ESTRUTURA DO PORTFÓLIO

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - UNA-SUS/UFCSPA

No Curso de Especialização em Saúde da Família da UNA-SUS/UFCSPA, o trabalho de conclusão de curso (TCC) corresponde ao portfólio construído durante o desenvolvimento do Eixo Temático II - Núcleo Profissional. Neste eixo são desenvolvidas tarefas orientadas, vinculando os conteúdos com a realidade profissional. O portfólio é uma metodologia de ensino que reúne os trabalhos desenvolvidos pelo estudante durante um período de sua vida acadêmica, refletindo o acompanhamento da construção do seu conhecimento durante o processo de aprendizagem ensino e não apenas ao final deste. O TCC corresponde, portanto, ao relato das intervenções realizadas na Unidade de Saúde da Família contendo as reflexões do aluno a respeito das práticas adotadas.

A construção deste trabalho tem por objetivos:

I - oportunizar ao aluno a elaboração de um texto cujos temas sejam de conteúdo pertinente ao curso, com desenvolvimento lógico, domínio conceitual, grau de profundidade compatível com o nível de pós-graduação com respectivo referencial bibliográfico atualizado.

II – propiciar o estímulo à ressignificação e qualificação de suas práticas em Unidades de Atenção Primária em Saúde, a partir da problematização de ações cotidianas.

O portfólio é organizado em quatro capítulos e um anexo, sendo constituído por: uma parte introdutória, onde são apresentadas características do local de atuação 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 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.

O acompanhamento e orientação deste trabalho são realizados pelo Tutor do Núcleo Profissional e apresentado para uma banca avaliadora no último encontro presencial do curso.

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

LAIRA BARRETO MACARIO MENEZES

O FECHAMENTO DE UM CICLO DE APRENDIZADO

CAPELA – SE

2017

LAIRA BARRETO MACARIO MENEZES

O FECHAMENTO DE UM CICLO DE APRENDIZADO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à UNASUS/UFSCPA, como requisito para conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família sob orientação do Prof. MSC. André Luiz da Silva, médico da família e comunidade.

CAPELA – SE
2017

SUMÁRIO

1**INTRODUÇÃO**.....04

2 **ESTUDO DE CASO CLÍNICO**.....09

3 **PROMOÇÃO DA SAÚDE, PREVENÇÃO DE DOENÇAS E EDUCAÇÃO EM SAÚDE**.....15

4 **VISITA DOMICILIAR**.....18

5 **REFLEXÃO CONCLUSIVA**.....21

REFERÊNCIAS.....22

ANEXOS.....24

1. INTRODUÇÃO

O conteúdo do presente Portfólio tem autoria por Laira Barreto Macario Menezes, 30 anos, casada, médica, brasileira, sergipana. Possui graduação em Bacharelado em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande (FCM-CG), no Estado da Paraíba, ano de formação 2015. Atuou como médica da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na Unidade Básica de Saúde Massoud Jalali, município de São Cristóvão/SE, no período compreendido por Janeiro a Abril de 2016. Atualmente é médica da ESF pelo Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) desde Maio de 2016, na Unidade de Saúde da Família Desembargadora Josefa Paixão, município de Capela/SE.

Capela, município sergipano elevado à categoria de cidade em 1888, tem, atualmente, cerca de trinta e três mil habitantes e pertence à microrregião de Cotinguiba, localizada no leste do estado de Sergipe.

Neste contexto, está inserida a Unidade de Saúde da Família Desembargadora Josefa Paixão, a qual está alocada no Bairro São Cristóvão, zona urbana do município. A população adscrita é de cerca de 4.100 indivíduos, o que perfaz aproximadamente 1.200 famílias. A população alvo pertence, predominantemente, a faixa etária adulta e é caracterizada por baixos níveis de instrução, alto índice de desemprego e dependência financeira de programas de distribuição de renda e redução da desigualdade social do Governo Federal e, em menor índice, de vínculos empregatícios municipais e relações empregatícias informais. O arranjo familiar, em muitos casos, compreende indivíduos de gerações diferentes que dividem o mesmo espaço físico e tem um representante idoso como provedor financeiro principal.

Capela costuma ser denominada como “cidade pequena” onde “todos” se conhecem. De fato a área permite acesso fácil a pontos comerciais como padaria, mercearia e lanchonete, igreja, feira-livre, unidade de saúde, etc. Permite também ao usuário caminhar por si só pelo território, e chegar até os locais onde vivencia cotidianamente com outros. É bastante comum

encontrar moradores que transitam pelas ruas, crianças a caminho da escola, grupos de vizinhos, ou mesmo familiares, que conversam e trocam experiências.

A rede de apoio da área de abrangência e influência é constituída pela UBS Desembargadora Josefa Paixão, a qual cumpre o papel de primeiro contato com a rede de assistência à saúde; uma creche municipal, a qual funciona em horário integral diurno, em dias úteis e durante o período letivo estabelecido pelo calendário municipal; uma escola de educação infantil e ensino fundamental I e II; uma praça pública equipada com equipamentos de uso coletivo para esporte e lazer; uma igreja evangélica “Assembleia de Deus”; uma capela católica vinculada à igreja matriz e um templo ligado às religiões de matriz africana.

A área é bem diversificada em termos de ruas, algumas asfaltadas, amplas e largas, com casas praticamente enfileiradas e coloridas. Enquanto outras são ruas estreitadas, de paralelepípedo, sem calçamento, com casas de tijolo e humildes. Há algumas deficiências sanitárias, certa precariedade nos estabelecimentos de comércio e forte heterogeneidade entre as moradias. É possível observar moradias com esgoto a céu aberto e lixo acumulado em alguns pontos. Existe um território de risco e maior vulnerabilidade em uma microárea, conhecido como ponto de usuários de drogas, consumo e tráfico, em especial o craque. Nesta localidade, existe um ponto fixo de prostituição, por adolescentes e mulheres adultas.

A assistência, no âmbito da longitudinalidade, é algo comprometida pelo pouco envolvimento dos usuários com o entendimento do conceito de saúde no sentido mais amplo, como concebido pela Organização Mundial de Saúde, e supervalorização da terapia de cunho eminentemente farmacológico.

De maneira geral, no Brasil, apesar do avançar têmporo-espacial no que se refere ao sistema de saúde, em meio a vários problemas, a preocupação com a saúde de fato é menor e inferiormente privilegiada quando comparada à doença. Ainda vivemos (enquanto usuários) e/ou

enfrentamos (enquanto profissionais de saúde) problemas que de alguma forma estão relacionados à política vigente.

