

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

JARDEL ROCHA FONSECA

**PLANO DE AÇÃO PARA INTERVIR NO USO INDISCRIMINADO DE  
ANTIDEPRESSIVOS E BENZODIAZEPINICOS NA UNIDADE BÁSICA  
DE SAÚDE TITO JOSÉ NO MUNICÍPIO DE MORADA NOVA DE MINAS  
- MG**

JARDEL ROCHA FONSECA

**PLANO DE AÇÃO PARA INTERVIR NO USO INDISCRIMINADO DE  
ANTIDEPRESSIVOS E BENZODIAZEPINICOS NA UNIDADE BÁSICA  
DE SAÚDE TITO JOSÉ NO MUNICÍPIO DE MORADA NOVA DE MINAS  
- MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Especialização em Atenção Básica em  
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas  
Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof<sup>a</sup> Flávia Casasanta Marini

JARDEL ROCHA FONSECA

**PLANO DE AÇÃO PARA INTERVIR NO USO INDISCRIMINADO DE  
ANTIDEPRESSIVOS E BENZODIAZEPINICOS NA UNIDADE BÁSICA  
DE SAÚDE TITO JOSÉ NO MUNICÍPIO DE MORADA NOVA DE MINAS  
- MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Especialização em Atenção Básica em  
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas  
Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Flávia Casasanta Marini

Banca Examinadora

Prof<sup>a</sup> Flávia Casasanta Marini. - Orientadora  
Prof<sup>a</sup>.Eulita Maria Barcelos - Examinadora

Aprovado em Belo Horizonte: 07/01/2015.

## RESUMO

Os benzodiazepínicos se tornaram disponíveis a partir da década de 1960 e, desde então, estão entre os psicofármacos mais prescritos. No Brasil, é a terceira classe de drogas mais prescrita, 2 e 5,6% da população já os usou na vida (contra 8,3% nos Estados Unidos). A fluoxetina é atualmente o medicamento antidepressivo mais prescrito no Brasil e no mundo, havendo indícios de que possa atuar na promoção de perda de peso durante vários meses após o início da terapia. Esta característica poderia ser um dos fatores propulsores deste consumo elevado. Ao realizar o diagnóstico situacional da Estratégia de Saúde da Família Titio José foi evidenciado a alta demanda de atendimentos na área de saúde mental, muitos deles envolvendo a prescrição e renovação de benzodiazepínicos e antidepressivos sem um diagnóstico nosológico estabelecido e seguimento longitudinal dos pacientes. A equipe participou da análise dos problemas levantados e considerou que no nível local temos recursos humanos e materiais para fazer um Projeto de Intervenção. Sendo assim foi criado um Plano de Ação com a finalidade de combater o uso abusivo de benzodiazepínicos e antidepressivos na Unidade de Saúde Tito José no Município de Morada Nova de Minas/MG.

Descritores: Receptor Benzodiazepínico. Receptor GABA. Antidepressivos.

## **ABSTRACT**

Benzodiazepines became available from the 1960s and, since then, are among the most prescribed psychotropics. In Brazil, it is the third most commonly prescribed class of drugs, 2 and 5.6% of the population has used them in life (against 8.3% in the United States). Fluoxetine is currently the most prescribed antidepressant in Brazil and worldwide, there is some evidence that they may act in promoting weight loss for several months after initiation of therapy. This feature could be one of the driving factors of this high consumption. Upon situational diagnosis of Health team Family Uncle Joseph was evidenced the high demand for care in the mental health field, many of them involving the prescription and renewal of benzodiazepines and antidepressants without an established nosological diagnosis and longitudinal follow-up. The team participated in the analysis of the issues raised and considered at the local level have human and material resources to make an Intervention Project. Thus was created an Action Plan in order to address the abuse of benzodiazepines and antidepressants in Tito Joseph Health Unit in the Municipality of Morada Nova de Minas / MG.

Descriptors: Benzodiazepine Receptor. GABA Receptor. Antidepressants.

## LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
BZD	Benzodiazepínicos
CAPS	Centro de Atenção Psico Social
CODEVASP	Companhia de Desenvolvimento do Vale São Francisco
ESF	Equipe de Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio da Saúde da Família
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PSF	Programa Saúde da Família
SIOPS	Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde.
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SRS	Superintendência Regional de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>08</b>
1.1	Descrição do município.....	10
1.2	Sistema Local de Saúde.....	13
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>20</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVO.....</b>	<b>21</b>
<b>4</b>	<b>MÉTODO.....</b>	<b>22</b>
<b>5</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>23</b>
5.1	Benzodiazepínicos.....	23
5.2	Uso prolongado e prescrição de benzodiazepínicos.....	24
5.3	Educação em saúde na Estratégia de Saúde da Família.....	25
5.4	Antidepressivos e uso indiscriminado.....	25
<b>6</b>	<b>PLANO DE AÇÃO.....</b>	<b>28</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>37</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>38</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Morada Nova de Minas, localiza-se no Alto do São Francisco (represa de Três Maria), a Centro Oeste do Estado de Minas Gerais. Possui uma área territorial de 2.085km<sup>2</sup>, sendo desta 550,94 km<sup>2</sup> de área alagada. Distante à 300 km da capital mineira, Belo Horizonte, e 570km da capital brasileira, Brasília. Morada Nova tem seus limites territoriais divididos com São Gonçalo do Abaeté, Três Marias, Felixlândia, Pompéu, Abaeté, Biquinhas e Tiros (WIKIPÉDIA,2014).

Considerada uma cidade que renasceu das águas, Morada Nova de Minas teve seu povoamento inicial vindo do Norte, via São Romão; mais tarde, elementos do termo de Pitangui completaram esse povoamento. Dona Inácia Maria do Rosário, que habitou na Fazenda Saco Bom, por volta de 1800, fez construir uma capela dedicada a Nossa Senhora do Loreto entre os anos de 1810 e 1815, por ali serem pregadas as missões por franciscanos vindos de Pernambuco. Mais tarde, graças ao êxito alcançado pelos frades pregadores, resolveu essa senhora construir um sobrado ao lado da capela, que passou a ser, de ali por diante, a sua “Morada Nova”. Parentes de D. Inácia e pessoas estranhas afluíram ao local, fixando residência nos arredores da capela. Em vista das grandes áreas para a lavoura e criação de gado, foi à população aumentando. Em 1852, por Lei Provincial Nº 603, foi criada a freguesia de Nossa Senhora do Loreto da Morada Nova, pertencendo ao bispado de Pernambuco; mais tarde, por Breve Pontifício de 17/09/1860 e Decreto Executorial da Anunciatura Apostólica, de 14/03/1861, passou a pertencer à Diocese de Mariana, em conformidade com o aviso do Ministério do Império de 17 de abril do mesmo ano. Dona Inácia, ao mandar construir a capela, doou a Nossa Senhora do Loreto um patrimônio de terra que foi estimado em 180 alqueires geométricos, nunca tendo, entretanto, concretizado a doação em documentos. Como, porém a tradição fosse calcando na consciência do povo a certeza de que tais terras eram da Santa, foi possível a um dos vigários fazer a prova irrefutável do domínio dela sobre as referidas terras, tendo-lhe sido outorgada por sentença de uso capião que transitou em julgado no foro de Abaeté em 1932. Esse patrimônio foi eliminado entre 1935 e 1943, sendo o seu produto empregado na construção da igreja Matriz de Morada Nova de Minas. A freguesia conservou o mesmo nome até 1938, quando elevada à categoria de vila, passou a chamar-se Morada Nova (WIKIPÉDIA, 2014).



