



EMANUELLE NABUCO DE MENDONÇA OLIVEIRA

**AS ATIVIDADES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO DIA A DIA DE UMA EQUIPE DE
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

ARACAJU-SE 2017



EMANUELLE NABUCO DE MENDONÇA OLIVEIRA

**AS ATIVIDADES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO DIA A DIA DE UMA EQUIPE DE
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família apresentado à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA como requisito indispensável para a conclusão do curso.

Orientador: Fabiano Fraga

ARACAJU-SE 2017

RESUMO

Trabalho realizado por meio de atividades desenvolvidas durante o Curso de Especialização em Saúde da Família e Comunidade, fornecido pela UNA-SUS/UFCSPA, sendo dividido em cinco partes: Introdução (apresentação do profissional, sua formação e descrição da área e população assistida); Estudo de caso clínico (diagnóstico de Diabetes Mellitus e sua conduta); Promoção da saúde, educação em saúde e níveis de prevenção (destaque para assistência à Saúde Mental na Atenção Básica e rede de apoio), Visita domiciliar (importância e desafios) e Reflexão conclusiva (crítica a cerca do SUS e experiência vivida na Atenção Básica). Teve como anexo um Projeto de Intervenção a ser desenvolvido na comunidade de atuação diante de um problema observado. O tema escolhido foi: o uso indiscriminado e abusivo de psicotrópicos pelos usuários da USF Pedras, Capela/SE.

Descritores: Atenção Primária à Saúde, Visita domiciliar, Saúde mental, Saúde da Família.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO	7
3. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO	11
4. VISITA DOMICILIAR	13
5. REFLEXÃO CONCLUSIVA	15
REFERÊNCIAS	18
ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO	19

1. INTRODUÇÃO

Meu nome é Emanuelle Nabuco, tenho 29 anos, há quase 3 anos formada em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe. Iniciei meus trabalhos na atenção primária no ano de 2014 e desde então permaneço nela. Trabalhei nos municípios de Aracaju, Nossa Senhora do Socorro e Nossa Senhora das Dores. Atualmente trabalho no município de Capela/Sergipe, povoado Vila Pedras, UBS Carmelita Cabral.

Vila Pedras fica na zona rural aproximadamente 7 km do município de Capela. O povoado tem uma população bastante carente de aproximadamente 2070 pessoas, na maioria mulheres, e que tem como principais fontes de renda a atividade agrícola/granja familiar, a casa de farinha comunitária, o trabalho nos canaviais e na usina local de cachaça. Devido à crise econômica, muitos desses trabalhadores encontram-se desempregados, o que piora ainda mais a situação precária da população.

Não diferentemente de outras zonas rurais, os habitantes de Pedras acordam cedo, se locomovem principalmente a pé ou de bicicleta, poucos possuem carros, e em áreas mais afastadas alguns utilizam cavalos e charretes. As casas são feitas de tijolos, sem laje, a grande maioria com 3 quartos e 1 banheiro (algumas nem banheiro tem), em uma parte do povoado não há saneamento básico nem rede de esgotos, destacando as fossas sépticas e o abastecimento de água através de carros pipa. Apenas uma parte também apresenta calçamento. O fogão da maioria é de lenha e muitas casas não têm revestimento ou pintura. No terreno podem-se encontrar granjas e pequenas plantações de milho, hortaliças e cana de açúcar. Pouquíssimos possuem cavalos ou gado.

Durante o reconhecimento da área, podemos visualizar 3 territórios de risco ou vulnerabilidade. O primeiro, local de obra inacabada de uma escola e quadra esportiva que já deveriam ter sido entregues no início de 2016. Não só à noite, mas também pelo dia é possível encontrar usuários de drogas. Nesse mesmo local é visto acúmulo de lixo, o que aumenta a disseminação de doenças e aparecimento de animais (insetos, baratas, ratos, etc). O segundo local, podemos citar área de esgoto a céu aberto, com mau cheiro, lama e lixo, reforçando os problemas que a falta de saneamento e rede de esgotos pode trazer à população. E por fim, a presença de várias casas de comércio que vendem bebida alcoólica (principalmente cachaça, produto local) a preços muito baixos e que reúnem homens (e mulheres) dependentes

do álcool. Uma dessas encontra-se bem em frente à escola municipal. Já era de conhecimento da equipe e da secretaria de saúde a situação de vulnerabilidade existente tanto com o consumo de álcool e outras drogas como o acúmulo de lixo em determinados lugares e a falta de saneamento/esgoto. Quanto ao uso de drogas nas obras, já foi retomado o serviço para conclusão das obras o que diminuiu a utilização desses espaços para o vício, mas nenhum trabalho com os dependentes químicos foi iniciado. E sobre a rede de esgotos e saneamento, há um projeto de saneamento que nunca saiu do papel, mas que gerou déficit enorme aos cofres públicos.

No ano passado, apenas o calçamento de uma parte do povoado foi realizado com um gasto enorme para atrações artísticas na sua inauguração. A UBS atende não só Pedras como também o povoado Angás e fornece serviço odontológico ao Povoado Cuminho.

O atendimento é feito através das consultas programadas/agendadas e demanda espontânea, além de vagas destinadas aos atendimentos de urgência. A maioria das consultas são agendadas e focadas nos programas da atenção primária, como HIPERDIA, Pré-Natal, Puericultura, Saúde Mental, Saúde da Mulher e Planejamento Familiar. Nas demandas encontramos geralmente uma população sem patologias que procura realizar exames gerais (o famoso Check-up). Nos atendimentos de urgência destacamos as doenças diarreicas, as dorsalgias, as amigdalites e as otites.

Na prática diária na unidade foi possível constatar o uso indiscriminado das medicações psicotrópicas. Medicações que agem no Sistema Nervoso Central, causando dependência, efeitos colaterais e interações medicamentosas importantes, e que deveriam ter seu uso limitado. Muitos usuários fazem o uso dessas drogas sem nunca terem sido avaliados por um psiquiatra ou mesmo sem terem diagnóstico clínico confirmado. E os que o têm, não seguem acompanhados. Aparecem apenas na unidade para solicitar renovação de suas "receitas controladas". A automedicação também é vista com essas drogas, sem falar no uso desnecessário.

