

Produção de fumo e insônia: relato de caso sobre os determinantes socioeconômicos para o uso contínuo de benzodiazepínicos em uma zona rural no Sul do Brasil

Tobacco production and insomnia: case report on socioeconomic determinants of the continuous use of benzodiazepines in a rural area in southern Brazil

Producción de tabaco e insomnio: Reporte de caso sobre determinantes socioeconómicos del uso continuo de benzodiazepinas en una zona rural del sur de Brasil

Maria Luisa Kechichian Lucchini¹ , Andreia Costa² , Ana Júlia Araújo de Carvalho³ , Mayara Floss⁴ ,
Marcela Araújo de Oliveira Santana³ , Gabriella d'Avila Lopes⁵ 

¹Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Cascavel (PR), Brasil.

²Universidade do Oeste de Santa Catarina – Joaçaba (CS), Brasil.

³Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia (MG), Brasil.

⁴Universidade de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

⁵Universidade Comunitária da Região de Chapecó – Chapecó (SC), Brasil.

Resumo

Introdução: A fumicultura concentra-se sobretudo em áreas rurais do Sul do país. Reconhecidamente, as áreas rurais apresentam disparidades socioeconômicas, desigualdades no acesso geográfico, bem como dificuldade de retenção de profissionais na Atenção Primária à Saúde (APS). **Apresentação do caso:** Descrevem-se, neste artigo, as intersecções de determinantes socioeconômicos de saúde ao se abordar um paciente masculino, de 57 anos, em uso crônico de benzodiazepínicos para o tratamento de insônia. Ao se aprofundar a anamnese, os determinantes socioeconômicos que levaram ao desenvolvimento da insônia foram identificados como: dificuldades financeiras na produção de tabaco, preocupações excessivas com o trabalho e presença de depressão como comorbidade. Nesse sentido, ser produtor de tabaco e a relação com a empresa podem ser considerados determinantes socioeconômicos da saúde para o desenvolvimento de insônia. **Conclusões:** No contexto deste caso, a rotatividade de profissionais e a falta de criação de vínculo fez com que o paciente permanecesse cronicamente a tratar a insônia como benzodiazepínico, o que é proscrito. Assim, revelam-se a fragmentação do cuidado e a alta rotatividade de profissionais como determinantes socioeconômicos da saúde.

Palavras-chave: Determinantes sociais da saúde; Saúde da população rural; Distúrbios do início e da manutenção do sono.

Autor correspondente:

Maria Luisa Kechichian Lucchini
E-mail: mllucchini226@gmail.com

Fonte de financiamento:

não se aplica

Parecer CEP:

não se aplica

Procedência:

não encomendado.

TCLE:

se aplica.

Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 01/04/2021.

Aprovado em: 12/03/2022.

Como citar: Lucchini MLK, Costa A, Carvalho AJA, Floss M, Santana MAO, Lopes GA. Produção de fumo e insônia: relato de caso sobre os determinantes socioeconômicos para o uso contínuo de benzodiazepínicos em uma zona rural no sul do Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2022;17(44):3019. [https://doi.org/10.5712/rbmfc17\(44\)3019](https://doi.org/10.5712/rbmfc17(44)3019).



Abstract

Introduction: Tobacco production is mainly concentrated in rural areas of the southern region of the country. Rural areas present socioeconomic disparities, inequalities in geographic access, and difficulties in retaining professionals in primary care. Mental health problems, such as insomnia, are common in clinical practice. **Case presentation:** This article describes the intersections of the social determinants of health when approaching a patient with chronic use of benzodiazepines for treatment of insomnia. By delving deep into anamnesis, the socioeconomic determinants that led to the development of insomnia were identified as: financial trouble with tobacco production, excessive concern about work and presence of depression as comorbidity. **Conclusions:** In this context, the turnover of health professionals and lack of doctor-patient relationship meant that the patient continued using benzodiazepines, which are not recommended for long-term treatment. Therefore, fragmented care and high professional turnover stand out as socioeconomic determinants of health.

