



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2018

Paulo de Tarso Belmonte Fagundes

Uma proposta de intervenção para melhorar a
assistência em saúde dos pacientes que fazem uso
indevido de benzodiazepínicos no município de Portão
(RS)

Florianópolis, Março de 2023

Paulo de Tarso Belmonte Fagundes

Uma proposta de intervenção para melhorar a assistência em saúde
dos pacientes que fazem uso indevido de benzodiazepínicos no
município de Portão (RS)

Monografia apresentada ao Curso de Especialização na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Sabrina Blasius Faust
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023

Paulo de Tarso Belmonte Fagundes

Uma proposta de intervenção para melhorar a assistência em saúde
dos pacientes que fazem uso indevido de benzodiazepínicos no
município de Portão (RS)

Essa monografia foi julgada adequada para
obtenção do título de “Especialista na aten-
ção básica”, e aprovada em sua forma final
pelo Departamento de Saúde Pública da Uni-
versidade Federal de Santa Catarina.

Profa. Dra. Fátima Buchele Assis
Coordenadora do Curso

Sabrina Blasius Faust
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023

Resumo

O uso indevido de benzodiazepínicos (BZDs) traz inúmeras consequências físicas, mentais e sociais – entre elas estão a dependência, tolerância, fadiga, sedação e sonolência. O uso crônico de benzodiazepínicos é definido quando é administrado pelo mesmo paciente pelo período maior que 12 meses. Na população do Posto Rincão no município de Portão (RS) encontrou-se prevalência de uso crônico de BZDs 18% na população adulta (dos 20-59 anos de idade) e 34% nos idosos (60 anos ou mais). Esse projeto propõe ações que possam ser implementadas na atenção primária à saúde (APS) a fim de promover o uso racional e otimizar a indicação de BZDs. A intenção desse trabalho é envolver todos os profissionais da APS que sejam responsáveis pelo atendimento de saúde mental, incluindo Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NAFS). As ações trazem a sugestão de modificar problemas desde o diagnóstico até a indicação da escolha de tratamento - abordando de forma longitudinal e centrada no paciente. Outra proposta é a criação de trabalho em grupos para promover educação em saúde mental de pacientes e familiares. Devido à pandemia COVID-19, os trabalhos em grupo assíncronos virtuais se tornaram uma opção viável, sendo revisado o que há na legislação atual. Nesse trabalho o matriciamento é proposto para que a equipe de referência pode se beneficiar do compartilhamento de responsabilidade, a fim de promover atenção integral ao paciente de saúde mental. Espera-se que o resultado desse trabalho seja de aumentar a assistência à saúde e as ferramentas de trabalho da equipe do Posto Rincão a fim de no final racionalizar e otimizar uso dessa droga no município.

Palavras-chave: Assistência à Saúde Mental, Atenção Primária à Saúde, Benzodiazepínicos, Serviços Comunitários de Saúde Mental, Uso Indevido de Medicamentos sob Prescrição

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo geral	13
2.2	Objetivos específicos	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
4	METODOLOGIA	23
5	RESULTADOS ESPERADOS	29
	REFERÊNCIAS	31

1 Introdução

O município de Portão é localizado a 47km da capital riograndense, Porto Alegre. Em relação à realidade epidemiológica do município de Portão, de acordo com o último censo (IBGE, 2020), estão disponíveis os seguintes dados demográficos: população residente total de 30.920 (15.515 homens e 15.405 mulheres). Deste total de população residente, 82% (25.276) vive em área urbana, 17% (5.111) vive em área rural, 2% (533) vive em aglomerado rural de extensão urbana. Em relação a faixa etária, 31% (9.636) são crianças e adolescentes (0-19 anos de idade), 59% (18.112) são adultos (20-59 anos de idade), 10% (3.172) são idosos (60 anos de idade ou mais).

A cidade faz limite demográfico com os municípios de São Sebastião do Caí, São José do Hortêncio, Lindolfo Collor ao norte, com o município de São Leopoldo e Novo Hamburgo ao leste, com o município de Nova Santa Rita e Sapucaia do Sul ao sul e com o município de Capela de Santana ao oeste. Essas cidades fazem parte do chamado Vale do Rio dos Sinos, que por muitos anos se destacou na indústria do couro e do calçado, sendo referência brasileira. Nas últimas décadas, devido à diversos fatores verificou-se um declínio dessa economia no município e arredores.

A estrutura do Posto de saúde Rincão era inicialmente para uma Unidade básica de Saúde (UBS) até 2014 e a partir de então passou a ser Estratégia de Saúde da família (ESF). Nas décadas anteriores o território era predominantemente composto de trabalhadores rurais e funcionários de empresa de couro e calçado, mas atualmente há pouca terra sendo cultivada por grandes fazendas e as indústrias desse antigo polo econômico calçadista estão fechando os serviços. A região conta com novos polos industriais, como frigoríferos, mineração, transporte e serviços relacionados à carga pesada, especialidades químicas. A maior parte da população que procura a unidade vive em áreas urbana ou aglomerado rural de extensão urbana.

Nas regiões periféricas, o município conta com cinco Unidades de Saúde que são ESFs: Posto Albino Kern ESF1, Posto Edite Erna Velter ESF2, Posto Rincão ESF 3, Posto Vila Rica ESF 4, Posto Vila Aparecida ESF5, sendo os três últimos alocados médicos do programa Mais Médicos Para o Brasil. Na região central, o município conta com duas UBS: Posto Central Portão e Posto Central Especialidades, cumprindo a tarefa de atender, respectivamente, pacientes de áreas não cobertas pelos ESFs e pacientes com suspeita ou confirmação de COVID-19. Ainda na região central o município conta com Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Estação das Flores, que conta com psicólogo, 3 psiquiatras. Na prefeitura, contamos com Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) responsável por atendimento de nutricionistas, psicólogos e serviço social. Para serviço de urgência e emergência, o município tem acordo com o Fundação Hospitalar Educacional e Social de Portão (FUHESP), que também conta com serviço de internação psiquiátrica e atendi-

mento oftalmológico. Além disso o município tem um programa “Saúde na Estrada”, que promove atendimento médico domiciliar de baixa complexidade e se encarrega das áreas não cobertas pelos territórios das ESFs.