Em 1943 o distrito foi elevado à categoria de Município com o topônimo de Morada, que posteriormente alterado para Moravânia e finalmente, Morada Nova de Minas, seu atual nome. Em 1953 tornou-se Comarca.

Foi surpreendida em 1960 pelas águas da represa de Três Marias, que trouxeram sofrimento e tristeza. Inundando terras férteis, as vias de comunicação, privando-a dos meios normais de subsistência, a cidade ficou ilhada e paralisada. “Aconteceu sem ninguém saber explicar direito, quando um pequeno avião sobrevoou a cidade e jogou alguns folhetos avisando que a cidade, dentro de poucos dias, seria inundada”. Algumas pessoas acreditaram e começaram a se prevenir, outras não acreditaram e a maioria não sabia o que é que estava por vir. “Foi uma catástrofe!”. As águas começaram a chegar e tudo ficou submerso, como se nunca tivesse existido. A cidade ficou parada, sem coração, ninguém sabia por onde recomeçar. Eram 18.000 habitantes. Muitas famílias tiveram de sair de suas terras porque as águas simplesmente tomaram tudo: cafezais, arrozais, lavouras de milho, madeira de lei, gado, a casa da fazenda. Morada Nova de Minas ficou parada... Ninguém sabia por onde recomeçar. Muitos que perderam suas terras foram mudando e a cidade ficou em média três anos sem evoluir. A indenização para quem fez acordo amigável foi irrisória. Os que recorreram à justiça esperam até hoje pela indenização. Após a inundação vieram as balsas, através da SUVALE – Superintendência do Vale São Francisco, para realização do transporte via represa, hoje CODEVASF – Companhia de Desenvolvimento do Vale São Francisco. A energia elétrica demorou anos, somente foi possível, com a chegada da CEMIG, vinda de Divinópolis; pois a usina geradora de energia, movida a água, também foi inundada. O fornecimento de água era precário, através de poço/cisterna. Somente depois de muito tempo com a chegada da COPASA a situação foi regularizada (WIKIPÉDIA, 2014).

Imagem 1: Foto aérea do município de Morada Nova de Minas – MG.



### 1.1 Descrição do município

Descrevendo o município sobre os aspectos geográficos, atualmente, conta com uma população de 8.255 habitantes (IBGE, 2010), Taxa de crescimento populacional é 1,31%, apresenta uma densidade demográfica de 3,98 hab/km<sup>2</sup>. O número de domicílios permanentes é de 2.789.

Quanto aos seus aspectos socioeconômicos, apresenta IDHM de 0,696 (2010). A renda familiar tem prevalência equivalente a 2.276 pessoas de 10 anos ou mais de idade, com rendimento nominal mensal de  $\frac{1}{2}$  a 1 salário mínimo. A captação, tratamento e distribuição de água na zona urbana, são realizados pela COPASA, enquanto na zona rural, a Prefeitura implantou poços artesianos (Tabela 1 e 2). Já a rede de esgoto é inexistente no município, e a maioria das residências possuem fossas sépticas (Tabela 3).

*Tabela 1 – Distribuição e abastecimento de água no município de Morada Nova – MG.*

<b>DISTRIBUIÇÃO E ABASTECIMENTO DE ÁGUA NA ZONA URBANA – 2013</b>		
<b>Abastecimento de água</b>	<b>Número de domicílios</b>	<b>%</b>
Rede Pública	2.454	94,53
Poço/rio/nascente/cacimba	138	5,32
Outros	4	0,15

Fonte: SIAB, 2014.

Tabela 2 – Porcentagem de tratamento de água no município de Morada Nova – MG.

<b>TRATAMENTO DE ÁGUA NOS DOMICÍLIOS – 2013</b>		
<b>Tratamento</b>	<b>Número de domicílios</b>	<b>%</b>
Filtração	2.072	79,82
Fervura	16	0,62
Cloração	05	0,19
Sem tratamento	503	19,38

Fonte: SIAB, 2014.

Tabela 3 – Distribuição do local segundo destino dos dejetos no município de Morada Nova – MG.

<b>DISTRIBUIÇÃO DO LOCAL SEGUNDO DESTINO DOS DEJETOS – 2013</b>		
<b>Destino dos dejetos</b>	<b>Número de domicílios</b>	<b>%</b>
Rede de esgoto	0	0
Fossa	2.536	97,69
Céu aberto	10	0,39

Fonte: SIAB, 2014.

Em relação ao perfil epidemiológico da população de Morada Nova de Minas apresenta uma predominância de moradores de zona urbana, com proporção aproximada de 3:1 de moradores de zona urbana em relação à rural, sendo a estrutura populacional predominante de homens, formada principalmente por adultos.

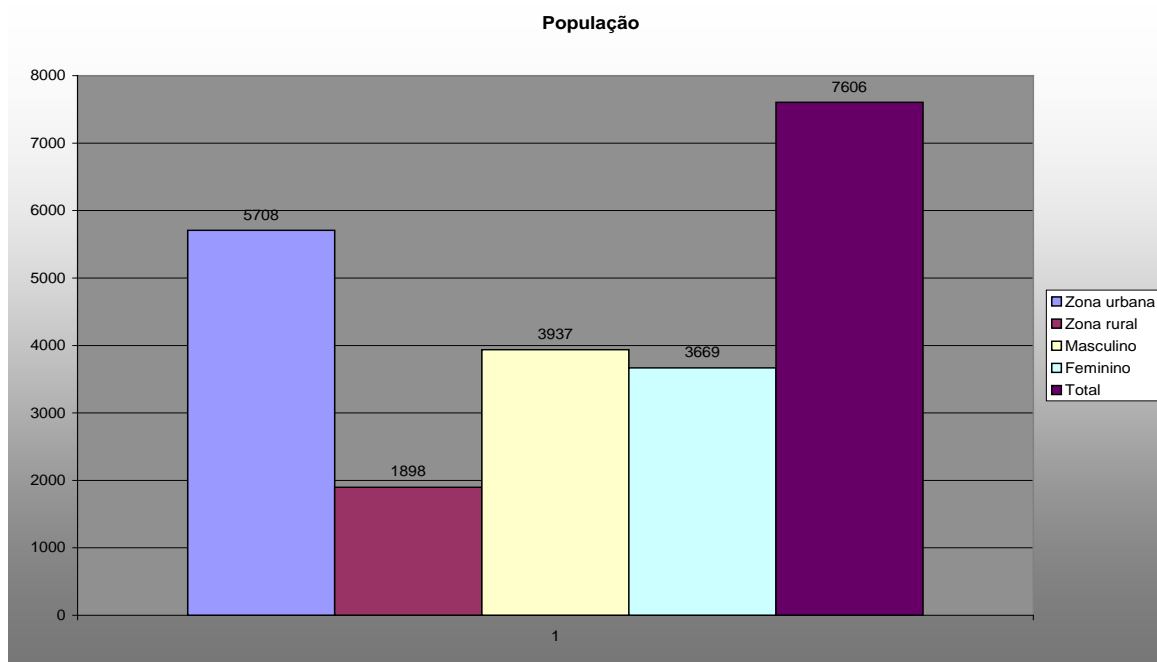


Gráfico 1: Distribuição da população do município de Morada Nova de Minas por sexo e zona urbana ou rural.

