INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE O USO DE BENZODIAZEPÍNINAS EM PACIENTES DO POSTO DE SAÚDE DO BAIRRO SÃO ROQUE, CONSTANTINA, RIO GRANDE DO SUL, BRASIL DURANTE PERÍODO DE DEZEMBRO 2015- JULHO 2016.

MIRLEY VILATO FLORIAM

PORTO ALEGRE-RS

2015

INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE O USO DE BENZODIAZEPÍNINAS EM PACIENTES DO POSTO DE SAÚDE DO BAIRRO SÃO ROQUE, CONSTANTINA, RIO GRANDE DO SUL, BRASIL DURANTE PERÍODO DE DEZEMBRO 2015- JULHO 2016.

MIRLEY VILATO FLORIAM

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família apresentado à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA como requisito indispensável para a conclusão do curso.

Orientador: Eder Matos Berg

PORTO ALEGRE-RS

2015

RESUMO

Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família UNA-SUS/UFCSPA, no formato de portfólio. O TCC do Curso de Especialização em Saúde da Família UNA-SUS/UFCSPA é constituído pelas atividades do portfólio, sendo organizado em quatro capítulos e um anexo, a saber: uma parte introdutória, onde são apresentadas características do local de atuação, descrevendo peculiaridades importantes, para contextualizar as atividades que serão apresentadas ao longo do trabalho; uma atividade de estudo de caso clínico onde deve ser desenvolvido um estudo dirigido de usuários que tenham sido atendidos com patologias e situações semelhantes aos apresentados no curso, demonstrando ampliação do conhecimento clínico; uma atividade de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças; uma reflexão conclusiva e o Projeto de Intervenção, onde o aluno é provocado a identificar um problema complexo existente no seu território e propor uma intervenção com plano de ação para esta demanda.

Descritores: Atenção Primária à Saúde, Promoção da Saúde, Saúde da Família.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 5

2. ESTUDO DE CASO CLINICO 8

3. PROMOÇÂO DA SAÚDE E PREVENÇÂO DE DOENÇA 13

4. VISITA DOMICILIAR 22

5. REFLEXAÇÃO CONCLUSIVA 26

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS 28

1. INTRODUÇÃO

Meu nome é Mirley Vilato Floriam, moro na cidade de Baracoa, província de Guantánamo, graduada há 22 anos pela Faculdade de Ciências Médicas de Guatánamo, Especialista em Medicina Familiar, com Mestrado em Atenção Integral à Mulher. Sou professora da carrera de medicina com categoria de Professora Assistente. Integrante do Programa Mais Médicos para o Basil, desde o ano de 2014 no Estado do Rio Grande do Sul, no Município de Constantina. Trabalho no posto de saúde Albino J. Farezin, do Bairro São Roque onde presto meus serviços até hoje. Trabalhe na Venezuela no ano 2003 até ano 2010 e em Gambia desde 2010 até 2013.

Figura 1 - Localizacão do Municipio Constantina

Constantina cidade ao norte do Estado do Rio Grande do Sul, **308.26 km de distância de Porto Alegre capital do estado,** situada numa área territorial de 203 $km^{2.}$**,** pertence ao 9º Distrito de Palmeira das Missões. Era local de pousada dos tropeiros que transportavam muares da região das missões para feira de Sorocaba, em São Paulo. Aproveitavam a excelente pastagem, sombra e água do Lajeado Taquaruçu. Segundo o senso do IBGE de 2010, Constantina possui 9.752 habitantes,

4762 são homens e 4990 são mulheres. 462 tem menos de cinco anos e 1527 tem mais de 60 anos. 3242 moram na zona urbana e 3242 na zona rural.

Além da quantidade de nascimentos por anos a população não aumenta quanto deveria o que é consequência da quantidade de pessoas que saem para morar fora do município. De 10 anos atrás até hoje, a população local aumento cerca de 244 pessoas. O percentual de pessoas com mais de 60 anos é de 15,6%, o que corresponde a 1527 pessoas.

A mortalidade proporcional por idade indica que a maioria das pessoas morre quando está na faixa etária entre 80 e 100 anos. A esperança de vida ao nascer é de 78.12 anos geralmente. Quanto à escolaridade, temos que o índice de analfabetismo é de 8,3. A principal fonte de emprego são o comercio e agricultura.

CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO DO ESF

Nossa ESF Albino J. Farezin está localizada no bairro São Roque, uma zona peri urbana da cidade, caracterizada por ter uma população majoritária de baixa renda, além de ter uma zona no interior do município com melhores condições econômicas. A ESF foi fundada o 11 de Abril de 2015, tem boas condições estruturais, ventilação, iluminação, pisos, paredes, instalações hidráulicas e elétricas adequadas.

- Endereço: Rua Antônio Muneron, Bairro São Roque Composta por 1 equipe de ESF;
- Coordenadora do posto de saúde: Uma;
- Técnicos de Enfermagens: Uma;
- Assistente de Enfermagem: Uma;
- Enfermeiras: Duas;
- Médicas: Uma;
- Agentes comunitários de saúde: cinco;
- Doutora de odontologia: Duas;
- Técnica em saúde bucal: Uma

Ao fechar o ano 2015 nossa ESF tinha uma população de 2629 pacientes, com 494 pacientes hipertensos, 101 diabéticos além de 21 grávidas e 42 crianças menores de 1 ano. Os principais problemas de saúde encontrados na comunidade são as

doenças não transmissíveis como Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, as verminoses, e as doenças de saúde mental que apesar das atividades de promoção e prevenção em saúde, vem mostrando um número crescente de pessoas afetadas.

A ESF tem 3 escolas de ensino primário, tem várias igrejas de diferentes crenças religiosas, tem o CRAS do município, além de comércios, bares, áreas para a pratica de atividade esportivas y culturais, etc. Ao avaliar nosso território as ruas são feitas de pedras e outra não tem pavimentação são de terra, encontramos muitos terrenos baldios que a população utiliza para deixar o lixo, porém tem risco de parasitismo intestinal, de hepatites, de diarreias; as quais são frequentes; além de doenças que transmitem por ratos etc.

Além disso não tem feitas redes hidráulica para a coleta de residuais líquidos, os que vão por médio das ruas, outros tem os coletores obstruídos. Grão quantidade de residências tem coleta de forma individual, que em ocasiões dificulta o transito de moradores por elas. Tem animais na rua como cachorros, gatos y já nas proximidades do rio encontramos gado e vacas. As consultas são feitas pelo acolhimento e consultas agendadas, temos que continuar incrementando as consultas agendadas pois a população prefere a demanda, temos grupos das crônicas, de gestantes e crianças, tabagismo, usuário de drogas e saúde mental com matriciamento da equipe de saúde mental, os casos de emergências são atendidos e encaminhados a hospital da cidade. Contamos além disso com o atendimento de nutricionista, logofoniatra e fisioterapeuta.

JUSTIFICATIVA

Desde minha llegada foi uma preocupação muito grande a quantidade de pessoas com uso de benzodiazepinicos para resolver problemas como insonia, estrese, choro frequente, ansiedade, falta de apetite, ou taquicardia, percevendo que grande parte dos consumidores recebe prescrições de clínicos gerais ou outras especialidades médicas, e não de psiquiatras. Essa realidade propicia o surgimento de diversas complicações advindas do uso a longo prazo da medicação. Tendo em conta que os Benzodiazepínicos podem causar dependência física e/ou psíquica, favorecendo o desenvolvimento da procura compulsiva do fármaco, surgindo o vício, o que leva à distorção dos valores pessoais e sociais do indivíduo, prejudicando o seu comportamento social, além de déficit da atividade cognitiva, principalmente em

idosos, agravando o quadro da perda natural dessa função nesta faixa etária. Tudo isso associado aos problemas sociais, tais como a violência e acidentes de carro. O seu uso continuado e em doses excessivas poderia levar, ainda, à degeneração de células cerebrais, incorrendo em lesões irreversíveis. Se faz necessário desenvolver uma intervenção educativa para incrementar o nível de conhecimento de nossa população consumidora desses medicamentos, diminuindo o uso assim como os efeitos indesejáveis.

2. ESTUDO DE CASO CLINICO

Tratasse de uma família ampliada, de 6 membros com um caso de adoções múltiplas por parte da avó. Maria de 55 anos de idade Hipertensa com tratamento continuo, pero com hábitos alimentares inadequados e uma vida sedentária, neste momento descompensada pelos acontecimentos com seu neto Miguel. Assiste a nossa consulta com muita dor de cabeça, insônia além de estar se sentindo muito ansiosa já à al uns 15 dias. Na consulta a Dra. faz a entrevista para conhecer melhor as causas dessa situação. Maria conta que seu neto Miguel de um mês foi abandoado pela mãe em casa de uma amiga e que está se resiste a regressar o bebê para ela que é sua avó.

Depois de escutar a Maria e fazer uma avaliação no exame físico e constatar sua pressão em 150/100, a Dra. decide se reunir com a equipe de trabalho para realizar algumas ações necessárias neste caso. Quando revisamos a ficha individual e as atividades coletivas Maria não assistiu no último grupo de pacientes com doenças crônicas, feito há três meses, além de não ter ido à consulta há mais de 5 meses. A agente de saúde visitou ela dois meses atrás onde foi orienta para vir à consulta. Maria mora com Darci de 54 anos de idade Hipertenso, Diabético, e alcoólatra trabalhador por conta, pedreiro e com uma atitude muito passiva ante o cuidado dos netos de Maria já que fica fora da casa geralmente durante a semana toda.

Moram além Juliana de 3 anos de idade e Vinicius de 9 anos que está na 4ª série, foram adotados por Maria desde seu nascimento. Rose de 26 anos mãe de Miguel, Juliana e Vinicius, trabalha na vida noturna, risco de DTS, casada com João de 28 anos foragido da justiça por tráfico de drogas, ele mantém uma relação de

intimidação e ameaça com Rose, embora que não mora em casa de Maria faz algumas visitas quando ela regressa do trabalho.

Fernanda de 24 anos, trabalha na vida noturna, irmã de Rose, é casada com Rafael de 24 anos em liberdade condicional por tráfico de drogas e furto, sem vínculo laboral, com uma relação conflituosa de brigas constante pôr a situação econômica da família, tem uma filha Aline de 3 anos. Além Maria tem outro filho que é Andrei irmão de Rose e Fernanda de 19 anos de idade, trabalha em um frigorifico, suspeito de ser consumidor de drogas é casado com Sandra de 15 anos de idade, até agora com boas relações com o marido, não quer ter filho no momento.

Quando a senhora Maria chega à consulta a Dra. dá as boas-vindas já que Maria faz tempo não vai à consulta, na primeira etapa a Dra. estabelece confiança com Maria para se adentrar em seu problema. É feito um amplo interrogatório onde Maria observa se muito ansiosa e intranquila, além de preocupada por seu neto Miguel, ela refere que tem mais problemas na sua casa, mas agora ou que mais preocupa é isso. A senhora diz que está fazendo o tratamento certo só que não está adiantando, diz que come qualquer coisa quando da fome, algumas vezes não se alimenta bem, não faz exercícios físicos já que tem muitas tarefas para fazer em casa. No exame físico constata-se a pressão alta, em 150/100 o IMC em 30.