Durante o ano de 2020 e 2021, período de pandemia COVID-19, novos desafios surgiram aos atendimentos dos serviços de saúde do município. Antes da pandemia, o educador físico fazia atendimento à população do Bairro Rincão do Cascalho no pátio CTG Tiaracy que é localizado há 1,6km do posto, e no ginásio da Igreja Nossa Senhora das Graças que é localizada a 550 metros do posto. Já equipe de psicologia fazia atendimento de psicoterapia em consultório na prefeitura de Portão e grupo de atendimento psicológico para mulheres na unidade do posto Rincão. E a equipe de nutrição também possuía consultório na prefeitura e fazia grupo em sala de espera para pacientes com diabetes mellitus no posto. Após a pandemia, algumas mudanças foram necessárias para proteção tanto da população quanto dos funcionários. O atendimento de paciente com sintomas de COVID-19 foi centralizado no Centro de Especialidade e Hospital Portão. Os funcionários do NASF também necessitaram se adaptar: o atendimento do educador físico, nutricionista e psicólogo foi realizado exclusivamente à distância de acordo com autorização prévia dos pacientes. O aplicativo em uso é o WhatsApp® devido a utilização em larga escala e legislação que autoriza seu uso. Durante esse período os trabalhos em grupos presenciais foram todos cancelados no município.

A UNIDADE DE SAUDE POSTO RINCAO PORTÃO ESF 3

O Posto Rincão é registrado sob o número 2229595 no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Localizado na Rua Theobaldo Frederico Müller, número 58, Bairro Rincão do Cascalho, distanciado em torno de 4km da prefeitura municipal. A equipe de saúde da família conta com 1 médico, 1 enfermeiro, 2 técnicos de enfermagem e 3 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A equipe conta com atendimento diário de consultas agendadas e acolhimento, com horário de abertura das 8h às 12h no período matinal e das 13h às 17h no período vespertino. A agenda e serviços da unidade incluem horário agendado e acolhimento de pediatria e puericultura, clínico adulto e idoso, pré-natal e puerpério, visita domiciliar, coleta de preventivo do colo de útero, coleta de testes rápidos para HIV, sífilis, Hepatite B e Hepatite C, matriciamento para CAPS, NASF e Gerenciamento de Consultas (GERCON), reunião de equipe.

A população assistida não possui um cadastro de todos os pacientes do território, visto que faltam ACSs para completar o cadastro de famílias, mas em contrapartida temos os dados de todos pacientes ativos na unidade nos últimos 3 anos. Com isso conseguimos construir a realidade epidemiológica local através de dados coletados na própria unidade de saúde: 2.338 pacientes ativos (969 homens e 1.369 mulheres). Desta população, 26% são crianças e adolescentes; 49% são adultos, 25% são idosos. A população até 59 anos de idade é 97% alfabetizada e com pelo menos ensino fundamental, já a população acima de 60 anos é 65% alfabetizada e com uma média de 5 anos de estudo. Mesmo que não façam parte

oficialmente do território do ESF Rincão, também são atendidos no posto a comunidade quilombola chamada Morro do Macaco Branco, localizada a 8km da unidade. A unidade que é referência é a UBS central, localizada a 15km dessa comunidade. É composta por 90 famílias que carecem de transporte público, mas possuem água tratada.

Entre outras demandas em nossa unidade, uma das maiores é o atendimento de saúde mental. Os pacientes frequentemente demandam atendimento psiquiátrico, porém muitas vezes a única razão da consulta é renovação medicamento psiquiátrico - sem que haja interesse da parte do paciente de passar por avaliação ou seguimento dos cuidados em relação à condição médica. Através de revisão de prontuário da unidade de 2018 a 2020, é possível verificar que o uso crônico de medicamentos da classe dos benzodiazepínicos (BZDs) tem uma prevalência de 18% na população adulta (dos 20-59 anos de idade) e 34% nos idosos (60 anos ou mais). Pela prática clínica na unidade, poucos desses pacientes tinham indicação do uso crônico de BZDs e a maioria não tinha registro de que em algum momento houve um cuidado de forma ampla no tratamento da saúde desses indivíduos, tampouco na justificativa técnica do tratamento atribuído com BZDs de forma crônica.

PROBLEMA

O diagnóstico e uso incorreto de BZDs é uma rotina no atendimento na ESF Rincão. Com certeza cabe à equipe de saúde da família acolher os pacientes, identificar e procurar ações para resolver esse problema. Nesse contexto, no cotidiano da comunidade a equipe verifica automedicação, permuta de medicação nas famílias e tabus sobre saúde mental como parte da manutenção dessa situação. A solução começa pela capacidade de achar os pacientes em risco: no sistema eletrônico temos acesso a quantas retiradas foram feitas na farmácia distrital, e nos prontuários conseguimos perceber o tempo em que um medicamento já está sendo prescrito. Além disso, em Portão há uma ampla estrutura para atendimento de saúde mental (posto de saúde, NASF, CAPS) e essa estrutura montada é certamente capaz de interagir e intervir na busca pela indicação correta, uso racional e otimização da prescrição de BZDs no município.

JUSTIFICATIVA

A classe dos BZDs é relativamente segura quando bem indicada. Entretanto, os pacientes sofrer com efeitos colaterais depressores do sistema nervoso central, como o prejuízo nas funções cognitivas e nas atividades de psicomotoras, a desinibição paradoxal, a tolerância e a dependência e a potencialização do efeito depressor pela interação com outras drogas depressoras, principalmente o álcool (AUCHEWSKI et al., 2004, p. 26).

Por ser um dos medicamentos mais prescritos no mundo e ainda se verificar um aumento progressivo no número de prescrições (NOTO et al., 2002, p. 69), os BZDs são uma classe de medicamentos que tomou grande importância em nos atendimentos no Posto Rincão. Além disso, todos os atores da APS que estão envolvidos nesse problema têm interesse na solução e por isso esse projeto tem grande possibilidade de dar certo.

Além disso, durante a pandemia do COVID-19 verificamos um aumento na demanda

consultas de saúde mental na unidade de saúde e dessa forma é oportuno fomentar ações em saúde para definir boas práticas na atenção básica em meio a essa nova realidade mundial. A parte da comunidade do Posto do Rincão que é diretamente afetada por essa condição clínica vai se beneficiar de um projeto como esse, visto que são majoritariamente vulneráveis socialmente.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Promover o uso racional e otimizar a indicação de benzodiazepínicos.

