

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

AGUINALDO ROBERTO DA SILVA

**ALTO INDÍCE DE CONSUMO DE BENZODIAZEPINICOS E
ANTIDEPRESSIVOS PELOS PACIENTES DA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA “AMOR À VIDA” DO MUNÍCIO DE HELIODORA -
MINAS GERAIS: PLANO DE INTERVENÇÃO.**

CAMPOS GERAIS - MINAS GERAIS

2017

AGUINALDO ROBERTO DA SILVA

**ALTO INDÍCE DE CONSUMO DE BENZODIAZEPINICOS E
ANTIDEPRESSIVOS PELOS PACIENTES DA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA “AMOR À VIDA” DO MUNÍCIPIO DE HELIODORA -
MINAS GERAIS: PLANO DE INTERVENÇÃO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao
Curso de Especialização Estratégia Saúde da
Família. Universidade Federal do Triângulo Mineiro,
para a obtenção do certificado de especialista.

Orientadora: Prof^a. Ms. Eulita Maria Barcelos

CAMPOS GERAIS- MINAS GERAIS

2017

AGUINALDO ROBERTO DA SILVA

**ALTO INDÍCE DE CONSUMO DE BENZODIAZEPINICOS E
ANTIDEPRESSIVOS PELOS PACIENTES DA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA “AMOR À VIDA” DO MUNÍCIPIO DE HELIODORA -
MINAS GERAIS: PLANO DE INTERVENÇÃO.**

Banca Examinadora

Ms. Eulita Maria Barcelos – orientadora (UFMG)

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, 10 de novembro de 2017

DECICATÓRIA

Dedico este trabalho, bem como todas minhas demais conquistas aos meus amados pais Manuel e Odicéa e a minha amada filha Andreza que são sempre a razão por eu querer ir cada vez mais longe.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por sempre guiar meus caminhos e nunca me deixar desistir dos meus objetivos.

A minha orientadora Eulita, por toda atenção e paciência sempre me auxiliando com suas correções e com seu incentivo.

Aos meus pais e minha filha pelo amor incondicional e por sempre acreditarem no meu potencial.

A essa instituição pela oportunidade de crescer profissionalmente.

E a todos que de alguma forma me ajudaram a vencer mais esta etapa.

"Nas grandes batalhas da vida, o primeiro passo para a vitória é o desejo de vencer" Mahatma Gandhi

RESUMO

O presente plano de intervenção é uma tentativa de enfrentar o problema do alto índice de consumo de benzodiazepínicos e antidepressivos usados pela população atendida pela Estratégia Saúde da Família “Amor à Vida”, localizada no município de Heliódora/Minas Gerais. O uso destes medicamentos é a condição usada pelos pacientes até então pela necessidade de tratar a depressão e ansiedade com medicamentos. Assim, este estudo objetivou elaborar um plano de intervenção voltado para redução e o controle do uso indiscriminado de benzodiazepínicos e antidepressivos na ESF “Amor à Vida” localizada no município de Heliódora/Minas Gerais. A metodologia usada inicialmente foi diagnóstico situacional da área de abrangência, a seguir uma pesquisa bibliográfica sobre o tema, finalizando com a elaboração de um plano de intervenção utilizando o que é preconizado pelo Planejamento Estratégico Situacional (PES). O estudo aponta que os pacientes usuários de tais medicações tem histórico de uso prolongado, entre 2 e 10 anos, com finalidades além de terapêuticas e já apresentando dependências. O que também chama a atenção é a facilidade com que os pacientes conseguem a prescrição dessas medicações, sem ao menos saberem os cuidados que devem ser tomados durante esse tipo de tratamento. O estudo sugere que o alto índice de consumo de benzodiazepínicos e antidepressivos envolve muitos problemas sociais, porém envolvem também vários outros fatores entre os quais a falta de apoio familiar e ajuda profissional.

Palavras chave: Benzodiazepínicos. Antidepressivos. Estratégia Saúde Família.

ABSTRACT

The present intervention plan is an attempt to address the problem of a high rate of consumption of benzodiazepines and antidepressants by the population assisted by the health strategy family "Amor a Vida", located in the city of Heliadora / Minas Gerais. Such condition is characterized by the need of treating depression and anxiety with medications. Thus, this study aimed to elaborate an intervention plan aimed at reducing and controlling the indiscriminate use of benzodiazepines and antidepressants in the "Amor a Vida" ESF located in the municipality of Heliadora / Minas Gerais. The methodology used was initially a situational diagnosis of the area of comprehensiveness, followed by a bibliographical research on the topic, ending with the elaboration of an intervention plan using what is recommended by the Strategic Situational Planning (PES). The study shows that the patients who use such medications have a history of extended use (between 2 and 10 years) not only for therapeutic purposes. We can also highlight the facility the patients have to obtain the prescription of medications, without knowing the needed precautions during this type of treatment. The study suggests that the high rate of consumption of benzodiazepines and antidepressants not only involves many social problems, but also several other factors including lack of family support and professional help.

Keywords: Benzodiazepines. Antidepressants. Family Health Strategy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
CRAAS	Centro de referência das Assistência Social
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LILACS	Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Distribuição da população segundo a faixa etária e gênero do município de Heliadora em 2010.....	13
Quadro 2 - Percentual da população analfabeta segundo a faixa etária no Município de Heliadora. 2014.....	14
Quadro 3 - Destino de lixo no Município de Heliadora, MG– 2010	16
Quadro 4 - População coberta pela equipe ESF- AMOR À VIDA segundo a faixa etária e micro regiões.	20
Quadro 5 - Perfil epidemiológico da área de abrangência da ESF Amor à Vida. 2016.....	20
Quadro 6- Abastecimento de água nas micros áreas da ESF - 2014.....	21
Quadro 7- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe Estratégia Saúde da Família Amor à Vida, município de Heliadora – MG.....	23
Quadro 8- Desenho de operações para resolução dos nós críticos do problema o “alto índice de uso de diazepínicos e antidepressivos “ na Estratégia Saúde da Família Amor à Vida , município de Heliadora – MG.....	36
Quadro 9 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós críticos” para o problema o “alto índice de uso de diazepínicos e antidepressivos “ na Estratégia Saúde da Família Amor à Vida, município de Heliadora – MG.....	39
Quadro 10 - Propostas de ações para a motivação dos atores envolvidos no problema o “alto índice de uso de diazepínicos e antidepressivos “ na Estratégia Saúde da Família Amor à Vida, município de Heliadora- MG.....	41
Quadro 11 - Plano operativo para controle/diminuição do problema “alto índice de uso de diazepínicos e antidepressivos” na Estratégia Saúde da Família Amor à Vida, município de Heliadora – MG.....	42

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	JUSTIFICATIVA.....	24
3	OBJETIVO.....	25
4	METODOLOGIA.....	26
5	REFERENCIAL TEÓRICO.....	28
	5.1 Definição.....	28
	5.2 Indicações.....	29
	5.3 Dependência e Síndrome de Abstinência.....	31
	5.4 Ação dos benzodiazepínicos.....	32
	5.5 Desmame	33
6	PLANO DE INTERVENÇÃO.....	33
	6.1 Definição do Problema	33
	6.2 Priorização do Problema.....	34
	6.3 Descrição do Problema.....	34
	6.4 Explicação do Problema	35
	6.5 Seleção dos “nós críticos”.....	38
	6.6 Desenho das operações	40
	6.7 Identificação dos recursos críticos.....	42
	6.8 Processo de monitoramento.....	44
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	45
	REFERÊNCIAS.....	46

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos Gerais do Município

A cidade de Heliadora foi fundada em 1.878, e emancipada em 26/12/1948. Está localizada na região sul do estado de Minas Gerais possuindo posição privilegiada, pois está próxima às cidades de Lambari, São Lourenço , Caxambu, Cambuquira, Pouso Alegre e Varginha e é um local estratégico por se localizar nas proximidades da Rodovia Fernão Dias (BR-381), que liga São Paulo a Belo Horizonte. Sua região é rica em morros, possui clima tropical de altitude, tendo características de cidade serrana, caracterizada por dias quentes e noites frias. A base da economia da cidade destaca-se o cultivo de café (IBGE 2010).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), sua população é de 6.120 habitantes, segundo o sendo assim é uma cidade de pequeno porte. Apresenta melhoria no índice urbano de violência e acesso à saúde. Entre 2000 e 2012 a população de Heliadora cresceu em média anual de 0,79% nesse mesmo período a população urbana passou de 74,56% para 72,37%, sua área é de 153.950 km³.

