

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**BIA DE MELLO ALVIM**

**USO INDISCRIMINADO DE BENZODIAZEPÍNICOS PELOS USUÁRIOS  
DE UMA EQUIPE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:  
necessidade de intervenção**

**JUIZ DE FORA – MINAS GERAIS**

**2014**

**BIA DE MELLO ALVIM**

**USO INDISCRIMINADO DE BENZODIAZEPÍNICOS PELOS USUÁRIOS  
DE UMA EQUIPE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:  
necessidade de intervenção**

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

Orientadora: Patrícia da C. Parreiras

**JUIZ DE FORA – MINAS GERAIS**

**2014**

**BIA DE MELLO ALVIM**

**USO INDISCRIMINADO DE BENZODIAZEPÍNICOS PELOS USUÁRIOS  
DE UMA EQUIPE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:  
necessidade de intervenção**

Banca Examinadora

Patrícia da C. Parreira – orientadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo – UFMG

Aprovado em Belo Horizonte em 18/12/2014

*“O tempo é muito lento para os que esperam  
Muito rápido para os que têm medo  
Muito longo para os que lamentam  
Muito curto para os que festejam  
Mas, para os que amam, o tempo é eterno”.*

*William Shakespeare*

## RESUMO

Os Benzodiazepínicos são drogas com atividade ansiolítica que agem diretamente no sistema nervoso central, podendo alterar aspectos cognitivos e psicomotores. As nomenclaturas utilizadas para denominá-los incluem: ansiolíticos, sedativo-hipnóticos, "calmantes". Dentre seus principais efeitos terapêuticos, tem-se: sedação, hipnose e relaxamento muscular. O objetivo deste trabalho foi propor um Plano de Intervenção com vistas a reduzir o uso indiscriminado de benzodiazepínicos pelos usuários da Estratégia de Saúde da Família I, no município de São Pedro dos Ferros – MG. Trata-se de uma pesquisa de revisão integrativa realizada na Biblioteca Virtual de Saúde por meio de artigos científicos completos, publicados na literatura nacional nos anos de 2004 a 2014, utilizando os seguintes descritores: Ansiolíticos; Uso indevido de substâncias e Benzodiazepínicos. Para operacionalização do Plano de Intervenção foram utilizados o Método do Planejamento Estratégico Situacional e uma Revisão de Literatura sobre o tema. Dentre os principais resultados encontrados nos artigos pesquisados tem-se: os entrevistados referiram que as orientações aos medicamentos Benzodiazepínicos são de um modo geral insuficientes, inclusive grande parte não são alertados sobre o tempo total do tratamento. Alguns entrevistados relataram que em algumas das vezes, não era necessário passar por uma consulta médica para obtenção da prescrição dos medicamentos e maioria dos entrevistados dos artigos pesquisados não percebiam ser dependentes de Benzodiazepínicos. Como considerações finais podemos dizer que o controle deste problema não acontece de forma rápida e depende da cultura e da experiência das pessoas. No entanto, deve haver um esforço por parte dos profissionais de saúde, uma vez que há possibilidade de mudança e enfrentamento desta situação. Como recomendações, consideramos que é de fundamental importância verificar e analisar a utilização dessa classe medicamentosa principalmente em indivíduos idosos, para assegurar a assistência e a segurança necessárias para esta população.

**Palavras-chave:** Ansiolíticos. Uso indevido de substâncias. Benzodiazepínicos

## ABSTRACT

The Benzodiazepines (BDZs) are drugs with anxiolytic activity that act directly on the central nervous system and can change cognitive and psychomotor aspects. The terms used to describe them include: anxiolytic, sedative-hypnotics, "calming". Among its main therapeutic effects, we have: sedation, hypnosis and muscle relaxation. The objective of this study was to propose an Intervention Plan in order to reduce the indiscriminate use of benzodiazepines by users of the Family Health Strategy I, in São Pedro dos Ferros - MG. This is an integrative review of research conducted in the Virtual Health Library through complete scientific articles published in national literature in the years 2004 to 2014, using the following keywords: Anti-Anxiety Agents, Substance-Related Disorders and Benzodiazepines. For operation of the Intervention Plan we used the Strategic Planning Method Situational - PES and a Review of Literature on the subject. Among the main results found in the researched articles we have: respondents mentioned that the guidelines on benzodiazepines drugs are generally inadequate, including large part are not warned of the total treatment time. Some respondents reported that in some cases, it was not necessary to go through a medical consultation to obtain the prescription of medicines and most respondents surveyed articles not perceived to be dependent on benzodiazepines. As conclusion we can say that the control of this problem does not happen quickly and depends on the culture and experience of people. However, there must be an effort by health professionals, since there is possibility of change and face this situation. As recommendations, we believe it is of fundamental importance to check and analyze the use of this drug class especially the elderly, to ensure the necessary assistance and security for this population.

**Keywords:** Anti-Anxiety Agents; Substance-Related Disorders; Benzodiazepines

## LISTA DE SIGLAS

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

CIB - Comissão Intergestora Bipartite

CISAMAPI - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Vale do Piranga.

ESF - Estratégia de Saúde da Família

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MEDLINE - National Library of Medicine's

PES - Planejamento Estratégico Situacional

PPI - Programação Pactuada e Integrada

REBRACIM - Rede Brasileira de Centros e Serviços de Informação sobre Medicamentos

SciELO - Scientific Electronic Library Online

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

UBS – Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>9</b>
<b>2 OBJETIVOS</b>	<b>14</b>
<b>3 METODOLOGIA</b>	<b>15</b>
<b>4 DESENVOLVIMENTO</b>	<b>17</b>
4.1 Bases Conceituais	17
4.1.1 Benzodiazepínicos	17
4.1.2 Efeitos Colaterais dos benzodiazepínicos	18
4.2 Considerações sobre os artigos trabalhados na revisão de literatura	20
<b>5 PROJETO DE INTERVENÇÃO/PLANO DE AÇÃO</b>	<b>25</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>32</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>33</b>



## 1 INTRODUÇÃO

A cidade de São Pedro dos Ferros está situada no estado de Minas Gerais, com distância de 217 km da capital Belo Horizonte. Localizada na Mesorregião da Zona da Mata Mineira, possui um distrito, nomeado de Águas Férreas e tem como municípios limítrofes: Raul Soares, Rio Casca, Abre Campo e São José do Goiabal. O município está sob a jurisdição da Gerencia Regional de Saúde de Ponte Nova.