2.2 Objetivos específicos

Diagnosticar melhor os pacientes atendidos na Unidade de Saúde.

Promover educação em saúde ao paciente.

Matriciar os casos com indicação para o atendimento no CAPS.

3 Revisão da Literatura

FARMACOCINÉTICA E A PRESCRIÇÃO DOS BENZODIAZEPÍNICOS

Os BZDs atuam com drogas sedativas, ansiolíticas, hipnóticas e miorrelaxantes ou anticonvulsivantes e são prescritos há pelo menos 60 anos (BERNIK *et al.*, 1999, p. 15). Possuem uma elevada eficácia terapêutica por seu rápido início de ação e baixa toxicidade. E de modo geral apresentam picos plasmáticos entre 30 minutos a 3 horas e meia vida de 20 a 40 horas.

Os BZDs são considerados fármacos de primeira linha para tratamento do transtorno do pânico, tanto na fase aguda como manutenção. Se mostram eficazes também no tratamento da fobia social. São usados na síndrome de abstinência do álcool. Reduzem a necessidade da utilização de neurolépticos associados, especialmente quando há sintomas agudos graves em que não se pode esperar o tempo de efeito de um estabilizador de humor, como nos casos de inquietude, agitação ou insônia. Evidências incompletas mostram indicação para tratamento de mania aguda, ansiedade generalizada, acatisia induzida por neurolépticos, redução transitória dos sintomas da discinesia tardia, insônia de pacientes com a síndrome das pernas inquietas e dos movimentos periódicos dos membros, agitação em psicoses agudas, excitações ou agitações esquizofrênicas, transtorno obsessivo-compulsivo. Fora tratamento psiquiátrico, há indicação de uso de BZDs para tratamentos de condições neurológicas, como epilepsia psicomotora, convulsões tonico-clônicas generalizadas primárias ou secundárias, ausência típica e atípicas, crises mioclonicas, crises parciais com sintomatologia complexa, síndrome de West, neuralgia do trigêmeo (CORDIOLI *et al.*, 2010, p. 77).

Os efeitos adversos mais observados são abstinência, ataxia, déficit de atenção, dificuldades de concentração, fadiga, sedação, sonolência. BZDs tem um alto potencial de dependência relacionado à sua farmacocinética pois são lipossolúveis e tem meia vida curta (MENDONÇA; CARVALHO, 2005, p. 10). Em idosos, a metabolização é mais lenta e, por isso, os efeitos adversos são em geral mais graves, sendo a causa mais comuns de quadros confusionais reversíveis nessa faixa etária. Sabe-se que o envelhecimento leva a um aumento relativo da quantidade de tecido adiposo frente ao peso corporal total, levando a um aumento do volume de distribuição sem um aumento compensatório da depuração plasmática, resultando no prolongamento da meia vida de eliminação. em idosos é o uso excessivo de benzodiazepínicos, mesmo em pequenas doses (CORDIOLI *et al.*, 2010, p. 102).

O consumo indiscriminado de BZDs virou um problema de saúde pública e são vários os fatores que promovem esse problema (SCHALLEMBERGER; COLET, 2016, p. 64). A base do problema tem a ver com a ausência de protocolos para prescrição no município, a distribuição gratuita nas farmácias distritais, a automedicação por parte dos pacientes,

a falta de informações e questões sociais das famílias dos pacientes, pouca comunicação entre os serviços de saúde responsáveis pelo atendimento de saúde mental (JÚNIOR, 2015).

Em um levantamento com mais de 200.000 brasileiros no ano de 2005 (CARLINI et al., 2006, p. 60) sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil mostrou que 5,6% afirmou usar BZD. Em relação à dependência, encontrou-se que 0,54% preenchia critérios, sendo que mulheres (0,77%) tinha prevalência cinco vezes maior que os homens (0,14%).

Entre 2018 e 2020, através de dados coletados de prontuário eletrônico de todos os pacientes que foram ao menos uma vez na unidade procurar consulta médica, conseguimos a realidade demográfica dessa população. A unidade conta com 2.338 pacientes ativos (969 homens, 1.369 mulheres). De 0-19 anos de idade, 616 pacientes (280 homens e 336 mulheres). Entre 20-59 anos de idade, 1.145 pacientes (423 homens e 722 mulheres). Acima de 60 anos de idade, 577 pacientes (266 homens e 311 mulheres). Em relação à prevalência de uso crônico de BZDs na unidade nesse mesmo período, foram encontrados 401 pacientes (114 homens e 290 mulheres) em uso crônico de BZDs. Entre 0-19 anos de idade, nenhum paciente. Entre 20-59 anos de idade, 206 pacientes (55 homens e 154 mulheres). Acima de 60 anos de idade, 195 pacientes (59 homens e 195 mulheres). Com esses dados, conseguimos inferir que 17% da comunidade faz uso crônico de BZDs; que 18% da população entre 20-59 anos de idade faz uso crônico de BZDs; que 34% da população acima de 60 anos de idade faz uso crônico de BZDs.

Esse cenário, mostra a necessidade de buscar uma melhora no uso racional de benzodiazepínicos na atenção básica. É comprovado que a tolerância e outros eventos adversos fazem aumentar o risco de morbidade e mortalidade aumentando os custos do sistema de saúde (VIEIRA, 2007, p. 214). Dessa forma políticas públicas e ações em saúde são fundamentais para resolução desse problema de grande relevância à população brasileira.

TRABALHOS EM GRUPO NA ATENÇÃO BÁSICA

Entender a relação da antropologia com a APS é cada vez mais importante (DUNCAN et al., 2013, p. 66). Se quisermos aplicar uma prática médica centrada na pessoa, precisamos mais do que nunca entender o contexto cultural no qual ela se insere. A desigualdade brasileira também se reflete na saúde: de um lado vemos um avanço cada vez maior na tecnologia médica, de outro lado vemos um custo financeiro igualmente cada vez maior. Esse contexto traz desafios para quem é profissional na APS, entre eles o de entender esse aspecto do “ficar doente” com o acesso ao conhecimento sobre saúde da parte do paciente.