Quadro 1- Distribuição da população segundo a faixa etária e gênero do município de Heliadora em 2010.

FAIXA ETÁRIA	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
0-4 anos	200	190	390
5-9 anos	218	202	420
10-14 anos	263	265	528
15-19 anos	248	269	517
20-24 anos	226	232	458
25-29 anos	221	235	456
30-39 anos	452	431	883
40-49 anos	457	413	870
50-59 anos	376	369	745

60-69 anos	266	219	485
>70 anos	189	179	368
TOTAL	3.116	3.004	6.120

Fontes: IBGE (2010).

Em se tratando dos recursos comunitários no Município de Heliadora existem três escolas públicas, sendo duas na zona urbana e uma na zona rural, uma creche, oito igrejas, opções de lazer (cachoeiras e pontos turísticos naturais) e o Sindicato dos servidores públicos.

Quadro 2 - Percentual da população analfabeta segundo a faixa etária no Município de Heliadora. 2016.

Grupos de idade	Percentual de crianças fora da escola
15-24 anos	1,4%
24-59 anos	12,1%
60 anos	24,3%
TOTAL	37,8%

Fonte: IBGE (2010)

1.2 O sistema municipal de saúde do Município Heliadora

Em relação à Rede de Serviços de Saúde o município Heliadora possui:

- ✓ Atenção Especializada: existe atenção especializada nas Unidade Básica de saúde (UBS) de ginecologia e obstetrícia, cardiologia, pediatria, dermatologia e clínica médica. Os demais atendimentos especializados de alta complexidade são referenciados para outros municípios como Pouso Alegre e Varginha.
- ✓ Atenção de Urgência e Emergência: atendimento 24h na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) onde funcionava um hospital anteriormente. Casos que necessitem de atendimento de maior complexidade são referidos para Pouso Alegre.
- ✓ Atenção Hospitalar: são transferidos para Pouso Alegre e hospitais das cidades vizinhas.

- ✓ Apoio Diagnóstico: existe um laboratório particular, onde a prefeitura terceirizou o atendimento público e também entra com uma contra partida o paciente arcando com a outra metade dos exames quando os exames precisam ser imediatos.
- ✓ Assistência Farmacêutica: assistência farmacêutica disponível pelo SUS na cidade com boa cobertura aos medicamentos básicos.
- ✓ Vigilância Da Saúde: Serviço de vigilância epidemiológica na Unidade Básica de Saúde
- ✓ Relação dos pontos de Atenção: relação de cooperação sendo a Unidade Coordenadora Central na Secretaria Municipal de Saúde.
- ✓ Relação com outros municípios: Pouso Alegre, Lambari, Natércia, Careçu, Poços de Caldas com atendimento hospitalar e ambulatorial especializado em várias áreas, além do consórcio CISAMESP com cerca de 50 municípios da região que oferecem vários serviços especializados.
- ✓ Consórcio de Saúde: Consórcio CISAMESP. Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Municípios da Micro Região do Alto Sapucaí.
- ✓ Modelo de Atenção: Poliaquico .Todos os dados acima foram retirados do Site do Município de Heliadora (2016).

Atenção Primária: possui três equipes de Estratégias de Saúde da Família (ESF), duas na zona urbana e uma na zona rural, além de uma Unidade Básica de Saúde (UBS). A ESF “Bem Viver” é a equipe que assiste a população da zona rural, e a ESF “Heliadora Feliz” divide a população urbana com a “Amor à Vida” onde nossa equipe atua. A carga horária é de 40 horas semanais, sendo de 07h às 11h da manhã e de 13h as 17h para a atenção básica; 24 horas para atenção médica em serviço de pronto atendimento (urgências e emergências).

Hoje a população conta com uma cobertura de mais ou menos de 99% da atenção dos PSF. Nas ESF não possuem programa de saúde bucal.

Em relação ao tratamento de esgoto no município, não existe pois não tem rede e estrutura para tal atividade, quanto ao destino lixo está demonstrado no quadro 3.

Quadro 3- Destino de lixo no Município de Heliódora, MG- 2016.

Tipo de destino	Percentual
Coletado	80%
Queimado/enterrado	15%
Jogado em lotes vagos	5%
Total	100%

Fonte: Anotações dos agentes comunitários de saúde (2016).

A economia possui como principais setores econômicos os serviços de agricultura como: café, arroz, milho e agropecuária como: carne, leite e derivados, confecção de artigos de vestuários e fábrica de laticínios. O turismo tem grande espaço no município devido as belezas naturais da região como: montanhas, cavernas e belas cachoeiras.

A cidade possui uma característica cultural forte, existe a Festa Congada, Folia de Reis, Festa dos Padroeiros: Santa Isabel e São Benedito que acontece uma vez por ano no centro da cidade e de outros santos que acontecem nos outros bairros rurais.

A religião é basicamente católica com uma pequena parcela da população seguindo Testemunha de Jeová e Evangélica. A política tem por base o sistema clientelista-assistencialista.

A educação da cidade conta com duas escolas públicas oferecendo ensino básico e médio. A área urbana conta com duas escolas, uma municipal e uma estadual . Na zona rural há uma escola municipal. Todos estes acima dados foram retirados do Site do Município de Heliódora (2016)

1.3 Estratégia de Saúde da Família “Amor à Vida”

As micro áreas atendidas por nossa equipe estão há uma distância bem próxima umas das outras exceto o bairro Vista Verde, sendo essencial utilização de unidades de apoio para que a população possa se locomover até a unidade. A ESF Amor a Vida presta assistência a uma população de aproximadamente 769 famílias e 2179 pessoas onde a maioria vive do funcionalismo público e da agricultura, bem como prestadores de serviço como colhedor de café e outros. A base da economia

gira em torno da agropecuária: da produção de leite e derivados, gado de corte, agricultura: café, feijão, milho, arroz, tomate, batata, banana, e etc. A população rural não recebe água tratada, porém a prefeitura incentiva e distribui o cloro para o tratamento de água em domicílio. 90% da população de crianças e adolescentes se encontram matriculados nas escolas e o índice de analfabetismo é baixo. A cobertura vacinal é de 99%, bem como a realização de exames preventivos como Papanicolau e mamografia para a população de acordo com a faixa etária.

A ESF “Amor à Vida” foi inaugurada em outubro de 2014, sua área de abrangência atende a região central e os bairros Vista Verde, Nossa Senhora Aparecida, Primavera e Várzea (bairros urbanos, sendo assim a cobertura da equipe é de 100% na área urbana). A unidade tem sede na Avenida Alvarenga Peixoto no número 311, em baixo da UBS.

O município possui três unidades de saúde de apoio com suas peculiaridades. Temos muitos problemas de infra estrutura, localização, falta de materiais para pequenos curativos, pequenas suturas, consultório médico sem ventilador ou ar condicionado, não existe um local apropriado para lavar as mãos, a técnica de enfermagem a todo momento se ausenta da unidade. Temos o luxo de termos internet, computador e impressora, todas possui sinal telefônico e contamos com telefone fixo em todas as unidades. Algumas medicações são realizadas na própria unidade como: Dipirona IV, Profenid IM, dexametasona IM ou IV. A equipe é composta por um médico, um enfermeiro, uma técnica de enfermagem, e 5 agentes comunitário de saúde. Cobrindo os bairros Vista Verde, Nossa Senhora de Aparecida, Várzea e Bairro Centro. Em nossa unidade os atendimentos aos pacientes são por meio de consultas agendadas e demanda espontânea além de ter as visitas domiciliares de rotina.

A UBS funciona de 7 às 17 horas como atendimento de consulta médica especializada em obstetrícia e ginecologia, pediatria, clínica médica Cardiologia, dermatologia e nutrição. Atendimento odontológico, fisioterapeuta, vigilância sanitária/epidemiológica e marcação de consultas atendem em lugares distintos. Existe uma Farmácia pública, voltada para a atenção e distribuição de medicamentos básicos.