Percebo uma contradição enorme nessa clientela. Muitos não aceitam avaliação psiquiátrica nem acompanhamento no CAPS porque não se dizem "loucos", mas não se importam em usar medicações controladas e de forma abusiva. Infelizmente no Brasil a quantidade de CAPS, psiquiatras e demais profissionais que trabalham com a saúde mental é escassa, o que dificulta ainda mais uma melhor assistência a essa população. A abordagem da saúde mental na atenção básica ainda

é um desafio. São diversos medicamentos dispensados mensalmente, um custo alto para a Atenção Primária, sem falar na dependência e nos danos causados ao organismo com o uso crônico. Diante disso, vi a necessidade de realizarmos um Projeto de Intervenção (ANEXO 1) com esses usuários para que possamos identificar e reduzir o uso indiscriminado e abusivo das medicações psicotrópicas em nossa comunidade.

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

C.S.S, 40 anos, casada com F.B.S há 10 anos, dois filhos (A.C.B.S de 8 anos e P.B.S de 9 anos), dona de casa, moradora do povoado Pedras (zona rural do município de Capela/SE). F.B.S, tem 46 anos, é taxista e trabalha muito fazendo transporte de passageiros entre Capela e os outros municípios vizinhos. Eles moram em uma casa simples, mas bem acabada (piso, forro e pintura), tem 2 quartos e 1 banheiro, cozinha, quintal com árvores frutíferas, uma pequena horta, criação de algumas galinhas e tem um cão como animal de estimação. A rua é calçada e está na área que apresenta rede de esgoto. Os filhos estudam na escola de ensino fundamental do próprio povoado que fica a poucos metros.

C.S.S comparece dia 05/09/16 à USF Carmelita Cabral, por demanda espontânea, para solicitar renovação de receita de medicação controlada. Em triagem nega queixas, e apresenta **PA: 150x100mmHg, glicemia capilar 215mg/dl** (refere já ter se alimentado), altura 1,60m, peso 75Kg, **IMC: 29,29**, sendo encaminhada à consulta médica.

Dona C.S.S é uma usuária conhecida da USF, hipertensa, com antecedentes de depressão e ansiedade. Tem um ótimo relacionamento com todos, um casamento consolidado e filhos cuidadosos, mas sofreu muito no passado com seu ex-marido M.F.O que era alcoolista e a agredia. Faz uso de Clonazepam 2mg/dia há aproximadamente 7 anos e Losartana 100mg/dia.

Em consulta médica no dia 05/09/16, percebo **perda de peso** significativa desde a ultima consulta há 3 meses (**aprox. 4kg**) e um aumento leve na PA (dados das ultimas consultas: **140x80, 130x90, 140x90**). Ela refere uma “fome aumentada” (**polifagia**) e que anda urinando muito, mas acredita que seja porque vem bebendo muita água por conta do calor. Devido glicemia capilar alterada e possível sintomatologia de Diabetes Mellitus (polifagia, poliúria, polidipsia e perda de peso)

suspeito de **DM tipo 2**. Questiono antecedente familiar dessa patologia e ela afirma que a mãe e irmão são diabéticos. Informa ter se preocupado com o marido que caiu de moto e está com dores e por isso PA elevou um pouco, mas vem usando diariamente o anti-hipertensivo como prescrito e dieta com pouco sal. Deixou de fazer as caminhadas no fim da tarde, mas relata que retomará. Converso com ela, solicito que traga o marido para avaliação amanhã, renovo receita de Clonazepam e Losartana. Solicito exames para confirmação de Diabetes Mellitus e maior avaliação (GJ, HbA1C, EAS, lipidograma, Cr).

A usuária C.S.S se enquadrava como candidata ao rastreamento do DM caso não fosse possível realizar a glicemia capilar, segundo a American Diabetes Association (2010) por apresentar $\geq 25\text{kg/m}^2$, mãe diabética, hipertensão arterial, inatividade física. A glicemia capilar ao acaso $\geq 200\text{mg/dl}$ e sintomatologia de hiperglicemia indica DM. Mas deve-se solicitar novo exame de glicemia de jejum para confirmação diagnóstica.

C.S.S retorna 10 dias depois com queixa de leucorreia (característica de candidíase) e resultado dos exames confirmando DM e dislipidemia: GJ=**201mg/dl**, HbA1c= **9,6%**, CT=**240mg/dl**, HDL= **35 mg/dl**, LDL= **199mg/dl**, trigl= **168 mg/dl**, EAS= **glicosúria ++**, Cr= **0,8mg/dl**. PA= **140x90mmHg**, peso: **74,5kg**. Realizado exame físico completo sem alterações, inclusive dos pés, e estratificação de risco cardiovascular utilizando a calculadora UKPDS Risk Engine, apresentando risco para doença coronariana de **7,9%** e fatal de **3,2%** no momento do diagnóstico. O UKPDS Risk Engine (disponível em: <http://www.dtu.ox.ac.uk/riskengine/index.php>) é a ferramenta clínica atualmente disponível mais confiável para se estimar o risco de eventos cardiovasculares em pessoas com diabetes tipo 2, sem doença cardíaca estabelecida.

