

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA – EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL**

FABRÍCIO SARCINELLI TESSAROLO

**CONSEQUÊNCIAS DO USO DAS BENZODIAZEPINAS NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO**

VITÓRIA
2020

FABRÍCIO SARCINELLI TESSAROLO

**CONSEQUÊNCIAS DO USO DAS BENZODIAZEPINAS NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Prof^a. Dra. Maristela Dalbello-Araujo

Área de concentração: Políticas de Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local

Linha de Pesquisa: Políticas Públicas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais

VITÓRIA

2020

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

T338c Tessarolo, Fabricio Sarcinelli
Consequências do uso das benzodiazepinas na Atenção
Primária à Saúde : uma revisão / Fabricio Sarcinelli Tessarolo. -
2020.
63 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Maristela Dalbello-Araujo.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento
Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia
de Vitória, EMESCAM, 2020.

1. Saúde mental. 2. Atenção Primária à Saúde. 3.
Benzodiazepinas. 4. Medicalização social. Dalbello-Araujo,
Maristela. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD 362.29019

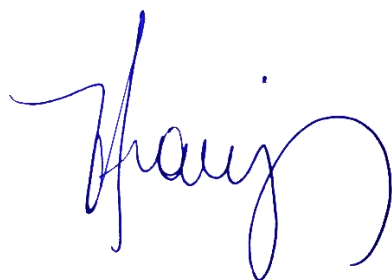
FABRÍCIO SARCINELLI TESSAROLO

**CONSEQUÊNCIAS DO USO DAS BENZODIAZEPINAS NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovado em 26 de agosto de 2020.

BANCA EXAMINADORA



Prof^ª. Dra. Maristela Dalbello-Araujo
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM
Orientadora

Prof. Dr. Valmin Ramos Da Silva
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM

Prof. Dr. Thiago Dias Sarti
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por todas as vezes que pude comprovar sua existência em minha caminhada, sempre me iluminando em minhas decisões, me dando força para suplantar os problemas que tenho capacidade de fazê-lo, me dando serenidade para aceitar as situações que não possuo possibilidades de alterar e sabedoria para poder discernir umas das outras.

A minha amada esposa Fernanda, pelo amor incondicional, pela garra em enfrentar as situações que aparecem, pelo coração e sensibilidade em todos os momentos. Você me proporciona momentos únicos e não mede esforços para me ver feliz. Você é um exemplo de esposa e Mãe. Te amo menina! Amor da minha Life!

A minha pequena Maria Luísa, que com sua pequenez e inocência, mostrou-me a simplicidade do que é realmente importante, seu sorriso, seu carinho e amor incondicional me impulsionam a cada dia. Te amo filha! Você é a razão disso tudo!

A minha querida Mãe - Marta, meu exemplo de vida, pelo apoio incondicional, pelo cuidado constante, por me incentivar a ser melhor a cada dia. Por todos os ensinamentos e pelo exemplo de caráter e determinação.

A meu querido Pai Antonio, meu exemplo de vida, os ensinamentos e postura enérgica quando necessária, e acalentadora quando o momento requeria, por ser esse exemplo sempre. Obrigado por todas as brigas, hoje sei que nunca foram diferenças, muito pelo contrário as divergências aconteciam justamente por sermos muito parecidos (senão iguais) e isso me ajudou a ser a pessoa que sou hoje, me espelho sempre no senhor.

Aos meus irmãos Lorena e Juliano, pela convivência e apoio nas situações de vida.

A minha sogra Fátima (Vulgo sogrete), pelo apoio e suporte na criação e o cuidado sempre que necessário da minha filha, sua neta, Maria Luísa. Apoio essencial sempre.

A minha Tia Hilda, pelos conselhos sempre necessários pela ajuda e serenidade em todas as situações e por estar sempre presente nos momentos marcantes e ser a madrinha da pequena Maria Luísa.

A minha orientadora, professora Dra. Maristela Dalbello-Araujo, pelos conselhos, ensinamentos, dedicação. Por vezes, as palavras eram duras, mas hoje agradeço, pois fizeram a diferença nessa trajetória. Compartilhei momentos, ora muito difíceis, mas sua compreensão me fez persistir e ir em busca do meu sonho e objetivo maior.

Ao professor Dr. Thiago Dias Sarti, por ter feito parte da minha formação acadêmica como médico e ser um exemplo de preceptor, continuando em sua contribuição para minha busca por conhecimento através das valiosas contribuições na minha banca de qualificação.

A professora Dra. Gissele Carraro, pelas valiosas contribuições na minha banca de qualificação e pela compreensão.

A todos os professores do programa de mestrado, que por muitas vezes, em vários momentos e em diferentes percentuais contribuíram em nossa formação;

A secretária Gabriela Rizzi, pela disponibilidade e humanidade, sempre atenta as nossas demandas com alegria e senso de humor.

Agradeço aos meus familiares e amigos, que direta ou indiretamente, fizeram de alguma forma, parte dessa jornada.

Dedico esse trabalho aos meus Pais (Antonio e Marta), que me trouxeram a vida, que guiaram meus primeiros passos, que me sustentaram em toda minha trajetória. Obrigado por acreditarem em mim, por acatarem os meus desejos.

A batalha e luta de vocês, me ensinou que as melhores e mais valiosas coisas da vida, não se compram. Serei eternamente grato a Deus por ter me dado Pais como vocês para me conduzir e guiar-me nos caminhos do bem. Tenho e sei que vocês também têm orgulho da pessoa e profissional que me tornei. Dedico esse trabalho e toda minha carreira a vocês. E espero estar fazendo jus a tudo que vocês imaginaram para mim e honrando o nome de ambos. E uma frase que meu pai sempre me disse e é a mais pura verdade: “Filho, a única coisa que ninguém jamais conseguirá tirar de você é o conhecim

"Combati o bom combate, completei a corrida, perseverei na fé!"
(2 Timóteo 4:7)

"A definição de insanidade é fazer a mesma coisa repetidamente e esperar
resultados diferentes"
(Atribuída a Albert Einstein)

RESUMO

As práticas de cuidados da Atenção Primária à Saúde são muito requisitadas. Nessas práticas, muitos usuários, em estado de sofrimento psíquico, buscam por atendimento nas unidades de Estratégia de Saúde da Família. Com isso a prescrição de benzodiazepínicos para tratamento vem acontecendo com frequência. Assim sendo, desenvolvemos uma pesquisa visando analisar as consequências da medicalização psiquiátrica na Atenção Primária no Brasil, especialmente o uso continuado de benzodiazepínicos, segundo a literatura especializada no período entre 2000 a 2019. Trata-se de uma revisão integrativa abarcou 24 publicações que atenderam aos critérios de inclusão. Constatamos que a literatura aponta que uso de benzodiazepínicos prevalente entre as mulheres, ensino fundamental, do lar, parda e/ou preta, idade média entre 40 e 60 anos. Diazepam e Clonazepam são os medicamentos considerados mais eficazes, seguros, de baixo custo e comprovado sucesso na experiência clínica em suas diversas aplicações. Os ansiolíticos estão entres os psicofármacos de maior consumo e o médico não-especialista é o principal prescritor. Os estudos apontam várias consequências psíquicas pelo uso prolongado deste medicamento como a síndrome da abstinência (dependência), amnésia anterógrada, sonolência, ataxia e hipotensão, podendo prejudicar significativamente às dimensões sociais e físicas, elevando o risco de acidentes e de morbidade e mortalidade. Assim, concluímos que o uso indiscriminado de benzodiazepínicos é pontuado como resultado da cultura de falta de farmacovigilância. O abuso e dependência de benzodiazepínicos são citados com relatos de nervosismo, fobia, insônia, ansiedade e depressão. Estudos envolvendo orientações e reciclagens periódicas aos profissionais da Atenção Primária à Saúde são imprescindíveis, para uma maior adequação às prescrições de benzodiazepínicos, no que concerne a dosagem, horário e tempo de uso desses medicamentos.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Benzodiazepinas, Saúde Mental, Medicalização Social.

ABSTRACT

Primary health care practices are in high demand. In these practices, many users, in a state of psychological distress, seek care at the Family Health Strategy units. Thus, the prescription of benzodiazepines for treatment has been happening frequently. Therefore, we developed a research aiming to analyze the consequences of psychiatric medicalization in Primary Care in Brazil, especially the continued use of benzodiazepines, according to the specialized literature in the period between 2000 to 2019. This is an integrative review covering 24 publications that met the inclusion criteria. We found that the literature points out that the use of benzodiazepines is prevalent among women, with elementary school, housewife, brown and / or black, with an average age between 40 and 60 years. Diazepam and Clonazepam are the drugs considered most effective, safe, low cost and proven success in clinical experience in their various applications. Anxiolytics are among the most consumed psychotropic drugs and the non-specialist physician is the main prescriber. Studies point to several psychological consequences of prolonged use of this medication, such as abstinence syndrome (dependence), anterogamous amnesia, drowsiness, ataxia and hypotension, which can significantly impair social and physical dimensions, increasing the risk of accidents and morbidity and mortality. Thus, we concluded that the indiscriminate use of benzodiazepines is scored as a result of the culture of lack of pharmacovigilance. The abuse and dependence of Benzodiazepine are cited with reports of nervousness, phobia, insomnia, anxiety and depression. Studies involving guidance and periodic recycling for Primary Health Care professionals are essential, for a greater adequacy to benzodiazepine prescriptions, regarding the dosage, schedule and time of use of these drugs.

Keywords: Primary Health Care, Benzodiazepines, Mental Health, Social Medicalization.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
BZD	Benzodiazepínicos
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
ESF	Estratégia de Saúde da Família
INCB	<i>Internacional Narcotics Control Board</i>
Lilacs	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
Scielo	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UNODC	<i>United Nations Office Drugs and Crime</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 OBJETIVOS.....	16
2.1 Objetivo Geral.....	16
2.2 Objetivos Específicos.....	16
3 METODOLOGIA.....	17
4 DAS POLÍTICAS PÚBLICAS À POLÍTICA DE SAÚDE.....	20
4.1 Política de Saúde no Brasil.....	22
4.1.1 Processo saúde-doença: aspectos sociais e políticos.....	25
4.2 Política Nacional de Atenção Primária.....	27
4.3 Saúde Mental e a Atenção Primária à Saúde.....	28
4.4 A utilização de benzodiazepínicos na Atenção Primária à Saúde...	31
4.5 Medicalização Social.....	33
4.5.1 A desmedicalização e as Políticas Públicas.....	35
5 CONSEQUÊNCIAS DA MEDICALIZAÇÃO PSIQUIÁTRICA DE BENZODIAZEPÍNICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL: RESULTADOS DA REVISÃO.....	38
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44
REFERÊNCIAS.....	48
APÊNDICE A – ROTEIRO DA DISTRIBUIÇÃO DAS PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS DOS ARTIGOS ANALISADOS	54

1 INTRODUÇÃO

Os portadores de sofrimentos mentais, geralmente apresentam expressiva diminuição na qualidade de vida, com queda de produtividade, maior morbidade e mortalidade e elevadas taxas de comorbidades. Partes destes custos sociais (in)diretos podem ser agravados por se tratar de um grupo de transtornos subdiagnosticados, subavaliados e, com frequência, inadequado manejo clínico (SILVA *et al.*, 2016).

Na atualidade, entre as doenças psiquiátricas que acometem a população, os grandes transtornos de ansiedade e de humor são os mais comuns e identificados com maior assiduidade nas unidades de Atenção Primária à Saúde (APS). A APS é uma prática de cuidado que vem se destacando pela sua importância na assistência de determinados problemas em saúde mental (ARAÚJO *et al.*, 2012); é o primeiro contato entre o usuário e o profissional de saúde, e se caracteriza como um espaço privilegiado na garantia do acesso, participação social, efetividade da integralidade e equidade do cuidado (COUTO; SCHIMITH; DALBELLO-ARAUJO, 2013). No Brasil, a utilização do termo “atenção básica à saúde” pelo Movimento Sanitário, visa buscar uma diferenciação ideológica no que se refere ao reducionismo existente na ideia de atenção primária, com o desígnio de construir um sistema público universal voltado para uma concepção de cidadania ampliada (GIOVANELLA, 2018).

O foco das atenções das APS está na proximidade com a comunidade local, com a intenção de beneficiar o conhecimento das necessidades e a concessiva e compartilhada luta em prol de melhores condições de saúde (SILVA; DALBELLO-ARAUJO; BADARÓ-MOREIRA, 2017). Branco (2017) acrescenta que a APS é um conglomerado de ações de saúde familiares, individuais e coletivas que contemplam: prevenir, promover, diagnosticar, reabilitar, cuidar de modo paliativo, reduzir danos e focar nos danos e na vigilância em saúde. Essas ações são realizadas por uma gestão qualificada em relação às práticas de cuidado, realizada por uma equipe multiprofissional e voltada para a população em território definido, sobre as quais as equipes aderem à responsabilidade sanitária.

Nesse intento, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem como fundamento, reorganizar a prática assistencial, com atenção centrada na família, a partir do seu ambiente físico e social, possibilitando uma compreensão ampliada do processo

saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas. A ESF é organizada por uma equipe mínima composta de médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2004). O Ministério da Saúde revela que 56% das equipes de Saúde da Família referem realizar “alguma ação de Saúde Mental”; por sua proximidade com as comunidades e famílias, essas equipes se caracterizam como recurso estratégico para o enfrentamento das diversas formas de sofrimento psíquicos (ARAÚJO *et al.*, 2012).

As práticas de cuidados da APS são muito requisitadas. Nessas práticas o indivíduo em estado de sofrimento mental, não perde de vista que existe um componente de sofrimento subjetivo associado à toda e qualquer doença, de modo que, todo problema de saúde é também de saúde mental, e que toda saúde mental também é produção de saúde (SILVA; DALBELLO-ARAÚJO; BADARÓ-MOREIRA, 2017). Nos casos em específico dos sofrimentos psíquicos, os transtornos de ansiedade e de humor, comumente identificados nas unidades de ESF, a prescrição de benzodiazepínicos (BZD) para tratamento vem acontecendo com frequência, por apresentar baixos riscos de dependências e intoxicação. Condições essas que vem ocasionando uma elevada aceitação dos profissionais médicos à sua prescrição (SILVA *et al.*, 2016).

Acatados como drogas com atividade ansiolítica, os BZDs começaram a ser utilizadas nos anos 1960, e estão entre os psicotrópicos mais prescritos, caracterizados como: sedativos, ansiolíticos, hipnóticos, anticonvulsivos, relaxante muscular e coadjuvantes anestésicos. Quando são bem indicados, esses psicotrópicos se revelam úteis por apresentarem um rápido início de ação, poucos efeitos colaterais e boa margem de segurança (SILVA *et al.*, 2016).

Entretanto, o maior problema do uso indiscriminado e indevido de BZD surge a partir do momento em que se utiliza a prescrição de medicamentos como a única forma de tratamento possível para situações da vida cotidiana, entendidas então como transtornos psíquicos. A medicalização é um fenômeno que está mais associado ao campo da saúde mental (ZORZANELLI *et al.*, 2014).

