo
Mais Saúde	Diminuição da ansiedade e melhora na qualidade do sono	Melhora na alimentação; fomento aos exercícios físicos	Meios audiovisuais (panfletos, cartazes, etc.); Palestras educativas nas escolas	Equipe de saúde da família (médico e nutricionista) e Secretaria de Saúde	1 ano
Mais Saber	Informar sobre uso contínuo e abuso de BZD	Avaliar o nível de conhecimento da população e dos profissionais de saúde / Campanha Educativa	Meios audiovisuais (panfletos, cartazes, etc.); Palestras educativas na UBS	Equipe de Saúde da Família	1 ano
Todos Juntos	Articulação com serviços psiquiátricos e de psicologia da cidade	Capacitação em Saúde Mental / Referência e contra-referência efetivas	Discutir propostas com a Secretaria de Saúde	Médico e Secretaria de Saúde	6 meses
Viva a Vida	Oferecer locais para a prática de exercícios físicos	Centros de esportes e lazer	Investimento pela Prefeitura Municipal ou	Médico e Prefeitura Municipal	2 anos

			entidades beneficentes		
Receita Boa	Capacitar os profissionais médicos quanto ao uso racional dos BZD	Prescrição racional de medicamentos com indicação precisa e seguimento regular	Palestras e capacitação dos médicos por parte da Secretaria de Saúde	Médicos e Secretaria de Saúde	6 meses
Vamos Parar	Descontinuação gradual e racional do uso destes medicamentos	Paciente em uso contínuo de BZD	Retirada gradual e com apoio de vários profissionais de saúde	Médicos, psicólogos, agentes comunitários em saúde e Secretaria de Saúde	6 meses

Fonte: o autor

6.6. GESTÃO DO PLANO

Considerando que o sucesso de um plano, ou pelo menos a possibilidade de que ele seja efetivamente implementado, depende de como será feita sua gestão (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010), faz-se necessário:

Quadro 6: Operação **Mais Saúde**

Produto	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
Melhora na alimentação;	Nutricionista	1 ano	Em andamento	Equipe de nutricionistas com bom acompanhamento dos pacientes	6 meses
Fomento a exercícios	Médico e Secretaria de	1 ano	Em andamento	Estímulos nas consultas com	1 ano

físicos	Saúde			exercício físico e cobrança sobre políticos para áreas de esporte	
---------	-------	--	--	---	--

Fonte: o autor

Quadro 7: Operação **Mais Saber**

Produto	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
Avaliar o nível de conhecimento da população e dos profissionais de saúde	Equipe de Saúde da Família	1 ano	Não iniciado	Não há meios estatísticos nem apoio da gestão local	1 ano e 6 meses
Campanha educativa	Equipe de Saúde da Família	1 ano	Em andamento	Conscientização através de palestras com os profissionais de saúde dentro da UBS	1 ano

Fonte: o autor

Quadro 8: Operação **Todos Juntos**

Produto	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
Capacitação em Saúde Mental	Médico e Secretária de Saúde	6 meses	Não iniciado	Falta de planejamento	1 ano
Referência e contra-referência	Médico e Secretária de Saúde	6 meses	Não iniciado	Falta de investimento pela	1 ano

efetivas				Secretaria de Saúde	
----------	--	--	--	---------------------	--

Fonte: o autor

Quadro 9: Operação **Viva a Vida**

Produto	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
Centros de esportes e lazer	Médico e Prefeitura Municipal	2 anos	Não iniciado	Falta de investimento / construção nos centros de esporte e lazer pela Prefeitura Municipal	3 anos

Fonte: o autor

Quadro 10: Operação **Receita Boa**

Produto	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
Prescrição racional de medicamentos com indicação precisa	Médico	6 meses	Em andamento	Palestras educativas com alguns médicos da cidade	6 meses
Seguimento regular	Médico	6 meses	Em andamento	Palestras educativas com alguns médicos da cidade	6 meses

Fonte: o autor

Quadro 11: Operação **Vamos Parar**

Produto	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
Paciente em uso contínuo de BZD	Médicos, Psicólogos e Agentes Comunitários em Saúde	6 meses	Em andamento lento	Má adesão dos pacientes e compra de receitas com outros médicos	1 ano

Fonte: o autor

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção do plano de ação é fundamental para a revisão do processo de trabalho e, então, para o planejamento do mesmo. Constitui-se como uma ferramenta para o enfrentamento dos problemas de uma maneira sistematizada com mecanismos de monitoramento e avaliação, permitindo maiores chances de sucesso (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010).

Por conseguinte, este plano de ação viabilizará uma descontinuação do uso crônico e abusivo de Benzodiazepínicos. Trata-se um problema não só presente na área de abrangência da UBSF Elias de Moraes como também presente nas outras UBSF de Monte Carmelo. Para isso, é essencial um apoio multiprofissional dos que trabalham na área da saúde para, assim, garantir um cuidado contínuo e positivo à saúde dos pacientes.