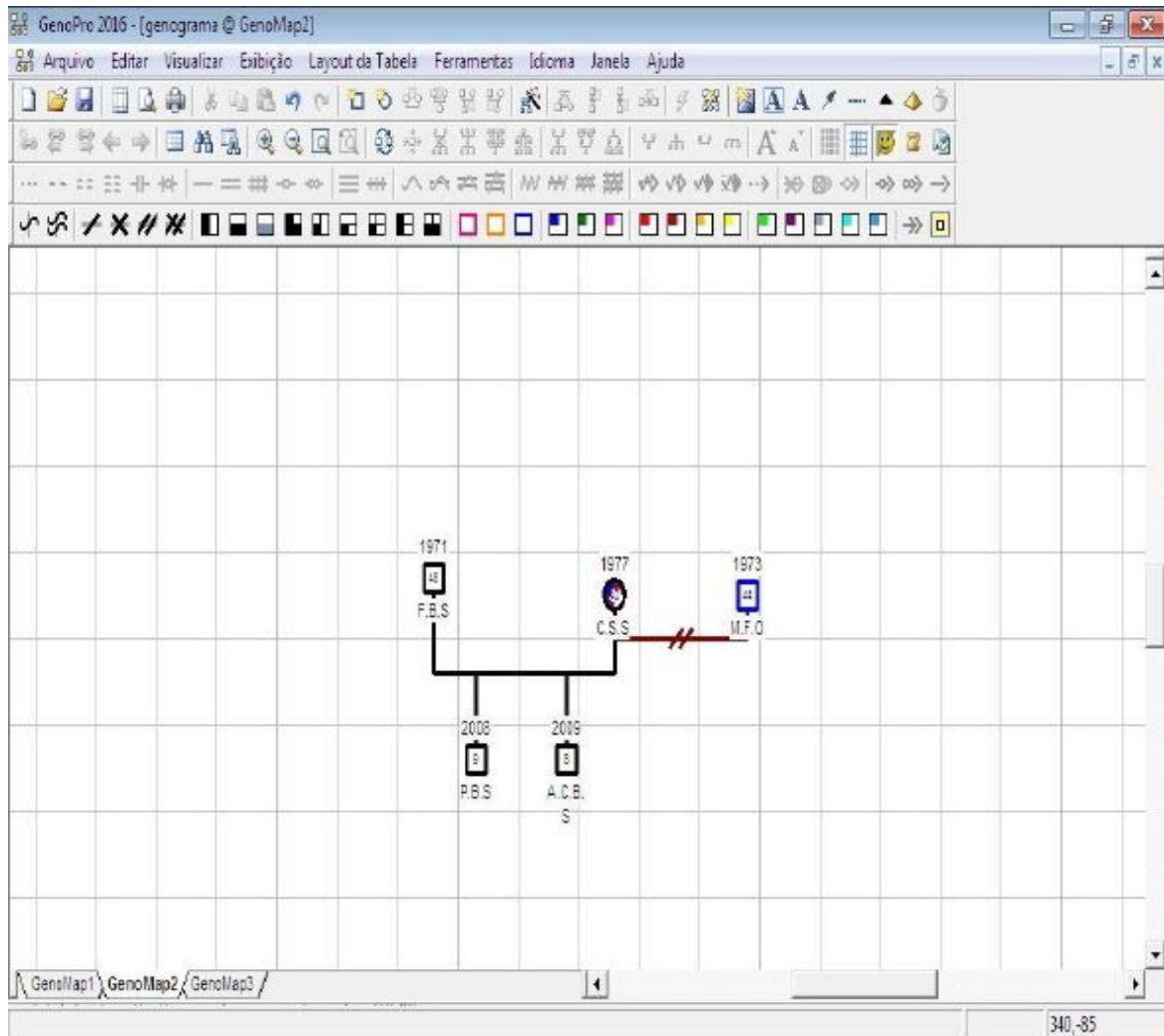
Devido impossibilidade de realizar exame de fundo do olho na USF, foi encaminhada para consulta com oftalmologista. Prescrevo metformina 850mg após café da manhã e retorno após 3 meses com novos exames (GJ e Hb1AC), além das mudanças no estilo de vida (alimentação saudável, rica em fibras, pouca gordura, sódio e açúcar; atividade física; boa hidratação), cuidados com os pés e monitoração da glicemia capilar semanalmente na unidade. Foi prescrito também miconazol intravaginal durante 10 noites para candidíase e marcação de exame de lâmina com a enfermeira, além de sinvastatina 20mg/dia após jantar. Conforme V Diretriz

Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose (2013), o uso de estatina está indicado para terapias de prevenção primária e secundária de eventos cardiovasculares como primeira opção (recomendação I, evidência A). C.S.S por ser diabética e não apresentar doença cardiovascular estipula-se a meta de LDL menor que 100mg/dl e não sendo necessário o uso do AAS.

Apesar da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016) orientar modificações de estilo de vida e o uso da metformina junto com outro hipoglicemiante no caso dos pacientes com glicemia de jejum for superior a 200mg/dl, mas inferior a 300 mg/dl na ausência de critérios para manifestações graves, optei pela monoterapia. Diferentemente, o Caderno de Atenção Básica de Diabetes do Ministério da Saúde (2013) preconiza a terapia não medicamentosa por, pelo menos, três meses antes de prescrever um agente hipoglicemiante oral.

Em Dezembro, após 3 meses conforme solicitado, C.S.S retorna com resolução da leucorreia e sem alterações no exame citopatológico do útero. Vem apresentando glicemia de jejum de **165mg/dl** e HbA1c de **8%**, CT= **200mg/dl**, HDL= **50mg/dl**, LDL= **160mg/dl**, trigl= **150mg/dl**, PA=**140x80mmHg**, peso: **73kg**. Foi aumentada a dose da metformina para 850mg/dl 2x ao dia (após café da manhã e jantar). Reforçada a importância das mudanças de estilo de vida e encaminhada para consulta com nutricionista; mantida dose de anti-hipertensivo e estatina; agendado retorno para março/2017 (3 meses) para novo controle glicêmico, com meta preconizada para glicemia de jejum entre 70 e 130 mg/dl, HbA1C < 7% e LDL<100mg/dl.

GENOGRAMA (Programa GenoPro 2016)



3. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO

Como vimos no Eixo 1 de nosso curso, a Atenção Básica (AB) é a porta de entrada preferencial do SUS, e dispõe de ações de saúde, tanto individuais como coletivas, na promoção e na proteção da saúde, na prevenção de agravos, no diagnóstico, no tratamento, na reabilitação, na redução de danos e na manutenção da saúde. Possibilitando, desta forma, uma atenção integral que influencia na vida de toda uma comunidade e possibilita mudanças na situação de saúde das populações adscritas.

Na prática diária na minha unidade pude constatar o uso indiscriminado de medicações psicotrópicas, apesar de poucos usuários terem de fato um diagnóstico de algum transtorno psiquiátrico. Segundo o Caderno de Atenção Básica (CAB) nº 34, sobre Saúde Mental (2013), as práticas em saúde mental na Atenção Básica podem e devem ser realizadas por todos os profissionais de saúde. Mas, é notório que muitos profissionais não se sentem confortáveis ou seguros em lidar com intervenções na saúde mental, e dessa forma tanto os profissionais quanto a próprio usuário vêm no médico de comunidade apenas um renovador de receitas.

Precisamos lembrar que o usuário que apresenta transtorno mental como qualquer outro usuário pode apresentar várias condições clínicas que necessitam de acompanhamento pela equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), como hipertensão e diabetes, gestação. Sem esquecer que muitos medicamentos utilizados podem gerar efeitos colaterais que interferem na saúde e na vida dessa população.