O uso continuado desses psicotrópicos pode causar o fenômeno da tolerância, sendo necessárias doses cada vez mais altas para manter os efeitos terapêuticos desejados

(SILVA *et al.*, 2016). Excedendo períodos de 4 a 6 semanas, pode levar ao desenvolvimento de tolerância, abstinência e dependência; conseqüentemente, o usuário passa a apresentar dependência química, que se caracteriza como um fenômeno preocupante e comum das APS que, na maioria dos casos, presencia-se a relutância em retirar de modo gradual a medicação, se queixando de alterações no padrão de sono e repouso como a ansiedade e a insônia (SILVA *et al.*, 2016; ORLANDI; NOTO, 2005).

Apesar disso, os BZDs foram posteriormente identificados em condições de uso contínuo desses psicotrópicos, além do possível desenvolvimento de tolerância, síndrome de abstinência e dependência dos usuários crônicos de BZDs (O'BRIEN, 2005). Os autores Carvalho e Dimenstein (2004) discutiram em um estudo a dependência química de ansiolíticos em mulheres, tomando como base a análise da relação estabelecida entre esse público, o medicamento e o serviço de saúde. Concluiu-se que o consumo de BZDs se tornou um sério problema de saúde pública, atingindo significativas dimensões sociais.

O uso indiscriminado e insuficiente controle de medicamentos psicotrópicos em países em desenvolvimento, fez com que órgãos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o *Internacional Narcotics Control Board* (INCB), destacassem para a gravidade desse fenômeno. Esse alerta no Brasil foi reforçado por estudos durante os anos de 80 e 90 que despontaram para a grave realidade pertinente ao uso descontrolado de BZDs (ORLANDI; NOTO, 2005). Diante desse contexto pretende-se responder a seguinte questão norteadora: quais as conseqüências do uso continuado de benzodiazepínico na Atenção Primária no Brasil, segundo a literatura especializada entre 2000-2019.

Elucidar o que os autores citam em seus artigos sobre as conseqüências físicas, psíquicas e sociais do uso contínuo dos benzodiazepínicos se justifica por contribuir com informações valiosas para a comunidade científica, de forma a incentivar novos direcionamentos nas políticas públicas de saúde por parte da administração pública de âmbito federal, estadual e municipal na atenção primária à saúde.

Como médico vejo um grande volume de pacientes que ocupam grande parte da agenda simplesmente para “renovar o remedinho de dormir – sic” e em escuta ativa

detecto que vários não se recordam nem de quando começaram a utilizar ou porque, só falam que foram há 10, 15 ou 20 anos e que não podem ficar sem o medicamento senão não dormem, sendo que muitos utilizam subterfúgios para conseguir consulta médica (até mesmo simulando outras doenças de gravidade), assim muitas vezes tomando o lugar de outro paciente que necessitaria verdadeiramente de atenção médica, por risco iminente à saúde. Existem também aqueles pacientes que conseguem o medicamento “emprestado” com vizinhos. Tais fatos chamam a atenção para a urgência de estudos que compreendam esta situação.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Analisar as consequências da medicalização psiquiátrica na Atenção Primária no Brasil, especialmente o uso continuado de benzodiazepínicos, segundo a literatura especializada entre 2000-2019.

2.2 Objetivos Específicos

- Examinar como tem sido retratada pela literatura especializada as consequências físicas, psíquicas e sociais do uso continuado de benzodiazepínicos;
- Caracterizar o processo de medicalização do sofrimento psíquico na sociedade contemporânea;
- Verificar quais ações são desenvolvidas nas políticas públicas de saúde para prevenir e reduzir o uso abusivo de medicação de benzodiazepínicos.

3 METODOLOGIA

Para atingir os objetivos do estudo, foi utilizada uma revisão integrativa, com o desígnio de analisar as consequências da medicalização psiquiátrica na Atenção Primária no Brasil, especialmente o uso continuado de benzodiazepínicos, segundo a literatura especializada entre 2000-2019. O período temporal escolhido se justifica na perspectiva de realizar um levantamento cujo adensamento possa elucidar o assunto pesquisado.

O propósito da revisão integrativa é obter dados sobre a temática em questão, incluindo a análise de publicações relevantes, permitindo a síntese de estudos sobre o assunto, indicando lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas por meio de pesquisas, além de permitir conclusões gerais a respeito da área de estudo. A revisão integrativa, na percepção de Souza, Silva e Carvalho (2010), permite a realização de uma síntese de conhecimento e a aplicabilidade dos resultados de estudos de relevância na prática. Acrescentam Mendes, Silveira e Galvão (2008) que esse método traça uma análise de conhecimento elaborado em pesquisas anteriores sobre um determinado contexto, permitindo a junção de vários estudos já publicados, favorecendo a geração de conhecimentos novos, voltados para os resultados apresentados pelas pesquisas anteriores.

Considera-se a pesquisa bibliográfica uma das melhores formas para iniciar a revisão integrativa, por permitir que sejam buscadas diferenças e semelhanças entre as publicações levantadas nos documentos de referência. Segundo Gil (2019) a pesquisa bibliográfica é o tipo de estudo desenvolvido a partir de material já elaborado, constituído principalmente de artigos científicos, documentos e livros. A principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos mais amplos em comparação àquela que poderia pesquisar diretamente, consentindo sintetizar e analisar criticamente o que foi produzido na temática em estudo.

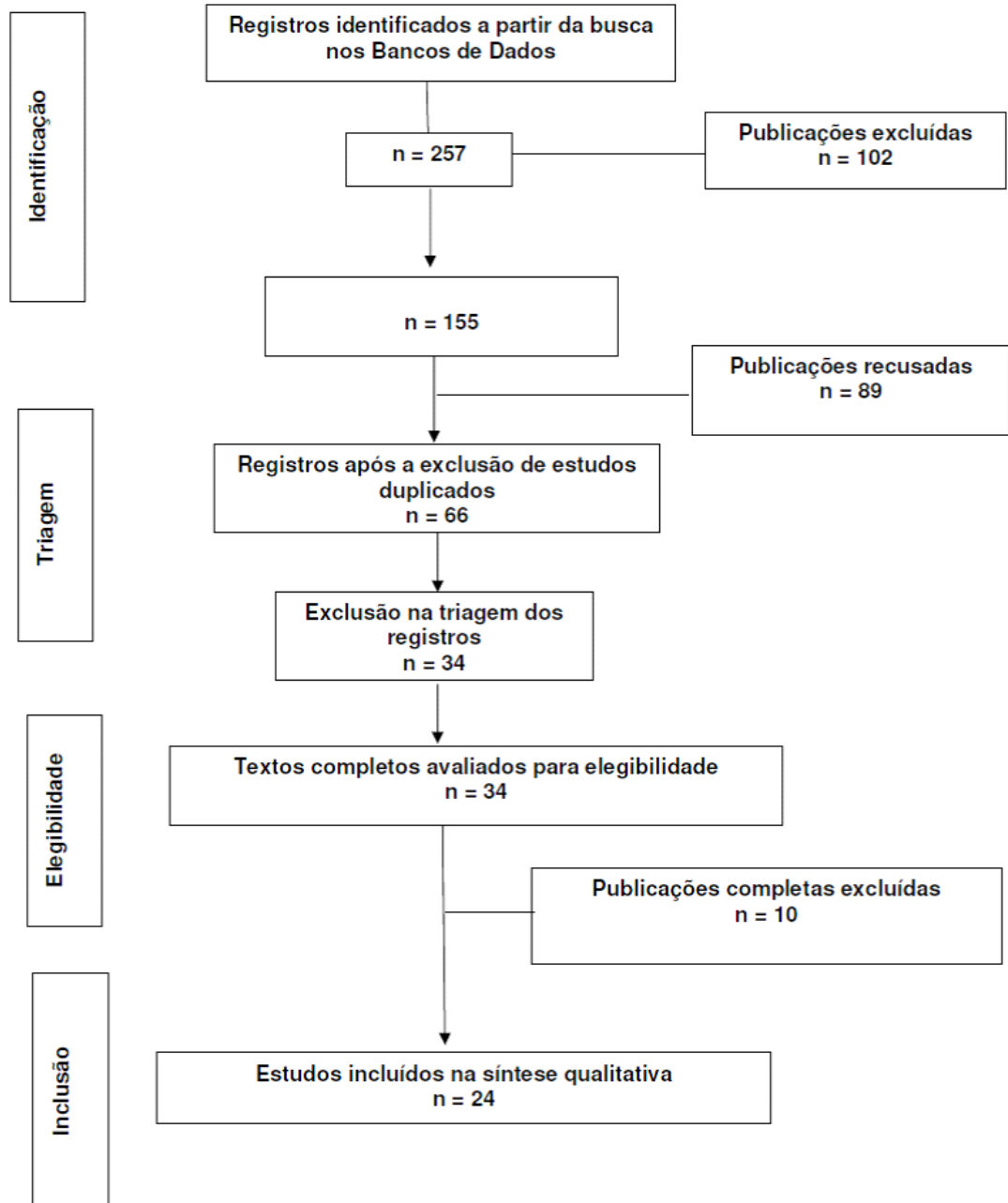
Para a realização do estudo definiram-se os critérios para inclusão e exclusão dos estudos e das informações extraídas; categorização e avaliação dos estudos incluídos na revisão; interpretação dos resultados e apresentação da revisão/síntese do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Após a definição da questão problematizadora, ou seja, quais as consequências físicas, psíquicas e sociais do uso continuado de benzodiazepínicos? Os critérios para inclusão foram: publicações encontradas nos dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), que fazem parte da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); artigos com descritores “atenção primária à saúde”, “benzodiazepinas”, “saúde mental”, “medicalização social”; com disponibilização do texto completo; artigos científicos nos idiomas português, inglês e espanhol, publicados em um recorte temporal de vinte anos, entre 2000 a 2019. Foram excluídas as publicações que não atenderam a qualquer um dos quesitos citados nos critérios de inclusão e não trataram dos aspectos mencionados na questão norteadora.

Para a coleta de dados foi construído um instrumento com abordagem nos seguintes itens: autor/ano, objetivos, método, principais resultados e conclusão (Apêndice A) e se constituiu em quatro etapas. Na primeira etapa, denominada “identificação”, fez-se uma busca nas bases de dados, com a articulação dos descritores selecionados (“atenção primária à saúde”, “benzodiazepinas”, “saúde mental”, “medicalização social”), excluindo as publicações que não atenderam aos critérios acerca do período de publicação, e artigos disponíveis na íntegra, totalizando 257 publicações. Desse total, foram 102 publicações que, após leitura dos resumos, verificou-se que o tema não apresentava as consequências do uso continuado de BZDs, restando 155.

A terceira etapa, “a triagem”, do total de publicações que restaram da etapa anterior (155), foram recusadas 89 publicações repetidas nas bases de dados, restando, 66. Na quarta etapa denominada “elegibilidade”, foi realizada a leitura das publicações com a análise e verificação detalhada da pesquisa, em relação ao conteúdo, excluindo os trabalhos que não contemplavam o uso de BZDs na atenção primária ou na estratégia de saúde da família, restando 34. Com a finalização da prospecção das publicações, utilizando os descritores já citados para a presente revisão integrativa e aplicação dos critérios de exclusão, foram excluídos 10, restaram 24 publicações, conforme fluxograma ilustrado pela figura 1:

Figura 1 – Fluxograma das etapas metodológicas da revisão integrativa



Fonte: Elaboração e adaptação do autor.

4 DAS POLÍTICAS PÚBLICAS À POLÍTICA DE SAÚDE

As políticas públicas, no campo do conhecimento, derivaram da ciência política americana e reporta-se aos estudos dos anos 1950. Não é consensual entre os pesquisadores acerca da apreciação conceitual de políticas públicas, por esse motivo, as definições são variadas, desde o entendimento clássico proveniente da ciência política até as mais coevas. Em 1964, Theodore J. Lowi aludiu que as políticas públicas criam a política; definição essa que levou ao entendimento de que a política pública surge de um processo de contestações em distintas arenas decisórias (ALMEIDA; GOMES, 2018). Para Peters (1986) citado por Farah (2016, p.24), “política pública é a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos”.

Recentes definições aclaram o caráter político das políticas públicas, por considerá-las que sejam além de uma decisão governamental, ao passo que podem também decorrer de decisões e ações de outros atores, como a sociedade civil e o mercado (ALMEIDA; GOMES, 2018). Partindo do uso corrente da palavra política, surge a ideia de complexos objetivos, antecipadamente definidos, que abarcam decisões que objetivam tornar públicas as propostas de atuação do governo e um mecanismo de orientação para o planejamento referente à um determinado tema, se desdobrando em projetos e programas (BRASIL, 2009). Nesse intento, as políticas públicas podem ser acatadas como a tradução das propostas governamentais democráticas em ações que produzirão resultados ou mudanças de um fato (SOUZA, 2006); é considerada uma ciência social aplicada, voltada para à resolução de problemas (CAPELLA, 2018).

A prática de analisar políticas não surgiu no Brasil como um espaço de formação específico, nem mesmo serviu de alicerce para a constituição de um subcampo quando da incipiente institucional do campo de política pública no país, sucedida após a redemocratização. A análise de políticas, definida como a apreciação para as políticas públicas (*policy analysis*) ocorre no Brasil desde os anos 1930; desde então, houve alteração no *locus* da análise, dos atores participantes, dos métodos utilizados e da própria audiência, modificando-se também a tipologia do conhecimento mobilizado. Nos anos 1990 aconteceu a institucionalização incipiente de um campo de política pública no Brasil (FARAH, 2016).

No transcorrer do século XIX, no que se refere à racionalização estatal, política e das Ciências Sociais, notou-se um destaque, por elucidarem que os problemas sociais são passíveis de solução quando se aplica um adequado conhecimento e o uso de técnicas específicas (CAPELLA, 2018). É possível resumir política pública como um campo do conhecimento que objetiva alocar o governo em ação e/ou propor modificações no rumo e/ou curso dessas ações, como explica Farah (2016). Políticas públicas, na lição de Parsons (2007) citado por Capella (2018, p.14): “[...] é a noção segundo a qual o mundo estava cheio de enigmas e problemas que poderiam ser resolvidos por meio da aplicação de razão e do conhecimento humano, que está na base do desenvolvimento do enfoque de políticas públicas”. Seguindo o modelo das ciências naturais, os estudos buscavam investigar os problemas de natureza social para formular soluções mais adequadas, amparando as decisões governamentais com conhecimento especializado.

No decorrer do século XX, a perspectiva positivista/funcionalista era caracterizada pelo entendimento de que os problemas seriam “fatos” mensuráveis e passíveis de serem solucionados, ou ainda, disfunções do sistema social (CAPELLA, 2018). Na explicação de Teixeira (2002), nas políticas públicas podem ser definidas “diretrizes”, que seguem principiologias norteadoras de ação do Poder Público, cânones e procedimentos para as relações entre Poder Público e sociedade; é o retorno que o Estado perante de uma necessidade vivida ou manifestada pela sociedade. Ao contestar, o Estado transmite ao problema determinado grau de relevância, determina e define seu caráter social, suas responsabilidades, delibera instrumentos para seu equacionamento, adotando ou não, programas ou planos de trabalho.

