



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2016

Bruna Kitzberger

Uso crônico de benzodiazepínicos: um projeto de intervenção na Unidade Básica de Saúde do Centro, no município de Barra Velha - SC.

Florianópolis, Abril de 2017

Bruna Kitzberger

Uso crônico de benzodiazepínicos: um projeto de intervenção na
Unidade Básica de Saúde do Centro, no município de Barra Velha -
SC.

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

Orientador: Deise Warmling
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Abril de 2017

Bruna Kitzberger

Uso crônico de benzodiazepínicos: um projeto de intervenção na
Unidade Básica de Saúde do Centro, no município de Barra Velha -
SC.

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 Büchele
Coordenadora do Curso

Deise Warmling
Orientador do trabalho

Florianópolis, Abril de 2017

Resumo

Os benzodiazepínicos são drogas sedativas e ansiolíticas que foram introduzidas no mercado na década de 60, ganhando importante destaque pela sua eficácia. No decorrer dos anos, observou-se o seu uso abusivo e indiscriminado, causando tolerância, abstinência, dependência e sérias consequências com aumento da mortalidade global. Seu uso principal está relacionado com depressão, insônia e ansiedade. Atualmente os benzodiazepínicos são destaque principalmente nos países em desenvolvimento. Estima-se que no Brasil 1,6% da população adulta seja usuária crônica. Este estudo descreve um projeto de intervenção realizado na Unidade Básica de Saúde do Centro, no município de Barra Velha, Santa Catarina, que apresenta como principal objetivo diminuir o número de usuários crônicos de benzodiazepínicos através da descontinuação do uso da medicação associada a acompanhamento multidisciplinar. Este projeto será conduzido a partir da avaliação multidisciplinar dos usuários com receitas médicas controladas; acompanhamento médico em consultas periódicas para renovação das receitas de medicamentos controlados; orientação dos usuários sobre riscos e efeitos adversos de benzodiazepínicos. Reconhece-se que a intervenção em saúde na atenção primária seja impactante e necessária para a adequação da prática médica da prescrição racional, juntamente com as atividades de orientação e acolhimento aos pacientes.

Palavras-chave: Benzodiazepínicos, Educação em Saúde, Atenção Primária a Saúde

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo Geral	13
2.2	Objetivos específicos	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
4	METODOLOGIA	19
5	RESULTADOS ESPERADOS	21
	REFERÊNCIAS	23

1 Introdução

Este projeto de intervenção será desenvolvido no território adscrito da Unidade Básica de Saúde (UBS) Centro, do município de Barra Velha – SC.

Barra Velha é uma cidade de origem açoriana localizada no litoral norte catarinense, situada à aproximadamente 120 quilômetros de Florianópolis, fazendo limites com os municípios de Araquari, São João do Itaperiu, Luiz Alves, Piçarras e também com o Oceano Atlântico. A história da cidade é baseada na pesca de baleias, ao qual estimulou o povoamento da região no século XIX. Um dos principais protagonistas da história foi o navegador português Joaquim Alves da Silva, que destacou-se pelo grande volume de óleo de baleia (importante fonte para a iluminação na época) ao qual enviava ao Rio de Janeiro na época, recebendo de Dom Pedro I como recompensa grande parte de terras em Barra Velha. O município pertenceu a Araquari até 1956, quando a lei emancipadora foi anulada pelo Supremo Tribunal Federal e apenas em 7 de dezembro de 1961, através da Lei número 778, voltou a ser propriamente município, instalado em 30 de dezembro de 1961 ([BARRA_VELHA, 2017](#)). Barra Velha, segundo dados do IBGE, atualmente sua população é de 22. 386 mil habitantes ([IBGE, 2015](#)).

Em relação à saúde, Barra Velha não possui hospital, mas apresenta a Policlínica (local onde encontra-se a Secretaria de Saúde e as especialidades), o Pronto Atendimento (referência para os casos de emergência) e 8 equipes de ESF (Estratégia de Saúde da Família) (Centro, São Cristóvão e Itajuba, cada um com 2 equipes, Sertão e Pedras Brancas). Como suporte para toda a saúde da cidade o bairro Centro ainda oferece o CAPS (Centro de Atendimento Psicossocial), o CRAS (Centro de Referência da Assistência Social) e o CREAS (Centro de Referência Especializado em Assistência Social). No bairro também localiza-se a AAPEC (Associação de Assistência aos Portadores e Ex-Portadores de Barra Velha).