Solicitamos exames laboratoriais, sugerimos terapia de apoio e educação preventiva dos hábitos alimentares adequados, a importância de tomar regularmente o tratamento, fazer caminhadas 2 ou 3 vezes por semana, fazer atividades de relaxamento. Orientamos sua participação no grupo de HTS, consulta de Nutrição com o objetivo de melhorar hábitos nutricionais dela e chegar ao peso adequado. Além disso encaminhamos à Psicóloga para a próxima semana. Na reunião da equipe falamos com a coordenadora do posto de saúde que é a enfermeira e com a agente de saúde para fazer uma vista domiciliar à amiga da mãe de Miguel, para comprovar o estado de saúde da criança. Fazer uma comunicação para o Conselho Tutelar da ubiquação da criança e avaliação da tutela, que foi cumprido.

Planejar uma visita domiciliar da equipe aproveitando o dia onde todos os integrantes da família estiveram presentes. A equipe imediatamente ante a situação decidiu traçar um plano de cuidado para garantir o bem-estar da família. Ao chegar à casa encontramos condições higiênicas boas em sentido geral, com condições socioeconômicas adequadas, e habitacionais boas. Sentimos um bom clima de recepção, além de que não todos os membros da família estão presentes.

Realizamos uma dinâmica familiar com o objetivo de orientar o manejo de cada membro da família, apoio a paciente com HTA e seguimento da família. Falando dos hábitos alimentares adequados. Explicamos a família que a senhora Maria deve fazer o tratamento no farmacológico e o tratamento farmacológico, a necessidade de fazer os dois tratamentos para obter resultados satisfatórios e evitar graves complicações destas doenças. Rose está fora da casa há um mês.

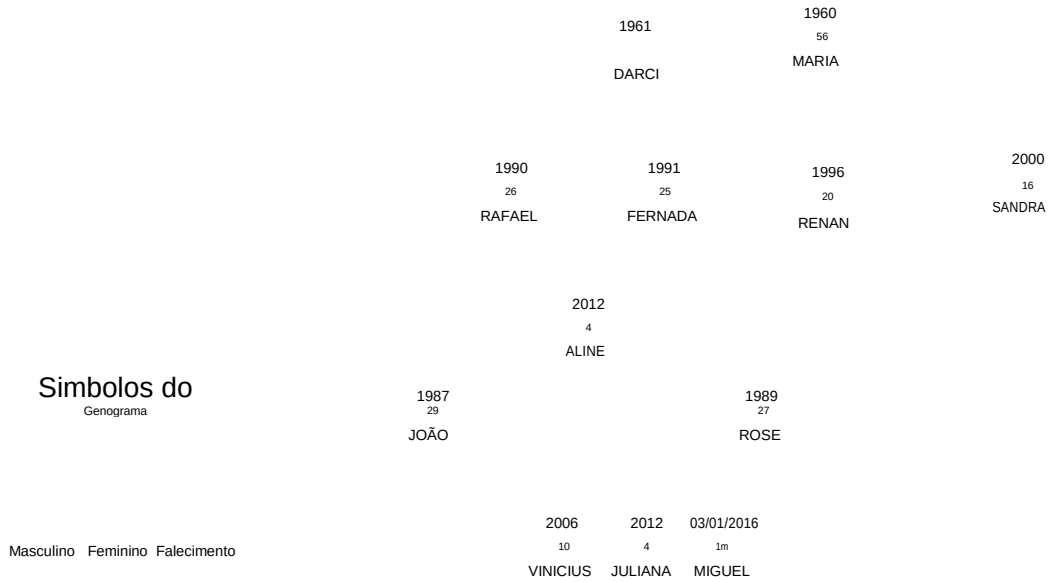
Fernanda e Rafael estão em casa, Rafael diz que está consumindo drogas quando tem algum problema com a Fernanda. Eles recebem orientações sobre prevenção de DST, consumo de drogas. Sugerimos internar Rafael para receber tratamento para consumo de drogas. Fica como tarefa para agente de saúde agendar para consulta com a equipe de saúde mental para Fernanda e Rafael. Foi agendada a consulta para o senhor Darci receber tratamento para o consumo de álcool.

Quinze dias depois a equipe de saúde se reúne para fazer reavaliação de Maria e família. Foi feita a visita na casa da amiga da mãe de Miguel, ele estava lá em bom estado de saúde, foi feita visita do conselho tutelar e entregado o paciente a sua avó até uma avaliação definitiva. Nos exames laboratoriais Maria tem cifras de colesterol e triglicerídeos elevadas, os outros exames feitos normais. A pressão arterial diminui ao limite para idade. Ainda não consegue fazer alguma atividade física, mas está cuidando na alimentação.

Maria foi consultada pela nutri, psicóloga e reorientada com alimentação para melhorar o estilo de vida. Maria diz que está dormindo melhor com o tratamento e as recomendações da Psicóloga, melhorou o estado de ânimo e o apetite. Rafael o esposo da filha de Maria foi avaliado pela equipe de saúde mental e foram dadas algumas recomendações. Foi feita a sugestão pela equipe que Fernanda participara nas ações contra o consumo de drogas de Rafael. O senhor Darci tem diminuído nestes dias o consumo de álcool, está tomando o tratamento e tem colaborado mais nos cuidados das crianças, está se cuidando junto a Maria da alimentação.

Esta família foi escolhida pela importância que desenvolvem as Doenças Crônicas não Transmissíveis em nosso território de abrangência, devido a sua alta prevalecia e morbimortalidade em nossa população e a população brasileira e do mundo. Como podem ser modificados os estilos de vida nos pacientes e o papel da atenção primaria e as equipes de saúde nas mudas desses estilos vida. Este caso tem semelhanças com o caso Vera apresentado nas aulas de UMA-SUS.

GENOGRAMA



Simbolos do
Genograma

Masculino Feminino Falecimento

Legenda de relacionamento de família

1
2 Vivendo juntos
1 Caso de amor

Legenda de relacionamento emocional

1 Abuso Emocional
1 Desacordo/Conflito

5

2 Vício em Jogos de Azar

2 Suspected alcohol or drug abuse

1 Alcohol or drug abuse

1 Alcoolismo, Hipertensão, Diabetes

1 Obesidade, Hipertensão

O desafio provocado pelas Doenças Crônicas Não Transmissíveis foi mundialmente debatido em 2011, culminando em uma Reunião de Alto Nível da Organização das Nações Unidas (ONU). O 'Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022' foi a resposta de Brasil ante este desafio, já que elas representam a maior carga de morbimortalidade no Brasil.

Elas se tornaram a principal prioridade na área da saúde no Brasil – 72% das mortes ocorridas em 2007 foram atribuídas a elas. São a principal fonte da carga de doença, e os transtornos neuropsiquiátricos detêm a maior parcela de contribuição. A morbimortalidade causada pelas Doenças Crônicas Não Transmissíveis é maior na população mais pobre. Apesar de a mortalidade bruta causada pelas Doenças Crônicas Não Transmissíveis ter aumentado 5% entre 1996 e 2007, a mortalidade padronizada por idade diminuiu 20%. A diminuição ocorreu particularmente em relação às doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas, em conjunto com a implementação bem-sucedida de políticas de saúde que levaram à redução do tabagismo e à expansão do acesso à atenção básica em saúde. A prevalência de diabetes e hipertensão aumenta, paralelamente à prevalência de excesso de peso; aumentos associados a mudanças desfavoráveis na dieta e na atividade física.

Evidências demonstram que o bom manejo das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares. O Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) e representam, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise.

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis estão rapidamente se tornando prioridade em saúde pública no Brasil e políticas para sua prevenção e controle têm sido implementadas, o Sistema Único de Saúde tem feito grandes avanços, entre eles a implantação de intervenções altamente custo-efetivas, como o controle do tabaco e a ampla distribuição de medicamentos àqueles que têm alto risco de desenvolver doenças cardiovasculares. No entanto, muito mais pode ser feito. A prioridade e o apoio político para prevenir as Doenças Crônicas Não Transmissíveis precisam ser reforçados mediante ênfase: em seu controle pelas medidas sociais, ao invés de individuais; em seu papel no retardo do crescimento econômico e perpetuação da

pobreza; e na existência de intervenções custo-efetivas que permitam o controle. As pessoas com condições crônicas e seus familiares convivem com seus problemas diariamente por longo tempo, ou toda a vida. É fundamental que estejam muito bem informadas sobre suas condições, motivadas a lidar com elas e adequadamente capacitadas para cumprirem com o seu plano de tratamento.

Precisam compreender sua enfermidade, reconhecer os sinais de alerta das possíveis complicações e saber como e onde recorrer para responder a isso. As equipes de Atenção Primária em Saúde (APS) devem estimular e empregar procedimentos de colaboração entre elas e as pessoas, já que entendemos o autocuidado apoiado como uma relação de diálogo entre os saberes de cuidar de si e os saberes de cuidar do outro. Essa relação vai se manifestar seja escolhendo problemas, estabelecendo prioridades, fixando metas, criando planos conjuntos de cuidado, checando o cumprimento de metas, identificando as dificuldades em cumpri-las e resolvendo os problemas de competência dos serviços de Saúde.

3. PROMOÇÂO DA SAÚDE E PREVENÇÂO DE DOENÇA

Na Convenção dos Direitos da Criança, os direitos à vida, à sobrevivência, ao máximo desenvolvimento, ao acesso à saúde e aos serviços de saúde não devem ser tomados apenas como necessidades das crianças e adolescentes, mas também são direitos humanos fundamentais. Ainda, que a proteção e o cumprimento desses direitos fundamentais dependem da realização dos seguintes direitos: à não discriminação educação e acesso à apropriada informação, privacidade, proteção de todas as formas de violência, descanso, lazer e recreação, adequado padrão de vida, não exploração e participação, com direito a ser ouvida.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) é uma das maiores conquistas da sociedade civil organizada na década de 90. O Estatuto da Criança e do Adolescente foi capaz de introduzir mudanças significativas em relação à legislação anterior, o chamado Código de Menores, instituído em 1979. Com o Estatuto da Criança e do Adolescente, crianças e adolescentes passam a ser considerados cidadãos, com direitos pessoais e sociais garantidos, fazendo com que o poder público implemente políticas públicas especialmente dirigidas a esse segmento. Esse documento estabelece também a responsabilidade da sociedade e dos pais na

atenção à criança e ao adolescente. O que rege o Estatuto da Criança e do Adolescente é a doutrina da proteção integral da criança e do adolescente, criada pela Organização das Nações Unidas, e não se dirige apenas aos abandonados e infratores. Colocar isso em prática é o grande desafio da sociedade brasileira. [2]

No Brasil a Constituição Federal de 1988, e o Sistema Único de Saúde (SUS), lei federal n.8080/90, adotaram essas recomendações. O Ministério de Saúde em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, em 2004, na publicação Agenda Compromisso para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, estabeleceu os princípios norteadores e as linhas de cuidado com a criança a serem oferecidos na atenção integral à saúde da criança pela rede de serviços de saúde do país. O Conselho Nacional de Saúde, em Brasília, a portaria que cria a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança.