Pude assistir todo pré-natal de uma usuária depressiva, seu puerpério e agora as consultas de puericultura de sua filha. Os últimos meses de pré-natal não foram fáceis, ela abandonou o uso dos remédios, teve surtos de agressividade, tentou suicídio algumas vezes, mas com um trabalho em conjunto com os familiares, o psiquiatra e a equipe da obstetrícia da maternidade de Capela, pudemos acolhê-la, estabilizar seu quadro e possibilitar a antecipação do parto. Hoje mãe e filha estão bem, segue acompanhada por especialista e por nossa equipe e usa diariamente os medicamentos, evitando as crises. Tive também as oportunidades de trabalhar com o luto e o início de um quadro depressivo, além de indícios de síndrome do pânico e stress pós-traumático de uma usuária que sofreu tentativa de estupro por um vizinho.

Infelizmente, não recebi um feedback do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) nesses dois casos, apesar da solicitação de ajuda. Segundo o CAB nº 39 (2014), o NASF deveria ser um dispositivo estratégico para a melhoria da qualidade da AB, uma vez que amplia o escopo de ações desta e, por meio do compartilhamento de saberes, amplia também a capacidade de resolutividade clínica das equipes.

Entretanto, no meu dia a dia, é com muito pesar que vejo um NASF inativo, apesar de existente. De acordo com o CAB nº 34 (2013), as intervenções em saúde mental devem promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde e não se restringindo à cura de doenças. Para Chiaverini (2011), são ações que podem ser realizadas por todos os profissionais da AB, nos mais diversos dispositivos de cuidado: proporcionar ao usuário um momento para pensar/refletir; exercer boa comunicação e ter empatia; escutar e acolher o usuário e suas queixas emocionais como legítimas; oferecer suporte sem gerar dependência para o usuário nem sobrecarga para o profissional; reconhecer os modelos de entendimento do usuário.

Na Atenção Básica, o desenvolvimento de intervenções em saúde mental é construído no cotidiano dos encontros entre profissionais e usuários, em que ambos criam novas ferramentas e estratégias para compartilhar e construir juntos o cuidado em saúde. Por isso é essencial que não sejamos meros renovadores de receitas, tenhamos sim consultas e visitas domiciliares, abrangendo uma assistência integral ao usuário e sua família.

4. VISITA DOMICILIAR

Ao iniciar minhas atividades na UBS Maria Carmelita Cabral, no povoado Pedras (Capela - SE), notei que as visitas domiciliares eram agendadas pelos ACS mediante solicitação dos pacientes ou seus familiares, não havendo um cuidado continuado, mas sim atendimentos de queixas agudas. Em alguns casos quando agendado pela própria enfermeira havia uma regularidade maior, mas não o suficiente para um cuidado que pudesse promover saúde e prevenir doenças. Muitas visitas haviam sido feitas há 2 ou 3 anos atrás e não constava em prontuário descrição das visitas, apenas condutas realizadas.

Durante as reuniões de equipe percebi que as visitas eram entendidas, erroneamente, como apenas consultas domiciliares para acamados. Aos poucos pude passar a importância das visitas domiciliares não só para o paciente como para toda sua família. A visita não deve ser encarada apenas como uma consulta em domicílio, individualizada e restrita a queixas agudas. A visita domiciliar possibilita interagir com o meio onde o usuário está inserido, avaliar a situação sócio-econômica, conhecer a rede familiar de apoio e entender como tudo isso interfere positiva ou negativamente na sua saúde e de sua família.

Foi assim que após muito diálogo mudamos um pouco a realidade dessa atividade tão importante em nossa unidade. Reforcei a necessidade de uma regularidade nas avaliações e acompanhamento, mesmo que não existam queixas no momento. As visitas passaram a ser planejadas e a fazer parte do cronograma com datas pré-fixadas e com público alvo definido. Além de discutidas em reuniões de equipe mensalmente, objetivando uma melhor assistência ao usuário e sua família.

Dessa forma, foi feito um levantamento de todos acamados ou que tivessem limitações físicas ou psicológicas que impedissem a ida até a unidade de saúde, além de faltosos com doenças crônicas e pessoas em situações de vulnerabilidade. Em seguida, foi verificado no prontuário a última avaliação com a equipe da ESF (domiciliar ou não) e com isso foi possível planejar as visitas domiciliares de acordo com a necessidade e prioridade de cada caso, estabelecendo com que regularidade cada visita seria feita. Mas sem deixar de realizar, quando preciso, os atendimentos domiciliares em casos de solicitação por uma queixa aguda. Foi possível também cumprir com a meta de realizar a primeira consulta de puericultura dentro dos

primeiros 7 dias de vida juntamente com a da puérpera. A marcação passou a ser feita sempre no mês anterior, em reunião com toda a equipe, assim a família e o paciente ficam sabendo com antecedência o dia da visita. Geralmente são agendadas de seis a oito visitas a cada duas semanas, e quando necessário tanto a quantidade quanto a frequência são aumentadas. Ela é feita geralmente por mim, pela enfermeira e pelo ACS.

São poucas as visitas que o odontólogo participa, acredito que tanto os ACS quanto os familiares não dão a importância devida à avaliação odontológica. A existência de dor bucal parece ser um pré-requisito para “ir” ao dentista, além da ideia de que nenhum procedimento possa ser realizado no domicílio pela necessidade dos aparelhos. Um grande engano, mas já estamos trabalhando essa mudança de conceito e no próximo mês já tem visita conjunta marcada com o odontólogo.

Quanto ao atendimento compartilhado com a equipe do NASF, até o momento não realizei nenhuma visita domiciliar com ela, mas tenho conhecimento de algumas solicitadas por mim e que eles fizeram. Infelizmente nesses casos não houve um feedback por parte do NASF, e essa falta de diálogo atrapalha bastante um atendimento continuado e de qualidade. Basicamente as poucas informações que recebi vieram dos ACS e dos familiares. Apesar de preencher a folha de Matriciamento (Referência) nunca a recebi de volta (Contra-referência).

Na gestão anterior cada equipe tinha seu carro, o que facilitava bastante a ida à casa das pessoas principalmente nos casos não agendados ou de urgência. Atualmente ainda não temos um carro exclusivo para nossa equipe e dependemos da liberação pela Secretaria de Saúde. Acredito serem os maiores impedimentos encontrados hoje na realização das visitas domiciliares, a espera pelo carro que já levou mais de uma hora e às vezes a falta do carro que impediu a realização das visitas. Isso atrapalha bastante todo planejamento e cronograma além de gerar ansiedade e frustração no paciente, nos familiares e na equipe.

