

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATEGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Barbara Yaima Guerra Viart

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA REDUZIR O USO
INDISCRIMINADO DE PSICOFÁRMACOS EM IDOSOS NA
USF JOSÉ RODRIGUES PINTO – SOBRÁLIA (MG)**

Governador Valadares - MG

2015

Barbara Yaima Guerra Viart

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA REDUZIR O USO
INDISCRIMINADO DE PSICOFÁRMACOS EM IDOSOS NA
USF JOSÉ RODRIGUES PINTO – SOBRÁLIA (MG)**

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

Orientadora: Prof.^a. Ma. Rita de Cássia Costa da Silva

Governador Valadares – MG

2015

Barbara Yaima Guerra Viart

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA REDUZIR O USO
INDISCRIMINADO DE PSICOFÁRMACOS EM IDOSOS NA
USF JOSÉ RODRIGUES PINTO – SOBRÁLIA (MG)**

Banca examinadora

Prof.^a. Ma. Rita de Cássia Costa da Silva - orientadora

Prof.

Aprovado em Belo Horizonte, em de 2015.

RESUMO

Duas a cada três pessoas idosas no Município de Sobrália consomem psicofármacos indiscriminadamente, constituindo assim o principal problema de Saúde que precisa se priorizar no município. A Equipe de Saúde da Família após análise em que utilizou as ferramentas do Planejamento Estratégico Situacional (PES) considerou que dispõe de recursos humanos e materiais para fazer um projeto de intervenção e decidiu propor ações para melhorar esta realidade, enfrentar a situação e modificar as condições de saúde dos idosos do município. As experiências profissionais bem como a revisão de literatura indicam que as consequências do uso inadequado de terapias medicamentosas em pessoas idosas são verdadeiramente perigosas, sendo que suas complicações se encontram entre as primeiras e principais causas de incapacidade no mundo.

Palavras – chave: Antidepressivos, ansiolíticos, idosos, planejamento em saúde, ESF.

ABSTRACT

Two to three older people in Sobrália Municipality consume psychoactive drugs indiscriminately, thus constituting the main health problem that needs to be prioritized in the city. The Family Health Team after analysis that used the tools of the Situational Strategic Planning (PES) considered that has human and material resources to make an intervention project and decided to propose actions to improve this reality, face the situation and modify the conditions health of the city's elderly. The experience and the literature review indicate that the consequences of inappropriate use of drug therapies in older people are truly dangerous, and its complications are among the first and main causes of disability worldwide.

Key words: Antidepressants, anxiolytics, elderly, health planning, ESF.

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 7 |
| 2. JUSTIFICATIVA..... | 16 |
| 3. OBJETIVOS..... | 17 |
| 4. METODOLOGIA..... | 18 |
| 5. REVISÃO DA LITERATURA | 21 |
| 6. PROJETO DE INTERVENÇÃO | 25 |
| 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 33 |
| REFERENCIAS..... | 34 |

1. INTRODUÇÃO

O município de Sobrália possui 6.284 habitantes dos quais 877 são maiores de 60 anos, representando 38% da população total. Dois em cada três idosos consome psicofármacos indiscriminadamente, constituindo assim um dos problemas de saúde que precisa se priorizar no município.

Diante dessa realidade a equipe de saúde que atua na UBS José Rodrigues Pinto decidiu propor ações de intervenção para melhorar a qualidade de vida destes usuários.

1.1 Identificação do Município:

Sobrália está localizada a 305 Km da capital (Belo Horizonte) e a via de acesso é a BR 381. Seus municípios limítrofes são: Alpercata, Tarumirin, Fernandes Tourinho, Engenheiro Caldas, São João de Oriente, Dom Cavati, Iapu.

Histórico de criação do Município:

A região onde se localiza o Município era de mata fechada, habitada por indígenas Puris e Botocudos, até que começaram a chegar aventureiros, em busca de terras férteis. Assim, pioneiros fundaram a povoação que recebeu o nome de Córregos das Pedras. Foram eles: Caetano Áreas Louzada, Albertino Conrado Elles, João e Lucas Neves, José Alves de Lama, José Vilas Novas, Sebastião Vitor da Rocha e outros. Sendo as terras muito férteis, propícias a lavoura e criação de gado, tornou-se fácil a fixação de contingentes humanos. O arraial cresceu rapidamente, passando a se chamar Iatauba, pertencente ao município de Tarumirin. Em 1943 foi elevado à categoria de distrito, com o topônimo de Sobrália, devido à abundância da orquídea 'Sobrália' na localidade. Usa-se o gentílico: Sobralense. O distrito emancipou-se pela lei nº 2.764 de 30/12/1962 tornando-se Município e sendo mantido o topônimo Sobrália. O município é formado por dois distritos: Sobrália (sede) e Plautino Soares, anteriormente denominado Paraíso de Nossa Senhora das Graças (IBGE, 2012).

1.2 Diagnóstico Situacional:

Aspectos Geográficos:

Sobralia possui 216.38 km² de extensão territorial. Residem na localidade 1.956 famílias, com uma concentração habitacional em zona urbana. A taxa de urbanização é 69%, com uma renda média familiar de R\$1.086,00 (IBGE, 2012).

Aspectos Demográficos:

O quadro abaixo apresenta a distribuição da população de acordo com a área de moradia (urbana ou rural). Observa-se uma maior concentração de residentes em área urbana, com maior presença de adultos entre 25 e 59 anos.

Quadro 1: Distribuição da população segundo área de residência e faixa etária, Sobralia (MG)

| Faixa etária | >1 | 1-9 | 10-14 | 15-19 | 20-24 | 25-39 | 40-59 | 60+ | Total |
|--------------|-----|-----|-------|-------|-------|-------|-------|-----|-------|
| Área Urbana | 78 | 600 | 466 | 428 | 353 | 823 | 1081 | 621 | 4450 |
| Área Rural | 32 | 246 | 192 | 177 | 145 | 340 | 446 | 256 | 1834 |
| Total | 110 | 846 | 658 | 605 | 498 | 1163 | 1527 | 877 | 6284 |

Fonte: IBGE/Censos Demográficos, 2012

O quadro 2 apresenta a distribuição da população por faixa etária. Verifica-se que metade dos habitantes (50,69%) está entre 20 e 60 anos de idade.

Quadro 2: Distribuição da população segundo faixa etária, Sobralia (MG)

| Faixa etária | Número absoluto | % |
|----------------|-----------------|--------|
| 0 a 4 anos | 410 | 7,03 |
| 5 a 9 anos | 546 | 7,65 |
| 10 a 14 anos | 658 | 10,43 |
| 15 a 19 anos | 605 | 9,52 |
| 20 a 29 anos | 842 | 12,73 |
| 30 a 49 anos | 1614 | 25,37 |
| 50 a 60 anos | 732 | 12,59 |
| 60 a 69 anos | 373 | 6,40 |
| 70 a 79 anos | 351 | 5,66 |
| 80 anos e mais | 153 | 2,62 |
| Total | 6284 | 100,00 |

Fonte: IBGE/Censos Demográficos, 2012

Através dos indicadores demográficos disponíveis nos Censos Demográficos do IBGE (2012) constata-se que a taxa de crescimento anual da população no período 2000-2010 foi de 0,75%. O município apresenta densidade demográfica de 28,19 hab/Km² e a taxa de crescimento anual está em 16,37%.