*Tabela 4 – População por faixa etária e sexo do PSF Tito José no município de Morada Nova – MG.*

POPULAÇÃO POR FAIXA ETÁRIA E SEXO – 2013			
FAIXA ETÁRIA	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
<1	25	25	50
1-4	173	174	347
5-6	112	90	202
7-9	164	168	332
10-14	287	259	546
15-19	361	343	704
20-39	1068	1055	2123
40-49	566	615	1181
50-59	467	469	936
60 +	560	619	1179
TOTAL	3783	3817	7600

Fonte: SIAB, 2014.

As fontes de trabalho de Morada Nova de Minas são principalmente pelo trabalho ligado a terra. Possui uma área de 1.484 km<sup>2</sup> com vegetação predominante

de cerrado vermelho. Sua economia primária é vinda da agropecuária, extração vegetal, pesca; secundária da atividade industrial (carvoaria) e comercial e terciária de prestação de serviços.

O município conta com rede de Ensino Pública de 1º e 2º graus, apresentando a taxa de escolarização, conforme a tabela 5.

*Tabela 5 - População alfabetizada pó faixa etária do PSF Tito José no município de Morada Nova – MG.*

<b>POPULAÇÃO ALFABETIZADA SEGUNDO FAIXA ETÁRIA – 2013</b>			
<b>FAIXA ETARIA</b>	<b>POPULAÇÃO TOTAL</b>	<b>POPULAÇÃO ALFABETIZADA</b>	<b>%</b>
7 – 14 anos	1552	1440	93,70
15 anos +	7359	6923	94,86
TOTAL	8911	8363	

Fonte: SIAB, 2014.

## **1.2 Sistema local de saúde**

O Conselho Municipal de Saúde de Morada Nova de Minas, regulamentado através da Lei Municipal Nº. 1.141 de 18/09/2003, embasada pela Lei Federal Nº. 8.142 de 28 de dezembro de 1990 é instância colegiada de caráter permanente e deliberativo, integrante da estrutura básica da Secretaria Municipal de Saúde com composição, organização e competência fixadas em Lei. É composto por 08 membros titulares e suplentes, sendo 25% de prestadores de serviço de saúde (público, filantrópico e privado), 25% de representantes de trabalhadores de saúde e 50% de representantes de usuários. As reuniões ordinárias serão mensais, ocorrendo na última terça-feira do mês às 16 horas. As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas a qualquer tempo pelo Presidente ou, a requerimento da maioria simples dos membros titulares e suplentes.

Os recursos previstos na Lei N.º1317/2009 que estabelece o Plano Orçamentário plurianual para o quadriênio (2014/2017) serão acrescidos dos repasses financeiros do SIA/SUS.

Tabela 6 – Valores do Plano Orçamentário Plurianual para o quadriênio.

	<b>Projeto/Atividade</b>	<b>Total Orçado</b>
	Tratamento Fora do Domicílio – TFD	R\$ 225.250,00
	Atividades do piso da Atenção Básica – PAB	R\$ 24.200,00
	Manutenção do Programa de Saúde da Família – PSF	R\$1.261.200,00
	Manutenção do Programa Agentes Comunitários de Saúde – PACS	R\$ 285.200,00
	Manutenção do Programa de Saúde Bucal	R\$ 415.000,00
	Construção e reforma/manutenção de Unidade de Saúde	R\$ 371.200,00
	Atividades CAPS – Centro de Assistência Psiquico Social	R\$ 42.400,00
	Contribuição ao Hospital de Morada Nova	R\$1.860.000,00
	Contribuição ao CISCOM	R\$ 200.000,00
	Contribuição ao COSEMS e outros	R\$ 3.000,00
	Atividades da Farmácia Básica	R\$ 107.000,00
	Atividades, fiscalização e Vigilância Sanitária	R\$ 116.200,00
	Atividades do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde – TFVS	R\$ 84.900,00
	Atividades administrativas da Secretaria	R\$ 977.000,00
	Contribuição Patronal Fundo de Assistência à Saúde – FAZ	R\$ 10.000,00
	Encargos patronais e previdenciários	R\$ 200.000,00
	Atividades do Fundo Municipal de Saúde	R\$ 159.800,00
	<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 6.342.350,00</b>

Fonte: Previsão Orçamentária 2014

Assim como em todo o País, em Morada Nova de Minas o funcionamento do SUS – Sistema Único de Saúde é precário. Para cobrir os gastos oriundos com a saúde, é necessário que a Prefeitura disponha de uma contrapartida variável, de 15% a 25% da arrecadação municipal, como é demonstrado no SIOPS – Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde.

Melhorias nos equipamentos, bem como aquisição; manutenção das estruturas físicas dos prédios dos estabelecimentos de saúde requer realização de projetos visando efetuar verba extra, pois os créditos disponíveis pelos governos Estadual e Federal não são bastante para cobrir os gastos com o atendimento da demanda.

Buscando sempre atender o cidadão dentro das normas do SUS, o serviço de atenção básica do Município é organizado e tem seu horário de funcionamento de segundas a sextas-feiras, de 7:00 às 17:00 horas.

. Todas as UBS possuem sedes próprias e as equipes são compostas por: médico, enfermeira, técnica de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Com três equipes de Saúde da Família no Município, a população tem cobertura 100% de PSF. Há diversos fatores dificultadores no cumprimento dessa meta:

- Grande extensão territorial;
- Acesso via balsa a diversas localidades da zona rural;
- Migração dos moradores nas fazendas, carvoarias e plantações;
- Estrada sem pavimentação;
- Rotatividade de profissionais.

Mas as equipes desdobram na realização de busca ativa para levar até o usuário a prestação de serviços de saúde, visando à satisfação do usuário, a melhoria em sua qualidade de vida, o acesso ao sistema e a igualdade de atendimento prestado.

Unidades Básicas de Saúde:

- **Unidade Básica de Saúde “Alvim Álvares da Silva”**
- **Unidade Básica de Saúde “Manoel Jacy Torquato”**
- **Unidade Básica de Saúde “Tito José Álvares da Silva”**

Localizado á Rua Vau das Flores nº 574, Bairro Varginha, a Unidade de

Saúde “Tito José Alvares da Silva”, na qual atuo, é responsável por uma população adscrita de 2.855 usuários, divididos em 7 micro áreas correspondendo a um total de 983 famílias.

Foi construída há aproximadamente dois anos e apresenta uma área física considerável, composta por cinco consultórios, sendo três de uso médico, um odontológico e outro utilizado pela enfermeira da unidade. Também há uma sala de curativos, sala de observação com 3 macas, sala de vacinas onde são oferecidas vacinas do programa nacional de vacinações, uma copa e três banheiros. O posto ainda dispõe de sala de reuniões para os agentes comunitários de saúde e encontros de grupos de gestantes, hipertensos e diabéticos.

