

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

**RAFAEL PERES**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA TRABALHAR COM OS  
USUÁRIOS A NÃO RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA DE RECEITAS  
PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA ORLANDO GANGINI EM  
PLANURA – MINAS GERAIS**

**UBERABA– MINAS GERAIS**

**2019**

**RAFAEL PERES**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA TRABALHAR COM OS  
USUÁRIOS A NÃO RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA DE RECEITAS  
PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA ORLANDO GANGINI EM  
PLANURA – MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora. Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

**UBERABA– MINAS GERAIS**

**2019**

**RAFAEL PERES**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA TRABALHAR COM OS  
USUÁRIOS A NÃO RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA DE RECEITAS  
PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA ORLANDO GANGINI EM  
PLANURA – MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo - orientadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 30/01/2019

## DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho principalmente a minha comunidade, que com muito esforço aprendeu a não se automedicar, e também a minha equipe de saúde que juntos lutaram contra esse erro gravíssimo.

Não posso deixar de dedicar a mim mesmo que com muita força de vontade estou tentando mudar um hábito não saudável em minha comunidade.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus por sempre me guiar ao caminho do bem, aos meus pais e familiares sempre me apoiando em tudo que faço, ao meu companheiro Rodrigo Bandeira Pereira, que me ajudou na realização do trabalho com muito amor e carinho.

A minha orientadora que com muita paciência sempre esteve comigo para o resultado final, e principalmente a minha equipe de saúde que me ajudou na realização deste projeto, e a equipe do Programa Mais Médico por me receber com tanto êxito.

“Não é o desafio com que nos deparamos que determina quem nós somos e em que estamos nos tornando, mas a maneira como respondemos ao desafio. E, enquanto acreditarmos em nosso sonho, nada será por acaso”.

(Autor Desconhecido)

## RESUMO

O hábito popular de solicitar renovação de receitas de medicamentos de uso controlado principalmente os benzodiazepínicos, sem uma nova avaliação clínica, é frequente em unidades básicas de saúde no município de Planura, Minas Gerais. O presente trabalho tem como objetivo propor um plano de intervenção para minimizar o problema de renovação automática de receitas de psicofármacos na Equipe de Saúde da Família Orlando Gangini, no bairro Vila de Furnas em Planura -Minas Gerais. Para subsidiar a elaboração do plano de intervenção foi realizada uma pesquisa bibliográfica nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde. O plano de ação foi realizado de acordo com os passos do Planejamento Estratégico Situacional. Espera-se que com a implantação das ações contidas no plano haja uma redução do número de renovação de receitas de psicofármacos sem avaliação clínica.

**Palavras-chave:** Automedicação. Benzodiazepínicos. Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRACT

The popular habit of requesting the renewal of prescription drugs for controlled use, mainly benzodiazepines, without a new clinical evaluation is frequent in basic health units in the municipality of Planura, Minas Gerais. The present study aims to propose an intervention plan to minimize the problem of automatic renewal of psychoactive drugs revenues in the Orlando Gangini Family Health Team, in the Vila de Furnas neighborhood of Planura - Minas Gerais. To support the preparation of the intervention plan, a bibliographic research was carried out in the databases of the Virtual Health Library. The action plan was carried out according to the steps of the strategic situation planning. It is expected that with the implementation of the actions contained in the plan there will be a reduction in the number of renewal of psychoactive drugs revenues without clinical evaluation.

**Keywords:** Self-medication. Benzodiazepines. Primary Health Care.



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PSF	Programa Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde

## LISTA DE QUADROS E ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Orlando Gangini, Unidade Básica de Saúde Dr. Aldo Soares de Souza, município de Planura, estado de Minas Gerais. .....	17
Quadro2 -Desenho dasoperações.....	27
Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “ESTRESSE”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dr. Aldo, do município Planura, estado de MG.....	31
Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “ANSIEDADE”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dr. Aldo, do município Planura, estado de MG.....	32
Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “IDADE AVANÇADA”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dr. Aldo, do município Planura, estado de MG.....	33
Quadro 6 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “ALCOOLISMO E OUTRAS DROGAS”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dr. Aldo, do município Planura, estado de MG.....	34
Quadro 7 – Operações sobre o “nó crítico 5” relacionado ao problema “HÁBITOS DE VIDA”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dr. Aldo, do município Planura, estado de MG.....	35
Quadro 8 – Operações sobre o “nó crítico 6” relacionado ao problema “FALTA DE INFORMAÇÃO”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dr. Aldo, do município Planura, estado de MG.....	36

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	12
1.1 Aspectos gerais do município	12
1.2 O sistema municipal de saúde	13
1.3 Aspectos da comunidade	14
1.4 A Unidade Básica de Saúde Dr. Aldo Soares de Souza	14
1.5 A Equipe de Saúde da Família Orlando Gangini, da Unidade Básica de Saúde Dr. Aldo Soares de Souza	15
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Dr. Aldo Soares de Souza	15
1.7 O dia a dia da equipe Orlando Gangini	16
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	16
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	17
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	20
<b>3 OBJETIVOS</b>	21
3.1 Objetivo geral	21
3.2 Objetivos específicos	21
<b>4 METODOLOGIA</b>	22
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b>	23
5.1 Atenção Primária à Saúde	23
5.2 Automedicação	23
5.3 Benzodiazepínicos	24
<b>6 PLANO DE INTERVENÇÃO</b>	26
<b>6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)</b>	26
<b>6.2 Explicação do problema (quarto passo)</b>	26
<b>6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)</b>	26
<b>6.4 Desenho das operações (sexto passo)</b>	27
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	37
<b>REFERÊNCIAS</b>	38

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 Aspectos gerais do município