Aspectos socioeconômicos:

Estão disponíveis aos moradores os serviços da Companhia Energética de Minas Gerais (CEMIG), Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA), empresas de telefonia fixa e móvel (Oi e TIM), agência dos correios, serviços bancários (BRADESCO e correspondente do Banco do Brasil), casa lotérica, farmácias (01 Farmácia de Minas e 06 privadas), clínica odontológica privada (01), postos de coleta laboratorial (02), escolas (04), creches (02) e igrejas (8 católicas e 15 protestantes), radiodifusão comunitária (01), cemitério (01), e lojas (aproximadamente 20).

As principais atividades econômicas e de arrecadação socioeconômicas de Sobrália são: pecuária e agricultura. A cidade ainda conta com uma cerâmica, uma fábrica de biscoito e macarrão, que são fonte de emprego e trazem benefícios para o município.

Índice de Desenvolvimento Humano (IDH):

De acordo com dados do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento o IDH médio de Sobrália para o ano de 2012 foi de 0,631 (PNUD, 2012).

Conforme dados elaborados pelo Núcleo de Informações Sociais do IPEA, com base no Censo Demográfico (2010) a proporção de pessoas abaixo da linha da pobreza e indigência está assim distribuída:

- Acima da linha da pobreza: 74,0%
- Entre a linha da indigência e pobreza: 12,1%
- Abaixo da linha da indigência: 0,40%
- Proporção de moradores abaixo da linha de pobreza: 13,9%

Para estimar a proporção de pessoas que estão abaixo da linha da pobreza foi somada a renda de todas as pessoas do domicílio, e o total dividido pelo número de moradores, sendo considerado abaixo da linha da pobreza os que possuem renda *per capita* até R\$ 140,00. No caso da indigência, este valor será inferior a R\$ 70,00.

Saneamento Básico:

A área de abrangência da USF José Rodrigues Pinto é urbana e conta com coleta de lixo e instalação sanitária na maioria das residências. Existem famílias em situações precárias de moradia.

A tabela 1 apresenta as informações sobre a situação do saneamento básico no município.

Tabela 1: Percentual da população segundo situação do saneamento básico, Sobrália (MG), 2000-2010

| Proporção de Moradores por Tipo de Abastecimento de Água | | |
|---|-------------|-------------|
| Abastecimento Água | 2000 | 2010 |
| Rede geral | 46,1 | 59,5 |
| Poço ou nascente (na propriedade) | 52,5 | 38,9 |
| Outra forma | 1,4 | 1,6 |
| Instalação Sanitária | 2000 | 2010 |
| Rede geral de esgoto ou pluvial | 37,4 | 49,8 |
| Fossa séptica | 0,1 | 1,9 |
| Fossa rudimentar | 3,2 | 10,5 |
| Vala | 1,5 | 10,4 |
| Rio, lago ou mar | - | 21,0 |
| Outro escoadouro | 29,0 | 1,0 |
| Não sabe o tipo de escoadouro | 0,3 | - |
| Não tem instalação sanitária | 28,4 | 5,5 |
| Coleta de lixo | 2000 | 2010 |
| Coletado | 14,0 | 54,5 |
| Queimado (na propriedade) | 42,2 | 34,5 |
| Enterrado (na propriedade) | 8,8 | 0,4 |
| Jogado | 9,9 | 10,6 |
| Outro destino | 25,2 | - |

Fonte: IBGE/Censos Demográficos, 2012

Educação:

A população conta com uma escola estadual que oferece o ensino fundamental até o terceiro ano do ensino médio, duas creches (uma na sede e outra no distrito Plautino Soares), e três escolas municipais (Córrego Santa Teresinha, Caixa Larga e uma no Distrito Plautino Soares).

A situação da educação no município, de acordo com Castro-Duarte (2002) pode ser sintetizada nos seguintes indicadores:

- Taxa de Escolarização: 63,19%
- Taxa de analfabetismo entre maiores de 15 anos: 80,00%
- Crianças com idade escolar fora da escola: 15,00%
- Índice de desenvolvimento da Educação Básica (absoluta e relativa no Brasil): 0,63%

1.3 Sistema Local de Saúde:

Cerca de 90% da população do município é completamente dependente do SUS. Para prestar atendimento aos residentes o município conta com duas Unidades de Saúde da Família (USF) na Sede e dois pontos de apoio (Postos de Saúde), sendo um deles localizado em um distrito na zona rural. As USF localizam-se no centro da cidade e cada uma conta com equipe composta por 21 profissionais, sendo parte efetiva e parte contratada.

O Conselho Municipal de Saúde é composto por 16 conselheiros, sendo 8 usuários, 4 trabalhadores e 4 gestores/prestadores de serviço. Identifica-se que o Conselho está cumprindo o critério de paridade, conforme preconiza a Resolução 453/2012, do Conselho Nacional de Saúde. Conta com presidente e secretário para a coordenação dos trabalhos. As reuniões ordinárias são realizadas a cada semestre e as extraordinárias quando se faz necessário.

O Fundo Municipal de Saúde possui CNPJ próprio (13.846.271/0001-04), e recebe recursos do governo federal, estadual e municipal para financiar as ações e serviços de saúde.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi implantada no município em 02/09/2001, portanto, há quatorze anos. Na atualidade estão em funcionamento duas equipes de saúde da família (eSF) que garantem cobertura de 100% da população. A rede municipal de saúde conta também com um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que oferece cobertura de 100% da população municipal.

Devido ao porte populacional o município não conta com sistema de referência e contra referência para as redes de atenção à saúde de média e alta complexidade dentro de seu território geográfico. Dessa forma, as cidades de referências são Governador Valadares e Belo Horizonte.

Recursos Humanos em Saúde:

O município tem três médicos concursados, com uma carga horária de 16 horas semanais cada um, dois clínicos gerais e um pediatra, que prestam serviços no posto de saúde local, um ginecologista contratado por oito horas semanais e dois médicos do Programa Mais Médicos que prestam serviço nas USF, com uma carga de 32 horas semanais e atendimento diário de 07h00min as 11h00min e de 12h00min as 16h00min.

No posto de saúde existente no município trabalham, ainda:

- 3 médicos
- 1 enfermeira (40 horas),
- 1 técnica de enfermagem (40 horas),
- 1 recepcionista (40 horas),
- 1 dentista (20 horas),
- 1 auxiliar de saúde bucal - ASB (40 horas) e
- 1 auxiliar de serviços gerais.