A equipe se constitui de 01 médico, 01 enfermeira, 02 técnicos de enfermagem, 01 recepcionista, 07 agentes comunitários de saúde e 02 funcionários para serviços gerais. São oferecidos serviços de vacinações, aferições de glicemia capilar, pressão arterial, curativos, todos feitos na unidade ou em domicílio quando necessário. Esses serviços são desenvolvidos pelas auxiliares de enfermagem e enfermeira da unidade. A enfermeira também faz exames de coleta para colpocitologia oncótica. O médico fica responsável por atendimento a consultas agendadas ou por demanda espontânea (2 consultas por turno), assim como gerenciamento de grupos especiais como hipertensos, diabéticos, gestantes e outros conforme necessidade. Também é reservado um turno semanal para visitas domiciliares. Os atendimentos de puericultura e demais consultas pediátricas são realizados por pediatra que presta atendimento em três dias na semana. A cidade não possui CAPS e existe proposta de implementação do NASF.

O atendimento de Urgência e Emergência é disponibilizado no Hospital Casa de Caridade São Sebastião - Localizado á Rua Coronel Inácio Pereira, N.º 376, centro é uma Entidade Filantrópica, instalada em um prédio com bom estado de conservação, conta com 03 Médicos Clínicos Geral, 01 Ortopedista, 03 Fisioterapeuta, 01 Ginecologista, 01 Pediatra, 03 Enfermeiras, 10 Auxiliares de Enfermagem, 10 Técnicos de Enfermagem, 02 Bioquímicas, 02 Técnico em Radiologia, 03 Auxiliares de Secretaria, 05 Recepcionistas, 02 telefonista, 03 Motoristas de Ambulância, 05 Faxineiras, 03 Lavadeiras e 02 Copeiras, prestando os serviços de atenção primária, média complexidade e internação: Curativo; Injeção; Inalação; Aferição de pressão arterial; Sutura; Terapia em reidratação oral;



Internação, nas clínicas: Médica, pediátrica e obstétrica; Parto Normal; Pequena Cirurgia; Consulta de rotina; Consulta especializada: Pediatria, Ginecologia, Ortopedia, Urologia, Cardiologia e Psiquiatria; Consulta/Atendimento de urgência e emergência; Observação 24 horas; Exame Preventivo de Câncer de Colo Uterino, Eletrocardiograma com laudo; Exames Radiológicos; Atendimento Fisioterapêutico; Exames Laboratoriais. As especialidades médicas não contempladas na cidade, bem como os serviços de complexidade elevada sejam de urgência ou eletivos não oferecidos pelo município são referenciados especialmente para Sete Lagoas e Curvelo.

Centro Odontológico Municipal, em estado de conservação regular, conta com 06 Odontólogos, 04 auxiliares de dentista, 01 técnica em higiene dentária, 01 recepcionista e 01 coordenador de Saúde Bucal, desenvolvendo procedimentos na população.

Serviços disponíveis no Município: Radiologia; Imunização; Fisioterapia; Análises Clínicas; Eletrocardiograma; Vigilância Sanitária; Controle de Zoonoses; Saneamento Ambiental; Vigilância Epidemiológica; Programa de Saúde em Casa; Programa de Saúde da Família; Tratamento Fora do Domicílio; Programa de Controle da Raiva; Serviço de Controle e Avaliação; Consultas Básicas; Consultas Especializadas; Programa de Controle de Tuberculose; Odontologia Preventiva e Curativa; Programa de Controle de Hanseníase; Serviços de Assistência Farmacêutica; Programa de Atenção à Saúde da Mulher; Pronto atendimento 24 horas; Programa de Controle da Doença de Chagas e Dengue; Programa Materno Infantil (Pré-Natal, Teste do Pezinho, etc.); Orientação em Grupos Riscos: Diabéticos, Hipertensos e Gestantes; Internação/Atendimento Hospitalar no Hospital Casa de Caridade São Sebastião; Atendimentos Básicos de Saúde (Curativo, Injeção, Visita Domiciliar Médica, Visita Domiciliar Enfermeira, Aferição de Pressão Arterial, Temperatura, Puericultura, Nebulização, etc.).

A área de Recursos humanos abrange um grupo de profissionais com carga horária de 40 horas semanais, que consta a equipe composta por: Psicólogo: 03; Bioquímico: 02; Biomédica: 02; Odontólogo: 06; Farmacêutico: 01; Fisioterapeuta: 04; Fonoaudiólogo: 02; Assistente social: 04; Médico Ortopedista: 02; Médico Clínico Geral: 03; Médico Pediatra: 01; Médica Ginecologista/Obstetra: 03; Terapeuta Ocupacional: 01; Serviços Gerais: 12; Agente Sanitário: 03; Agente epidemiológico: 06; Coordenador de PNCD: 01; Educadora em Saúde: 01; Agente Comunitário de

Saúde: 17; Técnico em Radiologia: 02; Técnico em Higiene Dentário: 01; Auxiliar Consultório Dentário: 04; Protético: 01; Auxiliar de Farmácia: 02; Auxiliar de Recepção: 08; Auxiliar de Secretaria: 03; Auxiliares de Serviços: 03; Assistente de Saúde: 05; Auxiliar de Enfermagem: 05; Técnico de Enfermagem: 10; Motoristas de Ambulância: 04; Enfermeira de PSF: 03; Enfermeira (Hospital): 05; Médico PSF: 04; Nutricionista: 01.

Visando avaliar e controlar as atividades realizadas no sistema de saúde, o Serviço de Controle e Avaliação do Município é executado pelo médico auditor diariamente. Todo atendimento ambulatorial de média complexidade, bem como atendimento hospitalar é verificado e autorizado pelo referido profissional. Posteriormente é realizado o faturamento pela SMS e transmitido à SRS e ou DATASUS.

Durante a realização do Planejamento Estratégico Situacional (PES) com a ESF Titio José foram identificados alguns fatores dificultadores do processo de trabalho, dentre eles:

1. Demora do município em disponibilizar os resultados de exames solicitados em consulta médica;
2. Não disponibilização de carro pela prefeitura para a realização de visitas domiciliares;
3. Baixa contra referência pelos especialistas que atendem os pacientes com encaminhamento, ausência do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) no município.

E também foram identificados alguns fatores facilitadores, dentre eles:

1. Consultas realizadas com agendamento;
2. Acolhimento realizado por toda equipe;
3. Boa relação interpessoal entre todos os membros da equipe;
4. Boa estrutura física.

Durante as consultas médica foi percebido com grande intensidade o relato de vários pacientes que já tiveram alta do tratamento medicamentoso com benzodiazepínicos e/ou antidepressivos, mais que permanecem o uso indevido. Muitos conseguem de forma não identificada o acesso a medicação sem receituário ou utilizam de familiares que fazem uso contínuo. Em visitas domiciliares as ACS também identificaram o uso indiscriminado e a falta de consciência da população quanto aos risco à saúde.

