



SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: ABORDAGEM CLÍNICA E MANUTENÇÃO DO PACIENTE COM QUEIXA DE INSÔNIA PRIMÁRIA

João Luís Magalhães de Albuquerque Gonçalves¹, Bianca Perim Bernardo², Izadora Zucolotto Zampiroli³, Thâmella Barbosa Ferreira⁴, Renata de Freitas Mendes⁵

¹ Graduando de Medicina, UNIFACIG, Manhuaçu-MG, jlmagall15@gmail.com.

² Graduando de Medicina, UNIFACIG, Manhuaçu-MG, b-perim@hotmail.com.

³ Graduando de Medicina, UNIFACIG, Manhuaçu-MG, iza_zampi@hotmail.com.

⁴ Graduando de Medicina, UNIFACIG, Manhuaçu-MG, thamellabarbosa@hotmail.com.

⁵ Doutora em Genética e Biotecnologia, Docente do Centro Universitário UNIFACIG, Manhuaçu-MG, renatamendes@sempr.unifacig.edu.br

Resumo: Entende-se por apoio matricial o mecanismo de saúde pública que estabelece a integralidade da assistência psiquiátrica dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), que garante ao cidadão o suporte necessário desde a UBS aos hospitais psiquiátricos. Esse estudo trata-se do manejo da insônia primária dentro da UBS, englobando a abordagem semiológica, diagnóstico e tratamento num ciclo interdependente que visa o bem estar do paciente sem submissão do mesmo ao risco do uso prolongado de psicotrópicos. A anamnese em conjunto ao exame físico é determinante para o diagnóstico acerto de insônia primária, sendo que através do método clínico é possível descartar quadros orgânicos e psiquiátricos que fomentem a queixa do paciente. Isso, dentro do trabalho multidisciplinar, ergue um desafio a atenção básica no que tange a novas prescrições. Embora a prescrição faça parte do ato médico conforme estabelecido pelo código de ética médica, ética não tem força de lei, resultando na manutenção de receitas sem as devidas avaliações, além da defasagem de consultas bem feitas que colaborem para os diagnósticos e tratamentos adequados. Segundo dados do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados, ansiolíticos e hipnóticos (que atuam na indução do sono) são drogas amplamente difundidas entre os brasileiros, sendo consumidas anualmente mais de 56 milhões de caixas desses medicamentos.

Palavras-chave: Atenção Básica; Psiquiatria; Diagnóstico; Hipnóticos; Ansiolíticos.

Área do Conhecimento: Saúde Mental.

MENTAL HEALTH IN BASIC CARE: CLINICAL APPROACH AND MAINTENANCE OF THE PATIENT WITH COMPLAINTS OF PRIMARY INSOMNIA.

Abstract: Matrix support is understood as the public health mechanism that establishes comprehensive psychiatric care within the Unified Health System (SUS), which guarantees the citizen the necessary support from the UBS to psychiatric hospitals. This study is about the management of primary insomnia within the UBS, encompassing the semiological approach, diagnosis and treatment in an interdependent cycle that aims at the patient's well-being without submitting the patient to the risk of prolonged use of psychotropics. Anamnesis together with physical examination is crucial for the correct diagnosis of primary insomnia, and through the clinical method it is possible to rule out organic and psychiatric conditions that promote the patient's complaint. This, within the multidisciplinary work, raises a challenge to primary care with regard to new prescriptions. Although the prescription is part of the medical act as established by the code of medical ethics, ethics has no force of law, resulting in the maintenance of prescriptions without proper evaluations, in addition to the delay of well-done consultations that collaborate for the proper diagnoses and treatments. According to data from the National System for the Management of Controlled Products, anxiolytics and hypnotics (which act in inducing sleep) are drugs that are widespread among Brazilians, with more than 56 million boxes of these drugs being consumed annually.

Keywords: Basic Attention; Psychiatry; Diagnosis; Hypnotics; Anxiolytics.

