

ESCOLA DE GOVERNO EM SAÚDE PÚBLICA DE PERNAMBUCO  
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA COM ÊNFASE EM  
GESTÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE  
VI GERES ARCOVERDE  
**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA**

LUANA BATISTA RIBEIRO TELES

**CARACTERIZAÇÃO DE USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA  
DE UMA REGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO: SAÚDE MENTAL E  
MEDICALIZAÇÃO SOCIAL**

ARCOVERDE

2018

LUANA BATISTA RIBEIRO TELES

**CARACTERIZAÇÃO DE USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA  
DE UMA REGIÃO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO: SAÚDE MENTAL E  
MEDICALIZAÇÃO SOCIAL**

Trabalho de Conclusão de Residência multiprofissional em saúde coletiva com ênfase em gestão de redes de atenção a saúde, como requisito para a obtenção do título de sanitarista.

Orientadora: Vera Lúcia Dutra Facundes  
Coorientador: Willians Emanuel da Silva Melo

ARCOVERDE

2018

## RESUMO

**Introdução:** A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) designa pontos de atenção territorializados para atendimento a pessoas que apresentem sofrimento ou transtorno mental e/ou com demandas oriundas do uso de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O artigo objetiva caracterizar os usuários da RAPS atendidos em serviços de atenção primária à saúde segundo aspectos demográficos, condições de saúde referidas e utilização de medicamentos, a fim de aperfeiçoar o suporte aos seus usuários. **Metodologia:** Trata-se de um estudo observacional transversal, de caráter descritivo e natureza quantitativa. A coleta de dados baseou-se em um questionário semiestruturado denominado: Instrumento Padrão do Perfil Epidemiológico de Saúde Mental – 2017, produzido pela coordenação da RAPS da VI Microrregião de Saúde do estado de Pernambuco, em parceria com os coordenadores de saúde mental dos municípios que a compõe. **Resultados:** A população é predominantemente feminina, com idades acima de 60 anos. O uso de psicofármacos é algo bastante evidente na região, dos quais os ansiolíticos obtêm maioria absoluta de prescrições. Em geral seu uso se estende por períodos acima de 1 ano. **Conclusão:** Os resultados deste estudo levantaram indícios de medicalização social, amparados no vasto e prolongado consumo de ansiolíticos. Tais medicações são comumente usadas de forma indiscriminada e geram efeitos colaterais indesejáveis. A pluralização terapêutica de suas instituições, ou seja, a oferta de tratamentos alternativos menos nocivos que o uso dessas medicações, representa um caminho resolutivo à crescente medicalização social no âmbito da atenção à saúde.

**Descritores:** Medicalização, Ansiolíticos, Farmacoepidemiologia, Serviços de saúde mental, Terapias complementares.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>4</b>
<b>2. METODOLOGIA.....</b>	<b>7</b>
<b>3. RESULTADOS.....</b>	<b>9</b>
<b>4. DISCUSSÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>5. CONCLUSÃO.....</b>	<b>21</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>23</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A reforma psiquiátrica, em seu decurso, despontou as inadequações do paradigma hospitalocêntrico da psiquiatria clássica, que se traduziam na exclusão social e desqualificação do sujeito em sofrimento psíquico (GONÇALVES; SENA, 2001). Já existem no Brasil portarias que defendem um modelo de atenção aberto e de base comunitária, que exigem o desenvolvimento de práticas de cuidado que promovam a inclusão social, com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania (BRASIL, 2001; BRASIL, 2002; BRASIL, 2010; BRASIL, 2011;).

Entre estas destaca-se a portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), voltada para pessoas que apresentem sofrimento ou transtorno mental e/ou com demandas oriundas do uso de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A RAPS designa pontos de atenção territorializados para atendimento ao público supracitado, sendo constituída por serviços de Atenção Primária em Saúde (APS), atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização, e serviços de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011).

A consolidação deste novo modelo, no entanto, é bastante complexa, pois deve ir além das transformações técnico-administrativo-assistenciais, envolvendo um profundo processo de transformação social, no qual se faz necessária uma reflexão sobre o paradigma científico da psiquiatria que, pautada nos fundamentos do modelo biomédico de atenção a saúde, limita os indivíduos as fronteiras de seu processo de adoecimento (FARIA; SCHNEIDER, 2009).

Mas quais seriam em verdade essas fronteiras? Observa-se nesse contexto uma imposição social de modos ditos “sadios” de agir e se comportar que produz indivíduos controlados e negativiza aqueles que, por diversos motivos, não se amoldam ao padrão. Silva et al. (2012) trazem a medicalização como uma nova estratégia de controle social, substituindo o papel dos antigos manicômios, onde, devido a relação saber/poder psiquiátrico, excluía-se do convívio social pessoas que fugiam a normalidade.

Nesse contexto, Barros (2008) versa sobre a existência de uma lógica farmacêutica deturpada, onde há exacerbado incentivo social ao consumo de medicamentos indicados para tratar “doenças exageradas ou inventadas”. A tristeza, por essa ótica, perde o seu caráter natural, voltado a questões subjetivas do indivíduo, e passa a ser tratada como processo patológico. Outros exemplos disto são a solidão, a inquietude, a ansiedade e a insegurança, para os quais também são prescritos os medicamentos psicofármacos, entendidos como única estratégia ao seu enfrentamento (FERRAZZA et al. 2010).

Psicofármacos são agentes químicos que interferem essencialmente em funções do sistema nervoso central (CANCELLA, 2012). Atuam em sistemas de neurotransmissão específicos e possuem copiosos mecanismos de ação sendo, por isto, capazes de afetar comportamento, humor e cognição (CARLINI, 2001). Incluídos neste grupo encontram-se os medicamentos ansiolíticos, antidepressivos, antipsicóticos e antiepiléticos (CANCELLA, 2012). Esses medicamentos trouxeram grandes avanços no tratamento de transtornos mentais graves (BARROS, 2008). A problemática surge na padronização de tratamentos de toda e qualquer manifestação de sofrimento psíquico com base na utilização exclusiva de recursos químicos. Por atuar em sintomas socialmente indesejáveis, e apresentarem, por vezes, efeitos secundários almejavéis (a exemplo do emagrecimento – efeito secundário da fluoxetina) são muitas vezes usados de forma abusiva, gerando prejuízos a saúde em diversas ordens (CRUZ; CRUZ; TORRES 2015).