A UBS na qual atua a equipe da ESF Centro, abrange uma população total de 2.715 pessoas, com 1.231 homens e 1.484 mulheres, sendo que 558 pessoas encontram-se abaixo dos 20 anos, 1.368 pessoas têm entre 20 e 59 anos e 789 têm mais de 60 anos ([SIAB, 2016](#)).

O nível médio de escolaridade dessa população encontra-se no ensino médio fundamental. A área de abrangência possui saneamento básico, porém a cidade não apresenta estação de tratamento de água. A maioria das casas são de alvenaria. Aproximadamente 15 % da população da unidade é beneficiada pelo programa bolsa família.

Diariamente é realizado o atendimento de aproximadamente 30 pacientes na Unidade do Centro, incluindo demanda livre para os casos agudos, consultas agendadas, pré-natal, puericultura, puerpério e um período por semana é destinado para a realização de visita domiciliar. A equipe realiza o acompanhamento contínuo de pacientes com HAS, diabetes,

tuberculose e hanseníase, ao qual são realizadas consultas de rotina e quando necessário visitas domiciliares. Os pacientes com tuberculose também recebem assistência da equipe de infectologia ao qual organiza o controle do tratamento.

As cinco queixas mais comuns que levaram a população a procurar a UBS entre janeiro e maio de 2016 baseadas no CID-10 foram: 52% exame médico geral, 8% HAS, 8% supervisão de gravidez normal, 7,5% dor abdominal e pélvica e 6,7% náusea e vômitos. Os atendimentos são organizados da seguinte forma: nas segundas, terças, quartas e sextas-feiras pela manhã temos 10 consultas de acolhimento (para as queixas agudas) e mais 5 consultas agendadas (para acompanhamento, resultados de exames, renovação de receitas, entre outros). No período da tarde desses dias também são realizados atendimentos agendados, exceto nas quartas-feiras onde são realizadas quatro visitas domiciliares. E nas quintas-feiras realizamos consultas de pré-natal e puericultura nos dois períodos. Os agendamentos das consultas ocorrem sempre no primeiro dia de cada mês.

O cuidado da equipe com a saúde materno-infantil é bastante completo, realizando semanalmente consultas de rotina para a idade gestacional indicada e para a puericultura. Quando necessário, também é realizado o encaminhamento para o serviço de maternidade de referência ou para a pediatria. A atuação da enfermagem é muito importante, onde trabalha acolhendo as pacientes na primeira consulta e já direcionando após para a rotina do pré-natal. A unidade oferece orientação e acompanhamento completo para todas as pacientes.

As cinco principais causas de morte nos residentes do bairro em 2015 foram: com maior índice as doenças do aparelho circulatório com 37,5% (doenças hipertensivas 31%, cerebrovasculares 30%, outras doenças cardíacas 30%), em segundo lugar as causas externas com aproximadamente 26% (agressões 47%, acidentes de transporte 15%, quedas 15%, lesões autoprovocadas 8%), em terceiro lugar as causas neoplásicas com 22,5% (mama 15%, pulmões 11%, estômago 7%, pele 7%, pâncreas 7% e próstata 7%), em quarto lugar com 15% as doenças do aparelho respiratório (pneumonia 43%, doenças crônicas de vias aéreas superiores 36%), e em quinto lugar as doenças infecciosas e parasitárias com 7,5%. No total foram 129 mortes em Barra Velha neste período (SIM, 2015).

Ao todo foram 1.456 internações em 2015 e as 5 principais causas hospitalares foram: gravidez parto e puerpério com 35%, doenças do aparelho digestivo com 15%, doenças do aparelho circulatório com 13%, neoplasias com 12% e doenças do aparelho respiratório com 8%. Os dados foram coletados do programa Branet, ao qual são registrados nos prontuários eletrônicos e no final de cada mês as informações são encaminhadas ao E-SUS (SIH, 2015).