A nova normativa busca integrar diversas ações já existentes para atendimento a essa população. O objetivo é promover o aleitamento materno e a saúde da criança, a partir da gestação aos nove anos de vida, com especial atenção à primeira infância (zero a cinco anos) e às populações de maior vulnerabilidade, como crianças com deficiência, indígenas, quilombolas, ribeirinhas, e em situação de rua. [3] A elaboração de uma Política Nacional de Saúde da Criança também vem ao encontro do pleito de entidades da sociedade civil, militantes da causa dos direitos da criança e do adolescente, como a Rede Nacional da Primeira Infância, a Pastoral da Criança, além de organismos como Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

Os sete eixos estratégicos da Política são: atenção humanizada e qualificada à gestação, parto, nascimento e recém-nascido; aleitamento materno e alimentação complementar saudável; promoção e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento integral; atenção a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas; atenção à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz; atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade; vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno. [4]

O Rio Grande do Sul apresentou o menor coeficiente de mortalidade infantil (CMI) entre os estados brasileiros, 13,5 em 2007, conforme a última estatística oficial do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A queda do CMI é o resultado de ações bem definidas e executadas por uma rede de serviços de saúde estruturada e organizada, com cobertura em todos os municípios do estado e, também, de

melhores condições socioeconômicas da população. Nesse contexto a Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul propõe a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde das Crianças de zero a dez anos buscando aumentar a cobertura de suas ações dentro do modelo de atenção da vigilância em saúde, a organização da referência e contra referência entre os serviços, a qualificação dos recursos humanos e a articulação de estratégias intersectoriais para a promoção da saúde e qualidade de vida das crianças do estado. [4,5]

Na área da Atenção Básica à Saúde, a Estratégia Saúde da Família, desde a sua criação, no ano de 1993, vem se consolidando como um dos eixos estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de um movimento de expressiva expansão de cobertura populacional, aprimorando em muito o acesso da população às ações de saúde. Dentro desse processo, o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, o Pacto pela Vida e a Política Nacional de Atenção Básica vieram para contribuir como instrumentos para o fortalecimento da Saúde da Família no âmbito do Sistema Único de Saúde.

O Unicef, em sua publicação “Situação Mundial da Infância 2008 – Sobrevivência Infantil”, reconheceu a Estratégia Saúde da Família como uma das principais políticas adotadas pelo País responsável pela redução da mortalidade infantil nos últimos anos. Segundo dados do Unicef, o Brasil ocupa o segundo lugar no ranking de países capazes de atingir a meta de redução da mortalidade infantil em dois terços, de acordo com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, da Organização Mundial da Saúde. O Brasil apresentou expressiva evolução na redução da mortalidade na infância entre 1990 e 2006, o que permite prever o cumprimento da meta muito antes do pactuado.

Dentro da atenção básica, a puericultura surge como ferramenta oportuna no acompanhamento integral do crescimento e desenvolvimento infantil, voltando-se para os aspectos de prevenção, proteção e promoção da saúde, de modo que a criança alcance a vida adulta sem influências desfavoráveis trazidas da infância. Neste nível de assistência, o profissional, ao utilizar a consulta de enfermagem em puericultura, necessita buscar o atendimento integral das necessidades da criança, modificando o enfoque centrado na doença.

Por intermédio da consulta é possível monitorar, avaliar e intervir no processo de saúde/doença, revelando forte componente interacional e educativo. As crianças menores de um ano que são levadas à consulta de enfermagem ou medico em puericultura podem apresentar problemas relacionados ao aleitamento materno, a

candidíase oral e perineal, à dermatite irritativa das fraldas, entre outros. Eles podem ser manejados de forma simples e ser solucionados através de orientações fornecidas pelo enfermeiro ou medico durante a puericultura.

A puericultura tem como objetivo promover o acompanhamento sistemático da criança, avaliando seu crescimento e desenvolvimento de forma ininterrupta, a fim de promover e manter a saúde, reduzir incidências de doenças e aumentar as chances de esta crescer e se desenvolver de modo a alcançar todo o seu potencial.

Na ESF Albino Farezin do município de Constantina, Rio Grande do Sul começa as puericulturas desde a etapa pré-natal, temos conformados os grupos de gestantes donde estas receberam informações sobre os cuidados das crianças, serão detectadas as dificuldades que apresentam as famílias para o recebimento do novo membro, de conjunto a equipe básica com assistência social são avaliadas essas situações de risco e encaminhadas de forma intersectorial para dar uma solução parcial ou definitiva. São desenvolvidas ações de promoção e prevenção de saúde na família para o recebimento do bebe em melhores condições psicológica dos familiares.

São discutidos aspectos de muita importância com amamentação, e importância da puericultura entre outros. Imediatamente depois de nascido o bebe são realizadas umas series de exames de muita importância, a realização dos testes de triagem neonatal – os testes do pezinho, do olhinho e da orelhinha e do coraçãozinho que permitem a identificação e intervenção precoces, prevenindo danos à saúde infantil. O registro das informações importantes sobre a saúde da criança está na Caderneta de Saúde da Criança Curitibana.

O sistema integração maternidade/Unidade Básica de Saúde permite a captação precoce da dupla mãe/bebê. Assim, dentro da primeira semana de vida o bebê e sua mãe são acolhidos pela equipe de saúde, são observadas as condições de nascimento (idade gestacional, peso, índice de Apgar, intercorrências) e sua mãe é orientada para eventuais dificuldades no aleitamento materno, cuidados com a higiene e prevenção de acidentes, entre outras orientações.

O agente comunitário é de grande importância no monitoramento das crianças. Ele realiza a primeira visita do bebe faz o encaminhamento à consulta, realiza a busca ativa e orienta a mãe para a importância de cuidados essenciais com o bebê e o seu acompanhamento pela equipe de saúde; encaminha-os à Unidade Básica de Saúde, informando para levar a Certidão de Nascimento e a Caderneta de Saúde da Criança

Curitibana para realização do cadastro da criança. “Primeira semana saúde integral” que tem grão importância por que se faz verificação do cartão da criança/condições de alta da maternidade/unidade de assistência ao recém-nascido; avaliação geral da criança; identificação da criança de risco ao nascer e avaliação da saúde da puérpera.

O Ministério da Saúde (Brasil, 2002) preconiza um mínimo de 7 consultas no primeiro ano da criança. Elas são realizadas com 15 dias de vida, 1, 2, 4, 6, 9 e 12 meses. Essa estratégia visa à qualificação do acompanhamento, visto que a proximidade com o bebê e sua família favorece a detecção e intervenção precoce de alterações do desenvolvimento e auxilia na prevenção de agravos na saúde da criança.

Em nosso posto de saúde tendo em conta as características de nossa população de baixa renda, baixo nível de escolaridade, condições higiênicas desfavoráveis, as consultas são planejadas para todos os meses de vida da criança, assim acompanhar mês por mês suas mudanças, e dar orientações as mães para promover melhores estilos de vida, prevenir doenças totalmente preveníeis como desnutrição, verminoses e as preveníeis através de vacina etc.

Em nossa UBS as consultas são feitas terçã feira no horário vespertino. Já na Unidade Básica de Saúde a equipe faz na consulta de puericultura uma avaliação integral da criança, a primeira consulta tem grão importância e requere um pouco mais de tempo dos profissionais com o bebe e sua família.

O primeiro aspecto é a anamnese, nela procura se avaliar principalmente as condições do nascimento da criança como tipo de parto, local do parto, peso ao nascer, idade gestacional, índice de Apgar, intercorrências clínicas na gestação, no parto, no período neonatal e nos tratamentos realizados e os antecedentes familiares (as condições de saúde dos pais e dos irmãos, o número de gestações anteriores, o número de irmãos). É importante o Apgar já que está relacionado com prematuridade, medicamentos usados pela mãe, malformação congênita, o que não significa maior risco para disfunção neurológica.

Num segundo aspecto deve se avaliar um completo exame físico compartilhando com os pais da criança, dentro desse exame físico avaliamos itens como:

1. Peso, comprimento e perímetro cefálico: de grão importância já que são identificadas crianças baixo peso ao nascer, que terão um maior risco de doença e precisaram de uma maior atenção pela equipe de saúde. De especial atenção ou perímetro cefálico pelo incremento de microcefalia no pais sem causas totalmente esclarecidas, este aspecto é avaliado em todas as consultas.

2. Desenvolvimento social e psicoafetivo: Se fara uma avaliação da acolhida dos familiares ao bebe, como respondem às suas manifestações, como interagem com ele e se lhe proporcionam situações variadas de estímulo. Se faz detecção de risco de maltrato infantil.
3. Estado geral: Observamos a postura normal do recém-nascido com as pernas flexionadas, as mãos fechadas, o rosto para um dos lados, a respiração, seu sono, seu estado de vigília, o choro, temperatura axilar, sua frequência de urina, características das fezes.

4. Face: Olhamos assimetria, malformação, deformidade ou aparência sindrômica.

5. Pele: Observamos aspectos como edema, palidez, icterícia. Pesquisamos presença de assaduras, pústulas e bolhas palmo-plantares (sífilis).

6. Crânio: Examinamos as fontanelas, presença de bossa serossanguínea e cefalematomas.

7. Olhos: Presença do Reflexo fotomotor, conjuntivites, estrabismo.

8. Orelhas e audição Orientamos à família para a realização do conhecido

   “teste da orelhinha”. Avaliamos também a implantação, o tamanho e a simetria das orelhas.

9. Nariz: Avaliamos a forma e a possível presença de secreção (sífilis).

10. Boca: avaliamos alterações morfológicas que podem representar dificuldade para a pega durante a amamentação, o que exigirá suporte e acompanhamento adequados, observamos a úvula, o tamanho da língua (macroglossia), o palato, o freio lingual e a coloração dos lábios.

11. Pescoço: Avaliamos a assimetria facial e a posição viciosa da cabeça. O torcicolo congênito.

12. Tórax: Avaliamos a assimetria, pois ela sugere malformações cardíacas, pulmonares, de coluna ou arcabouço costal. Apalpamos clavículas, para avaliar se há fraturas que poderiam acarretar diminuição ou ausência de movimentos do braço. É importante a orientação à família para a involução espontânea de mamas, que podem estar ingurgitadas ou com presença de secreção leitosa. A presença de tiragens, retração xifoidiana, batimentos de asas do nariz, gemidos, estridor. Avaliamos a frequência cardíaca, cianose, abaulamento pré cordial, turgência jugular, ictus cordis e sopros cardíacos, pulsos.

13. Abdome: Olhamos a respiração, forma do abdome, a presença de hérnias inguinal e umbilical, a presença de diástase dos retos abdominais e agenesia da musculatura abdominal, a presença de granuloma umbilical após a queda do coto, onfalite.

14. Genitália: Avaliamos a presença dos testículos. Presença de hidrocele, a localização do meato urinário para excluir a possibilidade de hipospádia ou epispádia. Os pequenos lábios e o clitóris estão mais proeminentes, secreção esbranquiçada.

15. Ânus e reto: Verificamos permeabilidade anal, bem como a posição do orifício e a presença de fissuras

16. Sistema osteoarticular: Examinamos presença dos membros superiores e inferiores, para avaliar sua resistência à extensão, a flexão dos membros,

a possibilidade de flacidez excessiva e a suposta presença de paralisia. Presença de pé torto, a presença de displasia evolutiva do.

17. Coluna vertebral: Examinamos toda a coluna, em especial a área lombo-sacra, percorrendo a linha média.

18. Avaliação neurológica: avaliamos os reflexos arcaicos: sucção, preensão palmo-plantar e Moro, postura de flexão generalizada e a lateralizarão da presença de movimentos normais e espontâneos de flexão/extensão dos membros. O tônus normal é de semiflexão generalizada.

Nas outras consultas continuamos avaliando sua alimentação, antes e depois dos 6 meses a introdução paulatina de alimentos para garantir uma adequada nutrição da criança. Com ajuda da nutricionista informamos à mãe de que alimentos e como podem ser introduzidos. Neste sentido, o Ministério da Saúde adota o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SIVAM), destinado a atender todas as fases da vida dos indivíduos, sejam crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes. Garantindo a formação de adequados estilos de vida nas crianças.