O município conta com duas ambulâncias para transporte de pacientes que precisam de atendimento fora da cidade e um microônibus para tratamento fora do domicílio (TFD).

1.3.1- Unidade Básica de Saúde (UBS):

A USF José Rodrigues Pinto localiza-se na região central da cidade, sendo de fácil acesso para a população. O horário de funcionamento é de 07h00min as 11h00min e de 12h00min as 16h00min. Desde 2011 a cidade conta, também, com uma unidade da Farmácia Popular de Minas Gerais que funciona de segunda a sexta, de 07h00min as 16h00min, numa construção localizada no centro da cidade.

Além da USF José Rodrigues Pinto existe no município outra UBS, com o mesmo horário de funcionamento onde trabalha uma outra profissional do Programa Mais Médicos.

Território/Área de Abrangência da USF:

A USF José Rodrigues Pinto atende aproximadamente 2145 habitantes e 1.250 famílias. O nível de alfabetização da população é de 72%. A taxa de emprego

municipal é de 63,9%. As fontes de renda são o trabalho agrícola, comércio, pecuária, artesanato e indústria.

Recursos Humanos da ESF:

Cada UBS conta com uma equipe de saúde da família composta por:

- Médico (1),
- Enfermeira (1),
- Técnico de enfermagem (2),
- Agentes comunitários de saúde (5),
- Cirurgião dentista (1),
- Auxiliar de saúde bucal (1),
- Recepcionista (1),
- Serviços gerais (1).

Recursos Materiais

Os dois prédios onde estão alocadas as UBS são de ótima estrutura e de uso exclusivo para atendimento aos usuários da saúde.

No Município não existe hospital, clínicas privadas, mas conta com laboratórios onde são realizados os exames através de convênio com a prefeitura.

Financiamento da saúde municipal:

As fontes de recursos financeiros para a saúde são:

- Fundo de Participação dos Municípios (FPM);
- Imposto sobre Serviço de Quaisquer Naturezas (ISSQN);
- PAB Fixo (Piso de Atenção Básica);
- Programa Saúde da Família (PSF);
- Epidemiologia e Controle de Doenças;
- Ações Básicas de Vigilância Sanitária.

Além desses recursos financeiros, a Prefeitura ainda arrecada 50% do Imposto de Propriedade de Veículos Automotores (IPVA) anual (IBGE, 2012).

Segundo dados do Ministério da Saúde disponíveis no Portal da Saúde os valores repassados fundo a fundo para o município no período de 2013 somam R\$ 156.929,12. O repasse por blocos de financiamentos é demonstrado no quadro abaixo:

Quadro 3: Repasse fundo a fundo, Sobralia (MG), 2013

| Bloco de financiamento | 2013 (R\$) |
|---------------------------|------------|
| Atenção básica | 134.782,16 |
| Média e alta complexidade | 0,00 |
| Vigilância à saúde | 5.871,06 |
| Assistência farmacêutica | 7.797,90 |
| Gestão do SUS | 0,00 |
| Investimentos | 8.478,00 |
| Total | 156.929,12 |

Fonte: Dados da Secretaria Municipal de Saúde Sobralia-MG.

Recursos próprios:

O município aplicou em saúde no ano de 2013 - 2014, o montante de R\$ 605.184,16 valor que corresponde a 16,53% dos recursos próprios em 2013 (RAG, 2013) e 19,87% em 2014 (SIOPS, 2014). Portanto, cumpriu a Lei 141/2012 que determina o investimento mínimo de 15% de recursos próprios em ações e serviços públicos de saúde. Como consequência dos investimentos financeiros o cumprimento da programação anual de saúde 2013 - 2014 atingiu percentual satisfatório, sendo realizada em média 80% das metas programadas.

No final do ano 2014 ocorreu uma diminuição dos gastos absolutos com saúde em função da redução significativa dos recursos do Fundo de Participação dos Municípios, principal componente do orçamento municipal.

Aspectos Epidemiológicos:

Segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica para o ano de 2013 o município possui cadastrados, 365 portadores de hipertensão arterial, 123 portadores de diabetes, 2 portadores de tuberculose (SIAB, 2013).

As principais causas de internação em 2013 foram: complicações do diabetes, acidente vascular cerebral (AVC) e câncer. Nesse mesmo ano as principais causas de óbitos, segundo levantamento realizado a partir das declarações de óbito (DO's)

foram: pneumonias, infarto agudo do miocárdio (IAM) e acidentes de trânsito. A taxa de mortalidade infantil foi de 23/1000 nascidos vivos que apesar de bastante elevada apresentou uma diminuição em relação ao ano anterior que foi de 25\1000, tendência observada nos últimos anos. A cobertura vacinal da população menor de 5 anos de idade foi de 87%. As principais causas de mortalidade na população residente são: Senil, Aterosclerose e Infarto (SIH/DATASUS, 2013).

A Equipe de Saúde da Família José Rodrigues Pinto no trabalho do dia a dia percebeu a existência de problemas a ser melhorados em sua área de abrangência, como o uso inadequado de terapia medicamentosa para doenças crônicas não transmissíveis, os transtornos mentais por depressão, tabagismo, alcoolismo, desemprego e a prioridade número um e o mais preocupante deles é o uso indiscriminado de ansiolíticos e antidepressivos em idosos, levando em consideração que a população geriátrica apresenta mudanças em suas funções fisiológicas e maior sensibilidade tanto aos efeitos terapêuticos quanto adversos das drogas (NÓBREGA; KARMIKOWSKI, 2005). Nesta faixa etária de maior de 60 anos encontram-se 877 pacientes e deles, dois em cada três consomem antidepressivos e ansiolíticos se convertendo no problema prioritário, para o qual a equipe propõe um projeto de intervenção para melhorar a situação descrita.

2. JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica pela alta prevalência de pacientes idosos com uso indiscriminado de ansiolíticos e antidepressivos na comunidade, que apesar da medicação continuam com os mesmos sintomas, e com necessidade de aumentar cada dia mais a dose dos mesmos. Os medicamentos mais usados são: Clonazepam, Diazepam, Citalopram, Fluoxetina, Sertralina, Amitriptilina, dentre outros.

As consequências do uso inadequado de terapias medicamentosas em pessoas idosas são verdadeiramente perigosas, conhecendo que suas complicações se encontram entre as primeiras e principais causas de incapacidade no mundo (ARAÚJO e GUIMARÃES, 2007).

A parcela de idosos na população brasileira vem crescendo muito nas últimas décadas, os processos de urbanização e planejamento familiar que marcaram a década de 1960 acarretaram uma significativa redução da fecundidade, resultando um aumento da proporção de pessoas com 65 anos ou mais (NOBREGA; KARNIKOWSKI, 2005).