INTRODUÇÃO

Associação Brasileira do Sono (ABS), estima que 73 milhões de pessoas são acometidas por distúrbios do sono no Brasil. Esses dados resultam de uma esfera ampla que envolve fatores políticos, sociais e econômicos, sendo influenciados por variáveis como ocupação, sexo, idade, relacionamentos, satisfação, qualidade de vida, dentre outros (RODRIGUES, 2012). Apesar das múltiplas condicionantes, todas essas questões exercem impacto direto ou indireto sobre a vida dos indivíduos levando em conta o amplo conceito de saúde firmado pela OMS, tornando a insônia um importante problema dentro do sistema de saúde brasileiro. Outro fator relevante é o consumo em larga escala de psicofármacos utilizados no manejo dos distúrbios do sono, segundo dados do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC) o Clonazepam está entre as drogas mais comercializadas no Brasil, de acordo com a mesma agência reguladora, o Zolpidem surge como alternativa difundida no manejo da insônia sendo percebido um salto de 560% nas prescrições nos últimos anos (MELLIS, 2019).

Entende-se por insônia primária (IP) a percepção do sono não reparador, a objeção no início do sono ou a dificuldade em mantê-lo durante a noite (MONTI, 2000) todos esses fatores sem etiologia orgânica ou psiquiátrica constatada; o que torna seu diagnóstico de exclusão. No geral, a queixa do paciente é sobre a dificuldade de dormir concomitantemente a despertares contínuos, precedida por um fator estressor, que mesmo após resolvido desencadeou um processo cíclico com período mínimo de 30 dias (TOY, 2014). Além de agravante para o surgimento de comorbidades como a depressão, a IP é responsável por um quadro ansioso entorno do sono, pressionado pela necessidade de dormir o paciente é acometido de grande expectativa pela chegada da noite, logo, tem-se grande prejuízo funcional e sofrimento caso o manejo da patologia não seja efetuado de maneira correta, sendo responsável pela cronificação do quadro.

As queixas são de gênese abrupta e estão atreladas a um descontentamento ou desconforto vivido pelo paciente, pelo fim de um relacionamento, morte na família, decepção, quebra de alguma relação, medo ocasionado por algum procedimento ou espera de exame. Esse estado pleno de vigilância é responsável pela degradação do sono que se mantém mesmo após a resolutive do óbice inicial fazendo com que o paciente entre em um ciclo prejudicial. Como já esboçado existe uma expectativa acerca do ato de dormir, a esse novo estado de vigilância deve-se a permanência da insônia por exemplo. O conceito de insônia como condição primária é relativamente recente, sendo tratado durante muito tempo com sintoma de outra condição clínica. Isso se deve ao fato do amplo espectro de patologias causadoras de distúrbios do sono, seja de caráter orgânico como doenças gastrointestinais ou respiratórias, ou de cunho psicopatológico sendo exemplificado por episódios de esquizofrenia, transtornos de personalidade e depressão, ou até mesmo de grande incidência clínica pelo uso de medicamentos (PORTO, 2019). No entanto, a interpretação clínica da IP como uma patologia propriamente dita requer um tratamento, que nesses casos englobam medidas farmacológicas e não farmacológicas, sendo essa última de atenção necessária tendo em vista que o uso crônico de indutores do sono não é recomendado. Ademais, a persistência do quadro implica no consumo abusivo de substâncias estimuladoras do sono como benzodiazepínicos e álcool, o uso de cafeína e derivados são vistos em demasia na intenção de que a funcionalidade diurna seja mantida, essa situação está ligada ao surgimento de comorbidades que limitam ainda mais a qualidade de vida do paciente (NUNES, 2015).

Apesar de efeitos colaterais e potencial dependência física, os benzodiazepínicos ainda são muito utilizados no tratamento de insônia primária por serem disponibilizados pela rede de farmácias do SUS (PMPF). Sendo drogas ansiolíticas, utilizadas no manejo de ansiedade, os benzodiazepínicos possuem farmacocinética que causa a depressão do SNC ocasionando a sonolência, nessa classe as drogas mais difundidas dentro das ESF são o Clonazepam e o Diazepam, justamente por serem disponibilizados gratuitamente (KATZUNG, 2014). Embora não seja ofertado pelo sistema público de saúde o Zolpidem é um hipnótico com menores efeitos colaterais que os benzodiazepínicos, além de baixo potencial de gerar dependências e vem sendo bastante utilizado (MELLIS, 2019).