Segundo o princípio Hierarquização do Sistema Único de Saúde (SUS), os serviços devem funcionar em níveis de complexidade crescente. Através desse conceito dar-se à Atenção Primária à Saúde (APS) a responsabilidade de conferir acesso ao sistema, que ocorre no nível ambulatorial, respondendo por pelo menos 85% da demanda (BRASIL, 2006).

É válido frisar que a APS é mesmo o mais importante componente do sistema de saúde por ser uma estratégia organizativa, sem restrição a grupos de idade, gênero, ou problema de saúde; permite ao usuário o primeiro recurso a ser buscado, a continuidade do cuidado, integralidade, coordenação do cuidado, centralização na família, orientação na comunidade e valorização cultural (BRASIL, 2006). Todavia, enfrenta muitas barreiras, como por exemplo, o desconhecimento de ser tratar de um serviço de alta complexidade e baixa densidade, o que em linhas gerais, culmina com a desvalorização da APS. É preciso a real conscientização que a procura direta ao especialista como símbolo da qualidade da atenção, faz com que um sistema centrado na especialização afete princípios como a equidade e universalidade, além de gerar mais custos.

A ESF surgiu para priorizar a atenção básica, e não faz opção econômica pelo mais barato, nem técnica pela simplificação, portanto, não pode ser entendida como serviço simplificado e fácil de ser executado. Não é peça isolada do sistema, nem isola a atenção secundária e terciária, tendo como uns dos desafios evitar desperdícios, racionalizar o uso da tecnologia, bem como de recursos terapêuticos mais caros (às vezes desnecessários), e democratizar o acesso.

O município de Capela conta com ambulatório de especialidades (ginecologia/obstetrícia, pediatria e psiquiatria), com acesso restrito, pois o atendimento é disponibilizado em quantidade inferior à demanda (tanto em dias de atendimento, quanto ao número de consultas). Existem as limitações locais quanto ao acesso para exames laboratoriais e radiológicos, bem como

quanto ao apoio nas áreas de reabilitação, o que de fato diminui a procura e adesão de alguns usuários, que acabam por buscar a atenção de média complexidade diretamente. Assim, não diferente da maioria das localidades por todo o país, o Capela, enfrenta desafios para estabelecer um fluxo eficaz e obedecer a Hierarquização, de certa forma torna enfraquecido o elo entre a APS e comunidade. Talvez a principal questão seja a sobrecarga de demanda frente a diminuta possibilidade de serviços de referência próximos ao território, bem como o excesso de encaminhamentos, o que superlota a lista de espera. Além disso, o déficit da contrarreferência é quase absoluto.

A demanda pelos serviços da atenção básica na área de atuação passa a ser predominantemente programada e abrange atendimento médico de pré-natal e puericultura; atenção em Saúde Mental, com destaque para o uso indiscriminado de medicamentos psicotrópicos; atenção aos portadores de doenças crônicas não transmissíveis, com expressivo predomínio de hipertensão e diabetes; prevenção secundária dos canceres de colo uterino e mama; além de demanda reprimida de atenção à Saúde do Idoso com necessidade de atenção domiciliar. Os atendimentos de enfermagem e saúde bucal são, em sua quase totalidade, representados pela demanda programada de atenção ao ciclo gravídico-puerperal e procedimentos de exodontia, respectivamente. A dinâmica da agenda profissional dos membros da equipe poderá ser alterada de acordo com eventuais necessidades, sendo reservado um dia para realização da avaliação mensal e escolha de um caso clínico mais complexo para discussão com a equipe, semanalmente, com objetivo de solucionar sem demora àquele mais urgente.

Um dos objetivos almejados é de transformar o processo de trabalho da equipe da ESF em prol de um bom planejamento das ações e resultados eficazes, como exemplos, o ato de rever a forma como funciona o Acolhimento na UBS, e buscar a qualificação deste, para facilitar o entendimento e satisfação do usuário; estimular o elo da vinculação das famílias e equipe, bem como a responsabilização de cada membro, com intuito de melhor adesão pelo paciente à terapêutica, e mais comprometimento dos membros da equipe, mesmo para àqueles casos ditos desacreditados e sem perspectiva; trabalhar de maneira interdisciplinar, em

busca da troca de saberes para promover a integralidade; promover a escuta ativa do usuário, dar o tempo necessário para que explane sua situação de vida, e assim, a visão dos profissionais seja mais completa, e enfim, fortalecer o elo do Cuidado Continuado.

O apoio matricial prestado pelo Núcleo de Assistência à Saúde da Família (NASF) ainda é incipiente e pouco conseguiu se inserir no cotidiano da assistência integral buscada pela equipe da unidade de saúde.

Neste cenário, figura um elemento que desafia os profissionais envolvidos diretamente na atenção básica, tanto pela sua prevalência quanto pela intrincada rede de relações biopsicossociais na qual está firmada o uso crônico de medicamentos psicotrópicos.

Destarte, diante da importância que esse fator assume na linha de cuidado dos usuários pelo profissionais da Unidade Desembargadora Josefa Paixão, desde a realização de atendimentos primários pelo desejo de iniciar o uso de substâncias psicotrópicas tendo como base a experiência de familiares e conhecidos na “resolução” de problemas, até a hiperutilização do serviço na tentativa de conseguir receituários e notificações de receitas para a obtenção de tais medicamentos junto à atenção farmacêutica, que algumas vezes foram iniciados sem diagnóstico prévio nem estabelecimento de um plano terapêutico para o seguimento do sofrimento psíquico o qual reside no alicerce dessa prática.

Logo, o conhecimento do perfil clínico dos usuários de medicamentos psicotrópicos dentre a população adscrita da Unidade de Saúde Desembargadora Josefa Paixão faz-se mister como ponto de partida para a compreensão do problema e, consequentemente, suscitação do desenvolvimento de um projeto terapêutico intervencionista que constará nos Anexos deste trabalho.

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

A Unidade de Saúde da Família Desembargadora Josefa Paixão tem demanda mais prevalente pelos serviços de consulta agendada programada/cuidado continuado e abrange atendimento médico de pré-natal e puericultura, atenção em saúde mental e atenção aos portadores de doenças crônicas não transmissíveis. Sobre a puericultura, em especial, há necessidade de investir na importância desta prática, conforme apresentado no caso clínico abaixo.