O município de Planuratem 11968 habitantes de acordo com a última estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2018) e localiza-se no Triângulo Mineiro, distando 589,6 km da capital do Estado. Distrito criado com a denominação de Esplanada, pelo Decreto-lei Estadual n. 148, de 17-12-1938, com terras desmembradas do distrito de Campo Formoso, subordinado ao município de Frutal. No quadro fixado para vigorar no período de 1939-1943, o distrito de Esplanada, figura no município de Frutal. Pelo Decreto-lei Estadual n.1.058, de 31-12-1943, o distrito de Esplanada tomou a denominação de Planura. Em divisão territorial datada de 1-VII-1950, o distrito de Planura (ex-Esplanada), figura no município de Frutal. Assim permanecendo em divisão territorial datada de 1-VII-1960. Elevado à categoria de município com a denominação de Planura, pela Lei Estadual n. 2.764, de 30-12-1962, desmembrado de Frutal. Sede no antigo distrito de Planura. Constituído do distrito sede. Instalado em 01-03-1963. Em divisão territorial datada de 31-XII-1963, o município é constituído do distrito sede. Assim permanecendo em divisão territorial datada de 2007 (IBGE, 2018).

A cidade teve um crescimento populacional importante nas últimas décadas em função do êxodo rural ocorrido na região e da instalação de algumas usinas de cana. Como em várias cidades brasileiras, esse crescimento não foi acompanhado do correspondente crescimento econômico, de infraestrutura, e, muito menos, de um desenvolvimento social.

Devido à sua situação geográfica estratégica, ela tem sido utilizada na rota do tráfico de drogas (maconha) de Minas Gerais para São Paulo, com todas as consequências desse fato, um aumento da: violência e do consumo de drogas.

Figura 1- Localização do município de Planura no mapa do estado de Minas Gerais



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2018)

A cidade vive basicamente da agricultura (soja), de uma incipiente indústria, de uma agricultura e pecuária de subsistência em franco declínio, e do plantio de cana-de-açúcar.

A cidade sempre teve uma tradição forte na área turismo: movimentava a região com o seu rio, Rio Grande.

## 1.2 O sistema municipal de saúde

Na área de saúde, o município consta com uma Unidade Mista de Saúde, sendo referência para consultas e exames de média complexidade, atendimento de urgência e emergência, e alguns cuidados hospitalares, embora a estrutura do seu sistema de saúde deixe muito a desejar. Há cerca de cinco anos o município adotou a Estratégia de Saúde da Família (ESF) para a reorganização da atenção básica e conta hoje com três equipes na zona urbana e na zona rural cobrindo 70% da população.

Um grande problema no desenvolvimento da ESF, em que pese uma remuneração superior à média do mercado, é a rotatividade dos profissionais de saúde, particularmente de médicos.

Para o atendimento de média e alta complexidade, o município tem como referência os seguintes municípios: Frutal, Conceição das Alagoas e Uberaba.

### 1.3 Aspectos da Comunidade Vila de Furnas

Vila de Furnas é uma comunidade de cerca de 4.500 habitantes, localizada na região nobre de Planura, que se formou, principalmente, a partir dos usineiros que vieram para trabalhar na usina hidrelétrica de Furnas, ocorrido na década de 1950. Hoje, a metade da população empregada vive basicamente do trabalho nas empresas rurais que plantam cana, localizadas nas cidades vizinhas, da prestação de serviços e da economia informal, a outra metade são funcionários aposentados de Furnas.

A estrutura de saneamento básico na comunidade é excelente, principalmente no que se refere ao esgotamento sanitário e à coleta de lixo. O analfabetismo é baixo, sobretudo entre os maiores de 40 anos, assim como a evasão escolar entre menores de 14 anos (IBGE, 2018).

Nas últimas administrações, a comunidade tem recebido algum investimento público (Escola, Unidade Básica de Saúde, etc.) em função da pressão da associação comunitária, que é bastante ativa. Existem várias iniciativas de trabalho na comunidade por parte da Igreja e Organização Não Governamental (ONG). Esses trabalhos estão bastante dispersos e desintegrados e, em sua maioria, voltados para crianças, adolescentes e mães. A população conserva hábitos e costumes próprios da população brasileira e gosta de comemorar as festas religiosas, em particular as festas juninas. Em Vila Furnas, trabalha uma Equipe de Saúde da Família.

### 1.4 A Unidade Básica de Saúde Dr. Aldo Soares de Souza

A Unidade de Saúde da Equipe de Vila de Furnas, que abriga a Equipe Saúde da Família Orlando Gangini, foi inaugurada há cerca de 4 anos e está situada na rua principal do bairro que faz a ligação com o centro da cidade, ao lado da Unidade Mista. É um prédio próprio, construído para ser a unidade de saúde. O prédio é novo e bem conservado. Sua área pode ser considerada adequada considerando a demanda e a população atendida (3.100 pessoas), embora o espaço físico seja muito bem aproveitado.

A estrutura da unidade é adequada, possibilitando o atendimento da comunidade com bastante conforto a sala de espera é adequada e, contamos com a sala de reunião onde reunimos para as discussões de casos clínicos e problemas da comunidade.

A Unidade, atualmente, está bem equipada e conta com os recursos adequados para o trabalho da equipe.

#### 1.5 A Equipe de Saúde da Família Orlando Gangini, da Unidade Básica de Saúde Dr. Aldo Soares de Souza

A Equipe Orlando Gangini é formada pelos seguintes trabalhadores: um médico, um enfermeiro, uma técnica de enfermagem, uma auxiliar de enfermagem, uma recepcionista, duas auxiliares de limpeza e seis agentes comunitários de saúde. A equipe tem uma jornada de trabalho de 8 horas semanais, sendo que o médico vinculado ao Programa Mais Médico para o Brasil tem um dia da semana dedicado as atividades educativas vinculadas ao curso de especialização.