Keywords: Social determinants of health; Rural health; Sleep initiation and maintenance disorders.

Resumen

Introducción: La producción de tabaco se concentra principalmente en las zonas rurales del sur del país. Se reconoce que las zonas rurales presentan desigualdades socioeconómicas, desigualdades en el acceso geográfico, así como dificultad para retener profesionales en Atención Primaria de Salud (APS). Los problemas de salud mental como el insomnio son comunes en la práctica clínica. **Presentación de caso:** Este artículo describe las intersecciones de los determinantes socioeconómicos de la salud al abordar a un paciente uso crónico de benzodiazepinas para el tratamiento del insomnio. Al profundizar la anamnesis, se identificaron los determinantes socioeconómicos que llevaron al desarrollo del insomnio como: dificultades económicas en la producción de tabaco, excesiva preocupación por el trabajo y la presencia de depresión como comorbilidad. En este sentido, ser productor de tabaco y la relación con la empresa pueden considerarse determinantes socioeconómicos de la salud para el desarrollo del insomnio. **Conclusiones:** En el contexto de este caso, la rotación de profesionales y la falta de vinculación hicieron que el paciente continuara crónicamente tratando el insomnio como una benzodiazepina, lo que no es recomendable. Así, la fragmentación de la atención y la alta rotación profesional se evidencia como un determinante socioeconómico de la salud.

Palabras clave: Determinantes sociales de la salud; Salud rural; Trastornos del inicio y del mantenimiento del sueño.

INTRODUÇÃO

A fumicultura no Brasil concentra-se em propriedades rurais pequenas, sobretudo na Região Sul do país.¹ Há predomínio da mão de obra familiar, em propriedades pequenas e com um sistema de agroindustrialização por meio de empresas multinacionais. No entanto, um dos fatores de destaque para a produtividade e a vantagem competitiva dessas produções é o baixo preço fornecido como pagamento aos pequenos produtores.² Além da situação de dependência econômica em relação ao cultivo do tabaco, a labuta no fumo exige esforço e dedicação dos membros da família, com uma rotina exaustiva.³ Somada às condições de vulnerabilidade do trabalho, a população rural ainda enfrenta desafios no acesso aos serviços de saúde, tendo em vista indicadores de saúde menores, se comparada à de áreas urbanas.⁴

Assim, os ambientes rurais, especialmente nos países de média e baixa renda, estão associados à pobreza, à marginalização e ao isolamento, bem como ao aumento do risco de exposição à violência e ao abuso. Todos esses fatores podem aumentar o risco de um indivíduo desenvolver sintomas psicossomáticos.⁵ Além dessas circunstâncias socioeconômicas, há desigualdades no acesso geográfico, bem como insuficiência de profissionais de saúde e de estrutura física de unidades de saúde, dificultando o acompanhamento longitudinal de pacientes por meio da Atenção Primária à Saúde (APS).⁶ Desse modo, a vida em contexto de ruralidade exige que os profissionais da saúde considerem os anseios e os determinantes socioambientais de saúde da população com a qual atuam, de modo a realizar um planejamento de cuidado com base nas necessidades locais.

Este relato tem por objetivo descrever e refletir sobre os determinantes socioeconômicos da saúde que levaram um paciente a desenvolver um quadro de insônia e uso crônico de benzodiazepínicos, o que coloca o caso na perspectiva dos determinantes socioeconômicos no contexto da abordagem da APS.

APRESENTAÇÃO DO CASO

Homem, 57 anos, casado e com dois filhos. Procede e reside na área rural do município de Cunha Porã, Santa Catarina, na Região Sul do Brasil. Fumicultor, trabalhou com fumo durante toda a sua infância, seguindo o trabalho da sua família. Atualmente, é proprietário de uma granja na sua pequena propriedade. Possui antecedentes pessoais de hipertensão arterial sistêmica controlada com o uso de enalapril 20 mg, uma vez ao dia. Ao exame físico, não apresentou alterações dignas de nota. Quanto a antecedentes familiares, não se recorda dos problemas de saúde que levaram à morte dos pais, mas relata que possui cinco irmãos diagnosticados com depressão. O paciente deste caso relata ter sido diagnosticado com insônia e depressão no ano de 2006, ano em que foram prescritos diazepam 10 mg e amitriptilina 25 mg à noite, com uso contínuo até 2017.