Estudos apontam um aumento no consumo de psicofármacos (AMARANTE, 2007; Barros, 2008; CRUZ; CRUZ; TORRES 2015), com destaque para os antidepressivos, os ansiolíticos e os estimulantes psicomotores (CRUZ; CRUZ; TORRES 2015). Esta constatação suscita a preocupação de que esteja havendo um abuso em sua dispensação, o que pode causar prejuízos a saúde dos pacientes, por apresentar efeitos colaterais nocivos e acarretar dependências química e psicológica (PICON; PENIDO, 2011; SORDI; RODRIGUEZ; KESSLER 2011; CRESWELL; WAITE; COOPER 2014; KATZMAN et al. 2014;), assim como gerar gastos excessivos ao SUS (CRUZ; CRUZ; TORRES 2015).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) é preciso investir em estudos epidemiológicos e produção de dados concretos sobre os serviços e recursos que estruturam a rede de saúde mental, a fim de aperfeiçoar o suporte aos usuários (CARVALHO; SILVA;

RODRIGUES, 2010). Contudo ainda não existem estudos, dentro da área de abrangência proposta, relacionados à temática ou ao público em questão. Iniciar uma pesquisa com esta temática poderá despertar em outros profissionais o interesse pela produção dos dados que caracterizem melhor a população que está sendo trabalhada. Nesse contexto, o presente estudo pretende caracterizar os usuários da RAPS da VI Regional de Saúde de Pernambuco, atendidos em serviços de atenção primária à saúde, segundo aspectos demográficos, utilização de medicamentos e condições de saúde referidas.

## 2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional transversal, de caráter descritivo e natureza quantitativa, realizado na VI Região de Saúde do estado de Pernambuco. Os sujeitos da pesquisa são usuários dos serviços de atenção a primária a saúde, integrantes da RAPS regional, residentes em seus treze municípios constituintes: Arcoverde, Buíque, Custódia, Ibimirim, Inajá, Jatobá, Manarí, Pedra, Petrolândia, Sertânia, Tacaratu, Tupanatinga e Venturosa.

Os dados analisados são oriundos do levantamento do Perfil Epidemiológico de Saúde Mental – 2017, produzido pela coordenação da RAPS da VI Região de Saúde, em parceria com os coordenadores de saúde mental municipais integrantes da rede. Foram utilizados apenas questionários referentes a usuários de serviços de atenção primária, sendo excluídos todos os questionários de quaisquer serviços de média e alta complexidade.

O questionário base continha variáveis sem definição em classes ou categorias – sexo; idade; período de uso da medicação e qual o transtorno mental apresenta. – e variáveis elencadas entre “sim” e “não” - Possui transtorno mental e uso de medicações (abordando: Amitriptilina, fluoxetina, sertralina, clonazepam, diazepam, clorpromazina, risperidona, haldol, ritalina, prometazina, biperideno e outros). As informações desse instrumento foram categorizadas no intuito de tornar mais objetiva e precisa a discussão de seus achados.

Nenhum registro original foi modificado, estes apenas foram reconhecidos, diferenciados e classificados. As variáveis “sexo”, “idade” e “período de uso da medicação” foram categorizadas seguindo o modelo clássico. Este pressupõe que os membros de uma categoria possuem atributos definidores comuns, não se assemelhando a nenhum não membro. Seus itens podem agrupar-se de diversas formas para formar categorias, estando estas a critério do categorizador (LIMA, 2010).

A variável *sexo* ganhou as categorias “feminino”, “masculino” e “intersexo”. *Idade* foi dividida em faixas etárias de 10 em 10 anos até a categoria “60 anos ou mais”. *Período de medicação* foi categorizado em: “menor que 1 ano”; “maior que 1 a 5 anos”, “5 a 10 anos” e “mais que 10 anos”. Todas as variáveis supracitadas apresentam a opção “não informado”.

A categorização da variável *uso de medicação* seguiu o modelo de protótipos, que em contradição ao modelo clássico, entende que os limites entre as categorias são indefinidos, podendo um membro se enquadrar em mais de uma categoria. Nesse ângulo os itens



elencados para cada categoria podem ser ordenados de acordo com suas semelhanças, havendo um gradiente de tipicidade entre eles (LIMA, 2010). Tal modelo atende melhor a singularidade desta variável. O critério escolhido para a categorização foi à classe terapêutica, e cada medicação exposta no questionário original foi classificada de acordo com seu uso mais expressivo na clínica. Tal variável ganhou as seguintes categorias: Antidepressivos, ansiolíticos, estabilizadores de humor, antipsicóticos, neurolépticos, antiparkinsonianos, estimulantes do SNC, outros, e não informado. Sua divisão teve como referência o Guia prático de matriciamento em saúde mental disponibilizado pelo Ministério da Saúde em 2011. Foi acrescentada a variável “quantidade de medicações por paciente”.

Os dados foram digitados e codificados com dupla entrada de dados, para isso utilizou-se o pacote estatístico Epi-Info versão 7.1.4 e o editor de planilhas Microsoft Office Excel versão 2007. Após a apuração realizou-se a análise da frequência simples das variáveis e tabulação dos dados, cujos resultados foram discutidos com base no levantamento da bibliografia científica relacionada ao tema do estudo.

As informações foram apresentadas de forma coletiva, sem qualquer exposição das pessoas envolvidas, de maneira que todos os participantes tiveram sua identidade preservada atendendo ao que determina a resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O estudo foi aprovado pelo Comitê de ética em pesquisa do Hospital Agamenon Magalhães sob o CAAE nº 86618818.0.0000.5197.

### 3. RESULTADOS

Foram analisados 4.409 formulários oriundos dos treze municípios integrantes da VI Região de Saúde de Pernambuco (Tabela 1). Do total, a maioria dos usuários estudados, reside nos municípios de Pedra 899 (20,4%) e Sertânia 460 (10,4%).

**Tabela 1 Quantidade formulários integrantes do estudo, estratificada por município. Out. 2017 a jan. 2018. VI Regional de Saúde de Pernambuco.**

MUNICÍPIOS	n = 4409	%
<i>Pedra</i>	899	20,4
<i>Sertânia</i>	460	10,4
<i>Custódia</i>	426	9,7
<i>Tupanatinga</i>	425	9,6
<i>Petrolândia</i>	390	8,8
<i>Venturosa</i>	391	8,9
<i>Ibimirim</i>	287	6,5
<i>Buíque</i>	310	7,0
<i>Jatobá</i>	258	5,9
<i>Tacaratu</i>	212	4,8
<i>Arcoverde</i>	76	1,7
<i>Manari</i>	144	3,3
<i>Inajá</i>	131	3,0

Fonte: Elaborado pela autora

Algumas variáveis foram pesquisadas considerando múltiplas respostas, de maneira que seu somatório trouxe um resultado acima do número total de prontuários (N = 4409). Outras foram estratificadas por itens relevantes aos objetivos do estudo, trazendo, portanto um n menor que o supracitado.

