



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

LUIS EDUARDO COELHO

USO INDISCRIMINADO DE BENZODIAZEPÍNICOS EM USUÁRIOS DE UMA ESF NO
MUNICÍPIO DE LIMEIRA - SP

SÃO PAULO
2020

LUIS EDUARDO COELHO

USO INDISCRIMINADO DE BENZODIAZEPÍNICOS EM USUÁRIOS DE UMA ESF NO
MUNICÍPIO DE LIMEIRA - SP

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família da Universidade Federal de São Paulo
para obtenção do título de Especialista em
Saúde da Família

Orientação: ALINE FIORI DOS SANTOS FELTRIN

SÃO PAULO
2020

Resumo

A equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) é responsável pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada e atua com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade, inclusive no âmbito da saúde mental. O uso de substâncias psicotrópicas tem sido alvo de inúmeros estudos no Brasil e no mundo, principalmente, no que remete à saúde da população e as consequências referentes ao uso abusivo destas drogas (BACELAR, 2014). Dentre os diversos desafios a serem enfrentados pelas equipes da ESF está o uso crônico e indiscriminado de benzodiazepínicos. Por meio do presente estudo, espera-se criar um projeto de intervenção multiprofissional, na ESF Parque Hypólito no município de Limeira-SP, que conscientize a população sobre o uso indiscriminado dos benzodiazepínicos; e oferecer estratégias que possam auxiliar no desmame evitando o uso desnecessário desta classe de medicamentos.

Palavra-chave

Saúde Pública. Consumo Abusivo de Medicamentos Controlados. Saúde Mental.

PROBLEMA/SITUAÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF), iniciado em 1994, é entendido como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, tendo a atenção primária como eixo norteador do Sistema Único de Saúde (SUS), operacionalizado mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Em 1996, a partir da Norma Operacional Básica de Saúde, o PSF passa a ser considerado estratégia nacional de substituição ao modelo tradicional vigente de saúde, passando a ser nominado mais apropriadamente de Estratégia Saúde da Família (ESF) (FREITAS; MANDU, 2010).

A equipe da ESF é responsável pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada e atua com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade, inclusive no âmbito da saúde mental. A ESF é considerada um dos dispositivos fundamentais para a prática de saúde mental (VALE, 2011; MOREIRA, 2017).

ESTUDO DA LITERATURA

Dentre os diversos desafios a serem enfrentados pelas equipes da ESF está o uso crônico e indiscriminado de benzodiazepínicos (TEIXEIRA, 2015). O uso de substâncias psicotrópicas tem sido alvo de inúmeros estudos no Brasil e no mundo, principalmente, no que remete à saúde da população e as consequências referentes ao uso abusivo destas drogas (BACELAR, 2014).

A motivação deste trabalho foi perante um diagnóstico situacional que constatou um elevado número de pacientes que fazem uso de benzodiazepínicos, na cidade de Limeira. Entre o período de outubro de 2019 a janeiro de 2020 os benzodiazepínicos representaram uma taxa de aproximadamente 30% da distribuição total dos medicamentos na rede do Sistema Único de Saúde do município. Foram 4.627.40 dos mais variados medicamentos em geral, e desse total 1.361.178 foram benzodiazepínicos. Na ESF Parque Hypólito (ESF no município de Limeira-SP) no mesmo período, foram realizadas 585 consultas, e dentro desse total de consultas, foram prescritos 82 benzodiazepínicos.

Diante do exposto tornam-se necessárias ações voltadas à conscientização da população sobre o uso e efeitos desta classe de medicamentos, bem como estratégias que possam auxiliar no desmame evitando o uso desnecessário desta classe de medicamentos.

Os BZD estão entre os fármacos mais prescritos e utilizados em todo o mundo, possuindo ação ansiolítica, anticonvulsivante, relaxante muscular e hipnótica (TEIXEIRA, 2015). No Brasil, este quadro se reproduz. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), os benzodiazepínicos representam 85% das vendas de psicotrópicos, detendo aproximadamente 5,8% do mercado mundial e 3,8% do mercado brasileiro de medicamentos, apresentam maior consumo nas regiões com alta densidade populacional e maior número de médicos. No Município de São Paulo, correspondem ao tipo de medicamento psicotrópico mais utilizado, à frente de antidepressivos e antipsicóticos. A maior parte das prescrições de benzodiazepínicos é emitida em serviços de atenção primária para o tratamento da insônia e ansiedade. O consumo desse grupo de psicotrópicos tornou-se um problema complexo de saúde pública, uma vez que atinge grande parte da população (FEGADOLLI; VARELA; CARLINI, 2019; CARVALHO, 2004).