Apesar disso, nem sempre há compatibilidade entre as ingerências e afirmações de pretensão e as ações desenvolvidas, ou seja, pode haver desconexão entre o conjunto de problemas sociais e a capacidade do Estado de afrontá-los, problema esse, comum em vários países, como o Brasil por exemplo, que encontra-se em desenvolvimento e com dificuldades e/ou fragilidades em vários setores socioeconômicos. Por esse motivo, um dos desafios mais extenuantes encarados pelo Estado é atuar com prioridade em investimentos públicos diante dos problemas existentes (TEIXEIRA, 2002).

4.1 Política de Saúde no Brasil

A política de saúde brasileira no momento que acontecia a modernização capitalista entre os anos de 1930 e 80, foi marcada pela dual trajetória, representada pela saúde pública, voltada para o controle de doenças específicas e pela assistência médica previdenciária, estruturada em bases corporativas, voltadas para trabalhadores do mercado formal urbano. Até o começo dos anos 1980, o sistema de saúde do Brasil era marcado pela: exclusão de uma expressiva parcela da população e pela reduzida efetividade do modelo de atenção e destaque do setor privado na prestação de serviços subsidiado pelo Estado (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017). Esclarece Bravo (2001, p.8) que:

Nos anos 80, a sociedade brasileira ao mesmo tempo em que vivenciou um processo de democratização política superando o regime ditatorial instaurado em 64, experimentou uma profunda e prolongada crise econômica que persiste até os dias atuais. As decepções com a transição democrática ocorreram, principalmente, com seu giro conservador após 1988, não se traduzindo em ganhos materiais para a massa da população.

Nota-se que nos anos 1980 a Nova República foi marcada, no início, por uma gama de movimentações voltadas para as eleições diretas para Presidente. Com a reestruturação das forças políticas, surgiu a Aliança Democrática, que impediu as eleições diretas, que elegeu, pela Câmara, um novo Presidente, Tancredo Neves, e José Ribamar Sarney, como vice. Com a morte de Tancredo, José Sarney recebeu o cargo presidencial, iniciando a fase da “Nova República”. O início de governo em transição, no setor da saúde foram desencadeadas medidas com o objetivo de alterar as políticas que privilegiavam a atenção privatizante, em detrimento do setor público (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Intelectuais e profissionais do Movimento Sanitário, promoveram o processo de reforma sanitária, impulsionado com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde. Esse processo favoreceu a convocação, por parte do Ministério da Saúde, da VIII Conferência Nacional da Saúde, que discutiu, com caráter inovador e técnico, a temática – Direito à Saúde, Sistemas de Saúde e Financiamento – com a participação da sociedade civil. Fizeram parte dessa tendência inovadora os profissionais da saúde, intelectuais, usuários e membros de partidos políticos e sindicatos (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Os debates ocorridos durante a VIII Conferência, realizada em março de 1986, em Brasília/DF, colocaram à tona às políticas de saúde, como assuntos a serem debatidos e/ou discutidos pelo coletivo, assinalando a história da saúde nesse país, uma vez que deliberou um programa para a Reforma Sanitária (BRAVO, 2001; BERTOLOZZI; GRECO, 1996). A Reforma Sanitária, no contexto da crise financeira e da redemocratização, surgiu da apreciação crítica às políticas de saúde com o desígnio de arquitetar uma proposta englobante, acionada à Carta Magna de 1988. Apesar das incongruências no texto constitucional, o Brasil foi o único país capitalista da América Latina que estabeleceu, naquele período, um sistema de saúde universal, inserido em uma ampla concepção de Seguridade Social, que deveria ser custeada por impostos gerais e contribuições sociais (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017).

Em 1988, a Constituição da República Federativa foi inovada, por estabelecer a ação estatal nas áreas de saúde, assistência social e previdência movido por um sistema de proteção social reconhecido internacionalmente e conexo às políticas de bem-estar com o objetivo de alcançar maior justiça social. No campo da saúde, a universalização desse direito foi oficializada pela Carta Magna de 1988 por meio de uma ruptura da lógica de seguro social que presidia, até então, a ação governamental, e que na prática resultava em: garantir assistência médica especializada e de maior complexidade (ambulatorial e hospitalar) para os trabalhadores do mercado formal que colaboravam financeiramente para o sistema de Previdência Social (WARGAS, 2004).

Bravo (2001) explica que no contexto da saúde, o texto constitucional, após uma gama de acordos políticos e pressão popular, atendeu a uma parcela significativa das reivindicações do movimento sanitário, prejudicou os interesses dos empresários do setor hospitalar e não alterou a situação da indústria farmacêutica. Os aspectos principais aprovados pela Carta Magna de 1988, foram:

- Passou a ser dever do Estado o direito universal à saúde, revogando as discriminações identificadas entre o segurado ou não, o rural ou urbano;
- As ações e Serviços de Saúde devem ser acatados como ato de relevância pública, ficando para o poder público a responsabilidade pela sua regulamentação, inspeção e controle;

- A formalização do Sistema Único de Saúde (SUS), agregando todos os serviços públicos em uma rede com atendimento integral, com participação da sociedade;
- A atuação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, especialmente com as entidades filantrópicas, sendo excluída a destinação de recursos públicos para o subsídio para as instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços passaram a ser concretizados mediante contrato de direito público, com isso, avalizou ao Estado o poder de interferir nas entidades que não estiverem dando seguimento às cláusulas dos termos contidos no contrato;
- O fim da comercialização de sangue e seus derivados; e
- Acrescentam Reis, Araújo e Cecílio (2010) que os custos do SUS passam a ser provenientes dos recursos governamentais da União, estados e municípios, e as ações do governo debeladas a órgãos colegiados oficiais, os Conselhos de Saúde, com representação paritária entre usuários e prestadores de serviços.

Fins dos anos 1980, dúvidas e incertezas pairavam no que se referia à implementação de um Projeto de Reforma Sanitária, destacando: a vulnerabilidade das medidas reestruturadas em curso, a impotência do setor público, os conflitos com os profissionais de saúde, a diminuição do apoio popular diante da ausência de resultados concretos em prol de melhorias na atenção à saúde da população e a reorganização dos setores conservadores antagônicos à reforma que passaram a dar direção no setor, a partir de 1988 (BRAVO, 2001).

O presidente Fernando Collor de Melo tomou posse nas eleições em 1989, diante de uma crise econômica avassaladora. Esse governo restringiu, no campo da saúde, a adoção explícita da política neoliberal, com as seguintes condutas: depreciação da moeda corrente, abertura comercial exterior, remanejamento da riqueza e receita governamental, diminuição do déficit público, redução do emprego público, privatização, controle salarial, eliminação do controle de preços, execução de parcelas de pagamento da dívida externa e a priorização das exportações, com a redução de qualidade do sistema público (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

A situação política do Brasil em 1992 passou por uma reviravolta, denúncias e fraudes foram descobertas na macroestrutura estatal, e a envoltura do então presidente e quadros ministeriais. Com isso, ocorreu a renúncia do presidente Collor, assumindo o cargo o vice-presidente, Itamar Franco. No campo da saúde, a mudança de ministro possibilitou a retomada do debate setorial e a rearticulação do projeto de descentralização, incluindo formas organizacionais inovadoras no sistema de saúde e a necessidade em reformular uma norma operacional para o setor (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017).

Desde o início dos anos 1990, já haviam sido instituídos o PSF, que passou a ser ESF em 2006, sendo considerados o marco de uma proposta inovadora nacional acerca da APS e a parte de uma estratégia do governo para reestruturar o sistema e o modelo assistencial do SUS. Foram implementadas várias ações e programas ao longo da trajetória e concretização da atenção básica no Brasil, o que levou a necessidade de formalizar uma política nacional que ajuntasse as distintas iniciativas e revisasse a maioria delas, com o objetivo de deliberar prioridades e otimizar os gastos públicos. Para isso, em 2003, foi instituído um grupo de trabalho no Ministério da Saúde, que lançou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicada em 2006 (ALMEIDA *et al.*, 2018).

4.1.1 Processo saúde-doença: aspectos sociais e políticos

No intuito de compreender o sofrimento e o adoecimento é imprescindível entender a produção social das dimensões psíquicas e biológicas do sujeito. Nesses processos as relações sociais, a história, a cultura incluem o biológico (VIAPIANA *et al.*, 2018). A produção de doenças acontece no contexto coletivo, por esse motivo, não se desvincula o estudo do processo saúde-doença no contexto social em que está inserido (BREITH, 2006).

Por isso, acrescenta Breith (2006) que se faz necessário analisar os processos estruturais de uma sociedade, de modo individualizado, decorrentes do grau de desenvolvimento das forças e relações produtivas. Pontuam Câmara *et al.* (2012) que mesmo que existam conceitos variados para os termos saúde e doença, reconhece-se que, com o decorrer dos anos, vem sendo entendidos ou enfrentados em conformidade às diversas formas de existir as sociedades, expressas em formas de

organização e culturas diferentes. Esses termos dependem da compreensão que se tem do ser e de sua relação com o contexto social e político em que está inserido; varia de lugar para lugar, de cultura para cultura e do momento histórico. A partir dessa explanação, é possível compreender o motivo pelo qual definir saúde se faz tão difícil, tendo em vista que está condicionada ao momento histórico e as concretas condições peculiares da existência.

Batistella (2007, p.48) disserta que:

Diversas abordagens contemporâneas têm-se preocupado em articular a totalidade de dimensões que compõem o complexo fenômeno da saúde-doença: o modelo sistêmico multinível ou hierárquico, o modelo do campo da saúde, o modelo conceitual da determinação social da saúde, o enfoque ecossistêmico de saúde, a holopatogênese, entre outras.

Na concepção de Câmara *et al.* (2012) para articular a totalidade das citadas dimensões, pesquisas internacionais se posicionam nas representatividades da saúde e doença apoiadas em símbolos, conceitos e estruturas interiorizadas na interpretação dos fenômenos orgânicos, de acordo com os grupos sociais a que se encontram inseridos. Determinadas doenças firmam-se no imaginário de cunho coletivo, outras, em indivíduos que, em função de suas experiências e contexto, podem (re)elaborar interpretações, tendo como suporte os recursos coletivos.

Por sua vez, Santos *et al.* (2014) ressalva sobre a necessidade de estabelecer um modelo voltado para a promoção da saúde, no intento de que o processo saúde-doença é resultado de dimensões sociais, econômicas, culturais, étnicos, psicológicos e comportamentais, que contribuem para o acometimento de doenças e se constituem como fatores de risco para a população. Para tanto, a promoção da saúde na AP precisa estabelecer uma articulação entre os mais variados setores sociais, que vão além da saúde, com o objetivo de garantir condições aos usuários de empoderamento do controle social na gestão de técnicas, poder, conhecimentos e de recursos físicos, humanos, financeiros, em prol de ações em seus determinantes saúde-doença.

Explicam Viapiana *et al.* (2018) e Dalmolin, Heidmann e Freitag (2019) que o estudo de uma determinada condição envolvendo saúde-doença contempla a análise de processos estruturais que objetivam produzir uma dada formação social e política. Como pode ser observado na implementação da PNAB, que preconiza a

compreensão e implantação do ampliado e positivo conceito de saúde, para promover a autonomia, qualidade de vida e consciência individual e coletiva sobre a saúde.

4.2 Política Nacional de Atenção Primária

A PNAB foi aprovada pelo Ministério da Saúde em 2006 e, seu contexto do Pacto pela Saúde, foi publicada a sua primeira edição, com os seguintes quesitos: ampliou o escopo e a concepção da atenção básica abrangente, reconheceu a Saúde da Família como exemplo substitutivo e de reorganização da atenção básica. Em 2011 a PNAB foi revisada, através da Portaria nº 2.488, com o objetivo de avivar a APS, reconhecida como porta de entrada do SUS, modelo de saúde capaz de coordenar o cuidado nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) e recompor o modelo de atenção, utilizando a ESF como estratégia de preferência de consolidação, expansão e qualificação das APS (MELO *et al.*, 2018; BRANCO, 2017).

Em 2017, a reformulação da PNAB, rompeu com a prioridade de indução financeira do modelo ESF, que foi sustentada por um longo tempo. A indução financeira federal é um mecanismo substancial para o descimento de heterogeneidades e disparidades sociais e regionais, e para a promoção da equidade. Os sistemas públicos universais em geral, apresentam diferentes diretrizes em prol da garantia do direito à saúde com equidade e instrumentos de destinação de recursos para amortizar desigualdades regionais. Diante disso, entende-se que a ampliação de repasses federais e estaduais com base em critérios populacionais e necessidades locais é imprescindível para diminuir as desigualdades e possibilitar/favorecer a autonomia da gestão municipal na resposta às necessidades locais (GIOVANELLA, 2018).

No Brasil, o SUS, segundo a PNAB, tem, na ESF, o molde do que é a APS ou atenção básica, designado para o atendimento das políticas públicas do país. No campo da saúde mental, a função da APS e da ESF se deparam com vários documentos legislativos, normativos e técnicos do SUS. A Portaria nº. 224 de 1992 foi o primeiro marco legal a normatizar o atendimento à saúde mental no SUS, e anunciou que as unidades básicas de saúde e os Centros de Atenção psicossocial (CAPS) são serviços prioritários, não hospitalares de atenção direcionados para a saúde mental. A Lei nº. 10.216 em 2001, foi considerada marco legislativo da saúde mental, assegurando para os portadores de transtorno mental: acesso ao pleno tratamento acessível no

sistema de saúde, proteção contra qualquer tipo de exploração ou abuso e tratamento em serviços comunitários de saúde mental (WENCESLAU; ORTEGA, 2015).

Em 2002, a Portaria nº. 336, do Ministério da Saúde, determina detalhadamente sobre o modelo de atuação dos CAPS, que passaram a ser dispostos em três modalidades, em ordem crescente no que se refere ao porte/complexidade e abrangência, apesar disso não há orientações sobre o objetivo e função da atenção básica. É delineado que os CAPS têm entre suas atribuições: supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, oferecer serviços e programas de saúde mental do seu território e/ou do módulo assistencial (WENCESLAU; ORTEGA, 2015).

Nestes documentos, não existem indicações operacionais peculiares para a APS. A atenção básica é acatada como *locus* fundamental da rede de atenção em saúde mental (WENCESLAU; ORTEGA, 2015), ficando como responsabilidade da APS unificar as equipes do PSF e os profissionais das Equipes de Saúde Mental. O Ministério da Saúde almeja reestruturar a assistência psiquiátrica e a existência de equipes matriciais de apoio à saúde da família (CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011).