A análise das variáveis sexo e faixa etária revelou que o numero de usuários da APS se eleva com o avançar da idade dispondo de percentuais expressivos a partir da faixa etária de 31 a 40 anos (14,7%). Seguem com valores semelhantes às faixas etárias subsequentes: 41 a 50 anos (16,7%) e 51 a 59 anos (16,8%).

O percentual mais significativo (32,8%) aponta que os usuários da APS são em maioria idosos, ou seja, com sessenta anos ou mais. Quando discriminados por sexo observa-

se maioria feminina (23,4%). Faixa etária que permanece prevalente no tocante ao sexo oposto (9,2%), conforme o exposto na tabela 2.

**Tabela 2 Distribuição de usuários da APS em relação à faixa etária e sexo. VI Regional de Saúde de Pernambuco. Out. 2017 a jan. 2018.**

FAIXA ETÁRIA	Sexo Feminino		Sexo Masculino		Não Informado		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>0-10</i>	31	0,7	69	1,6	0	0,0	100	2,3
<i>11-20</i>	90	2,0	145	3,3	1	0,0	236	5,4
<i>21-30</i>	186	4,2	174	3,9	1	0,0	361	8,2
<i>31-40</i>	408	9,3	239	5,4	2	0,0	649	14,7
<i>41-50</i>	500	11,3	236	5,4	0	0,0	736	16,7
<i>51-59</i>	559	12,7	178	4,0	4	0,1	741	16,8
<i>60 em diante</i>	1032	<b>23,4</b>	407	<b>9,2</b>	8	<b>0,2</b>	<b>1447</b>	<b>32,8</b>
<i>Não informado</i>	102	2,3	34	0,8	3	0,1	139	3,2
<b>Total</b>	2908	<b>66,0</b>	1482	<b>33,6</b>	19	<b>0,4</b>	<b>4409</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Elaborado pela autora

Segundo a tabela 3 os ansiolíticos são os psicofármacos mais prescritos: 2205 usuários da APS regional fazem uso de psicofármacos ansiolíticos, percentual elevado em relação aos demais: 50%. Apenas 0,4% dos usuários referem não fazer uso de medicações psiquiátricas.

**Tabela 3 Psicofármacos mais utilizados por usuários da APS. VI Regional de Saúde de Pernambuco. Out. 2017 a jan. 2018.**

CLASSE TERAPÊUTICA	n = 4409	%
<i>Ansiolíticos</i>	2205	50,0%
<i>Antidepressivos</i>	1191	27,0%
<i>Estabilizadores de humor</i>	726	16,5%
<i>Antipsicóticos</i>	555	12,6%
<i>Neurolépticos</i>	310	7,0%
<i>Antiparkinsonianos</i>	114	2,6%
<i>Estimul. do Sistema Nervoso Central</i>	19	0,4%
<i>Outros</i>	732	16,6%
<i>Não faz uso</i>	19	0,4%
<i>Não Informado</i>	226	5,1%

Fonte: Elaborado pela autora

Através da análise conjunta das variáveis que consideram a terapêutica medicamentosa, estratificadas por uso de medicações ansiolíticas (tabelas 4, 5 e 6), foi possível traçar um perfil de usuários dessas medicações na regional. Seu consumo se mostra elevado entre pessoas idosas (41,3%), sendo estas em maioria mulheres (31,1%), e em geral aumenta com o avanço da idade, em ambos os sexos (tabela 4). Frequentemente usado de forma isolada (Tabela 5), seu uso prolonga por períodos acima de 1 ano (59,2%), com 19,8% destes fazendo uso entre 5 e 10 anos e 12,2% acima de 10 anos (tabela 6).

**Tabela 4 Distribuição de usuários da APS em relação a faixa etária e sexo, estratificado por uso de ansiolíticos. VI Regional de Saúde de Pernambuco. Out. 2017 a jan. 2018.**

FAIXA ETÁRIA	USO DE ANSIOLÍTICOS							
	Sexo Feminino		Sexo Masculino		Não Informado		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>0-10</b>	4	0,2	9	0,4	0	0,0	13	0,6
<b>11-20</b>	20	0,9	18	0,8	0	0,0	38	1,7
<b>21-30</b>	72	3,3	33	1,5	1	0,0	106	4,8
<b>31-40</b>	172	7,8	78	3,5	2	0,1	252	11,4
<b>41-50</b>	286	13,0	102	4,6	0	0,0	388	17,6
<b>51-59</b>	335	15,2	88	4,0	3	0,0	426	19,3
<b>60 em diante</b>	685	31,1	221	10,0	5	<b>0,0</b>	911	<b>41,3</b>
<b>Não informado</b>	55	2,5	15	0,7	1	0,0	71	3,2
<b>Total</b>	1629	73,9	564	25,6	12	<b>0,5</b>	2205	<b>100,0</b>

Fonte: Elaborado pela autora

**Tabela 5 Demonstrativo de associações medicamentosas com presença obrigatória de ansiolíticos. VI Regional de Saúde de Pernambuco. Out. 2017 a jan. 2018.**

QUANTIDADE DE MEDICAÇÕES PER CAPITA	ANSIOLÍTICOS	
	n = 2205	%
<b>1</b>	1357	61,5%
<b>2</b>	656	29,8%
<b>3</b>	149	6,8%
<b>4</b>	36	1,6%
<b>5</b>	6	0,3%
<b>6</b>	1	0,0%

Fonte: Elaborado pela autora

**Tabela 6 Tempo de uso de psicofármacos ansiolíticos por usuários da APS. VI Regional de Saúde de Pernambuco. Out. 2017 a jan. 2018.**

ANSIOLÍTICOS		
TEMPO DE USO	n = 2205	%
<i>Menor ou igual a 1 ano</i>	179	8,1%
<i>Maior que 1ano- Até 5 anos</i>	599	27,2%
<i>Maior que 5 anos – Até 10 anos</i>	437	19,8%
<i>Mais que 10 anos</i>	270	12,2%
<i>Não Informado</i>	720	32,7%

A variável que versa sobre os motivos que levam prescrição de psicofármacos na regional não tem relevância estatística devido ao grande número de formulários em que estas informações não foram cedidas. Dos 4409 formulários enviados apenas 992 trouxeram tais informações diagnósticas. O importante a se observar sobre este dado é: Seria ele resultado de falhas na coleta, ou a constatação de que a imensa maioria dos usuários da APS usa medicações de forma indiscriminada?