O nome São Pedro dos Ferros é originado de Pedro, discípulo de Cristo, e refere-se ao sobrenome dos fundadores. Em 1849, os irmãos Silvério, Manoel e José Rodrigues Ferro vieram com suas famílias para vertente esquerda do rio Santana. Nesse local construíram uma capela dedicada a São Pedro. Em 1880 foi elevado a distrito. Em 1886, já havia uma notável representação política no município de Ponte Nova. A emancipação político-administrativa data de 31 de dezembro de 1943, pelo Decreto-Lei nº 1.058.

A População de São Pedro dos Ferros é 8.356 habitantes, segundo o Censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010). Mas segundo os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) de 2014 haviam 7.774 pessoas cadastradas em dezembro de 2013. Segundo o censo de 2010, em São Pedro dos Ferros tinha 2.537 domicílios. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município é de 0,705.

A área total do município corresponde a 403 Km<sup>2</sup>, e sua concentração habitacional é de 20,85 hab./km<sup>2</sup> (IBGE, 2014).

As principais atividades econômicas se caracterizam pela indústria de transformação e a mineração como principais empregadores de mão de obra juntamente com o setor agrícola, com grande produção de cana de açúcar e avicultura.

No que tange ao abastecimento de água tratada, em fevereiro de 2013, 1.835 famílias estavam sendo abastecidas com água da rede pública. Além disso, 2.096 famílias em fevereiro de 2013 tiveram recolhimento de lixo pela rede pública. A incidência de pobreza segundo dados do IBGE é de 40,02%.

No que se refere a taxa de escolarização, vale ressaltar que a cidade possui nove escolas de nível fundamental, cinco pré-escolas e duas escolas com Ensino Médio. Sendo que 64,3% dos alunos matriculados estão no ensino Fundamental; 21,4% na pré-escola e 14,3% no Ensino Médio.

O município de São Pedro dos Ferros é habilitado na Gestão Plena de Atenção Básica, com aprovação do Conselho Municipal de Saúde e da Comissão Intergestora Bipartite (CIB Microrregional) e homologado pela CIB Estadual.

A prioridade do serviço de saúde é para o atendimento da atenção básica. Para tanto, foram implantadas três equipes de Estratégia de Saúde da Família, sendo duas com Saúde Bucal na Modalidade II, e uma na Modalidade I, caracterizada pela ausência do técnico de saúde bucal (TSB), respectivamente, na sede e zona rural. O número aproximado de famílias acompanhadas em dezembro de 2013 foi de 2.460, segundo dados do SIAB municipal.

O município disponibiliza à população um espaço de apoio aos pacientes com transtornos mentais (Centro de Convivência Aconchego), que recebe e abriga em turno diurno pacientes usuários de drogas e álcool, ofertando alimentação diária, recreação e lazer, atendimento médico clínico/psiquiátrico e ainda apoio com profissional de psicologia.

Nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) são oferecidos também atendimentos especializados nas áreas de: psicologia, nutrição, pediatria e ginecologia, que estão vinculados diretamente ao município.

Além dos profissionais locais, o município dispõe de outros profissionais médicos especializados e exames que estão contratados pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Vale do Piranga (CISAMAPI), que oferta os serviços em sede própria, nas cidades de Ponte Nova e Rio Casca.

O relacionamento com as demais esferas de gestão (prestadores) se dá de acordo com a Programação Pactuada e Integrada – PPI, instrumento esse elaborado pelas esferas Federal e Estadual, cujos procedimentos de saúde e os respectivos recursos financeiros são baseados no número da população de cada município. Na PPI é que estão determinados os locais para os encaminhamentos (dos procedimentos ambulatoriais e cirúrgicos) de acordo com as necessidades da população.

Em São Pedro dos Ferros, existem três equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF). As UBS atendem a uma população cuja demarcação da sua área de abrangência foi definida de acordo com os parâmetros da Secretaria Estadual de Saúde, sendo o principal critério o acesso da população e o número de habitantes, dentro de um mínimo de 400 pessoas para cada agente comunitário de saúde que compõe a equipe.

Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de um número determinado de pessoas ou de famílias de uma determinada área, e estas passam a ter corresponsabilidade no cuidado à saúde. A atuação das equipes ocorre principalmente nas unidades, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se: como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; por ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade; por intervir sobre os fatores de risco aos qual a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde. A cobertura populacional da estratégia da saúde da família é de 100%.

Atualmente a maioria dos procedimentos ambulatoriais é direcionada ao hospital da cidade, nomeado de José Peres, assim como, para as clínicas Pediátrica, Cirúrgica e Obstétrica.

A tabela 1 apresenta-se os estabelecimentos de saúde do município.

**Tabela 1** - Estabelecimentos de saúde do Município de São Pedro dos Ferros, 2014.

ESTABELECIAMENTO	QUANTIDADE
Unidade de Atenção Primária à Saúde	3
Postos de Saúde	1
Centro de Convivência de Saúde Mental	1
Farmácia Básica Municipal	1
Consultórios Odontológicos	3

**Fonte:** Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão – SARGSUS. Relatório Gestão, 2010 a 2013.

Além destes estabelecimentos de Saúde, o município conta ainda com a Secretaria Municipal de Saúde e com a Unidade de Pronto Socorro.

Duas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) são de fácil acesso e bem localizadas, porém uma UAPS está localizada em um morro, dificultando o acesso da população. O horário de funcionamento é de 07 às 11 horas e de 13 às 17 horas, de segunda a sexta feira.

Passados três meses atuando na equipe da Estratégia de Saúde da Família I no município de São Pedro dos Ferros (MG), pude elencar junto com a equipe de saúde alguns problemas: Uso indiscriminado de medicamentos benzodiazepínicos; Elevado número de usuários com hipertensão e diabetes descontrolados; Pouca ênfase dada à promoção da saúde e prevenção de agravos, uma vez que as ações são direcionadas a demanda espontânea; Ausência de Grupos educativos e grupos direcionados a população específica como, por exemplo, gestante, hipertenso, tabagista, direitos sexuais e reprodutivos; Número elevado de atendimentos de demanda espontânea em detrimento da demanda programada; Cultura da população voltada para o modelo biomédico e para a medicalização, o que dificulta a ênfase centrada na prevenção proposta pela Atenção Primária à Saúde; Dificuldade enfrentada pelos trabalhadores da ESF de trabalhar em equipe.

Após a identificação dos problemas, a equipe passou à priorização dos mesmos, optando pelo “**Uso indiscriminado de medicamentos benzodiazepínicos**”, para a elaboração do Projeto de Intervenção.