Em janeiro de 2017, durante consulta de rotina na APS, acompanhado da esposa, o paciente queixou-se de estar esquecendo nomes e expressou a sensação de que estava “ficando perdido” nas atividades diárias, sendo esta a sua queixa inicial. O paciente também relatou que os seus sintomas de depressão estavam estáveis. Quando questionado a respeito do uso contínuo de diazepam 10–20 mg à noite, o paciente relatou que vinha fazendo uso ininterrupto do fármaco desde 2006. A prescrição tem sido renovada por diferentes profissionais da Medicina, sem ter sido alterada em razão da escassez persistente de equipe médica e da troca de profissionais.

Na época da prescrição do benzodiazepínico, o paciente estava sofrendo com insônia decorrente de problemas com a produção de tabaco. Ao retomar o que aconteceu na época, o paciente e a esposa lembraram que ele era um produtor de tabaco e trabalhava para uma empresa. Geralmente, a empresa de produção de tabaco trabalha fornecendo mudas, pesticidas e todo o material necessário para a produção. Em troca, espera-se que os produtores forneçam tabaco em quantidade e qualidade determinadas pela empresa. Os procedimentos são rigorosos, e os agricultores precisam fazer exatamente o que é determinado para garantir a boa qualidade do tabaco.

O paciente acreditava ser responsável por essa boa qualidade, além de possuir uma das melhores fazendas da região, agindo com cautela na produção. Entretanto, a empresa de tabaco avaliou a sua plantação como de baixa qualidade e ofereceu um pagamento inferior ao esperado. Como resultado, o paciente não teve condições de pagar o custo de produção e passou a endividar-se. Essa queixa de insônia provavelmente é secundária à situação de estresse psicológico por conta de dívidas adquiridas. Em 2006, o paciente foi ao médico da APS, que o diagnosticou com insônia e depressão, receitando diazepam 5 mg e amitriptilina 25 mg. O paciente, ao perceber que o efeito de tolerância ao diazepam aumentou com o passar dos anos, ajustou a dose para 10 mg e informou o médico, que seguiu prescrevendo a medicação e renovando, segundo o paciente, “os papezinhos azuis”.

Sua esposa relatou também, nessa primeira consulta, que nos últimos anos o paciente estava expressando sinais de confusão e esquecimento, como repetir perguntas de forma muito seguida — de modo a impactar as suas atividades diárias e a relação com os filhos, além de gerar indisposição pela manhã. O paciente também percebia essa dificuldade de lembrar pequenas ações do dia e a maior dificuldade de desempenhar as atividades da manhã. A médica explicou-lhe sobre o risco de dependência do diazepam e a possível correlação com os esquecimentos. Paciente e médica pactuaram um esquema para reduzir o uso do medicamento, além de ter sido oferecida orientação para a higiene do sono, como: manter um horário regular de sono, ambientação, evitar assistir à televisão antes de dormir, evitar cochilos durante o dia. Além disso, foi entregue uma folha com informações sobre insônia.

No retorno, após duas semanas, o paciente estava usando diazepam 5 mg em dias alternados. Sua família relatou que ele não estava mais repetindo as mesmas perguntas e que se percebia melhora na sua disposição pela manhã. O esquema de redução do uso de benzodiazepínico teve prosseguimento e monitoramento pela médica da APS. Após cerca de seis meses de acompanhamento e orientações, o paciente retirou a medicação por completo, com melhora da sua memória e da realização das atividades da vida diária.