Justificativas para o aumento da utilização dessas drogas encontram-se no estilo de vida atual, marcado por situações de estresse e redução progressiva da sociedade em tolerar o estresse, aumento na síntese e comercialização de novas drogas, pela influência exercida por parte das indústrias farmacêuticas e até pela prescrição inadequada realizada pelos médicos (TEIXEIRA, 2015). No entanto, o uso de benzodiazepínicos em altas doses e por tempo prolongado pode levar o paciente a desenvolver tolerância, dependência e até mesmo reações de abstinência quando da sua retirada. Por esses motivos, além de indicações muitas vezes imprecisas, manutenção da prescrição por parte dos médicos, e até aumento da dose pelo próprio paciente (o que piora a tolerância e dependência), as prescrições dessas drogas tem se tornado questionável. Além disso, órgãos internacionais como a OMS, têm alertado para o uso indiscriminado dos benzodiazepínicos, sobretudo em países em desenvolvimento, que passam por maiores transformações sociais (ORLANDI; NOTO, 2005; KAN, 2004; NOGUEIRA FILHO, 2011).

A prescrição correta por clínicos gerais e o compartilhamento de responsabilidades pela

equipe multiprofissional se torna um ponto-chave na saúde mental. Dentro desse contexto está o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF), equipe composta por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, dentre eles o psicólogo, que compartilham suas práticas de saúde. Nesse modelo de atenção os pacientes não são mais tratados como números de prontuários, eles passam a ser tratados como cidadãos com biografia particular, com território existencial e geográfico conhecidos. Por isso a Equipe de Saúde da Família (ESF) é considerada como um dos dispositivos fundamentais para as práticas de saúde mental (RIBEIRO et al, 2007; FORSAN, 2010; RIBEIRO et al., 2010;).

Considerando que os problemas de origem psicológica ou psicossocial são vistos inicialmente no atendimento primário, a Unidade de Saúde objeto desta intervenção não foge à regra do cenário atual: medicalização do sofrimento e da dificuldade em lidar com situações de vida cotidianas. Observa-se o uso indiscriminado, abusivo e crônico de benzodiazepínicos em uma parte importante dos usuários.

AS PROPRIEDADES FARMACOLÓGICAS DOS BENZODIAZEPÍNICOS

Os Benzodiazepínicos são medicamentos psicotrópicos que surgiram na década de sessenta para tratamento da ansiedade e insônia, cujo mecanismo de ação se dá através da estimulação do receptor do ácido para-aminobutírico (GABA), que é um neurotransmissor inibitório do Sistema Nervoso Central. Desde então, eles também vem sendo usado como coadjuvantes para controle de algumas doenças psiquiátricas como transtorno depressivo, crises convulsivas, transtorno afetivo bipolar e abstinência alcoólica. Os benzodiazepínicos que tem como sua principal ação ansiolítica são: clonazepam, diazepam, alprazolam, bromazepam, lorazepam e cloxazolam. Quando a droga é administrada em dose única principalmente, a lipossolubilidade dos benzodiazepínicos é um importante fator, já que controla a rapidez e a extensão da distribuição da droga nos tecidos periféricos. Por tempo prolongado, em doses múltiplas, o que determina os níveis acumulativos que permanece no organismo é a meia vida de eliminação da droga. A biodisponibilidade por administração via oral é de 80-100%, tem seu nível sérico entre 30 minutos a 8 horas. Já os que são administrados por via intramuscular possuem alta lipossolubilidade. Chegam ao cérebro rapidamente porque atravessam a barreira hematoencefálica. O metabolismo dos benzodiazepínicos é geralmente hepático, por meio da oxidação de enzimas do citocromo P450 P450 3A4, 3A5, 2B6, 2C9, 2C19 e 1A2. (MOTA, 2011).