As diretrizes do SUS atribuem a atenção primária o encargo de ações em saúde a nível individual e comunitário que visam prevenir e promover a saúde dos cidadãos brasileiros (GUSSO, 2018). Nesse cenário, a unidade básica de saúde é a porta de entrada para o sistema de saúde, logo, é pioneira nas prescrições de benzodiazepínicos e hipnóticos para o tratamento da insônia primária. Contudo, o manejo desses pacientes em grandes partes das vezes é errôneo e desvinculado do trabalho multidisciplinar da Estratégia de saúde da Família (ESF). Essa situação é responsável pelo uso crônico dessas drogas, o que é ainda mais notório em municípios com baixa densidade

populacional que de acordo com o Ministério da Saúde estão isentos de estabelecerem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão literária embasada em bulários, livros de semiologia, psiquiatria, saúde coletiva e artigos acadêmicos disponíveis nos bancos de dados SCIELO e Google acadêmico, selecionados com base em critérios de relevância, data de publicação e orientação clínica entorno da insônia primária e seu manejo dentro da atenção básica a saúde. A escrita foi sistematizada com um objetivo de aplicabilidade clínica levando em consideração abordagem, diagnóstico, diagnósticos diferenciais e tratamento.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A queixa da privação do sono foi encarada dentro da clínica médica como um quadro secundário durante vários anos, contudo a elaboração desse novo conceito embute novas modalidades de tratamento, tendo em vista que 12,5% das insônias são de causa primária (DSM-IV) (LOPES, 2009). É uma patologia predominante no sexo feminino com agravamento de incidência pela idade. Do ponto de vista psicossocial é um problema que atinge mulheres de classe média baixa em maior proporção, sendo que na grande maioria das vezes o uso dos benzodiazepínicos e hipnóticos são prolongados por mais tempo que deveria (SILVA, 2014).

A UBS é a porta de entrada ao serviço multidisciplinar do serviço de saúde público. O NASF é o núcleo de apoio à saúde da família e também é composto por uma equipe multidisciplinar que integra um suporte pleno à Estratégia de saúde da Família. Seu corpo permite a presença de psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e até mesmo médicos especialistas, como psiquiatras, que junto com a equipe da ESF tratam e promovem a saúde do paciente contribuindo para maior qualidade de vida.

3.1. DIAGNÓSTICO

A insônia primária é dada pela apresentação de uma hipervigília que se atrela a uma postura disfuncional, portanto, possui sintomatologia noturna e diurna. Os indivíduos acometidos pela IP, mesmo em detrimento da privação do sono não possuem necessidade de cochilos diurnos, justamente pelo já dito estado de alerta pleno. Apesar disso, é notório os sintomas diurnos e a perda da funcionalidade do paciente, que tende a ter uma degradação cognitiva, passando a não se lembrar de assuntos importantes comprometendo o rendimento. Além disso o paciente fica fadigado, mal humorado, ansioso, depressivo e irritado (LOPES, 2009).

Esse quadro é ocasionado por fatores de predisponentes, precipitantes e perpetuantes. Ou seja, mediante a uma condição de suscetibilidade ao estresse, ansiedade ou histórico familiar é percebido a insônia primária em decorrência do desenvolvimento de um desconforto maior como divórcio, perda de um ente, viagem, concurso a ser prestado ou avaliação médica (precipitante). Esse estado é mantido pela falta de higiene do sono, quadros ansiosos e múltiplas investidas de dormir que resultaram em insucessos (LOPES, 2009). Torna-se, portanto, o diagnóstico da insônia psicofisiológica, um dado de exclusão que depende de uma investigação clínica e laboratorial rigorosa. O médico deve através da anamnese apurar a queixa principal e observar se a mesma não é resultado de quadros orgânicos ou psiquiátricos maiores e se o indivíduo efetua práticas de higiene do sono, procedendo com exame físico deve inspecionar o paciente verificando seu estado geral a procura de lesões por violência, por exemplo. Através da palpação é possível examinar estruturas anatômicas que podem estar envolvidas em distúrbios sintomatológicos psiquiátricos, como no caso de tireoide e do fígado no exemplo de quadros depressivos e de pacientes alcoólatras respectivamente. Por sua vez, a ausculta contribui para a investigação de causas orgânicas onde a apuração dos sons fisiológicos dos sistemas cardiovascular e respiratório verifica se a queixa do paciente não é secundária a nenhuma cardiopatia ou doença respiratória, como nos casos de hipertensão arterial e crises asmáticas (PORTO, 2019).