A unidade foi construída há pouco tempo, conta com uma sala de recepção, um banheiro, uma cozinha, um consultório, uma sala de curativo e uma sala para o enfermeiro. Enfrentando o problema de falta de banheiro no consultório médico. A ESF atende 769 famílias totalizando 2179 pessoas. A equipe é composta por um médico, um enfermeiro, uma técnica de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde. As agentes fazem visitas domiciliares diariamente e se revezam no plantão (sempre uma fica de plantão na unidade). O enfermeiro e a técnica em enfermagem se revezam nas visitas domiciliares, curativos e injeções. A ESF funciona de segunda a sexta-feira das 7:00 às 16:00 horas, com atendimento médico de segunda à quinta feira.

O trabalho realizado pela equipe é diversificado com sua maior parte voltado para atendimento de consultas agendadas e em sua menor parte por demanda espontânea. Realizamos visitas domiciliar, cuidados com idoso, coleta de exame preventivo como Papanicolau, solicitação de mamografia para população alvo, atendimento a alguns casos de urgência hipertensiva, pedidos de exames de menor complexidade. Realizamos também palestras educativas nas escolas, abrigos.

Existem meios de comunicação, igrejas e em áreas de grandes aglomerações, aferição de pressão arterial. Uma vez por semana realizamos atendimento especial para população que faz uso contínuo de medicamentos como os diazepínicos, antidepressivos, anti-hipertensivos, hipoglicemiantes, pois entendemos que é uma das formas de manter um vínculo entre os profissionais e os pacientes. Realizamos reunião com toda equipe de ESF do município semanalmente, para o planejamento e traçamos ações, discussão de casos e problemas relacionados ao PSF e a comunidade.

1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade

Pelo diagnóstico situacional realizado pela equipe na área de abrangência foi possível identificar os problemas de saúde vivenciados pela população. Entre os problemas encontrados estão:

- Alto índice de usuários de diazepínicos e antidepressivos;
- Alto índice de obesos e pessoas sedentárias;

- Alta área de lazer adequada para a população em geral;
- Faltam programas de lazer específico para terceira idade;
- Falta coleta seletiva de dejetos;
- Alto tráfego e consumo de drogas ilícitas;
- Falta de estação de tratamento de água;
- Consumo abusivo de álcool pela população mais jovem,
- Grande quantidade de animais soltos nas ruas e avenidas;
- Falta de tratamento de esgoto;
- Rede de esgoto não cobre toda a cidade.

Lista de problemas identificados que interferem na dinâmica de trabalho da equipe:

- Espera interminável para se realizar um exame de alta complexidade solicitado pelo médico;
- Demora muito tempo para marcar e realizar uma consulta com especialista;
- Falta de transporte para transportar tanto os pacientes de maior gravidade como os que necessitam de locomover para as suas consultas com especialistas;
- A maioria da população ainda preza pelo tratamento e despreza a prevenção.

A lista de problemas relacionados à Unidade de Saúde quanto à estrutura e funcionamento: difícil acesso à unidade, pois se encontra com uma rampa muito inclinada, falta de equipamentos e medicamentos para suporte de urgência, falta de meio de transporte para realizar visitas domiciliares. Distância de deslocamento alta para acesso a alguns serviços de saúde de alta complexidade.

Verificamos que a maioria dos problemas levantados não é possível o seu enfrentamento pela equipe por falta de recursos financeiros e recursos humanos, bem como falta de governabilidade e resolutividade sobre os mesmos. Neste sentido foi necessário priorizar um problema que mais preocupava a equipe e estava dentro do seu poder de resolutividade.

No Quadro 4 apresenta-se, por microárea, a população atendida pela nossa equipe de saúde de acordo com a faixa etária da população.

Faixa Etária	Micro 1 Vista Verde	Micro 2 Centro/ Primavera	Micro 3 Centro/ Várzea	Micro 4 Centro/N.S Aparecida	Micro 5 Centro
0-1 ano	3	7	9	6	5
1-2 anos	9	3	8	8	5
2-3 anos	10	3	3	2	2
3-4 anos	15	2	2	0	5
4-5 anos	7	7	4	3	4
5-12 anos	51	40	25	27	26
12-18 anos	57	43	24	29	42
18-59 anos	285	243	226	233	230
acima de 60 anos	50	87	122	114	93
TOTAL	487	435	423	422	412

Fonte: Dados coletados pelas ACS de cada micro área da ESF Amor à Vida (2016).

Quadro 5- Perfil epidemiológico da área de abrangência da ESF Amor à Vida. 2016

INDICADOR	Micro 1 Vista Verde	Micro 2 Centro/ Primav era	Micro 3 Centro/ Várzea	Micro 4 Centro/N. Sra Aparecida	Micro 5 Centro	TOTAL
Proporção de idosos com 60 anos e mais/pop total	50	87	122	114	93	466
Pop.alvo para rastreamento de câncer de mama	31	29	37	45	39	181
Pop.alvo para rastreamento de câncer de colo uterino	115	88	128	108	98	537
Pop.alvo para rastreamento de câncer de próstata	62	73	69	87	61	352
Portadores de hipertensão arterial esperados	48	41	82	38	78	87
Portadores de hiperten- são arterial cadastrados no → SIAB	48	41	82	38	78	287

Relação hipertensos esperados/cadastrados	1	1	1	1	1	-
Portadores de diabetes esperados.	12	11	27	11	24	85
Portadores de diabetes cadastrados → SIAB	12	11	27	11	24	85
Relação diabéticos esperados/cadastrados	1	1	1	1	1	-

Fonte: Dados coletados pelas ACS de cada micro área da ESF 1 (2016).

Pelo levantamento realizado constatamos que as principais causas de óbitos são as doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, pulmonares e câncer. As principais causas de internação são doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e pulmonares, problemas de saúde prevalentes são Hipertensão, diabetes e obesidade. Em relação às doenças de notificação estão a Tuberculose e Hanseníase. Não foi encontrado nos últimos 3 anos nenhum registro de causas de mortalidade infantil.

O estudo da área de abrangência nos permitiu fazer uma análise do saneamento básico, abastecimento de água e acesso a energia elétrica. No quadro 6 demonstra o abastecimento de água nas micros áreas.

Quadro 6- Abastecimento de água nas micro áreas da ESF Amor à Vida. 2016.

Abastecimento de água.	Micro áreas				
	1	2	3	4	5
Sistema público	100%	100%	100%	100%	100%
Outro	0	0	0	0	0
Total	-	-	-	-	-

Fonte: Anotações das ACS (2016).

Não existem sistemas de tratamento de esgoto na cidade, coleta seletiva de lixo ou incentivos para reciclagem de lixo pelo município. Apenas na região central há o tratamento de água. Nas demais regiões a mesma é distribuída após a captação. Porém é incentivado o uso de cloro e distribuído pela prefeitura para tratamento de água na comunidade. A comunidade da Barreira apresenta caixa d'água que passa por processo de cloração antes da distribuição nas residências.

Outro item que também foi analisado foi a educação na área de abrangência. O percentual da população analfabeta entre > de 15 anos segundo as micro áreas. Nas micro áreas 1,2,4,5 o percentual foi de 0% e na área 4 foi 0,1%.

Em relação a coberturas a população está coberta em vacinação: 100%, pré-natal: 100% e puericultura: 100% representando uma eficiência nestes programas.

A equipe desenvolve outras atividades:

- ✓ Grupos: Tabagismo, Gestante, Atividade Física, Idoso.
- ✓ Reuniões: Reunião Mensal Com Equipe.
- ✓ Parcerias :Conselho Tutelar, Fisioterapeuta E CRAAS
- ✓ Projetos: Busca-ativa HA/DIA

1.5 Priorização dos problemas

A equipe tem consciência da importância de enfrentar todos os problemas levantados, mas para nossa realidade é impossível este enfrentamento ao mesmo tempo pela falta de recursos (financeiros, humanos, materiais).

Para priorizarmos os problemas, eles foram discutidos na reunião de equipe e analisados quais aqueles que trazem mais prejuízo para a saúde da comunidade. Mas para escolher, priorizar, avaliar com mais fidedignidade são necessários utilizar critérios que possibilite uma priorização objetiva. Portanto utilizamos os critérios para seleção: a importância do problema, sua urgência, a própria capacidade para enfrentá-lo, a viabilidade e os recursos, distribuindo pontos conforme sua urgência; definindo se a solução do problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe responsável pelo projeto de acordo com Campos, Faria e Santos (2010).