#### 1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Orlando Gangini

A Unidade de Saúde funciona das 7:30h às 17:00h, e para tanto, é necessário o apoio dos agentes comunitários, que se revezam durante a semana, segundo uma escala, em atividades relacionadas à assistência, como recepção e arquivo, sempre que o auxiliar de enfermagem ou o enfermeiro não estão presentes na Unidade. Existe uma solicitação da comunidade para que o atendimento seja estendido até às 21h pelo menos em alguns dias da semana considerando que os trabalhadores necessitam de um horário fora da jornada de trabalho dos mesmos. Essa demanda se justifica, segundo a comunidade, entre outros motivos, pelo fato de existirem muitos trabalhadores rurais que retornam do trabalho no final da tarde e, por isso, têm dificuldade de acesso à Unidade Básica de Saúde. Essa questão já foi objeto de várias reuniões entre a equipe e a associação, porém até o momento não existe proposta de solução.

#### 1.7 O dia a dia da equipe Orlando Gangini

O tempo da Equipe Orlando Gangini está ocupado quase que exclusivamente com as atividades de atendimento da demanda espontânea (maior parte) e com o atendimento de alguns programas, como: pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e ginecológico, atendimento a hipertensos e diabéticos, e acompanhamento de crianças desnutridas. A equipe já tentou desenvolver outras ações de saúde, como por exemplo, horta comunitária e grupos de hipertensos e diabéticos, que com o tempo, se mostraram pouco frutíferos. No início essas iniciativas conseguiram despertar algum interesse da comunidade, mas logo as pessoas “sumiam” das reuniões e o trabalho “morria”. Em relação aos grupos de hipertensos e diabéticos, a equipe resolveu condicionar a “troca das receitas” à participação nas reuniões, o que provocou questionamentos por parte da população e não mudou qualitativamente a participação nas reuniões.

A ausência de um projeto e de avaliação do trabalho tem sido motivo de alguns conflitos entre os membros da equipe. Uma queixa geral é a falta de tempo, devido à demanda de atendimento. Com o passar dos anos essa situação e a falta de perspectivas de mudanças têm provocado um desgaste grande na equipe.

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

A identificação de Problemas se deu por meio do método da estimativa rápida e foram avaliados pela equipe quanto a sua importância e a governança da equipe sobre os mesmos.

Lista de problemas da unidade de saúde identificados no território da unidade

- Falta de medicamento na farmácia municipal
- Falta de transporte para a realização das visitas domiciliares na zona rural
- Demora nos agendamentos para consulta de referência especializada
- Pacientes referenciados aos especialistas não são devolvidos com a contrarreferência
- Poucos profissionais no NASF
- Profissionais despreparados para serviço do SUS
- Falta de atendimento de saúde mental na atenção primária
- Grande número de pacientes com transtorno mental



- Alta incidência de pacientes diabéticos sem acompanhamento adequado
- Alta incidência de pacientes hipertensos
- Muitos pacientes com história de infartado
- Grande demanda para renovação de receitas de medicamento de uso controlado

1.9 Priorização dos problemas– a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

Da lista de problemas identificados foram então priorizados pela equipe como os mais relevantes a falta de transporte para a realização das visitas domiciliares na zona rural e a renovação de receitas de medicamentos de uso controlado.

**Quadro 1** - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico situacional da comunidade adscrita à equipe de Saúde Orlando Gangini, Unidade Básica de Saúde Dr. Aldo Soares de Souza, no município de Planura, estado de MG

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
Falta de veículo para realização de visitas na zona rural	Alta	5	Parcial	2
Grande demanda para renovação de receitas de medicamento de uso controlado	Alta	5	Parcial	1
Falta de medicamento na farmácia municipal	alta	4	Parcial	3
Demora nos agendamentos para consulta de referência especializada	alta	2	Fora	3
Pacientes referenciados aos especialistas não são devolvidos com a contrarreferência	alta	2	Fora	4
Poucos profissionais no NASF	média	2	Fora	4
Profissionais despreparados para serviço do SUS	média	2	Parcial	3

Falta de atendimento de saúde mental na atenção primária	alta	1	Fora	4
Falta de atendimento de saúde mental na atenção primária	alta	3	Parcial	4
Grande número de pacientes com transtorno mental	alta	1	Fora	4
Alta incidência de pacientes diabéticos sem acompanhamento adequado	média	3	Parcial	3
Alta incidência de pacientes hipertensos	média	3	Parcial	3
Muitos pacientes com história de infartado	média	1	Fora	4

#### Observação

\*Alta, média ou baixa

\*\* Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

\*\*\*Total, parcial ou fora

\*\*\*\*Ordenar considerando os três itens

Hoje em nossa ESF contamos com apenas um carro para realização de todas as visitas e trabalhos realizados no território da unidade, portanto, as visitas domiciliares na população da zona rural ficam prejudicadas por falta de transporte e a população dessa mesma área não visitada, com frequência também encontra grande dificuldade para chegar até a unidade de saúde.

Em reunião com toda a equipe para melhor solucionar este problema, solicitamos um carro para a secretaria de saúde e como estamos no aguardo resolvemos que o carro ficaria à disposição da equipe da zona rural todas as sextas feiras para que o Agente Comunitário de Saúde faça o cadastramento de todas as famílias ali residentes e que junto com a equipe faça as visitas de rotina.

Com o aumento da população em nossa área de abrangência devido ao crescimento de loteamentos em especial na zona rural que se encontra habitada por moradores muitas vezes flutuantes, devido ao plantio de cana de açúcar, ficando cada vez mais difícil a realização dessas visitas periódicas pela falta de condução, assim, muitas famílias estão sem cadastro e sem receber visitas da equipe de saúde. Tal situação acarreta uma precariedade no atendimento aos moradores da zona rural, fazendo

que, ocorra apenas atendimento de urgência, dificultando um acompanhamento longitudinal.