DISCUSSÃO

A fumicultura como determinante socioeconômico de saúde

Embora a indústria fumageira favoreça a geração de empregos e de renda no país, os fumicultores⁷ — dependentes de grandes empresas — enfrentam malefícios na relação empregatícia.⁸ O paciente, cujos familiares também trabalham na fumicultura desde a infância, trouxe sua queixa de sofrimento em relação às condições de trabalho. Ante a promessa de rentabilidade, trabalhadores rurais de pequenas propriedades passam a ver a fumicultura como opção viável de lucro. Entretanto, o controle sobre o preço do tabaco concentra-se em poucas empresas, em um sistema de oligopólio,⁹ no qual pequenos produtores se submetem a uma extenuante jornada na esperança de receberem maior remuneração a cada safra — o que não ocorre como prometido pelas indústrias. Diante das dívidas que aumentam a cada nova safra, os produtores encontram-se obrigados a seguir produzindo tabaco, recaindo em um ciclo constante para suprir a sobrevivência do cotidiano.⁸

Na época da prescrição do benzodiazepínico, o paciente relatara insônia em razão de preocupações relacionadas à produção de tabaco, visto que sua safra havia sido avaliada negativamente. Embora o paciente tenha intensificado a produção do fumo em termos de quantidade e qualidade, tornando-se proprietário de uma fazenda de destaque em sua região, a indústria fumageira desqualificou sua produção e realizou pagamentos muito abaixo do esperado — deixando o agricultor e sua família à “mercê da própria sorte”, nas palavras do paciente. Assim, ocorre uma sobrecarga produtiva, com desvalorização e consequente dívida por parte dos produtores — que no início foram atraídos pela ilusória oportunidade de renda e de protagonismo na produção. Nessa relação de domínio, o fumicultor vê-se diante de uma grave desproteção social, uma vez que não encontra espaço para dialogar sobre suas condições de trabalho — já que muitas das empresas multinacionais não oportunizam opções abertas de acordo.¹⁰ Era nesse contexto de dependência econômica em relação à indústria fumageira que o paciente se encontrava quando recebeu a prescrição de benzodiazepínico a fim de combater a insônia. Além das condições precárias de trabalho, as populações rurais também estão expostas a más condições sociais; entre elas, a dificuldade de acesso à saúde. A indústria do fumo também faz uso de agrotóxicos, que podem estar relacionados a questões de saúde mental, como o suicídio.¹¹

É importante entender os fatores predisponentes que levaram ao desenvolvimento da insônia: as dificuldades financeiras na produção de tabaco, as preocupações excessivas com o trabalho e a presença de depressão como comorbidade. Nesse caso, ser produtor de tabaco e a relação com a empresa podem ser considerados determinantes socioeconômicos da saúde para o desenvolvimento de insônia. A compreensão desse cenário atua como fator-chave na terapêutica do paciente e no manejo da insônia, buscando-se um cuidado que vá além da pura medicalização do problema enfrentado.¹² Reconhecer o trabalho, e nesse caso a indústria fumageira, como determinante de saúde é considerar e compreender

que, como afirma Carvalho, “as iniquidades em saúde não podem ser combatidas sem que as iniquidades sociais também o sejam”.¹³

Insônia: benzodiazepínicos tratam problemas sociais?

No Brasil, é estimado o consumo de benzodiazepínicos, de forma crônica, por 4% da população adulta, para o tratamento de diversos transtornos, entre eles a insônia. A maior parte das prescrições desses fármacos é emitida ao nível da APS.^{14,15} Em um cenário de transtornos físicos e mentais simultâneos, as ações de saúde mental têm sido incluídas na APS pelo Ministério da Saúde, por meio do apoio matricial. Entretanto, tal estratégia necessita de um profissional especializado em saúde mental para que o atendimento seja resolutivo.¹⁶ Dessa forma, almeja-se conceder um conhecimento mais aprofundado sobre saúde mental aos profissionais da saúde da APS para possibilitar o acompanhamento de pacientes que com transtornos mentais leves em Unidades Básicas de Saúde.¹⁷

Essa organização, que aproxima a saúde mental da APS, considera a proximidade das equipes em relação aos usuários e à comunidade. No entanto, é preciso lembrar que o cuidado em saúde mental envolve múltiplos fatores, desde as condições de vida e trabalho até o acesso aos serviços de atenção à saúde. Nesse cenário, é possível inferir que as estratégias de saúde no meio rural apresentam um déficit no que diz respeito à integralidade, pela falta do especialista para a realização adequada do apoio matricial.¹⁸ Ademais, o trabalho no campo representa um quadro epidemiológico com alta prevalência de transtornos mentais.