Durante o período de atendimento no ano de 2016 na UBS do Centro, observou-se grande número de usuários fazendo uso abusivo e crônico de benzodiazepínicos. Na maioria das vezes os pacientes iniciam seu uso desconhecendo o potencial da medicação e seus efeitos colaterais, e mantêm o uso sem manutenção do tratamento ou até mesmo

expectativa de desmame. A prescrição dessas medicações em muitos casos, é feita de forma superficial, onde o médico não tem interesse em estudar a causa base do sintoma do usuário (como por exemplo: depressão, ansiedade, insônia) e investir em outras alternativas, ou em muitos casos a automedicação também é frequente. Observa-se importante uso dos benzodiazepínicos principalmente na população idosa, problema grave, porque além da dependência, são medicações que podem ter efeitos colaterais graves quando associados a outras comorbidades.

A atenção a esses casos é de suma importância principalmente para a sensibilização dos pacientes e a abordagem dos usuários crônicos, visando a qualidade de vida desses pacientes com tratamentos para saúde mental e preventiva adequados.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Reduzir o número de usuários crônicos de benzodiazepínicos da Unidade Básica de Saúde Centro, no município de Barra Velha, Santa Catarina.

2.2 Objetivos específicos

Avaliar multidisciplinarmente os usuários com receitas médicas controladas.

Aplicar a periodicidade das consultas médicas para a renovação de receitas controladas.

Orientar os usuários sobre os riscos e efeitos adversos dos benzodiazepínicos.

3 Revisão da Literatura

Os benzodiazepínicos são drogas com atividade ansiolítica e hipnótica e encontram-se entre as medicações mais utilizadas no mundo e apresentam efeitos importantes e amplo índice terapêutico. Foram criados na década de 60, onde o Clordiazepóxido foi o primeiro benzodiazepínico a ser lançado. No auge do sucesso a prescrição dessa classe passou a ser restrita devido o surgimento de casos de uso abusivo, causando tolerância, abstinência e dependência nos usuários crônicos, eventos aos quais estimularam o seu controle na década de 70.([ORLANDII; NOTOII, 2005](#))

Os benzodiazepínicos constituem um grupo de fármacos usualmente prescritos para os problemas de ansiedade generalizada, dado que exerce um efeito ansiolítico pela ligação específica aos receptores GABA A, potenciando a inibição sináptica produzida pelo GABA ao nível do sistema nervoso central ([AMARAL; MACHADO, 2012](#)). Essas medicações apresentam propriedades ansiolíticas, anticonvulsivantes, miorrelaxantes e hipnóticas, porém seu uso crônico está relacionado a importantes efeitos colaterais como tolerância, dependência e abstinência. Uma pesquisa realizada pela OMS (Organização Mundial de Saúde) revelou que grande parte dos médicos entrevistados prescrevia os benzodiazepínicos para as seguintes indicações clínicas: distúrbios do sono, ansiedade, depressão, dores nas costas, nervosismo e tensão, crises epiléticas, infarto do miocárdio, síndrome de estresse, agressividade, angina pectoris, tétano, hipertireoidismo e doenças psicossomáticas. Nos países em desenvolvimento, a prescrição de benzodiazepínicos no tratamento de hipertensão e dores lombares também é comum ([CARVALHO, 2006](#)).

Nos Estados Unidos, por exemplo, o uso destes medicamentos pela população chegou a atingir 11,1% em 1979, diminuindo para 8,3%, em 1990. No Brasil, estima-se que 1,6% da população adulta seja usuária crônica de benzodiazepínicos. Em grandes cidades brasileiras estudos confirmam o uso indiscriminado dessa classe de medicamentos. [Firmino et al. \(2011\)](#) Órgãos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde, têm alertado acerca do uso indiscriminado e do insuficiente controle de medicamentos psicotrópicos nos países em desenvolvimento ([MOURA et al., 2016](#)).

A prevalência mundial e nacional de transtornos mentais diagnosticados na APS, chega a 1/3 da demanda. Os transtornos mentais são frequentes na população e mais prevalentes no sexo feminino, principalmente naquelas pacientes com baixa escolaridade, baixa renda, tabagistas e vítimas de violência ([MOURA et al., 2016](#)). A inserção das ações de saúde mental na ESF constitui tática adotada pelo Ministério da Saúde, com ênfase no território, na desinstitucionalização da psiquiatria e no atendimento humanizado. Por isso, a maior parte dos usuários são tratados na APS, sendo que os centros de atenção psicossocial (CAPS) se articulam em rede para apoiar as equipes da ESF para prestar cuidados aos portadores de transtornos mentais e suas famílias em certo território.