Caso clínico

Na ocasião da primeira consulta médica de puericultura do recém-nascido (RN) D.S.S., 07 dias de vida, conforme consulta agendada programada pela equipe, a mãe L.S.S., 23 anos, e seu companheiro R.P.S., 26 anos, pai da criança, estavam presentes. Ambos são naturais de Capela/SE, residem na área desde o nascimento. Ela tem nível de escolaridade o primeiro grau incompleto, trabalha vendedora em uma Ótica local. O companheiro tem nível de escolaridade o primeiro grau incompleto, e trabalha com o pai, como mecânico. Moram em casa alugada, de alvenaria, com 4 cômodos, e os pais dele auxiliam como provedores financeiros. Vivem juntos há menos de um ano. A gestação não foi planejada, porém desejada a partir do conhecimento. É o primeiro filho do casal.

L.S.S., GIIPIAI, realizou pré-natal de baixo risco na Unidade de Saúde da Família Desembargadora Josefa Paixão, com consultas intercaladas com a médica e enfermeira, também passou por consulta com a cirurgiã-dentista. Compareceu de forma assídua (8 consultas), diferente do seu companheiro, que não acompanhou às consultas, segundo ela por motivo de trabalho, apesar das orientações por parte da equipe.

O menino D.S.S. nasceu na maternidade local, de parto normal vaginal a termo (38sem5d), eutócico, sem intercorrências clínicas no parto, com Apgar 9/10, peso de nascimento de 3.500g, estatura ao nascer de 50 cm e perímetro cefálico ao nascer de 35 cm, dados colhidos na Caderneta de Saúde da Criança. Na maternidade foi vacinado para BCG e Hepatite B (dose

ao nascer). No quarto dia de vida realizou o Teste do Pezinho, conforme estabelece o Programa Nacional de Triagem Neonatal.

A mãe informa que o RN mama bem, mas é impaciente, chora muito, e expressa o desejo de oferecer um leite mais forte, e não o “ralo” que ela produz.

O RN apresenta postura normal, com extremidades fletidas, mãos fechadas e rosto voltado para esquerda, olhar vivo, movimento ativo dos quatro membros. Padrão respiratório abdominal, testículos tópicos, permeabilidade anal. Apresenta reflexos de busca, sucção e deglutição, preensão palmo-plantar e Monro adequados. Seu peso é 2.975 g.

Quando colocado para mamar, observa-se insegurança da mãe, e que a cabeça está desalinhada com o tronco, a barriga do RN não encosta na barriga materna e a boca engloba apenas parcialmente a aréola.

Conclui-se até aqui que existe uma perda de 15% do peso de nascimento na primeira semana, além do esperado (perda de 10% do peso).

A técnica de amamentação não está correta. A técnica é avaliada pela análise do posicionamento e da pega. O posicionamento adequado significa que a criança está bem apoiada, com a cabeça e o tronco no mesmo eixo, com o corpo próximo ao da mãe e com o rosto de frente para a mama. Já uma pega adequada significa que a criança está com a boca bem aberta, com o lábio inferior evertido, com o queixo tocando na mama e que se a aréola for visualizada, será mais visível acima da boca. A técnica então foi corrigida, o regime de aleitamento materno sob livre demanda, estimulado (BRASIL, 2015).

Orientações acerca dos benefícios do leite materno em relação ao leite de vaca quanto à composição e às propriedades imunológicas devem ser apresentadas com intuito de reforçar a importância em manter a amamentação exclusiva. O leite materno tem menor teor de proteínas e eletrólitos, maior teor de lactose e gordura (de melhor qualidade). Tem vantagens como redução da mortalidade infantil; redução na morbidade por infecções (diarreia, infecção respiratória aguda); redução no risco de alergias;

redução no risco de doenças crônicas; melhor nutrição, entre outros (BRASIL, 2015).

Nos primeiros dias após o parto, o leite secretado é o colostro, e entre o décimo e décimo quinto dia de vida da criança, inicia-se a secreção do leite maduro. A concentração de gordura aumenta ao longo de uma mamada, por isso o leite anterior (inicial) tem aspecto mais aguado e “ralo”, sendo rico em proteínas do soro e lactose. A gordura presente no leite posterior (ao final da mamada) provê o maior aporte energético do leite, e por isso a razão que a criança mame em cada mama pelo tempo necessário, que varia de cada bebê.

O Ministério da Saúde propõe um calendário mínimo de consultas para assistência à criança. 1° ano de vida : sete consultas (até 15 dias, 1, 2, 4, 6, 9 e 12 meses); 2° ano de vida: aos 18 e 24 meses; Após dois anos: consultas anuais. Crianças que necessitarem de maior atenção, devem ser vistas com mais frequência. Em virtude do caso descrito, o RN com peso reduzido na primeira semana de vida e com problemas quanto a amamentação, a agente comunitária de saúde foi orientada a priorizar o caso, e reforçar consulta agendada programada para os 15 dias de vida (BRASIL, 2012).

Continuação do caso clínico

Na consulta subsequente de 15 dias para acompanhar o ganho ponderal e amamentação, L.S.S. insiste que o leite é fraco, refere que familiares e vizinhos orientam iniciar chás diversos para combater as cólicas e a agitação do bebê, o que a deixava angustiada. Por isso, segue o conselho da avó paterna e ofereceu chá de cidreira em duas ocasiões. Por conta do choro constante, resolveu oferecer a chupeta que ganhara de uma tia. Refere que a criança urina cerca de cinco vezes por dia e evacua fezes amareladas semi-líquidas após cada mamada. L.S.S. queixa-se que está com a mama direita avermelhada, tensa, dolorosa, e que apresentou febre alta. Ao exame, a mama esquerda apresenta-se túrgida e com uma área circunscrita de aspecto eritematoso, quente e dolorosa próxima ao mamilo.

Verificam-se pequenas fissuras mamilares homolaterais. Peso da criança: 3.395 g (recuperou 12% do peso de nascimento).

Nota-se portanto que o RN não mostra sinais objetivos de adequação da quantidade de leite materno ingerido, uma vez que os principais dados avaliados de forma objetiva são diurese e ganho ponderal. No caso, há diminuição da diurese e o ganho ponderal reduzido (espera-se que o peso de nascimento esteja recuperado até o final da segunda semana de vida, com ganho ponderal de 25-30g/dia a partir de então).