Sabemos que este problema pode trazer inúmeras consequências para a saúde das pessoas, como por exemplo, causar complicações agudas e crônicas, levar a tolerância, dependência e possibilidade de ocorrer overdoses. Além disso, consideramos que o Projeto de Intervenção para este problema, é viável de ser realizado, uma vez que, dispomos de recursos humanos e materiais para manejo do mesmo. Acreditamos que o projeto de intervenção ao ser implementado terá grande impacto na qualidade de vida desta população.

## **2 OBJETIVOS**

### **Objetivo Geral**

- Propor um Plano de Intervenção com vistas a reduzir o uso indiscriminado de benzodiazepínicos pelos usuários da Estratégia de Saúde da Família I, no município de São Pedro dos Ferros - MG.

### **Objetivo Específico**

- Realizar revisão de literatura relacionada ao uso indevido de benzodiazepínicos.

### 3 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional - PES e uma Revisão de Literatura sobre o tema.

O PES foi desenvolvido por Carlos Matus (1989; 1993), este é voltado para a resolução de problemas reais ou potenciais. Nesse sentido, problema é entendido como algo identificável no cenário social e que motiva diferentes atores na busca de soluções ou pode ser visto como um obstáculo que impede determinado ator de alcançar seus objetivos. Assim, o planejamento é compreendido como uma ferramenta que permite viabilizar mudanças, favorecendo o controle e autonomia dos atores sociais. No PES, o conhecimento e a explicação da realidade dependem da inserção de cada ator e, logo, são sempre parciais e múltiplos (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010; CIAMPONE; MELLEIRO, 2010).

Realizamos um levantamento bibliográfico retrospectivo dos últimos 10 anos (2004 a 2014), por meio do banco de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando os descritores em ciências da saúde: Ansiolíticos; Uso indevido de substâncias e benzodiazepínicos. Assim, verificamos o que foi publicado em relação à utilização do uso indiscriminado de benzodiazepínicos.

A opção por escolhermos a BVS se deveu ao fato de ser este um dos mais importantes e abrangentes índices da literatura científica, a qual contempla importantes bancos de dados da área da saúde, como o Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), o Scientific Electronic Library Online (SciELO) e o National Library of Medicine's (MEDLINE), dentre outros.

Foi realizada uma leitura dos resumos das publicações sendo utilizados os seguintes critérios de exclusão: investigações publicadas antes de 2004, os não pertinentes ao assunto e os repetidos, e os seguintes critérios de inclusão: investigação científica e publicações que descrevam situações brasileiras ou que tenham sido publicadas por estrangeiros em revistas nacionais, nos anos de 2004 a 2014.

Após a leitura dos resumos, com conseqüente discernimento dos artigos de interesse, realizamos a leitura dos artigos na íntegra e preenchemos uma ficha

bibliográfica previamente elaborada, com os seguintes tópicos: autor, título, periódico, tipo de pesquisa, ano de publicação, sujeitos da pesquisa, resumo e objetivos do artigo. Na segunda parte da ficha bibliográfica anotamos os seguintes tópicos citados nos artigos: uso indiscriminado ou uso indevido de benzodiazepínicos e suas consequências para a saúde.

Com o levantamento realizado na Biblioteca Virtual em Saúde, foram encontrados quatro artigos relacionados ao objeto de pesquisa.

Inicialmente, ao utilizar os descritores Ansiolíticos, Uso de substâncias e Benzodiazepínico obteve-se 104 resumos. Posteriormente, ao incluir somente os resumos do idioma português estiveram presentes 21 trabalhos. Desses, 7 trabalhos eram do período pesquisado (2004-2014), porém dois artigos científicos estavam repetidos e um trabalho não era artigo científico, dessa forma a amostra final foi de apenas quatro artigos científicos completos, publicados no período de 2004 a 2014, na literatura nacional, com os descritores acima citados.



## 4 DESENVOLVIMENTO

### 4.1 Bases conceituais

#### 4.1.1 Benzodiazepínicos

Os Benzodiazepínicos (BDZs) são drogas com atividade ansiolítica que começaram a ser utilizadas na década de 60. O Clordiazepóxido foi o primeiro BDZ lançado no mercado (1960), cinco anos após a descoberta de seus efeitos ansiolíticos, hipnóticos e miorrelexantes (ORLANDI; NOTO, 2005).

Tais medicamentos são drogas que agem diretamente no sistema nervoso central, podendo alterar aspectos cognitivos e psicomotores. As nomenclaturas utilizadas para denominá-los incluem: ansiolíticos, sedativo-hipnóticos, "calmantes". Dentre seus principais efeitos terapêuticos, tem-se: sedação, hipnose e relaxamento muscular (BRASIL, 2006; TELLES FILHO *et al.*, 2011).

As principais aplicações clínicas desses medicamentos são: casos de ansiedade associada a condições cardiovasculares ou gastrintestinais, distúrbios do sono, convulsões, espasmos musculares involuntários, dependência de álcool e outras substâncias (BRASIL, 2006).

A utilização prolongada de BDZs, excedendo períodos de 4 a 6 semanas pode levar ao desenvolvimento de tolerância, abstinência e dependência (ORLANDI; NOTO, 2005).

Segundo pesquisas realizadas, existe forte relação entre idade e gênero com o consumo de benzodiazepínicos, sendo mais comum entre as mulheres idosas, uma vez que, além de estarem mais presentes nos serviços de saúde, estão mais propensas a problemas de ordem afetiva e psicológica, sendo responsáveis por aproximadamente 30% de prevalência na utilização dessa medicação (TELLES FILHO, 2011; ALVARENGA *et al.*, 2008).

O quadro 1 demonstra alguns exemplos de medicamentos Benzodiazepínicos, com seus respectivos nomes comerciais e nomes químicos.