A insônia pode ser caracterizada como um transtorno que prejudica o início, a duração, a consolidação ou a qualidade do sono e resulta em algum tipo de prejuízo diurno. Configura-se como uma das queixas principais de atendimento na APS, estando presente em 10 a 50% dos pacientes.¹⁹ Normalmente, inicia-se após um evento estressor e costuma estar ligada a outras comorbidades psiquiátricas, como transtornos do humor e de ansiedade.²⁰

Como tratamento de primeira linha, é indicada a terapia cognitivo-comportamental (TCC), que se mostrou ser tão eficaz quanto os hipnóticos em curto prazo e mais eficaz que eles em longo prazo. Normalmente, recomendam-se quatro a oito sessões, com o objetivo de identificar pensamentos e crenças que contribuem para o desenvolvimento da insônia e substituí-los por outros mais adequados.^{19,21} De acordo com o Consenso Brasileiro de Insônia, o tratamento farmacológico é reservado a pacientes que não possuem acesso à TCC ou que não responderam a ela como primeira linha. Associadas à TCC, devem ser recomendadas medidas de higiene do sono, como evitar uso de artigos eletrônicos antes de dormir, bem como deitar e acordar todos os dias no mesmo horário.²² Pode-se refletir também sobre as possibilidades de um trabalhador rural conseguir realizar TCC no seu contexto, ou mesmo se essa é uma possibilidade real no âmbito da APS rural.

Contudo, orientações de medidas não farmacológicas, como “higiene do sono”, devem anteceder a prescrição de medicações para o tratamento da insônia. A escolha do tratamento medicamentoso deve levar em conta as comorbidades do paciente e o tipo de queixa apresentada. Deve-se optar por fármacos com menor efeito sedativo diurno, baixo potencial de dependência e menos efeitos adversos. Orienta-se o acompanhamento constante, em duas a quatro semanas, por profissional da Medicina para avaliar a possibilidade de suspensão ou a necessidade de troca da medicação.^{23,24}

A farmacoterapia na insônia nunca deve ser considerada como tratamento sozinho para a insônia. Ressalta-se que os benzodiazepínicos, entre os medicamentos para insônia, não são mais recomendados por estarem associados a efeitos adversos como sonolência, tontura, fadiga, insônia rebote, risco de

quedas, abuso e dependência, declínio cognitivo e rápida perda de eficácia hipnótica, além de existirem opções mais seguras. Seu uso prolongado, por mais de seis meses de tratamento, poderá levar os pacientes a quadros clínicos de dependência química, física ou psicológica.²⁵

Entre os medicamentos aprovados para uso na insônia, encontram-se agonistas do receptor de benzodiazepina, que incluem o zolpidem, agonista do receptor de melatonina; antagonistas do receptor de histamina, como a doxepina em dose baixa; e antagonistas do receptor duplo da orexina.²⁶ Ainda há uma série de alternativas usadas como prescrições *off-label*, fitoterápicos e medicações de venda livre, como suplementos dietéticos (melatonina). Considerando-se as opções fitoterápicas comumente utilizadas no Brasil, há a recomendação para utilização do maracujá em infusão, não sendo permitido o uso crônico nem associado a tratamentos com sedativos. Outras plantas recomendadas são a melissa (com efeitos antiespasmódico, ansiolítico e sedativo leve); valeriana (cujo uso exige cuidados pela sua hepatotoxicidade e efeito aditivo se administrada com benzodiazepínicos e barbitúricos); e plantas recomendadas como sedativos leves e sem restrições de uso, como alfavaca, hortelã, camomila e lavanda.²⁷ Na ausência de depressão, agonistas do receptor de benzodiazepina podem ser usados em insônia inicial ou de manutenção, com risco de dependência menor, mas sem evidência de uso em longo prazo. Quando o paciente tem diagnóstico de depressão, é preciso considerar o uso de medicações antidepressivas, como amitriptilina, fluoxetina e as interações medicamentosas.²⁶