Durante a visita não avalio somente o paciente (doença, tratamento e queixas), mas também todo contexto sócio-econômico em que ele está inserido. Uma boa estrutura familiar que cuida além de apoiar e de incentivar o autocuidado é fundamental para a promoção de saúde e para prevenção de doenças. Infelizmente o contexto encontrado nem sempre é animador, sendo muitas vezes frustrante quando não revoltante. Ver todo trabalho prestado de educação, de cuidado e de assistência sendo em vão não é fácil, mas não posso desistir. Bons frutos só são colhidos após

muito trabalho e é pensando assim que sigo em frente com minha equipe para tentar mudar a realidade das visitas domiciliares e do atendimento no SUS. Hoje já percebo mudanças no pensamento e atitude dos ACS, que conversam comigo sobre o caso dos usuários, não só sobre doenças e tratamentos, mas o lado social também. Lembro bem do caso de um senhor idoso que sofre de epilepsia e vem dando muito trabalho a sua sobrinha (cuidadora) já que se recusa a tomar os remédios e vem tendo muitas crises. A visita foi para ele, mas com um olhar mais que especial para a saúde física e mental dela que sobrecarregada, já que os outros parentes se negam a ajudar, está ficando doente.

Conseguimos, através de muita conversa e várias visitas, fazer com que ele voltasse a se tratar e que ela fosse acompanhada pela psicóloga do NASF, melhorando muito a saúde e a relação deles.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

Sou formada há 3 anos e trabalhei desde então com usuários do SUS em postos de saúde pela Estratégia Saúde da Família. A base que temos na faculdade não é suficiente para entendermos a dimensão do SUS e sua importância pra população brasileira, principalmente a mais carente. Nesses anos, pude vivenciar realidades um pouco diferentes entre os 4 municípios que passei, tanto no nível técnico dos profissionais quanto no suporte financeiro e de recursos para possibilitar uma assistência humanizada e digna.

Sempre gostei da área da Saúde Pública, mas infelizmente não via a merecida valorização e o reconhecimento do médico de saúde e comunidade e isso me desanimava bastante. Com o programa Mais Médicos e o Curso de Especialização em Saúde da Família fornecido pela UNASUS/UFSCPA, despertou em mim novamente o interesse na área e vontade de novos conhecimentos.

Com o conteúdo programático do Eixo 1, desde o início da UE1 com a histórica das políticas públicas e da criação do SUS, os modelos de atenção, os determinantes sociais, a atenção primária à saúde, seu planejamento e gestão, até a UE2 e 3 abordando todos os instrumentos para a organização da APS, relembrei e adquiri novos conhecimentos enriquecendo meu aprendizado e minha prática na unidade de saúde.

Infelizmente nem tudo são flores como diz o ditado. Foi possível ver o quanto estamos longe de atingir a magnitude do SUS e o quanto a população ainda sofre com burocracias e problemas operacionais no SUS, sem falar nos desvios milionários de verbas destinadas a saúde da população que sofre e depende muitas vezes, exclusivamente, do SUS. Com o Eixo 2, entramos numa parte mais prática da clínica médica sem deixar de abordar temas do dia a dia do trabalho, e para mim foi muito interessante porque possibilitou mudar conceitos, atitudes e condutas nos atendimentos diários. Compartilhei com minha equipe parte do que aprendi nos módulos e aos poucos notamos uma melhora no nosso processo de trabalho e na assistência prestada.

Conseguimos melhorar o planejamento das nossas ações, com a criação dos cronogramas em equipe (Agenda), procurando atingir metas estabelecidas e discutindo em reuniões mensais os pontos positivos e negativos das nossas ações. Ampliamos o número de atendimentos diários, tanto agendados quanto por demanda espontânea (de urgência ou não).

Na assistência à saúde da criança separamos a Puericultura em dois grupos (menores e maiores de 2 anos) para que pudéssemos também assistir às crianças maiores, já que antes só as menores tinham consultas agendadas, ficando as maiores um pouco esquecidas. Consegui a marcação da primeira consulta de puericultura em domicílio na primeira semana de vida, juntamente com a puérpera e com os grupos de gestante aumentamos o número de crianças em aleitamento materno exclusivo até os 6 meses. Infelizmente muitas ainda acreditam no mito do leite fraco e interrompem essa exclusividade antes do preconizado.

Quanto ao Pré-Natal ele continua bem organizado e com boa cobertura, e consultas mensais intercaladas com a enfermeira. O problema visto no município desde que entrei e que ainda continua é o não preenchimento do cadastro do SIS-PRENATALI, apenas informamos quantas gestantes estão sendo atendidas. O que sabemos gera corte na verba recebida pelo município destinado ao programa.

No HIPERDIA estamos conseguindo identificar novos casos através da avaliação de usuários que há muito tempo não eram consultados e também aqueles que tinham conhecimento das doenças, mas abandonaram seguimento e até tratamento. Com o trabalho dos ACS, estamos refazendo as listas dos hipertensos e diabéticos para um melhor monitoramento desses pacientes. Infelizmente ainda encontramos resistência de alguns usuários e também nos deparamos com a falta de

medicações destinadas a esse público, o que atrapalha bastante a continuidade da assistência já que muitos deixam de ir por falta dos medicamentos. Quanto à saúde mental, tema do meu projeto de intervenção, é grande ainda o número de usuários de medicações controladas, principalmente os benzodiazepínicos. Apesar da interrupção das consultas psiquiátricas durante o começo do ano pela mudança de gestão, consegui catalogar os usuários e estes estão sendo encaminhados ao psiquiatra para confirmação diagnóstica e avaliação das medicações. Consegui também juntamente com o colega especialista desmamar algumas drogas, mas ainda vejo uma resistência muito grande por parte do usuário e também dos familiares que temem a piora dos sintomas. Felizmente contamos hoje com o apoio de mais um psiquiatra e também de um CAPS no município, o que se espera possibilitar uma melhor atenção e assistência ao usuário com algum transtorno mental.

REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 33, Suppl. 1, p. S62–69, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39)

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)

CHIAVERINI, D. H. Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Brasília, 2011.

DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (2015-2016) / Adolfo Milech...[et. al.]; organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio - São Paulo:A.C. Farmacêutica, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. Arq Bras Cardiol. 2013; 101 (4Supl.1): 1- 22.

ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO



PROJETO DE INTERVENÇÃO

EMANUELLE NABUCO DE MENDONÇA OLIVEIRA

**USO INDISCRIMINADO E ABUSIVO DE PSICOTRÓPICOS PELOS USUÁRIOS
DA USF PEDRAS, CAPELA/SE**

ARACAJU-SE 2017

RESUMO

Na prática diária na unidade de saúde foi possível constatar o uso indiscriminado das medicações psicotrópicas. Usuários sem avaliação ou mesmo indicação para tal uso e que muitas vezes se automedicam, sem se darem conta da dependência e dos efeitos colaterais que essas medicações podem causar. A abordagem da saúde mental na atenção básica ainda é um desafio, tanto para gestão quanto para os profissionais. Diante disso, foi visto a necessidade de realizar um projeto de intervenção com o objetivo de reduzir o uso indiscriminado e abusivo das medicações psicotrópicas em nossa comunidade e possibilitar uma melhor assistência aos usuários através do acompanhamento com psiquiatra e psicólogo.

PALAVRAS-CHAVE: psicotrópicos; uso indiscriminado; atenção básica; intervenção.

1. INTRODUÇÃO

O povoado Pedras fica a 7 km da cidade de Capela e abrange uma população aproximada de 2070 pessoas. Localizada na zona rural, apresenta uma unidade da ESF com uma equipe responsável por quatro micro-áreas. A USF Pedras também fornece assistência aos usuários dos Povoados Angás e Cuminho.

Na prática diária na unidade e com as informações fornecidas pelos agentes comunitários de saúde, pelos prontuários e pelos próprios usuários foi possível constatar o uso indiscriminado das medicações psicotrópicas. Medicações que agem no Sistema Nervoso Central, causam dependência, efeitos colaterais e interações medicamentosas importantes, e que deveriam ter seu uso limitado.

Muitos usuários fazem o uso dessas drogas sem nunca terem sido avaliados por um psiquiatra ou mesmo sem terem diagnóstico clínico confirmado. E os que o têm, não seguem acompanhados. Aparecem apenas na unidade para solicitar renovação de suas "receitas controladas". A automedicação também é vista com essas drogas, sem falar no uso desnecessário.

Percebo uma contradição enorme nessa clientela. Muitos não aceitam avaliação psiquiátrica nem acompanhamento no CAPS porque não se dizem "loucos", mas não se importam em usar medicações controladas e de forma abusiva. Infelizmente no Brasil a quantidade de CAPS, psiquiatras e demais profissionais que trabalham com a saúde mental é escasso, o que dificulta ainda mais uma melhor assistência a essa população.

A abordagem da saúde mental na atenção básica ainda é um desafio. São diversos medicamentos dispensados mensalmente, um custo alto para a Atenção Primária, sem falar na dependência e nos danos causados ao organismo com o uso crônico. Diante disso, vi a necessidade de realizarmos um projeto de intervenção com esses usuários para que possamos identificar o uso indiscriminado e abusivo das medicações psicotrópicas em nossa comunidade.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Reduzir o uso indiscriminado e abusivo das medicações psicotrópicas em nossa comunidade.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Possibilitar o diagnóstico de doenças psiquiátricas ou excluí-los;
- Fornecer acompanhamento com o psiquiatra do município aos usuários com diagnóstico psiquiátrico;
- Fornecer acompanhamento com a psicóloga do município aos usuários que necessitarem;
- Orientar a população quanto ao uso consciente das medicações psicotrópicas;
- Possibilitar aos usuários de psicotrópicos o desmame da droga quando possível;

3. REVISÃO DE LITERATURA

Os medicamentos psicotrópicos (psique=mente, topos=alteração), são modificadores seletivos do Sistema Nervoso Central e podem ser classificados, segundo a Organização Mundial de Saúde em: ansiolíticos e sedativos; antipsicóticos (neurolépticos); antidepressivos; estimulantes psicomotores; psicomiméticos e potencializadores da cognição (RANG *et al*, 2001), alterando dessa forma o comportamento, humor e cognição.

Os benzodiazepínicos são drogas hipnóticas e ansiolíticas bastante utilizadas na prática clínica, sendo a 3ª classe de medicamento mais utilizada no Brasil (PEDROSO, 2012; FORSAN, 2010) e estima-se que seu consumo dobre a cada 5 anos (NORDON & HÜBNER, 2009; BARROS *et al*, 2009). Possuem também ação miorrelaxante e anticonvulsivante, apresentando baixa capacidade de deprimir fatalmente o Sistema Nervoso Central, mantendo sua eficácia terapêutica com uma boa margem de segurança (GOODMAN & GILMAN, 2005).

Os benzodiazepínicos (BZDs) tiveram sua introdução na medicina clínica nos anos 60, sendo, o clordiazepóxido, o primeiro medicamento a ser descoberto, acidentalmente, pelo doutor Leo H. Sternbach (BERNIK, 1999) e destacando-se posteriormente a bromida, o hidrato de cloral, o paraldeído e o sulfonal (SOUZA *et al*, 2013). O uso de ansiolíticos ou hipnóticos, benzodiazepínicos ou não, foi disseminado nas últimas décadas dentro outros motivos pelo aumento dos distúrbios de humor e ansiedade, pela sua fácil posologia e pela dependência causada (TELLES FILHO *et al*, 2011).

No final dos anos 70 pesquisadores começaram a detectar o uso indiscriminado dos BZDs que contribuiu para o surgimento de efeitos indesejáveis e nocivos a saúde do paciente como a dependência, tolerância e abstinência (NATASY *et al.*, 2008). O uso excessivo, injustificado e crônico é observado em vários países, independente do grau de desenvolvimento econômico e cultural (CASTRO *et al*, 2013; COELHO *et al*, 2006; BARROS *et al*, 2009; FORSAN, 2010; NOGUEIRAS, 2012).

A prevalência do consumo de BZD é alta mundialmente, especialmente entre idosos (NORDON & HÜBNER, 2009; BARROS *et al*, 2009; NOGUEIRAS, 2012).

Dados brasileiros revelam, em um estudo sobre o uso racional de benzodiazepínicos e antidepressivos em Ribeirão Preto- SP, que a prevalência se

mantém elevada entre os usuários com faixa etária entre 61 e 70 anos (QUEIROZ *et al*, 2012). Estudos demonstraram que 50 milhões de pessoas, aproximadamente, fazem uso diário dos BZDs, as incluindo entre as drogas mais vendidas no mundo, representando 50% dos psicotrópicos prescritos, (NATASY *et al.*, 2008);

O Brasil é o 5º maior importador de diazepam do mundo, ficando atrás da Dinamarca, EUA, Alemanha e Suíça. Em 2010, os 12 maiores importadores foram responsáveis por 65% de todas as importações dessa substância. O uso do clonazepam se passou de 50 países em 1995 para mais de 140 entre 2008 e 2010. O Brasil é o segundo maior consumidor de clonazepam do mundo, ficando atrás apenas dos EUA (UNITED NATIONS, 2013).