**Tabela 7 Demonstrativo de perda de validade interna da variável: Qual o transtorno mental. VI Região de Saúde. Out. 2017 a jan. 2018.**

Qual transtorno mental	n = 4409	%
<i>Não Informada</i>	<b>3417</b>	<b>77,50%</b>
<i>Informada</i>	992	22,50%

Fonte: elaborado pela autora

Dentre os enviados observou-se: 206 queixas de Insônia, 411 queixas de sintomas depressivos e 144 queixas de ansiedade.

#### 4. DISCUSSÃO

Frente à magnitude dos transtornos mentais, e a sua crescente trivialização contemporânea (Amarante, 2007; Barros, 2008), torna-se relevante o incentivo de investigações epidemiológicas na perspectiva de produzir dados que melhor caracterizem a população em questão. De maneira que a coerência e a consistência dessas informações podem servir para apoiar decisões clínicas e gerenciais, avaliar o andamento dos projetos terapêuticos institucionais, instrumentalizar pesquisas e formação profissional, além de aspectos mais relacionados à qualidade da prestação do serviço e do processo de trabalho.

No esforço de traçar o perfil epidemiológico da Rede de Atenção Psicossocial da VI Região de saúde foram analisados 4.409 formulários referentes a população residente em 13 municípios, uma parcela significativa de pessoas convivendo com o sofrimento psíquico.

O grupo populacional estudado foi composto predominantemente por mulheres. Acerca disto, o Relatório Sobre a Saúde Mental no Mundo, 2001 - Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial de Saúde/ONU – aponta que a sobrecarga relacionada aos múltiplos papéis desempenhados pelas mulheres na sociedade (esposas, mães, educadoras, cuidadoras e, em parte, provedoras) as tornam mais suscetíveis a desenvolver manifestações de sofrimento psíquico, destacando os transtornos mentais e comportamentais. Outro fator relevante, mencionado pelo mesmo documento, é a maior probabilidade de as mulheres receberem prescrição de psicotrópicos, quando relacionadas ao sexo oposto. Fato resultante da soma dos, por vezes conflitantes, papéis sociais da mulher, às múltiplas violências e privações por elas sofridas cotidianamente. Diversos estudos atestam a prevalência do uso de psicotrópicos em mulheres (ALVARENGA et al. 2007; LIMA et al. 2008; FIRMINO et al. 2011; NETTO; FREITAS; PEREIRA, 2012; NOIA et al. 2012; SOUZA; OPALEYE; NOTO, 2013)

Alguns usuários da APS referiram sofrer de Insônia, sintomas depressivos e ansiedade. Achados da literatura evidenciam a predominância de situações de sofrimento mental, em termos gerais, transtornos que englobam sintomas depressivos e ansiosos como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas – Os chamados Transtornos Mentais Comuns (TMC) – em pessoas do sexo feminino (ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005; RIBEIRO et al. 2009; VIDAL et al. 2013;

COUTINHO et al. 2014; BORGES; HEGADOREN; MIASSO, 2015). Argumento que corrobora com os resultados anteriormente expostos.

A população masculina se revelou em menor número, no que concerne ao presente estudo, tal qual é citada quando o assunto é saúde mental – em percentuais pouco expressivos. Estes resultados podem revelar aspectos socioculturais desfavoráveis à saúde física e mental do homem, entre outros, por lhe exigir uma postura de força e poder que o distancia da ideia de cuidados com a saúde (TRAVASSOS et al. 2002). Tal ideal de masculinidade comporta sentimentos de invulnerabilidade que se somam ou impulsionam o homem a assumir alguns comportamentos de risco (FIGUEIREDO, 2005).

Associadas ao ideário masculino hegemônico encontram-se ainda as dificuldades em buscar ajuda e expor suas necessidades em saúde, pois o simples dialogar pode representar uma demonstração de fraqueza mais compatível com características femininas (FIGUEIREDO, 2005). Homens tendem a minimizar e mulheres a supervalorizar seus problemas de saúde (TRAVASSOS et al. 2002; LEVORATO et al. 2004). Destarte à aflição psicológica dos homens não deve ser descartada.

Santos (2009) versa sobre a complexidade que o seu adoecimento representa, resultando por vezes em uma brusca ruptura em suas trajetórias de vida, citando: seu isolamento e desinteresse em sua esfera de vida privada; o imaginário de um fracasso social ligado a interferência que o adoecimento psíquico exerce em sua identidade de trabalhador ou de estudante; a possível e traumática privação do exercício de suas sexualidades e a incapacidade de cumprir com o papel social de gênero tradicional de provedor e chefe de família. Sendo recomendado um olhar específico para esse grupo, capaz de atender as suas particularidades.

No tocante a faixa etária, ambos os sexos exprimem os mesmos resultados: maioria com 60 anos ou mais. Isso pode refletir as dificuldades pessoais e sociais relacionadas ao avanço da idade. O cenário sociocultural brasileiro pode ser considerado nocivo à saúde psicológica do idoso, devido não só as dificuldades no acesso a bens e serviços, mas também ligadas às situações de violência, discriminação e por vezes humilhações sociais a ele arraigadas. Isso somado a maior prevalência de adoecimentos associados a essa faixa etária

gera um quadro em que a dinâmica psicológica muitas vezes vai se mostrar comprometida (FLORIANO; DALGALARRONDO, 2007; TAVARES, 2009).

Sobre as variáveis que consideram a terapêutica medicamentosa, observa-se que os ansiolíticos são os psicofármacos mais prescritos na regional, sendo consumidos por 2.205 usuários da APS. Destes 30,8%, aproximadamente 1.357 pessoas, consomem apenas esta medicação. Seu uso se prolonga, em maioria absoluta, por períodos acima de 1 ano.

Medicamentos ansiolíticos são os conhecidos calmantes, tranquilizantes e sedativos. Atuam sobre o sistema nervoso central, exercendo uma ação seletiva sobre a ansiedade. Em geral são usados de forma indiscriminada, estando sua indicação amplamente relacionada ao combate à insônia (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2004). Seu uso terapêutico 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 (SANTOS, 2009)

Diretrizes internacionais (European Medicines Agency, 1994) recomendam o uso de benzodiazepínicos, com ação ansiolítica e hipnótica, em curtos períodos de tempo, onde as indicações não ultrapassam 4 semanas para tratamento de insônia e entre 8 á 12 semanas em casos de ansiedade.