O trabalho de grupos na APS é uma das maneiras de promover ação em saúde (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009, p. 222) de forma a entender melhor o aspecto cultural e o entendimento da experiência do adoecimento do usuário e da comunidade. Quando um paciente usa BZDs de forma não prescrita é possível que estejam acontecendo vários cenários, como descrito por Orlandi e Noto (2005, p. 898):

Em relação ao início do uso e a orientação médica: o paciente pode não ter sido alertado sobre o tempo total de tratamento, a indicação inicial pode ter sido feita por amigos ou familiares, o uso pode ser unicamente para evitar dificuldades cotidianas ou traumas pessoais.

Em relação à função e a progressão do uso: o paciente pode buscar apenas o efeito hipnótico (distúrbios do sono) ou o efeito ansiolítico (transtornos da ansiedade). Pode estar passando por fenômenos de tolerância e ou desenvolvimento de dependência sem entender bem a relação dos sintomas com o uso indevido dos BZDs.

Em relação à disponibilidade e a aceitabilidade: o custo baixo dos BZDs (oferecido gratuitamente na farmácia distrital em Portão) propicia a banalização do uso, os pacientes aceitam melhor a prescrição de BZDs em relação aos demais psicotrópicos e psicoterapias, há uma tendência falta de crítica sobre a dependência.

Em relação às estratégias de aquisição: o paciente simula, bajula, seduz ou ameaça a fim de adquirir a receita junto com médicos, amigos ou familiares. Pode procurar a prescrição em vários médicos de unidades diferentes.

Em relação à formação dos profissionais: o prescritor não tem conhecimento sobre as indicações de uso dos BZDs e termina por criar um problema maior ao paciente.

Em relação ao sistema de controle: há uma dificuldade de controle sobre a prescrição, mas também há sobre a dispensação dos BZDs. Varias são as possibilidades de aperfeiçoamento desse sistema: controle eletrônico da prescrição, capacitação dos balconistas.

Em vários dos cenários acima é possível entender o quanto a percepção de saúde e doença pelo paciente influi na capacidade de resolução do problema. Da mesma forma, à medida que a equipe de saúde conhece a visão do paciente sobre sua doença, tem melhores condições de negociar com ele o tratamento (DUNCAN et al., 2013, p. 69).

Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução (BUSS, 2000, p. 165).

Nesse contexto, os trabalhos em grupos ajudam na promoção de saúde e resgaram elemento capazes de implementar a integralidade na assistência, melhorando também as relações entre profissionais e usuários dos serviços (MAFFACCIOLLI; LOPES, 2011, p. 980). Os grupos de trabalho oferecem suporte em períodos de ajustamento e crises, fornecem novas habilidades ao paciente e familiar, aumentam a socialização, promovem o autocuidado ao fazer o paciente procurar comportamentos saudáveis, objetivam insight através de psicoterapia (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009, p. 223).

A elaboração de um grupo passa por etapas de acordo com o referencial e conceito usado pela equipe. O grupo operativo de Torres, Hortale e Schall (2003, p. 1043) foi usado por Dias, Silveira e Witt (2009, p. 224) para fazer um protocolo de criação de grupos. Otimizou o processo de trabalho da equipe de forma objetiva, facilitando para os

coordenadores dos grupos. O protocolo consiste das seguintes etapas: (1) planejamento, (2) dinâmica, (3) atribuições de coordenador, (4) papéis grupais, (5) avaliação do grupo.

O planejamento envolve as etapas de escuta das demandas da comunidade, avaliação de pertinência, priorização, projeto de intervenção. A escolha do tema envolve magnitude do problema, viabilidade técnica, financeira e política e a capacidade de estimular participação. O projeto deve ser elaborado preferencialmente de forma participativa pela comunidade. A organização e infraestrutura precisam considerar propaganda do grupo, espaço físico, capacitação de equipe, critérios de inclusão e exclusão dos participantes, cronograma, duração, frequência e capacidade máxima. O método de condução envolve o processo de trabalho da equipe, tipo de coordenação (fixa ou rotativa), modo de condução (oficinas, palestras, debates). É preciso prever se critérios observáveis nos participantes vão gerar algum desfecho para o serviço de saúde (por exemplo, caso um paciente traga uma informação que possa gerar consulta ou encaminhamento).

A dinâmica de grupo precisa ter um tempo de duração, tema previamente definido e esgotado a cada encontro. O tema deve servir como estímulo aos participantes para expressarem suas emoções, crenças e ações pessoais. É uma técnica de trabalho coletiva que objetiva a aprendizagem.

O coordenador precisa dos seguintes atributos: gostar de trabalhar em grupos, ter senso de ética, manter sigilo quando necessário, ser empático e continente (conter fortes emoções que possam emergir no grupo ou de suas próprias angústias), promover comunicação coerente, efetiva e sintética.

Os papéis grupais tem relação com os tipos de participantes e suas atitudes no grupo. Podemos ter usuários que fazem as tarefas, enfrentam os conflitos, buscam soluções, mas também podemos ter pacientes que resistem aos avanços, sabotam as tarefas. Tem os pacientes que verbalizam e dão forma aos sentimentos do grupo, os que se depositam os medos, culpa e vergonha do grupo, além dos pacientes que não se expressam e deixam para os outros tomarem atitude.

A avaliação do grupo pode ser feita através da comparação das opiniões (como questionário de satisfação) dos participantes com as observações do coordenador (com escrito de diário). Pode haver um avaliador externo que acompanha o grupo de forma observacional.

TRABALHO EM GRUPOS VIRTUAIS, EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA E TELECONSULTA NO CONTEXTO DA PANDEMIA COVID-19

Com a situação de Pandemia COVID-19, os trabalhos em grupo nas unidades de saúde foram cancelados e postergados para quando a população estiver imunizada. As consultas médicas foram mantidas, mas o conhecimento sozinho não é geralmente suficiente, sendo necessária uma abordagem colaborativa de autocuidado apoiado a fim de compreender quais os objetivos principais e as motivações do sujeito (DUNCAN et al., 2013, p. 900). Portanto, novas ferramentas se tornaram necessárias para manter a educação em saúde dos usuários e, ao mesmo tempo, para manter a segurança de profissionais e usuários.