Determinantes de saúde e a falta de coordenação de cuidado

De acordo com a Declaração de Alma-Ata, de 1978, a APS representa o primeiro nível de contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema nacional de saúde.²⁸ Por meio dela, os cuidados em saúde são levados à máxima proximidade dos lugares de vida das pessoas. Ela é construída com base nos atributos de: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação.²⁹ O primeiro contato faz referência à acessibilidade do usuário do sistema de saúde a cada problema que o leva a procurar assistência. Já a longitudinalidade requer a manutenção de cuidados ao longo do tempo, com a garantia de atendimento integral — com base no reconhecimento de que a saúde envolve aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Para consolidar esses atributos, existe a coordenação do cuidado, de modo a garantir a continuidade da atenção, dando seguimento constante aos problemas que o requerem. Entretanto, quando essa atenção contínua é falha e fragmentada pela alta rotatividade dos profissionais de saúde, pela demanda excessiva de trabalho, os tratamentos podem se tornar menos eficazes ao paciente.

No caso em questão, ao se analisarem os fatores que levaram ao uso prolongado de benzodiazepínicos, psicofármacos de baixo custo e fácil acesso à saúde pública, comumente prescritos de forma inadequada, percebe-se a falta de coordenação do cuidado, longitudinalidade e vínculo.

No contexto da prescrição inicial desse medicamento e da manutenção do seu uso, é possível refletir sobre a prática de atribuir ao medicamento a simbologia potencial de agente promotor de saúde de forma que a toda ameaça à saúde — reduzida a uma visão organicista — se faça necessário o combate com um medicamento. Dessa forma, como ocorrido no caso, a insônia é prontamente rebatida com o uso de um benzodiazepínico. Tal prática ignora a existência dos determinantes em saúde, como as causas sociais e comportamentais, na origem da doença, dificulta o emprego de um processo terapêutico longitudinal e multidisciplinar que busque atuar na origem do agravo e contribui para a medicalização da sociedade.³⁰

Estudos já identificaram que é frequente a renovação da prescrição desses medicamentos para usuários que já o utilizam, sem se avaliar a necessidade de manutenção do medicamento ou seus efeitos

colaterais.³¹ Esse fato atua como naturalização do uso de benzodiazepínicos por períodos prolongados, o que influencia também a atitude do paciente em relação ao uso da medicação.

Na APS e, pode-se inferir, principalmente em áreas rurais como a do paciente deste relato, a rotatividade de profissionais da Medicina e a falha na construção de um vínculo com a população levam à falta de longitudinalidade do cuidado e acompanhamento do paciente, o que aumenta os riscos de prescrição inapropriada desse tipo de medicação. Uma relação de fraco vínculo entre profissional da saúde e paciente atua como determinante para a medicalização do cuidado. Associa-se a isso a fragmentação do cuidado com a fragilidade no matriciamento e na coordenação do cuidado em conjunto com a equipe de saúde mental, ou as limitações na capacitação dos profissionais na atuação em saúde mental, tanto na identificação da condição subjacente quanto na retirada ou redução da medicação.³²

CONCLUSÃO

Este estudo de caso faz uma reflexão sobre a indústria da fumicultura e a falta de longitudinalidade e de coordenação do cuidado como determinantes para levar ao uso danoso e prolongado da prescrição medicamentosa em uma área rural. Neste caso, as condições de trabalho e as preocupações excessivas por causa da dívida com a empresa de tabaco, o histórico pessoal e familiar de depressão, o fato de o paciente residir em uma área rural, o isolamento e as mudanças frequentes na equipe médica foram determinantes para a condição de saúde e também resultaram no longo tempo de uso do diazepam.