O uso de exames complementares pode consolidar o descarte das demais etiologias patológicas. É indispensável a verificação da pressão arterial de maneira correta, podendo o médico

ainda lançar mão de outros suportes, como laboratório e raio x de tórax. Contudo, a condução da investigação da insônia psicofisiológica é clínica (PORTO, 2019).

3.1.1 DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

A insônia psicofisiológica é resultado de um diagnóstico que independe de causas secundárias, portanto não está atrelada a nenhuma alteração orgânica ou psíquica, definida pelo termo autoexplicativo de insônia primária. Portanto, antes de firmar o diagnóstico e proceder com o tratamento é preciso efetuar o descarte das possíveis outras causas, uma vez que o tratamento depende da etiologia. Antes de tudo, o médico deve buscar dados que indiquem práticas que desgastem a preservação do sono, investigando se a clínica é resultado de uma má higiene do sono (LOPES, 2009).

As variáveis físicas que predispõe a queixa estão também relacionadas com o sono, como é o caso da apneia do sono, epilepsia, refluxo gastroesofágico, crises asmáticas e hipertensão arterial. Na mesma avaliação, distúrbios de etiologia psiquiátrica podem ocasionar sintomas sobre a perda do sono, tal como nas psicoses, depressão, ansiedade, transtornos de personalidade e alcoolismo (LOPES, 2009).

Outro diagnóstico diferencial é o transtorno do ritmo circadiano do sono, ou seja, o paciente está em dessincronia com o horário de sono possível e estipulado. Esses casos se devem muitas vezes pela troca de turno de trabalho ou adaptação de fuso-horário, divergem da insônia primária pois no distúrbio circadiano o sono ainda é presente através da necessidade de cochilos diurnos, o paciente “troca o dia pela noite” (TOY, 2014).

3.2. TRATAMENTO

3.2.1 TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

Os benzodiazepínicos (BZD) ainda são os psicofármacos mais prescritos por médicos generalistas, desencadeando um cenário de abuso dessa substância dentro da ESF. O médico devido a falta de funcionalidade em alguns serviços da equipe multidisciplinar, conveniência, resolutividade momentânea, falta de tempo ou até mesmo de conhecimento técnico optam pela prescrição farmacológica em detrimento das orientações eficazes como a higiene do sono. As prescrições são realizadas numa proporção maior para mulheres e aumentam conforme a faixa etária, as drogas mais utilizadas dentro da UBS são as de ação curta, tais como diazepam, alprazolam e lorazepam, embora o uso do clonazepam, BDZ de ação longa, esteja banalizado (NORDOM et al., 2009).

A posologia desses medicamentos são variáveis de acordo com sexo e idade. Pacientes geriátricos tem o uso de BDZ contraindicados devido ao seu efeito sonífero e relaxante muscular, que contaminantemente a maior incidência de hipotensão postural fisiológica dos idosos, aumentam o risco de quedas, fraturas e traumas. Apesar disso, ainda são muito utilizados na prática médica, sobretudo o clonazepam que também é fator agravante para doença de Alzheimer (CAIXETA, 2015). As doses dos medicamentos recomendadas no manejo de insônia primária são expressas na Tabela 1, com seus respectivos medicamentos de referência.

Tabela 1 – Principais benzodiazepínicos utilizados nas Unidades Básicas de Saúde.