Os BZD são drogas que agem em curto prazo e, em geral, têm boa tolerabilidade, no entanto podem ocasionar alterações como sedação, disfunção cognitiva, depressão respiratória, alterações psicomotoras (fala disártrica, marcha atáxica), depressão e dependência química. O tempo para o surgimento destes efeitos adversos e a sua gravidade variam de acordo com o pico plasmático da droga e a duração de ação de cada medicamento. O consumo de BZD frequentemente é crônico, apesar existam protocolos, que sugerem limitar o uso a poucas semanas. O número médio de efeitos adversos nos usuários de BZD é de 4,8/paciente, e muitos continuam a usar o medicamento apesar do desconforto. O conhecimento dos efeitos adversos é importante para o seu uso racional, evitando possíveis iatrogenias. A sedação é o efeito subjetivo mais comum dos BZD, é uma consequência desagradável no tratamento diurno dos pacientes com transtornos de ansiedade, mas a tolerância a este efeito surge após algumas semanas de uso. Os BZD usados isoladamente não costumam causar rebaixamento de consciência, estado em que há redução da percepção dos estímulos ambientais, o que pode acontecer quando em associação com outros sedativos como o

álcool, os barbitúricos e os opióides. Doses hipnóticas de BZD orais não apresentam efeitos na ventilação pulmonar de indivíduos saudáveis. Todavia, em doses maiores, há redução do tônus muscular nas vias aéreas superiores, o que pode ocasionar obstrução de via aérea, e, além disso, reduz a curva de resposta ventilatória ao dióxido de carbono. Também por esse motivo, esta classe de medicamento não deve ser indicada para pacientes com apneia obstrutiva do sono. Os BZD podem reduzir a pressão arterial e aumentar a frequência cardíaca secundariamente à queda da resistência vascular periférica. Quanto à cognição, a interferência farmacológica altera a neurotransmissão em áreas relacionadas à memória, atenção, processamento de informações, velocidade psicomotora, linguagem e funcionamento executivo. A memória não é uma função única, e vários processos são afetados em diferentes graus pelos BZD. Quanto mais complexa uma atividade de memória, maior é o prejuízo secundário com o uso desses medicamentos. Com relação à demência, o declínio cognitivo causado por BZD ainda é controverso (COMHUPES, 2013).

Por motivos de efeito rebote ou mesmo abstinência, o processo de retirada dos benzodiazepínicos deve ser feito sempre de forma gradual. A retirada de 50% da dose diária deve ser de maneira rápida, depois retirar de forma lenta os outros 25% da dose e de maneira mais lenta ainda os últimos 25% da dose que restam. Não se recomenda o uso dos benzodiazepínicos junto com álcool, pois pode levar a uma depressão do sistema nervoso central, e nem se deve fazer o uso muito prolongado, exceto em situações especiais (NOGUEIRA FILHO, 2011).

Para auxiliar no desmame do uso dos BZD podem ser realizadas várias ações farmacológicas e não farmacológicas. Entre as ações farmacológicas uma opção para ser usada após o desmame dos benzodiazepínicos é o uso dos Agonistas dos receptores das benzodiazepinas. Eles possuem um efeito hipnótico semelhante a dos benzodiazepínicos. O principal fármaco dessa família é o Zolpidem na dose de 5-10mg/dia. Este medicamento diminui a latência do sono e o número de despertares noturnos e aumenta a duração e a qualidade do sono. Já em pacientes que tem distúrbios do sono associado a transtornos depressivos, podem ser usados os antidepressivos tricíclicos como a amitriptilina em dose baixa de 25mg/dia (RIBEIRO, 2016). Já para as ações não farmacológicas são propostas atividades como:

- ♦ Higiene do Sono: dormir o tempo necessário para se sentir descansado (usualmente 7-8h nos adultos) e posteriormente levantar-se da cama; evitar olhar constantemente para as horas ao deitar; evitar excesso de líquidos ou refeições pesadas à noite; evitar cafeína, nicotina e álcool quatro a seis horas antes de ir para a cama, e minimizar o seu uso diário; manter um ambiente calmo, escuro, seguro e confortável no quarto quando for se deitar; evitar um ambiente ruidoso, com luz e temperatura adequada durante o sono; evitar o uso prolongado de tv, tablet, computadores ou celulares antes de dormir; tentar resolver as “preocupações” antes de se deitar; deitar e acordar todos os dias à mesma hora (± 30 min), incluindo fins-de-semana; evitar exercício vigoroso três a quatro horas antes de se deitar; evitar dormir durante o dia, especialmente se o tempo de sono for maior que 20-30 minutos (RIBEIRO, 2016).
- ♦ Controle de Estímulo: ir para a cama apenas quando sentir sono; usar a cama/quarto só

- ♦ para dormir e para a atividade sexual; não ler, comer, ver tv, fazer telefonemas na cama; se não conseguir adormecer em 15-20 minutos, o paciente deve levantar-se e deslocar-se para outro cômodo da casa e realizar tarefas calmas. Somente regressar à cama quando sentir sono, repetir estes passos todas as vezes necessárias (RIBEIRO, 2016).
- ♦ Restrição do Sono: criação de um diário do sono para estabelecer o tempo médio de sono; utilizar este tempo médio de sono como o novo período de sono concedido em cada noite; definir um tempo de vigília consistente com base no tipo de insônia e necessidade do paciente; evitar realizar sestas durante o dia; se a eficiência do sono aumentar acima de 90%, aumentar o tempo na cama de 15 a 30 minutos; se a eficiência do sono diminuir abaixo de 85%, em seguida, reduzir o tempo na cama de 15 a 30 minutos (RIBEIRO, 2016).
- ♦ O papel da psicoterapia nos transtornos de ansiedade generalizada: A abordagem psicoterápica pode ser das mais diversas modalidades. A terapia cognitivo-comportamental consiste basicamente em provocar uma mudança na maneira alterada de perceber e raciocinar sobre o ambiente e especificamente sobre o que causa a ansiedade (terapia cognitiva) e mudanças no comportamento ansioso (terapia comportamental). Esse método pode ter eficácia duradoura sobre os transtornos ansiosos em geral. A Diretriz Australiana para Tratamento dos Transtornos de Ansiedade tem a terapia comportamental como medida eficaz em pacientes com transtornos de ansiedade e a recomenda como primeira linha de tratamento (CASTILLO et al, 200; NALOTO et al, 2016).
- ♦ Prática de atividade física: Paralelamente às terapias medicamentosas, têm sido sugeridas outras formas de tratamento para os distúrbios do sono, dentre elas, a prática de exercício físico que, em vários casos, possui efeitos similares ao uso de medicamentos e terapias. Os benefícios do exercício físico para a saúde, assim como seus efeitos psicológicos positivos, estão bem estabelecidos na literatura. Sabe-se que a redução da aptidão física geral, normalmente resulta em complicações na realização de tarefas cotidianas relacionadas à vida profissional e à prática de atividades físicas e de lazer, aumentando as chances que o indivíduo tem de desenvolver doenças crônico-degenerativas, e também está associada a transtornos psiquiátricos, como ansiedade, depressão e alguns estados negativos do humor. Algumas hipóteses tentam justificar a melhoria da função cognitiva em resposta ao exercício físico. Em relação aos benefícios fisiológicos temos: o aumento no transporte de oxigênio para o cérebro, a síntese e a degradação de neurotransmissores, liberação de serotonina e diminuição da viscosidade sanguínea; no nível psicológico, ocorre a diminuição da ansiedade, melhora na autoestima e cognição, além de reduzir o stress. A prática de exercícios físicos traz importantes benefícios também em relação a distúrbios do sono, transtornos de humor, e aspectos cognitivos como memória e aprendizagem (ARAÚJO; MELO; LEITE, 2007; BATISTA; OLIVEIRA, 2015). Batista e Oliveira (2015) realizaram uma revisão de literatura qualitativa sobre os efeitos psicofisiológicos do exercício físico em pacientes com transtornos de ansiedade e depressão e observaram que com bases nos artigos pesquisados observa-se que a prática de exercícios físicos constitui importante via