Recém-nascidos podem evacuar várias vezes ao dia ou permanecer dias sem evacuar. Algumas crianças evacuam a cada mamada, por conta do reflexo gastrocólico exacerbado, o que não se caracteriza como quadro de diarreia. Quando a criança em aleitamento permanece dias sem evacuar, mas evacua fezes amolecidas e sem sangue, também não há motivos para preocupação, desde que o ganho ponderal seja acompanhado.

Na fase de lactente há uma velocidade de crescimento elevada, especialmente no primeiro ano de vida. O Ministério da Saúde recomenda no que diz respeito à alimentação da criança nos primeiros seis meses de vida, dar leite materno até os seis meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento, ou seja, manter a criança em regime de aleitamento materno exclusivo (BRASIL, 2015).

O uso de chupetas costuma ser desaconselhado e uma das razões para tal é o fato de que pode haver interferência com a amamentação. As crianças que usam chupetas costumam ser amamentadas com menor frequência, e ainda, pode afetar negativamente a formação do palato.

As cólicas são dores abdominais de caráter paroxístico. A eliminação de fezes ou flatos muitas vezes alivia os sintomas. Podem durar minutos a horas. São medidas para atenuar as cólicas do lactente: segurá-lo na posição vertical, aplicação de compressas mornas sobre o abdome, evitar a subalimentação ou excessos, e observar se existem correlações entre a cólica e os alimentos consumidos pela mãe. É importante enfatizar caráter

transitório desta condição, que costuma desaparecer após três meses de idade.

Quanto a mãe da criança, L.S.S., em puerpério tardio (10° ao 45° dia), apresentara quadro de mastite, ingurgitamento mamário e fissuras mamilares à direita. A orientação é por manter a amamentação, pois as afecções apresentadas não são contraindicações específicas para os problemas apresentados.

Continuando o caso clínico

Nas consultas subsequentes com 30 e 45 dias, observa-se que o lactente tem ganhado peso adequadamente. O aleitamento materno é acompanhado de perto. Todavia, L.S.S. continua a acreditar que o leite é insuficiente e não sustenta o filho como o Mucilon ® sustenta o filho da prima. Algumas noites até chegou a oferecer mamadeira com o preparado para "fazer o teste, mas a "consciência pesou". Ressalta-se mais uma vez que o leite possui constituintes imunológicos e bioquímicos exatos para as necessidades do lactente. L.S.S. enfim, revela frustação e se considera incapaz de administrar as mudanças ocorridas na sua vida após o nascimento do filho.

Um diálogo aberto é iniciado para que ela possa expressar as inseguranças e dúvidas, e na presença da enfermeira é reforçado o apoio da equipe de saúde da família para com aquela mãe, sem cobranças e exigências, mas sim, com estímulo e mensagem encorajadora. O companheiro é convocado para participar da próxima consulta.

É sabido que quando diante de uma mãe que não quer ou não consegue amamentar de forma exclusiva, cabe a equipe de saúde da família, após esgotados esforços, acatar a decisão e prescrever fórmula infantil apropriada para o lactente.

Entretanto, o caso clínico exposto é uma prova de que com perseverança e responsabilidade no cuidado continuado, o sucesso pode ser atingido. Na consulta subsequente de 2 meses, L.S.S. retorna com seu companheiro e tão logo informa que o lactente está em regime de

aleitamento materno exclusivo, sob livre demanda. O ganho de peso é satisfatório e desenvolvimento neuropsicomotor adequado.

Com muita satisfação e positivismo a consulta de puericultura corroborou os bons resultados de um lactente em aleitamento materno exclusivo. Peso: 5.650g. Mais uma vez é avaliada a técnica de amamentação. Verificado imunização: Penta 1ª dose, VIP 1ª dose, Pneumocócica 10V 1ª dose, Rotavírus humano 1ª dose.

Conclui-se que todos aqueles envolvidos na Atenção Primária à Saúde, que fazem parte da equipe de saúde da família, devem estar atentos e dispostos a priorizar o atendimento de puericultura na referida Unidade de Saúde. Com base na integralidade, coordenação do cuidado e orientação familiar, é possível alcançar os bons resultados.

3. PROMOÇÃO DA SAÚDE, PREVENÇÃO DE DOENÇAS E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A Conferência Nacional de Saúde, em 1986, formulou o conceito ampliado de saúde, o qual incluiu alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde como condições necessárias para se garantir a saúde (BRASIL, 2010). Nesse cenário se insere, claramente, os conceitos de promoção da saúde, prevenção de doenças e educação em saúde.

A prevenção tem como objetivo a redução do risco de se adquirir uma doença específica por reduzir a probabilidade de que uma doença ou desordem venha a afetar um indivíduo; trabalha com a detecção precoce dos agravos, fatores de riscos e causas. Portanto, exige práticas variadas que vão além do setor saúde, como economia, política, saneamento, moradia, de forma que, como foi concebida por Leavell e Clark, tornou-se insuficiente para a abordagem da tripla carga de doenças, a qual é o cerne da transição epidemiológica. No cenário das doenças crônicas não-transmissíveis, o estilo de vida e o ambiente onde o indivíduo está inserido passaram a ocupar um papel relevante na busca pela saúde e, nesse contexto, surgiu no Canadá o conceito de promoção da saúde, quando da publicação do “Informe Lalonde” (BRASIL, 2010).

Seja no campo individual ou coletivo, a Promoção da saúde enfoca o conceito mais abrangente de saúde e de seus múltiplos determinantes, do homem ao ambiente e suas relações visando sua transformação em direção à saúde. Atualmente, a promoção da saúde está associada a valores como: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria; à ideia de “responsabilização múltipla”, uma vez que envolve as ações do Estado (políticas públicas saudáveis), dos indivíduos e coletividades (desenvolvimento de habilidades pessoais e coletivas), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e das parcerias intersetoriais, na definição de prioridades,

planejamento e implementação de estratégias para promover saúde (BUSS, 2003).

No contexto da prevenção das doenças, nos Estados Unidos, desenvolveu-se a educação sanitária; entretanto, o entendimento e a prática da educação como um processo emancipatório, que embasou o Movimento da Educação Popular em Saúde e fortaleceu o conceito amplo de saúde surgiu no Brasil, à luz da pedagogia freiriana. Entretanto, mesmo sendo uma prática antiga e tendo o conceito de educação em saúde passado por muitas mudanças, ele ainda é falho no sentido de responsabilizar o indivíduo pela não adoção de mudanças no estilo de vida quando o mesmo é conhecedor destas, quando nem sempre é factível devido a série de limitações (SUCUPIRA, 2003).