Além disso avaliamos o desenvolvimento psicomotor orientando à mãe de como estimular esse desenvolvimento para prever retardo em ele. Se a criança não for estimulada ou motivada no devido momento, ela não conseguirá superar o atraso do seu desenvolvimento. Afinal, o desenvolvimento infantil se dá à medida que a criança vai crescendo e vai se desenvolvendo de acordo com os meios onde vive e os estímulos deles recebido.

O relevante papel de prevenção e promoção que as imunizações desempenham na Atenção Básica à Saúde é indiscutível. Poucas ações são tão fortemente evidenciadas como capazes de proteger a saúde infantil e de impactar a incidência e a prevalência de doenças. As vacinas que são preconizadas pelo Calendário Básico de Vacinação da Criança encontram-se disponíveis nas unidades básicas de saúde, é importante ir fazendo avaliação e controle de seu cumprimento nas consultas de puericultura conforme ao esquema de imunização nacional. Tem casos de atrasos que são discutidos pela equipe de saúde executando ações para o

resgate desses pacientes. Papel importante das agentes de saúde no dia ao dia das crianças.

Desde a captação o recém-nascido é orientada a educação e a motivação de todo o núcleo familiar para a saúde bucal da criança através de toda a equipe de saúde e principalmente por o dentista. A incorporação de hábitos de higiene bucal, o controle da ingestão de açúcares e a alimentação saudável feita pela família resultarão em saúde bucal para a criança e, consequentemente, melhor qualidade de vida. Assim como a orientação de bicos e chupetas muito usados em crianças.

Todos os profissionais que atendem crianças devem estar atentos aos sinais e sintomas físicos e comportamentais associados à violência ou à negligência, mesmo que até o momento não se tenha evidências fortes que subsidiem as recomendações deste rastreamento. A lavagem de mãos por todas as pessoas que têm contato com o bebê deve ser orientada em todas as visitas de puericultura, com o objetivo de evitar a propagação de micro-organismos causadores de doenças respiratórias.

Orientamos à família de modo a não permitir que pessoas fumem dentro de casa ou que aqueles que acabaram de fumar peguem o bebê no colo. Orientamos respeito do banho e sobre os cuidados com o coto umbilical, que deve cair nas primeiras duas semanas. Para isso, o coto deve ser mantido limpo e seco.

Importante as orientações sobre a troca de fraldas, a prevenção de assaduras, os hábitos de sono e os diferentes tipos de choro.

São muitas as ações orientadas durante uma consulta de puericultura, porque nessa idade todo é importante, o desconhecimento das mães poderia condicionar para uma situação de risco no bebe. A equipe de saúde tem que acompanhar de perto as crianças e oferecer toda a informação possível para a aprendizagem das mães dos cuidados do bebe. Nas aulas de UNA-SUS estudamos o Caso Inês e Daiane caso que referencia as dificuldades que poderiam apresentar se quando as mães não fazem o acompanhamento das crianças menores de um ano com a equipe de saúde.

4. VISITA DOMICILIAR

Segundo relatos históricos, os cuidados em saúde realizados no domicílio já são descritos no Egito Antigo e também na Grécia (em relatos de Asképlios e Hipócrates). Na Europa, no final do século XVIII, antes do surgimento dos hospitais e dos ambulatórios, já se praticava a atenção no domicílio como modalidade de cuidado (1). No século XIX, com o advento da medicina científica, iniciou-se o processo de transformação do sujeito em paciente, tendo o hospital como o local que contribuía para a neutralização das perturbações externas, de modo que a configuração ideal da doença aparecesse aos olhos do médico, no abismo que se instaurava entre eles.

Assim, um dos destinos da manifestação do sofrimento, a partir do século XIX, foi o hospital, que surgiu como espaço de consolidação da identidade de doente, de assistência, segregação e exclusão. A atenção domiciliar surge como alternativa ao cuidado hospitalar, provocando a possibilidade de retomar o domicílio como espaço para produção de cuidado e despontando como um “dispositivo para a produção de desinstitucionalização do cuidado e novos arranjos tecnológicos do trabalho em saúde” e trazendo grande potencial de inovação (3) Esta como extensão do hospital surgiu, propriamente dita, em 1947 para “descongestionar” os hospitais. A partir de então, as experiências desse tipo multiplicaram-se na América do Norte e Europa (4).

A Visita Domiciliar é um dos instrumentos mais indicados à prestação de assistência à saúde, do indivíduo, família e comunidade e deve ser realizada mediante processo racional, com objetivos definidos e pautados nos princípios de eficiência. Apesar de antiga, a Visita Domiciliar traz resultados inovadores, uma vez que possibilita conhecer a realidade do cliente e sua família *in loco*, contribuir para a redução de gastos hospitalares, além de fortalecer os vínculos cliente – terapêutica – profissional.

A amplitude da Visita Domiciliar na área da saúde, permite avaliar, desde as condições ambientais e físicas em que vivem o indivíduo e sua família, até assistir

os membros do grupo familiar, acompanhar o seu trabalho, levantar dados sobre condições de habitação e saneamento, além de aplicar medidas de controle nas doenças transmissíveis ou parasitárias.

Atualmente, a Visita Domiciliar deve estar direcionada para a educação e saúde e à conscientização dos indivíduos com relação aos aspectos de saúde no seu próprio contexto. Portanto, esses conceitos deverão ser lembrados, uma vez que o resultado desejado referente à Visita Domiciliar deverá ser a mudança de comportamentos realizada a partir de novas convicções que forem sendo adquiridas pelas famílias e comunidade.

A atenção básica à saúde é constituída por inúmeros programas de saúde, entre eles destaca-se a ESF. Esta estratégia tem como principal finalidade reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e com isso melhorar a qualidade de vida dos brasileiros. A ESF trabalha com a comunidade, conhecendo suas características e particularidades, priorizando ações de acordo com os problemas identificados pela população. Além disso, atua com equipes multidisciplinares, compostas minimamente por um médico generalista ou de família, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e quatro a seis ACSs.

Esta atividade do PSF constitui-se de um momento rico, o profissional presta assistência à saúde, acompanha a família, fornece subsídios educativos para que os indivíduos, ou o grupo familiar e a comunidade tenham condições de se tornar independentes. As equipes devem respeitar valores culturais e religiosos dos indivíduos e das famílias sob os seus cuidados exacerbando a humanidade (vulnerabilidade/impotência/mortalidade/solidariedade), uma vez que se dedicam profundamente ao cuidado, defrontando-se de maneira intensa com o sofrimento. O conforto oferecido ao usuário e às famílias é o que faz a diferença.

Em nosso ESF organiza-se as visitas domiciliares nas reuniões da equipe pelas prioridades. Geralmente as agentes de saúde na sua pesquisa diária e com o saber empírico que possui da comunidade identifica as necessidades de visitas da sua população e trace as propostas e preocupações à equipe de saúde. O ACS faz

com que suas orientações educativas sejam mais próximas da realidade da população, favorecendo o entendimento e a valorização.

Os ACSs desenvolvem uma visita domiciliar ampla, pois eles acompanham todas as famílias de seu micro área, tendo a oportunidade de visitar tanto as saudáveis quanto as doentes. Por ofertar uma maior atenção às famílias, o ACS percebe sua prática de cuidado de modo diferencial, ou seja, mais humanizada.

Todas as pessoas visitadas pelos ACS com doenças crônicas descompensadas geralmente em idosos, acamados, importantes riscos sociais, pacientes após alta hospitalar, com necessidade de visita pelo enfermeiro, médico ou outro profissional da equipe são apresentados pelos ACS nas reuniões.

Desse modo, o fato dele ser o responsável em trazer a demanda da comunidade aos demais profissionais o torna o principal vínculo entre a população e a ESF. Seu trabalho tem uma função mediadora que pode ser influenciada por suas percepções e experiências pessoais. Ademais, mediar a relação entre os serviços de saúde e a população é tarefa árdua, pois “supõe um forte vínculo comunitário, uma abertura para o diálogo e uma reflexão sobre as possibilidades de ação em cada situação concreta”. Sendo assim, supõe-se que a função mediadora do ACS e os laços comunitários, fortalecidos através da visita domiciliar, favoreçam o desenvolvimento de ações.

Uma vez escolhidos aqueles pacientes com necessidades de curativos, vacinação, coleta de exames de sangue e de urina, verificação de sinais vitais e hemoglucoteste (HGT) são visitados pelo enfermeiro que com seu conhecimento teórico, ou seja, o saber científico que possui, permite que ela desenvolva atividades educativas mais detalhadas e aprofundadas do que as realizadas pelos ACSs.

Nessa perspectiva, fica evidente a importância da atuação conjunta do enfermeiro e do ACS na visita domiciliar, pois seus saberes se complementam em prol de uma ação educativa coerente e resolutiva. Nossa ESF o enfermeiro, como estabelecido pela ESF, realiza a visita domiciliar somente aos usuários com necessidades de saúde prioritárias. Neste caso, ele acompanha o ACS em tal visita, o que facilita a aproximação com a família e a elaboração de práticas de saúde mais coerentes com a realidade destes usuários.

Acredita-se que o enfermeiro e o ACS, por serem profissionais que atuam diretamente com o usuário, tanto através de atividades na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) quanto nas visitas domiciliares, desenvolvam de modo intrínseco ao seu cotidiano as mais variadas práticas de saúde, principalmente as ligadas ao cuidado. A visita domiciliar permite um olhar in loco da realidade das famílias e se constitui em importante instrumento na ESF.

A prática de cuidado que o enfermeiro desenvolve na visita domiciliar é específica, destinada às famílias com prioridades de saúde, que, geralmente, estão doentes, necessitando de intervenções de saúde. Por isso, alguns ACSs da equipe percebem o cuidado da enfermagem como técnico. No entanto, a prática do enfermeiro vai além do cuidar técnico, pois ele também oferece conforto, apoio e orientação às famílias. Uma das atividades mais destacada por eles foi a escuta ativa, para alguns ouvir, conversar ou dar atenção. Sabe-se que, para entender os problemas que afetam um usuário e buscar a melhor solução, é necessário primeiro escutá-lo, deixar que relate suas queixas.

Para isso, a visita domiciliar se mostra como um momento propício, já que o usuário está na intimidade de seu lar. Nesse instante, o enfermeiro e o ACS podem identificar as reais necessidades do usuário, esclarecer dúvidas, orientar ou buscar junto a ele a melhor solução para o problema. A equipe deve ser capaz de propor intervenções nos problemas identificados, manejando novos saberes e a partir destes promover hábitos de vida mais saudáveis. Entre as atividades voltadas para o cuidado desenvolvidas pelos enfermeiros e ACSs também se destaca a observação da estrutura física do domicílio.

Eles notam a existência de água potável e de saneamento básico, a segurança do ambiente, a luminosidade, a ventilação e a higiene do ambiente doméstico. Estas características observadas no domicílio fazem parte de um conjunto de fatores denominados determinantes sociais de saúde (DSS). A presença dos profissionais de saúde no domicílio e suas informações em torno do ambiente doméstico repercutem em modificações no estilo de vida da família.

No caso das visitas domiciliares feitas pelo médico, na minha ESF foi escolhida segunda feira de manhã a partir das 9 horas, de igual jeito os pacientes

são escolhidos nas reuniões da equipe a proposta da enfermeira e com a informação oferecida pelas ACS. As vezes algum paciente precisa de urgência ser avaliado pelo médico por alguma complicação de seu estado de saúde e imediatamente o médico faz a visita geralmente acompanhado p ela enfermeira e o ACS. Quando se precisa de que outros profissionais consultem durante a visita domiciliar uns de nossos pacientes é decidido na reunião de equipe e comunicado imediatamente ao profissional requerido.