- * terapêutica no tratamento de transtornos de ansiedade e depressão, além de propiciar melhoras significativas em outros parâmetros fisiológicos.
- * Alimentação: A alimentação é o principal fator que garante uma qualidade de vida saudável, com uma perspectiva maior de vivência livre de doenças, principalmente as crônicas adquiridas com tempo conforme nota-se um grande crescimento desse quesito na sociedade. Uma alimentação inadequada poderá causar o surgimento de diversas doenças além de estar ligada diretamente ao desenvolvimento da ansiedade e distúrbio do sono. O sono inadequado pode causar desatenção, impulsividade, humor negativo e disfunção cognitiva, além de alterar os níveis de leptina e grelina relacionados ao apetite, contribuindo para más escolhas alimentares, como alimentos doces, ricos em calorias e ricos em amido. Para a escolha de alimentos saudáveis, requer-se atenção, tempo e um pouco de conhecimento devido às características particulares de cada um. Devido a este fator que grande parte das pessoas acaba não dando muita atenção a forma correta de se alimentar (ZHENG, BERTHOUD 2008; CARVALHO, et al. 2013; BRASIL, 2014, p. 13; PMGO, 2017).

AÇÕES

AÇÕES E ESTRATÉGIAS

1ª Etapa

A identificação dos pacientes que fazem uso de benzodiazepínicos na ESF Parque Hypólito no município de Limeira-SP. Esse levantamento será feito durante as consultas e através de relatórios de atendimentos e prescrições anteriores.

2ª Etapa

Convite aos usuários de benzodiazepínicos para participarem palestras semanais na unidade de saúde sobre o tema abordado.

- ♦ **Tema:** Intervenção na população usuária de benzodiazepínicos da ESF Parque Hypólito no município de Limeira-SP.
- ♦ **Objetivo geral:** Reduzir o uso indiscriminado de benzodiazepínicos na população e oferecer estratégias que possam auxiliar no desmame evitando o uso desnecessário desta classe de medicamentos.
- ♦ **População Alvo:** usuários de benzodiazepínicos adstritos a ESF Parque Hypólito
- ♦ **Tempo de duração:** 4 semanas.
- ♦ **Profissionais:** Equipe da Estratégia Saúde da Família e NASF.
- ♦ **Financiamento:** Secretaria Municipal de Saúde.

Serão realizados 4 encontros em parceria com os profissionais do NASF com as seguintes abordagens:

- ♦ Ações não farmacológicas e farmacológicas para distúrbio do sono (Médico da ESF);
- ♦ Os efeitos adversos do uso de benzodiazepínicos (Farmacêutica da unidade);
- ♦ O papel da psicoterapia nos transtornos de ansiedade generalizada (Psicólogo do NASF);
- ♦ A importância da atividade física e alimentação no transtorno de ansiedade generalizada e distúrbio do sono (Fisioterapeuta e Nutricionista do NASF);

RESULTADOS ESPERADOS

Por meio do presente estudo, espera-se criar um projeto de intervenção multiprofissional, no município de Limeira-SP, que conscientize a população sobre o uso indiscriminado dos benzodiazepínicos; e oferecer estratégias que possam auxiliar no desmame evitando o uso desnecessário desta classe de medicamentos.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, S.R.C; MELLO, M.T.; LEITE, J.R. Transtornos de ansiedade e exercício físico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. São Paulo, v. 29, n.2, p. 164-171, jun. 2007.

BACELAR, C. F. *Uso indiscriminado de benzodiazepínicos: proposta de um plano de intervenção*. Universidade Federal de Minas Gerais, Campos Gerais, 2014. 25f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/CAMILA-FERREIRA-BACELAR.pdf>>

BATISTA, J.I.; OLIVEIRA, A. Efeitos psicofisiológicos do exercício físico em pacientes com transtornos de ansiedade e depressão. *Revista Corpoconsciência*, Cuiabá-MT, v. 19, n. 3, p. 01-10, set/dez 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia Alimentar para população brasileira. *Guia alimentar*, 2014.

BRASIL. Programa Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.34, n.3, p.316-319, Jun. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-8910200000300018&lng=en&nrm=iso>

CARVALHO, L.B. et al. Symptoms of sleep disorders and objective academic performance. *Sleep Medicine*, v.14, n.9, p.872-6, set. 2013.

CARVALHO, L.F.; DIMENSTEIN, M. O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. *Estudos de Psicologia*. Natal, v.9, n.1, p.1-3, dez 2004.