**Quadro 1** – Nome comercial e nome químico de alguns exemplos de medicamentos Benzodiazepínicos

Nome Comercial	Nome Químico
Apraz, Frontal	Alprazolam
Lexotan, Brozepax, Somalium	Bromazepan
Buspar, Ansitec	Buspirona
Frisium	Clobazam
Rivotril	Clonazepam
Psicosedin, Librium	Clordiazepóxido
Olcadil	Cloxazolam
Valium, Diazepam, Dienpax	Diazepam
Dalmadorm	Flurazepam
Rohypnol, Rohydorm	Funitrazepam
Lorax	Lorazepam
Dormonid	Midazolam
Imovane, Neurolil	Zopiclone
Lioram, Stilnox, Stilnox CR, Noctiden, Patz	Zolpidem

**Fonte:** Mental Help 2014 <http://www.psiquiatria.med.br/>

#### 4.1.2 Efeitos colaterais dos benzodiazepínicos

A prática da automedicação é considerada tão antiga como a própria história do homem. Tal prática pode trazer efeitos indesejáveis para a saúde das populações, tais como: dificuldade de diagnosticar doenças devido ao mascaramento, atraso no diagnóstico e no tratamento de algumas doenças, possibilidade de ocorrer interações medicamentosas, efeitos adversos, intoxicações medicamentosas, abuso, dependência e consumo excessivo de medicamentos (CHAVES, *et al.*, 2009)

Estima-se que mais de 10% das internações hospitalares são decorrentes de reações adversas de medicamentos. Segundo Castro *et al.* (2013) o uso abusivo de medicamentos, como é o caso dos benzodiazepínicos, é motivo de debates em saúde coletiva e constantemente é discutido na imprensa brasileira.

Pelo fato dos benzodiazepínicos trazerem uma relativa “segurança” em seu uso, uma vez que são necessárias altas doses para se ter um efeito tóxico, sua prescrição e utilização ocorrem de forma abusiva, mesmo sendo um medicamento controlado e dispensado somente com apresentação de receita (BRASIL, 2007).

Apesar dos BDZ serem consideradas drogas relativamente seguras, há restrições quanto a sua utilização, devido à incidência dos efeitos colaterais, relacionados à depressão do sistema nervoso central. Dentre eles, os principais são: diminuição da atividade psicomotora, dificuldade na memória, tolerância, dependência e a potencialização do efeito depressor pela interação com outras drogas depressoras, como por exemplo, o álcool (AUCHEWSKI *et al.*, 2004; LONGO; JOHNSON, 2000).

A orientação médica relacionada ao uso dos benzodiazepínicos é um fator de fundamental importância para minimizar a ocorrência dos efeitos colaterais. As orientações aos pacientes devem incluir: possibilidade de diminuição da atenção que, conseqüentemente, pode aumentar o risco de acidentes com automóveis e outras atividades psicomotoras (AUCHEWSKI *et al.*, 2004; TANSKANEN *et al.*, 2000).

Segundo Bicca; Argimon (2008); Orlandi; Noto (2005) a maioria das prescrições de BDZ é realizada por médicos clínicos gerais ou de outras especialidades médicas, e não por psiquiatras, como seria esperado. Essa situação contribui para o aparecimento de várias complicações oriundas do uso prolongado da medicação. Alguns estudos relacionam a utilização em longo prazo de benzodiazepínicos a prejuízos na atividade cognitiva, principalmente em idosos, agravando o quadro da perda natural dessa função nesta faixa etária.

No Brasil existem algumas políticas e portarias que auxiliam na regulamentação e fiscalização de medicações, como é o exemplo da Política Nacional de Medicamentos do Ministério da Saúde, criada em 2011, que tem como um de seus propósitos e uma de suas prioridades, o uso racional de medicamentos, tal política prevê a realização de campanhas educativas com vistas a atender este propósito (BRASIL, 2001). Em 2013, foi criada a Portaria Nº 2.647, de 4 de novembro de 2013, do Ministério da Saúde, que instituiu a Rede Brasileira de Centros e Serviços de Informação sobre Medicamentos (REBRACIM), “visando a execução de serviços e atividades direcionadas à produção e à difusão de informação sobre

medicamentos, visando ao uso racional dessas tecnologias no âmbito do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2013, p. 2).

Apesar dessas iniciativas e ações do governo brasileiro, na tentativa de controlar o uso abusivo de substâncias, alguns autores acreditam que neste país existem fatores que contribuem para o uso indiscriminado de medicação psicotrópica, como por exemplo, a distribuição gratuita dessa medicação por programas governamentais, sem medidas de controle efetivas, possibilitando a aquisição destas medicações com mais facilidade (TELLES FILHO, 2011; CRUZ *et al.*, 2006).

Dessa forma, segundo Carvalho; Dimenstein (2004), o consumo dessas medicações tornou-se um complexo problema de saúde pública, por se fazer presente em grande parcela da população.

#### **4.2 Considerações sobre os artigos trabalhados na revisão de literatura**

Os periódicos em que estes artigos foram divulgados incluíram: Revista Brasileira de Psiquiatria (2 artigos); Ciência e Saúde Coletiva (1 artigo); Revista Latino Americana de Enfermagem (1 artigo). Os anos de publicação dos artigos foram: 2013, 2006, 2005 e 2004. Todos os quatro artigos foram de pesquisa aplicada, sendo que nenhum foi de revisão da literatura.

Dentre os sujeitos da pesquisa dos artigos, estiveram presentes: mulheres (18-60 anos) com histórico de uso indevido de benzodiazepínicos no último ano; todos os pacientes admitidos dentro de 6 horas antes de trauma não fatal em pronto socorro durante um período de três meses; médicos prescritores de BDZs, psiquiatras e psicólogos que já haviam atendido pacientes com histórico de uso prolongado de BDZs, farmacêuticos com vivência na dispensação, usuários crônicos de BDZs, profissionais envolvidos na implementação de políticas de saúde; pacientes voluntários adultos, homens e mulheres, na ocasião da aquisição de benzodiazepínicos na farmácia.

Os objetivos dos artigos incluíram:

- Compreender os fatores que favorecem o uso indevido de benzodiazepínicos entre mulheres adultas (18-60 anos), com enfoque nas funções, contextos,

percepção de risco e crenças atribuídas ao uso, no município de São Paulo e imediações.

- Estimar a prevalência do uso de substâncias em pacientes admitidos em um pronto socorro por trauma não fatal.
- Compreender a prática de prescrição, dispensação e uso prolongado de benzodiazepínicos, a partir da visão de profissionais de saúde e de usuários crônicos dessas substâncias.
- Verificar a qualidade da orientação sobre os efeitos colaterais mais relevantes de benzodiazepínicos, como prejuízo psicomotor, interação com outros depressores e potencialidade em causar dependência.

Este material bibliográfico nos subsidiou na elaboração do Projeto de Intervenção.

Na segunda parte da ficha bibliográfica apresentada anteriormente, foram levantadas algumas questões dos artigos, tais como: uso indiscriminado ou uso indevido de BDZ e suas conseqüências para a saúde e chegou-se aos seguintes resultados, descritos abaixo.