No caso do município de Sobrália 27,27% da população encontra-se na faixa etária maior de 50 anos. Esse dado exige pensar em estratégias para elevar os níveis de saúde desta população carente de abrigo e atenção individual em difíceis momentos de suas vidas, pois trata se de uma população com baixo nível de escolaridade, baixa taxa de emprego na cidade, o que obriga o afastamento familiar, a maioria deles moram sozinhos, o que causa perda do sentido da vida, ansiedade e depressão. Por isso, é importante planejar ações que beneficiem a comunidade e, especialmente, este grupo etário.

A equipe de saúde da família participou da análise dos problemas levantados e considerou que em nível local tem os recursos humanos e materiais para fazer um Projeto de Intervenção para o enfrentamento da situação anteriormente descrita. Portanto, a proposta é viável.

Durante as etapas de definição e priorização do problema se identificou que o município tem 877 pacientes na faixa etária maior de 60 anos representando 13,95% da população, sendo que desta cifra dois em cada três pacientes faz uso de psicofármacos (ansiolíticos e/ou antidepressivos). O desafio de modificar o problema identificado foi que motivou a realização deste trabalho.

3. OBJETIVOS

São os seguintes os objetivos desse trabalho:

Objetivo geral:

Elaborar um plano de intervenção para reduzir o uso indiscriminado de psicofármacos em idosos, na área de abrangência da ESF José Rodrigues Pinto, no município de Sobrália (MG).

Objetivos Específicos:

1. Identificar as condições de vida dos pacientes idosos que usam ansiolíticos e antidepressivos.
2. Implementar ações que melhorem as condições de vida dos pacientes idosos com doença mental sem necessidade de medicação.
3. Buscar mais informação para ampliar os conhecimentos dos pacientes e cuidadores no manejo das doenças mentais em idosos, os riscos dos medicamentos e oferecer opções para melhorar o estilo de vida.

4. METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) conforme os textos da seção 1 do módulo de iniciação a metodologia, seção 2 do módulo de Planejamento e Avaliação em saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A partir dos descritores: antidepressivos, ansiolíticos, idosos, planejamento em saúde, ESF foi realizada revisão da literatura sobre o tema. Para a busca em banco de dados foram utilizadas as bases de registro de bibliografias eletrônicas disponíveis: Literatura latino-americana e do Caribe (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências de Saúde (IBECS).

O plano de Intervenção foi elaborado seguindo os passos para culminar com o plano de ação. Realizou-se a seleção de problemas prioritários, sendo determinado como principal problema a ser enfrentado o uso indiscriminado de psicofármacos (antidepressivos e ansiolíticos) em pacientes idosos.

Definidos os problemas e as prioridades descreveu-se o problema selecionado. Para descrição do problema utilizou-se informações fornecidas pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e outras produzidos pela eSF com utilização de diferentes fontes para obtenção dos dados. Foram selecionados indicadores da frequência dos problemas e ações realizadas. Explicado o problema foi elaborado um plano de ação com objetivo de sistematizar propostas de solução para enfrentar as condicionantes do problema principal. A análise das várias causas identificou aquelas consideradas mais importantes na origem do problema para ser enfrentadas.

Posteriormente iniciou-se a elaboração do plano de ação e um desenho da operacionalização. Foram identificados os recursos críticos a serem utilizados para execução das operações que constitui atividade fundamental para análise da viabilidade de um plano. Foram identificados os atores que controlam os recursos críticos e sua motivação em cada operação, propondo ações estratégicas para motivar os atores identificados.

Finalmente para alcançar sucesso na elaboração do plano operativo reuniu-se todas as pessoas envolvidas no planejamento definindo por consenso a divisão de responsabilidades das operações e os prazos para a realização de cada produto.

Conforme Matus (1989) o método anteriormente descrito pode ser resumido nos seguintes momentos:

1. Momento explicativo: onde se buscou conhecer a situação atual, procurando identificar, priorizar e analisar os problemas, através dos seguintes passos:
 - Primeiro passo: Definição dos problemas. Neste momento identificaram-se os principais problemas através da estimativa rápida, obtendo-se informações que permitiram conhecer as causas e consequências dos mesmos.
 - Segundo passo: Priorização do problema. Após a identificação dos problemas, foi necessária a priorização deles, tendo em conta critérios como a importância, urgência e a capacidade para enfrentá-los. Daí os problemas foram selecionados quanto à prioridade, segundo os critérios:
 - Atribuindo valor "alto, médio ou baixo" para a importância do problema;
 - Distribuindo pontos de 0 a 10 conforme sua urgência;
 - Definindo se a solução do problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe;
 - Numerando os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios.
 - Terceiro passo: Descrição do problema selecionado. Uma vez selecionado o problema prioritário, passou-se a descrevê-lo, ou seja, caracterizá-lo para ter ideia da sua dimensão e de como ele se apresenta na realidade.
 - Quarto passo: Explicação do problema. Neste passo explicou-se o problema com o objetivo de entender sua gênese.
 - Quinto passo. Seleção dos "nós críticos". A identificação das causas é fundamental porque, para enfrentar um problema, devem-se atacar suas causas. É por isso que foi importante selecionar os "nós críticos", que são as causas de um problema que, quando "atacadas", são capazes de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo.
2. Momento normativo: é a etapa de elaboração de propostas de soluções, ou seja, formulação de soluções para o enfrentamento do problema identificado. Nesta fase foram cumpridos os seguintes passos:

- Sexto passo: Desenho das operações. As operações são conjunto de ações que devem ser desenvolvidas durante a execução do plano e neste passo deve-se descrever/identificar os produtos e resultados para cada operação definida, bem como identificar os recursos necessários para a concretização das operações. A partir dos “nós críticos” identificados foram propostos as operações e projetos necessários para a sua solução, os produtos e resultados esperados dessas operações e os recursos necessários à sua execução.
- Sétimo passo: Identificação dos recursos críticos. Foram identificados os recursos críticos necessários para a execução das operações, ou seja, aqueles recursos indispensáveis e que não estão disponíveis.

3. Momento estratégico: onde se buscou analisar e construir viabilidade para as propostas de solução elaboradas, formulando estratégias para alcançar o objetivo traçado, desenvolvendo os seguintes passos:

- Oitavo passo: Análise de viabilidade do plano. Neste momento foi preciso identificar os atores que controlam recursos críticos, analisando seu provável posicionamento em relação ao problema para motivar o ator que controla os recursos críticos.
- Nono passo: Elaboração do plano operativo. Nesta etapa foram designados os responsáveis por cada operação e definidos os prazos para a execução das mesmas.

4. Momento tático-operacional: é a fase de execução que tem como objetivos desenhar um modelo de gestão do plano de ação e definir o processo e os instrumentos de acompanhamento. Contempla o seguinte passo:

- Décimo passo: Gestão do plano.