Tanto pacientes como médicos reconhecem que os BZD estão entre os medicamentos mais difíceis de interromper (BUENO, 2012), sendo a insuficiência de informações sobre as consequências deletérias do uso indevido desta classe de medicamentos aliada a outros fatores discutidos neste trabalho fundamentais para a perpetuação deste processo. Desta forma, intervenções no sentido de informar e conscientizar os prescritores e usuários destes medicamentos conciliando a promoção de bons hábitos de vida são essenciais no combate a essa realidade e, tão somente, na promoção da saúde.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005.
- AQUINO D.S. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? **Ciênc Saúde Coletiva**. 2008; 13(suppl): 733-6.
- AUCHEWSKI, Luciana et al . Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 26, n. 1, Mar. 2004 .
- BARROS J.A.C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde e Sociedade**. 2002; 11 (1):67-84.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 176 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **A implantação da Unidade de Saúde da Família: caderno 1**, Brasília (DF): Departamento de Atenção Básica, 2000.
- BUENO, J. R. Emprego clínico, uso indevido e abuso de Benzodiazepínicos – Uma revisão. **Rev. Debates de Psiquiatria**. Rio de Janeiro, ano 2, n. 3, Mai/ Jun 2012.
- CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. Elaboração do plano de ação. In: CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118p. : il.
- CANCELLA, Daniela Cristina Braga. **Análise do uso de psicofármacos na Atenção Básica Primária: uma revisão literatura**. UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte, 2012.
- CASTILLO, Ana Regina GL et al . Transtornos de ansiedade. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 22, supl. 2, Dec. 2000.
- FIRMINO, K.F. **Benzodiazepínicos: Um estudo da indicação / prescrição no município de Coronel Fabriciano – MG – 2006**. Belo Horizonte, 2008. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Farmácia – Universidade Federal de Minas Gerais.
- FORSAN, M. A. **O uso indiscriminado de benzodiazepínicos: uma análise crítica das práticas de prescrição, dispensação e uso prolongado**. 2010. 25 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização).
- GONÇALVES, A.L. **Abuso de Benzodiazepinas nos Transtornos de Ansiedade**. Mestrado em Psicologia Clínica. 2014. Acesso em: www.psicologia.pt em 06/01/15.

GRAEFF FG, Guimarães FS. **Fundamentos de psicofarmacologia**. 1a ed. São Paulo: Editora Atheneu; 1999.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), Dados gerais do município de Monte Carmelo (MG). 2010. Disponível em: < <http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=314310&search=%7Cmonte-carmelo>>. Acesso em: 18 de novembro de 2014.

LUCCHESI, Ligia Mendonça et al . O sono em transtornos psiquiátricos. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 27, supl. 1, May 2005 .

MATTIONI, L.T. *et al.* Prevalência no uso de benzodiazepínicos por uma população assistida por programa de saúde da Família. **Revista contexto e saúde**, v.5, 2005.

MENDONÇA, *et al.* Medicalização de mulheres idosas e interação com consumo de calmantes. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 17, n. 2, p. 95-106, 2008.

MENDONÇA, Reginaldo Teixeira; CARVALHO, Antonio Carlos Duarte de. O consumo de benzodiazepínicos por mulheres idosas. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto , v. 1, n. 2, ago. 2005 .

NANDI, Àdila Carara. Utilização de psicofármacos na Atenção Básica de Saúde. Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância **Resumos do Trabalhos de Conclusão de Curso**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. 2012.

NORDON, D.G; HÜBNER, C.V.K. **Prescrição de benzodiazepínicos por clínicos gerais: Diagnóstico e tratamento**. 14(2), abr-jun, 2009.

NORDON, David Gonçalves et al . Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre , v. 31, n. 3, Dec. 2009 .

NOTO AR, CARLINI EA, MASTRIANNI PC, ALVES VC, GALDURÓZ JCF, KUROIWA W, et al. Análise de prescrição e dispensação de medicamentos psicotrópicos em dois municípios do Estado de São Paulo. **Rev Bras Psiquiatr.** 2002; 24(2):68-73.

PEREIRA, A.A *et al.* **Saúde Mental**. 2. Ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2013.

PINHEIRO, R.; LUZ, M.T. Práticas eficazes X modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, p. 7-34, 2003.

RANG, H.P *et al.* **Farmacologia**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

ROSA, W.A.G; LABETE,R.C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 13, n.6, p. 1027-1034, 2005.

SALZMAN C. (Task Force Chair). Benzodiazepine dependence, toxicity, and abuse: a task force report of the American Psychiatric Association. Washington: **American Psychiatric Press**; 1990.

SANTOS, Renata Castro. **Perfil dos usuário de psicofármacos atendidos pela estratégia Saúde da Família na zona urbana do município de Presidente Juscelino**. 2009. 31 f. Monografia (Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Corinto, 2009.

SARTOR, Greicy Mara. **Depressão: um desafio na atenção básica**. Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância. **Resumos de Trabalhos de Conclusão de Curso**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. 2012.

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