No artigo 1 o uso de BZD juntamente com outros medicamentos psicotrópicos foi referido pela maioria das mulheres 84%. Algumas mulheres referiram que não era necessário passar por uma consulta para obtenção da prescrição, em algumas das vezes (SOUZA; OPALEYE; NOTO, 2013).

As principais orientações recebidas sobre os efeitos colaterais do BZD foram: não utilizar álcool conjuntamente com BZD, não dirigir sob efeito do ansiolítico e sobre a dependência, que foram referidas por apenas 15% das mulheres. A orientação mais citada foi que poderia causar dependência (48%) (SOUZA; OPALEYE; NOTO, 2013).

Menos da metade das entrevistadas relatou ter noção do risco do consumo de BZD. Dentre as que relataram ter noção dos riscos, foram citadas possibilidade de causar dependência, prejuízos na memória, diminuição/alteração de reflexos na direção de veículos e dificuldade na coordenação motora. Não foram todas as entrevistadas que tiveram esse conhecimento por orientação médica, sendo que algumas relataram percepção de risco baseada em experiência própria (SOUZA; OPALEYE; NOTO, 2013).

Embora, as mulheres tivessem elevado tempo de uso de BDZ, menos da metade das entrevistadas 48% referiram perceber sua dependência, tendo como referência a dificuldade de dormir sem a medicação, nervosismo quando fica sem usar e sentimento de “desespero” diante da eventual falta da medicação (SOUZA; OPALEYE; NOTO, 2013).

Segundo os autores do artigo para modificar essa realidade, faz-se necessário uma ação conjunta dos serviços de saúde ao fornecerem estrutura ao prescritor para que possa considerar outras práticas antes de prescrever um BZD, bem como educação continuada para esses profissionais para esclarecimentos dos riscos reais quanto ao uso contínuo de BZD e orientação aos pacientes para terem ciência dos riscos associados ao abuso e à dependência de um psicotrópico (SOUZA; OPALEYE; NOTO, 2013).

No artigo de número 2 que objetivou pesquisar o uso de substância (maconha, álcool, cocaína e benzodiazepínicos) e a ocorrência de traumas, chegou aos seguintes resultados: de 353 pacientes, a concentração de álcool no sangue foi positiva em 11% (n = 39) e 10% (n = 33) apresentaram algum grau de intoxicação alcoólica. O teste de maconha foi positivo em 13,6% (n = 33) e de cocaína foi de 3,3% (n = 8). Do total de pacientes (353), apenas 166 foram pesquisados sobre o uso de BDZ e desses 4,2% (n = 7) faziam uso destas medicações. Dessa forma os autores concluíram que o uso de substâncias nesses indivíduos que sofreram trauma é altamente prevalente, fazendo-se necessário a realização de estudos com a finalidade de delimitar o panorama brasileiro e elaborar intervenções adequadas para estes casos, visando à redução do uso de substâncias e suas conseqüências (REIS; FIGLIE; LARANJEIRA, 2006).

O artigo de Orlandi e Noto (2005), tiveram como sujeitos da pesquisa: sete médicos de diferentes especialidades (três psiquiatras, dois neurologistas, um cardiologista e um geriatra), duas psicólogas da área de dependência de drogas, quatro farmacêuticos, um fiscal da Vigilância Sanitária e cinco usuários com histórico de uso crônico de BDZs, totalizando 19 entrevistados. Nesta pesquisa todos os entrevistados (cinco) usuários relataram não terem sido alertados sobre o tempo total de tratamento no início do medicamento benzodiazepínico. Três deles se queixaram da falta de orientação médica sobre os riscos da terapia com BDZ. Além

disso, os entrevistados referiram que muitas vezes a indicação inicial do remédio é feita por amigos, vizinhos e/ou familiares (ORLANDI; NOTO, 2005).

Uma das entrevistadas afirmou fazer o uso da medicação de forma preventiva, a fim de evitar a ansiedade em situações de stress. O efeito da tolerância e/ou aumento progressivo da dose foi mencionado por vários entrevistados, profissionais e usuários (ORLANDI; NOTO, 2005).

Segundo os profissionais entrevistados o baixo custo destas medicações é um dos fatores que contribui para a banalização de seu uso. Além disso, os profissionais entrevistados foram unânimes em constatar que a preparação adquirida ao longo da graduação em medicina é deficiente no que se refere à prescrição de BDZs (ORLANDI; NOTO, 2005).

Os profissionais entrevistados afirmaram ainda que há irregularidades de prescrição e dispensação de BDZ, mas os usuários negaram qualquer irregularidade. Os profissionais concordam que é importante controlar a dispensação dos BDZs, devido ao risco de dependência associado ao uso crônico da medicação e ao risco de intoxicação letal pelo medicamento (ORLANDI; NOTO, 2005).

Diante deste panorama os profissionais entrevistados sugeriram intervenções no atual sistema de controle a fim de aperfeiçoá-lo, apresentando propostas que abordam desde a prevenção primária até a redução de danos. Foi sugerida ainda implementação de um sistema eletrônico, capacitação dos balconistas, orientação dos médicos, substituição do BDZ por outras drogas ou possibilidade de realização de terapia cognitivo-comportamental (ORLANDI; NOTO, 2005).

Segundo os autores tal realidade aponta para a necessidade de investimento na formação e atualização dos profissionais, assim como melhorar a informação aos usuários. Além disso, são necessárias medidas de prevenção primária. Neste contexto, não apenas a classe médica, mas os profissionais de saúde em geral como enfermeiros, psicólogos, agentes comunitários e farmacêuticos, deveriam ser alvo de tais intervenções (ORLANDI; NOTO, 2005).

No artigo de Auchewski *et al.* (2004) que avaliou a qualidade da orientação médica sobre esses efeitos colaterais dos BDZ. Apenas 13% dos pacientes relataram ter

sido orientado sobre os três tipos principais de efeitos colaterais; 27% a respeito de pelo menos dois; e 40% sobre pelo menos um, enquanto que 19% não recebeu nenhuma orientação. A qualidade da orientação não foi influenciada pelo grau de instrução do paciente, pela especialidade do médico prescritor e pelo tipo de atendimento (particular ou público). Houve predomínio da orientação a respeito de não ingerir bebida alcoólica (85%), seguida do cuidado para operar máquinas e dirigir veículos (46%), e por último, a orientação sobre o desenvolvimento de dependência (31%). Além disso, a maioria deles (78%) relatou que o médico não orientou sobre o tempo de uso da medicação.