Para a importância os valores atribuídos foram alto (3), médio (2) ou baixo (1); Urgência do problema: Sim (2) ou Não (1); Viabilidade: Sim (2) ou Não (1);

Enfrentamento: Alta (3), Média (2), Baixa (1) ou Nula (0); Recursos: Alta (3), Média (2), Baixa (1) ou Nula (0)

A classificação de prioridade está no quadro 7 a seguir.

Quadro 7- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe Estratégia Saúde da Família Amor à Vida, município de Heliadora – MG

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
Alto índice de uso de diazepínicos e antidepressivos	Alta	7	Parcial	1
Obesidade e sedentarismo	Alta	6	Parcial	2
Tráfico e consumo de drogas ilícitas	Alta	5	Parcial	3
Consumo abusivo de Álcool	Alta	5	Parcial	4
Falta de tratamento do esgoto	Alta	4		5
Falta de coleta seletiva de dejetos	Alta	4	Fora	6
Animais soltos nas ruas	Média	3	Parcial	7
Falta de atrativos de lazer	Média	3	Fora	8
Faltas de programas para a 3ª Idade	Média	3	Total	9

Fonte: autoria própria (2017).

O problema priorizado utilizando os critérios foi o alto índice de uso de diazepínicos e antidepressivos.

2 JUSTIFICATIVA

Esse trabalho se justifica devido ao alto índice de usuários de medicamentos benzodiazepínicos e antidepressivos na equipe “Amor à Vida”. Devido á alta procura por esse tipo de medicação o profissional médico não tem tempo de fazer uma escuta detalhada do problema do paciente, praticando na maioria das vezes somente renovação da receita, ficando assim a desejar: ouvir as queixas, diagnóstico e resposta ao tratamento.

Assim a relação médico/paciente fica prejudicada, esse foi um dos motivos do plano de intervenção. Portanto, a falta de acompanhamento adequado aumenta cada vez mais o consumo e as dosagens desses remédios. O desmame ajudaria muito na melhoria da qualidade de vida dos pacientes. A ajuda psicológica pode ajudar na diminuição do consumo de tais substancias, proporcionando uma vida mais saudável aos pacientes que dependem o trabalho da ESF “Amor à Vida”.

A equipe após análise da situação levantada considerou que o nível local apresenta recursos humanos e materiais para realização do Projeto de Intervenção, considerando o projeto viável.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de intervenção voltado para redução e o controle do uso indiscriminado de benzodiazepínicos e antidepressivos na ESF “Amor à Vida” localizada no município de Heliódora/Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos:

- Incentivar exercícios físicos;
- Diminuir a dependência de remédios;
- Estimular a autoconfiança dos pacientes;
- Melhorar a qualidade de vida dos pacientes;
- Promover a integração social dos usuários da nossa área de abrangência;

4 METODOLOGIA

A elaboração do projeto de intervenção foi dividida em três etapas: diagnóstico situacional, revisão de literatura e elaboração do plano de intervenção.

Foi realizada uma revisão narrativa da literatura a partir da biblioteca *virtual Scientific Eletronic Library online* (SciELO) e da Revista Brasileira de psiquiatria, utilizando os descritores benzodiazepínicos, antidepressivos, saúde mental e depressão.

Os dados utilizados no diagnóstico situacional foram à base para construção do plano de ação do Projeto de Intervenção, tendo como referência os dez passos propostos Campos, Faria e Santos (2010) no Módulo Planejamento e Ações de Saúde utilizado na Unidade Didática I do Curso de Especialização.

O plano de intervenção foi organizado a partir da priorização dos problemas identificados de acordos com critérios estabelecidos. Na UBS o problema priorizado foi o alto índice de consumo de benzodiazepínicos e antidepressivos. Uma vez definidos os problemas e as prioridades (1º e 2º passos), a próxima etapa foi à descrição do problema selecionado.

Para descrição do problema priorizado, nossa equipe utilizou alguns dados fornecidos pelo SIAB e outros que foram produzidos pela própria equipe por meio de diferentes fontes de obtenção de dados. Foram selecionados indicadores de frequência de alguns dos problemas e também da ação da equipe frente aos mesmos. A partir da explicação do problema, foi elaborado um plano de ação, entendido como uma forma de sistematizar propostas de solução para o enfrentamento do problema em questão.

Com o problema explicado e identificado as causas consideradas as mais importantes, passou-se pensar nas soluções e estratégias para o enfrentamento do mesmo, iniciando a elaboração do plano de ação propriamente dito e o desenho da operacionalização.

Foram identificados os recursos críticos a serem consumidos para execução das operações que constitui uma atividade fundamental para análise da viabilidade do plano.

Identificados os atores que controlavam os recursos críticos e sua motivação em relação a cada operação, propondo em cada caso ações estratégicas para motivar os atores identificados.

Finalmente para a elaboração do plano operativo, nos reunimos com todas as pessoas envolvidas no planejamento, definimos por consenso a divisão de responsabilidades por operação e os prazos para a realização de cada produto.

Os descritores utilizados na busca foram: benzodiazepínicos, antidepressivos e estratégia saúde da família.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 O que são benzodiazepínicos?

Historicamente, segundo Nastasy, Ribeiro e Marques (2008), o primeiro benzodiazepínico (BZDP) foi descoberto na década de 60, sendo amplamente prescrito no tratamento dos transtornos ansiosos durante toda a década de setenta, como uma opção segura e de baixa toxicidade. Contudo, no início dos anos 80, demonstrou-se que metade dos usuários crônicos evoluía com síndrome de abstinência e sua prescrição começou a ser feita com precaução maior.

Estima-se que a maior prevalência de uso são as mulheres com problemas médicos e psiquiátricos crônicos. Os BZDP são lipossolúveis, tendo uma absorção completa e penetração rápida no sistema nervoso central (RANG; DALE; RITTER, 2011).

Os Benzodiazepínicos (BZDs) são fármacos ansiolíticos que possuem a capacidade limitada de deprimir o Sistema Nervoso Central (SNC), todavia, em doses altas podem levar ao coma utilizados como sedativos, hipnóticos, relaxantes musculares, para amnésia anterógrada e atividade anticonvulsivante sendo considerado o grupo mais utilizado no tratamento da ansiedade e insônia. Os principais efeitos dessa classe são: redução da ansiedade, sedação, relaxamento muscular, amnésia anterógrada e efeito anticonvulsivante (BRUNTON; CHABNER; KNOLLMANN, 2005; RANG; DALE; RITTER, 2011).

Em estudo realizado em ambulatório de saúde mental pela equipe de Naloto et al. (2016, p. 1270) detectaram se preponderância de prescrições de benzodiazepínicos para os usuários adultos. Esses autores alertam que “o uso inapropriado destes psicotrópicos foi observado tanto em adultos como em idosos, sendo que uma minoria das prescrições era racional e fazia uso do benzodiazepínico pelo tempo recomendado”.

Foi realizado por Pelegrini (2003) citado por Gruber; Mazon (2014,p.43) uma análise crítica do abuso de medicamentos psicotrópicos na atualidade e apontaram que

este fato “pode ser resultante da inter-relação entre a automedicação, prescrição excessiva e aspectos culturais.” Onde os pacientes buscam “incessantemente a felicidade plena, e se encontra nos medicamentos uma cura padronizada para todos os males da alma”.

Pelegriño et al. (2003, p. 38) convidam à reflexão sobre o uso indiscriminado de benzodiazepínicos:

A questão do inegável abuso que hoje se verifica no consumo de medicamentos psicotrópicos está a demandar séria reflexão. É fato consabido que, ao grave problema da automedicação, acresce-se uma prescrição excessiva, em especial dos ansiolíticos e dos antidepressivos, por parte dos médicos. O exame de uma possível inter-relação entre esse fenômeno e determinados aspectos de nossa cultura é o objetivo a que nos propomos neste artigo. Nessa busca, tomaremos o caminho da análise da subjetividade contemporânea e da função do medicamento na cultura atual.

Conforme explicitam Gruber e Mazon (2014), a maior parte dos medicamentos psicotrópicos é adquirida mediante prescrição médica, e sua aquisição é controlada pelo Ministério da Saúde. Busca-se, dessa forma, o controle efetivo sobre o uso destas drogas.