Com objetivo de implementar os conceitos teóricos nas atividades práticas, na Unidade de Saúde da Família Desembargadora Josefa Paixão - município de Capela/SE – no âmbito do pré-natal foi instituído um curso para gestantes, de periodicidade mensal, com participação de todos os membros da equipe, o qual aborda desde as modificações no organismo materno decorrentes da gestação até o trabalho de parto, passando também por orientações sobre queixas frequentes na gestação, alimentação, importância do aleitamento materno, com oficina prática com bonecos; confecção de agenda especial e dinâmica para gestantes, com marcação feita por médico e enfermeiro de forma intercalada, que identifica gestantes faltosas, otimiza a busca ativa e remarcações; ênfase no acompanhamento pré-natal regular; agendamento semanal para consulta odontológica; racionalização da solicitação de exames complementares, embasados nas recomendações do Ministério da Saúde e prioridade na visita domiciliar à puérpera ainda na primeira semana após o parto, com destaque para ações que visem a garantia à amamentação, ao acesso aos teste de triagem neonatal e a inserção no planejamento familiar.

No tocante à puericultura, foi levantado o diagnóstico de que os atendimentos regulares de puericultura estavam em deficiência frente ao volume de crianças, e a maioria estava centrada em doença, tratamento e

cura. Assim, foi criada uma de “Ficha de Acompanhamento da Criança”, para uso interno na Unidade. Foram distribuídas aos agentes comunitários de saúde, por microárea, que passaram a ser responsáveis pelo aprazamento da marcação de consultas, detecção das crianças faltosas e remarcações. Nesta, itens como nome da criança, nome da mãe, endereço, idade, peso e última visita de puericultura com médico ou enfermeiro deverão ser preenchidos. Foi também enfatizada a importância do preenchimento correto e regular do “cartão da criança espelho” como uma ferramenta de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, e assim, busca ativa das crianças com imunização em atraso, conforme o calendário do Programa Nacional de Imunização. Ficou estabelecido na confecção do cronograma mensal que um dia passa a ser reservado para a equipe promover nas escolas o Programa de Saúde na Escola (PSE), cujos temas abordados incluem saúde bucal, higiene corporal, parasitoses, obesidade infantil e alimentação saudável.

Com relação a abordagem de ações voltadas para a Saúde Mental, como a demanda é considerável, foi estabelecido o cadastro de usuários de medicações psicotrópicas em livro ata, e partir do levantamento, foi enfatizado o resgate para atendimento clínico, através de agendamento de consultas, dos usuários que antes procuravam apenas obtenção de receituários de substâncias psicotrópicas; àqueles que estavam há muito tempo sem consulta com especialista, foram referenciados com solicitação de contra-referência; e apoio matricial para o desmame de benzodiazepínicos para os usuários sem indicação clínica para tal.

4. VISITA DOMICILIAR

A atenção domiciliar remonta às práticas de cuidado praticados desde a Grécia Antiga e antecedeu o surgimento dos ambulatórios e hospitais. No entanto, ao longo do tempo, a instituição hospitalar passou a figurar como um instrumento de consolidação da identidade do doente e da assistência, e a assistência em casa deixada para planos inferiores. Entretanto, em decorrência das mudanças nos perfis demográficos e epidemiológicos experimentadas desde o século passado, os cuidados domiciliares assistidos também por profissionais de saúde reassumem um papel de destaque no modelo de assistência (SANTOS, 2008).

Nesse contexto, a visita domiciliar constitui um instrumento de atenção à saúde que viabiliza, a partir da observação *in loco* da realidade do usuário, desenvolver e fortalecer relações de vínculo e responsabilização deste com a equipe, inclusive com o médico, dado que a Política Nacional da Atenção Básica estabelece que, também, cabe a este profissional realizar consultas clínicas e procedimentos no domicílio, a depender da necessidade (BRASIL, 2013).

A visita domiciliar se ocupa, primordialmente, da primeira consulta da puérpera e do recém-nascido, busca ativa dos programas de prioridades, abordagem familiar para diagnóstico e tratamento de doenças e agravos e coordenação do cuidado de indivíduos recém-saídos de serviços de internação. No entanto, ao cabo das atividades na Unidade de Saúde da Família Desembargadora Josefa Paixão - município de Capela/SE – as visitas domiciliares buscavam atender uma demanda reprimida de idosos os quais eram impossibilitados de comparecer às instalações físicas da Unidade e eram agendadas conforme solicitação dos cuidadores ou dos usuários, geralmente, ao Agente Comunitário de Saúde (ACS). Não haviam critérios para inclusão nem estabelecimento de prioridades, de forma que e a programação levava em consideração apenas o critério cronológico de solicitação. O agendamento era feito na recepção e observava a ordem de solicitação e a disponibilidade no cronograma da unidade, que contava com uma carga-horária semanal rígida.

O primeiro passo foi capacitar a equipe para que a dimensão da visita domiciliar fosse apreendida, de forma a deixar claro o papel do cuidador como um agente decisivo para a efetivação e sucesso da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação no âmbito da atenção básica; a necessidade de observação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Atenção Básica na visita domiciliar, especialmente a universalidade, integralidade, equidade e coordenação do cuidado e da necessidade de trabalho em equipe.

Em seguida, foi necessário definir a operacionalização das visitas, de acordo com os recursos e a demanda. A visita domiciliar pela equipe de saúde conta com o apoio da Secretaria de Saúde do município, a qual disponibiliza um veículo com motorista em dias pré-determinados no cronograma da Unidade. Rotineiramente as visitas domiciliares são realizadas por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e ACS responsável. Procura-se otimizar o tempo da visita através da anamnese e exame físico direcionados, explanação de orientações pertinentes ao caso, especialmente aos cuidadores mais ativos, bem como tomada de decisão de conduta. É o momento de desenhar um projeto terapêutico para o usuário ou família em questão e de fortalecimento do elo entre equipe e comunidade para chegarem a um denominador comum e entenderem que a responsabilidade é mútua e que as limitações, apesar de inúmeras, podem ser aos poucos superadas. Alguns casos requerem discussão com equipe multidisciplinar e necessidade de apoio matricial para resposta às demandas diagnosticadas.