Na perspectiva de amenizar a quantidade de portadores de transtornos mentais que procuram a APS, o Ministério da Saúde, através da Portaria nº.154/2008, cita a necessidade de contratar um profissional da área de saúde mental para cada Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). A articulação entre a APS e os serviços de saúde mental tem como princípios norteadores: ter ideia do que significa território, organização de uma rede voltada para a saúde mental, multidisciplinaridade e interdisciplinaridade, intersetorialidade, desinstitucionalização, promoção da cidadania dos usuários e a formalização de uma possível autonomia para o usuário e seus familiares (CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011).

4.3 Saúde Mental e a Atenção Primária à Saúde

No Brasil o acolhimento ao portador de transtorno mental, desde o século XIX e perpetuando por décadas, estava associado especialmente ao modelo hospitalocêntrico e asilar, cujo tratamento ofertado limita-se a longevas internações, e o paciente era mantido separado do seu ambiente familiar e social. A partir dos anos 1970, ocorrem mudanças pertinentes a este modelo asilar, motivados por discussões

e debates, em prol de implementações de ações relacionadas à Reforma Psiquiátrica (ARAÚJO *et al.*, 2012).

Explicam Ramos *et al.* (2013) que a Reforma Psiquiátrica no Brasil estabeleceu um movimento que revoltou às ações em saúde mental, uma vez que propôs a criação de novas alternativas assistenciais e objetiva resgatar os direitos de cidadania dos portadores de transtornos mentais. O surgimento da reforma se deu motivada por alterar os modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde mental. Com base nesse entendimento, acrescentam Silva *et al.* (2012) que se procura decompor o sistema de tratamento clínico aos usuários portadores de transtornos mentais, excluindo de modo gradual a internação como único modo de tratamento e acrescentando à terapêutica, uma rede de serviços territoriais de atenção psicossocial.

Ramos *et al.* (2013, p.582) citam que:

[...] o movimento de Reforma Psiquiátrica vem configurar um processo inovador, original e prolífero, permeado por uma série de iniciativas práticas de transformação, com consequente surgimento de novos atores e protagonistas, e uma emergente produção teórica, na qual novas questões surgem no cenário do campo da saúde mental.

A APS tem como um dos seus propósitos, possibilitar o primeiro acesso às pessoas ao sistema de saúde, inclusive aquelas que demanda atenção em saúde mental (RAMOS *et al.*, 2013). A saúde mental na APS foi se responsabilizando pela assistência e atendimento de determinadas demandas comuns à população, identificadas principalmente com transtornos leves e nos transtornos resultantes do uso de álcool e outras drogas. Contudo, hoje em dia, outras demandas já são comumente identificadas na saúde mental na APS, são elas: do sofrimento psíquico subjetivo conexo a outros problemas de saúde, além disso, de adoecimentos pertinentes a situações socioeconômicas e de desigualdade, entre outros, como fatores resultantes de sofrimento (MOLINER; LOPES, 2013).

Desde 2003, o Ministério da Saúde, por meio do documento “Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e diálogo necessários” passou a privilegiar o suporte matricial como um mecanismo capaz de organizar as ações de saúde mental juntamente com a APS. Contudo, quantidade de usuários que buscam as unidades de atenção básica e encontram nelas a carência de uma eficaz articulação no que se refere ao cuidado à

saúde mental e territorial (MOLINER; LOPES, 2013). Nesse intento, foi implementada a ESF, como porta de entrada do SUS, espalhando-se pelo país por meio das equipes de saúde da família passou a ser prioritária e parte da política pública de saúde (CAVALCANTI, 2019).

A ESF é uma política nacional do Ministério da Saúde que vem favorecendo a equidade e da universalidade assistencial de famílias de áreas geograficamente delimitadas. Sendo assim, ao implantar a Equipe de Saúde da Família (ESF), com prioridade em comunidades antes restritas ao acesso aos serviços de saúde, passou a integrar as ações de cuidado e atendimento de modo integral, caracterizando uma nova dinâmica organizacional dos serviços de ações de saúde que visam tratamento, promoção, prevenção e reabilitação da saúde (CAMPOS Jr.; AMARANTE, 2015; FRATESCHI; CARDOSO, 2014).

Desde 2000, a ESF passou a ser acatada pelo Ministério da Saúde como uma estrutura estratégica dos sistemas municipais de saúde, com o propósito de reorientar o modelo assistencial, aprimorando e priorizando as ações de saúde (BRASIL, 2019). A proposta da ESF: “[...] prevê a participação de toda a comunidade, em parceria com a Equipe de Saúde da Família, na identificação das causas dos problemas de saúde e de prioridades e no acompanhamento da avaliação de todo trabalho” (CAMPOS Jr.; AMARANTE, 2015, p.426).

Norteia o Ministério da Saúde, que as ações da ESF sejam estruturadas no trabalho em equipe e que preconize a humanização das práticas de saúde, com a finalidade de satisfazer o usuário mediante estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade (BRASIL, 2019). O processo de trabalho das equipes se estrutura mediante apreciação conceitual de delimitação territorial, mapeamento das áreas e microáreas (CAMPOS Jr.; AMARANTE, 2015).

Por volta dos anos 1970 e 1980, a OMS conheceu a dimensão dos problemas de saúde mental e aceitava a impossibilidade de seu cuidado ficar exclusivamente a cargo de especialistas. Nesse cenário, a OMS preconizou dentre outras coisas: descentralização dos serviços existentes, a integração dos serviços psiquiátricos em unidades de cuidados gerais, a formação de cuidadores não especializados e a

ampliação na participação da comunidade (CAMPOS Jr.; AMARANTE, 2015; FRATESCHI; CARDOSO, 2014).

Conforme ditames do Ministério da Saúde, um dos desafios mais extenuantes da Reforma Psiquiátrica tem como base o fato de 3% da população necessitar de cuidados em saúde mental, devido ao acometimento de transtornos severos e persistentes, que exige uma rede assistencial diversificada, densa e eficaz. Contudo, acrescenta-se que, aproximadamente 10% a 12% da população não sofrem transtornos severos, mas necessitam de cuidados em saúde mental, na forma de consulta médico-psicológica, aconselhamento, grupos de orientação e outras formas de abordagem clínica. Essa condição exige uma rede assistencial ampla e integrada (CAMPOS Jr.; AMARANTE, 2015), em meio a um modelo assistencial biomédico, com propósito curativo, centrado na doença e arraigado ao tratamento psiquiátrico com forte medicalização, avigorando um modelo de atenção em saúde que certamente, torna-se uma condição limitadora de ações direcionadas para a saúde mental (ROTOLI *et al.*, 2019).

4.4 A utilização de benzodiazepínicos na Atenção Primária à Saúde

Os problemas de saúde mental ocupam posições no ranking das 10 principais causas de incapacidade no mundo, inteiram 12% da carga global de doenças. Evidências assinalam uma alta prevalência de demanda em saúde mental na APS dentre a população atendida, assinalada na maior parte por casos de quadros depressivos e de ansiedade (CAMPOS Jr.; AMARANTE, 2015). Conseqüentemente, verifica-se um acréscimo das prescrições de ansiolíticos e antidepressivos, especialmente os BZDs, fato esse que tem sido acatado em vários países como um grave problema de saúde pública. Os BZDs estão entre os medicamentos mais usados de maneira incorreta e com poucos critérios (FIRMINO *et al.*, 2012).

Os BZDs são drogas com atividade ansiolítica que foram sintetizadas por Leo H. Sternabach que, acidentalmente encontrou em 1955, o primeiro benzodiazepínico, o Clordiazepóxido. Em 1963, o Diazepam foi produzido e comercializado. Os BZDs agem diretamente no Sistema Nervoso Central, demudando os aspectos cognitivos e psicomotores no organismo, e apresenta várias denominações, como ansiolíticos, hipnóticos e miorreaxantes (TELLES FILHO *et al.*, 2011; ORLANDI; NOTO, 2005).

Após os anos 1960, os BZDs assumiram rapidamente o lugar dos barbitúricos, passando a ser os produtos farmacêuticos mais utilizados com propriedades sedativas, ansiolíticas, hipnóticas, miorelaxantes e anticonvulsivantes na coletividade. Essa condição ocorreu devido à elevada eficácia terapêutica, e pelo fato de as BZD apresentarem baixos riscos de intoxicação e dependência, fatores estes que propiciaram uma rápida aderência da classe médica a esses medicamentos ao ser comparado a outros grupos de ansiolíticos (LIRA *et al.*, 2014; ORLANDI; NOTO, 2005). Nos anos posteriores, notou-se os primeiros casos de uso abusivo de BZDs, além do desenvolvimento de tolerância, de síndrome de abstinência e de dependência pelos usuários crônicos desse medicamento (ORLANDI; NOTO, 2005).

A inadequação da prescrição médica favorece o uso exacerbado dessas drogas. Menciona um estudo, que avaliou as indicações de BZDs no município de Coronel Fabriciano em Minas Gerais, finalizou revelando que 70% das prescrições eram inadequadas, levando-se em consideração a indicação e o tempo de tratamento. Um fato mais grave foi observado nesse estudo: uma significativa quantidade dos prescritores reconhece a existência de dependência, contudo, continua prescrevendo esses medicamentos, sem nem mesmo tentar realizar mudanças no tratamento (FIRMINO *et al.*, 2012).

No Brasil, a APS distribui BZDs sem custos, por meio de programas governamentais. Esse procedimento acontece com as mínimas medidas de controle, o que facilita o acesso desses fármacos (TELLES FILHO *et al.*, 2011). Os efeitos farmacológicos dos benzodiazepínicos mais descritos são: diminuição da ansiedade e da agressividade, sedação e indução do sono, abaixamento do tônus muscular e coordenação e ação anticonvulsivante. Dependendo do psicotrópico, algumas destas propriedades podem prevalecer sobre as demais (RANG, 2007). No entanto, o uso prolongado das benzodiazepinas, excedendo períodos de 4 a 6 semanas, pode levar à tolerância, abstinência e dependência (WHO, 1983).

Elucidam Telles Filho *et al.* (2011) que a prescrição médica indevida é um quesito que também favorece para a manutenção do uso crônico de BZDs. A maioria dos consumidores recebe prescrições de médicos não-especialistas. Esse fato favorece o aparecimento de várias complicações advindas do uso a longo prazo da medicação. Recentes estudos relacionam a utilização prolongada de BZDs a déficit de atividade

cognitiva, principalmente em idosos, piorando o quadro da perda natural e gradual dessa função nesta faixa etária.

Um estudo foi realizado em 1999 envolvendo dois municípios brasileiros, com um universo de 108.215 notificações e receitas especiais armazenadas em farmácias, drogarias, postos de saúde e instituições hospitalares. O estudo revelou o descaso no preenchimento das receitas especiais e no preenchimento das notificações, incluindo, sinais de falsificações, na forma de prescrições por médicos já falecidos e notificações com sequência numérica oficial em duplicidade (NOTO *et al.*, 2002).

No ano de 2007, a Comissão de drogas e narcóticos da *United Nations Office Drugs and Crime* (UNODC), através da resolução 44/13, revelou que a prescrição de BZDs deveria ter como fundamento as seguintes pontuações: averiguação médica que abone a prescrição, indicação adequada e prescrição pelo tempo e dose menor o quanto possível, obrigatoriedade na descontinuidade do tratamento, advertências e alertas dos riscos de acidentes caso for utilizar máquinas ou dirigir, e o uso de bebida alcoólica junto com a medicação (CASALI, 2010).

4.5 Medicalização Social

O crescente consumo de psicotrópicos pode ser em decorrência de um período particularmente turbulento que caracteriza a humanidade nas últimas décadas. O descimento progressivo da resistência para tolerar o estresse, a admissão de novas drogas no mercado e a coação da propaganda crescente por parte da indústria farmacêutica e/ou, ainda, costumes e hábitos de prescrição inadequada por parte dos médicos, podem ter colaborado para a ampliação da procura por psicotrópicos (AUCHEWSKI *et al.*, 2004).

Necessidade de saúde é um conceito político, complexo, e carregado de valor (FRAZÃO; MINAKAWA, 2018); na Carta de Otawa, a Organização das Nações Unidas (ONU) deliberou que saúde é como o “estado de completo bem-estar físico, mental e social, incidindo assim, um conceito maior que tão-somente a ausência de doença ou enfermidade” e essa medicalização pode estar acontecendo pela incorreta interpretação desta definição (ONU, 2016).

Desde a segunda metade do século XX, vem ocorrendo um crescimento da influência da medicina sobre dificuldades sociais e questões morais, questões essas que vem sendo motivo de discussões e debates. Por dessemelhantes motivos, algumas necessidades sociais passam a ser identificadas como necessidades de saúde sob jurisdição médica, ou seja, necessidades de assistência médica. É cada vez maior a quantidade e diferentes comportamentos, condições e experiências que vem sendo assinalados como patologias ou distúrbios, e se ligam ao campo de conhecimento e do exercício de profissionais médicos (FRAZÃO; MINAKAWA, 2018).

A noção de medicalização emerge na década de 1960. O termo passou a ser invocado nas contestações psiquiátricas dos autores Barbara Wootton e Thomas Szasz; e vem conquistando espaço como componentes de pesquisas no campo da sociologia da saúde, destacando as publicações com as intitulações “*Medicine as an Institution of Social Control*, de Irving Zola, em 1972; “Nêmesis da Medicina: a expropriação da saúde”, de Ivan Illich, publicado em 1975; “*The discovery of hyperkinesis: notes on the medicalization of Deviant Behavior*”, de Peter Conrad, em 1975 e, um grande número de obras de Michel Foucault (FRAZÃO; MINAKAWA, 2018).

A medicalização social é um procedimento pelo qual dificuldades antes não médicas são conceituadas ou tratadas como problemas médicos, usualmente em termos de doenças. É fundamentalmente ruim, por reduzir a competência emocional, cognitiva e prática das pessoas e comunidades, no manejo de grande parte das situações de amargura, dor, adoecimento, aflição e morte. De tal modo, ela faz decrescer a saúde, compreendida como a capacidade criativa de enfrentamento e normatividade perante as adversidades, abalos e desordens do meio e do sujeito (TESSER, 2019).

Acrescenta-se ainda, que no Brasil, a automedicação acontece como um fato comum, o que pode acarretar sérias complicações tais como: a gravidade das patologias, quadros de intoxicações e interações medicamentosas perigosas. Não são em todas as situações que os medicamentos são prescritos pelos serviços de saúde ou pelo médico; na maioria dos casos, os consumidores crônicos confiam em incorporar entendimentos e experiências, considerando-se em condições de indicá-los: automedicamento ou prescrevendo. Nesse intento, fazem com que a medicalização seja um processo autônomo das prescrições médicas. Comumente, verifica-se que, mesmo com a prescrição médica, a maioria dos usuários não fazem uso

perfeitamente, ou seja, não acompanham as orientações e/ou recomendações médicas (MENDONÇA *et al.* 2008).