CASTILLO, A.R.G.L. et al. *Transtornos de ansiedade*. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 22, supl. 2, p. 20-23, dezembro de 2000. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000600006&lng=en&nrm=iso>.

COMHUPES. *Benzodiazepínicos: características, indicações, vantagens e desvantagens*. Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos (COMHUPES) – Diretrizes clínicas. Abril, 2013. 21f. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/1975526/2520527/Diretriz_27_Benzodiazepinicos_caracteristicas_indicacoes_vantagens_e_desvantagens.pdf/8d736590-40fe-4d67-97e-32f8fd3aae69>

FREITAS, M. L. A.; MANDU, E. N. T. *Promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: análise de políticas de saúde brasileiras*. *Acta Paulista de Enfermagem*. São Paulo, v. 23, n. 2, p. 200-205, abril de 2010.

FORSAN, M.A. *O uso indiscriminado de benzodiazepínicos: uma análise crítica das práticas de prescrição, dispensação e uso prolongado*. Universidade Federal de Minas Gerais, 2010. 26f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0649.pdf>>

KAN, C.C.; et al. Determination of the main risk factors for benzodiazepine dependence using a multivariate and multidimensional approach. *Comprehensive Psychiatry*, v.45, n.2,

p.88-94, mar./abr. 2004.

MOREIRA, C.S. *Projeto de intervenção para capacitação de agentes comunitários de saúde em uma estratégia de saúde da família*. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2017. 31f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Disponível em: < <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/CARLA-SOUZ-MOREIRA.pdf>>

MOTA, A. *Dependência de benzodiazepínicos em idosos*. Universidade Federal de Minas Gerais. Caldas, 2011. 22f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/4495>>.

NALOTO, D.C.C. et al. *Prescrição de benzodiazepínicos para adultos e idosos de um ambulatório de saúde mental*. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1267-1276, abr. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000401267&lng=en&nrm=iso>.

NOGUEIRA FILHO, A. M. *O perfil de idosos em uso de benzodiazepínicos de uma equipe de atenção primária à saúde*. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Belo Horizonte, 2011. 41f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/referencia/0000002375>>

OMS (Organização Mundial da Saúde). *Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Relatório sobre a saúde no mundo*. Genebra, 2002. 25p.

ORLANDI, P.; NOTO, A.R. Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chaves no Estado de São Paulo. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, v.13: p. 892-902, 2005.

PMGO, EaD, *Saúde e Segurança Pública*, Material de Ensino da Academia de Polícia Militar, Escola de Pós-Graduação PMGO, 2017. < <https://ead.pm.go.gov.br/course/view.php?id=161>>.

RIBEIRO, C.S.; et al. Chronic use of diazepam in primary healthcare centers: user profile and usage pattern. *São Paulo Medical Journal*. São Paulo, v.125, n.5. p.270-274, setembro de 2007. DOI: <<https://doi.org/10.1590/S1516-31802007000500004>>

RIBEIRO, L. M.; et al. *Saúde mental e enfermagem na estratégia saúde da família: como estão atuando os enfermeiros?*. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v.44, n.2, p.376-382, junho de 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200019&lng=en&nrm=iso>.

RIBEIRO, N.F. Tratamento da Insônia em Atenção Primária à Saúde. *Revista brasileira de medicina da família e comunidade*. v.11, n.14, p.1-14. 2016. DOI:< [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1271](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1271) >

TEIXEIRA, D. D. *Uso indiscriminado de benzodiazepínicos - plano de intervenção*.

Universidade Federal de Minas Gerais, 2015. 33f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Disponível em: <
<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/uso-indiscriminado-benzodiazepinicos-douglas-teixeira.pdf>>

VALE, G. F. P. *O uso indiscriminado de benzodiazepínicos: uma análise crítica das práticas de prescrição na atenção básica em saúde da família*. Universidade Federal de Minas Gerais, 2011. 28f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/5452/1/4755.pdf>>

ZHENG, H.; BERTHOUD, H.R. Neural systems controlling the drive to eat: mind versus metabolism. *Physiology*, v.23. n.2, p.75-83. 2008. DOI: <<https://doi.org/10.1152/physiol.00047.2007>>