Droga	Dose/Dia	Medicamento de Referência
--------------	-----------------	----------------------------------

Alprazolam	0,25-3 mg	Frontal
Clonazepam	0,5-2 mg	Rivotril
Diazepam	2-10 mg	Valium
Lorazepam	1-2 mg	Lorax

Fonte: Guia de Medicamentos 2017

Essas drogas são ansiolíticos que também por seu efeito sedativo, relaxante muscular e antiepilético são utilizadas no manejo de crises epiléticas agudas (VOLPATO, 2000). As doses para o efeito sedativo devem ser estabelecidas considerando a faixa terapêutica para tal aplicabilidade, em objetivo de evitar superdosagens ou falha terapêutica, além disso, ao contrário de suas demais aplicabilidades, no caso da insônia primária esses fármacos são administrados em dose única logo antes do paciente ir para cama. Como já dito, são substâncias contraindicadas em pacientes geriátricos, contudo, considerando o custo benefício da presente necessidade, caso o clínico opte pelo tratamento, é orientado que as doses sejam 50% das estipuladas para os adultos. Outra orientação importante, é que assim como as demais drogas psiquiátricas, o tratamento com BDZ deve ser iniciado com prescrições de doses menores as estipuladas, com aumento gradual até que se atinja o objetivo terapêutico (CAETANO, 2017).

No manejo da insônia primária a recomendação é que o uso de BDZ não exceda 14 dias (TOY, 2014), e que as medidas não farmacológicas ganhem destaque nesse período. Apesar de serem consideradas drogas seguras alguns autores não recomendam seu uso por mais de 120 dias por serem constatados casos de dependência e tolerância a partir desse período (NORDOM et al., 2009). Em doses terapêuticas podem ser percebidos falta de memória e retardo psicomotor, efeitos que podem ser agravados conforme o abuso dessas substâncias e seu uso crônico. Além disso, existem algumas avaliações a serem feitas que precedem a prescrição, como a presença de comorbidades bem como a ingestão regular de bebidas alcoólicas.

Em casos de intoxicações por BDZ a droga difundida a nível de pronto-atendimento é o flumazenil, o antagonista dos receptores gabaérgicos de administração intravenosa e efeito rápido (TOY, 2014).

Embora não seja disponibilizado pela rede de farmácias do SUS, o Zolpidem é uma droga que surge como uma alternativa com boa eficácia clínica e menores efeitos colaterais que os BDZ e vem sendo prescrito. Considerado um indutor do sono e hipnótico, o Zolpidem é derivado da Imidazopiridina que age em um receptor GABA específico, tornando seu mecanismo de ação diferente o dos BDZ, quem possuem afinidade por uma gama de receptores gabaérgicos. Esse fator torna o Zolpidem uma droga preferível por diversos clínicos, devido a menor incidência de efeitos colaterais e pelo fato de seu uso preservar a estrutura do sono, tornando-o reparador, o que não é percebido pelo uso de benzodiazepínicos (CAETANO, 2017).

O Zolpidem possui quatro apresentações em comprimidos que podem ser prescritas conforme sexo e idade do paciente, como mostra a Tabela 2.

Tabela 2-Tipos de apresentação farmacêutica do fármaco Zolpidem.

Característica	Medicamento de Referência	Apresentações
----------------	---------------------------	---------------

Sublingual	PATZ SL	5 mg
Comprimido comum	STILNOX	10 mg
Liberação prolongada	STILNOX CR	6,25 mg 12,5 mg

Fonte: Guia de Medicamentos 2017

As prescrições do comprimido sublingual ou comum são feitas quando a queixa do paciente é acerca do início do sono. Em pacientes do sexo masculino a dose terapêutica é de 10 mg, nesses casos pode ser prescrito dois comprimidos de PATZ SL ou um comprimido comum antes do paciente ir para cama. Já para pacientes do sexo feminino a dosagem terapêutica é de 5 mg, sendo convencionado o uso de um único comprimido PATZ SL. Quando a queixa do paciente é entorno do início e manutenção do sono (múltiplos despertares) o medicamento de liberação prolongada possui uma eficácia maior. Seguindo a mesma linha de raciocínio que os demais comprimidos, pacientes do sexo masculino possuem prescrição de STILNOX CR 12,5 mg enquanto as mulheres demandam de uma faixa terapêutica menor e o STILNOX CR 6,25 mg ao deitar (CAETANO, 2017).

Tanto no uso da classe dos BDZ quanto no uso do Zolpidem, é importante que o clínico estabeleça algumas considerações relevantes no ato da prescrição. O uso de bebidas alcoólicas ou outros indutores do sono devem ser suspensos, além do cuidado maior aos pacientes com ideação suicida. Cabe ao médico orientar também quanto aos riscos que o uso desses medicamentos pode trazer durante a direção de veículos automóveis, ao potencial de dependência causado, e ao não aumento das doses caso o efeito terapêutico não seja alcançado. É indispensável que o médico efetue a retirada gradual dessas drogas (CAETANO, 2017).