No entanto, o consumo excessivo pode sugerir tanto o baixo controle, como já citado, pouca capacitação dos profissionais médicos em realizarem a prescrição das substâncias, ou ainda, real aumento do número de pessoas que requerem o uso dos medicamentos psicotrópicos para a manutenção de sua saúde(GRUBER E MAZON 2014, p. 47),

5.2 Indicações

Muitos médicos, principalmente clínicos gerais, prescrevem os BZD por se tratar de uma classe de medicamento segura aos seus pacientes e, muitas vezes, não prestam as informações necessárias ao paciente quanto aos efeitos colaterais e riscos do uso contínuo por meses destes fármacos o que vem acentuando e tornando preocupante o número de casos de dependência devido ao uso abusivo.

Estima-se que 50 milhões de pessoas façam uso diário de benzodiazepínicos sendo que o maior consumo ocorre entre mulheres e idosos. O uso destes medicamentos por idosos e mulheres é explicado pelos autores ao fato da dificuldade de atingir o limiar do sono em idosos e a procura constante pelo alívio de sintomas de ansiedade por mulheres de meia idade (NASTASY, RIBEIRO; MARQUES, 2008) Deve-se considerar que para o idoso as consequências ficam ainda mais acentuadas,

podendo levar ao maior risco de quedas e fratura de fêmur, risco de eventos coronarianos e doenças cerebrovasculares (COELHO *et al.*, 2006).

Segundo Pereira *et al.* (2013), a ansiedade e a insônia são situações vivenciadas no cotidiano das pessoas, podendo ser manifestações comuns das pressões diárias. Dependendo da intensidade, dos sofrimentos que provocam, da interferência nas atividades diárias ou do sono, caracteriza-se como patológica ou normal. Os BZDP são utilizados para o tratamento agudo e subagudo de ansiedade, transtornos de insônia e crises convulsivas.

Para Chaimowicz *et al.* (2013) em relação à insônia, é importante estabelecer para o paciente o que seria um sono adequado para ele pois a duração do mesmo pode ser menor que oito horas ou o paciente apresentar latência inicial e o sono ser restaurador.

Basquerote (2012) relata que os benzodiazepínicos são muito difundidos, por de serem disponibilizadas pela farmácia popular e à tendência de medicalização excessiva e dos eventos de vida na sociedade contemporânea. Somado a isso, muitos médicos generalistas ou de saúde da família encontram dificuldades em “dizer não” para os pacientes, quando lhe solicitam a prescrição de BZDP.

Para Brunton, Chabner e Knollmann (2006), as benzodiazepinas substituíram de modo expressivo os barbitúricos nas suas indicações. Elas não têm ação depressora do centro respiratório, sendo de uso mais seguro. Conforme os autores acima citados além de terem maior especificidade sobre as sintomatologias:

- Ansiedade simples ou secundária;
- Insônias;
- Convulsões;
- Epilepsia: só algumas benzodiazepinas possuem propriedades antiepilética;
- Indução da hipnose;
- Delirium tremens;
- Como adjuvante na indução da anestesia geral;
- Em procedimentos médicos invasivos para acalmar o doente (e.g. endoscopia);

- Como relaxante muscular.

Nas Unidades Básicas de Saúde o clínico geral é o primeiro a receber queixas dos pacientes sejam físicas ou psicossociais e, se nesse momento, muitas vezes sem uma escuta mais ampla inicia um tratamento com BZDP que pode desencadear um círculo vicioso em relação ao medicamento, que pode durar por anos se não tiver um bom monitoramento pela equipe.

Com as mudanças de hábitos de vida da população é possível observar uma crescente procura por medicamentos que venham aliviar sintomas como estresse e ansiedade. Essa procura acentuada, juntamente com prescrições inapropriadas de profissionais pouco preparados contribuem para o crescente uso indevido de medicamentos da classe dos benzodiazepínicos (BZDs) aumentando a probabilidade de reações adversas, intoxicação e também dependência a esses fármacos (AMARAL; MACHADO, 2012)

5. 3 Dependência e Síndrome de Abstinência.

Segundo os autores Rang Dale e Ritter (2011), o fenômeno de dependência aos benzodiazepínicos está relacionado com a farmacocinética, como a alta lipossolubilidade e a meia-vida biológica. O uso prolongado pode levar a manifestação da síndrome de abstinência, após a retirada do medicamento, geralmente de um a onze dias tornando mais difícil para os pacientes a interrupção do tratamento. Os sintomas pioram entre o quinto e o sexto dia de abstinência e desaparecem em quatro semanas. Os sintomas mais frequentes incluem: tremores, taquicardia, sudorese, disforia, cefaleia, ansiedade intensa, agitação, insônia e alterações do padrão do sono, vertigens, distúrbios gastrointestinais, anorexia, entre outros.

O uso muito prolongado (crônico) pode desenvolver tolerância obrigando a aumentar a dose para obter os mesmos efeitos, razão por que atualmente é indicado sua administração de no máximo 3 semanas nos casos de menor complicação.

Os autores acrescentam que a abstinência, inicia progressivamente dentro de dois a três dias após a parada de BZDP de meia-vida curta e de cinco a dez dias para aqueles de meia-vida longa, podendo também ocorrer após a diminuição da dosagem. Os pacientes podem apresentar sintomas físicos e psíquicos tais como: tremores, insônia, convulsões, sudorese, irritação, alucinações, palpitações, agitação e inquietação, delirium, letargia, disforia náuseas e vômitos, prejuízo da memória, anorexia, pesadelos, cefaleia, dificuldade de concentração (NASTASY, RIBEIRO, MARQUES, 2002).

5.4 A ação dos benzodiazepínicos

Essa classe de medicamentos foi aprovada nos anos 1960 nos Estados Unidos acreditava-se que fossem mais seguros que os barbitúricos, usados no início do século XX para o tratamento da insônia e ansiedade.

Os benzodiazepínicos agem de sua ligação a um sítio regulador específico sobre o receptor GABA_A potencializando, assim, o efeito inibitório do GABA, no sistema nervoso central, ou seja, inibindo a comunicação do sistema nervoso podendo também, em alguns casos, alterar a recaptação de adenosina, outro receptor inibitório. Seus efeitos incluem diminuição da atenção, perda de memória e de habilidades motoras em geral. Sua metabolização é hepática e são eliminados como glicuronídeo na urina. A duração da ação no organismo divide os benzodiazepínicos em: longa ação, como o diazepam; média ação, como clonazepam; e curta ação como midazolam. Aqueles com curta ação são mais utilizados como hipnóticos, enquanto, aqueles com ação mais longa são utilizados como ansiolíticos e anticonvulsivante) (RANG; DALE; RITTER, 2011).

O uso abusivo de benzodiazepínicos pode potencializar os efeitos do álcool e, em altas doses, provocar depressão respiratória. O uso crônico de benzodiazepínicos produz dependência e sua retirada abrupta pode provocar síndrome de abstinência. O risco do desenvolvimento desses quadros não deve ser negligenciado pelos médicos (MARQUES; CRUZ, 2004, p.33).

O uso indiscriminado de BZDP é algo recorrente na atenção primária e deve ser combatido, devido aos malefícios quando seu uso é crônico e sem indicação clínica.

Para tal, faz-se necessário uma intervenção multidisciplinar, em que o paciente seja avaliado de acordo com uma perspectiva de saúde integral e que se pautem no bem-estar psicossocial do indivíduo.

5.5 Desmame

Para Nastasy, Ribeiro e Marques (2002) uma estratégia mais eficiente para realizar o desmame é a retirada gradual do medicamento, porque apresenta menor quantidade de sintomas, maior chance de sucesso, baixo custo e de fácil execução ou substituir por um fármaco de meia-vida maior, como por exemplo, o diazepam que é absorvido rapidamente e possui um metabólito de longa duração.

Encaminhar o paciente ao psicólogo pois o apoio psicológico é muito importante após a retirada completa do medicamento para evitar que o paciente tenha uma recaída (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA 2008).