A Educação a Distância (EAD) é uma das alternativas. Define-se EAD de pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) em seu artigo 80 (CARDOSO; SOUZA, 1996), regulamentado pelo decreto 9.057, de 28/05/2017 (LULIA; FILHO, 2017):

Caracteriza-se a educação a distância como modalidade educacional na qual a mediação didático-pedagógica nos processos de ensino e aprendizagem ocorre com a utilização de meios e tecnologias de informação e comunicação, com estudantes e professores desenvolvendo atividades educativas em lugares ou tempos diversos.

A interação entre os atores em um grupo virtual é diferente da em um grupo presencial. A equipe de saúde que optar por criar vínculo com os pacientes dessa forma virtual precisa planejar e entender como vai ser esse processo (DUNCAN et al., 2013, p. 901). A escolha da plataforma de comunicação virtual deve ser baseada facilidade em obtê-la e em usá-la. Ao mesmo tempo a privacidade dos dados e cadastros deve ser levada em consideração. Em relação à sincronicidade, o tipo de encontro pode ser síncrono (em tempo real, com horário marcado, como por vídeos “ao vivo” com conversa) ou assíncrono (textos previamente escritos, folders, vídeos gravados) (CONSTANTINOU et al., 2020). O síncrono tem vantagem de interação direta entre os atores; e desvantagem de dificuldade de todos entrarem na plataforma ao mesmo tempo. Já o assíncrono tem a vantagem de dar mais tempo para que a interação aconteça e usuários com dificuldade na conexão não perderiam o encontro; desvantagem de os usuários não verem o material disponibilizado por desmotivação e disponibilidade de horário dos coordenadores em responder aos pacientes assim que surgirem as demandas (CHIAVERINI et al., 2011, p. 39).

A consulta remota ainda é limitada e tem muito para avançar no Brasil (SCHMITZ et al., 2017, p. 4). Na teleconsulta médica é vedada a prescrição de tratamento ou outros procedimentos sem exame direto do paciente, salvo urgência /emergência, como consta no artigo 37 da Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) 2.217/2018 (LIMA; SILVA, 2018). Reforçando essa restrição, a Resolução CFM 1.974/2011 (AVILA; SILVA, 2011) veda ao médico a consultoria a pacientes e familiares em substituição à consulta presencial, estendendo a proibição de consulta, diagnóstico e prescrição às redes sociais ou qualquer meio de comunicação em massa ou distância. Mas a mesma resolução refere que “(...) O médico pode, porém, orientar por telefone pacientes que já conheça, aos quais já prestou atendimento presencial, para esclarecer dúvidas em relação a um medicamento prescrito, por exemplo”. Em 2017, o parecer CFM 14/2017 (CFM, 2017) permite o uso de aplicativo WhatsApp© e plataformas similares (protegidas por criptografia de ponta a ponta, com chaves de 256 bits não quebráveis por métodos atuais) para comunicação entre médicos e seus pacientes, bem como entre médicos, para enviar dados e tirar dúvidas, desde que mantido o caráter confidencial. Contudo, permanece vedada a substituição de consulta presenciais pelas virtuais. Em relação a profissão de Enfermagem, pela Resolução COFEN N° 0487/2015 (SILVA; SAMPAIO, 2015) é permitido a execução de prescrição médica a distância somente em casos de urgência ou emergência. Em relação a profissão

de psicologia, pela Resolução CFP N° 011/2012 (CFP, 2012) são regulamentadas várias modalidades de serviços psicológicos à distância, tanto para clínica, quanto para pesquisa.

MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA.

Para aumentar as ferramentas de trabalho na APS e horizontalizar a organização do sistema de saúde, o matriciamento se tornou desde 2000 uma forma de promover construção compartilhada entre as equipes (CHIAVERINI et al., 2011, p. 13). O NASF e CAPS tem capacidade de promover apoio interdisciplinar integrado, especialmente na saúde mental (DUNCAN et al., 2013, p. 1196).

A estruturação do atendimento passa pela equipe de referência e pela equipe de apoio matricial. E esse apoio é considerado um suporte técnico-pedagógico especializado a partir de uma equipe multidisciplinar a fim de ampliar o campo de ação e qualificar suas ações (CHIAVERINI et al., 2011, p. 14). O objetivo dessa cooperação é promover aumento na qualidade de vida dos indivíduos e comunidades através da potencialização do cuidado e abordagem de forma integral (BRASIL et al., 2009, p. 36).

Dentro dos instrumentos do processo de matriciamento (CHIAVERINI et al., 2011, p. 161), os profissionais devem estar atentos ao preconceito e estigma, à dificuldade na adesão ao tratamento, à violência e suas repercussões na prática, às possibilidades de intervenções na ESF, à comunicação em geral entre profissional-usuário, à comunicação de más notícias, ao trabalho com o cuidador do paciente.

No manual de saúde mental (CHIAVERINI et al., 2011, p. 15) podemos entender quando uma equipe de ESF deve solicitar um matriciamento:

- Quando a equipe de referência precisa de apoio para abordar e conduzir um caso.
- Quando há necessidade de intervenções técnicas específicas.
- Quando pacientes em condições agravadas necessitam seguimento para avaliação mais breve sobre adesão terapêutica ou persistência dos sintomas.
- Quando a necessidade é conhecimento técnico ou resolução de problemas relativos ao desempenho em tarefas da unidade.

Ainda nesse manual (CHIAVERINI et al., 2011, p. 32) é sugerido um roteiro de discussão de casos em apoio matricial:

- Motivo do matriciamento
- Informações sobre a pessoa, a família e o ambiente
- Problema apresentado no atendimento
 - nas palavras da pessoa
 - visão familiar

- opinião de outros
- História do problema atual
 - início
 - fator desencadeante
 - manifestações sintmáticas
 - evolução
 - intervenções bilógicas ou psicossociais realizadas
 - compartilhamento do caso (referência e contra-referência)
- Configuração familiar (genograma)
- Vida social
 - participação em grupos
 - participação em instituições
 - rede de apoio social
 - situação econômica
- Efeitos do caso na equipe interdisciplinar
- Formulação diagnóstica multiaxial

Portando, a saúde mental na APS deve ser organizada de forma conjunta e compartilhada com todas as equipes de apoio (BRASIL et al., 2009, p. 39). O matriciamento aumenta a capacidade das equipes de SF em lidar com o sofrimento psíquico exatamente devido a essa noção de responsabilização compartilhada. Isso gera ao atendimento dos usuários a garantia de acesso, equidade e universalidade.