Segundo estudo realizado pelo Sindicato dos Farmacêuticos de Minas Gerais (Sinfarming), mais de 15 milhões de comprimidos de benzodiazepínicos foram distribuídos pelo SUS em apenas 10 cidades mineiras em 2012. Em um município mineiro houve crescimento de 37% no número de medicamentos dispensados do ano de 2005 para 2010, sendo que os psicotrópicos correspondem a 13,4% de todos os medicamentos fornecidos à população (SEMUSA, 2011).

A maior parte das prescrições de benzodiazepínicos são feitas para mulheres e idosos com insônia ou queixas físicas crônicas (HUF *et al*, 2000; ALVARENGA *et al*, 2014). Autores discutem que o consumo dessa medicação está ligado ao gerenciamento de insônia, ansiedade, conflitos familiares, dificuldades econômicas, fuga dos problemas (FIRMINO *et al*, 2011; SOUZA *et al*, 2013; RIBEIRO *et al*, 2007).

Considerando que os problemas de origem psicológica ou psicossocial são vistos inicialmente no atendimento primário, a prescrição correta por clínicos gerais e o compartilhamento de responsabilidades pela equipe multiprofissional é um ponto-chave na saúde mental, mas ainda não ocorre da mesma forma como no tratamento de outras doenças crônicas como diabetes e hipertensão arterial (NORDON & HÜBNER, 2013; ROCHA & WERLANG, 2013)

Os BZP possuem indicações precisas, mas diante da desinformação e da pouca percepção dos prejuízos com seu uso indevido, tanto por parte dos profissionais da saúde, quanto dos usuários, vê-se atualmente um grande problema de saúde pública, com graves consequências para o sistema de saúde e a população (ALVARENGA *et al*, 2014). A prescrição irracional dos BZD por parte dos médicos foi abordada em um estudo realizado em 2004, e mostra a falta de preparo desses profissionais para prescrição de psicotrópicos, tornando sua prescrição um ato

desequilibrado (AUCHEWSKI, 2004). Além disso, alguns dados revelam ser o clínico geral o profissional mais atuante em saúde mental no Brasil, o que justificaria de certa forma o consumo indiscriminado dos fármacos de controle especial (LARANJEIRA, 1995).

4. METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção, possibilitado através da vivência na Atenção Básica do povoado Pedras no município de Capela/SE, com todos os usuários que utilizem medicamentos psicotrópicos. O trabalho será realizado conforme descrição a seguir.

Pactuação das ações

Será realizada uma reunião com a Coordenação da Atenção Básica, a equipe da ESF 08, a Psicóloga, o Psiquiatra e a diretora do SESP para apresentação do projeto e pactuação das ações. Todos de acordo e possíveis ajustes feitos, passaremos para a próxima fase.

Organização e gestão dos serviços

Serão estabelecidos grupos de 2 profissionais de nível médio (ACS, gerente e recepcionista) mais um profissional de nível superior (médico, enfermeiro e odontólogo) que trabalharão em escalas na separação e análise dos prontuários, semanalmente, de segunda a sexta. Cada grupo dessa forma ficará com 3 pessoas, sendo o profissional de nível superior o responsável pelos demais membros do seu respectivo grupo, a catalogação dos usuários participantes e o uso consciente dos prontuários (manuseio, armazenamento e sigilo).

Execução das ações

Inicialmente haverá uma leitura dos prontuários de todos os usuários para a identificação daqueles que fazem uso de medicações controladas. E juntamente com cada ACS levantaremos o nome daqueles que fazem uso, mas que por algum motivo

essa informação não conste no prontuário. Infelizmente a automedicação e o não preenchimento dos prontuários são realidades na Atenção Básica. Após listar todos os usuários de psicotrópicos da unidade, o mesmo processo será feito nos prontuários do SESP, da população de Pedras, utilizados pelo Psiquiatra e faremos a união das listas. Dessa forma teremos como distinguir os usuários com e sem acompanhamento da psiquiatria, sem falar do diagnóstico, medicações em uso e dosagens.

Em seguida, será possibilitada a avaliação psiquiátrica àqueles usuários que utilizam os psicotrópicos, mas nunca passaram pelo especialista ou já passaram, mas perderam seguimento. Serão agendadas consultas com o Psiquiatra para que possa ser confirmada ou excluída qualquer patologia que necessite do uso dessas medicações e dessa forma possibilitar ajustes nas prescrições e até o desmame das drogas. Para aqueles que seguem o acompanhamento será reforçada a sua importância e o seguimento será mantido conforme a necessidade de cada usuário.

Por fim, em conjunto com o serviço de Psicologia do município, serão realizadas atividades educativas sobre a importância do uso consciente dos psicotrópicos, através de palestras, rodas de conversa e dinâmicas. Aqueles que necessitarem do acompanhamento com a Psicóloga terão consultas agendadas (individualmente) e serão programadas quinzenalmente ou mensalmente, a depender do número de usuários, reuniões para realização de terapia em grupo.

Monitoramento

Semanalmente serão realizadas mini-reuniões com a equipe para atualização da lista de participantes até a conclusão da mesma. Em seguida, quinzenalmente serão confirmados através de feedback da atendente do Psiquiatra/Psicóloga os usuários que estão comparecendo às consultas agendadas. Caso detectemos o não comparecimento, o ACS correspondente entrará em contato com o usuário para saber o motivo da falta, e quando necessário, faremos visita domiciliar para busca ativa e orientação.

Avaliação

Mensalmente, a equipe participante se reunirá para discussão dos casos e avaliação do trabalho realizado, possibilitando ajustes das ações e uma melhor

assistência à população. Na avaliação, analisaremos a participação dos usuários e a adesão aos tratamentos (medicamentoso e terapêutico); o número real de doenças psiquiátricas em nossa comunidade; e o sucesso ou não do desmame das mediações psicotrópicas.