A redução deve haver um consenso entre o médico e o paciente. A dosagem do medicamento deve ser reduzida em um quarto a cada semana, num prazo dentro de seis a oito semanas. Percebe-se que os 50% iniciais da dosagem diminuídos são bem aceitos pelo usuário, porém, o restante da dosagem e o consequente desmame completo costumam demandar um tempo maior para o sucesso da interrupção da medicação. Outra alternativa é mudar a apresentação do BZDP, como clonazepam líquido, e reduzir uma gota por semana até cessar o uso por completo. Outra estratégia eficiente é utilizar um antidepressivo com ação ansiolítica e efeito sedativo, antes de iniciar o período de desmame do BZDP. A escolha do antidepressivo deve considerar suas características e efeitos adversos (CHAIMOWICZ et al., 2013).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

De acordo com Campos, Faria e Santos (2010), o plano de ação é um instrumento muito usado por permitir o estabelecimento de uma ligação entre o problema que traz preocupações aos profissionais e que requer uma intervenção imediata e permitir uma gestão participativa (equipe de saúde e outros participantes). Para elaborar este plano foi considerada favorável a viabilidade de gerenciar o mesmo. Foram seguidos os passos preconizados no PES com uma sequência lógica de

ações ou atividades, no seu desenvolvimento. Iniciou-se pelo diagnóstico situacional realizado pela equipe na área de abrangência e identificação dos problemas, apresentados na introdução do trabalho bem como sua priorização(passos 1 e 2)

6.1 Descrição do problema selecionado

Ao chegar à equipe de Saúde Amor, município de Heliódora – MG além dos problemas citados acima o que chamou mais atenção foi a grande quantidade de renovação de receitas foi observado que pessoas jovens e até mesmo adolescentes fazem o uso de diazepínicos e antidepressivos.

Outro fator é que a cidade é pequena, os idosos se aposentam e não tem uma atividade de distração e nem assistência familiar, acabam presos em casa tendo somente a televisão como fonte de distração. Assim acabam ficando esgotados de sempre fazerem a mesma coisa, e se sentem incapaz por não terem mais forças para trabalhar e assim desenvolvem depressão, estresse e ansiedade e acabam dependentes dos diazepínicos e antidepressivos.

Muitas dessas pessoas sequer sabem exatamente o que tomam e quais os riscos envolvidos e colocam a sua integridade e saúde ao acaso da sorte.

Então em conjunto com a equipe da ESF e com o apoio da comunidade foi criado um plano de ação com o objetivo de diminuir o uso desnecessário da medicação. Nas unidades de saúde há uma procura pelos psicofármacos dentre os quais destacam-se pelo seu consumo indiscriminado a classe dos benzodiazepínicos (BZD), sendo prescritos por médicos generalistas ou mantidos com renovação de receitas por longo período sem uma reavaliação periódica do paciente. Essas medicações devem ter seu uso restrito e por curto período de tempo, o uso abusivo pode trazer sérias consequências como alterações cardiovasculares e de memória (BASQUEROTE, 2012).

Frente a esses efeitos colaterais que podem surgir, a prescrição desses medicamentos deve ser racional e feita em condições apropriadas, com monitoramento cuidadoso e priorizando o vínculo médico-paciente. O uso

indiscriminado de BZDP é algo recorrente na atenção primária e deve ser combatido, devido aos malefícios quando seu uso é crônico e sem indicação clínica. Para tal, faz-se necessário uma intervenção multidisciplinar, em que o paciente seja avaliado de acordo com uma perspectiva de saúde integral e que se pautem no bem-estar psicossocial do indivíduo.

Ao analisar esse problema, é preciso entender a realidade dessa população e voltar nossa atenção para os determinantes do processo saúde doença. Claro que entender o território, suas condições socioeconômicas, seus valores e cultura é fundamental para entender o processo saúde doença.

É muito importante identificar os motivos que levam a população a usar diazepínicos e antidepressivos por períodos prolongados. Em nossa opinião temos muito por fazer para obter uma diminuição ou mesmo um desmame ao uso destes medicamentos que é a base para evitar as complicações apresentadas na literatura consultada. O acesso à informação correta e precisa é de fato um direito de todos os pacientes e isso deve ser cobrado dos profissionais porque os danos à saúde podem ser irreparáveis e até irreversíveis.

6.2 Explicação do problema

Para Campos, Faria e Santos (2010, p.63) explicar é entender a gênese do problema que se pretende enfrentar a partir da identificação das suas causas. “Geralmente, a causa de um problema é outro problema ou outros problemas”.

Os riscos do uso indevido de BZDP são relacionados aos seus efeitos adversos, que em sua maioria relacionam-se com depressão do sistema nervoso central.

6.3 Seleção dos “nós críticos”

Para Campos, Farias e Santos (2010, p.65), “nó crítico” é aquela causa que é considerada mais importante na origem do problema, “que está dentro do meu

espaço de governabilidade, ou, então, o seu enfrentamento tem possibilidades de ser viabilizado pelo ator que está planejando”. Abaixo estão os nós críticos selecionados.

- Baixo nível de informação sobre os medicamentos usados.
- O usuário não é avaliado pelo médico antes de pegar nova receita.
- Não retorno periódico às consultas leva a perda na continuidade do acompanhamento.
- Processo de trabalho da equipe de saúde de família inadequado para enfrentar o problema.
- Falta de um projeto de desmane
- Falta de informação sobre o paciente.
- Falta de parceria com outros órgãos do município como Conselho Tutelar e CRAAS.

6.4 Desenho das operações

Faz-se necessário descrever as operações para o enfrentamento das causas selecionadas como nós críticos, identificar os produtos e resultados para cada operação definida e identificar os recursos necessários para a concretização das operações.

Quadro 8- Desenho de operações para resolução dos nós críticos do problema o “alto índice de uso de diazepínicos e antidepressivos “ na Estratégia Saúde da Família Amor à Vida , município de Heliódora – MG.

Nó crítico	Operação/ projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
------------	-------------------	----------------------	----------	----------------------

<p>1 Baixo nível de conhecimento da população</p>	<p>“Levar saber”</p> <p>Aumentar o nível de informação dos pacientes usuários de benzodiazepínicos sobre a importância do tratamento.</p> <p>Informar a população sobre os riscos do uso contínuo de diazepam e antidepressivos.</p> <p>Discutir tratamentos alternativos (psicoterapia e lazer)</p> <p>Encaminhamento a psicologia.</p>	<p>População mais informada, mais comprometida com o autocuidado.</p> <p>Realização de palestras nas escolas, elaboração e distribuição de panfletos educativos a população alvo abordando os riscos que as drogas podem trazer aos usuários além dos transtornos causados a familiares</p>	<p>Conscientização que o medicamento não pode resolver todos os problemas.</p> <p>Diminuição do consumo de remédios controlados através de ajuda psicológica</p>	<p>Cognitivo: +conhecimento sobre estratégias de comunicação</p> <p>Organizacional: organizar a agenda</p> <p>Financeiro: Recursos audiovisuais, material didático, panfletos e campanhas educativas.</p> <p>Recursos Humanos e espaço físico.</p> <p>Político:+ articulação Inter setorial e mobilização social.</p>
<p>2-O usuário não é avaliado pelo médico antes de pegar nova receita.</p>	<p>“Avaliação médica”</p> <p>-Esclarecer ao usuário a importância de ser avaliado pelo médico antes de pegar a nova receita. -- Sensibilizar a população para mudar os hábitos.</p> <p>Conhecer, identificar, planejar e prevenir ocorrências.</p> <p>Orientar o tratamento persona-</p>	<p>Conscientização do paciente que avaliação pelo médico é muito importante.</p>	<p>Todos os pacientes que foram orientados foram avaliados.</p>	<p>Cognitivo: Conhecer cada paciente e seus problemas.</p>

	lizado em cada um deles			
3-Não retorno periódico às consultas leva a perda na continuidade do acompanhamento.	<p>“Melhor Atenção”</p> <p>Comunicação verbal e escrita ao paciente sobre o dia e horário da consulta.</p> <p>Avisar o horário e o dia da consulta no dia anterior a mesma</p>	<p>Garantia das consultas.</p> <p>Melhoria do atendimento</p>	Aumento da frequência às consultas médicas agendadas.	<p>Organizacional</p> <p>Agendamento das consultas.</p>
4- Processo de trabalho da equipe de saúde de família inadequado para enfrentar o problema.	<p>Organizar o processo de trabalho.</p> <p>Discutir com a equipe sobre as mudanças no atendimento do paciente usuário de benzodiazepínicos</p> <p>Organizar as consultas de controle.</p> <p>Discutir com a equipe quais são as dificuldades de monitoramento e acompanhamento desses usuários</p>	<p>Modificação o processo de trabalho da equipe para cobertura de 95% da população.</p> <p>Conscientização da equipe acerca da importância da orientação e monitoramento do processo de trabalho.</p>	Equipe consciente e comprometida com a orientação, monitoramento e acompanhamento do paciente.	<p>Cognitivo:</p> <p>Discutir a situação de cada paciente</p>
5 -Falta de um projeto de desmame	<p>10 mame</p> <p>Planejar com a equipe uma proposta de agendamento de 10 consultas semanais com essa</p>	Diminuição gradativa o uso do medicamento dependente.(Desmame)	Diminuição do medicamento.	<p>Organizacional</p> <p>Agendamento de consultas</p>