Pressupõe-se que a presença de uma equipe multidisciplinar proporcione o desenvolvimento de práticas de cuidado mais complexas, devido à interação entre os profissionais e os seus conhecimentos/experiências, entendendo práticas complexas como as que compreendem necessidades biológicas, psicológicas e sociais dos indivíduos/família/ coletividade, contemplando a integralidade, a humanização e a equidade.

5. REFLEXAÇÃO CONCLUSIVA

Desde o começo do curso prestei as maiores atenções e importância tendo em conta que precisava adquirir conhecimentos para aperfeiçoar meu trabalho na minha ESF um reto para mim cumprir. Não seria tarefa fácil pois na minha ESF não tem muito interesses nem tem muitos conhecimentos sobre o funcionamento desta como estratégia de família, sino que estão acostumados a outro tipo de atenção. A Atenção Primaria tem muita responsabilidade na qualidade de vida dos pacientes porem precisa de profissionais com muita qualificação, já que é aporta de entrada do sistema de saúde.

Os materiais têm sido muito interessantes, os vídeos aulas bem explicativas oferecendo detalhes sobre cada doença estudada, fazendo ênfases em protocolos, leis, portarias, diretrizes. A Aplicação desses protocolos no manejo da Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, DST, HIV, foi fundamental devido à alta incidência e prevalência em nossas comunidades. Tudo isso para ser aplicado na ESF após seu estudo, nas diferentes atividades: consultas, visitas domiciliares, reuniões com os

diferentes grupos de doentes, reuniões de equipe, no planejamento em sentido geral do trabalho da ESF.

Nos casos complexos foram um bom ensinamento na hora do enfrentamento de diferentes pacientes, o manejo nas condutas no sentido geral e integral. Os temas relacionados ao abuso de drogas, álcool, violência doméstica e doenças mentais foi uma experiência nova e impactante já que não estamos acostumados a ter esses pacientes nas áreas de saúde si não que são geralmente atendidos por especialistas em essas doenças. Dediquei muito tempo a cada tarefa, cada modulo, para aumentar minha aprendizagem sobre os diferentes temas.

As vezes teve algumas dificuldades na interpretação do que os professores pediam fazer o que trouço como resultados algumas dificuldades no protocolo, mais no sentido geral tudo foi bem compreendido. O estudo do curso da Especialização em Saúde da Família teve muita importância para mim como profissional da saúde. Percebei o bom desenho e planejamento das atividades na Atenção Básica no Brasil. Acredito que isso vai mudar muito os estilos de vida da população e a qualidade da saúde.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Schmidt Maria Inês, Duncan Bruce Bartholow. O enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis: um desafio para a sociedade brasileira. Epidemiol. Serv. Saúde [periódico na Internet]. 2011 Dez [citado 2016 Fev 07]; 20(4): 421-423. Disponível em http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167949742011000400001&lng=pt. http://dx.doi.org/10.5123/S167949742011000400001.

2. Mendes, Eugênio Vilaça. "O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família." O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

3. Duncan, Bruce Bartholow, et al. "Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação." Revista de Saúde Pública 46 (2012): 126-134.

4. Chor, Dora, and Paulo Rossi Menezes. "Saúde no Brasil 4 Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais." Veja 6736.11 (2011): 60135-9.

5. DA, ESTRATÉGIAS PARA O. CUIDADO, and PESSOA COM DOENÇA CRÔNICA. "CADERNOS ATENÇÃO BÁSICA."

6. Referências BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Cadernos de Atenção Primária, n. 29)

7. Paim, Jairnilson, et al. "Saúde no Brasil 1 O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios." Veja 6736.11 (2012): 60054-8.

8. Schmidt, Maria Inês, and Bruce Bartholow Duncan. "O enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis: um desafio para a sociedade brasileira." Epidemiologia e Serviços de Saúde 20.4 (2011): 421-423.

9. Unicef. World declaration on the survival, protection and development of children. New York: Unicef; 1990.

10. Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social (SP). Direitos da criança e do adolescente. São Paulo (SP): Secretaria de Assistência e desenvolvimento social 2000.

11. FIGUEIREDO, Glória Lúcia Alves and MELLO, Débora Falleiros de.Child health care in Brazil: aspects of program vulnerability and human rights. Rev.

Latino-Am. Enfermagem [online]. 2007, vol.15, n.6, pp. 1171-1176. ISSN 1518-8345. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000600018.

12. BRASIL. Constituição Federal promulgada em 05 de outubro de 1988. 24 8 a ed. por Nylson Paim de Abreu Filho. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2004.
13. SECRETARIA DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. Resolução da CIB/ RS 181/2005. www.saude.rs.gov.br
14. SECRETARIA DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. Núcleo de Informações em Saúde, SINASC/RS, Estatísticas de Nascimento. Porto Alegre: SES, 2007, www.saude.rs.gov.br
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília, 2004a.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos. Brasília: Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde, 2002b.
17. Ministério da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Brasília: Editora MS, 2002a.
18. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. The National Institutes of Health. The HIV medicine association of the infectious diseases society of America. The Pediatric Infectious Diseases Society. Guidelines for prevention and treatment of opportunistic infections among HIV-exposed and HIV-infected children. June 2008. Disponível em: . Acesso em: 7 maio 2012.
19. MOSS, W. J.; CLEMENTS, C. J.; HALSEY, N. A. Immunization of children at risk of infection with human immunodeficiency virus. Bulletin of the World Health Organization, v. 81, n. 1, p. 61-70, 2003.
20. Ministério da Saúde. Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: norma técnica. Brasília: Editora MS, 2011.

21. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. VIVA – Vigilância de Violência e Acidente. 2006 – 2007. Brasília: Editora MS, 2009a.

22. SILVA, K. L. et al. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 166-176, fev. 2010.

23. BRANT, L. C.; MINAYO, C. G. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica a psicodinâmica do trabalho. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 213-223, 2004.

24. FEUERWERKER, L. C. M; MERHY, E. E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração das redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. Rev. Panam Salud Pública, Mexico, v. 24, n. 3, p. 180-188, 2008.

25. REHEM, Tânia Cristina Morais Santa Bárbara; TRAD, Leny Alves Bomfim. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, [s.n.], p. 231-242, 2005. Suplemento.

26. FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-352, 2000.

27. CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

28. BRASIL. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: a clínica. Brasília, 2004. 18 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

29. OLIVEIRA, F.; BERGER, C. Visitas domiciliares em atenção primária à saúde: equidade e qualificação dos serviços. Momentos e perspectivas em saúde, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 69-74, jul./dez. 1996.

ANEXO – PROJETO DE INTERVENÇÃO

PROJETO DE INTERVENÇÃO

MIRLEY VILATO FLORIAM

INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE O USO DE BENZODIAZEPÍNINAS EM PACIENTES DO POSTO DE SAÚDE DO BAIRRO SÃO ROQUE, CONSTANTINA, RIO GRANDE DO SUL, BRASIL DURANTE PERÍODO DE DEZEMBRO 2015- JULHO 2016.

PORTO ALEGRE-RS

2015

RESUMO

Se fará um estudo experimental de intervenção de capacitação sobre o uso de benzodiazepínicos em pacientes pertencentes ou Posto de Saúde do Bairro São Roque município Constantina. Rio Grande do Sul. O universo será composto de um total de 118 pacientes. Finalmente se escolhiera uma amostra intencional segundo os critérios de inclusão. Será caracterizado por a idade, o sexo, a educação, sintomas apresentados antes do consumo da droga, medicamentos usados, condições que geraram os sintomas. O nível de conhecimento irá ser avaliada antes e após a intervenção. Questões éticas para pesquisa educacional sera levado em conta. Para a recoleção dos dados primarios se reealizara um questionário. As informações seram processadas utilizando sistema de processamento de Microsoft Excel para o método de aritmética simples. Os resultados serão apresentados em tabelas de distribuição de frequências absoluta de dupla entrada, utilizando percentagem como medida sumária do variáveis qualitativas. O análise dos resultados serão segundo os objectivos própostos com os critérios do autor e outros pesquisadores, permitindo a finalmente emitir conclusões e recomendações.

1. INTRODUÇÃO

As Benzodiazepinas ou tranquilizantes são drogas que agem diretamente no sistema nervoso central, alterando aspectos cognitivos e psicomotores no organismo. São várias as denominações atribuídas a essa medicação: ansiolíticos, sedativo-hipnóticos, "calmantes". Seus principais efeitos terapêuticos são a sedação, hipnose e relaxamento muscular. [1]O aumento do seu consumo, nessa década, possivelmente está relacionado com o surgimento de novas medicações, com a ampliação das indicações terapêuticas, bem como com o crescimento de sintomas como ansiedade, depressão, transtornos do sono na população em geral, em especial nas mais jovens [2], ainda sem ter um diagnóstico feito por um especialista. Destaca-se algumas classes de tratamento em pessoas jovens, incluindo estudantes, já que apresentar um perfil mais tolerável de efeitos colaterais [3].

Sua prescrição e utilização ocorrem de forma abusiva, mesmo sendo um medicamento controlado e dispensado somente com apresentação de receita é conhecido que as Benzodiazepinas promovem altas taxas de tolerância e dependência, o que leva, respectivamente, ao aumente o da dose necessária para o mesmo efeito terapêutico, e quando seu uso é interrompido abruptamente, provocam o surgimento de sinais e sintomas contrários aos efeitos terapêuticos esperados da droga. Uma estatística da Organização Mundial de Saúde publicada há alguns anos mostrou um consumo anual de 500 milhões de diferentes psicotrópicos no Brasil.

Desses, 70% eram ansiolíticos, ou seja, medicamentos (geralmente benzodiazepínicos) para diminuir a ansiedade, apreensão, tensão ou medo. Muitas pessoas só dormem após tomarem seu sedativo preferido e, para suportar o dia desagradável que virá, ingerem mais outro calmante diurno. Alguns usam os tranquilizantes para viajar de avião, dançar, namorar, transar, fazer provas, dar aulas, casar, isto é, as atividades que podem acarretar certo grau de intranquilidade [6]. Estudos da Organização Mundial da Saúde (OMS) [7], a Organização das Nações Unidas (ONU) [8] e outros realizados em diversos países latino americanos mostram

o aumento do consumo destes medicamentos entre jovens de 15 a 25 anos, depois das melhoras na comercialização e desenvolvimento social.

Fatores como o sexo feminino, viver sozinho, o desemprego, ter entre 20–40 anos, baixas taxas, constituem fatores do risco para o consumo desses medicamentos. Do mesmo jeito o estresse social a disfunção familiar tem sido fatores de agravo no consumo. Essas características podem contribuir para um início prematuro no uso dessa medicação e o consequente uso crônico, através da dependência, em idades mais avançadas. [13]

No Brasil existe um fator que contribui para o uso indiscriminado de medicação psicotrópica é a distribuição gratuita dessa medicação por programas governamentais, sem maiores medidas de controle, acaba por permitir uma facilidade ao acesso. [14] A legislação que aprova o regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial é a Portaria n.º 344/98 - SVS/MS, de 12 de maio de 1998 (CFF, 1999/2000), a qual define as seguintes lista de substâncias: A1 e A2 (entorpecentes), A3, B1 e B2 (psicotrópicas), C1 (outras substâncias sujeitas a controle especial), C2 (retinóicas para uso sistêmico) e C3 (imunossupressoras).