Para melhoria da saúde da população de Morada Nova de Minas a promoção da qualidade de vida, tendo a atenção básica como espaço prioritário, visa garantir a integridade do ser humano, promovendo e articulando critérios necessários que elevem a satisfação do usuário, com o acolhimento da equipe de saúde, a responsabilidade dos profissionais, transformando em parceira do paciente garantindo o controle dos agravos e até mesmo a diminuição dos mesmos, visto que o ser humano se vê mais acolhido e até mesmo mais protegido.

## 2 JUSTIFICATIVA

O uso de fármacos psicoativos faz parte da natureza humana, visando modificar comportamento, humor e emoções. Este uso envolve dois caminhos: um para modificar o comportamento normal e produzir estados alterados de sentimentos com propósitos religiosos, cerimoniais ou recreacionais, e o outro para alívio de enfermidades mentais (ANDRADE; ANDRADE; SANTOS, 2004).

Os psicofármacos são medicamentos necessários e seguros, mas podem causar dependência física e/ou psíquica. Segundo Paulo e Zanini (1997), a dependência psíquica favorece o desenvolvimento da procura compulsiva do fármaco, surgindo o vício, o que leva à distorção dos valores pessoais e sociais do indivíduo, prejudicando o seu comportamento social (ANDRADE, ANDRADE e SANTOS, 2004).

Nordon *et al.* (2009) relatam em seu estudo que um dos fatores preocupantes com relação aos benzodiazepínicos (BZD) que hoje nos levam a restringir sua prescrição é a capacidade de gerar tolerância e dependência, que podem ser perpetuadas por diversos fatores: prescrição errônea e continuada pelo médico; aumento da dose pelo próprio paciente; necessidade psicológica da droga (algo bastante usual e observado em ambiente ambulatorial). Acredita-se, aliás, que o maior fator atualmente para a perpetuação do hábito seja essa fissura, tendo em vista, como exposto acima, que a dependência química e física de BZD não é tão acentuada quanto de outras possíveis drogas de abuso.

Devido à grande incidência de usuários em uso crônico de medicamentos psicotrópicos como os benzodiazepínicos, ansiolíticos e antidepressivos este trabalho se justifica pela alta demanda de atendimentos na área de saúde mental, muitos deles envolvendo a prescrição e renovação de benzodiazepínicos e antidepressivos sem um diagnóstico nosológico estabelecido e seguimento longitudinal dos pacientes.

A equipe participou da análise dos problemas levantados e considerou que no nível local temos recursos humanos e materiais para fazer um projeto de intervenção, portanto a proposta é viável.

### **3 OBJETIVO**

Elaborar um projeto de intervenção para diminuir ou cessar o uso abusivo de benzodiazepínicos e antidepressivos na Unidade de Saúde Tito José no Município de Morada Nova de Minas/MG.

## 4 METODOLOGIA

Para este projeto de intervenção foi utilizado o diagnóstico situacional realizado na disciplina de Planejamento em Saúde, incluindo reunião com a equipe do PSF, levantamento de dados secundários no SIAB e observação ativa realizada na área de abrangência da equipe.

Neste trabalho foi utilizado também o Método Simplificado do Planejamento Estratégico Situacional - PES.

Para a construção desse projeto foram utilizados trabalhos científicos disponíveis em base de dados como: Biblioteca Virtual em Saúde, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde), dentre outros. Os artigos disponíveis nessas bases de dados, além de publicações em livros e revistas médicas foram selecionados de acordo com os descritores, receptor benzodiazepínico, receptor GABA, antidepressivos e artigos publicados nos últimos dez anos.

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

### 5.1 Benzodiazepínicos

Os benzodiazepínicos (BZD) estão disponíveis desde a década de 90, sendo uma das medicações mais prescritas no Brasil. Grande parte da população brasileira faz uso contínuo ou já fez por algum tempo de algum BZD.

“Entre as décadas de 70-80, seu potencial de criação de dependência e seus efeitos colaterais passaram a ser mais estudados, e no mundo todo se iniciou uma política de contenção de seu uso, visível, no Brasil, com o formulário azul (NORDON et al, 2009 p. 66)”.

Os BZD possuem ação miorreaxante, ansiolítico, anticonvulsivante, sedativo, devido atuar em receptores específicos gabaérgicos.

Quando administrado por um médico, os BZD são muito eficazes. Além das propriedades já citadas são também são prescritos pela ação tranqüilizante, por acalmar a pessoa tensa e ansiosa. Os BZD mais conhecidos são Valium® , Librium® , Lexotam® , Dormonid®.

O metabolismo dos BDZ ocorre principalmente no fígado por dois mecanismos: oxidação (influenciada pela idade e hepatopatias) e conjugação que não sofre a interferência desses fatores. A genética também desempenha um importante papel no metabolismo. Os BDZ que são metabolizados por oxidação produzem metabólitos ativos e os metabolizados por conjugação não produzem metabólitos ativos. Esses fatores relacionados ao metabolismo determinam a meia-vida plasmática dos BDZ, isto é, o tempo decorrido entre a obtenção da concentração plasmática máxima e a metade desta, sendo este índice conhecido pela sigla  $T_{1/2}$  . O BDZ como o diazepam que produz três metabólitos ativos (desmetil-diazepam, oxidiazepam, oxidesmetil-diazepam) possui  $T_{1/2}$  longo, portanto com efeito prolongado. Os BDZ que não produzem metabólitos ativos possuem  $T_{1/2}$  curta (ALBERTINO e FILHO, 2010).

Em um estudo científico foi observado que o uso racional de BZD no tratamento para ansiedade e insônia a curto prazo foi de grande efetividade, da mesma forma para o controle de alguns distúrbios de ansiedade, a longo prazo.

## 5.2 Uso prolongado e prescrição de Benzodiazepínicos

O uso racional de medicamentos é correto quando o paciente recebe a substância ideal, em doses ideais, por período de tempo adequado a suas necessidades clínicas e com menor custo possível (WHO, 1987). Assim, os BZD, quando utilizados em curto prazo ou de forma intermitente, podem ser eficazes em várias condições, sem proporcionar efeitos tóxicos mais sérios. As reações adversas mais graves quase sempre resultam do uso crônico em doses terapêuticas, automedicação ou uso recreativo em doses excessivas (CASALI, 2010).

O tratamento prolongado de BZD pode acarretar no desenvolvimento de tolerância e/ou dependência. Infelizmente tem se percebido que pessoas que fazem o uso prolongado de BZD usam a medicação para tentativa de auto extermínio, associados ou não a outras substâncias químicas.

De acordo com Noto *et al.* (2002), no ano de 1999, foi realizado estudo em dois municípios brasileiros, no qual foi analisado um universo de 108.215 notificações e receitas especiais retidas em farmácias, drogarias, postos de saúde, hospitais.

Os BZD ao serem prescritos, são submetidos a normas e procedimentos especiais em relação a outras classes de drogas. Assim, Silva e Iguti (2004,p.2006) descreveram,

A regulamentação técnica sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial, através da Portaria 344 de 12 de maio de 1998, do Ministério da Saúde define as seguintes listas: A1 e A2 (entorpecentes); A3, B1 e B2 (psicotrópicas), C1 (substâncias sujeitas a controle especial), C2 (retinóicas para uso sistêmico) e C3 (imunossupressoras). A prescrição médica é parte do tratamento médico e dá acesso ao paciente aos medicamentos; por se tratar de um documento legal, deve obedecer à legislação específica.