Geralmente, os benzodiazepínicos não devem ser prescritos por mais de 4 a 6 semanas, tendo em vista a possibilidade do desenvolvimento de tolerância bem como o risco de abuso e dependência. A possibilidade de gerar dependência deve ser considerada principalmente em pacientes idosos, usuários de drogas, durante tentativas de alívio de estresse, em doenças psiquiátricas, distúrbios do sono ou doenças neurológicas degenerativas. Apesar do seu uso seguro, quando utilizados por um período mais prolongado estão associadas a déficit cognitivo, síncope, quedas e fraturas (principalmente em idosos que mostram-se mais vulneráveis ao abuso dessas substâncias). A suspeição da medicação deve ser monitorada de perto uma vez que se mostra possível haver recidiva do seu uso. Importante também informar os pacientes quanto ao risco do uso concomitante de álcool ou outros fármacos sedativos aos benzodiazepínicos ao qual podem resultar em neurotoxicidade e diminuição da capacidade funcional (LONGO et al., 2013)

O uso indiscriminado dos benzodiazepínicos tem aumentado consideravelmente devido vários fatores, como aumento da frequência de diagnósticos de transtornos psiquiátricos na população, à introdução de novos psicofármacos no mercado farmacêutico, às novas indicações terapêuticas de psicofármacos já existentes e ao seu baixo custo (MOURA et al., 2016). Os efeitos adversos dos benzodiazepínicos geralmente correspondem às suas meias-vidas relativas. Medicamentos de ação mais longa, como o diazepam, flurazepam e clonazepam, tendem a acumular metabólitos ativos com conseqüente sedação, alteração e diminuição cognitiva e desempenho psicomotor inadequado. Os benzodiazepínicos de ação curta, como o alprazolam e o oxazepam, podem resultar em ansiedade diurna ou de rebote e insônia no início da manhã. A retirada dos benzodiazepínicos de meia-vida mais longa pode ser realizada de forma gradativa em etapas da dose (diminuição de 10% a cada 1 a 2 semanas) durante 6 a 12 semanas. Os benzodiazepínicos de ação curta são mais difíceis para realizar o desmame da droga. A utilização de outras medicações como antidepressivos, podem ser utilizados com "ponte" na retirada das medicações. As reações de abstinência variam em gravidade e duração, podendo consistir em depressão, ansiedade, letargia, sudorese, estimulação autonômica e, raramente crises epilépticas. (LONGO et al., 2013)

Desta maneira o controle dos fatores de risco merece destaque principalmente nas Equipes de Saúde da Família (ESF) que desenvolvem suas atividades na Atenção Primária em Saúde (APS) devido ao íntimo contato com os usuários e com os familiares e por possibilitar na maioria das vezes o primeiro acesso das pessoas ao sistema de saúde. Os profissionais devem realizar ações terapêuticas como proporcionar ao usuário momento de reflexão, exercer boa comunicação, habilidade de empatia, escutar o usuário, acolher as queixas emocionais como legítimas e reconhecer os modelos de entendimento do usuário com o objetivo de oferecer o cuidado em saúde, principalmente para aqueles pacientes com sofrimento da saúde mental. (TRINO et al., 2013)

Como o CAPS, os Núcleos de Apoio à Família, também exercem importante suporte

a partir do atendimento interdisciplinar com psicólogos, psiquiatras e terapeutas ocupacionais. O Projeto Terapêutico Singular (PTS) por exemplo é uma estratégia de cuidado que articula um conjunto de ações resultantes da construção coletiva de uma equipe multidisciplinar ao qual tem como objetivo principal a intervenção em ações de saúde e pode auxiliar muito no acompanhamento de pacientes usuários crônicos de benzodiazepínicos. Ferramenta esta muito utilizada pelos profissionais do NASF e do CAPS. (TRINO et al., 2013)

Um enfoque especial deve ser feito principalmente durante as consultas médicas através da orientação correta aos pacientes sobre o tratamento realizado com benzodiazepínico. Muitas vezes os médicos justificam o hábito facilitado da prescrição através da transferência de responsabilidade para outros fatores externos, como outros médicos, pacientes ou falta de recursos. Em diversas ocasiões é mais trabalhoso estimular o desmame do que realizar a renovação de receitas, principalmente porque em grande parte dos casos, essa renovação é realizada sem o contato direto com o paciente.