3.2.2 TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO

Antes de tudo, o médico precisa investigar e orientar acerca da higiene do sono do paciente para constatar que não existam hábitos da rotina que estejam influenciando no distúrbio de sono relatado. As medidas não farmacológicas utilizadas no tratamento de distúrbios do sono detêm benefícios e efeitos mais duradouros que as medidas farmacológicas. Essas ações englobam psicoterapia com acompanhamento periódico e higiene do sono, essa última ação é de orientação responsável pelo clínico. O médico deve orientar o seu paciente a estipular horários específicos todos os dias para deitar e levantar, caso não consiga dormir o mesmo deverá procurar outras atividades fora do quarto, como leitura ou assistir TV, mesmo em episódios agudos de insônia o paciente não deve efetuar períodos de sono diurnos para compensar a noite perdida. O uso de substâncias como cafeína, nicotina e álcool devem ser evitados num período de no mínimo 4 horas que precedem o momento de dormir, assim como refeições pesadas no mesmo período, optando sempre por refeições leves e bem distribuídas durante o dia. A prática de atividade física regular também surte bons resultados na higiene do sono. Ademais, o momento do sono deve ser ritualizado, sendo precedido por um banho quente e relaxante, uma leitura e consumo de um chá ou leite quente. O paciente não deve prolongar sua estadia na cama, mesmo que não se sinta confortável para levantar mediante a noite de sono vivenciada. Além disso, técnicas de controle do estresse como prática de ioga, meditação ou hipnose contribuem para o domínio das respostas fisiológicas do indivíduo (LOPES, 2009).

Outro método a ser admitido no tratamento é a psicoterapia cognitiva comportamental que visa desconstruir ideias e atitudes cristalizadas entorno no ato de dormir, visando a plenitude diurna e dando ao paciente a oportunidade de corrigir comportamentos prejudiciais de estresse, tensão e desgaste emocional (LOPES, 2009).

4. CONCLUSÃO

Conclui-se que a estrutura da atenção básica permite um atendimento multidisciplinar que garante a integridade e qualidade de vida do paciente, além das orientações básicas o médico pode

encaminhar o seu paciente para o serviço do NASF, onde receberá suporte e poderá realizar psicoterapia, fisioterapia e desenvolver habilidades que contribuam para o desaparecimento de sua queixa.

Portanto, salienta-se a efetuação de uma boa anamnese e exame físico e a responsabilidade prescritiva, diagnosticando corretamente e efetuando uma terapêutica assertiva que visa não só a prescrição mas o tratamento da presente patologia, que se dá por medidas não medicamentosas que promovam a qualidade de vida do seu paciente através do trabalho multidisciplinar.

O diagnóstico é clínico, devendo o médico efetuar toda investigação para o descarte de demais patologias que possam estar dando origem a queixa do paciente, uma vez que tratadas as doenças de base é possível que o mesmo volte a ter uma qualidade de sono.

Contudo, diante do sofrimento e disfunção relatados pelo indivíduo o clínico pode lançar mão de protocolos farmacológicos que englobam o uso de benzodiazepínicos ou hipnóticos. Embora os benzodiazepínicos sejam drogas seguras e de maior acesso por serem disponibilizadas pelo serviço de saúde, eles estão atrelados a grande dependência física e consideráveis efeitos colaterais. O Zolpidem, apesar de disponível nas redes privadas de farmácia, surte menos efeitos colaterais e menor dependência física.

Ao lançar mão de métodos farmacológicos, o paciente deve receber orientações dos potenciais riscos bem como suporte para a retirada gradual da droga. A reavaliação clínica no geral não é feita, tornando esses usuários crônicos e os expondo a riscos, o que se agrava com o consumo desnecessário de psicotrópicos. Portanto uma prescrição ideal de apenas durante 2 semanas acaba sendo utilizada por períodos muito maiores. É comum encontrar pacientes com diagnóstico de insônia primária fazendo uso de Clonazepam por décadas, por exemplo.

5. REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. **NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA – VOLUME 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf>. Acesso em 18 set 2020.

CAETANO, **Guia de medicamentos**, 13ª edição, Norival Caetano, São Paulo, SP, 2017.

CAMPOS, J. S. L. **Perfil dos Usuários de Benzodiazepínicos da UBS Aguinalda Angélica de Jesus, Paineiras/ MG**. Disponível em <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4776.pdf>>. Acesso em 16 set 2020.

FAVERO, V. R. et al. USO DE ANSIOLÍTICOS: ABUSO OU NECESSIDADE?. **Visão Acadêmica**. <<file:///C:/Users/jlimg/Downloads/57820-225946-1-PB.pdf>> Acesso em 18 set 2020.

FIGUEREIDO, M. D. et al. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?. **Revista Ciênc. saúde coletiva**, v.14, n.1, Rio de Janeiro Jan./Feb. 2009.

GUSSO, G; LOPES, J.M.C. - **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática**, 2ª edição, São Paulo, SP, 2018.

LOPES, A. C. .**Tratado de Clínica Médica**, 2ª edição, Antônio Carlos Lopes, São Paulo, SP, 2009.

LUZ, R. L. S. A. L. et al. Uso de benzodiazepínicos na Estratégia Saúde da Família: um estudo qualitativo. **Infarma Ciências Farmacêuticas**, v. 26, p.119-126, 2014.

MELLIS, F. **Brasil consome 56,6 milhões de caixas de calmantes e soníferos**. Portal R7. Disponível em < <https://noticias.r7.com/saude/brasil-consome-566-milhoes-de-caixas-de-calmantes-e-soniferos-03072019>>. Acesso em 18 de setembro de 2020.

MONTI, J. M. Insônia primária: diagnóstico diferencial e tratamento. **Rev. Bras. Psiquiatr.** v. 22, n.1, São Paulo Jan./Mar, 2000.

MULLER, M. R.; GUIMARAES, S. S.. **Impacto dos transtornos do sono sobre o funcionamento diário e a qualidade de vida.** Disponível em < <https://www.scielo.br/pdf/estpsi/v24n4/v24n4a11.pdf>>. Acesso em 18 de setembro de 2020.

NORDOM, D. G. et al. Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária. **Rev. psiquiatr.** Rio Gd. Sul, v. 31. n.3. Porto Alegre. 2009.

NORDOM, D. G.; HUBNER, C.V.K.. **Prescrição de benzodiazepínicos por clínicos gerais.** Disponível em <<http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2009/v14n2/a0004.pdf>>. Acesso em 18 de setembro de 2020.

NUNES, M. L.; BRUNI, O. **Insônia na infância e adolescência: aspectos clínicos, diagnóstico e abordagem terapêutica.** Disponível em <<https://www.sanarmed.com/artigos-cientificos/insonia-na-infancia-e-adolescencia-aspectos-clinicos-diagnostico-e-abordagem-terapeutica>>. Acesso em 18 set 2020.

PORTO. C. C. **Semiologia Médica**, 8ª edição, Celmo Celso Porto, Rio de Janeiro, RJ, 2019.

RODRIGUES, L. **Insônia: como evitá-la?**. UFMG. Disponível em < <https://www.medicina.ufmg.br/insonia-como-evita-la/>>. Acesso em 18 de setembro de 2020.

SILVA, M. L. B. et al. Apoio Matricial em Saúde Mental: Quais efeitos?. **Caderno Brasileiro de Saúde Mental.** v. 6, n. 13. Santa Catarina, 2014.

BRASIL, Sistema Único de Saúde SUS. **Lista de Medicamentos Disponíveis na Rede de Farmácia SUS.** Disponível em < <http://www.saude.gov.br/images/pdf/2017/novembro/06/Lista-medicamentos-rede-propria.pdf>> Acesso em 21 de setembro de 2020.

TOY, E. C. **Casos Clínicos em Psiquiatria**, tradução da 4ª edição, São Paulo, SP, 2014.

VARELA, D. S. S. Saberes e práticas fitoterápicas de médicos na estratégia saúde da família. **Trab. Educ. Saúde.** v.12. n.2, 2014.