O receituário azul é fornecido pela Vigilância Sanitária do Estado que encaminha a Vigilância Sanitária dos municípios. Devido ao controle do receituário e riscos que a medicação oferece, a prescrição deve ser realizada na quantidade exata para o uso do paciente, evitando superdosagem.



### 5.3 Educação em Saúde na Estratégia de Saúde da Família

Por oferecer graves conseqüências à saúde, o uso abusivo dos BZD apresenta-se como um problema de saúde pública. Os efeitos colaterais, e o risco de dependência na maioria dos usuários é desconhecido, o que faz com que estejam susceptíveis a desenvolverem conseqüências negativas.

“A Estratégia Saúde da Família propõe novas práticas sanitárias centradas nos princípios do SUS de equidade, descentralização, integralidade e participação popular e, conseqüentemente, a reformulação dos conceitos de saúde, doença, população e práticas (FREITAS; PINTO, 2005 p. 548)”.

No âmbito da ESF, a educação em saúde figura como uma prática prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem a equipe de saúde da família. Espera-se que esta seja capacitada para assistência integral e contínua às famílias da área adstrita, identificando situações de risco à saúde na comunidade assistida, enfrentando em parceria com a comunidade os determinantes do processo saúde-doença, desenvolvendo processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do auto cuidado dos indivíduos (BRASIL, 1997).

A Educação em Saúde é uma das atividades mais essencial para que o profissional de saúde consiga levar orientações aos usuários, de forma a quebrar tabus e crenças culturais. É a forma mais eficaz de promoção de saúde e prevenção de doenças. As equipes de saúde devem realizar atividades educativas em sala de espera antes das consultas médicas, em visitas domiciliares, podendo criar vínculo, credibilidade com a população.

### 5.4 Antidepressivos e uso Indiscriminado

Segundo Penildo (2006) *apud* Cunha, Tones e Hofman (2014), os antidepressivos são medicamentos (drogas) capazes de alterar o humor, esse medicamento e capaz de oscilar os dois pólos que são compreendidos entre euforia expansiva e depressão dolosa. Estes são utilizados buscando o alívio dos sintomas causados pela depressão, pois podem colaborar na correção de uma baixa autoestima ocasionada pelo humor deprimido.

“Os antidepressivos são substratos do sistema enzimático Citocromo P450 em que existem várias isoformas enzimáticas codificadas por diferentes genes.

Assim, variantes desses genes podem determinar enorme variabilidade na capacidade catalítica da enzima, podendo resultar em metabolizadores lentos com maior tendência a efeitos adversos ou tóxicos, metabolizadores normais e metabolizadores ultrarápidos que também podem apresentar dificuldades na obtenção de concentrações plasmáticas adequadas para uma resposta terapêutica (LIMA et al., 2004)”.

De acordo com Aguiar *et al.* (2011) os antidepressivos são classificados em Tricíclicos, Bloqueadores da Recaptura de Noradrenalina e Dopamina, Inibidores de Recaptura de Serotonina e Noradrenalina (IRSN), Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina (ISRS), Inibidores de Recaptura/Antagonistas da Serotonina-2 (IRAS), Inibidor Seletivo da Recaptação da Noradrenalina (ISRN).

O primeiro grupo de fármacos para o tratamento da depressão surgiu na década de 1960, designado como tricíclicos (ADT), tendo a imipramina e a amitriptilina como os protótipos desta geração (Potter e Hollister, 2005; Ward e Azzaro, 2005). O segundo grupo é representado pelos inibidores da monoaminoxidase (IMAO), com aparecimento também nos anos 1960, sendo a iproniazida o primeiro fármaco. Em 1987, a agência reguladora de medicamentos e alimentos, Food and Drug Administration (FDA), dos Estados Unidos, aprovou o primeiro fármaco (fluoxetina) do grupo dos inibidores seletivos da recaptura de serotonina (ISRS) (Ward e Azzaro, 2005). Embora a eficácia dos agentes mais recentes não seja superior à dos mais antigos, sua relativa segurança e tolerabilidade levaram à sua rápida aceitação como antidepressivos mais comumente prescritos (CAMPIGOTTO *et al.*, 2007 p.02).

“A escolha do antidepressivo via depender de inúmeros fatores: tipo de sintomatologia, idade, uso concomitantes de outras medicações, história anterior de tratamento farmacológico entre outros. Quando o doente apresenta insônia, o uso de um antidepressivo que tenha um efeito sedativo pode ser um fator a ser considerado, no entanto, quando o doente já apresenta uma sonolência excessiva, o uso deste antidepressivo pode ser contra-indicado (AGUIAR *et al.*, 2011 p.95)”.

O antidepressivo mais utilizado é a Fluoxetina, que além de antidepressivos há indícios que atue na perda de peso.

Outros antidepressivos como a Amitriptilina, seguida da Imipramina que são, medicamentos também prescritos para tratamento de depressão quanto para as outras indicações, como dor crônica, prevenção de enxaqueca, entre outros. Frequentemente, a receita médica disponibiliza um grande número de comprimidos, pois o período entre as consultas geralmente é longo e o tratamento não pode ser interrompido. Portanto, o paciente tem em casa altas doses de uma substância potencialmente perigosa (FERNANDES *et al.*, 2006).

No Brasil, os medicamentos antidepressivos são causas freqüentes de intoxicação medicamentosa. Também, é importante destacar que esses pacientes, pela própria patologia, dificilmente aderem ao tratamento farmacológico, o que prejudica a evolução do quadro e sua qualidade de vida, necessitando de uma real atenção farmacêutica (FREITAS, MAIA e IODES, 2006).

Os pacientes que fazem uso abusivo de antidepressivos necessitam mais de internação e permanecem por mais tempo na enfermaria do que os pacientes intoxicados por outros depressores do sistema nervoso central (DSNC) (FERNANDES *et al.*, 2006).

O uso prolongado dessas drogas, além de efeitos colaterais indesejáveis, provoca dependência, levando a dificuldades quando se deseja a interrupção do tratamento.

Wanderley, Cavalcanti e Santos (2013) descreve em seu estudo que indivíduos com maior renda per capita e níveis sociais mais elevados são os maiores consumidores de ansiolíticos e antidepressivos. Medicamentos antidepressivos são mais comumente utilizados do que os ansiolíticos. “Essa diferença entre o consumo se dá pelo fato dos transtornos depressivos serem o quarto maior problema de saúde no mundo, apresentando uma taxa global de 12%”.

## **6 PLANO DE AÇÃO**

### **6.1 Os problemas da atenção primária**

#### **Primeiro passo: definição dos problemas**

Vários são os problemas do programa de saúde da família e no caso da unidade de saúde em que atuo não é diferente. Destacam-se entre eles, o grande número de hipertensos e diabéticos mal controlados, as queixas de origem osteomuscular e especialmente o abuso de antidepressivos e benzodiazepínicos.