	população dependentes de antidepressivos e ansiolíticos com a finalidade de pactuar o desmane.			
6-Falta de informação sobre paciente.	<p>“Conhecer e interagir”</p> <p>Visita programada: o agente de saúde vai adentrar a casa do paciente e conhecer sua história de vida. Registrar no prontuário.</p>	<p>Prontuários atualizados sobre a história de vida do paciente.</p> <p>Informações dos pacientes acessíveis a equipe.</p>	<p>Informações atualizadas da história de vida dos pacientes dependentes de benzodiazepínicos.</p>	<p>Organizacional</p> <p>Manter os prontuários atualizados.</p>
7-Falta de parceria com outros órgãos do município como Conselho Tutelar e CRAAS.	<p>“Juntos somos +”</p> <p>Solicitar a Secretaria de Saúde a firmar parcerias com o Conselho Tutelar e CRAAS. Trabalhar juntamente com outros órgãos para ajudar na recuperação do paciente</p>	<p>Trabalho em equipe interdisciplinar.</p>	<p>Ocupação do tempo livre do paciente com atividades de lazer, artesanatos, atividades físicas e viagens.</p> <p>Assistência interdisciplinar ao paciente.</p>	<p>Políticos:</p> <p>articulação entre os setores da saúde.</p>

Fonte: autoria própria.

6.5- Identificação dos recursos críticos

Os recursos críticos são aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis. Os membros da equipe devem discutir e ter a clareza dos recursos críticos que são necessários para operacionalizar os projetos, e criar estratégias para que se possa viabilizá-los (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Quadro 9 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós críticos” para o problema o “alto índice de uso de

diazepínicos e antidepressivos “ na Estratégia Saúde da Família Amor à Vida, município de Heliódora – MG.

Operação/ projeto	Recursos críticos
<p>“Levar saber”</p> <p>Aumentar o nível de informação dos pacientes usuários de benzodiazepínicos sobre a importância do tratamento.</p> <p>Informar a população sobre os risco do uso contínuo de diazepínicos e antidepressivos.</p> <p>Discutir tratamentos alternativos (psicoterapia e lazer)</p> <p>Encaminhamento ao serviço de psicologia.</p>	<p>Econômico: Recursos para panfletos e atividades.</p> <p>Organizacional: União da equipe para dividir as tarefas.</p> <p>Cognitivo: Moldar estratégias de comunicação.</p>
<p>Avaliação Médica</p> <p>-Esclarecer ao usuário a importância de ser avaliado pelo médico antes de pegar a nova receita. --Sensibilizar a população para mudar os hábitos.</p> <p>Conhecer, identificar, planejar e prevenir ocorrências.</p> <p>Orientar o tratamento personalizado em cada um deles</p>	<p>Econômico: Recursos para material didático.</p> <p>Cognitivo: Atentar as queixas do paciente.</p> <p>De poder: permissão dos governantes para tal.</p>
<p>“Melhor Atenção”</p> <p>Comunicação verbal e escrita ao paciente sobre o dia e horário da consulta.</p> <p>Avisar o horário e o dia da consulta no dia anterior a mesma</p>	<p>Econômico: Recursos para material didático.</p> <p>Cognitivo: Comunicação verbal</p> <p>De poder: permissão dos governantes para tal.</p>
<p>Estruturação do atendimento</p> <p>Discutir com a equipe sobre as mudanças no atendimento do paciente usuário de benzodiazepínicos.</p> <p>Organizar as consultas de controle.</p> <p>Discutir com a equipe quais são as dificuldades de monitoramento e acompanhamento desses usuários.</p>	<p>Econômico: Recursos para material didático.</p> <p>Cognitivo: Comunicação verbal</p> <p>De poder: permissão dos governantes para tal.</p>
<p>10 mame</p> <p>Planejar com a equipe uma proposta de</p>	<p>Econômico: Recursos para material didático.</p> <p>Cognitivo: Comunicação verbal</p> <p>De poder: permissão dos governantes para</p>

agendamento de 10 consultas semanais com essa população dependentes de antidepressivos e ansiolíticos com a finalidade de pactuar o desmane.	tal. Organizacional: Interação da equipe.
“Conhecer e interagir Visita programada: o agente de saúde vai adentrar a casa do paciente e conhecer sua história de vida. Registrar no prontuário.	Econômico: Recursos para material didático. Cognitivo: Comunicação verbal De poder: permissão dos governantes para tal.
“Juntos somos +” Solicitar a Secretaria de Saúde firmar parcerias com o Conselho Tutelar e CRASS. Trabalhar juntamente com outros órgãos para ajudar na recuperação do paciente	Econômico: Recursos para material didático. Cognitivo: Comunicação verbal De poder: permissão dos governantes para tal. Organizacional: Interação da equipe.

Fonte: autoria própria

6.6 - Análise de viabilidade do plano

Para analisar a viabilidade de um plano o ator precisa identificar três variáveis: os atores que controlam os recursos críticos, quais recursos cada um desses atores controla, qual a motivação de cada ator em relação aos objetivos pretendidos com o plano para, então, definir operações/ações estratégicas capazes de construir viabilidade para o plano ou, dito de outra maneira, motivar o ator que controla os recursos críticos. Isto pode ser conseguido por meio de ações estratégicas que buscam mobilizar, convencer, cooptar ou mesmo pressionar certos atores para que mudem sua posição (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Quadro 10 - Propostas de ações para a motivação dos atores envolvidos no problema o “alto índice de uso de diazepínicos e antidepressivos “ na Estratégia Saúde da Família Amor à Vida, município de Heliódora- MG.

Operação	Recursos críticos	Ator que	Motivação	Ação estratégica
----------	-------------------	----------	-----------	------------------

		controla		
“Levar saber”	Econômico: Panfletos Organizacional: Interação da equipe Cognitivo: Comunicação	Médico e enfermeira	Favorável.	Não é necessário usar nenhuma ação estratégica porque os atores estão motivados
“Avaliação médica”	Econômico: Panfletos Organizacional: Interação da equipe Cognitivo: Comunicação	Médico e enfermeira Secretaria de Saúde	Favorável. Indiferente	Não é necessário usar nenhuma ação estratégica porque os atores estão motivados Apresentar e discutir os projetos com Secretaria de Saúde
“Melhor Atenção”	Econômico: Panfletos Organizacional: Interação da equipe Cognitivo: Comunicação	Médico e enfermeira	Favorável.	Não é necessário usar nenhuma ação estratégica porque os atores estão motivados
“Estruturação do atendimento”	Econômico: Panfletos Cognitivo: Comunicação. De poder: Colaboração das autoridades municipais.	Equipe de saúde	Favorável.	Não é necessário usar nenhuma ação estratégica porque os atores estão motivados
“10 mame”	Econômico: Panfletos Cognitivo: Comunicação. De poder: Colaboração das autoridades municipais.	médico	Favorável.	Não é necessário usar nenhuma ação estratégica porque o ator está motivado
“Conhecer”	Econômico: Panfletos Cognitivo: Comunicação. Organizacional: Interação da equipe. De poder: Colaboração das autoridades municipais.	Médico, enfermeira e agentes comunitários de saúde	Favoráveis	Não é necessário usar nenhuma ação estratégica porque os atores estão motivados
“Juntos somos +”	Econômico: Panfletos Cognitivo: Comunicação.	Médico e enfermeira. Secretaria de	Favoráveis	Apresentar e discutir os projetos na Secretaria de Saúde, no

	Organizacional: Interação da equipe. De poder: Colaboração das autoridades municipais.	Saúde.CRAAS(Psicólogo+Assistente Social); Conselho Tutelar		CRAAS(Psicólogo+Assistente Social); e Conselho Tutelar
--	---	--	--	--

6.7 - Elaboração do plano operativo

Para a operacionalização de um plano é preciso designar responsáveis por cada projeto e operações estratégicas. Eles vão definir os prazos para o cumprimento de cada operação. São considerados gerentes, eles se responsabilizarão pelo acompanhamento da execução de todas as ações definidas nos prazos programados. O seu papel principal é garantir que as ações sejam executadas de forma coerente e sincronizadas, prestando contas do andamento do projeto nos espaços definidos para o sistema de gestão do plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

QUADRO 11 - Plano operativo para controle/diminuição do problema “alto índice de uso de diazepínicos e antidepressivos” na Estratégia Saúde da Família Amor à Vida, município de Heliodora – MG.