Como lição, podemos aprender que existe a necessidade de: compreender os motivos de uma prescrição, neste caso principalmente em relação à insônia; compreender a indústria da fumicultura como determinante socioeconômico de saúde; reter profissionais em áreas rurais, evitando a sua rotatividade e a descontinuidade do acompanhamento dos pacientes; fornecer orientações não prescritivas, como as relativas à higiene do sono; e de saber-se como desprescrever uma medicação, como as da classe dos benzodiazepínicos.

Assim, percebe-se a importância de atuar em determinantes em saúde com uma terapêutica ampla e que considere a origem do problema e não apenas a medicalização ou renovação de receitas, compreendendo a importância da melhoria das condições de vida cotidiana e as condições de trabalho.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

MLKL: Conceituação, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição. AC: Curadoria de dados, Investigação. AJAC: Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Investigação, Metodologia. MF: Escrita – primeira redação, Metodologia, Supervisão, Visualização. MAOS: Conceituação, Escrita – primeira redação, Visualização. GDL: Conceituação, Escrita – primeira redação, Visualização.

REFERÊNCIAS

1. Silveira RLL. Complexo agroindustrial do fumo e território: a formação do espaço urbano e regional no Vale do Rio Pardo-RS [tese de doutorado]. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Geografia, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC); 2007.