Em relação ao Diabetes e Hipertensão é realizado na unidade um grupo operativo com encontros mensais para auxílio no controle destas patologias, na tentativa de estímulo a promoção do auto cuidado. As discussões sempre contam com a participação de toda a equipe e tem alcançado êxito, principalmente na questão do Diabetes, onde o controle alimentar tem sido um foco bastante abordado e diretamente relacionado ao melhor controle glicêmico.

As consultas com queixas de origem osteomusculares, também são muito freqüentes, tanto na demanda espontânea, quanto programada. Existe grande número de trabalhadores braçais, funcionários de carvoarias da região, responsáveis por boa parte das queixas, aliados as lesões desencadeadas por esforços de repetição (DORTs). Outro grupo importante é o de idosos e as dores relacionadas aos processos degenerativos.

#### **Segundo passo: priorização de problemas**

Quadro 1 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da ESF de Morada Nova de Minas/ MG, 2014.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Uso indiscriminado de benzodiazepínicos e antidepressivos	Alta	7	parcial	1
Falta de adesão ao tratamento para hipertensão	Alta	6	parcial	2
Falta de adesão ao tratamento para diabetes	Alta	6	parcial	3
Alta prevalência de queixas osteomusculares em adultos jovens	Alta	6	parcial	4

Fonte: Diagnóstico Situacional de Saúde da ESF de Morada Nova de Minas.

### **Terceiro passo: descrição do problema selecionado**

A questão da saúde mental, principalmente no que tange ao diagnóstico nosológico, e abuso de benzodiazepínicos e antidepressivos, configura um dos maiores, e a meu ver prioritário problema na população adstrita da minha unidade de saúde. Isto porque além de ser uma área responsável por alta demanda de atendimentos, está intimamente ligada a qualidade de vida da população e mesmo ao absenteísmo das atividades laborais.

### **Quarto passo: explicação do problema**

#### **Causas do uso indiscriminado:**

- Falta de um diagnóstico estabelecido e bem explicitado ao paciente
- Não esclarecimento ao paciente no início da terapêutica sobre a estimativa da duração do tratamento.
- Acesso precário ao especialista para seguimento longitudinal e contra referência ao médico da atenção básica.
- Conscientização ao paciente dos riscos do abuso em termos de toxicidade, dependência, e déficits cognitivos dentre outras consequências.

- Os efeitos sedativos e tranquilizantes que geralmente tais medicações podem proporcionar.
- A dificuldade do médico clínico na abordagem dos pacientes e de suas patologias, tornando apenas a renovação das prescrições a solução mais simples para o mesmo

### **Conseqüências do uso indiscriminado:**

- Amnésia anterógrada.
- Lentificação e prejuízo do desempenho psicomotor.
- Desenvolvimento de tolerância com o uso crônico.
- Aumento na incidência de quedas, e sonolência diurna, especialmente nos benzodiazepínicos de meia vida prolongada.
- Comprometimento no desempenho sexual
- Interações medicamentosas com varias drogas o que potencializa efeitos adversos, especialmente nos pacientes em uso de várias drogas concomitantes para outras comorbidades.

### **Quinto passo: seleção dos “nós críticos”**

O grande nó na questão, é que grande parte dos pacientes não possuem um diagnóstico sequer sindrômico da sua patologia. Fazem uso das medicações há vários anos sem acompanhamento multidisciplinar.

Foi proposto em reunião de equipe a realização de grupo operativo, onde os pacientes seriam esclarecidos sobre os males do uso crônico e sem indicação parcimoniosa e clinicamente indicada de tais medicações.

A idéia inicial é quantificar a população usuária de benzodiazepínico/antidepressivos, e destes, quantos estão em acompanhamento regular clínico - psiquiátrico com diagnóstico estabelecido ou não. Os pacientes sem seguimento seriam referenciados a consulta clínica e se necessário psiquiátrica para avaliação de diagnóstico e abordagem sobre o uso consciente das medicações. Nos casos indicados, seria proposto desmame protocolado das medicações.

## **Sexto passo: Desenho das operações para enfrentamento dos nós críticos**

Quadro 2 - Desenho das operações para enfrentamento dos nós críticos.

<b>Nó crítico</b>	<b>Operação/ Projeto</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Recursos necessários</b>
Ausência de diagnóstico estabelecido e orientação sobre a proposta do tratamento	<b>Diagnóstico:</b> Estabelecer Diagnóstico Nosológico	Diagnóstico da patologia	Busca ativa dos usuários das medicações sem seguimento, e agendamento de consulta. Todos os pacientes diagnosticados e orientados sobre a proposta de tratamento.	Cognitivo - Estrutura física para consulta, agentes de saúde para levantamento populacional
Dificuldade de acesso a consulta da especialidade	<b>Chegar ao especialista:</b>  Elaborar um protocolo de priorização dos atendimentos	Redução do tempo de espera a consulta especializada	Ficha de referencia e contra-referencia com critérios de prioridade para agilizar o acesso as consultas elaboradas pela equipe.	Cognitivo, financeiro, organizacional, adequação de fluxos
Falta de contra-referência do atendimento especializado para seguimento longitudinal	<b>Seguimento:</b>  Preencher devidamente a ficha de contra-referencia	Facilitação do acompanhamento longitudinal pelo clinico e reduzir fila da especialidade	Ficha de contra-referencia devidamente preenchida	Cognitivo, diálogo com os profissionais da psiquiatria, organizacional, adequação de fluxos
Falta de conhecimento sobre os riscos do abuso	<b>+ saber:</b> Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos do abuso	População mais informada sobre os riscos do abuso	Avaliação do nível de informação da população, campanhas de orientação na rádio local, panfletos informativos	Mobilização social, Cognitivo, conhecimento sobre estratégias de comunicação

### Sétimo passo: Recursos críticos

Quadro 3 – Recursos Críticos.



Diagnóstico	Político > articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais. Organizacional > mobilização social
Chegar ao especialista	Político > decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço;
Seguimento	Político > articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais. Político > articulação intersetorial.
+ Saber	Político > articulação intersetorial. Político > conseguir espaço na radio local Financeiro > para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos Organizacional > mobilização social

### Oitavo Passo: Viabilidade

Quadro 4 - Viabilidade do Plano de Intervenção.

Operações/Pr ojetos	Recursos críticos	Controle dos Recursos críticos:		Ações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
Diagnóstico	Político > articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais. Organizacional > mobilização social	Associações de Bairro  Agentes comunitários de saúde (ACS)	Favorável  Favorável	Apresentar o projeto; apoio das associações e dos ACS
Chegar ao especialista	Político > decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço;	Prefeitura Municipal  Secretaria de saúde	Favorável  Favorável	Apresentar projeto de estruturação da rede
Seguimento	Político > articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais. Político > articulação intersetorial	Secretaria de Saúde	Favorável	Apresentar projeto de estruturação da rede
+ Saber	Político > articulação intersetorial. Político > conseguir espaço na radio local Financeiro > para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos Organizacional > mobilização social	Secretaria de educação  Setor de comunicação social	Favorável  Favorável	Não é necessária

## Nono passo: Plano operativo

Quadro 5 – Plano de Intervenção a ser realizado pela ESF Titio José.