Operações	Resultados esperados	Produtos	Operações Estratégicas	Responsável	Prazo
“Levar saber”	População mais informada, mais comprometida com o auto cuidado. Realização de palestras nas escolas, elaboração e distribuição de panfletos educativos	Conscientização que o remédio não pode resolver todos os problemas. Diminuição do consumo de remédios controlados através de ajuda psicológica	Não é necessário usar nenhuma ação estratégica porque os atores estão motivados	Médico e enfermeira	3 meses para iniciar, 1 ano para estar totalmente em prática.

	população alvo abordando os riscos que as drogas podem trazer aos usuários além dos transtornos causados a familiares				
“Avaliação médica”	Conscientização do paciente que a avaliação pelo médico é muito importante.	Todos os pacientes que foram orientados foram avaliados.	Não é necessário usar nenhuma ação estratégica porque os atores estão motivados Apresentar e discutir os projetos com Secretaria de Saúde	Médico e enfermeira Secretaria de Saúde	2 meses para iniciar, 1 ano para estar totalmente em prática.
“Melhor Atensão”	Garantia das consultas. Melhoria do atendimento	Aumento da frequência às consultas médicas agendadas.	Não é necessário usar nenhuma ação estratégica porque os atores estão motivados	Médico e enfermeira	2 meses para iniciar, 1 ano para estar totalmente em prática.
“Estruturação do atendimento”	Modificação o processo de trabalho da equipe para cobertura de 95% da população. Conscientização da equipe acerca da importância da orientação e monitoramento	Equipe consciente e comprometida com a orientação, monitoramento e acompanhamento do paciente.	Não é necessário usar nenhuma ação estratégica porque os atores estão motivados	Equipe de saúde	4 meses para iniciar, 1 ano para estar totalmente em prática.

	do processo de trabalho.				
“10 mame”	Diminuição gradativa o uso do medicamento dependente.(Des mame)	Diminuição e do medicamento.	Não é necessário usar nenhuma ação estratégica porque o ator está motivado	médico	2 meses para iniciar, 1 ano para estar totalmente em prática.
“Conhecer”	Prontuários atualizados sobre a história de vida do paciente. Informações dos pacientes acessíveis a equipe.	Informações atualizadas da história de vida dos pacientes dependentes de benzodiazepínicos.	Não é necessário usar nenhuma ação estratégica porque os atores estão motivados	Médico, enfermeira e agentes comunitários de saúde	3 meses para iniciar, 1 ano para estar totalmente em prática.
“Juntos somos +”	Trabalho em equipe interdisciplinar.	Ocupação do o tempo livre do paciente com atividades de lazer, artesanatos, atividades físicas e viagens. Assistência interdisciplinar ao paciente.	Apresentar e discutir os projetos com Secretaria de Saúde, CRAAS(Psicólogo+Assistente Social); Conselho Tutelar	Médico e enfermeira. Secretaria de Saúde. CRAAS (psicólogo+assistente social); Conselho Tutelar	2 meses para iniciar, 1 ano para estar totalmente em prática.

Fonte: autoria própria.

6.8 Processo de monitoramento e avaliação das operações

A avaliação e acompanhamento do plano de intervenção será realizado pela equipe de saúde. O acompanhamento e avaliação de cada projeto será mensal onde os gerentes vão expor suas facilidades e dificuldades e os resultados obtidos uma avaliação geral em 06 meses. Depois de 01 ano uma avaliação total de todos projetos para verificar o resultado alcançado e se o objetivo foi alcançado e assim poder compartilhar com outras EFS do município.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso de benzodiazepínicos nos dias atuais atingiu um número preocupante. A população busca por medicamentos que aliviem os sintomas de estresse, ansiedade, preocupação com a situação financeira e social vivenciada no dia a dia. Este fato tem gerado um uso crônico trazendo como principal consequência a dependência. Essa dependência tem como resultado o comprometimento de comportamento do usuário, principalmente os relacionados à busca, aquisição e consumo da droga assim como mudanças fisiológicas, referentes à alteração do funcionamento do organismo, em especial do sistema nervoso central.

Após análise deste trabalho pode-se concluir que o controle do uso de benzodiazepínicos e antidepressivos é atualmente muito importante. As dependências causadas pelo alto consumo dessas substâncias podem agravar e até piorar o problema de certos pacientes. Devemos então incentivar mobilizações sociais para diminuir o problema. Porém o resultado positivo depende também dos familiares e das pessoas próximas ao paciente.

O trabalho em equipe com outros órgãos do município é fundamental no sucesso do plano de intervenção. O desenvolvimento de novos recursos terapêuticos e diagnósticos e a programação ações preventivas e eficazes, fundamentadas no fornecimento de informações sobre o modo correto de utilizar esses fármacos assim como os males que os mesmos podem acarretar para a saúde, vão trazer benefícios para os usuários dependentes de antidepressivos e benzodiazepínicos.

REFERÊNCIAS

- AMARAL, B, A .; MACHADO, K.L. **Benzodiazepínicos: uso crônico e dependência.** 30 Folhas. Monografia (Especialização em Farmacologia) – Centro Universitário Filadélfia – Unifil, Londrina, 2012.
- ANDRADE, M.F; ANDRADE, R.C.G; SANTOS, V. Prescrição de psicotrópicos: avaliação das informações contidas em receitas e notificações. **Rev. Bras. Cienc. Farm.** v. 40, n. 4, out./dez., 2004.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Projeto Diretrizes: abuso e dependência dos benzodiazepínicos.** Rio de Janeiro, 2008. 10 p.
- BASQUEROTE, M. Benzodiazepínicos: causas para o uso e suas consequências na vida da população. Especialização em Saúde da Família - Modalidade a distância. **Resumo dos trabalhos de Conclusão de Curso.** UFMG, 2012.
- BRUNTON, L.L.; CHABNER, B.A.; KNOLLMANN, B.C. (org) **As bases farmacológicas da terapêutica** de Goodman & Gilman.[tradução da 10 ed. Original, Carla de Melo Vorsatz et al]. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2005
- CAMPOS, C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG; Coopmed, 2010.
- CHAIMOWICZ, F. et al. **Saúde do Idoso.** 2. ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, Coopmed, 2013.
- COELHO, F. M. S. *et al.* Benzodiazepínicos: uso clínico e perspectivas. **Revista Brasileira de Medicina.** v. 63, n. 5, p. 196-200, 2006.
- GRUBER. J; MAZON. L, M.; A prevalência na utilização de medicamentos psicotrópicos no município de Mafra: um estudo retrospectivo . **Saúde Meio Ambient.** v. 3, n. 1, p. 44-50, jan./jun. 2014 ISSN 2316-347X
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA –**IBGE cidades@.** Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=312920&search=minas-gerais|heliodora|infograficos:-informacoes-completas>, , acessado em 10 de maio de 2017

MARQUES, A. C. P. R.; CRUZ, M. S. O adolescente e o uso de drogas. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 22, supl. 2, p. 32-36, Dec. 2000

NALOTO, D. C. C. et al . Prescrição de benzodiazepínicos para adultos e idosos de um ambulatório de saúde mental. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 21, n. 4, p. 1267-1276, 2016

NASTASY, H.; RIBEIRO, M.; MARQUES, A.C.P.R. Abuso e dependência dos Benzodiazepínicos; **Projeto Diretrizes – AMB e CFM**, 2008

PELEGRINI, M. R. F. O abuso de medicamentos psicotrópicos na contemporaneidade. **Psicol. cienc. prof.**, v. 23, n. 1, p. 38-41, 2003.

PEREIRA, A.A. *et al.* **Saúde Mental**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2013

RANG, H. P.; DALE, M. M. RITTER, J.M. **Farmacologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.