Estudos envolvendo a terapêutica medicamentosa na APS, observam-se que os ansiolíticos são os psicofármacos mais prescritos. Seu uso se prolonga, em maioria absoluta, por períodos acima de um ano. Os medicamentos ansiolíticos são os conhecidos calmantes, tranquilizantes e sedativos, atuam sobre o sistema nervoso central, exercendo uma ação seletiva sobre a ansiedade, são comumente utilizados de forma indiscriminada, estando sua indicação amplamente relacionada ao combate à insônia. O uso terapêutico dos ansiolíticos pode ser relevante quando corretamente prescritos, pois estes possuem rápido início de ação, efeitos colaterais moderados, e boa margem de segurança, embora possuam muitas desvantagens (PRADO; FRANCISCO; BARROS, 2017).

4.5.1 A desmedicalização e as Políticas Públicas

A exacerbante penetração do capital nas esferas da vida em sociedade, resta questionar quais perspectivas restam para os setores das sociedades democráticas, as implicações para atender às respostas e necessidades de saúde. Especialistas reconhecem que o grau e a extensão em que o processo de medicalização é sustentado com o decorrer dos anos e variam em conformidade com a autoridade cultural e social, e o nível de mobilização daqueles que resistem ou aspiram e a eficácia de qualquer intervenção médica (FRAZÃO; MINAKAWA, 2018).

A medicalização interdita e interfere a ação racional e dependente do indivíduo sobre sua própria produção de saúde. A partir daí, surge a posição de que os indivíduos precisariam afirmar e conquistar sua autonomia, que muitas vezes é delegada apenas aos médicos definir os rumos da vida dos pacientes, quando na verdade deveriam ser ações definidas em comum acordo, são ações sugeridas de resistência para a desmedicalização das relações sociais (CARVALHO *et al.*, 2015).

O processo de desmedicalização ocorreu em fins do século XX, decorrente das amplas transformações sociais e da quantidade de processos de medicalização que se alastraram nas últimas três décadas (BALLARD; ELSTON, 2005). Estado e sociedade, consideradas forças motrizes, se modificaram rapidamente diante das exigências de um processo de transição entre a modernidade e a pós-modernidade,

formalizaram um ambiente em mudança constante, tornando os processos de medicalização e desmedicalização mais propensos a acontecer (FRAZÃO; MINAKAWA, 2018).

Explicam Frazão e Minakawa (2018) que a desmedicalização se refere à um processo que pode estar conexa a duas hipóteses: de que a aceitação de uma depende da aceitabilidade e afirmação da outra. Acolher a desmedicalização vem de encontro ao entendimento sobre a obrigatoriedade de ter saúde, apreciação essa de cunho político e de valor, o que torna a seu ajuizamento uma atividade intrincada que conglobera uma variedade de problemas que envolvem desde os determinantes sociais até a idealização de projeto de prosperidade, felicidade e qualidade de vida, associados à interesses de natureza moral, emocional e estética, entre outros.

Um dos desafios da desmedicalização seria em como aferir as necessidades de saúde tendo como desígnio a equilibrada produção de arranjo entre as necessidades individuais e coletivas, sem ir ao encontro do conceito positivo da saúde (FRAZÃO; MINAKAWA, 2018). O que se almeja caracterizar no conceito positivo da saúde é o que se denomina “tirania da saúde”, que conglobera um conjunto de elementos ocultos pela ideia da apreciação conceitual positiva de saúde. É um processo que distende o potencial panóptico do dispositivo da saúde, tendo em vista que a vida humana passa a ser conduzida tão somente por esse registro (CAMARGO Jr., 2013), assim ressalva o autor:

[...] não se come ou se bebe mais para ter prazer, mas porque determinados alimentos e bebidas protegem contra certas doenças, como se deixa de beber ou comer para evitar os riscos associados à outras tantas bebidas e alimentos; não se faz exercícios pelo prazer da experiência corporal, mas para “se cuidar”. (...) Essa lógica tem uma contribuição importante de uma concepção equivocada da chamada epidemiologia dos fatores de risco 10, que culpabiliza indivíduos pelo seu adoecimento, deixando-os mais dispostos a assumir o papel de consumidores no grande supermercado da saúde, ao mesmo tempo que escamoteia, mesmo que não intencionalmente, as determinações sociais dos processos de adoecimento (CAMARGO Jr., 2013, p.845).

A desmedicalização encara outros desafios: como distribuir os recursos com o desígnio de garantir a implementação de estratégias de saúde pública em termos populacionais e oferecer condições de provisão de determinados serviços e programas de saúde, condizentes em outros desafios. A solução dos desafios citados favoreceria o acesso ao tratamento adequado e necessário à população (FRAZÃO;

MINAKAWA, 2018) e um planejamento sobre o uso apropriado de BZDs nas UBS, impedindo a dependência ao medicamento e os sérios problemas de saúde aos usuários.

5 CONSEQUÊNCIAS DA MEDICALIZAÇÃO PSQUIÁTRICA DE BENZODIAZEPÍNICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL: RESULTADOS DA REVISÃO

Das publicações selecionadas que se encaixaram nos critérios de inclusão, 24 apontam as consequências do uso indiscriminado da medicalização psiquiátrica de BZDs na APS.

O uso irracional de medicamentos é uma condição comumente identificada na sociedade e alcança papel central na terapêutica moderna. A medicalização social, existente para todos aqueles que buscam pela atenção à saúde, é inexaurível e crescente. A demanda pela prescrição de medicamentos para problemas, queixas, dores e incômodos, faz com que essa temática seja abrasadora na prática e rotina dos serviços do SUS, em especial na APS (LIRA *et al.*, 2014).

O consumo de medicamentos psiquiátricos pela população em geral vem apresentando significativo aumento, sobretudo quando se trata do uso indiscriminado e a dependência dos BZDs; tanto que essa condição é apontada como um grave problema de saúde pública, clinicamente reconhecido. A literatura revela que os BZDs têm todas as características de drogas viciantes, por pertencerem à um grupo de sedativos hipnóticos e substâncias ansiolíticas que trabalham com depressores da região central do sistema nervoso central, capazes de produzir distúrbios e dependência (AZEVEDO; LOPES, 2019; GANDRA; ALMEIDA; TEIXEIRA, 2019; LIRA *et al.*, 2014).

Os dados revelados no estudo desenvolvido por Lira *et al.* (2014) demonstram o reflexo das características das comunidades e do atendimento primário, notificando-se que o consumo de medicamentos é entusiasmado por percepções de seus usuários e prescritores em uma totalidade definida pelas condições socioeconômicas. Ante a esses resultados, nota-se que a interatividade entre gênero, envelhecimento e serviços de saúde encontram-se elaboradas e construídas socialmente o que determina particularidades no modo de uso de medicamentos, formando conceitos, concepções sobre doenças e saúde, e por comportamentos.

Elucidam Telles Filho *et al.* (2011) que estudos mencionam a existência de uma forte relação entre idade e gênero e o consumo de BZDs.

Assim, o estudo de Lira *et al.* (2014), identificou que a população usuária de BZDs é composta, na maioria por mulheres (71%), com idade em torno de 50 anos, corroborando o descrito na literatura por Sarmiento e Santos (2019), Toral-López *et al.* (2019), Medeiros Filho *et al.* (2018), Moura *et al.* (2016), Silva *et al.* (2016), Silva *et al.* (2015), Silva, Batista e Assis (2013), Rocha e Werlang (2013), Telles Filho *et al.* (2011), Ricardo e Gárciga (2010), Nordon *et al.* (2009), Romero *et al.* (2008) e Herrera *et al.* (2002).

Nas descobertas identificadas no estudo de Toral-López *et al.* (2019) e Rocha e Werlang (2013), as mulheres consomem mais psicofármacos em comparação aos homens, o que reforça resultados encontrados em estudos anteriores, que também revelaram uma dominação do público feminino no consumo desses medicamentos. Acrescenta-se ainda que, Lira *et al.* (2014), Firmino *et al.* (2012) e Nordon *et al.* (2009), acobertam que a prevalência do uso de ansiolíticos por mulheres está associado ao maior comprometimento dessa população às UBS e em relação às desigualdades sociais entre os gêneros, produzindo características físicas, posturas, doenças e hábitos de vida, em que se insere o uso de medicamentos, elevando o consumo de fármacos, entre os quais, os BZDs.

Na concepção de Moura *et al.* (2016); Lira *et al.* (2014) e Telles Filho *et al.* (2011) alguns médicos acreditam que as mulheres sejam mais vulneráveis, susceptíveis e frágeis a transtornos afetivos. Existem ainda o fato delas representarem um expressivo número de trabalhadores que não estão inseridos no mercado de trabalho e estão mais propensas a problemas de cunho afetivo e psicológico, e acabam se envolvendo mais com os conflitos familiares. Conflitos esses, entre os membros da família que, na maioria das vezes, estão relacionados aos papéis desempenhados pelos seus membros e se tornam a principal causa do uso de BZDs.

No que se refere ao uso de BZDs na população idosa, explica-se que esse grupo é oprimido pela sociedade, sendo excluído e discriminado no meio social. A percepção do idoso acerca da imperfeição, de retrocesso e de impotência diante das mudanças sociais causam doenças e o maior uso dos serviços de saúde, vistos, na maioria dos casos, como: distúrbios de humor, fazendo com que o envelhecimento, além do gênero, importante para presente análise, quando se trata de BZDs (LIRA *et al.*, 2014). O estudo de Ricardo e Gárciga (2010) realizado em um consultório policlínico em

Campo Florido, Havana, o grupo dos idosos se destacam, o mesmo resultado foi identificado no estudo de Herrera *et al.* (2002) realizado no atendimento primário em Cuba. Corroboram Moura *et al.* (2016) que os idosos se revelam mais vulneráveis ao abuso de BZDs, pois o envelhecimento é acompanhado pelo aparecimento de transtornos do sono, depressão e de doenças neurológicas degenerativas. Ressalva-se que o consumo inadequado de BZDs podem acarretar déficit cognitivo, síncope, quedas e fraturas, o que eleva o risco de tais eventos, que, geralmente são mais comuns entre os idosos.

A condição que contribui significativamente para o uso indiscriminado de BZDs no Brasil, que é a distribuição gratuita desses medicamentos psicotrópicos por programas do governo, sem maiores medidas de controle, facilitando o acesso a esses medicamentos. Outro fator que relaciona a maior prevalência do uso de ansiolíticos com trabalhadores que enfrentam longas jornadas de trabalho, se expondo mais ao estresse. Essa condição contribui para dar início prematuro ao consumo de psicotrópicos e conseqüente uso crônico, por meio da dependência em idades mais avançadas (TELLES FILHO *et al.*, 2011).

A indevida prescrição médica é outro fator que favorece a manutenção do uso inadequado de BZDs. A maior parte dos consumidores desses medicamentos, recebem prescrições de médicos não-especialistas. Nas UBS o médico não-especialista é o prescritor mais identificado, e este, na maioria dos casos, simplesmente mantém uma receita anterior, corroborando para a redução na capacidade de enfrentamento, independentemente da maior parte dos adoecimentos e dores cotidianas. Essas realidades contribuem para o aparecimento de várias complicações advindas do uso a longo prazo da medicação (NUNES; BASTOS, 2016; SILVA *et al.*, 2015; LIRA *et al.*, 2014; SILVA; BATISTA; ASSIS, 2013; TELLES FILHO *et al.*, 2011; NORDON *et al.*, 2009) atingindo significativas dimensões sociais, aumenta o risco de morbidade e mortalidade, uso abusivo, dependência e elevação dos custos com saúde pública (SILVA *et al.*, 2015).

Explicam Nunes e Bastos (2016) que a ação depressora no sistema nervoso central, provocada pelos BZDs pode ser potencializada quando associada à outras substâncias que desempenham a mesma ação, como o álcool, barbitúricos e analgésicos opióides. Desinibição, depressão respiratória grave, tonturas graves são

os principais efeitos que podem acontecer com o uso concomitante de BZDs e outras substâncias que afetam o sistema nervoso central.

Corroboram Fegadolli, Varela e Carlini (2019) que a maior parte das prescrições de BZDs no Brasil é emitida em serviços de atenção primária à saúde, em que os médicos revelam ter pouco tempo para as consultas e desenvolvimento de estratégias terapêuticas alternativas para o tratamento de insônia e ansiedade. Entre outros possíveis fatores, o uso fora das recomendações pelas autoridades sanitárias é favorecido por problemas na qualidade da assistência à saúde, com isso, a assistência impacta o uso, este eleva os custos do cuidado e causa novas demandas. Sendo esses problemas os principais motivos do consumo de BZDs. Fegadolli *et al.* (2019), estudaram uma área de saúde de Santiago, Cuba, com o objetivo de analisar o consumo de BZDs em usuários crônicos. Concluiu-se que são usuários dependentes com percepção negativa no consumo. A maioria deles utilizam esse fármaco para tratamento de insônia e ansiedade.

Os estudos de Lira *et al.* (2014) e Araújo *et al.* (2012) identificaram a prevalência da prescrição do Diazepam, fármaco de meia vida longa, com efeito hipnótico acentuado, seguido do Clonazepam. Explicam Telles *et al.* (2011) que a elevada prevalência desses fármacos se deve à existência do Programa Nacional de Assistência Farmacêutica, que distribui gratuitamente, mediante apresentação de receita dos dois medicamentos: Diazepam e Clonazepam. Elucidam Zorzenelli *et al.* (2019) que o Clonazepam é considerado um fármaco potente, de meia vida longa, por isso preocupa o seu uso prolongado e em potencial. O estudo de Toral-López *et al.* (2019) relata que em um centro de atenção primária em Granada, Espanha, assinalou que Diazepam, Alprazolam e Bromazepam são os fármacos mais prescritos.

Sousa, Cavalcante e Mendes (2016) identificaram que o Diazepam foi o fármaco mais prescrito na ESF de Teresina, seguido do Clonazepam; por sua vez, Firmino *et al.* (2012), ao avaliarem as receitas de uma unidade de saúde em Coronel Fabriciano (MG), identificaram que a maioria das receitas foram para o Diazepam e Clonazepam. Os autores pontuaram que os BZDs constituem uma classe de fármacos com significativo poder de gerar discussões em meio científico, pelo significativo número de médicos não-especialistas que os prescrevem e pelo volume de prescrições e indicações. A pesquisa realizada por Silva, Batista e Assis (2013) constatou o

Clonazepam e Bromazepam como os fármacos mais usados na UBS; por sua vez, Silva *et al.* (2015) identificaram que o Clonazepam foi o medicamento mais utilizado, com o tempo de uso prolongado, o que caracterizou uso indevido.

A durabilidade do tratamento com BZDs é uma das variáveis determinantes para a racionalidade terapêutica. Protocolos nacionais e internacionais, consideram o tratamento superior a seis semanas como risco para o desenvolvimento de dependência e tolerância. De acordo com Lira *et al.* (2014) aconselha-se o uso de BZDs com ação ansiolítica e hipnótica, em curtos períodos de tempo, onde os BZDs não devem ser utilizados por mais de três a quatro semanas para tratamento de insônia e entre 8 a 12 semanas em casos de ansiedade. Apesar disso, estudos nacionais afunilam essa periodização, asseverando que o uso de BZDs não deve ultrapassar três ou quatro semanas, por causarem depressão da atividade motora, caracterizada pela diminuição da ansiedade e indução ao sono. Lira *et al.* (2014) e Romero *et al.* (2008) citam que, tratamento que exceda o tempo máximo de 4 a 6 semanas aumentam os riscos de surgimento de efeitos indesejáveis como a tolerância, dependência e abstinência.