Esse problema faz com que a equipe de saúde vivencie muitos problemas relacionados ao processo de trabalho que causam transtornos na execução das atividades conforme preconizado pelos programas do Ministério da Saúde.

A renovação de receitas de medicamentos é outro grande problema enfrentado pela equipe de saúde, pois a maioria dos usuários não faz o retorno com o especialista que prescreveu o medicamento e deseja uma nova receita sem passar por uma avaliação da continuidade do mesmo. Esses usuários buscam a unidade simplesmente para receberem uma nova receita de medicamentos sem se submeterem a uma nova avaliação do especialista e criam transtorno para o médico da equipe que não concorda com a emissão da receita sem uma reavaliação ou mesmo uma consulta com ele.

## 2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica pelo uso abusivo de medicamentos de uso controlado, onde pacientes renovam suas receitas automaticamente, sem ao menos passar por consulta clínica e, principalmente, sem o retorno em consultas especializadas com psiquiatra.

A comunidade da ESF Orlando Gangini tem o hábito de vir a UBS apenas para fazer a renovação de receitas de medicamentos de uso controlado, sem passar por consulta médica, o que me chamou a atenção devido à automedicação desse tipo de psicofármacos.

Neste sentido, me preocupa a automedicação e a falta de informação que esta comunidade tem sobre o uso abusivo dos psicofármacos e os riscos que estão expostos, pela forma inadequada ou abusiva do consumo desses medicamentos.

A escolha da proposta fundamenta-se na realidade que encontro durante minhas consultas realizadas na ESF, então vi a possibilidade de iniciar esse projeto para amenizar o uso irracional desses medicamentos e assim dar uma assistência à saúde dessa população.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Propor um plano de intervenção para minimizar o problema de renovação automática de receitas de psicofármacos na Equipe de Saúde da Família Orlando Gangini, no bairro Vila de Furnas em Planura - Minas Gerais.

#### **3.2 Objetivo Específico**

Instituir a prática de consultas e reavaliações clínicas periódicas antes da emissão de novas receitas solicitadas pelo usuário na unidade básica de saúde.

## 4 METODOLOGIA

Para a elaboração do plano de intervenção foram seguidas as seguintes etapas:

- Realização do diagnóstico situacional por meio da estimativa rápida para identificar os problemas relevantes existente no território da unidade. A seleção do problema objeto do plano de intervenção se deu a partir da discussão com a equipe de saúde, da lista de problemas levantados e da capacidade de fazermos a intervenção.
- Pesquisa bibliográfica nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, por meio dos seguintes descritores:  
Automedicação.  
Benzodiazepínicos.  
Atenção Primária à Saúde.

Foram ainda consultados os manuais do Ministério da Saúde e da Secretaria de Saúde de Minas Gerais.

O plano de intervenção de intervenção foi elaborado seguindo os passos do planejamento estratégico conforme as orientações de Faria, Campos e Santos (2017).

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 5.1 Atenção Primária à Saúde

De acordo com a Declaração de Alma-Ata (1978), atenção primária à saúde (APS) ou atenção básica à saúde (ABS) é a atenção essencial à saúde baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas e cada etapa do seu desenvolvimento, com um espírito de auto responsabilidade e autodeterminação (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1978).

A Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde (BRASIL, 2017).

### 5.2 Automedicação

Automedicação é a autoadministração de medicação que não tenha sido prescrita por um médico, ou de maneira não supervisionada por um médico (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 1978). Essa é uma prática comum na população brasileira onde se compra sem receita médica um grande número de fármacos e ainda, temos na população a prescrição para um paciente ser replicado para outro que tenha os mesmos sintomas, em passar pelo profissional médico.

Para Galvan, Pai e Guanilo (2016), a automedicação é o uso de medicamentos para uso próprio e sem a devida prescrição.

Não é difícil observar no cotidiano a naturalidade com que a automedicação está inserida na vida das pessoas, cultuando a ideia de ser um benefício em qualquer circunstância. Além disso, a aceleração da vida contemporânea tem estimulado as pessoas a desejarem soluções imediatas para os males que as perturbam. A saúde passa, então, a ser mais um bem de consumo que pode ser

adquirido por meio dos fármacos (GALVAN; PAI; GUANILO, 2016, p. 3). Paulo e Zanini (1988) citados por Loyola Filho *et al.* (2002) comentam que a automedicação é uma prática comum da população e consiste no uso de um produto com a finalidade de tratar ou aliviar sintomas ou doenças. A automedicação é utilizada de várias maneiras, quando adquirida pelo usuário sem prescrição médica (adquirida em balcões de farmácias), reutilizando receitas de amigos ou ainda fazendo uso de sobras de medicamentos de amigos.

No caso dos benzodiazepínicos pode ocorrer que um familiar tenha a receita e redistribui entre os outros membros da família. São situações graves porque não tem avaliação clínica da necessidade do uso.

Pode - se dizer que não é de hoje que se pratica a automedicação, uma vez que ao olhar a história verifica-se que ela existe desde os ensinamentos indígenas aos chás da vovó, das receitas caseiras por meio de ervas ou garrafadas regionais até o consumo excessivo de medicamentos indicados por amigos, familiares e balconistas. Isso acontece porque o medicamento é um símbolo da saúde (ARRAIS *et al.*, 1997).

A automedicação é uma prática muito discutida na cultura médico farmacêutica, tendo em vista que essa se tornou comum e vivenciada por civilizações ao longo dos tempos, com peculiaridades a cada época e a cada região (ARRAIS *et al.*, 1997).

### 5.3. Benzodiazepínicos

Grupo vagamente definido de drogas que têm efeito sobre a função psicológica. Aqui os agentes psicotrópicos incluem os antidepressivos, alucinógenos e tranquilizantes, inclusive os antipsicóticos e ansiolíticos (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 1978).