Quanto aos procedimentos mais realizados durante as visitas incluem-se a aferição da pressão arterial e da glicemia capilar nos pacientes diabéticos, e ainda, troca de curativos. Diante da necessidade de exames laboratoriais, existe uma parceria com a gestão municipal que permite agendamento dos casos que necessitam de coleta em domicílio, e cabe ao ACS gerenciar esse procedimento. Quando dos resultados disponíveis, a visita torna-se prioridade na agenda para reavaliação. Alguns exames que exigem o deslocamento do paciente para sua realização (como eletrocardiograma, radiografias, ecocardiograma), nem sempre são

concretizados em tempo considerado hábil, o que atrasa o planejamento de cada caso.

Assim, atualmente, a visita leva em consideração a priorização de ações alicerçadas, em especial, no princípio da equidade, o que vem possibilitando a reorganização da demanda. A visita é solicitada, não necessariamente pelo cuidador, pois foi aberto espaço para instituições e outras pessoas do círculo social do indivíduo que supostamente necessita do atendimento e, em reposta a demanda gerada, o ACS fará a avaliação objetiva *in loco* da necessidade, com intuito de estimar o risco social e de saúde. Através de uma ficha construída com base na Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi, que serve de instrumento para classificação de risco levando em conta aspectos clínicos, socioeconômicos e ambientais, os casos serão avaliados pelo médico e/ou enfermeiro da equipe, que programarão o atendimento. Em seguida é ordenado o agendamento, de forma que a carga-horária destinada às visitas domiciliares é ajustada a necessidade atual (ora semanal, ora quinzenal) (SAVASSI, 2012).

Com relação aos casos agudos, as visitas domiciliares não são frequentes diante do surgimento de doenças/complicações agudas, uma vez que é comum que o cuidador opte por levar o paciente ao pronto atendimento local, uma vez que na Unidade não há transporte plenamente disponível para eventuais saídas da equipe.

Após otimização do atendimento e envolvimento da equipe com atribuições específicas para cada profissional, houve ajuste inicial quanto a regularização, com melhora do tempo-resposta e dos resultados obtidos, uma vez que a partir de cada projeto terapêutico surgem prioridades que geram metas a serem cumpridas.

O próximo passo consiste na implementação de instrumentos objetivos de avaliação da Atenção Domiciliar no âmbito da visita domiciliar para geração de dados referentes a indicadores de processos e resultados, que possibilitem a avaliação periódica da qualidade dos serviços prestados e orientem as devidas mudanças no sentido de qualificar as atividades.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

A conclusão do ciclo de atividades propostas pelo Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) permite uma autoavaliação muito positiva diante da exímia oportunidade em vivenciar o modelo da Atenção Básica como membro da Estratégia de Saúde da Família, quando assim, é possível privilegiar o ser humano em relação à doença e a comunidade em relação ao individual.

Somado ao Programa (e às atividades práticas inerentes a ele), a base teórica bem fundamentada e oferecida à distância através do Curso de Especialização em Saúde da Família pela Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) ocupa também papel primordial no sucesso dessa autoavaliação, bem como na construção do profissional, por qualificar o desenvolvimento de competências e habilidades, e ainda, por proporcionar maior grau de maturidade, compromisso e senso de responsabilidade.

Através dos módulos, fóruns de discussão, e casos clínicos, o amplo conteúdo de tão verossímil, aproxima-se bastante do contexto real, e assim, a educação à distância enfim encurta-se, o que favorece positivamente na mudança das atitudes do profissional, além do ganho entre o mesmo, equipe multidisciplinar e paciente, tanto na tomada de condutas baseadas em evidências, quanto na formação de vínculo.

A ferramenta do Portfólio proposta pelo Curso é um instrumento de avaliação interessante, pois permite reunir em informações reflexivas e críticas todo o conhecimento teórico-prático adquirido. Nele fica expresso o perfil e evolução do profissional, além de proporcionar boa leitura das experiências. Essas, são valiosas não só por tornar o profissional maior conhecedor do seu trabalho e da área que exige seu domínio, mas também por engrandece-lo como ser humano. Estar mais perto dos usuários e comunidade, poder “tocar” nas suas necessidades é algo incrível, o que gera uma autorreflexão de como melhorar a si mesmo, para assim, fazer melhor o outro, bio-psico-socialmente.

REFERÊNCIAS

Brasil. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 318 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n° 32).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

Brasil. **Caderneta de Saúde da Criança**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área técnica de saúde da criança e aleitamento materno. Atualização da 6. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

Brasil. **Dez passos para uma alimentação saudável**. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Geral da política de Alimentação e Nutrição. 1. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

Brasil. **Saúde da criança : aleitamento materno e alimentação complementar**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde,

Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 184 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica ; n. 23).

Brasil. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33).

BUSS, P. M. **Uma introdução ao conceito de promoção da saúde**. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p. 15-38.

Santos EM, Kirschbaum DIR. **A trajetória histórica da visita domiciliária no Brasil: uma revisão bibliográfica**. Revista Eletrônica de Enfermagem, 2008; 10(1):220-7.

Savassi, LCM; Lago, JL; Coelho, FLG. **Sistematização de um instrumento de risco familiar: Escala de risco familiar de coelho-Savassi**. Proceedings of Journal of Management e Primary Health Care, 2012.

Sucupira, AC; Mendes, R. **Promoção da Saúde: conceitos e definições**. Revista Sanare, 2003; 7 – 10.

ANEXO – PROJETO DE INTERVENÇÃO

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS

LAIRA BARRETO MACARIO MENEZES

UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAPELA-SE

CAPELA – SE

2016

RESUMO

A Unidade de Saúde da Família Desembargadora Josefa Paixão localizada no município de Capela, Sergipe, tem como característica uma população predominantemente adulta, exposta a diversos fatores que interferem no bem estar psíquico, como desemprego, baixo nível educacional, uso de álcool e drogas, e transtornos mentais. Diante do elevado consumo de medicamentos psicotrópicos e do papel que a unidade de saúde desempenha no tocante atenção à saúde mental aplica-se a necessidade em conhecer o perfil clínico dos usuários de tais drogas para oportunizar a terapêutica. A população contemplará usuários de medicamentos psicotrópicos cadastrados. A amostra será composta pelos mais assíduos que em consulta médica e de enfermagem, possam responder ao formulário. O projeto será monitorado quinzenalmente, através de consultas programadas. As ações de intervenção deverão envolver a implementação de grupo de atenção multidisciplinar, a referência dos usuários para atendimento com profissional de saúde mental, e plano terapêutico de desmame. Espera-se que o uso indiscriminado de psicotrópicos seja diminuído, que o uso regular seja devidamente indicado, e estreitamente acompanhado. Ainda, que os usuários possam se encaixar na rede articulada de saúde mental, sem perder o seguimento clínico.