Contudo estudos nacionais recentes afunilam essa periodização, afirmando que o uso de tais medicamentos não deve ultrapassar três ou quatro semanas, por causarem depressão da atividade motora, caracterizada pela diminuição da ansiedade e indução ao sono (MATE, 2012; MENDES, 2013). Um tratamento que exceda o tempo máximo de 4 a 6 semanas aumenta os riscos de surgimento de efeitos indesejáveis como a tolerância, dependência e abstinência (OLIVEIRA; LOPEZ; CASTRO, 2015; SILVEIRA, 2015).

Se tais perspectivas forem correlacionadas aos resultados aqui expostos, pode-se supor a existência de uso abusivo e indiscriminado de medicação ansiolítica na VI Região de Saúde, podendo culminar em adoecimentos de varias naturezas, principalmente ligados a seus nocivos efeitos adversos. Tais efeitos incluem: diminuição da cognição, amnésia anterógrada, sedação, redução da coordenação, aumento do risco de acidentes (no tráfego, em casa ou no trabalho) e tolerância (SOUZA; OPALEYE; NOTO, 2013).



Esses medicamentos interferem no cotidiano do usuário, pois prejudicam seu desempenho psicomotor, afetando funções cognitivas como: atenção e concentração, velocidade de desempenho, destreza e prontidão de reflexos (MENDES, 2013). Quando usados de forma abusiva, tornam-se potenciais geradores custos socioeconômicos, a exemplo de problemas na interação social e interpessoal, diminuição da capacidade de trabalho, desemprego e aumento dos riscos de tentativas de suicídio, de envolvimento em atitudes antissociais e das chances de overdose quando associada a outras drogas (SILVEIRA, 2015). Seu uso constante representa um motivo de preocupação para a saúde pública (PICON; PENIDO, 2011; SORDI; RODRIGUEZ; KESSLER, 2011; CRESWELL; WAITE; COOPER, 2014; KATZMAN et al. 2014).

O excesso de prescrições e consumo de psicofármacos ansiolíticos se deve a junção de vários fatores, entre eles, o surgimento constante de novos diagnósticos de transtornos psiquiátricos, a indução de novos psicofármacos e a automedicação, estimulada pelas diversas propagandas medicamentosas. Fatores ligados à existência de uma lógica farmacêutica soberana que, visando o lucro, incentiva a busca pela extinção de qualquer sofrimento psíquico de forma rápida e exclusivamente medicamentosa (BARROS, 2008; BORDIM, 2012). O processo de medicalização social e o poderio da indústria farmacêutica se consolidam, ao passo que o consumo de fármacos aumenta e seu uso racional não se concretiza (NANDI, 2012).

O termo medicalização está relacionado à massificação das subjetividades individuais imposta pelo modelo ocidental de atenção a saúde vigente: o modelo biomédico. Este tem por característica marcante a patologização social, onde pessoas, condições ou etapas de vida passam a sofrer intervenções curativas ou normalizadoras específicas, independente de uma concreta existência de sinais ou sintomas mórbidos ou patológicos. Birman (2011) refere que frente a qualquer angústia, tristeza ou desconforto psíquico, médicos passaram a optar pela prescrição de psicofármacos, descartando e silenciando a escuta da existência e da história dos enfermos.

Silva e colaboradores (2012) vão além trazendo a medicalização como uma nova forma de controle social, equiparando-a aos antigos manicômios, onde se observava que através da relação saber/poder psiquiátrico excluía-se do convívio comum pessoas que fugiam a normalidade.

Psicofármacos ansiolíticos, nesse contexto, se enquadram como ferramentas na implementação da “medicalização do mal-estar”, onde pessoas recorrem a eles na esperança de escapar das aflições diárias a exemplo de situações de estresse, pressões sociais, familiares ou ligadas ao trabalho. Ou simplesmente na busca de usufruir de seus efeitos agradáveis: excitação, euforia e maior motivação para realização de atividades cotidianas (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2004; MENDONÇA; CARVALHO, 2005). “É necessário glorificar o eu, mesmo que por meios bioquímicos e psicofarmacológicos” (BIRMAN, 2011, p. 182).

Frente ao exposto é importante observar que a prescrição destes fármacos está primordialmente associada a quadros de ansiedade, estresse, depressão, insônia e problemas na área social (CANCELLA, 2012). Assim como problematizar o fato de os transtornos de ansiedade estarem entre os transtornos psiquiátricos mais prevalentes na atualidade (CLARK; BECK, 2012). Achados que se assemelham aos obtidos no estudo em questão.

O perfil dos usuários de ansiolíticos na área estudada é, em maioria, constituído por pessoas idosas, sendo estas em grande parte mulheres. Tais dados corroboram com achados da literatura que afirmam que ansiolíticos mantém um alto índice de consumo quando associados a mulheres idosas (HUF, G. et al, 2000; TELLES FILHO et al. 2011; BONAFIM, 2012), representando 30% dos medicamentos por elas utilizados ( TELLES FILHO et al. 2011).

O uso de psicotrópicos por idosos é considerado, em muitos casos, inapropriado, pois estes apresentam maior vulnerabilidade aos seus efeitos adversos (NOIA et al. 2012). Em geral todos os ansiolíticos, e demais benzodiazepínicos, aumentam o risco de comprometimento cognitivo, episódios de delírio, quedas, fraturas e acidentes com veículos motorizados em idosos (AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, 2012). Existe ainda associação entre o aumento dos casos de demência e o uso prolongado de benzodiazepínicos (GAGE et al. 2012; GAGE et al. 2014).

Os riscos de acarretar dependência também são maiores, quando comparadas a outras faixas etárias, sendo mulheres idosas mais suscetíveis por realizarem uso contínuo (MENDONÇA; CARVALHO, 2005).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) possui em seus fundamentos a proposta de cuidado continuado a usuários da rede de saúde mental, se apresentando como espaço

integrador onde os pacientes possam ressignificar seus sintomas, serem acolhidos e reintegrados a sociedade (FERREIRA et al. 2016). Mas em realidade, a busca a estes serviços motivada por questões que envolvam sofrimento psíquico de variadas naturezas, pode levar obtenção de outro problema não explícito: a dependência de medicações ansiolíticas (MENDES, 2013).

Uma alternativa à crescente medicalização social no âmbito da atenção à saúde é a pluralização terapêutica de suas instituições, ou seja, a valorização e o oferecimento de Práticas Integrativas e Complementares (PICs) (TESSER; BARROS, 2008). Sua introdução na atenção primária consiste na tradução dos novos modos de aprender e praticar saúde (JÚNIOR, 2016). Vários estudos demonstram a importância desta incorporação (BROITMAN, 2011; SANTOS et al. 2011; THIAGO; TESSER, 2011; SCHVEITZER; ESPER; SILVA, 2012).