Uma abordagem otimista que incentive o paciente a esclarecer os precipitantes ambientais e planejar estratégias de respostas eficazes é elemento essencial do tratamento no uso racional e consciente de benzodiazepínicos. Todos os processos utilizados pelas equipes para evitar a "medicalização" de problemas pessoais, sociofamiliares e profissionais, devem ser estimulados proporcionando sempre a melhora da qualidade de vida dos pacientes.

Além de melhorar a formação dos profissionais de saúde no Brasil, são também necessários mais estudos que dimensionem a morbidade psiquiátrica, o acesso aos serviços de saúde e as intervenções terapêuticas. (LIMA et al., 2008) A conscientização da população e dos profissionais de saúde da APS devem ser ampliados para evitar a dependência química dos benzodiazepínicos e seus efeitos adversos com o objetivo de estabelecer critérios de eficácia e segurança para a prescrição médica e o uso adequado dessa classe de medicamento.

4 Metodologia

Este trabalho descreve um estudo de intervenção, a ser implantado na Unidade Básica de Saúde do Centro, no município de Barra Velha, com o objetivo de diminuir o número de usuários crônicos de benzodiazepínicos. A construção de um plano de intervenção, parte dos fundamentos da pesquisa-ação, as quais devem interagir em uma reação dialética, onde o objetivo é a transformação da realidade. Essa proposta de pesquisa adequa-se à formação de profissionais inseridos nos serviços de saúde, onde é possível se investigar a própria prática, com a produção de novos conhecimentos, onde pesquisador e pesquisados estejam engajados para a transformação do contexto (THIOLLENT, 2005).

Os pacientes a serem abordados devem possuir mais de 18 anos e serem usuários de benzodiazepínicos por mais de 3 meses. Não serão inclusos aqueles pacientes que realizam tratamento e acompanhamento psiquiátrico e aqueles que se recusarem a participar do tratamento. Os pacientes serão listados através da busca em prontuários médicos e da pesquisa nos blocos de notificação dos receituários tipo B, onde são descritos o nome do paciente e a respectiva medicação utilizada. Os pacientes selecionados, serão contatados pelos agentes comunitários de saúde (ACS) para comparecerem em consultas.

Durante as consultas médicas individuais será enfatizada a importância da cessação do uso dessas medicações, dando destaque principalmente em relação aos seus efeitos colaterais, suas principais indicações e a instalação de um plano de desmame. (LONGO et al., 2013)

O plano de desmame caracteriza-se por um plano de redução gradual onde os pacientes podem se beneficiar da troca da droga para um agente de meia-vida mais longa, como o Diazepam ou Clonazepam. Comparado a outros benzodiazepínicos e barbituratos, o Diazepam mostrou ser a droga de escolha para tratar pacientes com dependência, por ser rapidamente absorvido e por ter um metabólito de longa duração o que o torna a droga ideal para o esquema de redução gradual, pois apresenta uma redução mais suave nos níveis sanguíneos. (NASTASY; M.; ACPR, 2002)

Após a consulta médica, os pacientes passarão por avaliação psicológica para formação de grupos de usuários crônicos e acompanhamentos semanais por pelo menos um mês, onde serão abordados questões sobre efeitos adversos do uso crônico, os benefícios da retirada gradual, a possibilidade de sintomas de abstinência, além do acompanhamento quinzenal através de consultas médicas.

Os grupos serão ministrados semanalmente por profissionais intercalados do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (psicólogos, farmacêuticos e terapeutas ocupacionais) juntamente com o médico com o objetivo de manter o tratamento e orientar em relação a qualidade do sono através de orientações como: evitar o uso de substâncias estimulantes durante a noite, realizar atividades físicas, evitar assistir televisão ou usar eletrônicos

na cama antes de dormir, bem como evitar telas brilhantes ao menos um hora antes do horário de dormir; acordar sempre no mesmo horário e ir dormir somente quando estiver cansado.