4 Metodologia

Esse projeto tem intenção de qualificar o uso de BZDS na comunidade de pacientes atendidos no Posto Rincão, e também se propõem a aumentar os dispositivos de cuidado dos profissionais da APS. Assim, o público alvo são todos os pacientes e profissionais que estão envolvidos com saúde mental no Posto Rincão. Os pacientes envolvidos nessa ação são os que têm indicação ou que já fazem uso de BZDs. Os profissionais de saúde são os envolvidos no atendimento primário, NASF e CAPS.

O processo de decisão para priorizar a temática do projeto levou em consideração o diagnóstico situacional de o quanto o uso de BZDs afeta a comunidade do Posto Rincão. E houve participação de toda a equipe de saúde para definição da magnitude do problema. Nesse sentido, considerou-se também prevalência de pacientes adultos e principalmente idosos fazendo uso crônico (por mais de 12 meses) de BZD's na unidade. Esse tamanho foi resgatado através dos dados de prontuário eletrônico na unidade e através dos dados de registro eletrônico de retirada de medicamentos na farmácia municipal. A transcendência do problema foi estimada ao valorizar a significativa quantidade de pacientes na unidade com efeitos deletérios do medicamento - como dependência, tolerância e entre outros. Além disso, a frequentemente associação do uso crônico de BZDs com complicações psicossociais trouxe mais importância à condição avaliada. O problema nesse estudo é de natureza atual no que consta os dados epidemiológicos da unidade, de organização terminal no que se refere às necessidades e às demandas da população, de governabilidade com controle total da equipe de saúde municipal, e de complexidade estruturada segundo o ponto de vista de que as causas são conhecidas e com soluções consensuais.

O desenho do Plano de Ação envolve a prática médica nas consultas de saúde mental, educação continuada sobre o tema para toda a equipe da unidade, criação de grupos de pacientes para promover educação em saúde na comunidade, matriciamento de casos com indicação de avaliação complementar no CAPS ou no NASF. O prazo de execução é de curto prazo (de 1 até 6 meses). Os envolvidos são os profissionais do Posto, CAPS, NASF e secretaria de saúde. O resultado dessas ações se espera que venham a médio e longo prazos.

SELEÇÃO DOS NÓS CRÍTICOS

Os objetivos desse trabalho têm em suas causas os seguintes nós críticos:

1. Diagnosticar melhor os pacientes atendidos na Unidade de Saúde.
2. Promover educação em saúde ao paciente.
3. Matriciar os casos com indicação para o atendimento no CAPS.

DESENHO OPERACIONAL

Nó Crítico 1: Dificuldade em diagnosticar os pacientes com indicação e contra-indicação de uso de BZDs.

Detalhamento da Ação:

Para promover um atendimento médico de qualidade na APS se faz necessário compreender as boas práticas na consulta de saúde mental. Entre elas, proporcionar ao paciente um momento para pensar e refletir; exercer uma boa comunicação e habilidade empática com foco no indivíduo e seu contexto social; acolher e entender as queixas emocionais como legítimas.

A fim de desenvolver um diagnóstico correto é importante um plano terapêutico com a família: definir dinâmica, estrutura e funcionamento da família; entender o contexto sociocultural e econômico; procurar a rede intra e extrafamiliar; abranger os aspectos relevantes da história familiar.

Nas reuniões semanais de equipe na unidade, deve ser dedicado pelo menos 20 minutos para revisão desses aspectos da atenção de saúde mental, preferencialmente usando casos clínicos locais, a fim de promover educação continuada. Abordagem nessas palestras deve abordar o diagnóstico, tratamento, redução de danos e manutenção da saúde no que consta o uso indiscriminado dos BZDs. De acordo com a disponibilidade, pode haver um convidado do CAPS ou do NASF, como psicólogo ou psiquiatra a fim de colaborar com o estudo da temática.

Responsável:

Médico, enfermeiro.

Equipe de Apoio:

CAPS, NASF

Prazo: 1 mês para iniciar os estudos, coletar casos clínicos e agendar data com profissionais da equipe de apoio. 6 meses para iniciar na prática os seminários e discussões sobre o tema.

Recursos necessários:

Organizacional: Mobilização da equipe de saúde.

Cognitivo: Manuais ou cadernos da atenção básica voltados ao atendimento de saúde mental, preferencialmente os que abordam o uso racional de BZDs.

Político: Interesse da equipe de saúde em manter-se motivada para promover educação continuada.

Financeiro: Materiais para apresentação dos estudos, como sala equipada com computador, cadeiras adequadas e iluminação.

Nó crítico 2: Pacientes e famílias sem compreensão das diversas situações de vida, saúde e doença que levam ao uso inadequado de benzodiazepínicos.

Detalhamento da Ação:

Construção do Grupo de Saúde Mental no Posto Rincão. A ação remonta promover a criação de grupos mensais com duração de 6 meses cada, com até 5 pacientes com idade acima de 20 anos (e até +1 familiar responsável ou maior de idade) com atividades realizadas dentro da própria unidade de saúde com objetivo de fomentar estratégias

de educação em saúde. As atividades devem ser educativas e com meta na difusão de informações que contribuam para a melhoria da qualidade de vida. Os grupos não devem limitar-se ao fornecimento de informações com caráter coercitivo ou traços de autoridade. Os pacientes selecionados para os grupos devem ser os triados através de diagnóstico prévio pelo médico ou pelo enfermeiro. Mas após confirmação diagnóstica também podem ser incluídos os pacientes que as ACS indicarem. Os critérios de inclusão no grupo devem incluir aceitação da participação por parte do paciente e/ou familiar. Deve-se encorajar a participação de familiares, mesmo que em alguns casos só vá o paciente ou só vá o familiar. Os pacientes e familiares podem sair do grupo a qualquer momento. Não deve se incluir no grupo pacientes que piorem o comportamento quando em grupos ou que estejam descompensados (fobia social, transtorno do pânico) ou paciente com ideação suicida. O objetivo final é promover a noção de grupalidade e vínculos de reciprocidade entre os integrantes. Para abrir oportunidade a outros, os profissionais que participam dos grupos devem a cada atividade avaliar a indicação de continuidade de um paciente ou familiar na atividade. No planejamento do grupo devem ser incluídos os temas: automedicação, efeitos adversos do abuso de medicamentos, como promover saúde mental com medidas não farmacológicas, quais sintomas de gravidade devem ser observados no familiar que faz uso de BZDs, o papel da família no acompanhamento do paciente com transtorno na saúde mental. Além da equipe da APS, profissionais do NASF e CAPS podem participar do grupo tanto de forma permanente quanto de forma ocasional.