Em síntese as PICs são sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos que envolvem abordagens buscando estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com enfoque na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade (ANDRADE; COSTA, 2010; OTANI; BARROS, 2011).

PICs estão sendo cada vez mais utilizadas como estratégia ao enfrentamento de alguns sofrimentos psíquicos, auxiliando, por exemplo, no tratamento da ansiedade e sintomas depressivos (LLAPA-RODRIGUEZ et al. 2015 ). Estudos atuais trazem algumas de suas práticas relacionadas a estes cuidados específicos, entre elas: a acupuntura, a aromaterapia, a meditação, a respiração controlada, o yoga, e a terapia da polaridade e os florais de Bach (SILVA, 2010; VORKAPIC; RANGÉ, 2011; SALLES; SILVA, 2012; DOMINGO; BRAGA; 2013; LLAPA-RODRIGUEZ et al 2015; MENEZES; BIZARRO, 2015).

A incorporação das Práticas Integrativas e Complementares, na rede pública de saúde brasileira é recomendada pela Organização Mundial de Saúde, que incentiva os países a elaborarem políticas que considerem o acesso a estas práticas. A diminuição da credibilidade da biomedicina na ótica de seus usuários, somada a seus efeitos iatrogênicos e a uma

significativa “desumanização” das suas práticas profissionais tornam o contexto mundial favorável à utilização de PICs (SANTOS; TESSER, 2012).

## 5. CONCLUSÃO:

Atualmente o consumo de psicofármacos está crescendo, assim como sua prescrição na APS. No presente estudo diversas faixas etárias receberam prescrição de psicofármacos, sendo mais frequente em mulheres e acima de 60 anos de idade. A classe terapêutica mais prevalente foi a de ansiolíticos, utilizados por 50% de seus usuários. O período referido de utilização reflete dados alarmantes: 59,2% de seus usuários o consomem por períodos superiores a 1 ano, com 19,8% destes fazendo uso entre 5 e 10 anos e 12,2% acima de 10 anos.

Tais resultados levantaram indícios de medicalização social, fenômeno que transforma a cultura, diminui o manejo autônomo de parte dos problemas de saúde e gera excessiva demanda ao SUS. Fato possivelmente ligado aos interesses de mercado que alimentam a ganância da indústria farmacêutica e a hegemonia do modelo biomédico vigente, que busca ser rapidamente resolutivo não explanando a fundo os reais motivos de cada queixa, tampouco propondo estratégias que gerem resultados a médio e longo prazo.

O uso indiscriminado de psicofármacos, assim como a crença excessiva nos seus resultados terapêuticos geram despesas desnecessárias aos usuários e ao município, responsável por garantir que o usuário tenha acesso ao seu medicamento. Despesas primárias ligadas à obtenção de medicações, e secundárias relativas aos gastos em saúde ligados aos efeitos colaterais obtidos com seu uso crônico.

Uma alternativa viável ao desmame dos atuais dependentes e a diminuição da prescrição de psicofármacos, em especial os benzodiazepínicos com efeitos ansiolíticos e hipnóticos, é a pluralização terapêutica de suas instituições, ou seja, a valorização e o oferecimento de PICs no âmbito do SUS, em especial na Estratégia de Saúde da Família.

É preciso iniciar discussões sobre essa temática. Estudos diagnósticos e situacionais sobre a Rede de Práticas Integrativas Regional devem ser realizados. Conhecer os profissionais atuantes e descobrir se possuem formação em alguma PICs ou se há interesse em torna-se um terapeuta, é um dos primeiros passos para sua implantação.

A realização de estudos epidemiológicos, o levantamento de dados precisos e integração desses dados de maneira funcional, é o melhor caminho na construção de um

sistema de saúde eficiente. A produção deste estudo, em nível regional, deu início a caracterização de uma população, evidenciou problemas na consolidação da referida rede e estimulou a discussão sobre novas estratégias de enfrentamento as questões ligadas ao sofrimento psíquico, mas isso é apenas um início. Novos estudos e investigações epidemiológicas que gerem informações concretas sobre a área de saúde mental e as redes de cuidado, a ela ligada, devem surgir.

Este, enquanto estudo piloto, identificou algumas lacunas que devem ser superadas nos próximos. Faz-se necessário o aprofundamento dos profissionais sobre o tema a ser estudado, a elaboração das perguntas de investigação é um ponto crucial em qualquer estudo, estas devem ser pertinentes para as políticas de saúde regionais ou locais, e apresentar metodologia clara que auxilie na análise de seus resultados. Um segundo ponto a se observar é a necessidade de melhoria da qualidade dos registros coletados. Cada pergunta tem relevância dentro do estudo e sua subnotificação excessiva inviabiliza a obtenção de um resultado fidedigno.

## BIBLIOGRAFIA

GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Rev. Latino-am Enfermagem* 2001 março; 9 (2): 48-55.

BRASIL, Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Legislação citada anexada pela coordenação de estudos legislativos – CEDI. 2001

BRASIL, Portaria nº 816/GM/MS, de 30 de abril de 2002, que institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas; Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. 2002

BRASIL, Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. 2010

BRASIL, Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde: edição federal*. 2011.

FARIA, J. G. E SCHNEIDER, D. R. O perfil dos usuários do Capsad-Blumenau e as políticas públicas em saúde mental. *Psicologia & Sociedade*; 21 (3): 324-333, 2009

SILVA, A. C. P.; LUZIO C. A.; SANTOS, K. Y. P.; YASUI, S.; DIONÍSIO, G. H. A explosão do consumo de ritalina. *Revista de Psicologia da UNESP* 11(2), 2012.

BARROS, J. A. C. (2008). Nuevas tendencias de la medicalización. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(supl.), 579-587. Recuperado em 23 março 2009, de <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v13s0/a07v13s0.pdf>

FERRAZZA, D. A.; LUZIO, C. A.; ROCHA, L. C.; SANCHES, R. R. A banalização da prescrição de psicofármacos. *Paidéia set-dez. 2010, Vol. 20, No. 47, 381-390.*

CANCELLA, Daniela Cristina Braga. Análise do uso de psicofármacos na Atenção Básica Primária: uma revisão de literatura. UFMG. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte, 2012.

CARLINI, E. A.; NAPPO, S. A.; GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R. Drogas psicotrópicas: o que são e como agem. *Revista IMESC. N° 3, 2001. pp.9 – 35.*

CRUZ, M. T.; CRUZ, E. L.; TORRES, J. R. P. Avaliação do uso de Medicamentos Psicotrópicos pelos pacientes da Farmácia Municipal de Terra Roxa D'Oeste/PR. *Revista Thêma et Scientia – Vol. 5, no 1, jan/jun 2015*

AMARANTE, P. (2007). Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007. 120 pp. (Temas em Saúde).