A portaria legisla sobre vários parâmetros para a prescrição e venda destes produtos, e determina, por exemplo: quanto à notificação de receita dos medicamentos A1, A2, A3, B1 e B2, este é o documento que acompanhado de receita autoriza a dispensação de medicamentos componentes das listas e que a mesma deverá estar preenchida de forma legível e a farmácia ou drogaria somente poderá aviar ou dispensar quando todos os itens da receita. [15]

A prescrição médica indevida também contribui para a manutenção do uso crônico de benzodiazepínicos. Grande parte dos consumidores recebe prescrições de clínicos gerais ou outras especialidades médicas, e não de psiquiatras. Essa realidade propicia o surgimento de diversas complicações advindas do uso a longo prazo da medicação. [16] Estudos recentes relacionam a utilização prolongada de benzodiazepínicos a déficit da atividade cognitiva, principalmente em idosos, agravando o quadro da perda natural dessa função nesta faixa etária. [17]

O elevado consumo desta classe terapêutica é relevante, considerando-se os graves efeitos colaterais que ela pode ocasionar, assim como o seu vínculo com importantes problemas sociais, tais como a violência e acidentes de carro. O seu uso continuado e em doses excessivas poderia levar, ainda, à degeneração de células cerebrais, incorrendo em lesões irreversíveis (UNESP, 2003). [18]

As Benzodiazepinas são medicamentos necessários e seguros, mas podem causar dependência física e/ou psíquica. A dependência psíquica favorece o desenvolvimento da procura compulsiva do fármaco, surgindo o vício, o que leva à distorção dos valores pessoais e sociais do indivíduo, prejudicando o seu comportamento social. [19]

JUSTIFICATIVA

No mundo existem estudos randomizados controlados, da eficácia da intervenção através de aconselhamento e educação, além de, ou em vez de, tratamentos com drogas para mudança nos estilos de vida das pessoas em ambientes de cuidados primários e de trabalho. Na atenção primária de saúde, o médico, estabelece uma ligação estreita com as pessoas e conhece minuciosamente todos seus problemas de saúde, tem a possibilidade de exercer ações preventivas e conseguir modificar hábitos inadequados que ameaçam a saúde individual, de suas famílias, comunidade e elevar o nível de conhecimento da população, através de programas de educação em saúde que são desenvolvidos em todas as áreas, assim, alcançar estilos de vida saudáveis e meios para agir em indivíduos por seu binestar biopsicossocial.

O sistema de atividades educativas a serem implementadas, fornecerão as ferramentas necessárias para os pacientes e as famílias para ajudá-los a compreender a importância de mudar esses fatores de risco que interferem negativamente na sua saúde e o aparecimento da doença. Além disso encontrarão resultados em todos os sentidos. Cientificamente uma importante linha de pesquisa o assunto iria se desenvolver porque a literatura não relata estudos apoiados sobre o assunto nesta área de saúde que podem resolver o problema do ponto de vista

da educação e da promoção da saúde. Do ponto de vista econômico, podendo mudar modo e estilo de vida com decisões precisas e consistentes de esses pacientes pode se economizar muito recursos materiais e humanos. No benefício social seria marcado uma vez que evita se a morbimortalidade e incapacidade por essas afecções. A partir da análise causal do problema geral e seus antecedentes é proposto como **problema cientista** da investigação a seguinte pergunta: Como ajudar a elevar o nível de conhecimento sobre Benzodiazepinas em pacientes com alto risco, para ser desenvolvido no Posto de Saúde do Bairro São Roque, Constantina, Rio Grande de Sul, Brasil no período de Dezembro 2015-Julho 2016.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Implementar uma intervenção educativa sobre o uso de Benzodiazepinas em pacientes do Posto de Saúde do Bairro São Roque, Constantina, Rio Grande do Sul, Brasil durante período de Dezembro 2015-Julho 2016.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar os pacientes de acordo com variáveis de interesse (idade, sexo e escolaridade);
2. Precisar os sintomas apresentados antes do consumo dos medicamentos, condições que geraram os sintomas e medicamentos utilizados;
3. Determinar o nível de conhecimento dos pacientes sobre o uso de benzodiazepínicos antes e depois da intervenção educativa;
4. Avaliar os resultados alcançados com a implementação do programa educativo através da escala de opinião uma vez que o estudo estiver concluído.

3. REVISÃO DA LITERATURA

EPISTEMOLÓGICA E TENDÊNCIA DO PROBLEMA SOB INVESTIGAÇÃO

Civilizações antigas, e não primitiva, fizeram, e ainda fazem uso de alucinógenos de forma ritualística sem enfrentarem nem um problema de dependência: o ritual religioso, shamanístico, com suas características de expiação e de exorcismo, não é uma forma de obtenção de prazer. De longe, os Benzodiazepínicos são as drogas mais usadas em todo o mundo e, talvez por isso, consideradas um problema da saúde pública nos países mais desenvolvidos.

Em 1966 o clordiazepóxido se tornou a substância mais prescrita no mundo, estava inaugurada a era dos benzodiazepínicos. Esta substância merece importancia por ter sido proposta primeiramente para uso em clínica geral e medicina psicossomática e secundariamente como “psicotrópico” com utilização clínica variando desde “reações de ansiedade” até “psicoses crônicas”. Em 1978 foi publicado um livro que trata do uso correto, do uso excessivo, do uso indevido e do abuso de benzodiazepínicos.

Nos últimos vinte e cinco anos, o abuso de benzodiazepínicos principalmente em casos de polifarmácia ou de politóxicofilia foi amplamente demostrado. O abuso mais comum é observado em alcoólatras com repetidos casos de amnésia e de alterações na memória recente. Alguns benzodiazepínicos de ação rápida ou ultra-rápida são utilizados em indução anestésica ou em procedimentos invasivos de curta duração justamente em função desses efeitos amnésticos. Por outro lado, antidepressivos de uso corrente - inibidores de recaptura de neurotransmissores - também induzem déficits minêmicos.

Nesse contexto, não se pode deixar de concordar com Marks [21] em sua análise sobre o ‘significado do uso de benzodiazepínicos dentro da comunidade’, apesar de se reconhecer o baixo potencial dessas substâncias desenvolverem dependência quando utilizadas em condições clínicas corretas. Conseqüentemente, seu potencial de abuso deve ser bastante elevado: isso é o que Marks denomina de ‘significado da dependência aos benzodiazepínicos dentro da comunidade’.

Entretanto, o uso indiscriminado e por tempo prolongado de benzodiazepínicos, a exemplo do que ocorre com outras sustâncias que atuam no sistema nervoso central, revelou outro aspecto além do potencial de abuso: a extrema dificuldade em se interromper o “tratamento” ou seu uso indevido, fora de um contexto clínico especializado. Neste ponto os ansiolíticos benzodiazepínicos se aproximam dos antidepressivos que inibem seletivamente a recaptura de um ou mais neuromoduladores e desenvolvem o que se convencionou chamar de ‘síndrome de descontinuação’ isto é de abstinência, quando seu emprego por tempo prolongado é interrompido bruscamente... Alias, Kaplan & Sadock [22] afirmam textualmente que benzodiazepínicos causam síndrome de descontinuação.

Os riscos do uso continuado de benzodiazepínicos incluem a tolerância e conseqüente aumento progressivo de dose, um prérequisito para o desenvolvimento de dependência que, con forme visto anteriormente são mínimos. E isso se dá por serem os benzodiazepínicos, curiosamente, substâncias muito bem toleradas e se listam entre os medicamentos mais seguros jamais sintetizados quando utilizados isoladamente; mesmo em tentativas de suicídio, sua letalidade é mínima. E os tão temidos déficits mnêmicos com o emprego de benzodiazepínicos e de antidepressivos que inibem a recaptura de serotonina e os que além desse neuromodulador inibem também a recaptura de noradrenalina e os que são dotados de atividade anticolinérgica.

4. EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA

As Benzodiazepinas ainda possuem indicações precisas para controle da ansiedade e como tratamento adjuvante dos principais transtornos psiquiátricos, mas continuam sendo prescritos de modo indiscriminado, tanto por psiquiatras quanto por médicos de outras especialidades. Se transformou num problema de saúde pública o uso racional de medicamentos psicotrópicos, já há muito ultrapassou a área de especialidade dos psiquiatras.

Tem sido constatado enormes distorções nas prescrições dos diferentes psicotrópicos feitas pelas mais diferentes especialidades médicas. Apesar de

geralmente bem tolerados, as Benzodiazepinas podem apresentar efeitos colaterais, principalmente nos primeiros dias. Desse modo, os pacientes devem ser orientados a não realizarem tarefas capazes de expô-los a acidentes, tais como conduzir automóveis ou operar máquinas.

A Atenção Primaria constitui os serviços de menor complexidade em relação ao atendimento em saúde mental, as responsáveis pela promoção, prevenção e reconhecimento de patologias psiquiátricas, especialmente em cidades ou regiões com menos de 50 mil habitantes. Deve ser capaz de atender todos os transtornos incidentes sobre a população sob sua responsabilidade, exceto os incomuns e/ou mais complexos, cuja competência é relativa aos níveis secundário e terciário de atenção à saúde. A OMS[24], entretanto, afirma que o reconhecimento dos transtornos mentais na atenção básica, por parte dos profissionais, é de baixa a moderada na melhor das hipóteses.

As equipes realizam atividades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde, tais como ações educativas em escolas, tratamento e monitoramento de pacientes consumidores com risco e consumidores de Benzodiazepinas. Na Atenção Básica formam-se um conjunto de ações de Saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

A atenção aos portadores de transtornos mentais tem como objetivo o pleno exercício de sua cidadania, e não somente o controle de sua sintomatologia. Isso implica em organizar serviços abertos, com a participação ativa dos usuários e formando redes com outras políticas públicas (educação, moradia, trabalho, cultura etc). A interação da Atenção Básica com as escolas do território também possibilita a implementação de ações de promoção da saúde mental e prevenção de problemas nesta área. O território detém muitos recursos valiosos que podem ser disponibilizados e arranjados para compor projetos terapêuticos efetivos.

Os setores da educação, assistência social e justiça, além da saúde em geral, e da saúde mental em particular implicasse na busca de processos de trabalhos mais coletivos em prol de resultados melhores e mais justos voltados para a melhoria da saúde mental das pessoas. O Manejo Psicossocial Suporte psicológico deve ser oferecido e mantido tanto durante quanto após a redução da dose, incluindo informações sobre os benzodiazepínicos, reassegura mento, promoção de medidas não-farmacológicas para lidar com a ansiedade. O paciente deve receber reassegura mento da capacidade de lidar com estresse sem os benzodiazepínicos, bem como ênfase na melhora da qualidade de vida. Deve-se oferecer apoio psicossocial, treinamento de habilidades para sobrepujar a ansiedade e tratamento de estados depressivos subjacentes.

Diversos fatores podem influenciar no uso de benzodiazepínicos.

Os benzodiazepínicos encaixam-se como solução para algumas condições que abundam nos grandes aglomerados humanos: redução da ansiedade, do stress, atividade ‘relaxadora’, regulação do sono e uma ‘sensação de bem-estar’. Estudos indicam que existe forte relação entre idade e gênero com o consumo de benzodiazepínicos. As mulheres idosas, além de utilizarem com maior frequência os serviços de saúde, estão mais propensas a problemas de cunho afetivo e psicológico, o que confere a elas aproximadamente 30% de prevalência na utilização dessa medicação.

No Brasil existe ainda outro fator que contribui para o uso indiscriminado de medicação psicotrópica. A distribuição gratuita dessa medicação por programas governamentais, sem maiores medidas de controle, acaba por permitir uma facilidade ao acesso. Alguns estudos também relacionam a maior prevalência do consumo de ansiolíticos com trabalhadores que enfrentam longas jornadas de trabalho e ficam mais expostos ao estresse. Essa característica pode contribuir para um início prematuro no uso dessa medicação e o consequente uso crônico, através da dependência, em idades mais avançadas.