Estudo realizado por Martins *et al.* (2017) apontou o uso abusivo de benzodiazepínicos em mulheres que faziam uso desses psicofármacos e que apresentavam como justificativa o sofrimento psíquico, relações familiares



conflituosas, entre outros, motivo pelo qual buscavam o serviço de saúde para renovação de receitas. Na realidade esses medicamentos não têm ação direta nesses problemas mencionados pelas mulheres. Estavam de fato acarretando outro grande problema que é a dependência química acarretada pelo uso inadequado e por longa duração.

Castro *et al.* (2016) *apud* Martins *et al.* (2017) comentam que os benefícios que os benzodiazepínicos oferecem não deve ultrapassar a quatro meses, porque perde os efeitos ansiolíticos e de indutor do sono.

Como a população não entende que o uso desses fármacos não pode ser de uso contínuo, temos vários problemas acarretado pelo uso prolongado. Tal situação é geradora de conflitos no serviço para a renovação de receitas sem uma avaliação clínica pelo médico que fez a primeira indicação.

Martins *et al.* (2017, p. 2) destacam que

[...] os serviços de saúde atendem às demandas das pessoas que buscam alívio do sofrimento psíquico, com respostas, muitas vezes, baseadas no modelo em que este é compreendido apenas como estrutura biológica, como doença. Por consequência, a assistência de saúde é unicamente realizada com tratamentos à base de recursos químicos (medicamentos) produzidos em laboratórios farmacêuticos.

Forsan (2010) citado por Silva *et al.* (2016) confirmam que os portadores de sofrimento mental, geralmente apresentam baixa qualidade de vida e com menor produtividade social e ainda estão sujeitos a maiores taxas de comorbidades. Na atualidade as doenças psiquiátricas que mais estão presentes na população são dos transtornos de humor e a ansiedade. Normalmente essas doenças são tratadas na atenção primária à saúde e os fármacos de eleição para os tratamentos são os benzodiazepínicos. Os psicofármacos não podem ser indicados para solucionar problemas da vida e muito menos para os problemas socioeconômicos porque acarretam dependência e o seu uso contínuo passa a exigir altas doses sem produzir efeitos terapêuticos desejados.

Sabemos que o desmane dos dependentes de benzodiazepínicos não é uma tarefa fácil para os profissionais da atenção básica, mas com certeza temos que fazer algo para ajudar esses dependentes que muitas vezes, desorganizam o processo de trabalho do serviço para simplesmente emitir novas receitas sem prévia avaliação clínica.

## **6 PLANODE INTERVENÇÃO**

### **6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)**

O tema que escolhemos para ser abordado é a alto índice de renovação de receituário de medicamento de uso controlado sem retorno no especialista de pacientes de saúde mental que não possuem bom controle, seja, por falta de profissional, falta de recursos financeiros ou por não haver uma política pública para esses pacientes.

O fator preponderante é que esses pacientes que fazem o uso desses medicamentos sequer passam por consulta clínica para uma avaliação do uso do mesmo.

As Receitas são deixadas na recepção da unidade para renovação com uma cópia da receita anterior, mesmo sabendo que o paciente foi medicado com a tal medicação a meses ou anos.

### **6.2 Explicação do problema selecionado(quatro passo)**

Entre preconceitos e investimentos insuficientes, a saúde mental nem sempre recebe a atenção necessária que deveria ter. Hoje em nossa cidade não contamos com nenhum profissional psiquiátrico para auxiliar o uso desses medicamentos. Geralmente os pacientes vão aos centros de referências ou mesmo em consultas particulares e nunca mais retornam para uma reavaliação.

### **6.3 Seleção dos “nós críticos” (quinto passo)**

- Depressão

- Ansiedade
- Idade avançada
- Alcoolismo e outras drogas
- Hábitos de vida
- Falta de informação

#### 6.4 Quadro – 2 Desenhos das operações (sexto passo)

<b>NÓ CRÍTICO</b>	<b>OPERAÇÃO/ PROJETO</b>	<b>RESULTADO ESPERADO</b>	<b>PRODUTO</b>	<b>RECURSOS NECESSÁRIOS</b>
<b>Depressão</b>	Conscientizar as pessoas sobre os riscos do excesso ou falta do medicamento	Diminuir 50% das renovações de receita sem consulta	Não renovar receita sem a presença do paciente Palestra de apoio	Organizacional: pessoal de apoio da recepção Cognitivo: Mais informação sobre o tema Político: Conseguir profissionais Financeiro: Recursos para consulta
<b>Ansiedade</b>	Identificar os pacientes em seus lares e consultas para inseri-los em atividades	Diminuir 50% das renovações de receita sem consultas ou retornos	Não renovar receita sem a presença do paciente Palestras de apoio	Organizacional: pessoal de apoio da recepção Cognitivo: Mais informação sobre o tema Político: Conseguir profissionais especializados Financeiro: Recursos para consulta
<b>Idade Avançada</b>	Identificar pacientes em uso contínuo e desordenado das medicações	Diminuir 50% das renovações de receita sem consultas ou retornos em especialistas	Não renovar receita sem a presença do paciente Palestras de apoio	Organizacional: pessoal de apoio da recepção Cognitivo: Mais informação sobre o tema Político: Conseguir profissionais especializados Financeiro: Recursos para consulta
<b>Alcoolismo</b>	Alcançar os	Diminuir 25%	Aula sobre	Organizacional:

<b>e outras drogas</b>	suscetíveis aos efeitos do álcool, maconha, cocaína e outras drogas	do número de dependentes em 1 ano	vícios Grupo de apoio aos interessados	<p>peçoal de apoio da recepção</p> <p>Cognitivo: Mais informação sobre o tema</p> <p>Político: Conseguir profissionais especializados</p> <p>Panfletos</p> <p>Financeiro: Recursos para compra de materiais</p>
<b>Hábitos de vida</b>	<p>Conscientizar as pessoas sobre o hábito de vida saudável</p> <p>Introduzir atividades físicas</p>	Diminuir 30% do número de pessoas com hábitos de vida não saudáveis	Aulas e palestras demonstrativas de uma boa qualidade de vida	<p>Organizacional: peçoal de apoio da recepção</p> <p>Cognitivo: Mais informação sobre o tema</p> <p>Político: Conseguir profissionais especializados,</p> <p>Material gráficos e atividades</p> <p>Financeiro: Recursos para compra do material</p>
<b>Falta de informação</b>	Aumentar o nível de conscientização de toda a comunidade envolvida	Diminuir 50% do número de pessoas que não entendam a gravidade da renovação de receita sem consulta medica	Palestras informativas sobre a automedicação e o uso abusivo de medicamento controlado	<p>Organizacional: peçoal de apoio da recepção</p> <p>Cognitivo: Mais informação sobre o tema</p> <p>Político: Conseguir profissionais especializados</p> <p>Financeiro: Recursos para consulta</p>

## 6.4 Desenho das operações (sexto passo)

<b>NÓ CRÍTICO</b>	<b>OPERAÇÃO/ PROJETO</b>	<b>RESULTADO ESPERADO</b>	<b>PRODUTO</b>	<b>RECURSOS NECESSÁRIOS</b>
<b>Depressão</b>	Conscientizar as pessoas sobre os riscos do excesso ou falta do medicamento <b>Renovação com consulta</b>	Diminuir 50% das renovações de receita sem consulta	Não renovar receita sem a presença do paciente	Organizacional: pessoal de apoio da recepção Cognitivo: Mais informação sobre o tema Político: Conseguir profissionais Financeiro: Recursos para consulta
<b>Ansiedade</b>	Identificar os pacientes em seus lares e consultas para inseri-los em atividades <b>Renovação com consulta</b>	Diminuir 50% das renovações de receita sem consultas ou retornos	Não renovar receita sem a presença do paciente Palestras de apoio	Organizacional: pessoal de apoio da recepção Cognitivo: Mais informação sobre o tema Político: Conseguir profissionais especializados Financeiro: Recursos para consulta
<b>Idade Avançada</b>	Identificar pacientes em uso contínuo e desordenado das medicações <b>Renovação com consulta</b>	Diminuir 50% das renovações de receita sem consultas ou retornos em especialistas	Não renovar receita sem a presença do paciente Palestras de apoio	Organizacional: pessoal de apoio da recepção Cognitivo: Mais informação sobre o tema Político: Conseguir profissionais especializados Financeiro: Recursos para consulta
<b>Alcoolismo e outras drogas</b>	Alcançar os susceptíveis aos efeitos do álcool, maconha, cocaína e outras drogas <b>Renovação com consulta</b>	Diminuir 25% do número de dependentes em 1 ano	Aula sobre vícios Grupo de apoio aos interessados	Organizacional: pessoal de apoio da recepção Cognitivo: Mais informação sobre o tema Político: Conseguir profissionais especializados Panfletos. Financeiro: Recursos para compra de materiais
<b>Hábitos de vida</b>	Conscientizar as pessoas sobre o hábito de vida saudável Introduzir atividades físicas <b>Renovação com consulta</b>	Diminuir 30% do número de pessoas com hábitos de vida não saudáveis	Aulas e palestras demonstrativas de uma boa qualidade de vida	Organizacional: pessoal de apoio da recepção Cognitivo: Mais informação sobre o tema Político: Conseguir profissionais especializados, Materiais gráficos e atividades Financeiro: Recursos para

				compra do material
<b>Falta de informação</b>	Aumentar o nível de conscientização de toda a comunidade envolvida <b>Renovação com consulta</b>	Diminuir 50% do número de pessoas que não entendam a gravidade da renovação de receita sem consulta medica	Palestras informativas sobre a automedicação e o uso abusivo de medicamento controlado	Organizacional: pessoal de apoio da recepção Cognitivo: Mais informação sobre o tema Político: Conseguir profissionais especializados Financeiro: Recursos para consulta

**Quadro 3** – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “ESTRESSE”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dr. Aldo, do município Planura, estado de MG.

<b>Nó crítico 1</b>	DEPRESSÃO
<b>Operação</b> (operações)	Conscientizar as pessoas sobre os riscos do excesso ou falta do medicamento
<b>Projeto</b>	<b>Renovação com consulta</b>
<b>Resultados esperados</b>	Diminuir 50% das renovações de receita sem consulta
<b>Produtos esperados</b>	Não renovar receita sem a presença do paciente
<b>Recursos necessários</b>	Organizacional: pessoal de apoio da recepção Cognitivo: Mais informação sobre o tema Político: Conseguir profissionais Financeiro: Recursos para consulta
<b>Recursos críticos</b>	Estrutural: Agentes de saúde não buscarão receitas para entrega domiciliar  Cognitivo: pacientes serão informados sobre o tema  Político: adesão da secretaria de saúde sobre o caso  Financeiro: contratação de especialistas
<b>Controle dos recursos críticos</b>	O controle é feito por toda equipe, que é favorável a ação devido o risco de automedicação.
<b>Ações estratégicas</b>	Não renovar a receita de nenhum paciente sem consulta clínica
<b>Prazo</b>	3 meses
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações</b>	ACS Recepcionista Médicos
<b>Processo de monitoramento e avaliação das ações</b>	Apenas serão renovadas as receitas mediante cópia do mês anterior, pacientes que não possui a receita anterior passarão por consulta clínica para adquirir seu receituário.