PICON, P.; PENIDO, M. 2011. Terapia cognitivo- -comportamental do transtorno de ansiedade social. In: B. RANGÉ (ed.), Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria. 2ª ed., Porto Alegre, Artmed, p. 269-298.

SORDI, A.; RODRIGUEZ, V.; KESSLER, F. 2011. Benzodiazepínicos, hipnóticos e ansiolíticos. In: A. DIEHL; D. CORDEIRO; R. LARANJEIRA (eds.), Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre, Artmed, p. 180-188.

CRESWELL, C.; WAITE, P.; COOPER, P. 2014. Assessment and management of anxiety disorders in children and adolescents. *Archives of Disease in Childhood*, 99(7):674-678

KATZMAN, M.; BLEAU, P.; BLIER, P.; CHOKKA, P.; KJERNISTED, K.; AMERINGEN, M. 2014. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BioMed Central Psychiatry*, 14(Suppl. 1):1-83.

CARVALHO, M. D. A.; SILVA, H. O.; RODRIGUES, L. V. Perfil epidemiológico dos usuários da rede de saúde mental do município de Iguatu, CE. *SMAD*, Vol. 6, Nº. 2, 2010.

LIMA, G. A. B. O. Modelos de categorização: apresentando o modelo clássico e o modelo de protótipos. *Perspectivas em Ciência da Informação*, v.15, n.2, p. 108-122, mai/ago. 2010

Organização Panamericana da Saúde/Organização Mundial de Saúde/ONU. Saúde Mental, Nova Conceção, Nova Esperança. Relatório Sobre a Saúde Mental no Mundo - 2001. Genebra: OMS; 2001.

ALVARENGA, J. M.; LOYOLA FILHO, A. I.; ARAÚJO, J. O.; FIRMO, M. F. L. M.; UCHOA, E. Prevalência e características sócio-demográficas associadas ao uso de benzodiazepínicos por idosos residentes na comunidade: projeto de Bambuí. *Rev Bras de Psiquiatr* 2007; 30(1):7-11

LIMA, M. C; MENEZES, P. R.; CARANDINA, L.; CESAR, C. L.; BARROS, M. B.; GOLDBAUM, M. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. *Rev Saude Publica* 2008; 42(4):717-723.

FIRMINO, K. F.; ABREU, M. H. N. G.; PERINI, E.; MAGALHÃES, S. M. S. Fatores associados ao uso de benzodiazepínicos no serviço municipal de saúde da cidade de Coronel Fabriciano, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica* 2011; 26(6):1223-1232.

NETTO, M. U. Q.; FREITAS, O.; PEREIRA, L. R. L. Antidepressivos e benzodiazepínicos: estudo sobre o uso racional entre usuários do SUS em Ribeirão Preto. *Rev de Ciênc Farm Básica e Aplic* 2012; 33(1):77-81



NOIA, A. S.; SECOLI, S. R.; DUARTE, Y. A. O.; LEBRÃO, M. L.; LIEBER, N. S. R. Fatores associados ao uso de psicotrópicos em idosos no município de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP* 2012; 46(n. esp.):38-43.

SOUZA, A. R. L.; OPALEYE, E. S.; NOTO, A. R. Contextos e padrões de uso indevido de benzodiazepínicos entre mulheres. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(4):1131-1140, 2013.

ARAÚJO, T. M. de; PINHO, P. de S.; ALMEIDA, M. M. G. de. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(4):1131-1140, 2013

RIBEIRO, W. S.; ANDREOLI, S. B.; FERRI, C. P.; PRINCE, M.; MARI, J. J. Exposição à violência e problemas de saúde mental em países em desenvolvimento: uma revisão da literatura. *Rev Bras Psiquiatr.* 2009;31(Suppl 2):S49-57

VIDAL, C. E. L.; YAÑEZ, B. F. P.; CHAVES, C. V. S.; YAÑEZ, C. F. P.; MICHALAROS, I. A. M.; ALMEIDA, L. A. S. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres. *Cad. Saúde Colet.*, 2013, Rio de Janeiro, 21 (4): 457-64

COUTINHO, L.M. S; MATIJASEVICH, A.; SCAZUFCA, M.; MENEZES, P. R. Prevalência de transtornos mentais comuns e contexto social: análise multinível do São Paulo *Ageing & Health Study* (SPAH). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30(9):1875-1883, set, 2014.

BORGES, T. L.; HEGADOREN, K. M.; MIASSO A. I. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres atendidas em unidades básicas de saúde em um centro urbano brasileiro. *Rev Panam Salud Publica* 38(3), 2015.

TRAVASSOS, C., VIACAVA, F., PINHEIRO, R., BRITO, A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Revista panamericana de salud publica.* 2002; 11(5/6):365-373.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1):105-109, 2005.

LEVORATO, C. D.; MELLO, L.M.; SILVA, A.S., NUNES; A. A. Fatores associados a procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. *Ciência e saúde coletiva.* 2004; 19(4):1263-1274.

SANTOS, R. C. Perfil dos usuários de psicofármacos atendidos pela Estratégia da Saúde da Família da zona urbana do município de Presidente Juscelino. *Especialização em Atenção Básica em saúde da família.* Universidade Federal de Minas Gerais. Minas Gerais, dez 2009.

FLORIANO, P. de J.; DALGALARRONDO, P. Saúde mental, qualidade de vida e religião em idosos de um Programa de Saúde da Família. *J Bras Psiquiatr.* 56(3): 162-170, 2007

TAVARES, S. M. G. A saúde mental do idoso brasileiro e a sua autonomia. *BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)* n.47 São Paulo abr. 2009.

CARVALHO, L. F.; DIMENSTEIN, M. O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. *Estudos de Psicologia* 2004, 9(1), 121-129.

EUROPEAN MEDICINES AGENCY. Summary of product characteristics for benzodiazepines as anxiolytics or hypnotics. EMA, 1994.