Observou-se que 42% dos pacientes entrevistados nesta pesquisa fizeram anteriormente tentativas de interrupção da medicação, desses, apenas 6% apresentaram sucesso. Somente 21% dos pacientes entrevistados foram orientados pelo médico a reduzir a dose da medicação (AUCHEWSKI *et al.*, 2004).

Os resultados sugerem que os médicos estavam mais preocupados com o risco de interação com o álcool, que pode ser fatal. O elevado número de pacientes que usavam a medicação de modo contínuo por mais de um ano (61%), o insucesso na interrupção da medicação (94%) e a pouca orientação sobre o tempo de uso do medicamento (22%) podem indicar a falta de preocupação do médico com a possível dependência induzida pelos benzodiazepínicos (AUCHEWSKI *et al.*, 2004).

Segundo os autores apesar de no presente estudo salientar-se o papel do médico na orientação sobre o uso de benzodiazepínicos, outros profissionais também poderiam auxiliar na orientação ao paciente, por exemplo, o farmacêutico também deve informar, aconselhar e educar o paciente, de modo a auxiliar o uso racional de medicamentos psicotrópicos. Os dados também fazem pensar que a educação médica a respeito do aconselhamento ao paciente deve ser revisada de modo a melhorar a qualidade das orientações fornecidas (AUCHEWSKI *et al.*, 2004).



## 5 PROJETO DE INTERVENÇÃO/ PLANO DE AÇÃO

Passados três meses atuando na equipe de uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município de São Pedro dos Ferros (MG), pude elencar junto a equipe de saúde alguns **problemas**, que estão colocados abaixo em **ordem de prioridade**.

- 1) Uso indiscriminado de medicamentos benzodiazepínicos.
- 2) Elevado número de usuários com hipertensão e diabetes descontrolados.
- 3) Pouca ênfase dada à promoção da saúde e prevenção de agravos, uma vez que as ações são direcionadas a demanda espontânea.
- 4) Grupos educativos e grupos direcionados a população específica como, por exemplo, gestante, hipertenso, tabagista, direitos sexuais e reprodutivos, não estão sendo realizados ou realizados de forma infrequente.
- 5) Número elevado de atendimentos de demanda espontânea em detrimento da demanda programada.
- 6) Cultura da população voltada para o modelo biomédico e para a medicalização, o que dificulta a ênfase centrada na prevenção proposta pela Atenção Primária à Saúde.
- 7) Dificuldade enfrentada pelos trabalhadores da ESF de trabalhar em equipe.

### Priorização dos Problemas

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento da equipe	Seleção
<b>Uso indiscriminado de medicamentos benzodiazepínicos.</b>	Alta	8	Parcial	1
<b>Elevado número de usuários com hipertensão e diabetes descontrolados.</b>	Alta	8	Parcial	2
<b>Pouca ênfase dada à promoção da saúde e prevenção de agravos.</b>	Alta	6	Parcial	3

<b>Grupos educativos e grupos direcionados a população específica.</b>	Alta	6	Parcial	4
<b>Número elevado de atendimentos de demanda espontânea em detrimento da demanda programada.</b>	Alta	6	Parcial	5
<b>Cultura da população voltada para o modelo biomédico.</b>	Alta	6	Parcial	6
<b>Dificuldade enfrentada pelos trabalhadores da ESF de trabalhar em equipe.</b>	Média	5	Parcial	7

**Descrição do problema:** Uso indiscriminado de benzodiazepínicos podendo causar complicações agudas e crônicas e levar a tolerância e dependência. Além da possibilidade de ocorrer overdoses.

**Explicação do problema:** o referido problema vem ocorrendo devido à cultura da população voltada para a medicalização, facilidade na obtenção destas receitas e prescrição indiscriminada destas medicações. Devido ao grande número de consultas diárias, voltados principalmente à demanda espontânea, os profissionais médicos não têm tempo suficiente para analisar as reais necessidades do uso destes tipos de medicações e dessa forma as orientações médicas quanto ao uso destes medicamentos ficam comprometidas.

#### **Identificação dos nós críticos**

- Os usuários possuem pouco conhecimento sobre sua doença, sobre seu tratamento farmacológico e não farmacológico e sobre as consequências à saúde do uso de benzodiazepínicos;
- Há dificuldade e/ou resistência por parte dos usuários em realizar mudanças nos hábitos de vida e na forma de tratamento das doenças;

- Mudanças frequentes dos profissionais médicos e conseqüentemente ocorrem mudanças na forma de manejar este problema;
- Escassez de profissionais qualificados para lidar com esta situação;
- Falta de capacitação (educação permanente) para a equipe;
- Referência e contra referência ineficaz;
- Dificuldade de conseguir consultas com especialistas;
- Obtenção de benzodiazepínicos junto aos médicos sem consulta formal.

### Desenho das operações

<b>Nó crítico</b>	<b>Operação/Projeto</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Recursos Necessários</b>
<b>Os usuários possuem pouco conhecimento sobre sua doença e sobre seu tratamento farmacológico e não farmacológico</b>	Realizar campanhas educativas com os usuários a fim de fornecer orientações a respeito da saúde mental e das medicações (benzodiazepínicos).	Capacidade dos usuários compreenderem os efeitos destas medicações a saúde e assim, evitar seu uso indiscriminado.	<u>Cognitivo</u> <u>Organizacionais</u> (estrutura física, recursos humanos).
<b>Há dificuldade e/ou resistência por parte dos usuários em realizar mudanças nos hábitos de vida e na forma de tratamento das doenças</b>	Realizar campanhas educativas com os usuários e dedicar um dia da agenda da equipe para a saúde mental, a fim de fornecer orientações relacionadas a hábitos de vida.	Espera-se que os usuários evitem fazer uso destas medicações sem a real necessidade e adotem hábitos de vida para promover sua saúde e prevenir agravos.	<u>Cognitivo</u> <u>Organizacionais</u> (estrutura física, recursos humanos).
<b>Mudanças frequentes dos profissionais médicos e conseqüentemente ocorrem mudanças na</b>	Sensibilizar o secretário de saúde do município sobre a importância de se evitar a alta rotatividade dos profissionais de	Maior vínculo dos profissionais de saúde com os usuários. Conhecimento por parte destes profissionais do diagnóstico situacional	<u>Cognitivo</u> <u>Organizacionais</u> (recursos humanos); <u>Poder</u>