Palavras-chave: Saúde Mental, Medicamentos Psicotrópicos, Intervenção.

SUMÁRIO

1 Introdução 03

2 Objetivos 05

2.1 Objetivo Geral.....05

2.2 Objetivos Específicos.....05

3 Revisão de Literatura.....06

4 Metodologia.....10

4.1 Pactuação das Ações.....10

4.2 Organização e Gestão do Serviço.....10

4.3 Execução das Ações.....11

4.4 Monitoramento e Avaliação.....12

5 Cronograma.....13

6 Recursos Necessários.....14

6.1 Recursos Humanos.....14

6.2 Recursos Materiais.....14

7 Resultados Esperados.....15

Referência.....16

Apêndice.......17

1. INTRODUÇÃO

Os profissionais que atuam na Atenção Básica, e que compõem uma equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF), adquirem por experiência, o saber de que muitos são os usuários que buscam ajuda por motivo de sofrimento mental. E, é frequente que os profissionais por expertise saibam identificar nos usuários tristeza e/ou ansiedade importantes, ainda que não haja queixa explícita nesse sentido. No município de Capela, localizado no Estado de Sergipe, essa realidade também acompanha a rotina das unidades de saúde.

A Unidade de Saúde da Família Desembargadora Josefa Paixão está localizada em zona urbana, no Bairro São Cristóvão. O total de usuários é de aproximadamente 4.100, sendo cerca de 1.200 famílias cadastradas. Na área adscrita reside uma população predominantemente em idade adulta, exposta a diversos fatores que interferem no bem estar psíquico, como o alto índice de desemprego e consequentes dificuldades de vida que surgem a partir de tal, o baixo nível educacional, problemas relacionados ao uso de álcool e drogas, e ainda os chamados transtornos mentais graves e persistentes, que incluem a esquizofrenia e transtorno bipolar do humor.

O cuidado em saúde mental na Atenção Básica é estratégico pela facilidade de acesso das equipes aos usuários e vice-versa. Contudo, a existência de uma equipe de saúde mental de referência como apoio é passo importante para a efetiva implantação de ações no tocante a saúde mental, como estimular a integração social e familiar dos usuários, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico.

As mudanças ocorridas no cenário da assistência à saúde nas últimas décadas colocou como porta de entrada principal e ordenadora do Sistema Único de Saúde (SUS) a atenção básica, a qual tem a Unidade Básica de Saúde (UBS) como um elemento fundamental na sua operacionalização. Nesse sentido, a população cada vez mais estabelece vínculos com os profissionais da ESF e recorre ao arsenal terapêutico

disponibilizado pelo médico para a resolução dos seus problemas e é neste contexto que surgem as prescrições dos fármacos psicotrópicos, sendo muitas vezes uma demanda do próprio usuário em detrimento da conduta médica[1].

Diante do elevado consumo global de medicamentos psicotrópicos e do papel importante que a UBS desempenha no tocante à atenção à saúde mental da população adscrita, seja pela primeira prescrição, seguimento de um plano terapêutico instituído em outros serviços ou dispensação dessas substâncias, aplica-se a relevância do tema e necessidade em conhecer o perfil clínico dos usuários de tais drogas.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Traçar um perfil clínico dos usuários de medicamentos psicotrópicos e oportunizar a otimização da terapêutica.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Incluir na agenda de prioridades da Unidade de Saúde atendimento clínico direcionado aos usuários portadores de sofrimento mental que utilizam drogas psicoativas.
- Implementar grupo de atenção multidisciplinar no âmbito da Saúde Mental aos usuários de medicamentos psicotrópicos.
- Otimizar a coordenação cuidado dos usuários de drogas psicoativas que são atendidos por profissionais de saúde mental em unidade de atenção secundária e terciária.
- Definir projeto terapêutico que proponha o desmame gradual de drogas psicoativas.

3. REVISÃO DE LITERATURA

A psicopatologia pode ser definida como o conjunto de conhecimentos referentes ao adoecimento mental do ser humano. São vivências, estados mentais e padrões comportamentais descritos sob a forma de sintomas, no chamado sofrimento mental. Este tem impacto significativo na saúde como um todo, seja como fator de risco, como fator prejudicial na aderência ao tratamento, ou como fator de piora do prognóstico das mais variadas comorbidades.

Muitas enfermidades aparentemente somáticas têm como fator etiológico fundamental transtornos emocionais, e todo paciente somático, no modo de viver sua doença e lutar contra ela, emprega recursos que sua personalidade e seu modo particular de reagir lhe permitem. Independentemente da sua etiologia, a doença está inserida na biografia do paciente, e o profissional de saúde que por ventura for atende-lo, nunca poderá ajuda-lo devidamente se não compreender o significado biográfico do seu padecimento.

Todo profissional de saúde, seja qual for sua área de atuação, eventualmente terá de enfrentar situações em que se manifestem quadros psiquiátricos. São exemplos as crises histéricas, estados de angústia no pré e pós operatório, quadros confusionais com agitação, atitudes de hipocondria e de negação de doença, quadros psiquiátricos mascarados, sob a forma de queixas somáticas (mal-estar geral, constipação, perda do apetite, perda de peso, astenia, cefaléia, insônia).

Os distúrbios somatoformes abrangem vários distúrbios psiquiátricos nos quais os pacientes referem sintomas físicos, mas negam problemas psiquiátricos. O distúrbio somatoforme é um termo aplicado para o que muitos denominam distúrbio psicossomático. Neles, os sintomas físicos, ou a sua gravidade e duração, não podem ser explicados por qualquer doença física subjacente, e geralmente não possuem uma explicação clara. Sendo assim, não existem modos de tratamento específicos e aceitos consensualmente, o que leva a uma margem de oportunidade para que o paciente seja atendido por médico generalista e inicie empiricamente

medicações ansiolíticas, iniciando o risco de entrarem no ciclo dose-dependência.