MATE, L. M. Uso irracional de benzodiazepínicos: revisão bibliográfica. Especialização em Saúde da Família – modalidade a distância. Resumos de trabalhos de conclusão de curso. Florianópolis: Universidade de Santa Catarina. 2012

MENDES, K. C. do C. O uso prolongado de benzodiazepínicos – uma revisão de literatura. Especialização em Atenção Básica em saúde da família. Universidade Federal de Minas Gerais. Minas Gerais. 2013. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4077.pdf>

OLIVEIRA, J. D. L.; LOPES, L. A. M.; CASTRO, G. F. P. Uso indiscriminado dos benzodiazepínicos: a contribuição do farmacêutico para um uso consciente. *Revista Transformar*, n. 7, p. 214-226, 2015. Disponível em: <http://www.fsj.edu.br/transformar/index.php/transformar/article/view/41/38>

SILVEIRA, A. F. O uso indiscriminado de benzodiazepínicos na atenção básica no município de lagoa santa – minas gerais. Especialização Estratégia Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais. 2015

BORDIM, D. C. Consumo de psicofármacos por usuários da unidade de saúde do bairro de São Pedro da área 30: revisão de prontuários. Especialização em saúde da Família – Modalidade a Distância. Resumos de Trabalhos de Conclusão de Curso. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. 2012.

NANDI, A. C. Utilização de psicofármacos na Atenção Básica de Saúde. Especialização em Saúde da Família – Modalidade a distância Resumos dos trabalhos de conclusão de curso. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. 2012

BIRMAN, J. Mal-estar na atualidade. A psicanálise e as novas formas de subjetivação. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

MENDONÇA, R. T.; CARVALHO, A. C. D. O consumo de benzodiazepínicos por mulheres idosas. *SMAD, Rev Eletronica de Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. Port.)* [Online], v.1, n.2. 2005.

CANCELLA, Daniela Cristina Braga. Análise do uso de psicofármacos na Atenção Básica Primária: uma revisão de literatura. UFMG. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte, 2012

CLARK, D.A.; BECK, A.T. 2012. Terapia cognitiva para os transtornos de ansiedade: ciência e prática. *Porto Alegre, Artmed*, 640 p.

HUF, G; LOPES, C. S. ; ROZENFELD, S. O uso prolongado de benzodiazepínicos em mulheres de um centro de convivência para idosos. *Caderno de saúde pública*. V.16, n.2, abr-jun, p. 351-362, 2000.

TELLES FILHO, P. C. P.; CHAGAS, A. R.; PINHEIRO, M. L. P.; LIMA, A. M. J.; DURÃO, A. M. S. Utilização de benzodiazepínicos por idosos de uma Estratégia de Saúde da Família: Implicações para enfermagem. *Esc. Anna Nery (Impr.)* 2011, jul – set; 15(3): 581 – 586.

BONAFIM, G. K. A prescrição de benzodiazepínicos e o uso abusivo: traçando um perfil de médicos e usuários. *Especialização em saúde da família – Modalidade a distância. Resumos do trabalho de conclusão de curso*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2012

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY. Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc.*, v. 60, n. 4, p. 616–31, abr. 2012.

GAGE, S. B.; BÉGAUD, B.; BAZIN, F.; VERDOUX, H; DARTIGUES J-F; PERES, K.; KURTH, T.; PARIENTE, A. Benzodiazepine use and risk of dementia: prospective population based study. *BMJ*, Londres, v. 345, n. e6231, set. 2012.

GAGE, S. B.; MORIDE, Y.; DUCRUET, T.; KURT, T.; VERDOUX, H.; TOURNIER, M.; PARIENTE, A.; BÉGAUD, B. Benzodiazepine use and risk of Alzheimer’s disease: case-control study. *BMJ*, Londres, v. 349, n. g5205, ago./set. 2014.

FERREIRA, T. P. S.; SAMPAIO, J.; SOUZA, A. C. N.; OLIVEIRA, D. L, GOMES LB. Produção do cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais. *Interface (Botucatu)*, 2016.

TESSER, C. D., BARROS, N. F. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do sistema único de saúde. *Revista de Saúde pública*. 2008;42(5):914-920.

JÚNIOR, E. T. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. *Estud. av.* vol.30 no.86 São Paulo Jan./Apr. 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142016000100099](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142016000100099). Acesso em: 20 nov. 2017.

ANDRADE, J. T., COSTA, L. F. A. Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da antropologia médica. *Saúde e sociedade*. 2010;19(3):497-508.

OTANI, M. A. P.; BARROS NF. A Medicina Integrativa e a construção de um novo modelo na saúde, *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(3):1801-1811, 2011

BROITMAN, M. Perfil dos pacientes, em geral e hiv positivos, atendidos em uma unidade de praticas integrativas e complementares na rede municipal de são paulo. [dissertação]. São paulo: faculdade de saúde publica da usp, 2011.

SANTOS, F. A. Z. , SOUSA, I. M. C. ; GURGEL, I. G.D; BEZERRA, A. F. B.; BARROS, N. F. Política de práticas integrativas em recife: análise da participação dos atores. Revista de Saúde pública. 2011;45(6):1154-9.

THIAGO, A. C. S.; TESSER, C. D. Percepção de médicos e enfermeiros da estratégia de saúde da família sobre terapias complementares. Revista de Saúde pública. 2011;45(2):249-57.

SCHVEITZER, M. C.; ESPER, M. V.; SILVA, M. J. P. Práticas integrativas e complementares na atenção primária em saúde: em busca da humanização do cuidado. O mundo da saúde. 2012;36(3):442-451.

LLAPA-RODRIGUEZ, E. O; SILVA, G. G.; NETO, D. L.; LÓPEZ, M.; SEVA-LLOR, A. M.; FRANCA, C. L. G. Uso de práticas integrativas e complementares no tratamento de estresse ocupacional: uma revisão integrativa. Enfermería Global. 14. 291. 10.6018/eglobal.14.3.216901. 2015

SILVA, A. L. P.; O Tratamento da Ansiedade por Intermédio da Acupuntura: Um Estudo de Caso. PSICOLOGIA CIÊNCIA E PROFISSÃO, 2010, 30 (1), 200-211

VORKAPIC, C. F.; RANGÉ, B. Os benefícios do yoga nos transtornos de ansiedade. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas 2011 • 7(1) • pp. 50-54

SALLES, L.F.; SILVA, M. J. P. Efeito das essências fl orais em indivíduos ansiosos. Acta Paul Enferm. 2012;25(2):238-42

DOMINGO, T. S.; BRAGA, E. M. Aromaterapia e ansiedade: revisão integrativa da literatura. Cad. Naturol. Terap. Complem – Vol. 2, N° 2 – 2013

MENEZES, C. B.; BIZARRO, L. Effects of a Brief Meditation Training on Negative Affect, Trait Anxiety and Concentrated Attention. Paidéia. sep-dec. 2015, Vol. 25, No. 62, 393-401. doi:10.1590/1982-43272562201513 Available in www.scielo.br/paideia 393

SANTOS, M. C., TESSER, C. D. Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2012, vol.17, n.11, pp.3011-3024. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100018>.