5. METODOLOGIA

Se fara um estudo experimental de intervenção de capacitação no uso de benzodiazepínicos aos pacientes do Posto de Saúde do Bairro São Roque município Constantina,Estado de Rio Grande do Sur, Brasil durante período de Dezembro 2015-Julho 2016. O universo será composto de todos os pacientes (118) com uso de Benzodiazepinas. Finalmente amostra sera escolhida de jeito intencional e atendendo aos critérios de inclusão propostos.

Critérios de inclusão

1. Que os pacientes concordem em participar na investigação;
2. Que os pacientes tomem pelo menos um tipo B de Benzodiazepina;
3. Que os pacientes estem na faixa etária entre 15 e 49 anos de idade.

Critérios de Saída

A pesquisa será realizada em 3 etapas principais, na prática as segunda e terceira etapas serão executadas simultaneamente.

Primeira fase: Estudo quali-quantitativa e disponibilidade de recursos.

- Determinação dos recursos humanos e materiais para a realização do estudo;
- Definição do universo e amostras de estudo;
- Realização do estudo piloto;
- Operacionalização das variáveis de interesse do pesquisador;
- Elaboração do programa educativo para a capacitação.

Segunda etapa: Metodologia Educacional

- Avaliação inicial do nível de conhecimento dos pacientes a partir da aplicação do questionário;
- Capacitaçao dos pacientes em uso de benzodiazepínicos a partir da implementação do programa educacional.

Terceira etapa: Garantir a sustentabilidade do programa

- Compromisso de Gestão;
- Divulgação e promoção das actividades educativas;
- Avaliação do estudo de intervenção.

PACTUAÇÃO DAS AÇÕES

O programa educacional será desenvolvido ao longo de um período de dois meses com uma frequência de quatro horas semanais. A turma será dividida em três grupos de 20 pessoas cada um, para garantir uma maior interação e facilitar a aprendizagem. Como uma forma de organização do ensino serão utilizados a conferência , o taller e classe demonstração incluirá prática educacional técnicas de aprendizagem participativa.

Nas reuniões iniciais e finais , se executara um questionário para avaliar o nível de conhecimento dos participantes antes e após a intervenção. O questionário será composto por sete perguntas como "teste" de múltipla escolha , cada um com várias subseções. O sistema de avaliação é explicada no final do Programa de Educação .

EXECUÇÃO DAS AÇÕES

Para realizar a investigação se obterá o consentimento informado dos pacientes (Anexo 1) sobre a decisão de participar da pesquisa. Além disso, se confeccionara um questionário de múltipla escolha (Anexo 2) de anonimato, com a finalidade de coletar informações sobre o conhecimento do uso das benzodiazepinas de antes e depois de desenvolver a intervenção educativa.

Um segundo instrumento feito pelo autor (Anexo 3) para avaliar a intervenção com média de alternativas que apoiam e corrigir cada variável

considerada quando o médio de resposta é de 85% ou mais de todos os participantes que tomaram parte também será aplicada.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

O projeto será apresentado por o ator na reunião semanal da ESF Bairro São Roque que ocorrerá na primeira semana do mês de Dezembro, esclarecendo todas as etapas de trabalho e os profissionais que estarão envolvidos.

Posteriormente o projeto será apresentado na reunião mensal de Janeiro do Conselho Local de Saúde do ESF Bairro São Roque para esclarecimento do trabalho à população e alterações, se fora necessário. Os dados primários serão processados usando o sistema de processamento de dados Microsoft Excel pelo método de aritmética simples.

Os resultados serão apresentados em tabelas de distribuição de frequências absoluta de dupla entrada, usando o percentual como medida sumária do variáveis qualitativas.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O análise dos resultados mais relevantes na ordem dos objectivos com a justificativa e os critérios do próprio autor e outros pesquisadores serão apressentados na reunião da equipe ESF Bairro São Roque. para avaliação da intervenção e discussão sobre futuros estrategias no trabalho. Finalmente serão dadas conclusões e recomendações.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Nos últimos anos tem havido vários códigos de ética e normas de conduta para a pesquisa educacional. Na maioria incluem: a proteção dos seres humanos, o investigador dá a conhecer a sua orientação e valores, respeitando as condições de privacidade, etc. Falar de um código de ética para a investigação educacional,

é bastante difícil, pois seria admitir a universalidade dos atos humanos, os valores daqueles que desempenhar o papel de professores, um método único que poderia resultar na tomada de decisões universais.

Na pesquisa experimental existe manipulação da variável independente e contextos artificiais ou selecionando as condições em que terá lugar a experiência, o que pode levar os participantes a situações de fadiga, estresse ou frustração ou estados indesejáveis. A pesquisa educacional, como a ação humana contém um componente que é determinado e este é o componente ético. "Ser ético é parte de um processo de planejamento, tratamento e avaliação inteligente e sensível, em que o pesquisador procura maximizar os bons produtos e minimizar os riscos e danos" (Sieber, 2001: 25). Neste sentido, a pesquisa educacional pode ser considerado como bom, se o impacto produzido afeta a prática e aumenta o conhecimento na teoria educativa.

As responsabilidades de pesquisadores educacionais podem ser classificadas em quatro grupos: responsabilidade para com a ciência (pesquisa para ampliar o conhecimento ou aprofundar a sua compreensão) com a educação ea sociedade (determinar como os resultados sejam divulgados e utilizados), contribuir para a educação aprendizes ou assistentes em pesquisa e os participantes da pesquisa. (Smith, 2001). Além disso encontrase cinco princípios morais que guian a proposta ética: respeito pelas pessoas e sua autonomia, seu benefício e não mal, justiça, confiança e lealdade e integridade científica.

O investigador deve respeitar os participantes como pessoas valiosas que têm o direito autónomo da decisão de inclusão ou não no âmbito da investigação. No princípio do benefício, o pesquisador deve planejar e operar a pesquisa maximizando os benefícios para os participantes e minimizando o possível risco, especialmente para garantir que não toma decisões pensando em seu benefício, mas se no beneficio dos participantes. Este princípio é um dos mais complexo e ambíguo na sua aplicação, uma vez que o cálculo do custo-benefício muitas vezes não pode ser calculado anteriormente e, por vezes, não são da mesma natureza.

6. CRONOGRAMA

O cronograma de atividades abrange um período de oito meses e está apresentado no quadro abaixo.

Atividades	2015	2016						
	Dec	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul
Elaboração do projeto	X	X	X					
Apresentação do projeto de intervenção ao supervisor de campo				X				
Apresentação do trabalho para equipe da ESF Bairro São Roque					X			
Apresentação do trabalho para Conselho Local de Saúde					X			
Execução do Plano de Intervenção						X	X	
Análise dos resultados								X
Apresentação dos resultados e avaliação do trabalho								X

7. RECURSOS NECESSARIOS

Nos recursos humanos serão compostos por: 1 médico, 2 agentes comunitários de saúde, 2 técnicos de Enfermagem, 1 enfermeiro, 1 Licenciado em Bioestadística. Os materiais utilizados serão disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Constantina para a ESF do Bairro São Roque. O computador e o datashow (material permanente) utilizado para execução desse trabalho será disponibilizado pela ESF Bairro São Roque.

Item	Nome	Quantidade	Custo (R$)	Total (R$)	Órgão pagador
1	Cartucho de tinta para impressora	2	50,00	100,00	SMS Constantina
2	Papel sulfite tamanho A4	2	12,00	24,00	SMS Constantina
3	Canetas esferográficas ponta fina	20	2,00	40,00	SMS Constantina
4	Computador	1	1,799.00	1,799.00	ESF Bairro São Roque
5	Datashow	1	1,950.00	1,950.00	ESF Bairro São Roque
6	Calculadora Manual	2	10,00	20,00	SMS Constantina
7	Pasta	10	3,00	30,00	SMS Constantina

8. RESULTADOS ESPERADOS

Com a implantação do projeto de intervenção espera-se melhorar o conhecimento de a equipe e dos pacientes em relação ao uso de Benzodiazepinas.

Diminuir a incidência da doença e elevasse a qualidade de vida da população de risco e no sentido geral. Diminuir as complicações e os efeitos indesejável.

Transmitir essas mudanças a população geral

A equipe de saúde deverá incrementar as ações de promoção e prevenção em pessoas de risco de usos de Benzodiazepinas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ministério da Saúde (BR). Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento: efeitos de substâncias psicoativas no organismo. 3ª ed. Brasília (DF); 2006. [Links]
2. Schmitt R, Gazalle FK, Lima MS, Cunha A, Souza J, Kapczinski F. The efficacy of antidepressants for generalized anxiety disorder: a systematic review and meta-analysis. Rev Bras Psiquiatr 2005; 27(1):18-24. [Links]
3. Usala T, Clavenna A, Zuddas A, Bonati M. Randomised controlled trial of selective serotonin reuptake inhibitors in treating depression in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. Eur Neuropsychopharmacol 2008; 18(1):62-73. [Links]
4. Ministério da Saúde (BR). Relação nacional de medicamentos essenciais. ed. Brasília (DF); 2007. [Links]
5. Bicca MG, Argimon IIL. Habilidades cognitivas e uso de benzodiazepínicos em idosas institucionalizadas. J Bras Psiquiatr. 2008 mar;
6. Organización Mundial de la Salud (OMS). Invertir en salud Mental [internet]. Ginebra: OMS; 2004 [acceso 22 de noviembre de 2010]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/ 2004/9243562576.pdf.
7. Ministerio de la Protección Social. Estudio Nacional de Salud Mental 2003 [internet]. Bogotá: El Ministerio; 2003 [acceso 11 de mayo de 2011]. Disponibleen:http://www.minproteccionsocial.gov.co/DocumentosyPubliciones.
8. Ministerio de la Protección Social, Asociación Colombiana de Psiquiatría. Política Nacional del campo de la salud mental, Colombia, 2007 [internet]. Bogotá: El Ministerio; 2007 [acceso 11 de mayo de 2011]. Disponible en: http://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpccontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Salud/Secciones/Plantillas%20Gen%C3%A9ricas/Documento/2011/Salud%20Mental/Normatividad/POLiTICA%20DE%20SALUD%20MENTA
9. First MB, Tasman A. Clinical Guide to the Diagnosis and Treatment of Mental Disorders. Englad: Wiley Segunda Ed; 2006. p .252–357.

10. Molina AS, Miasso AI. Benzodiazepine use among employees of a private company. Rev Latino-am Enfermagem. 2008 jun; 16 (esp): 517.
11. Cruz AV, Fulone I, Alcalá M, Fernandes AA, Montebelo MI, Lopes LC. Uso crônico de diazepam em idosos atendidos na rede pública em Tatuí-SP. Ver Cienc Farm Basica Apl. 2006 jul; 27(3): 259-67.
12. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). Portaria n.º 344/98 - SVS/MS de12 de maio de 1998. Aprova Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Organização Jurídica da Profissão Farmacêutica, Conselho Federal de Farmácia. 2 ed., Brasília,
13. Orlandi P, Noto AR. Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave no município de São Paulo. Rev Latino-am Enfermagem. 2005; 13 (n esp): 896-902.
14. Bicca MG, Argimon IIL. Habilidades cognitivas e uso de benzodiazepínicos em idosas institucionalizadas. J Bras Psiquiatr. 2008 mar;57(2): 133-38.
15. UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA (UNESP). Projeto viver bem. As anfetaminas. Disponível em: <http://www.viverbem.fmb.unesp.br/tranquilizantes_ansiolticos.htm> Acesso em: 25 ago. 2003.
16. Moraes Walter André dos Santos, Burke Patrick Rademaker, Coutinho Pablo Lorenzon, Guilleminault Christian, Bittencourt Aline Gomes, Tufik Sergio et al. Sedative antidepressants and insomnia. Rev. Bras. Psiquiatr. 2011, pg. 91-95. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516444620110001000 17&lng=es. http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462011000100017.
17. Cortese, S., Mattos,P. & Bueno, J. R. – Deficits mnêmicos associados ao uso de antidepressores - J.bras.Psiq.47: 343-348, 1998
18. Marks, J. – The benzodiazepines – Use, overuse, misuse, abuse – MTP Press Ltd., Lancaster, England, 1978, 127 pp.
19. Steer RA, School TO, Hediger ML, Fischer RL. Self-reported depression and negative pregnancy outcomes. J Clin Epid. 1992; 45:1093-9.