Considerando o fato que o uso indiscriminado de BZDs acaba causando revoltas e tabus no cotidiano das UBS, com usuários implorando por renovação de receitas e acesso à medicação e com equipes sem saber lidar com esse usuário. O usuário na maioria das vezes, impõe a necessidade de utilizar o medicamento e não aceitar aguardar a reavaliação médica. Ante ao exposto faz-se necessário enfrentar esse problema de saúde pública (AZEVEDO; LOPES, 2019; SILVA *et al.*, 2015).

O uso de BZDs de longa meia vida nos estudos desenvolvidos por Toral-López *et al.* (2019), Silva, Batista e Assis (2013); Nordon *et al.* (2009) foi principalmente por insônia, com elevada taxa de tentativas de interrupção. Citam Gandra, Almeida e Teixeira (2019) que a interrupção pelo uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos é uma condição problemática, levando a resultados clinicamente significativos com comprometimento ou angústia. A dependência de BZDs é uma condição resultante do uso indiscriminado, que pode causar problemas físicos e psicológicos, que se caracteriza por uma maior tolerância à substância ou a retirada após a redução da dose ou retirada abrupta.

O elevado consumo e a aceitabilidade da classe dos BZDs se justificam pela imagem positiva desses fármacos, por usuários crônicos, que destacam alguns fatores positivos: efeito relaxante, calmante, sono restaurador, atribuição de eficácia, segurança, baixo custo e a rápida indução ao sono (MOURA *et al.*, 2016; FIRMINO *et al.*, 2012; KHONG; SIM; HULSE, 2004). No entanto, a dependência química de BZDs é uma condição potencialmente grave e relativamente comum nas UBS. Na maioria dos casos, os usuários dependentes experimentam grande dificuldade para considerar a necessidade da gradual retirada, argumentando, principalmente, da exacerbação de ansiedade e insônia (MOURA *et al.*, 2016).

A síndrome da abstinência de BZDs leva à dependência, levando-se em consideração os seguintes sintomas: ansiedade, rebote, insônia, náusea, convulsões, ataques de pânico, cólicas, perda de peso, dificuldades de memória e concentração, inquietação, palpitações. Pode causar outros sintomas mais específicos, são eles, distorções perceptivas, despersonalização, alucinações, excitabilidade, distorção da imagem corporal, hipersensibilidade e psicose (GANDRA; ALMEIDA; TEIXEIRA, 2019). Nos idosos esses sintomas agravam ainda mais a perda natural da atividade cognitiva inerente à essa faixa etária (TELLES FILHO *et al.*, 2011).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso de BZDs nas UBS, *locus* deste estudo, encontra-se prevalente em mulheres. A literatura reforça que a predominância do consumo indiscriminado de BZDs por mulheres deve-se ao fato da maior prevalência de transtornos psiquiátricos identificados entre essa população, além delas terem preocupações maiores com a sua condição de saúde e por frequentarem mais as unidades básicas de saúde. O perfil dos usuários dos serviços das UBS nas publicações estudadas apresentou as seguintes características: prevalência indiscriminada de psicofármacos entre as mulheres, ensino fundamental, do lar, parda e/ou preta, idade média entre 40 e 60 anos.

Os estudos, em sua maioria, revelaram que os ansiolíticos estão entre os psicofármacos de maior consumo e o médico não-especialista da APS o principal prescritor. As prescrições abusivas de medicamentos são observadas frequentemente para sofrimentos psíquicos que na maioria das vezes, estão ligadas à problemas sociais e econômicos. Por tanto, o que se encontra hoje nos serviços na APS que atendem usuários com problemas de transtornos mentais são terapêuticas baseadas em psicotrópicos e falta de comunicação entre profissionais e usuários do serviço de saúde.

No âmbito social o uso indiscriminado de BZDs eleva os custos com saúde pública. Também pode ser representada pela sobrecarga crescente que a renovação das prescrições desta classe medicamentosa causa no processo de trabalho da equipe e da unidade de saúde com a demanda para a revalidação da prescrição desses medicamentos, responsáveis por cerca da metade de toda a prescrição de psicotrópicos, acarretando a redução de vagas para outros atendimentos. Assim como levam a uma situação social de embotamento afetivo, causando uma indiferença afetiva em relação à eventos de vida e interações sociais.

Em relação às consequências psíquicas, verifica-se o aparecimento de várias complicações advindas do uso a longo prazo da medicação, como a síndrome da abstinência (dependência), amnésia anterógrada, sonolência, ataxia e hipotensão, podendo prejudicar significativamente as dimensões sociais e físicas, elevando o risco de acidentes e de morbidade e mortalidade.

Fato importante observado nos estudos selecionados é o consumo de medicamentos sem indicação e prescrição médica, o que pode acarretar sérios danos à saúde do usuário das UBS. A automedicação pode ocasionar complicações como o agravamento de patologias, interações medicamentosas incorretas e intoxicação.

As associações significativas sobre os usuários das UBS que usam BZDs foram o abuso desses fármacos aumentam com o avançar da idade, a maioria não precisa fazer uso desse medicamento por não serem portadores de transtornos mentais. Os psicotrópicos mais usados são os antidepressivos e ansiolíticos, a maioria dos motivos para esses medicamentos são por insônia ou ansiedade. Considera-se que as principais indicações para os BZDs são para uso clínico pouco definidas no aspecto médico. Contudo, suas indicações principais – insônia e ansiedade – são sintomas pouco específicos, comumente identificadas a várias doenças e intimamente associadas à qualidade de vida. As dificuldades de caracterização clínica, associado à suposta segurança e confiabilidade, favorecem o uso indiscriminado desses medicamentos.

Diazepam e Clonazepam são medicamentos pertencentes à Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), por serem eficazes, seguros e de baixo custo e de experiência clínica nas suas diversas aplicações. Contudo, faz-se importante ressaltar, que o uso de BZDs de meia vida longa, em especial para a população idosa, pode ser perigoso, devido aos efeitos colaterais de seus metabólicos, que prolongam sua distribuição para os tecidos e órgãos.

No Brasil, a maioria das prescrições de BZDs são emitidas em serviços de APS, em que os profissionais que ali atuam revelam ter pouco tempo para as consultas e desenvolvimento de estratégias terapêuticas alternativas para o tratamento de insônia, depressão, ansiedade, fobia e nervosismo. A literatura revela que a ansiedade e insônia são os que mais se destacam, e as condições que levam ao abuso e a dependência de BZDs.

Ante ao exposto, é imprescindível que os BZDs sejam dispensados de maneira criteriosa e consciente, com orientações prestadas por um profissional capacitado, para garantir um adequado e eficaz tratamento, alertando o usuário para os riscos do uso indiscriminado dessas substâncias. Essa prática deve ser uma conduta de rotina

e ser uma prioridade no cotidiano profissional de todos os envolvidos no cuidado e assistência na APS.

Pontua-se que os psicofármacos são importantes recursos para o cuidado e sofrimento psíquico, no entanto, faz-se necessário que as UBS conduzam o usuário e sua família para uma reflexão quanto ao uso racional de BZDs, fomentando a gestão do cuidar, elaboração de protocolos clínicos e políticas para o uso seguro e distribuição desses psicofármacos, melhorando a atenção em saúde mental, farmacêutica e coletiva na APS.

Com a elaboração estratégica de educação em saúde é possível oferecer condições para informar e empoderar os usuários, sendo assim, é possível garantir a segurança e serve de recurso para o uso racional de BZDs. O uso racional desses psicofármacos é imprescindível para a construção assistencial que não esteja pautada na prescrição como a única maneira de prestar o cuidado.

Em relação às ações que podem ser desenvolvidas nas políticas públicas de saúde no intuito de prevenir e reduzir o uso abusivo de medicação de BZDs, é notória a necessidade de conscientização racional quanto ao uso de BZDs pelos profissionais de saúde e conscientização quanto aos riscos do uso indiscriminado pela população usuária das UBS. A literatura evidencia a carência no preparo profissional no atendimento dos pacientes com transtorno mental. É uma condição preocupante, por declinar significativamente diante da crescente demanda de cuidados exigidos na APS, conseqüentemente, causando um inadequado acolhimento, afetando as necessidades dos usuários.

O uso indiscriminado de BZDs, à luz da literatura, é pontuado como resultado da cultura de falta de farmacovigilância. Essa condição é identificada como um sério problema de saúde pública, clinicamente reconhecido.

O processo de medicalização do sofrimento psíquico na sociedade contemporânea, pode ser explicado diante da prevalência da insônia, que pode estar associada a problemas sociais. A insônia pode significar sintomatologias reativas às pressões do cotidiano, ou seja, pode estar associada à problemas existenciais e sociais. No contexto de droga lícita, os BZDs são utilizados como alternativa para preencher uma

lacuna na vida pessoal dos usuários: agem sobre a subjetividade do indivíduo, agindo como mero disfarce dos sintomas.

Sugerem-se estudos inovadores, tendo em vista os sérios danos que o uso indiscriminado de BZDs podem causar aos seus usuários. Estudos envolvendo orientações e reciclagens periódicas de profissionais da APS são imprescindíveis, para uma maior adequação às prescrições de BZDs, no que concerne a dosagem, horário e tempo de uso desses medicamentos. Acrescenta-se também o envolvimento das demais especialidades a respeito do abuso, uso, dependências e os efeitos colaterais desses fármacos.

REFERÊNCIAS

- AUCHEWSKI, L. *et al.* Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.26, n.1, p.24- 31, 2004.
- ALMEIDA, E.R. *et al.* Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015-2017). **Revista Panamericana del Salud Publica**, Panamá, v.42, e180, 2018.
- ALMEIDA, L. A.; GOMES, R. C. Processo das políticas públicas: revisão de literatura, reflexões teóricas e apontamentos para futuras pesquisas. **Cadernos EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p.444-55, jul./set. 2018.
- ARAÚJO, L.L.C. *et al.* Distribuição de antidepressivos e benzodiazepínicos na Estratégia de Saúde da Família de Sobral -CE. **Sanare**, Sobral, v.11, n.1, p.45-54, jan./junh., 2012.
- AZEVEDO, N.M.; LOPES, I.M.R.S. **Intervenção para reduzir o uso de medicamentos psicotrópicos.** 2019. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/13823/1/ARTIGO_NEDINA_2019.pdf>. Acesso em: 5 de mai., 2020.
- BALLARD, K.; ELSTON, M.A. Medicalization: a multi-dimensional concept. **Social Theory & Health**, London, v.3, n.3, p. 228-241, 2005.
- BATISTELLA, C. Saúde, Doença e Cuidado: Saúde, Doença e Cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: FONSECA, A.F.; CORBO, A.M.D. (Orgs.). **O território e o processo saúde-doença.** Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. (Coleção Educação Profissional e Docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 1). p. 25-49.
- BERTOLOZZI, M.R.; GRECO, R.M. As Políticas de Saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.30, n.3, p.390-98, dez., 1996.
- BRANCO, S.C. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB): princípios e diretrizes.** 2017. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/13429/1/POL%C3%8DTICA%20NACIONAL%20DE%20ATEN%C3%87%C3%83O%20B%C3%81SICA%20%28PNAB%29%20PRINC%C3%8DPIOS%20E%20DIRETRIZES.pdf>> Acesso em: 26 de mar., 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental: o que é, doenças, tratamentos e direitos.** 2019. Disponível em: <<http://saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental>>. Acesso em: 8 de jan., 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva : formulação de políticas específicas de saúde.** Brasília : Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação normativa do PSF no Brasil: monitoramento da Implantação e funcionamento do PSF 2001-2002,** Brasília, 2004.
- BRAVO, M.I.S. **Política de Saúde no Brasil.** Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. 2001. Disponível em:

<http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf>. Acesso em: 25 de mar., 2020.

BREITH, J. **Epidemiologia crítica**: ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

CÂMARA, A.M.C.S. *et al.* Percepção do processo saúde-doença: significados e valores da educação em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Belo Horizonte, v.36, Supl.I, p.40-50, 2012.

CAMARGO Jr., K.R. Medicalização, farmacologização e imperialismo sanitário. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.5, p.844-846, mai., 2013.

CAMPOS Jr., A.; AMARANTE, P.D.C. Estudo sobre práticas de cuidado em saúde mental na Atenção Primária: o caso de um município do interior do estado do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.4, p.425-35, 2015.

CAPELLA, A.C.N. **Formulação de políticas**. Brasília: Enap, 2018, 151p.

CARVALHO, S.R. *et al.* Medicalização: uma crítica (im)pertinente? **Physis, Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.25, n.4, p.1251-1269, 2015.

CARVALHO, L.F.; DIMENSTEIN, M. O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. **Estudos de Psicologia**, Rio Grande do Norte, v.9, n.1, p.121-29, 2004.

CASALI, F.T. **Avaliação do uso de benzodiazepínicos pelos usuários da unidade básica de saúde do município de Camacho- MG pela dispensação realizada na farmácia básica do SUS**. Camacho – MG, 2010. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/referencia/0000002179>>. Acesso em: 18 jul 2019.

CAVALCANTI, M.T. Perspectivas para a política de saúde mental no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.35, n.11, e00184519, 2019.

CORREIA, V.R.; BARROS, S.; COLVERO, L.A. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem, USP**, São Paulo, v.45, n.6, p.1501-1506, dez., 2011.

COUTO, L.L.M.; SCHIMITH, P.B.; DALBELLO-ARAUJO, M. Psicologia em ação no SUS: a interdisciplinaridade posta à prova. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Salvador, v.33, n.2, p.500-11, 2013.

DALMOLIN, I.S.; HEIDEMANN, I.T.S.B.; FREITAG, V.L. Práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde: desvelando potências e limites. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.53, e03506, 2019.

FARAH, M.F.S. Análise de políticas públicas no Brasil: de uma prática não nomeada à institucionalização do “campo de públicas”. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.50, n.6, p.959-979, nov./dez. 2016.

FEGADOLLI, C.; VARELA, N.M.D.; CARLINI, E.L.A. Uso e abuso de benzodiazepínicos na atenção primária à saúde: práticas profissionais no Brasil e em Cuba. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.35, n.6, e00097718, 2019.

FEGADOLLI, C. *et al.* Percepciones y experiencias de usuarios de benzodiazepinas en la atención primaria de salud em Cuba. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v.4, p.137-146, 2019.