2. Silveira RLL. A cultura do tabaco na Região Sul do Brasil: dinâmica de produção, organização espacial e características socioeconômicas. *Geog Ens Pesq* 2015;19(2):23-40. <https://doi.org/10.5902/2236499413087>
3. Riquinho DL, Hennington EA. Health, environment and working conditions in tobacco cultivation: a review of the literature. *Cienc Saude Colet* 2012;17(6):1587-600. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000600022>
4. Almeida MM, Floss M, Targa LV, Wynn-Jones J, Chater AB. Está na hora do treinamento em saúde rural para médicos de família no Brasil! *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2018;13(40):1-4. [https://doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1696](https://doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1696)
5. Costa Neto MC, Dimenstein M. Cuidado psicossocial em saúde mental em contextos rurais. *Trends Psychol* 2017;25(4):1653-64. <https://doi.org/10.9788/TP2017.4-09PT>
6. Bousquat A, Giovanella L, Fausto MCR, Fusaro ER, Mendonça MHM, Gagno J, et al. Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. *Cad Saúde Pública* 2017;33(8):e00037316. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00037316>
7. Silva AR. O significado do trabalho na terra do fumo: perspectivas dos agricultores frente ao sistema integrado de produção industrial em Santa Cruz do Sul/RS [dissertação de mestrado]. Santa Cruz do Sul: Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Regional, Universidade de Santa Cruz do Sul; 2007.
8. Castro LSP, Monteiro JK. Fumicultores advertem: a causa de seu sofrimento é a exploração no trabalho. *Psicol Soc* 2015;27(1):87-97. <https://doi.org/10.1590/1807-03102015v27n1p087>
9. Silveira RLL, Dornelles M. Mercado mundial de tabaco, concentração de capital e organização espacial. Notas introdutórias para uma geografia do tabaco. *Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales* 2010;14(338):1-27 Disponível em: https://actbr.org.br/uploads/arquivo/813_mercado_mundial.pdf
10. Almeida GEG. Fumo: servidão moderna e violação de direitos humanos. Curitiba: Terra de Direitos; 2005. Disponível em: https://actbr.org.br/uploads/arquivo/594_Fumo_serv_moderna_livro.pdf
11. Falk JW, Carvalho LA, Silva LR, Pinheiro S. Suicídio e doença mental em Venâncio Aires (RS): consequência do uso de agrotóxicos: organofosforados? In: Comissão Cidadania e Direitos Humanos AL/RS, orgs. Relatório azul: garantias e violações dos direitos humanos no Rio Grande do Sul – 1995. Porto Alegre: Assembleia Legislativa; 1995. p. 142-155. Disponível em: <http://www.al.rs.gov.br/download/CCDH/RelAzul/relatorioazul-95.pdf>
12. Åkerstedt T, Kecklund G, Axelsson J. Impaired sleep after bedtime stress and worries. *Biol Psychol* 2007;76(3):170-3. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2007.07.010>
13. Carvalho AI. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In: Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República; 2013. Vol. 2. p. 19-38. Disponível em: <https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2016/07/11.pdf>
14. Almeida LM, Coutinho ESF, Pepe VLE. Consumo de psicofármacos em uma região administrativa do Rio de Janeiro: a Ilha do Governador. *Cad Saúde Pública* 1994;10(1):5-16. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1994000100002>
15. II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. São Paulo: CEBRID; 2006. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/cuidados_prevencao_drogas/obid/publicacoes/Livros/II-Levantamento-Domiciliar-sobre-o-Uso-de-Drogas-Psicotr%C3%B3picas-no-Brasil.pdf
16. Bonfim IG, Bastos ENE, Góis CWL, Tófoli LF. Apoio matricial em saúde mental na atenção primária à saúde: uma análise da produção científica e documental. *Interface (Botucatu)* 2013;17(45):287-300. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832013005000012>
17. Figueiredo MD, Campos RO. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Ciênc Saude Coletiva* 2009;14(1):129-38. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100018>
18. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médico, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*, 22 de outubro de 2013. [acessado em 18 fev. 2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12871.htm
19. Ribeiro NF. Tratamento da insônia em atenção primária à saúde. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2021;11(38):1-14. [https://doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1271](https://doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1271)
20. Ohayon MM. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Med Rev* 2002;6(2):97-111. <https://doi.org/10.1053/smr.2002.0186>
21. Morin CM, Colecchi C, Stone J, Sood R, Brink D. Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia: a randomized controlled trial. *JAMA* 1999;281(11):991-9. <https://doi.org/10.1001/jama.281.11.991>
22. Barcelar A, Pinto Jr LR. Insônia: do diagnóstico ao tratamento. São Caetano do Sul: Difusão Editora; 2013.
23. Nastasy H, Ribeiro M, Marques ACPR. Abuso e dependência dos benzodiazepínicos. São Paulo: Associação Brasileira de Psiquiatria; 2013.
24. Marques ACPR, Natasy H, Ribeiro M. Abuso e dependência de benzodiazepínicos. São Paulo: Associação Brasileira de Psiquiatria; 2008.
25. Barcellos MT. Como fazer a retirada de um benzodiazepínico? Telessaúde. [Internet] 2017. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessaunders/perguntas/ps-ansioliticos-benzodiazepinicos-dependencia>
26. Sateia MJ, Buysse DJ, Krystal AD, Neubauer DN, Heald JL. Clinical practice guideline for the pharmacologic treatment of chronic insomnia in adults: an American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline. *J Clin Sleep Med* 2017;13(2):307-49. <https://doi.org/10.5664/jcsm.6470>
27. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/farmacopeia/formulario-fitoterapico>

28. Organização Mundial de Saúde. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Declaração de Alma Ata. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf
29. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Enferm* 2013;66(spe):158-64. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>
30. Lefèvre F. A função simbólica dos medicamentos. *Rev Saúde Pública* 1983;17(6):500-3. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101983000600007>
31. Rosa FS, Monteiro MTM, Fortunato JJ, Galato D. A prescrição de psicotrópicos e a reavaliação médica. *J Bras Psiquiatr* 2012;61(1):52-3. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852012000100011>
32. Fegadolli C, Varela NMD, Carlini ELA. Uso e abuso de benzodiazepínicos na atenção primária à saúde: práticas profissionais no Brasil e em Cuba. *Cad Saúde Pública* 2019;35(6):e00097718. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00097718>