20. Andreatini Roberto, Boerngen-Lacerda Roseli, Zorzetto Filho Dirceu. Tratamento farmacológico do transtorno de ansiedade generalizada: perspectivas futuras. Rev. Bras. Psiquiatr. [Internet]. 2001 Dic [citado 2015 Ago 02] ; 23(4): 233-242. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462001000400011&lng=es.
21. World Health Organization (WHO). Integrating mental health into primary care: a global perspective. Geneva: WHO/WONCA; 2008.
22. Fresán Ana, Minaya Omar, Cortés-López Jorge Luis, Ugalde Oscar. Características demográficas y clínicas asociadas a la dependencia a benzodiacepinas en pacientes psiquiátricos. Salud Ment [revista en la Internet]. Abr [citado 2015 Sep 19]; 34(2): 103-109. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000200003&lng=es.
23. Lima Carlos Augusto de Mendonça, Baumann Pierre, Eap Chin Bin. Concentrações plasmáticas de paroxetina em pacientes adultos e idosos com depressão. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul [Internet]. 2008 Abr [citado 2015 Ago 02] Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082008000100006&lng=es.
24. Lucchetti Giancarlo, Granero Alessandra Lamas, Pires Sueli Luciano, Gorzoni Milton Luiz, Tamai Sérgio. Fatores associados ao uso de psicofármacos em idosos asilados. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul [Internet]. 2010 [citado 2015 Ago 02]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082010000200003&lng=es
25. ZhornitskyS, RizkallahE, PampoulovaT, ChiassonJP, StipE, RomprePP, PotvinS, . Antipsychotic agents for the treatment of substance use disorders in patients with and without comorbid psychosis. Journal of Clinical Psychopharmacology 2010;30(4) :417-424.
26. Andreatini Roberto, Boerngen-Lacerda Roseli, Zorzetto Filho Dirceu. Tratamento farmacológico do transtorno de ansiedade generalizada: perspectivas futuras. Rev. Bras. Psiquiatr. [Internet]. 2001 Dic [citado 2015 Ago 02].Disponible:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462001000400011&lng=es.

27. Scalco Mônica Z. Tratamento de idosos com depressão utilizando tricíclicos,IMAO,ISRSeoutrosantidepressivos. Rev.Bras.Psiquiatr. [Internet] 2002 Abr [citado 2015 Ago 02]; 24(Suppl 1): 55-63. Disponible em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462002000500011&lng=es.
28. Bôaventura Camila Silva, Guimarães Andréia Nunes, Soares Guilherme Rebello, Fraga Anna Milena Barreto Ferreira, Neves Flávia Branco Cerqueira Serra, Pondé Milena Pereira. Risco de câncer associado ao uso de antidepressivos. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul [Internet]. 2007 Abr [citado 2015 Ago 02] ; 29(1): 63-69. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082007000100013&lng=es.
29. Nardi Antonio E.. Antidepressants in social anxiety disorder. Arq. Neuro-Psiquiatr. [Internet]. 2001 Sep [citado 2015 Ago 02];59(3A):637-642.Disponible: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004282X2001000400032&lng=es.
30. Sukys-Claudino Lucia, Moraes Walter André dos Santos, Tufik Sergio, Poyares Dalva. Novos sedativos hipnóticos. Rev. Bras. Psiquiatr. [Internet]. 2010 Sep [citado 2015 Ago 02]; 32(3): 288-293.
Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462010000300014&lng=es.
31. Miyasaka Lincoln Sakiara, Atallah Alvaro Nagib. Risk of drug interaction: combination of antidepressants and other drugs. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2003 Abr [citado 2015 Ago 02]; 37(2): 212-215. Disponible:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000200008&lng=es.
32. Chaimowicz Flávio, Ferreira Teresinha de Jesus Xavier Martins, Miguel Denise Freire Assumpção. Use of psychoactive drugs and related falls among older people living in a community in Brazil. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2000 Dic [citado 2015 Ago 02] ; 34(6): 631-635. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000600011&lng=es.
33. Gorzoni Milton Luiz, Fabbri Renato Moraes Alves, Pires Sueli Luciano. Medicamentos potencialmente inapropriados para idosos. Rev. Assoc. Med. Bras. [Internet]. 2012 Ago [citado 2015 Ago 02] ; 58(4): 442-446. Disponible: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302012000400014&lng=es.

34. Moraes Walter André dos Santos, Burke Patrick Rademaker, Coutinho Pablo Lorenzon, Guilleminault Christian, Bittencourt Aline Gomes, Tufik Sergio et al . Sedative antidepressants and insomnia. Rev. Bras. Psiquiatr. [Internet]. 2011 Mar [citado 2015 Ago 02] ; 33(1): 91-95. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462011000100017&lng=es.

ANEXOS

Anexo # 1

Consentimento informado para participar na investigação.

Eu_____ Por médio deste presente atesto que estou de acordo em participar na investigação que se realizará no ESF do Bairro São Roque de Constantina, Rio Grande del Sur. Sobre o uso de Benzodiazepinas, depois de ter conhecido os objetivos e minha função, assim como os benéficos que reportarão.

Aceito participar. Sim _____ Não_____

Assinatura._____

Assino o mesmo o dia _____ do mês_____ do ano_____.

Anexo # 2

CUESTIONARIO

Presado participante: As seguintes preguntas vão encaminhadas determinar alguns detalhes acerca de seu conhecimento com respeito ao uso de Benzodiazepinas em pacientes do ESF do Bairro São Roque de Constantina, Rio Grande do Sur. Tem carácter anónimo, e garantido que a informação que ofereça será estritamente confidencial. Solicitamos responder com absoluta sinceridade.

1. Idade

15 - 19 anos ___

20 - 39 anos ___

40- 49 anos___

2. Sexo

Masculino ___Feminino___

3. Escolaridade Primaria ___

Ensino Médio ___

Ensino Fundamental ___

Faculdade___

4. Sintomas apressentados antes do consumo do medicamento

Dificuldade para dormir __

Ansiedade __ Stress __

Choro frequente__

Taquicardia ___

Tremores ___

Falta de apetite___

5. Medicamentos usados

Alprazolam ___

Clonazepan ___

Diazepam ___

Fluoxetina ___

Paroxetina ___
Venlafaxina ___

Amitriptilina ___

5. Condições que geraram os sintomas

Problemas no trabalho ___

Problemas com o esposo ___

Problemas com filhos ____

Problemas económicos ____

7. No que diz respeito aos conceitos básicos da dependência de drogas: Selecione as respostas que você acha que são corretas, marcando um X.

a) _____ Os benzodiazepínicos têm sido e são ferramentas úteis terapêuticas, considerando, uso racional, momento adequado, as necessidades clínicas e requisitos individuais dos pacientes.

b) _____ O tratamento pode ser a longo prazo, sempre que seja indicado por um profissional médico.

c) _____Não existe risco de dependência física e psíquica com o tratamento com Benzodiazepinas, se forem utilizadas doses mínimas e com tratamento muito curtos.

d) _____ Recomendar comer concomitantemente durante um ansiolítico ou hipnótico para alcançar melhores resultados nos sintomas dos pacientes.

e) _____ A suspensão do tratamento deve ser feita com um padrão decrescente para evitar efeitos indesejáveis.

8. Aponte verdadeiro (V) e false (F) conforme apropriado em relação aos benefícios e riscos associados com o uso de benzodiazepínicos. (BZD)

a) _____ Benzodiazepinas (são os psicofármacos, que são eficazes no tratamento de sintomas de ansiedade e insónia.

b) _____ Idosos são excluídos para os problemas de Benzodiazepinas.

c) _____ As BZD determinar distúrbios da memória, especialmente na aquisição de novos conhecimentos, mas não de eventos antes da administração.

d) _____ Evidências de que o uso continuado de Benzodiazepinas não causar ou agravar a depressão.

e) _____ Benzodiazepinas provaram a eficácia no tratamento da síndrome de abstinência alcoólica convulsões e como adjuvantes no tratamento de espasmos musculares.

9. Você está ciente. O que pode ser os fatores predisponentes ao consumo destas drogas? Selecione com um X que todos estão corretos.

a) _____ É difícil para os pacientes estes medicamentos sem receita médica.

b)_____Você pode beber álcool com moderação em conjunto com a Benzodiazepinas.

c) _____ As pessoas com problemas psicológicos, psiquiátrica e pacientes com doenças neurológicos, respiratórias e endócrinas são os maiores consumidores. d)_____ Há uma maior prevalência de ansiedade nos trabalhadores que enfrentam longas horas e estão mais expostos a stress.

e) ____ A falta de sono, problemas sociais e conjugais são causas frequentes de consumo dessas drogas.

10. As Benzodiazepinas e seu impacto sobre as mulheres. Indique verdadeiro (V) ou falso (F) conforme o apropriado.

a) _____ As Benzodiazepinas não são contraindicados durante a gravidez e lactação.

b) _____ Homens consomem mais frequentemente estas drogas.

c) _____ Estas drogas são associadas ao parto prolongado em pacientes que consomem.

d) _____ As mulheres medicadas com Benzodiazepinas sofrem de tensão pré-menstrual e irregularidades menstruais.

e) _____ Existe risco de malformações congênitas associadas com tranquilizantes menores durante o primeiro trimestre da gravidez.

5. Das seguintes considerações sobre prevenção indiquem (V), o que você considere verdadeiro e (F) o false.

a) ____ Evite automedicação porque pode produzir complicações.

b) _____ O paciente pode aumentar a dosagem de tratamento e parar quando julgar sem conhecimento médico, porque ele sabe que seu ânimo e melhoria.

c) _____ Ninguém deve fingir para resolver todos os problemas causados pela ansiedade de todos os dias, estresse da vida diária, com o uso de BZD

d) _____ Os idosos têm maior sensibilidade à ação farmacológica em doses mais baixas experimentam efeitos, tanto benéficos e prejudiciais.

e) _____ É mais benéfico para tratar a ansiedade medicação esporádicos com psicoterapia, técnicas de relaxamento e terapia comportamental.

Anexo No. 3

ESCALA DE OPINIÃO

Com a informação recebida durante as nossas reuniões responda SIM, ou NÂO se adquiriu os siguintes conhecimentos . Circule sua resposta em cada caso:

Opiniões depois da intervenção

Considerar:

Sou capaz de reconhecer minha vulnerabilidade à doença. SIM NÃO Posso assumir um comportamento responsável reconhecer e modificar fatores de risco.

	SIM	NÃO
Estou preparado para remover hábito tóxico.	SIM	NÃO
Estou disposto a passar meu conhecimento para outras pessoas.	SIM	NÃO
Participar do estudo foi muito útil.	SIM	NAO