A pandemia de COVID-19 exigiu os trabalhos em grupos na Atenção básica foram repensados. Como alternativa, é viável a criação de grupos através das redes sociais. Já há exemplos no município de Portão para o teleatendimento pela equipe do NASF. No caso do trabalho em grupo para pacientes com uso crônico e indevido de BZDs, deve ser instituído grupos assíncronos, com espaço para perguntas públicas e privadas. Os grupos síncronos não são viáveis na prática da APS pois exigem comprometimento de disponibilidade de horário além da carga horária do expediente. Além disso, os grupos virtuais assíncronos criam a possibilidade de que profissionais em diferentes unidades de atendimento consigam alimentar com conteúdo – como, por exemplo, um psicólogo no NASF publica um conteúdo sobre como melhorar a higiene do sono, enquanto ao mesmo tempo o médico no posto está respondendo a perguntas da semana anterior. A equipe deve definir um tempo de resposta para as publicações de conteúdo e as respostas aos usuários. O acesso ao conteúdo de administração do grupo deve ser de todos os profissionais envolvidos. Não deve ser encorajado o uso de aplicativos com acesso aberto a todo o público em geral, ou seja, não pode qualquer usuário ter acesso ao conteúdo do grupo. A equipe tem a possibilidade de criar mais de um grupo ativo sobre o mesmo assunto a fim de selecionar em cada grupo perfis de pacientes, ou seja, grupos diferentes dependendo do que forem os principais problemas de saúde. Os pacientes incluídos devem ser adicionados e removidos pelo coordenador durante o período de duração do grupo. A linguagem deve ser próxima

à realidade da comunidade a fim de garantir adesão. Os conteúdos informativos precisam sempre ser de fonte confiável, como manuais do Ministério da Saúde. Na apresentação inicial e em qualquer momento necessário é fundamental que os usuários entendam que os grupos de trabalho online não são telemedicina, ou seja, os grupos não são consultas médicas.

Responsável:

Médico e enfermeiro: triagem, seleção, palestras, material de apoio.

Equipe de Apoio:

ACS. Os ACS não têm formação específica em saúde, mas podem atuar estando presentes e ajudando na construção dos grupos. Podem ajudar também na seleção, visto que nas visitas domiciliares os ACS verificam os medicamentos e outras questões, o que oferece a oportunidade de selecionar os pacientes e famílias que estão com dificuldade no problema.

Psicólogo e psiquiatra (NASF e CAPS): palestras, material de apoio, auxílio didático-pedagógico.

Prazo: 2 meses para seleção de pacientes, organização da sala do grupo + 6 meses para avaliação dos resultados do primeiro grupo.

Recursos necessários:

Organizacional: Mobilização da equipe de saúde e os profissionais de apoio, adesão de pacientes e familiares. Criar um espaço na agenda para que a equipe desenvolva e faça manutenção dos grupos.

Cognitivo: Entendimento e conhecimento de como abordar a temática para público geral, saber usar redes sociais e criar eletronicamente materiais informativos

Político: Interesse dos profissionais na melhora da assistência e dos pacientes em modificar aspectos de saúde.

Financeiro: Sala com iluminação e cadeiras para as palestras. Se necessário materiais para apresentação audiovisual. No caso das redes sociais, é necessário um dispositivo eletrônico com capacidade de entrar na internet.

Nó Crítico 3: Matriciar os casos com indicação para o atendimento no CAPS.

Detalhamento da Ação: O uso crônico de BZDs pode estar relacionado com dependência química ou outros transtornos do humor não diagnosticados. Para tanto, a parceria com equipe de atenção à saúde mental especializada é fundamental para seguimento desse tipo de atendimento. No município de Portão podemos contar com equipe de CAPS e NASF, com psiquiatras e psicólogos. Fomentar um horário semanal de 1 hora para matriciamento é fundamental para que ocorra a construção compartilhada. Dessa forma garantimos a comunicação sem hierarquia, de forma regular, sem informes ou formulários escritos. Nesse caso criaremos a equipe de referência (ESF Rincão) e a equipe de apoio matricial (CAPS e NASF). Deve ser matriciados os casos em que a equipe esteja com dúvida quanto ao diagnóstico, quando as terapêuticas e intervenções na APS não estive-

rem surtindo efeito ou degenerarem os sintomas, quando a equipe necessitar de apoio na assistência de casos desafiadores. As informações do matriciamento devem conter (além do motivo, informações sociais e problema relatado pelo paciente) informações sobre o tempo de uso do BZD, tentativas de retirada, outras intervenções psicossociais realizadas, uso de outras substâncias químicas, apoio familiar, vida social (participação de grupos, rede de apoio, situação econômica), grau de vínculo do paciente com a unidade, outros diagnósticos clínicos concomitantes. Para que essas informações estejam disponíveis, a multidisciplinaridade na unidade é fundamental, ou seja, tanto o médico quanto o enfermeiro podem coletar dados através da anamnese. Após essa etapa inicial, deve ocorrer a discussão de casos. Evitar discutir os casos na frente de pacientes. A conduta deve ser compartilhada entre os profissionais e deve ser oferecida ao paciente pela equipe de referência preferencialmente. Caso necessário, pode haver necessidade de revisão dos casos, principalmente nos casos de falha terapêutica ou casos mais graves que necessitem de revisões constantes ou necessidade de internação.

Responsável:

Médico, enfermeiro, psiquiatra e psicólogo.

Equipe de Apoio:

Enfermeiros do NASF e CAPS.

Prazo: 2 meses para organização de espaço na agenda para horário de discussão dos casos, além de definir a organização na prática do matriciamento.

Recursos necessários:

Organizacional: Mobilização da equipe de saúde e os profissionais de apoio

Cognitivo: Conhecimento sobre boas práticas do processo de trabalho no matriciamento em saúde mental na atenção básica.