5. REVISÃO DA LITERATURA

Os ansiolíticos e antidepressivos são drogas com atividade ansiolítica que começaram a ser utilizadas na década de 60. O clordiazepóxido foi o primeiro lançado no mercado, em 1960. Além da elevada eficácia terapêutica, os benzodiazepínicos apresentam baixos riscos de intoxicação e dependência, fatores que propiciaram uma rápida aderência da classe médica a esses medicamentos (ORLANDI; NOTO, 2005).

Uma ampla variedade de agentes tem a capacidade de deprimir o Sistema Nervoso Central (SNC), provocando calma ou sedação (sonolência). Os benzodiazepínicos são um exemplo desses agentes, e são classificados como sedativo-hipnóticos. Os efeitos mais proeminentes relacionados a esta classe são sedação, hipnose, diminuição da ansiedade, relaxamento muscular, amnésia anterógrada e atividade anticonvulsivante. (FOSCARINI, 2010). Eles estão entre os medicamentos mais usados no mundo todo, havendo estimativas de que entre 1 e 3 % de toda a população ocidental já os tenha consumido regularmente por mais de um ano. A prevalência do consumo destes fármacos é elevada no Brasil. Segundo o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo um de cada dez adultos recebe prescrição de benzodiazepínicos, quase sempre feita por clínico geral (ANDRADE, F; ANDRADE, C; SANTOS, 2004).

Assim como o número de idosos vem aumentando nas populações, o consumo de medicamentos por essa faixa etária também mostra grande aumento, sendo que os idosos são considerados o grupo etário mais medicado da sociedade devido ao aumento das doenças crônicas nessa faixa etária (FILHO, 2011).

Atualmente, há uma grande preocupação em relação ao uso de benzodiazepínicos por pacientes idosos, uma vez que essa faixa etária está mais propensa a desenvolver efeitos adversos importantes como náuseas, fadiga, hipotensão, visão borrosa, rash cutâneo, podendo ocorrer graves consequências clínicas como quedas, fratura de quadril, confusão e prejuízo na memória com o uso dessa classe medicamentosa. Estudos têm mostrado que as alterações nos receptores farmacológicos se constituem em uma das principais causas da mudança da resposta nos idosos, aumentando a sensibilidade a estes fármacos e potencializando seus efeitos farmacológicos. Dada essa importância do tema, as pesquisas têm começado a priorizar as populações de usuários crônicos de

benzodiazepínicos, com o intuito de melhor identificação, principalmente entre os idosos, para que se alcancem medidas preventivas mais efetivas (FILHO, 2011).

A velhice é a última etapa do processo de desenvolvimento humano. Segundo a Organização das Nações Unidas, os anos de 1975 a 2025 corresponderão a “Era do Envelhecimento”, marcado pelo crescimento demográfico da população idosa (SILVA; ALMEIDA; NETO, 2005).

Em 1900, a expectativa de vida no Brasil não ultrapassava os 33,7 anos, em 1940 alcançou 39 anos, no ano 1950 chegou a 43,2 anos, em 1960 já era 55,9 anos, entre as décadas de 60 e 80 alcançou os 63,4 anos. Atualmente, está em 68 anos e em 2025 será de 80 anos (PACHECO; SANTOS, 2004).

No Brasil para fins de levantamentos demográficos, considera-se idoso o corte definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), para os países subdesenvolvidos ou em via do desenvolvimento, isto é, a partir de 60 anos (SILVA, 2005).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a população idosa no Brasil vai crescendo quase oito vezes mais que os jovens e quase duas vezes mais que a população geral passando de 6,3% em 1980, para a cifra estimada de 14% no ano 2025 (IBGE, 2003).

Diante da realidade inquestionável das transformações demográficas iniciadas no último século, e que nos fazem observar uma população cada vez mais envelhecida, evidencia-se a importância de garantir aos idosos não só uma sobrevida maior, mas também uma boa qualidade de vida (VECCHIA et al, 2005).

O indivíduo idoso pode ser portador de quadros psiquiátricos próprios desta faixa etária, como demências, estados depressivos ou quadros psicóticos de início tardio. Outras vezes trata-se de transtornos iniciados na juventude. Todas implicam um prejuízo, tanto do ponto de vista funcional, como em termos de qualidade de vida. Muitos destes transtornos exibem importante melhora mediante tratamento medicamentoso, isolado ou associado a outras formas de terapia (SANCHES et al, 2002), tais como o uso de fármacos ansiolíticos.

Os principais fármacos utilizados contemporaneamente no tratamento da ansiedade incluem os benzodiazepínicos, buspirona, antidepressivos inibidores da monoamino oxidase (MAO), e bloqueadores beta adrenérgicos (FUCHS,

WANNMACHER; FERREIRA, 2006). Todos os benzodiazepínicos, além de ansiolíticos, são também sedativos e hipnóticos. Essas duas últimas propriedades exigem o emprego de doses mais elevadas do que as realmente utilizadas. Há, portanto, grande margem de segurança no seu uso clínico. Seu grande inconveniente é o risco de dependência (SILVA, 2000). Os benzodiazepínicos podem ser divididos, de acordo com a sua concentração, em eminentemente ansiolíticos ou hipnóticos. Assim o Diazepam, clordiazepóxido, alprazolam, etc., situam-se entre os primeiros, enquanto o flunazepam, flunitrazepam, lorazepam, triazolam, etc. ficam entre os hipnóticos (REBELATTO; MORELLI, 2004). Entre os efeitos colaterais, a sedação, que se caracteriza clinicamente por sonolência, alentecimento psicomotor e fala pastosa, constituem um dos principais empecilhos ao uso dessas substâncias (SENA et al, 2011). E com a interrupção súbita é comum a ocorrência da síndrome de abstinência (LARINI, 2008).

Nessa faixa etária são comuns as demências, os acidentes vasculares cerebrais as coronariopatias, o diabetes mellitus e inúmeras outras doenças crônico-degenerativas causadoras de dependência física ou psíquica frequentemente definitiva (CARVALHO FILHO, E.T.; PAPALETTO, M., 2000).

Em consequência de uma elevação da frequência de doenças crônicas degenerativas, o processo de envelhecimento é acompanhado por uma maior demanda pelos serviços de saúde e por medicamentos, o que predispõe grandemente a população geriátrica aos riscos da prática de poli farmácia (uso de diversos medicamentos) e aos efeitos adversos dos medicamentos, portanto, deve se atentar para o fato de que o organismo idoso apresenta mudanças em suas funções fisiológicas que não devem ser desconsideradas, pois podem levar a uma farmacocinética diferenciada e maior sensibilidade tanto aos efeitos terapêuticos quanto adversos das drogas (NOBREGA; KARNIKOWSKI, 2005).