<b>forma de manejar este problema</b>	saúde.	e dessa forma maior facilidade para intervir nos problemas.	
<b>Escassez de profissionais qualificados para lidar com esta situação</b>	Realizar educação permanente com a equipe com vistas a esclarecer a importância de se evitar o uso indevido de benzodiazepínicos.	Espera-se que a equipe de saúde se sensibilize com essa situação e não continue a repetir essa prática.	<u>Cognitivo</u> <u>Organizacionais</u> (estrutura física, recursos humanos).
<b>Falta de capacitação (educação permanente) para a equipe.</b>	Realizar educação permanente com a equipe.	Espera-se que os profissionais sejam capazes de fornecer orientações adequadas aos usuários e que prescrevam (médicos) estas medicações apenas quando necessário.	<u>Cognitivo</u> <u>Organizacionais</u> (estrutura física, recursos humanos).
<b>Dificuldade de conseguir consultas com especialistas</b>	Conversar com o secretário de saúde do município para enfatizar a necessidade de aumento do número de consultas com especialistas, neste caso o psiquiatra.	Espera-se que haja aumento das consultas com tais especialistas em quantidade suficiente para atender as demandas da população.	<u>Cognitivo</u> <u>Organizacionais</u> (recursos humanos) <u>Poder</u> <u>Econômico</u>
<b>Obtenção de benzodiazepínicos junto aos médicos sem consulta formal</b>	Orientar toda a equipe e usuários sobre a importância de não solicitar ao médico a renovação de receitas destes medicamentos sem que haja uma consulta formal com o mesmo.  Orientar os demais médicos a não prescreverem este tipo de medicação sem que haja uma	Espera-se que a população e a equipe tenham orientações e mudança de atitude para evitar essa prática.	<u>Cognitivo</u> <u>Organizacionais</u> (recursos humanos) <u>Poder</u>

	consulta formal com o usuário e sem a real necessidade.		
--	---	--	--

Realizamos então uma análise da viabilidade deste problema e de sua possível forma de solução e chegamos à conclusão que projeto de intervenção é viável de ser operacionalizado, uma vez que não necessita do dispêndio de muitos recursos financeiros, materiais, humanos além dos materiais que já disponho para trabalhar. Este projeto depende do conhecimento, da intencionalidade dos profissionais envolvidos e da aceitação da população da intervenção que será proposta. Portanto a solução para o problema está dentro da capacidade de enfrentamento da equipe responsável.

**O projeto:** propor um plano de intervenção com vistas a reduzir o uso indiscriminado de benzodiazepínicos pelos usuários de uma Estratégia de Saúde da Família, embasado por uma revisão da literatura para analisar as conseqüências do uso indiscriminado desses medicamentos para a saúde, como meio de subsidiar minhas ações.

### Plano de ação

<b>Ações</b>	<b>Atores sociais</b>	<b>Metas</b>	<b>Recursos Necessários</b>	<b>Cronograma</b>	<b>Acompanhamento e avaliação</b>
<b>Realização de campanhas educativas com os usuários</b>	Toda a equipe de saúde e usuários	Capacidade dos usuários compreenderem os efeitos destas medicações a saúde; evitar seu uso indiscriminado.	<u>Cognitivo</u> <u>Organizacionais</u> (estrutura física, recursos humanos).	Curto prazo (1 mês para o início da atividade) Duração: 2 meses.	Mensal
<b>Dedicar um dia da agenda da equipe para</b>	Médicos e enfermeiros	Espera-se atender a demanda da população	<u>Cognitivo</u> <u>Organizacionais</u> (estrutura física, recursos	Curto prazo (1 mês para o início da	Semanal

<b>a saúde mental</b>		relacionada à saúde mental, de modo que os usuários evitem fazer uso destas medicações sem a real necessidade e adotem hábitos de vida para promover sua saúde e prevenir agravos.	humanos).	atividade) Duração: continuamente	
<b>Reunião com o secretário de saúde para enfatizar a importância de se evitar a rotatividade de profissionais</b>	Médica responsável e secretário de saúde	Maior vínculo dos profissionais de saúde com os usuários. Conhecimento por parte destes profissionais do diagnóstico situacional e maior facilidade para intervir nos problemas.	<u>Cognitivo</u> <u>Organizacionais</u> (recursos humanos); <u>Poder</u>	Curto prazo Duração: continuamente	Mensal
<b>Reunião com o secretário de saúde para enfatizar a importância de aumentar a disponibilidade de consultas com psiquiatras</b>	Médica responsável e secretário de saúde	Espera-se que haja consultas com tais especialistas em quantidade suficiente para atender as demandas da população relacionado à saúde mental.	<u>Cognitivo</u> <u>Organizacionais</u> (recursos humanos) <u>Poder</u> <u>Econômico</u>	Curto prazo Duração: continuamente	Mensal
<b>Educação permanente com a equipe da ESF</b>	Médica responsável e profissionais da ESF	Espera-se que os profissionais sejam capazes de fornecer orientações adequadas aos usuários e que	<u>Cognitivo</u> <u>Organizacionais</u> (estrutura física, recursos humanos).	Curto prazo (1 mês para o início da atividade) Duração: 1 mês	Mensal

		prescrevam estas medicações (médicos) apenas quando necessário.			
<b>Orientações a equipe sobre a importância de não solicitar ao médico a renovação de receitas sem que haja uma consulta formal</b>	Médica responsável e profissionais da ESF	Espera-se que a população e a equipe tenham orientações e mudança de atitude para evitar essa prática.	<u>Cognitivo</u> <u>Organizacionais</u> (recursos humanos) <u>Poder</u>	Curto prazo (1 mês para o início da atividade)  Duração: continuamente	Diário
<b>Orientar aos demais médicos a não prescreverem este tipo de medicação sem que haja uma consulta formal com o usuário e sem a real necessidade.</b>	Médica responsável  Demais médicos	Espera-se que os profissionais médicos tenham orientações e mudança de atitude para evitar essa prática.	<u>Cognitivo</u> <u>Organizacionais</u> (recursos humanos) <u>Poder</u>	Curto prazo (1 mês para o início da atividade)  Duração: continuamente	Diário

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao propor este projeto de intervenção esperamos ter como resultados, o tratamento e o acompanhamento adequado dos usuários que tem real necessidade de fazer uso de benzodiazepínicos; ter uma conduta uniforme entre os profissionais de saúde para manejar este problema no sentido de controlar a prescrição do medicamento; prestar informações aos usuários e profissionais de saúde acerca do problema e consequentemente melhorar a situação de saúde dessa população.