<b>Operações/ Projetos</b>	<b>Resultados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Ações estratégicas</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>
Diagnóstico	Diagnóstico da patologia	Busca ativa dos usuários das medicações sem seguimento, e agendamento de consulta	Apresentar o projeto; apoio das associações e dos ACS	Médico: Jardel Enfermeira: Mariana	Apresentar o projeto em 6 meses e inicia-lo em 9 a 12 meses
Chegar ao especialista	Redução do tempo de espera a consulta especializada	Elaborar uma ficha de referencia e contra-referencia com critérios de prioridade para agilizar o acesso as consultas	Apresentar projeto de estruturação da rede	Médico: Jardel Enfermeira: Mariana	Apresentar o projeto em 6 meses e inicia-lo em 9 a 12 meses
Seguimento	Facilitar acompanhamento longitudinal pelo clinico e reduzir fila da especialidade	Ficha de contra-referencia devidamente preenchida	Apresentar projeto de estruturação da rede	ACS: Tatiane e Aline	Apresentar o projeto em 6 meses e inicia-lo em 9 a 12 meses
+ Saber	População mais informada sobre os riscos do abuso	Avaliação do nível de informação da população, campanhas de orientação na rádio local, panfletos informativos	Não é necessária	ACS: Aline	Inicio em 6 meses e termino em 12 meses

### Décimo passo: Gestão do plano

Nesse último passo, é preconizado elaborar um plano de gestão das operações e quais serão os instrumentos para acompanhamento do projeto.

Quadro 6 - Gestão do plano de intervenção

Operações	Produtos	Responsáveis	Prazo inicial	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Diagnóstico	Busca ativa dos usuários das medicações sem seguimento, e agendamento de consulta	Médico: Jardel Enfermeira: Mariana	Entre 3 e 6 meses	Em andamento		
Chegar ao especialista	Elaborar uma ficha de referencia e contra-referencia com critérios de prioridade para agilizar o acesso as consultas	Médico: Jardel Enfermeira: Mariana	6 meses	Atrasado	Enfermeira de férias	2 meses
Seguimento	Ficha de contra-referencia devidamente preenchida	ACS: Tatiane e Aline	9 meses	Atrasado	Capacitação dos ACS	3 meses

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para melhoria da saúde da população de Morada Nova de Minas a promoção da qualidade de vida, tendo a atenção básica como espaço prioritário, visa garantir a integridade do ser humano, promovendo e articulando critérios necessários que elevem a satisfação do usuário, com o acolhimento da equipe de saúde, a responsabilidade dos profissionais, transformando em parceira do paciente garantindo o controle dos agravos e até mesmo a diminuição dos mesmos, visto que o ser humano se vê mais acolhido e até mesmo mais protegido.

Portanto este plano de ação é de extrema relevância para que possamos diminuir o índice e os riscos relacionados ao uso indevido e indiscriminados de benzodiazepínicos e antidepressivos, medicações que podem oferecer riscos a saúde quando utilizados erroneamente.

A abordagem da equipe através de atividades educativas, atendimento especializado e contínuo facilitará e auxiliará na conscientização da população e redução do uso indevido destas e outras medicações.

## REFERÊNCIAS

ALBERTINO, S.; FILHO, P. F. M. Benzodiazepínicos: Atualidades. **Rev Moreira JR**, Rio de Janeiro RJ, 2010.

AGUIAR, C. C. et al. Drogas Antidepressivas. **Acta Med Port**. 2011; 24(1):091-098.

ANDRADE, M. F.; ANDRADE, R. C. G.; SANTOS, V. Prescrição de psicotrópicos: avaliação das informações contidas em receitas e notificações. **Rev. Bras. Cienc. Farm. Braz. J. Pharm. Sci**. vol. 40, n. 4, out./dez., 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

CEBRID, 2014. Disponível em:

[http://www2.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/quest\\_drogas/ansioliticos.htm](http://www2.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/quest_drogas/ansioliticos.htm). Acesso em Dez 2014.

CAMPIGOTTO, K. F. et al. Detecção de risco de interações entre fármacos antidepressivos e associados prescritos a pacientes adultos. **Rev. Psiq. Clín** 35 (1); 1-5, 2008.

CAMPOS, F. C. C. de ; FARIA, H. P. de; SANTOS, M. A. dos . Planejamento e avaliação das ações em saúde. **NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família**2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.

CASALI, F. T. Avaliação do uso de benzodiazepínicos pelos usuários da Unidade Básica de Saúde do Município de Camacho- MG pela dispensação da Farmácia Básica do SUS. **Trabalho de Conclusão de Curso**. Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Belo Horizonte – MG, 2010.

CUNHA, E. V. da; TONES, P. R.; HOFMAN, P. Uso de antidepressivos por profissionais de saúde. **Universo da Enfermagem / Faculdade Capixaba de Nova Venécia**– v. 3. n.1, 2014 – Nova Venécia: MULTIVIX, 2014.

FERNANDES, G. et al. Impacto das intoxicações por antidepressivos tricíclicos comparados aos depressores do “sistema nervoso central”. **Arq Ciênc Saúde** 2006 jul-set;13(3).

FREITAS, R. M. de; MAIA, F. D.; IODES, A. M. F. Atenção farmacêutica aos usuários do centro de atenção psicossocial – CAPS VI. **Infarma**, v.18, nº 9/10, 2006.

FREITAS, F. P.; PINTO, I. C. Percepção da equipe de saúde da família sobre a utilização do sistema de informação da atenção básica - SIAB. **Rev Latino-am Enfermagem** 2005 julho-agosto; 13(4):547-54.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014). Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em Julho 2014.

LIMA, I. V. M. et al. Farmacogenética do tratamento da depressão: busca de marcadores moleculares de boa resposta aos antidepressivos. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo , v. 31, n. 1, 2004 .

NOTO, A. R., et al. Análise da prescrição e dispensação de medicamentos psicotrópicos em dois municípios do Estado de São Paulo. **Rev Bras Psiq** 2002; 24 (2): 68-73.

NORDON, D. G. et al. Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária. **Rev Psiquiatr RS**. 2009;31(3):152-158.

OLIVEIRA, M. C.; ALEIXO, R. Q.; RODRIGUES, M. T. V. Uso de benzodiazepínicos em cirurgia bucomaxilofacial. **Saber científico odontológico**. Porto Velho, 1 (1): 53 - 67, jul./dez.,2010.

SILVA, T. O. ; IGUTI, A. M. Medicamentos psicotrópicos dispensados em Unidade Básica de Saúde em Grande Município do Estado de São Paulo. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. 2004. ISSN: 1982-4785.

WANDERLEY, T. da C.; CAVALCANTI, A. L.; SANTOS, S. Práticas de Saúde na atenção primária e uso de psicotrópicos: uma revisão sistemática da literature. **Rev. Ciênc. Méd. Biol.**, Salvador, v.12, n.1, p.121-126, jan./abr. 2013.

WIKIPÉDIA. Disponível em: [http://pt.wikipedia.org/wiki/Morada\\_Nova\\_de\\_Minas](http://pt.wikipedia.org/wiki/Morada_Nova_de_Minas). Acesso em Nov 2014.

World Health Organization, WHO. **The Rational use of drugs: report of the conference of experts**. Nairóbi, 25-29 november 1985. Geneva: 1987.