- FIRMINO, K.F. *et al.* Utilização de benzodiazepínicos no Serviço Municipal de Saúde de Coronel Fabriciano, Minas Gerais. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.157-66, 2012.
- FRATESCHI, M.S.; CARDOSO, C.L. Saúde mental na Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. **Physis, Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.24, n.2, p.545-65, 2014.
- FRAZÃO, P.; MINAKAWA, M.M. Medicalização, desmedicalização, políticas públicas e democracia sob o capitalismo. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.16 n.2, p.407-430, maio/ago. 2018.
- GANDRA, S.S.A.; ALMEIDA, A.L.; TEIXEIRA, Z.M. Benzodiazepines dependence: addiction to legally prescribed substances. **Journal of Forensic Psychology**, v.4, n.2, p.14956, 2019.
- GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 7.ed.. Atlas: São Paulo, 2019.
- GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.34, n.8, e00029818, 2018.
- HERRERA, LS. *et al.* Utilización de benzodiazepinas en la Atención Primaria de Salud. **Revista Cubana de Medicina General Integral**, Ciudad de La Habana, v.18, n.3, mai./jun., 2002.
- KHONG, E.; SIM, M.G.; HULSE, G. Benzodiazepine dependence. **Reprinted form Australian Family Physician**, v.33, n.11, p.92326, nov., 2004.
- LIRA, A.C. *et al.* Perfil de usuários de benzodiazepínicos no contexto da atenção primária à saúde. **Revista APS**, Recife, v.17, n.2, p.223-28, abr./junh., 2014.
- MACHADO, C.V.; LIMA, L.D.; BAPTISTA, T.W.F. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um Sistema universal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.33, Supl.2, e00129616, 2017.
- MELO, E.A. *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde & Debate**, Rio de Janeiro, v.42, n.1, p.38-51, set., 2018.
- MEDEIROS FILHO, J.S.R. *et al.* Uso de psicofármacos na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Rio Grande do Norte, v.31, n.3, p.1-12, jul./set., 2018.
- MENDONÇA, R.T. *et al.* Medicalização de mulheres idosas e interação com o consumo de calmantes. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v.17, n.2, p.,95-106, 2008.
- MOLINER, J.; LOPES, S.M.B. Saúde mental na atenção básica: possibilidades para uma prática voltada para a ampliação e integralidade da saúde mental. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v.22, n.4, p.1072-1083, 2013.
- MOURA, D.C.N. *et al.* Uso abusivo de psicotrópicos pela demanda da Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa da literatura. **SANARE**, Sobral, v.15, n.2, p.136-44, junh./dez., 2016.
- NORDON, D.G. *et al.* Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária. **Revista Psiquiátrica**, Rio Grande do Sul, v.31, n.3, p.152-58, 2009.

NOTO, A.R. *et al.* Análise da prescrição e dispensação de medicamentos psicotrópicos em dois municípios do Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.24, n.2, p.68-73, 2002.

NUNES, B.S.; BASTOS, F.M. Efeitos colaterais atribuídos ao uso indevido e prolongado de benzodiazepínicos. **Saúde & Ciência em Ação**, São Paulo, v.3, n.1, p.71-82, agost., dez., 2016.

O'BRIEN, C.P. Benzodiazepine use, abuse, and dependence. **Journal of Clinical Psychiatry**, v.66, Suppl.2, p.28-33, 2005.

ONU – Organização das Nações Unidas. **Saúde mental depende de bem-estar físico e social, diz OMS em dia mundial**. 2016. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/saude-mental-depende-de-bem-estar-fisico-e-social-diz-oms-em-dia-mundial/>>. Acesso em: 2 de jan., 2020.

ORLANDI, P.; NOTO, A.R. Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave no município de São Paulo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Rio de Janeiro, n.13, p.896-902, set./out., 2005.

PRADO, M.A.M.; FRANCISCO, P.M.S.B.; BARROS, M.B.A. Uso de medicamentos psicotrópicos em adultos e idosos residentes em Campinas, São Paulo: um estudo transversal de base populacional. **Epidemiologia, Serviço e Saúde**, Brasília, v.26, n.4, p.747-758, out./dez 2017.

RAMOS, L.S. *et al.* Comissão de saúde mental: estratégias na busca de espaços na Atenção Básica. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.21, esp.1, p.581-6, dez., 2013.

RANG, H. P. *et al.* **Farmacologia**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

REIS, D. O.; ARAÚJO, E. C.; CECÍLIO, L. C. O. Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde. Módulo Político Gestor. 2010. Disponível em: <http://www.mpdft.mp.br/saude/images/politicas_publicas/Politicas_publicas_saude_brasil.pdf>. Acesso em: 22 de mar., 2020.

RICARDO, L.I.S.; GÁRCIGA, F.F.H. Consumo de benzodiazepinas em pacientes geriátricos del Consultorio ≠ 12, Policlínico “Campo Florido”. **Revista Cubana de Farmacia**, v.44, n.3, p.346-53, 2010.

ROCHA, B.S.; WERLANG, M.C. Psicofármacos na Estratégia Saúde de Família: perfil de utilização, acesso e estratégias para a promoção do uso racional. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.11, p.3291-3300, 2013.

ROMERO, F.B. *et al.* Elevado consumo de benzodiazepinas en mujeres ancianas assignadas a centros de salud urbanos de atención primaria. **Atencion Primaria**, v.40, n.12, p.617-21, 2008.

ROTOLI, A. *et al.* Saúde mental na Atenção Primária: desafios para resolutividade das ações. **Escola Anna Nery**, Rio Grande, v.23, n.2, e20180303, 2019.

SANTOS, D.S. *et al.* Processo saúde/doença e estratégia de saúde da família: o olhar do usuário. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v.22, n.6, p.918-25, nov./dez., 2014.

SARMENTO, G.A.; SANTOS, S.D. Perspectiva do usuário sobre o acompanhamento e o uso de psicotrópicos na Atenção Básica. **Essentia**, Sobral, v.20, n.2, p.52-60, 2019.

SILVA, G.; DALBELLO-ARAUJO, A.; BADARÓ-MOREIRA, M.I. Práticas de cuidado integral às pessoas em sofrimento mental na Atenção Básica. **Psicologia, Ciências e Profissão**, São Paulo, v.37, n.2, p.404-47, abr./junh., 2017.

SILVA, V.P. *et al.* Características do uso e da dependência de benzodiazepínicos entre usuários: atenção primária à saúde. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.24, n.56, e8783, 2016.

SILVA, V.P. *et al.* Perfil epidemiológico dos usuários de benzodiazepínicos na Atenção Primária à Saúde. **Revista de Enfermagem**, Centro Oeste Mineiro, Minas Gerais, v.5, n.1, p.1393-1400, jan./abr., 2015.

SILVA, R.O.; BATISTA, L.M.; ASSIS, T.S. Análise do perfil de uso de benzodiazepínicos em usuários de um hospital universitário da Paraíba. **Revista Brasileira de Farmácia**, Paraíba, b.94, n.1, p.59-65, 2013.

SOUSA, A.B. CAVALCANTE, P.B.F.G.; MENDES, C.M.M. Estudo da prescrição de benzodiazepínicos pelos médicos da estratégia de saúde da família de Teresina, Piauí. Centro Universitário Uninovafapi, **Revista Interdisciplinar**, Piauí, v.9, n.3, p.26-35, jul./agost., 2016.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, M. D. Integrative review: what is it?: how to do it?. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

SOUZA, c. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, Ano 8, n.16, p. 20-45, jul./dez., 2006.

TEIXEIRA, E.C. **O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade.** 2002. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/dados/cursos/aatr2/a_pdf/03_aatr_pp_papel.pdf>. Acesso em: 8 de fev., 2020.

TELLES FILHO, P.C.P. *et al.* Utilização de benzodiazepínicos por idosos de uma estratégia de saúde da família: implicações para enfermagem. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.15, n.3, p.581-86, jul./set., 2011.

TESSER, C.D. Cuidado clínico e sobremedicalização na Atenção Primária à Saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.17, n. 2, e0020537, 2019.

TORAL-LÓPEZ, L. *et al.* Análisis de consumo de ansiolíticos e hipnóticos en un centro de atención primaria. **Med Farm Andal**, v.20, n.1, p.21-28, enero./abr., 2019.

VIAPIANA, V.N. *et al.* Adoecimento psíquico na sociedade contemporânea: notas conceituais da teoria da determinação social do processo saúde-doença. **Saúde e Debate**, São Paulo, v.42, Número Especial, p.175-186, dez., 2018.

ZORZANELLI, R.T. Consumo de benzodiazepínicos clonazepam (Rivotril®) no estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2009-2013: estudo ecológico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.24, n.8, p.3129-3140, 2019.

ZORZANELLI, R. T. *et al.* Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.6, p.1859-1868, 2014.

WARGAS, T. A saúde como Política Pública. Perguntas frequentes. In. LUCCHESI, P.T.R. (coord). **Políticas públicas em Saúde Pública.** São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004, p.11-22.

WENCESLAU, L.D.; ORTEGA, F. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. **Interface**, Botucatu, v.19, n.55, p.1121-32, 2015.

WHO – *World Health Organization*. Review Group. Use and abuse of benzodiazepines. **Bulletin of the World Health Organization**, v.61, p.551-62, 1983.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ANÁLISE DOS ARTIGOS

	Autor/Ano	Objetivos	Método	Resultados	Conclusão
1	Rocha; Werlang (2013)	Verificar a prevalência e o padrão de consumo por usuários de uma UBS de Porto Alegre.	Delineamento observacional, descritivo, retrospectivo e de corte transversal. Amostra composta por 329 usuários que retiraram receitas de medicamentos controlados e os dados coletados a partir de prontuário.	A prevalência de utilização de psicofármacos de 7,30%, média de idade de 53,14 anos, 72% sexo feminino. A média de medicamentos e psicofármacos prescritos por usuários foi de 3,53, respectivamente.	A classe mais utilizada foi a de antidepressivos, seguida de antiepiléticos, ansiolíticos e antipsicóticos. Faz-se necessário elaborar estratégias para melhorar o acesso, tratamento e antipsicóticos, incluindo a revisão das listas de medicamentos essenciais e a capacitação dos profissionais da APS.
2	Sarmento; Santos (2019)	Investigar o uso de psicotrópicos e os cuidados de saúde mental, referidos por usuários da APS no município de Lastro/PB.	Abordagem quantitativa, transversal, descritiva. Selecionou-se 50 usuários aleatoriamente da UBS em uso contínuo de psicofármacos há mais de dois anos.	Maioria são mulheres (64%) e idosos (36%), os medicamentos mais utilizados foram os ansiolíticos/BZDP (37%), o UBS foi o local onde obteve-se o maior número de prescrições (44%). 74% dos usuários relaram não receber acompanhamento além da medicação, 64% relataram estarem satisfeitos com o atendimento.	Constata-se a necessidade de um acompanhamento que reduza a dependência desses fármacos, como também a adoção de estratégias de educação em saúde que priorizem o uso racional de medicamentos e a promoção da saúde a partir de uma assistência que não esteja pautada somente na prescrição de medicamentos.
3	Medeiros Filho <i>et al.</i> (2018)	Caracterizar a população em uso de psicofármacos da ESF na APS.	Pesquisa transversal realizada com 203 usuários de psicofármacos em uma	Média de psicofármacos prescritos de 1,52±0,746, tempo médio de uso de	O uso de psicofármacos no serviço de saúde foi prevalente em melhores presta e/ou pargas, com

			UBS em Caicó/RN, em 2017	6,52±7,350 anos, prevalência do sexo feminino (80,3%); casados ou em união estável (44,3%); baixa escolaridade (48,8%); moradia própria (65%); cor negra/parda (58,1%); trabalha no lar (28,6%), renda individual até um salário mínimo (49,8%); 35,5% com hipertensão arterial sistêmica, como principal doença crônica. Maior incidência de ansiolíticos (34%); acesso caracterizado pela compra do medicamento (62%) e do psiquiatra como principal prescritor das drogas psicotrópicas (49%).	baixa renda e escolaridade, e do lar e com adoecimento crônico. Os ansiolíticos estão entre as drogas de maior consumo e o psiquiatra o principal prescritor. Há dificuldades de acesso e na descontinuação desses medicamentos.
4	Moura <i>et al.</i> (2016)	Analisar o que as publicações científicas na área de saúde discutem a respeito do consumo abusivo de psicotrópicos estimulantes, depressores e alucinógenos pelos usuários da ESF.	Revisão integrativa por meio de uma busca de artigos nas bases de dados Scielo e Lilacs, no compreendidos no período de 2010 a 2015.	Foram identificados 57 documentos para compor a amostra inicial. Após a filtragem, 39 publicações nacionais foram identificadas.	O perfil dos usuários tinha como características: sexo feminino, idade entre 30 e 40 anos, desempregados, ensino fundamental, doenças crônicas, sem transtorno mental diagnosticado, uso maior de antidepressivos e benzodiazepínicos. As evidências apontam a melhora da prescrição racional desses medicamentos pelos profissionais da saúde e conscientização dos ricos

					de uso abusivo pela população.
5	Silva; Batista; Assis (2013)	Analisar o perfil de utilização dos benzodiazepínicos em usuários da Clínica Ambulatorial de Psiquiatria de um Hospital Universitário.	Pesquisa de campo com 308 usuários atendidos mensalmente no referido Hospital.	Os fármacos mais utilizados: Clonazepam (52,0%), bromazepam (14,6%) e Diazepam (13,3%), administrados para tratar insônia (42,0%) ou ansiedade (31,0%). 84,0% faz uso há mais de seis meses, podendo estender-se por um período acima de 20 anos e 92,0% são usuários contínuos, elevando o risco para desenvolver tolerância e dependência ao fármaco. Maior consumo é feito por mulheres, entre 31 e 40 anos, com renda familiar de no máximo 500 reais.	Observou-se a necessidade de intervenções dos farmacêuticos frente a outros profissionais da saúde de usuários, para esclarecer riscos e benefícios da administração desses medicamentos.
6	Azevedo; Lopes (2019)	Desenvolver um plano operativo para solucionar o problema do uso indiscriminado de benzodiazepínicos de pacientes da ESF do município	Plano operativo envolvendo ações e educação popular do uso indiscriminado de benzodiazepínicos atendidos na ESF de Ipiranga/Piauí-PI.	Na ESF do município de Ipiranga, Piauí/PI tem revelado o uso indiscriminado de benzodiazepínicos, e banalização do uso de medicamentos de uso controlado. Essa questão vem causando um grave problema à saúde pública.	Implantação de ações e práticas de educação popular da ESF do município de Ipiranga, PI, envolvendo palestras, rodas de conversas e conversação com usuários possibilitando o fortalecimento de vínculo e conscientização para as complicações e efeitos do uso indiscriminado de benzodiazepínicos.
7	Zorzanelli <i>et al.</i> (2019)	Estimar a prevalência do uso de Clonazepam	Estudo ecológico e descritivo do consumo de Clonazepam (2009-	O consumo no Estado do RJ entre 2009 e 2013 aumentou em 0,35 para 1,97 Dose Diária	Os dados sugerem que até 2% da população adulta e usuária de Clonazepam,

		no Estado do Rio de Janeiro.	2013), com dados do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados da ANVISA.	Definida (DDD)/1000 habitantes. Os valores são maiores para os indivíduos acima de 18 anos. Empregando-se 1mg ao invés de 8mg, chega-se a 21 DDD/1000 habitantes. Acima de 18 anos, em 2013, no RJ e Niterói, com os maiores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH), apresentaram em 2013, os maiores consumos, 3,38 e 4,52 DDD, respectivamente.	possivelmente com hipnosedativo. Deve-se atentar para o uso ampliado e fora de indicações terapêuticas, dados o potencial de abuso e as reações adversas ao Clonazepam.
8	Fegadolli; Varela; Carlini (2019)	Compreender aspectos assistenciais presentes na base da utilização indiscriminada de benzodiazepínicos.	Com base numa parceria entre uma universidade brasileira e uma cubana, buscou-se o entendimento das práticas relacionadas ao uso desses medicamentos na atenção primária e dos sentidos que profissionais de saúde atribuem a elas. A investigação integrou um estudo de casos múltiplos realizado nos municípios de São Paulo e Diadema (Brasil) e Santiago de Cuba (Cuba). O trabalho de campo adotou como estratégias de coleta de dados entrevistas	A pouca apropriação das questões da saúde mental pelos profissionais da atenção primária, a fragmentação do cuidado, a sobrecarga de trabalho com temas considerados prioritários, as deficiências na disponibilidade de recursos terapêuticos e o pouco investimento em formação específica contribuem para o uso não adequado de benzodiazepínicos.	Independentemente dos contextos sanitários estudados, os desafios são semelhantes para os sistemas de saúde e só podem ser enfrentados se convertidos em prioridade para a gestão das organizações e para o conjunto dos profissionais.