**Quadro 4** –Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “ANSIEDADE”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dr. Aldo, do município Planura, estado de MG.

<b>Nó crítico 1</b>	ANSIEDADE
<b>Operação (operações)</b>	Identificar os pacientes em seus lares e consultas para inseri-los em atividades
<b>Projeto</b>	<b>Renovação com consulta</b>
<b>Resultados esperados</b>	Diminuir 50% das renovações de receita sem consultas ou retorno
<b>Produtos esperados</b>	Não renovar receita sem a presença do paciente Palestras de apoio
<b>Recursos necessários</b>	Organizacional: pessoal de apoio da recepção Cognitivo: Mais informação sobre o tema Político: Conseguir profissionais especializados para avaliação Financeiro: Recursos para consultas especializadas
<b>Recursos críticos</b>	Estrutural: Agentes de saúde não buscarão receitas para entrega domiciliar Cognitivo: pacientes serão informados sobre o tema Político: adesão da secretaria de saúde sobre o caso Financeiro: contratação de especialistas
<b>Controle dos recursos críticos</b>	O controle é feito por toda equipe, que é favorável a ação devido ao risco de automedicação.
<b>Ações estratégicas</b>	Não renovar a receita de nenhum paciente sem consulta clínica
<b>Prazo</b>	3 meses
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações</b>	ACS Recepcionista Médicos
<b>Processo de monitoramento e avaliação das ações</b>	Apenas serão renovadas as receitas mediante cópia do mês anterior, pacientes que não possui a receita anterior passarão por consulta clínica para adquirir seu receituário.



**Quadro 5** –Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “IDADE AVANÇADA”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dr. Aldo, do município Planura, estado de MG.

<b>Nó crítico 1</b>	IDADE AVANÇADA
<b>Operação</b> (operações)	Identificar os pacientes em seus lares e consultas para inseri-los em atividades
<b>Projeto</b>	<b>Renovação com consulta</b>
<b>Resultados esperados</b>	Diminuir 50% das renovações de receita sem consultas ou retornos em especialistas
<b>Produtos esperados</b>	Não renovar receita sem a presença do paciente Palestras de apoio
<b>Recursos necessários</b>	Organizacional: pessoal de apoio da recepção Cognitivo: Mais informação sobre o tema Político: Conseguir profissionais especializados Financeiro: Recursos para consulta
<b>Recursos críticos</b>	Estrutural: Agentes de saúde não buscarão receitas para entrega domiciliar Cognitivo: pacientes serão informados sobre o tema Político: adesão da secretaria de saúde sobre o caso Financeiro: contratação de especialistas
<b>Controle dos recursos críticos</b>	O controle é feito por toda equipe, que é favorável a ação devido ao risco de automedicação.
<b>Ações estratégicas</b>	Não renovar a receita de nenhum paciente sem consulta clínica
<b>Prazo</b>	3 meses
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações</b>	ACS Recepcionista Médicos
<b>Processo de monitoramento e avaliação das ações</b>	Apenas serão renovadas as receitas mediante cópia do mês anterior, pacientes que não possui a receita anterior passarão por consulta clínica para adquirir seu receituário.

**Quadro 6** –Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “ALCOOLISMO E OUTRAS DROGAS”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dr. Aldo, do município Planura, estado de MG.

<b>Nó crítico 1</b>	ALCOOLISMO E OUTRAS DROGAS
<b>Operação</b> (operações)	Alcançar os susceptíveis aos efeitos do álcool, maconha, cocaína e outras drogas
<b>Projeto</b>	<b>Renovação com consulta</b>
<b>Resultados esperados</b>	Diminuir 25% do número de dependentes em 1 ano
<b>Produtos esperados</b>	Aula sobre vícios Grupo de apoio aos interessados
<b>Recursos necessários</b>	Organizacional: pessoal de apoio da recepção Cognitivo: Mais informação sobre o tema Político: Conseguir profissionais especializados, panfletos. Financeiro: Recursos para compra de materiais
<b>Recursos críticos</b>	Estrutural: Agentes de saúde não buscarão receitas para entrega domiciliar Cognitivo: pacientes serão informados sobre o tema Político: adesão da secretaria de saúde sobre o caso Financeiro: contratação de especialistas
<b>Controle dos recursos críticos</b>	O controle é feito por toda equipe, que é favorável a ação devido ao risco de automedicação.
<b>Ações estratégicas</b>	Não renovar a receita de nenhum paciente sem consulta clínica
<b>Prazo</b>	3 meses
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações</b>	ACS Recepcionista Médicos
<b>Processo de monitoramento e avaliação das ações</b>	Apenas serão renovadas as receitas mediante cópia do mês anterior, pacientes que não possui a receita anterior passarão por consulta clínica para adquirir seu receituário.

**Quadro 7** –Operações sobre o “nó crítico 5” relacionado ao problema “HÁBITOS DE VIDA”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dr. Aldo, do município Planura, estado de MG.

<b>Nó crítico 1</b>	HÁBITOS DE VIDA
<b>Operação</b> (operações)	Conscientizar as pessoas sobre o habito de vida saudável Introduzir atividades físicas
<b>Projeto</b>	<b>Renovação com consulta</b>
<b>Resultados esperados</b>	Diminuir 30% do número de pessoas com hábitos de vida não saudáveis
<b>Produtos esperados</b>	Aulas e palestras demonstrativas de uma boa qualidade de vida
<b>Recursos necessários</b>	Organizacional: pessoal de apoio da recepção Cognitivo: Mais informação sobre o tema Político: Conseguir profissionais especializados, materiais gráficos e atividades Financeiro: Recursos para compra do material
<b>Recursos críticos</b>	Estrutural: Agentes comunitários de saúde não buscarão receitas para entrega domiciliar Cognitivo: pacientes serão informados sobre o tema Político: adesão da secretaria de saúde sobre o caso Financeiro: contratação de especialistas
<b>Controle dos recursos críticos</b>	O controle é feito por toda equipe, que é favorável a ação devido ao risco de automedicação.
<b>Ações estratégicas</b>	Não renovar a receita de nenhum paciente sem consulta clínica
<b>Prazo</b>	3 meses
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações</b>	ACS Recepcionista Médicos
<b>Processo de monitoramento e avaliação das ações</b>	Apenas serão renovadas as receitas mediante cópia do mês anterior, pacientes que não possui a receita anterior passarão por consulta clínica para adquirir seu receituário.