O controle deste problema não acontece de forma rápida e depende da cultura e da experiência das pessoas. No entanto, acreditamos que deve haver um esforço por parte dos profissionais de saúde, uma vez que há possibilidade de mudança e enfrentamento desta situação.

Como recomendações, além das citadas acima, consideramos que é de fundamental importância verificar e analisar a utilização dessa classe medicamentosa principalmente em indivíduos idosos, para assegurar a assistência e a segurança necessárias para esta população.

Ao fazer uma revisão da literatura para propor um plano de intervenção com vistas a reduzir o uso indiscriminado de benzodiazepínicos pelos usuários da Estratégia de Saúde da Família I, no município de São Pedro dos Ferros – MG evidenciou-se que os autores também apontam medidas de educação em saúde com os usuários; educação continuada com a equipe de saúde, em especial com os médicos; preocupação em relação aos efeitos colaterais destas medicações, bem como possibilidade de dependência, overdose e uso indevido. Portanto foram feitas recomendações semelhantes as nossas, ao propor este projeto de intervenção e dessa forma, podemos dizer que nossos objetivos inicialmente traçados foram alcançados.



## REFERÊNCIAS

ALVARENGA, J. M. *et al.* Prevalence and sociodemographic characteristics associated with benzodiazepines use among community dwelling older adults: the Bambuí Health and Aging Study-BHAS. **Rev Bras Psiquiatr.**; v. 30, n.1, p. 7-11, 2008.

AUCHEWSKI, L. *et al.* Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos. **Rev. Bras. Psiquiatr.** v.26. n.1, p. 24-31, 2004.

BERNIK, M. A. **Benzodiazepínicos, quarto décadas de experiência.** São Paulo (SP): Edusp; 1999.

BICCA, M. G.; ARGIMON, I. I. L. Habilidades cognitivas e uso de benzodiazepínicos em idosas institucionalizadas. **J Bras Psiquiatr.** v. 57, n.2, p. 133-38, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB 2014.** Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABSMG.def>. Acesso em: 18 de maio de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão – SARGSUS. 2013.** Disponível em: <http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login!consultarRelatorioExterno.action?tipoRelatorio=01&codUf=31&codTpRel=01>. Acesso em: 18 de maio de 2014.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Gabinete Do Ministro. **Portaria Nº 2.647, de 4 de Novembro de 2013.** Institui a Rede Brasileira de Centros e Serviços de Informação sobre Medicamentos (REBRACIM). Disponível em: [http://www.paho.org/BRA/images/stories/BRA02C\\_2013/port\\_gm\\_2.647\\_13.pdf](http://www.paho.org/BRA/images/stories/BRA02C_2013/port_gm_2.647_13.pdf). Acesso em: 10 de novembro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Relação nacional de medicamentos essenciais.** 7. ed. Brasília, 2007. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/renome\\_2007.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/renome_2007.pdf). Acesso em: 08 de novembro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas:** encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento: efeitos de substâncias psicoativas no organismo. 3. ed. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Formulação de Políticas de Saúde. **Política Nacional de Medicamentos**. Brasília, 2001. Disponível em:  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_medicamentos.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf). Acesso em: 10 de novembro de 2014.

BRASIL. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD. **Índice de Desenvolvimento Humano - Municipal 1991 e 2000**. Disponível em:  
[http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDHM%2091%2000%20Ranking%20decrecent e%20\(pelos%20dados%20de%202000\).htm](http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDHM%2091%2000%20Ranking%20decrecent e%20(pelos%20dados%20de%202000).htm). Acesso em: 18 de maio de 2014.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118p.

CARVALHO, L. F.; DIMENSTEIN, M. O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. **Estudos de Psicologia**. v. 9, n.1, p. 121-129, 2004.

CASTRO, G. L. G. et al. Uso de Benzodiazepínicos como automedicação: consequências do uso abusivo, dependência, farmacovigilância e farmacoepidemiologia. **R. Interd.** v.6, n.1, p.112-123, 2013.

CHAVES, R. G. et al. Automedicação em nutrizes e sua influência sobre a duração do aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**. v. 85, n. 2, p. 129-134, 2009.

CIAMPONE, M. H.T; MELLEIRO, M. M. O Planejamento e o Processo Decisório como Instrumentos do Processo de Trabalho Gerencial. In: KURCGANT, P (coord). **Gerenciamento em Enfermagem**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

CRUZ, A. V. *et al.* Uso crônico de diazepam em idosos atendidos na rede pública em Tatuí-SP. **Rev Cienc Farm Basica Apl.** v. 2, n. 3, p. 259-67, 2006.

FRASER, A. D. Use and abuse of the benzodiazepines. **Ther Drug Monit** ; v. 20, n.5, p. 481-9, 1998.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE (Brasil). Disponível em:  
[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/pibmunicipios/2004\\_2008/](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/pibmunicipios/2004_2008/) Acesso em: 17 de maio de 2014.

LARANJEIRA, R.; CASTRO, L. A. **Potencial de abuso de benzodiazepínicos**. In: Bernik M. A. Benzodiazepínicos, quatro décadas de experiência. São Paulo (SP): Edusp; 1999.

LONGO, L. P.; JOHNSON, B. Addiction: Part. I. Benzodiazepines- side effects, abuse risk and alternatives. **Am Fam Physician**; v. 61, n.7, 2000.

MENTAL HELP. 2014. Disponível em: <http://www.psiquiatria.med.br/>. Acesso em: 20 de outubro de 2014.

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

REIS, A. D.; FIGLIE, N. B.; LARANJEIRA, R. Prevalência do uso de substâncias em pacientes com traumas em um pronto socorro brasileiro. **Rev Bras Psiquiatr.**; v. 28, n. 3, p.191-5, 2006.

SOUZA, A. R. L.; OPALEYE, E. S.; NOTO, A. R. Contextos e padrões do uso indevido de benzodiazepínicos entre mulheres. **Ciênc. saúde coletiva** v.18 n.4 2013.

TANSKANEN, P. *et al.* Counselling patients on psychotropic medication: physicians opinions on the role of community pharmacists. **Pharm World Sci**; v. 22, n.2, 59-61p. 2000.

TELLES FILHO, P. C. P. *et al.* Utilização de benzodiazepínicos por idosos de uma estratégia de saúde da família: implicações para enfermagem. **Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 581-586, jul./set., 2011.