			individuais e grupos focais.		
9	Silva <i>et al.</i> (2015)	Identificar o perfil epidemiológico dos usuários de benzodiazepínicos cadastrados em quatro equipes de saúde da família.	Estudo transversal, com 219 usuários cadastrados em quatro equipes de saúde da família. Fez-se uma coleta entre os meses de janeiro e maio de 2013. Para tabulação e análise utilizou-se os softwares Epidata 3.1 e EPINFO 6.04.	A maior parte dos usuários de benzodiazepínicos são do sexo feminino, autodeclarados negros ou pardos, idades entre 53 e 60 anos, com baixo nível de escolaridade e renda familiar. 69,95 dos usuários possui algum tipo de doença. O Clonazepam é o mais utilizado, com tempo de uso prolongado. A insônia foi o motivo mais apontado seguido pela ansiedade.	O perfil encontrado direciona para a necessidade de promover mudanças nas condutas de prescrição, dispensação e uso de benzodiazepínicos nas unidades de APS.
10	Firmino <i>et al.</i> (2012)	Avaliar as indicações de benzodiazepínicos no Serviço Municipal de Saúde de Coronel Fabriciano-MG, verificando sua conformidade com o preconizado pela literatura.	Estudo transversal com coleta retrospectiva de dados (setembro e outubro de 2006). Abrangendo o total das notificações de receita de benzodiazepínicos retidas na Farmácia Central, originadas nas unidades municipais de saúde (atenção primária e secundária).	Analysaram-se 1.866 receitas, sendo 59,7% do Diazepam e o restante do Clonazepam. A Dose Diária Definida por mil habitantes por dia foi de 24,69 para o Diazepam e de 3,58 para o Clonazepam. Cerca de 50% das indicações relatadas pelos médicos foram como hipnótico ou ansiolítico, 21,9% para "uso crônico/dependência" e o restante para outras indicações. Das receitas que atenderam aos critérios de inclusão para análise da adequação da indicação (1618), cerca de 70% foram consideradas não adequadas,	Houve um alto percentual de inadequação na utilização de benzodiazepínicos, principalmente pelo uso prolongado e para atender a casos considerados pelos prescritores como uso crônico/dependência. Assim, há responsabilidade do serviço de saúde na manutenção da dependência.

				tendo em vista a indicação e o tempo de tratamento.	
11	Souza; Cavalcante; Mendes (2016)	Caracterizar a prescrição de benzodiazepínicos em Teresina, Piauí, de julho de 2014 a outubro de 2014.	Inquérito epidemiológico, transversal, descritivo sobre a prescrição dos benzodiazepínicos em Teresina/PI, na ABS.	Diazepam foi o benzodiazepínico mais prescrito (95,9%); seguido do Clonazepam, 86,9%, independentes de gênero.	Embora não haja critérios suficientes que atestem um uso crônico, tal hipótese se faz mais fortalecida e exige que novos trabalhos na área sejam realizados.
12	Silva <i>et al.</i> (2016)	Analisar as características sociodemográficas, de histórica de uso e dependência de benzodiazepínicos.	Estudo transversal, amostra intencional composta de 219 usuários de benzodiazepínicos cadastrados em quatro equipes de saúde da família em um município da região Oeste de Minas Gerais.	A maior parte dos consumidores de benzodiazepínicos é do sexo feminino, idade entre 53 e 60 anos. O Clonazepam foi o benzodiazepínico mais utilizado. 181 indivíduos (82,6%) possuem dependência química de benzodiazepínicos.	Fatores como imagem positiva, baixo custo e troca de benzodiazepínicos, a medicalização de problemas pessoais, sociofamiliares e profissionais, inadequações do tratamento, contribuem para a dependência de benzodiazepínicos.
13	Nordon <i>et al.</i> (2009)	Identificar o perfil de usuários de benzodiazepínicos na APS e as características de sua utilização.	Entrevistas com todas as pacientes maiores de 18 anos em espera para atendimento em uma UBS de Sorocaba/SP, em 2008.	Foi encontrada utilização de benzodiazepínicos por 13014% das usuárias, sendo maior em mulheres (50 a 69 anos), em relacionamento estável e analfabetas. O uso encontrado foi maior para insônia (48,14%), medicamentos de longa-vida, crônico (mais de seis meses, 89,14%), com prescrição inicial principalmente por clínico geral (47,82%), com alta taxa de	Uso é 3,3 vezes maior do que a descrita na literatura para mulheres de perfil semelhante, com prescrições em geral inadequadas, independentemente do prescritor inicial (especialista ou não). O uso crônico em mulheres mais idosas, de menor escolaridade, de relacionamento estável, por motivos corretos,

				tentativas de interrupção (91,3%), infrutíferas (69,05%).	porém de tempo de tratamento inadequado.
14	Nunes; Bastos (2016)	Destacar os efeitos colaterais provocados pelo uso indevido e prolongado de benzodiazepínicos.	Revisão da literatura, com informações de artigos das plataformas Scielo e Lilacs, além de livros, revistas e trabalhos científicos em sites de Universidades.	Os benzodiazepínicos são medicamentos que em geral, têm rápido início de ação e são considerados seguros em relação a outros ansiolíticos pelo baixo risco de intoxicação, porém seu maior problema se deve a capacidade de causar dependência, devendo ser evitado seu uso prolongado.	Os benzodiazepínicos provocam efeitos colaterais, nesse intento, o estudo seve como meio de informação e alerta para profissionais da saúde e pessoas que fazem uso desses medicamentos, promovendo o uso racional deles.
15	Araújo <i>et al.</i> (2012)	Analisar a distribuição de antidepressivos e benzodiazepínicos na Estratégia de Saúde da Família de Sobral, Ceará nos períodos de 2010 e 2011	Amostra foi o banco de dados SISAL versão 4.0.7.1, na categoria de medicamentos controlados, da Central de Abastecimento Farmacêutico de Sobral, Ceará dos anos de 2010 e 2011. Foram analisadas mais de 6 milhões de unidades de medicamentos nas diferentes formas farmacêuticas, sendo maior a prevalência de antidepressivos.	Amitriptilina 25 mg e o Diazepam 5 mg foram os medicamentos mais distribuídos também em outros trabalhos realizados com esta temática. Os três Centros de Saúde da Família em que houve maior distribuição de psicotrópicos estão localizados na sede no município. Os antidepressivos e benzodiazepínicos obtiveram um total de R\$ 448.572,803 que representa 16,44% dos gastos com medicamentos controlados e 2,37% no total de gastos da Central de Abastecimento Farmacêutico.	As características da distribuição de antidepressivos e benzodiazepínicos na atenção primária encontradas nesse estudo estão de acordo com as pesquisas atuais, bem com os gastos que esses medicamentos tiveram para o Sistema Único de Saúde.
16	Telles Filho <i>et al.</i> (2011)	Verificar e analisar a prevalência da utilização de benzodiazepínicos por idosos cadastrados em	Trata-se de estudo descritivo, realizado com 27 idosos, de maio a julho de 2010, por meio de questionário	Como resultados, destacaram-se a faixa etária de 71 a 75 anos (25,92%), gênero feminino (88,88%) e, em relação à escolaridade, o	Faz-se presente a necessidade de reorganizar o processo de trabalho na instituição investigada, de forma que

		uma Estratégia Saúde da Família de Diamantina - Minas Gerais.	semiestruturado. Utilizou-se a análise descritiva junto aos dados.	primeiro grau incompleto (66,66%). Os medicamentos mais usados foram: Diazepam (37,03%), Clonazepam (25,92%), Bromazepam (18,51%) e Alprazolam (11,11%). 88,90% dos entrevistados possuíam receita e 11,10% não a possuíam. Dentre os idosos que possuíam receita, 33,33% não a seguiam.	se propicie uma adequação das prescrições e um seguimento mais eficaz destas.
17	Lira <i>et al.</i> (2014)	Identificar o perfil epidemiológico dos usuários de benzodiazepínicos residentes em áreas adstritas à UBS da cidade do Recife	Avaliou-se todos os prontuários dos usuários de acordo com o banco de dados de saúde mental, pertencente às equipes de referência de uma unidade de saúde da família em 2011.	71% de mulheres com idade média de 52,45 anos fazem uso de benzodiazepínicos, com uso crônico de ansiolíticos de meia-vida por mais de 12 meses (94,5%), indicando principalmente para insônia (42,6%), com prescrição inicial pelo médico clínico geral (66,2%).	Constatou-se o problema do uso do grupo terapêutico estudado em mulheres idosas, em uma proporção significativa, com continuidade do seu que vai além de uma finalidade específica e com um tempo indeterminado.
18	Gandra; Leite; Teixeira (2019)	Destacar o impacto da dependência de benzodiazepínicos tem na vida dos indivíduos e a dificuldade de retirar essas substâncias e na falta respostas adequadas no sistema nacional de saúde para lidar com o problema.	Revisão da literatura	O uso indevido de benzodiazepínicos pode levar à dependência dessa substância, constituindo um sério problema de saúde. O problema é difícil de gerenciar terapêuticamente. Apesar desse achado, a prescrição de benzodiazepínicos ainda é comum. Na literatura existem várias propostas de intervenção terapêutica, que vão desde a progressiva	A intervenção psicoterapêutica é de extrema importância para o tratamento desse fenômeno e a prevenção dessas situações deve ser uma prioridade.

				redução à intervenção psicoterapêutica.	
19	Khong; Sim; Hulse (2004)	Fornecer informações práticas para médicos de clínica geral na gestão de pacientes com dependência de benzodiazepínicos.	Trata-se de um artigo de uma série de arquivos de casos da prática geral que exploram questões de tratamento relacionadas ao uso de substâncias e à prática geral comumente encontrada apresentações.	Alguns pacientes podem ter problemas comuns apresentações e medicamentos coexistentes dependência. Muitas vezes é difícil separar esses dois problemas. No caso de dependência benzodiazepínica, gradual retirada ao longo do tempo e tratamento não farmacológico da sintomas de abstinência, como ansiedade ou insônia é eficaz.	Melhores resultados são alcançados onde o GP discute e planeja estratégias com bastante antecedência com o paciente. O tratamento geralmente envolve múltiplos intervenções de várias áreas da saúde profissionais. Clínicos gerais são idealmente localizados para coordenar esse tratamento.
20	Fegadolli <i>et al.</i> (2019)	Caracterizar o perfil de utilização de benzodiazepínicos em uma área de saúde pública em Santiago, Cuba, e analisar o contexto de consumo a partir dos sentidos construídos por usuários crônicos.	Trata-se de uma pesquisa de investigação realizada em 14 consultórios médicos de família e comunidade e farmácia na área de saúde pública Armando Garcia, Santiago.	O estudo evidenciou pouca conscientização sobre o uso de benzodiazepínicos pela população, com evidências de sofrimento, dependência. As mulheres são as que mais se destacam quanto ao uso indiscriminado do fármaco.	Evidencia-se a necessidade de estudar estratégias para o tratamento de insônia e ansiedade na atenção primária de saúde, e valorizar as políticas públicas para a implementação de terapias naturais e outras abordagens, para contribuir no uso racional de BZDs.
21	Herrera <i>et al.</i> (2002)	Estimar a prevalência de uso crônico de BZDs entre os pacientes adultos atendidos na atenção primária de	Estudo descritivo de prescrição-indicação de utilização de medicamentos entre os meses de novembro de	A maioria dos consumidores são maiores de 15 anos, 57% relatam doença crônica, 73,6% são mulheres, com prevalência	Revelou-se um consumo exacerbado de BZDs na população adulta, a maioria para tratamento de insônia e ansiedade. As

		saúde em Cuba, Havana.	1999 a janeiro de 2000. Seleção probabilística realizada em 28 consultórios médicos envolvendo 459 pacientes.	entre aqueles com 60 anos ou mais.	donas de casa e casadas são as mais prevalentes.
22	Ricardo; Gárciga (2010)	Examinar o consumo de BZDs em pacientes da terceira idade.	Estudo de investigação de corte transversal em consultório da região de saúde de Campo Florido, Havana.	As mulheres são as maiores consumidoras de BZDs, idosas; para tratamento de insônia e ansiedade.	A prescrição de psicofármacos na população idosa constitui uma prática clínica habitual que merece atenção.
23	Romero <i>et al.</i> (2008)	Determina a prevalência do uso de BZDs e drogas similares na atenção primária	Estudo observacional e transversal realizado em um centro de saúde de atenção primária, Reus-Altebrat.	Uso de BZDs e análogos de forma prolongada em 6.885 pacientes. 70,9% são mulheres, com idade acima dos 65 anos, 73% adstritas da região urbana.	Um elevado percentual de probabilidade, com compreende os pacientes mais frágeis, vem sendo tratados com BZDs ou análogos, o que corrobora a necessidade de ajustes nas práticas clínicas na atenção primária.
24	Toral-López <i>et al.</i> (2019)	Analisar as taxas de consumo de BZDs e hipnóticos em um centro de atenção primária em Granada, Espanha, e identificar o perfil do consumidor.	Trata-se de um estudo descritivo e exploratório.	O estudo identificou um elevado consumo em mulheres jovens, bem como as idosas. Algumas pessoas consomem mais um fármaco, os mais utilizados são Diazepam, alprazolam e bromazepam.	Não há relação entre a idade e o consumo, os idosos foram os mais prevalentes. Nota-se a necessidade de maior conhecimento sobre o fármaco e sua abordagem, e atentar-se para aqueles pacientes com sintomas crônicos.