Político: Interesse dos profissionais na melhora da assistência

Financeiro: Condução da equipe do CAPS até o ESF, sala com recursos adequados para discussão de casos, serviço de contato eletrônico ou telefônico para comunicação entre as equipes.

5 Resultados Esperados

A partir deste projeto de intervenção espera-se promover o uso racional e otimizar a indicação de benzodiazepínicos no município de Portão, RS.

Esperamos contribuir para que a investigação de cada problema de saúde seja realizada individualmente, para que assim haja um melhor diagnóstico do paciente atendido na Unidade de Saúde. Esperamos realizar a promoção da saúde e a prevenção de doenças através dos grupos de pacientes presenciais ou através das redes sociais e aplicativos de mensagens. Intervir de forma interdisciplinar e multiprofissional de forma que os casos necessários sejam referenciados para o atendimento no CAPS e no NASF.

Referências

- AUCHEWSKI, L. et al. Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 26, n. 1, p. 24–31, 2004. Citado na página 11.
- AVILA, R. L. D.; SILVA, H. B. da. *RESOLUÇÃO CFM N° 1.974/2011*. 2011. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2011/1974>>. Acesso em: 21 Jun. 2020. Citado na página 19.
- BERNIK, M. A. et al. *Benzodiazepínicos: Quatro décadas de experiência*. São Paulo: Edusp, 1999. Citado na página 15.
- BRASIL, M. da Saúde do et al. *Diretrizes do NASF: Cadernos de atenção básica*, n° 27. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Citado 2 vezes nas páginas 20 e 21.
- BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, p. 163–177, 2000. Citado na página 17.
- CARDOSO, F. H.; SOUZA, P. R. *LEI N° 9.394, DE 20 DE DEZEMBRO DE 1996*. 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm>. Acesso em: 21 Jun. 2020. Citado na página 18.
- CARLINI, E. L. de A. et al. *II Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país 2005*. São Paulo: Páginas Letras, 2006. Citado na página 16.
- CFM. *PARECER CFM N° 14/2017*. 2017. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2017/14>>. Acesso em: 21 Jun. 2020. Citado na página 19.
- CFP. *RESOLUÇÃO CFP N° 011/ 2012*. 2012. Disponível em: <<https://transparencia.cfp.org.br/crp01/legislacao/resolucao-cfp-n-011-2012/>>. Acesso em: 21 Jun. 2020. Citado na página 19.
- CHIAVERINI, D. H. et al. *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Citado 2 vezes nas páginas 19 e 20.
- CONSTANTINO, E. et al. *Ensino remoto emergencial : desafios e estratégias para retomada*. 2020. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/212562>>. Acesso em: 22 Ago. 2020. Citado na página 19.
- CORDIOLI, A. V. et al. *Psicofármacos: Consulta rápida*. Porto Alegre: Artmed, 2010. Citado na página 15.
- DIAS, V. P.; SILVEIRA, D. T.; WITT, R. R. Educação em saúde: Protocolo para o trabalho de grupos em atenção primária à saúde. *REVISTA DE APS*, v. 12, n. 2, p. 221–227, 2009. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 17.
- DUNCAN, B. B. et al. *Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências*. Porto Alegre: Artmed, 2013. Citado 5 vezes nas páginas 16, 17, 18, 19 e 20.

- IBGE, I. B. D. G. E. E. *Censo Demográfico*. 2020. Disponível em: <https://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Sinopse/Regioes_Metropolitanas/sinopse_rm_tab_3_1.zip>. Acesso em: 21 Jun. 2020. Citado na página 9.
- JÚNIOR, A. C. da S. Benzodiazepínicos: o uso indevido e o abuso: uma proposta de intervenção no município de monte carmelô - minas gerais. Uberaba, n. 37, 2015. Curso de Atenção Básica em Saúde da Família, Departamento de Medicina Coletiva, Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Cap. 8. Citado na página 16.
- LIMA, C. V. T. C.; SILVA, H. B. da. *RESOLUÇÃO CFM N° 2.217/2018*. 2018. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2009/1931>>. Acesso em: 21 Jun. 2020. Citado na página 19.
- LULIA, M. M. E. T.; FILHO, J. M. B. *DECRETO N° 9.057, DE 25 DE MAIO DE 2017*. 2017. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Decreto/D9057.htm>. Acesso em: 21 Jun. 2020. Citado na página 19.
- MAFFACCIOLLI, R.; LOPES, M. J. M. Os grupos na atenção básica de saúde de porto alegre: usos e modos de intervenção terapêutica. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 16, n. 1, p. 973–982, 2011. Citado na página 17.
- MENDONÇA, R. T.; CARVALHO, A. C. D. de. O consumo de benzodiazepínicos por mulheres idosas. *SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, v. 1, n. 2, p. 2–11, 2005. Citado na página 15.
- NOTO, A. R. et al. Analysis of prescription and dispensation of psychotropic medications in two cities in the state of são paulo, brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 24, n. 2, p. 68–73, 2002. Citado na página 11.
- ORLANDI, P.; NOTO, A. R. Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave no município de são paulo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 13, p. 896–902, 2005. Citado na página 16.
- SCHALLEMBERGER, J. B.; COLET, C. de F. Assessment of dependence and anxiety among benzodiazepine users in a provincial municipality in rio grande do sul, brazil: Avaliação da dependência e da ansiedade em usuários de benzodiazepínicos em um município do interior do rio grande do sul. *Trends Psychiatry Psychother*, v. 38, n. 2, p. 63–70, 2016. Citado na página 15.
- SCHMITZ, C. A. A. et al. Teleconsulta: nova fronteira da interação entre médicos e pacientes. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RBMFC)*, v. 12, n. 39, p. 1–7, 2017. Citado na página 19.
- SILVA, M. C. N. da; SAMPAIO, M. do Rozário de F. B. *RESOLUÇÃO COFEN N° 0487/2015*. 2015. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-4872015_33939.html>. Acesso em: 21 Jun. 2020. Citado na página 19.
- TORRES, H. de C.; HORTALE, V. A.; SCHALL, V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 4, p. 1039–1047, 2003. Citado na página 17.
- VIEIRA, F. S. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 12, n. 1, p. 213–220, 2007. Citado na página 16.