5. CRONOGRAMA

ATIVIDADES	SET/ 16	OUT/ 16	NOV/ 16	DEZ/ 16	JAN/ 17	FEV/ 17	MAR/ 17	ABR/ 17	MAI/ 17
Elaboração do Projeto	X	X	X						
Entrega do Projeto			X						
Apresentação				X					
Pactuação da intervenção (SMS + profissionais)				X					
Levantamentos dos prontuários (USF e SESP)					X	X	X	X	X
Avaliação do Psiquiatra						X	X	X	X
Reuniões com Psicóloga						X	X	X	X
Educação em saúde						X	X	X	X
Monitoramento						X	X	X	X
Avaliação							X	X	X

6. RECURSOS NECESSÁRIOS

6.1 RECURSOS HUMANOS

- 4 ACS
- 1 Médica
- 1 Enfermeira
- 1 Odontóloga
- 2 Recepcionistas (UBS e SESP)
- 2 Gerentes (USB e SESP)
- 1 Psicóloga
- 1 Psiquiatra

6.2 RECURSOS MATERIAIS

- Prontuários
- Sala de reunião (ubs e sesp)
- 1 resma de papel ofício
- 1 caixa de caneta esferográfica
- Data show
- Material para dinâmicas (cartolina, bola de assopro, lápis de cor, caneta piloto, etc)

7. RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se com esse trabalho reduzir o uso indiscriminado e abusivo das medicações psicotrópicas em nossa comunidade. Além de identificar os pacientes psiquiátricos e fornecer um acompanhamento mais qualificado com consultas especializadas (psiquiatra e psicólogo) e terapia.

Almejamos uma população mais orientada quanto ao uso consciente das medicações psicotrópicas e menos automedicada, e o sucesso no desmame dessas drogas principalmente nos usuários que não as necessitam.

Queremos mais saúde, mais assistência e mais qualidade de vida para população, com menos gasto público com medicações. Sabemos que não será fácil analisarmos tantos prontuários, mas contamos com uma equipe interessada e disposta a trabalhar em prol da comunidade.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

RANG H.P, DALE M.M, RITTER J.M. *Farmacologia*. 4 ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001; 33: 514-20.

PEDROSO, ERP. Reflexões sobre o consumo de drogas. *Rev. Med. Minas Gerais*. 2012; 22(2): 129-249.

FORSAN, MA. O uso indiscriminado de benzodiazepínicos: uma análise crítica das práticas de prescrição, dispensação e uso prolongado. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Campos Gerais: Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.

NORDON DG, HÜBNER CVK. Prescrição de benzodiazepínicos por clínicos gerais. *Diagn Tratamento*. 2009; 14(2): 66-9.

BARROS ADM, TAVARES RR, PARTATA AK. A importância do farmacêutico no controle e dispensação benzodiazepínicos. *Revista Científica ITPAC*. 2009; 2(4):13-6.

GOODMAN, GILMAN. As bases farmacológicas da terapêutica.[tradução da 10ª Ed. Original, Carla de Melo Vorsatz *et al*. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2005.

BERNIK, MA. Benzodiazepínicos: quatro décadas de experiência. 1.ed. São Paulo: Edusp, 1999.

SOUZA ARL, OPALEYE ES, NOTO AR. Contextos e padrões do uso indevido de Benzodiazepínicos entre mulheres. *Cience. Saúde Coletiva*, v.18, n.4, p.1131-1140, 2013.

TELLES FILHO PCP, CHAGAS AR, PINHEIRO MLP, LIMA AMJ, DURÃO AMS. 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, 2011

NASTASY H, RIBEIRO M, MARQUES ACPR. Abuso e Dependência dos Benzodiazepínicos. Associação Brasileira de Psiquiatria / Projeto Diretrizes - Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2008.

CASTRO GLG, MENDES CMM, PEDRINI ACR, GASPAR DSM, SOUSA FCF. Uso de benzodiazepínicos como automedicação: conseqüências do uso abusivo, dependência, farmacovigilância e farmacoe epidemiologia. *R Interd*. 2013 jan-fev-mar; 6(1): 112-23 10

COELHO FMS, ELIAS RM, POYARES D, PRADELLA-HALLIMAN M, BITTENCOURT LRA, TUFIK S. Benzodiazepínicos: uso clínico e perspectivas. *Rev. Bras Med*. 2006 maio; 63(5): 196-200.

NOGUEIRAS FILHO AM. O perfil de idosos em uso de benzodiazepínicos de uma equipe de atenção primária saúde. [Monografia]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de educação em saúde coletiva; 2012.

QUEIROZ NETTO MU, OSVALDO F, PEREIRA LRL. Antidepressivos e benzodiazepínicos: estudo sobre o uso racional entre usuários do SUS em Ribeirão Preto-SP. Rev. Cienc Farm. Básica Apl. 2012; 33(1): 77-81.

UNITED NATIONS. The report of the International Narcotics Control Board (INBC) : Psychotropic Substances. New York: United Nations Publication. 2013; 13(1).

SEMUSA. Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis. Boletim Informativo de Depressão e Ansiedade. Divinópolis. Comitê Científico de Seleção, Padronização e Estudos de Utilização de Medicamentos. 2011. n 23.

HUF G, LOPES CS, [ROZENFELD S](#). O uso prolongado de benzodiazepínicos em mulheres de um centro de convivência para idosos. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.16, n.2, p.351-362, 2000.

ALVARENGA JM, GIACOMIN KC, LOYOLA FILHO AI, UCHOA E, FIRMO JOA et al. Uso crônico de benzodiazepínicos entre idosos. Rev Saúde Pública, v.48, n.6, p.866-872, 2014.

FIRMINO KF, ABREU MHNG, PERINI E, MAGALHÃES SMS. Fatores associados ao uso de benzodiazepínicos no serviço municipal de saúde da cidade de Coronel Fabriciano, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública. 2011 jun.; 27(6): 1223-32.

RIBEIRO CS, AZEVEDO RCS, SILVA VF, BOTEGA NJ. Chronic use of diazepam in primary healthcare centers: user profile and usage pattern. São Paulo Med J. 2007; 125(5): 270-4.

ROCHA BS, WERLANG MC. Psicofármacos na estratégia saúde da família: perfil de utilização, acesso e estratégias para a promoção do uso racional. Rev. C S Col. 2013 Nov; 18(11): 1-6.

AUCHEWSKI L, ANDREATINI R, GALDUROZ JC, LACERDA RB. Avaliação da orientação médicas sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos. Rev Bras Psiquiat. 2004; 26(1).

LARANJEIRA R. O uso racional de benzodiazepínicos. Jornal da Associação Médica Brasileira. 1995. p.5.