**Quadro 8** – Operações sobre o “nó crítico 6” relacionado ao problema “FALTA DE INFORMAÇÃO”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dr. Aldo, do município Planura, estado de MG.

<b>Nó crítico 1</b>	FALTA DE INFORMAÇÃO
<b>Operação</b> (operações)	Aumentar o nível de conscientização de toda a comunidade envolvida
<b>Projeto</b>	<b>Renovação com consulta</b>
<b>Resultados esperados</b>	Diminuir 50% do número de pessoas que não entendam a gravidade da renovação de receita sem consulta medica
<b>Produtos esperados</b>	Palestras informativas sobre a automedicação e o uso abusivo de medicamento controlado
<b>Recursos necessários</b>	Organizacional: pessoal de apoio da recepção Cognitivo: Mais informação sobre o tema Político: Conseguir profissionais especializados Financeiro: Recursos para consulta
<b>Recursos críticos</b>	Estrutural: Agentes de saúde não buscarão receitas para entrega domiciliar Cognitivo: pacientes serão informados sobre o tema Político: adesão da secretaria de saúde sobre o caso Financeiro: contratação de especialistas
<b>Controle dos recursos críticos</b>	O controle é feito por toda equipe, que é favorável a ação devido o risco de automedicação.
<b>Ações estratégicas</b>	Não renovar a receita de nenhum paciente sem consulta clínica
<b>Prazo</b>	3 meses
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações</b>	ACS Recepcionista Médicos
<b>Processo de monitoramento e avaliação das ações</b>	Apenas serão renovadas as receitas mediante cópia do mês anterior, pacientes que não possui a receita anterior passarão por consulta clínica para adquirir seu receituário.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A solução criada para tentar minorar esse problema foi a criação na agenda do médico de espaço para livre demanda e marcação de consulta em breve período de tempo para prosseguimento ou não da medicação anterior prescrita. Desse modo objetiva-se a criação de um vínculo maior com os pacientes com maior conhecimento do uso correto de certa medicação, diminuindo a automedicação e problemas tanto para o médico quanto para o paciente.

Diante do problema de renovação automática de receitas, após uma reunião de educação continuada com integrantes da equipe de saúde ficou estabelecido um plano de ação para diminuir esse problema. Foram colocados avisos na sala de recepção e em murais da unidade, bem como, dada a devida orientação à assistente administrativa responsável pela recepção das novas normas de acompanhamento de pacientes que fazem uso de medicação contínua, sobretudo as de controle especial.

Durante a ocorrência das consultas, enfatizou-se a importância de acompanhamento mais frequente e cuidadoso de doenças que requerem uso de medicação contínua.

Foi também acordado que a renovação de receita sem consulta, em caráter excepcional, poderá ser feita desde que haja agendamento automático de consulta e ou cópia da receita do mês anterior.

Além disso, foi lembrada a importância fundamental das agentes comunitárias de saúde em propagar a nova postura da equipe de saúde bem como enfatizar a importância do acompanhamento mais frequente dos casos crônicos e a respectiva necessidade de reavaliação da medicação prescrita sempre que possível. Infelizmente, a população ainda não está preparada para essa mudança devido aos costumes criados ao longo do tempo de funcionamento da unidade bem como a questão cultural que diminui a importância das consultas e das reavaliações clínicas periódicas. Criar um espaço na agenda para esse tipo de atendimento é um desafio, visto a alta demanda para consultas médicas na unidade.

## REFERENCIAS

ARRAIS, P. S. D. *et al.* Perfil da automedicação no Brasil. **Rev. Saúde Pública.** v. 31, n.1, p. 71 – 77, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 2436 de 21 de setembro de 2017, que Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). DOU. Edição: 183 | Seção: 1 | Página: 68, Brasília, 2017.

FARIA H. P.; CAMPOS, F.C.C.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde.** Nescon/UFMG. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2017. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>. Acesso em:

GALVAN, R. M.; PAI, D. D.; GUANILO, M. E. E. Automedicação entre profissionais de saúde. **REME. Rev Min. Enferm.** v.20, n. e959, p. 1-9, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-**IBGE****Cidades**,2018<<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/planura/historico>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. 2018 <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/planura/panorama>

LOYOLA FILHO, A. I. *et al.* Prevalência e fatores associados à automedicação: resultados do projeto Bambuí. **Rev Saúde Pública.** v.36, n. 1, p. 55-62, 2002.

MARTINS, I. C.; SILVERIA, L. C.; CARRILHO, C. A.; VIEIRA, A. N. “O que não tem remédio nem nunca terá”: um estudo a partir do uso abusivo de benzodiazepínico em mulher. **REME. Rev Min Enferm.** v. 21, n.1. p.1-9, 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Declaração de Alma-Ata. In: Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, 6-12 set 1978, Alma-Ata. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArg/Alma-Ata.pdf>

SILVA, V. P.; BOTTI, N. C. L.; OLIVEIRA, V. C.; GUIMARÃES, E. A. A. Características do uso e da dependência de benzodiazepínicos entre usuários: atenção primária à saúde. **RevEnferm UERJ.** v.24, n.6, p.1-6, 2016.