A idade avançada é caracterizada por insuficiência nas funções de muitos processos regulatórios responsáveis por produzir integração entre células e órgãos. Importantes alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas ocorrem com o envelhecimento (COSTA, 2009). Embora entre os idosos as reações adversas a medicamentos apresentem-se com maior gravidade que entre os jovens, não são, muitas vezes, identificadas ou relatadas. A idade por si só não apresenta um fator de risco, mas um indicador para co-morbidade, pois neste grupo a farmacocinética

alterada e a poli farmácia são as variáveis mais diretamente associadas às reações adversas a medicamentos (SECOLI, 2010).

Rosenfeld (2003) destaca que fatores associados e maus usos de psicofármacos em pacientes idosos podem provocar efeitos secundários graves e reações fatais. Entre os idosos deve-se destacar também sua propensão a toxicidade, devido ao envelhecimento (o medicamento fica mais tempo no organismo), pelas co-morbidades, pela poli farmácia e pelo uso inadequado de medicamentos (MENDOÇA; CARVALHO, 2005).

A qualidade de vida da população na terceira idade é um direito e responsabilidade do Estado para o qual foi criado o Estatuto do Idoso, através da Lei Nº 10741, de 1 de outubro de 2003. Nesse sentido, a equipe de saúde deve preocupar-se em buscar estratégias que modifiquem seus estilos de vida.

6. PROJETO DE INTERVENÇÃO

A equipe de saúde da USF José Rodrigues Pinto identificou como nós críticos: o inadequado acompanhamento aos pacientes idosos com ansiedade e depressão ou outra doença mental, a existência do desconhecimento da população dos riscos e consequências do uso prolongado de psicofármacos em idosos, e a depressão e ansiedade que levam ao problema principal causado pelo afastamento da família por motivos de desemprego.

Após a identificação dos problemas pela equipe foi priorizado o uso indiscriminado de ansiolíticos e antidepressivos em idosos como o principal problema a ser modificado.

Descrevemos na sequência os passos percorridos para a elaboração do projeto de intervenção proposto pela eSF José Rodrigues Pinto.

Primeiro Passo: Identificação dos problemas

Apesar do pouco tempo de atividade na USF percebe-se que existem pontos que devem ser melhorados em relação à abordagem dos problemas de saúde mais prevalentes na população. Na análise situacional do município de Sobrália, e através do Planejamento Estratégico Situacional (PES), entre os vários problemas identificados na etapa de diagnóstico a equipe destacou:

- Uso inadequado de terapia medicamentosa para doenças crônicas não transmissíveis;
- Uso indiscriminado de antidepressivos e ansiolíticos em pessoas idosas;
- Transtornos mentais por depressão;
- Tabagismo;
- Alcoolismo;
- Desemprego.

Segundo Passo: Priorização dos Problemas

A equipe realizou a priorização dos problemas tendo em conta sua importância, sua emergência e a capacidade de enfrentamento do grupo, conforme descrito no quadro 4.

Quadro 4: Priorização de problemas, eSF José Rodrigues Pinto, Sobrália (MG)

| Principais Problemas | Importância | Urgência | Capacidade de enfrentamento | Seleção |
|---|--------------------|-----------------|------------------------------------|----------------|
| Transtornos mentais por depressão | Alta | 6 | Parcial | 2 |
| Pacientes com doenças crônicas e uso inadequado do tratamento | Alta | 6 | Parcial | 3 |
| Uso indiscriminado de ansiolíticos e antidepressivos em idosos | Alta | 7 | Parcial | 1 |
| Tabagismo | Alta | 5 | Parcial | 4 |
| Alcoolismo | Alta | 5 | Parcial | 5 |
| Desemprego | Alta | 5 | Parcial | 6 |

Conforme relatado anteriormente, após definição e priorização do problema se identificou que no município existem 877 pacientes na faixa etária maior de 60 anos, representando 13,95% da população. Desta cifra dois em cada três pacientes é portador de alguma doença crônica não transmissível e, além disso, consomem antidepressivos ou ansiolíticos, o que pode estar associado a condições, estilos de vida, e níveis culturais. Esta situação é observada em todo o território nacional. Por isso, em 1988 o Ministério da Saúde preconizou o programa de atenção geriátrica com seu planejamento em ações para o cuidado integral dos usuários destas idades (BRASIL, 2007).

Terceiro Passo: Descrição do Problema

O problema escolhido para ser abordado foi o uso indiscriminado de psicofármacos (ansiolíticos e antidepressivos) em pessoas idosas.

As questões mais relevantes para justificar esse desajuste é o fato que muitos moram sozinhos, perdem o sentido da vida por afastamento da família o que causa ansiedade e depressão. Muitas vezes os idosos com transtornos mentais se automedicam, ou não recebem acompanhamento adequado. A maioria das prescrições é realizada na primeira consulta médica sem existência de

acompanhamento posterior. Ocorre também de cuidadores não terem conhecimento adequado do tema, dos medicamentos e suas complicações.

Quarto Passo: Explicação do problema

Neste problema identifica-se influência desfavorável dos níveis socioculturais da população que são afetados pelos baixos níveis de escolaridade existentes e pela baixa taxa de emprego na cidade, o que provoca afastamento familiar para buscar fontes de emprego, causando stress constante, ansiedade e depressão.

Outro fator que impacta no problema identificado é o desconhecimento por parte dos cuidadores de pessoas idosas dos riscos de uso dos psicofármacos, as consequências e complicações acarretadas pelo uso indiscriminado.

As causas do uso indiscriminado de psicofármacos identificadas pela eSF foram:

1. Baixo nível de escolaridade e baixa taxa de emprego na cidade, o que acarreta afastamento familiar e abandono de pessoas idosas.
2. Desconhecimento por parte dos cuidadores dos riscos, consequências e complicações do uso prolongado de medicamentos em idosos.
3. Acompanhamento inadequado dos pacientes idosos com ansiedade e depressão e não utilização de terapêuticas não medicamentosas para a solução do problema.
4. Impossibilidade para interromper o uso de medicação depois de começada.

Quinto passo: Identificação dos “nós críticos”

Foram identificados os seguintes nós críticos:

- Processo de trabalho da equipe → Inadequado acompanhamento dos pacientes idosos com ansiedade e depressão.
- O baixo nível de escolaridade da população → Desconhecimento dos riscos e consequências do uso prolongado de psicofármacos em idosos.
- Depressão e ansiedade por desemprego e afastamento da família.

Segundo o exposto no diagnóstico situacional o município de Sobrália tem uma estrutura pouco desenvolvida e a população possui baixo poder aquisitivo, o que explica o modo de vida, seus jeitos de viver.

Sexto passo: Desenho das operações.