5 Resultados Esperados

Com 2.715 habitantes cadastrados na Unidade Básica de Saúde do Centro, estima-se que 3,6 % da população seja usuária crônica de benzodiazepínico, ou seja 97 pacientes. A intervenção estruturada com redução gradual da dose dos benzodiazepínicos e o atendimento multidisciplinar, juntamente com a abordagem pelo médico generalista deverá ter duração de aproximadamente 12 meses.

Com tais ações implementadas, espera-se que os usuários que fazem uso de medicamentos controlados sejam avaliados multidisciplinarmente; que sejam acompanhados por meio de consultas médicas para renovação da receita e orientados sobre os riscos do uso indiscriminado de benzodiazepínicos.

Espera-se que pelo menos 50% desses pacientes possam apresentar cessação do uso de psicotrópicos. Além dos resultados objetivos, também se espera uma maior conscientização da população usuária de benzodiazepínicos quanto aos malefícios e as consequências do seu uso, possibilitando possíveis intervenções futuras naqueles que não tiveram sucesso na primeira tentativa de tratamento.

Referências

AMARAL, B. D. A. do; MACHADO, K. L. Benzodiazepínicos: uso crônico e dependência. Londrina, n. 30, 2012. Curso de Especialização em Farmacologia, UNIFIL - Centro Universitário Filadélfia.. Citado na página 15.

BARRA_VELHA, M.de. *Portal do cidadão*. 2017. *Disponvelem* : <>. Acesso em: 11 Jan. 2017. Citado na página 9.

CARVALHO, A. da L. Uso racional de psicofármacos. *CPSM SMS Rio*, v. 1, n. 1, p. 1–6, 2006. Citado na página 15.

FIRMINO, K. F. et al. Fatores associados ao uso de benzodiazepínicos no serviço municipal de saúde da cidade de coronel fabriciano, minas gerais, brasil. <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n6/>, v. 27, n. 6, p. 1223–1232, 2011. Citado na página 15.

IBGE, I. B. de Geografia e E. *Estimativas populacionais para os municípios e para as Unidades da Federação brasileiros em 01.07.2015*. 2015. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2015/estimativa_dou.shtm>. Acesso em: 11 Jan. 2017. Citado na página 9.

LIMA, M. C. P. et al. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v42n4/6830.pdf>, v. 42, n. 4, p. 717–723, 2008. Citado na página 17.

LONGO, D. L. et al. *Medicina Interna de Harrison*. Porto Alegre: AMGH Editora Ltda, 2013. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 19.

MOURA, D. C. N. de et al. Uso abusivo de psicotrópicos pela demanda da estratégia saúde da família: Revisão integrativa da literatura. <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/>, v. 15, n. 2, p. 136–144, 2016. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.

NASTASY, H.; M., R.; ACPR, M. *Abuso e Dependência dos Benzodiazepínicos*. 2002. Disponível em: <http://fmb.unesp.br/Home/Departamentos/Neurologia,PsicologiaePsiquiatria/ViverBem/Consenso_benzodiazepinicos.pdf>. Acesso em: 24 Fev. 2017. Citado na página 19.

ORLANDII, P.; NOTOII, A. R. Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave no município de são paulo. <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13nspe/v13nspea18.pdf>, v. 13, n. 13, p. 896–902, 2005. Citado na página 15.

SIAB, S. de Informação da A. B. *Informações Estatísticas*. 2016. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=04>>. Acesso em: 11 Jan. 2017. Citado na página 9.

SIH, S. de I. H. *Internações Hospitalares do SUS*. 2015. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/sxuf.def>>. Acesso em: 11 Jan. 2017. Citado na página 10.

SIM, S. de Informação sobre M. *Informações de Saúde*. 2015. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060701>>. Acesso em: 11 Jan. 2017. Citado na página 10.

THIOLLENT, M. *Metodologia da Pesquisa-ação*. São Paulo: Cortez, 2005. Citado na página 19.

TRINO, A. T. et al. *Cadernos de Atenção Básica: Saúde mental*. Brasília: MS, 2013. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 17.