O desenho das operações para os “nós críticos” será apresentado no quadro a seguir:

Quadro 5: Operações sobre os “nós críticos” relacionados ao “Uso indiscriminado de psicofármacos em pacientes idosos”, na população sob responsabilidade da ESF José Rodrigues Pinto, em Sobrália (MG)

| OPERAÇÕES | PRODUTOS | RESULTADOS | AÇÕES ESTRATÉGICAS | RESPONSÁVEL | PRAZO |
|--|---|--|--|---|---|
| SABER MAIS Aumentar nível de informação intelectual. | Avaliação do nível de informação dos idosos e cuidadores. | Melhorar o tratamento para idosos, elevar os níveis de conhecimento das doenças mentais e do uso de psicofármacos e suas complicações. | Promover a educação de adultos e jovens. Contratação de pessoal qualificado e especialista. | Médicos, Enfermeiros e Agentes Comunitários de saúde. | 03 meses |
| MAIS SAÚDE Mudanças no estilo de vida e hábitos. | Exercícios orientados, e apoio psicológico. | Diminuir a incidência de uso de psicofármacos e a quantidade de idosos mal tratados. | Visitas domiciliares periódicas de médicos e pessoas qualificadas (psicólogo, assistente social, enfermeira), educação permanente. | Agentes Comunitários de Saúde e Enfermeiros. | 06 meses |
| VIVER MELHOR Acompanhamento para idosos que moram sozinhos. | Cuidadores de idosos e casa de abrigo para idosos. | Diminuir a quantidade de idosos morando sozinhos. | Propor maior contratação de cuidadores, e criar casa de abrigo para idosos. | Médicos | 1 ano para apresentação do projeto e liberação de recursos necessários. |

Sétimo passo: Identificação dos recursos críticos

O quadro 6 apresenta os recursos críticos identificados pela equipe para o enfrentamento do problema: Uso indiscriminado de psicofármacos em idosos.

Quadro 6: Recursos para enfrentamento do problema: Uso indiscriminado de psicofármacos em pacientes idosos

| OPERAÇÃO / PROJETO | RECURSOS CRITICOS |
|--------------------|--|
| Saber mais | Cognitivos: Informação sobre o tema aos usuários Físicos: espaço adequado para reuniões de grupos e médios didáticos Políticos: procura de espaços na rádio local Financeiros: recursos financeiros para difusão escrita (folder) |
| Mais saúde | Cognitivos: Conhecimento do tema Políticos: Parceria com outros setores (Educação, Social) e Associações locais Financeiros: Aquisição de recursos materiais |
| Viver melhor | Cognitivos: Abordagem da importância dos materiais e insumos Políticos: decisão para comprar ou construir uma casa de abrigo para idosos Financeiros: Recursos financeiros para aquisição da casa e seus funcionários |
| Ações de cuidado | Cognitivos: Informação aos envolvidos no projeto Físicos: Espaço adequado para exercer as atividades necessárias |

Oitavo passo: Análise de viabilidade do plano

Durante o momento estratégico descrito no tópico metodologia foi realizada análise de viabilidade do plano de intervenção proposto. A equipe de saúde de Sobrália na tentativa de facilitar o andamento do projeto e/ou ações buscou parcerias com outros setores que poderiam contribuir na construção do plano e facilitar a definição de estratégias a partir da motivação de todos os atores envolvidos.

O quadro 7 sintetiza a análise de viabilidade do plano de operações construído pela eSF de Sobrália.

Quadro 7: Análise de viabilidade para as operações propostas

| Operação/Projetos | Recursos Críticos | Controle dos Recursos Críticos Ator que controla / Motivação | Ações estratégicas |
|---|--|---|--|
| Saber mais | <p>Cognitivos: Oferecer Informação do tema para usuários interessados.</p> <p>Políticos: Difusão pela Rádio local</p> <p>Financeiros: Recursos financeiros para informação</p> | Equipe de saúde do PSF Sobralia, Secretaria de Saúde em parceria com secretaria de educação | Favorável Apresentar o Projeto e Visitas domiciliar |
| Mais Saúde Oferecer Atenção Integral aos Idosos | <p>Cognitivos: Conhecimentos do tema.</p> <p>Políticos: Mobilização social parcerias com outros setores</p> <p>Financeiros: Aquisição de recursos informativos.</p> | PSF, Secretaria Municipal de saúde. | Favorável Não é necessário |
| Viver melhor | <p>Cognitivos: Abordagem do Tema e sua importância</p> <p>Políticos: Decisão para oferecer o serviço</p> <p>Financeiros: Recursos financeiros para execução do projeto</p> | Equipe de Saúde, Médico, Enfermeira Secretaria de Saúde, Prefeitura Municipal. | Favorável Apresentar projeto |
| Ações de cuidado Realizar Educação permanente a equipe de Saúde, familiares dos idosos e população geral. | <p>Cognitivos: Informação do tema as partes envolvidas.</p> | Médica Barbara Yaima Enfermeira. | Favorável Apresentação do projeto |

Nono passo: Elaboração do plano operativo

Foi elaborado plano operativo, com definição de responsáveis e prazos para a execução de cada operação, conforme descrito no quadro 8.

Quadro 8: Plano Operativo da Equipe de Saúde de Sobrália

| Operações | Resultados | Produtos | Ações Estratégicas | Responsável | Prazo |
|---|--|--|---|---------------------------------------|----------------------|
| Saber + Manter os grupos de Educação em saúde com 70% dos idosos. | Adesão dos idosos e cuidadores para uso adequado de psicofármacos | Educação em saúde com grupos operativos de pessoas idosas e cuidadores | Apresentar projeto para melhorar o serviço | Medica Barbara Enfermeira | Curso de 6 meses |
| Mais Saúde Aumentar o nível de informação e autonomia da população Oferecer atenção integral aos indivíduos | Sensibilizar a população alvo com os riscos e agravos do consumo inadequado de psicofármacos | Capacitação e educação em saúde | Capacitar pessoal para cuidados do paciente idoso | Enfermeira e medica | Um ano para concluir |
| Viver melhor Reunião com gestor de saúde | Aquisição pelo município de recursos para funcionar o projeto | Expor as necessidades de uma casa de abrigo para idosos | Visita domiciliar sistemática | Todos os profissionais e funcionários | Um ano para concluir |
| Ações de cuidado Educação permanente com todos os profissionais da eSF | Funcionários capacitados para atingir as necessidades dos pacientes do jeito eficaz e humanizado | Sistematizar os programas de educação em saúde | Capacitação para cuidadores de idosos | Enfermeira | Curso de 6 meses |

Décimo passo: Gestão do plano

A gestão do plano foi desenvolvida no momento tático-operacional do Planejamento Estratégico Situacional.

Este momento é muito importante para o sucesso do processo de planejamento. Não é suficiente ter um plano de ação bem formulado e garantia dos recursos demandados. É preciso desenvolver e estruturar um sistema de gestão que

permita coordenar e acompanhar a execução das operações, indicando as correções necessárias. Esse sistema de gestão deve garantir de maneira eficiente a utilização dos recursos promovendo a comunicação entre os planejadores e executores. Deve-se realizar uma avaliação da execução do plano de ação para verificar o sucesso do processo, oferecendo um prazo médio para seu cumprimento.

Quadro 9: Planilha de acompanhamento das operações /projetos.

| Gestão do plano | | | | | |
|---|---|---------|---|---------------------------------|------------|
| Operação "Organizar melhor" | | | | | |
| Produtos | Responsável | Prazo | Situação atual | Justificativa | Novo prazo |
| Educação em saúde com grupos de pessoas idosos e cuidadores | Médica Enfermeira ACS | 6 meses | Produto em execução | Não precisa | 6 meses |
| Capacitação e educação em saúde | Enfermeira Médica ACS | Um ano | Produto em execução | Não precisa | Um ano |
| Expor as necessidades de uma casa de abrigo para idosos | Todos os profissionais e funcionários | Um ano | Plano apresentado para os funcionários do município | Plano em análise | Um ano |
| Capacitação para cuidadores e idosos | Enfermeira Médica Profissional capacitado | 6 meses | Em espera | Em espera do pessoal capacitado | 9 meses |

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a elaboração do diagnóstico, foi possível conhecer a história, estrutura física e fluxo de trabalho dos profissionais e o perfil epidemiológico da saúde e da doença da população atendida. A análise permitiu compreender as necessidades reais enfrentadas pelos profissionais e usuários.

Após o estudo dos dados obtidos e demonstrados, a equipe percebeu a importância de se conhecer a realidade da área de abrangência para o planejamento das ações, e uma vez que várias descobertas foram feitas ao longo da construção, algumas novas para os profissionais e outras que tinham conhecimentos, mas não davam importância ficou evidente para a equipe a necessidade de um projeto de intervenção para práticas educativas junto à população de idosos e cuidadores, uma vez que os dados sobre o uso inadequado de ansiolíticos e antidepressivos nesta faixa etária são preocupantes, tendo em vista o número de idosos que fazem uso indiscriminado destes medicamentos e suas possíveis complicações.

Nossa equipe espera ter sucesso no desenvolvimento do plano com os pacientes idosos de nossa área de abrangência. Esperamos ter bom acolhimento das ações e conseguir verdadeiramente melhorar as condições de vida dos idosos com doença mental e seus cuidadores, além ampliar seus conhecimentos respeito as doenças mentais. E, assim, superar o desafio de modificar o problema identificado como prioritário e que motivou a realização deste trabalho: reduzir o uso indiscriminado de psicofarmacos em idosos e melhorar o estilo de vida.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, M. F.; ANDRADE, R.C. C.; SANTOS, V., Prescrição de psicotrópicos: avaliação das informações contidas em receitas e notificações. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, v.40, n.4, p471-479, out/dez. 2004.

ARAUJO, J.C; GUIMARÃES, A.C. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. **Revista de saúde pública**. São Paulo, v.41, n.3, p.368-374, jun. 2007.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: 1988.

_____. Lei n ° 10741/2003. **Estatuto do Idoso**. Brasília: DF, Outubro de 2003

_____. Nota Técnica-DAB-Sobralia.MG Disponível em dab.saude.gov.br/portaldab/ Acesso em 19 Jun 2015.

CARVALHO FILHO, E.T.; PAPAEO NETTO, M., **Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica**. 1 ed. São Paulo: Atheneu, 2000. 447p.

CASTRO, J.A.; DUARTE, B.C.Panorama da educação nos estados que compõem a Amazônia Legal. **Brasília; Ipea**,2002(Texto para discussão, n.872).

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3.

COSTA, S.C. **Avaliação da prescrição de medicamentos para idosos internados em serviços de clínica médica do Sistema Único de Saúde em um Hospital público Universitário Brasileiro**. 2009. 109 F. Dissertação [Mestrado]. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

Dados Atualizados da Prefeitura e Secretaria Municipal de Sobralia.MG. **Relatório de gestão**.

Estatuto do idoso. Lei No10.741 de1 de Outubro de 2003. Art. 15.

FILHO, A.M.N. **O perfil de idosos em uso de benzodiazepínico de uma equipe de atenção primária a saúde**. 2011, 41f.Trabalho de Conclusão de Curso [Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família] Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

FOSCARINI, P.T., **Benzodiazepínicos**: uma revisão sobre o uso, abuso e dependência. 2010, 34f.Trabalho de Conclusão de Curso [Graduação em Farmácia] Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010,

FUCHS, F.; WANNMACHER, L.; FERREIRA, M.B.C.; **Farmacologia clínica: Fundamentos da terapêutica nacional**. 3 ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2006.

IBGE. Censos Demográficos. 2012. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br> Acesso em 23 Set 2015

LARINI, L., **Fármacos e Medicamentos**. 1ed. Porto Alegre: Antmed, 2008, 408p.

MATUS, C. **Fundamentos da planificação situacional**. In: RIVERA, F.J.U. (Org.). *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo: Cortez, 1989. p.105-176.

MENDOÇA, R.T., CARVALHO, A.C.D., O consumo de Benzodiazepínicos por mulheres idosas. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**. Ribeirão Preto, V.1, n.2, p.01-13, ago 2005.

NOBREGA, O.T., KARNIKOWSKI, M.G.O., A terapia medicamentosa em idosos: cuidados na medicação. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, V.10, n.2, p.309-313, abr./jun.2005.

ORLANDI, P., NOTO, A.R., Uso indevido de benzodiazepínicos: Um estudo com informantes chave no Município de São Paulo. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.13, n.especial, p.896-902, set/out. 2005

PACHECO, R.O., SANTOS, S.S.C., Avaliação global de idosos em unidades de PSF. **Textos sobre envelhecimento**, Rio de Janeiro, V.7, n.2, p.45-61, 2004

REBELATTO, J.R., MORELLI, J.G.S., **Fisioterapia Geriátrica: a pratica da assistência ao idoso**. 1 ed. Barueri-SP; Manole, 2004. 455p.

SANCHES, M. et M., O uso de psicofarmacos em pacientes idosos. **Psiquiatria na pratica medica**. São Paulo, v.33, n.4, out/dez. 2002.

SENA, E.P. et al, **Psicofarmacologia clínica**. 3 ed. São Paulo: Medbook. 2011.700p.

SECOLI, S.R., Poli farmácia: Interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, V.63, n.1, p.136-140, jan/fev. 2010.

SILVA, M.A.D., **O uso de ansiolítico e antidepressivos em cardiologia**. **Psiquiatria na pratica médica**. São Paulo, V.33, n.2, abr./jun.2000.

SILVA, M.C.Q., ALMEIDA, J.L.T., NETO, D.L. Programa de assistência a Saúde do Idosos em Manaus em nível ambulatorial: Uma crítica de gestores. **Textos sobre envelhecimento**, Rio de Janeiro, V.8, n.1, p.21-41, 2005.

VECCHIA, R.D. et al., Qualidade de vida na terceira idade: Um conceito subjetivo. **Revista brasileira de epidemiologia**. São Paulo, v.8.n.3, p246-252, 2005.