A ansiedade é um estado emocional desagradável, frequentemente acompanhada por alterações fisiológicas e comportamentais. É uma resposta ao estresse, e indica a presença de um conflito psicológico. Pode manifestar-se subitamente ou gradualmente, e sua duração e intensidade é bastante variável. A ansiedade atua como um elemento dentro de uma ampla gama de respostas de adaptação que são essenciais para a sobrevivência. Na maior parte do tempo, o nível de ansiedade de um indivíduo apresenta alterações adequadas e imperceptíveis ao longo de um amplo espectro de estados de consciência que vai desde o sono ao estado de vigília, passando pela ansiedade e medo, e assim sucessivamente. Entretanto, em alguns casos, o sistema de resposta à ansiedade funciona incorretamente ou é superado pelos acontecimentos. Nesse caso, pode ocorrer um distúrbio de ansiedade, quando ocorre em momentos inadequados ou é tão intensa e duradoura que chega a interferir nas atividades habituais. Os distúrbios de ansiedade pode ser tão angustiantes e intervir de tal maneira na vida do indivíduo que podem leva-lo a depressão. São o tipo de distúrbio psiquiátrico mais comum.

A descoberta da existência de substâncias psicoativas se confunde com o próprio surgimento da humanidade, o que nos leva a inferir que o uso dos fármacos desta categoria é parte da natureza do homem para buscar modificações no comportamento, no humor e nas emoções. O espectro de utilização é amplo e varia desde motivações religiosas até farmacoterapia de enfermidades mentais[2].

As drogas psicotrópicas são moderadores seletivos do Sistema Nervoso Central (SNC), de forma a produzir alterações no comportamento, humor e cognição através de grande atividade reforçadora. Eles são classificados como estimulantes do SNC, estabilizantes do humor, anticolinérgicos, antidepressivos, antiepilépticos, antipsicóticos e ansiolíticos[3].

Dentre essas categorias, três são as mais utilizadas: antidepressivos, estimulantes psicomotores e ansiolíticos; de forma que os benzodiazepínicos assumem um papel de destaque e estão entre os psicotrópicos mais consumidos em todo o mundo. Todavia, no Brasil “há carência de dados quanto ao uso dessas substâncias, embora o uso na vida sem receita médica

tenha sido reportado por 5,6% de entrevistados de 12 a 65 anos em estudo domiciliar realizado nas cento e oito maiores cidades brasileiras"[4]. Segundo informa o Boletim Farmacológico do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC), o clonazepam foi o psicotrópico mais consumido entre os anos de 2007 e 2010. Em 2007 foram dispensadas aproximadamente vinte e nove mil caixas e em 2010 o consumo ultrapassou 10 milhões. É importante salientar que os medicamentos com esse princípio ativo são controlados pela vigilância sanitária notificação para a dispensação[5].

Os medicamentos que combatem a ansiedade, os ansiolíticos, sedativos e tranquilizantes, visam eliminar os sintomas causados por ela. Muitos deles produzem relaxamento muscular, reduzem a tensão, são úteis no caso de insônia e, consequentemente, provêm um alívio temporário quando a ansiedade limita a capacidade de enfrentar os desafios do dia-a-dia. Vários tipos de medicamentos são utilizados para aliviar a ansiedade; os denominados benzodiazepínicos são os mais comuns. Eles têm efeitos ansiolíticos gerais, promovem o relaxamento mental e físico através da redução da atividade nervosa cerebral. No entanto, o uso dos benzodiazepínicos pode acarretar dependência física e, portanto, eles devem ser utilizados com cautela. São exemplos de benzodiazepínicos o alprazolam, o clordiazepóxido, o diazepam, o flurazepam, o lorazepam, o oxazepam, o temazepam, o clonazepam.

Antes da descoberta dos benzodiazepínicos, os barbitúricos eram os medicamentos de escolha para o tratamento da ansiedade. Contudo, a possibilidade de uso abusivo dos barbitúricos é elevada, os problemas de abstinência são comuns e no caso de dose excessiva ou ingestão proposital de uma quantidade excessiva, os barbitúricos apresentam maior probabilidade de serem letais que os benzodiazepínicos. Por essas razões, os barbitúricos raramente são prescritos para os distúrbios da ansiedade.

Algumas vezes os medicamentos antidepressivos também são prescritos para os distúrbios de ansiedade. Diferentes tipos de antidepressivos podem ser usados deste modo, incluindo os inibidores seletivos da receptação de serotonina – IRSS - (fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopram, escitalopram), os inibidores de monoamino oxidase

(fenelzina, tranilcipromina) e os antidepressivos tricíclicos 9amitriptilina. Amoxapina, clomopramina, imipramina, nortriptilina). Os antidepressivos podem ajudar a diminuir as características primordiais de alguns distúrbios como, por exemplo, as obsessões e as compulsões no distúrbio obsessivo-compulsivo ou o pânico no distúrbio do pânico. Embora os antidepressivos não causem dependência física, muitos apresentam efeitos adversos importantes. Os IRSS são particularmente bem tolerados. Alguns medicamentos podem ser tomados uma vez ao dia, enquanto outros exigem várias doses diárias. A maioria tolera bem, mas a escolha do medicamento e seu uso adequado exigem uma discussão entre o paciente e o médico.

Os medicamentos antipsicóticos parecem ser os mais eficazes no tratamento das alucinações, delírios, pensamento desorganizado e agressividade. Esses medicamentos têm sido os mais comumente prescritos para esquizofrenia, por parecerem ser eficazes no tratamento dos sintomas, sejam eles decorrentes de um quadro de mania, esquizofrenia, demência ou de uma intoxicação aguda por uma substância (por exemplo anfetaminas). O primeiro medicamento antipsicótico eficaz, a clorpromazina, começou a ser comercializado em 1955. Desde então, foram desenvolvidos mais de 12 medicamentos antipsicóticos similares (haloperidol, flufenazina, perfenazina). Conhecidos como medicamentos antipsicóticos convencionais, todos eles atuam basicamente da mesma maneira. Eles bloqueiam os receptores da dopamina no cérebro. A dopamina é um neurotransmissor, uma substância química que ajuda a transportar os impulsos elétricos ao longo das vias nervosas e entre os nervos. Uma atividade excessiva da dopamina está associada a alucinações e delírios. O bloqueio de receptores da dopamina pode reduzir esses sintomas. Os medicamentos antipsicóticos convencionais apresentam potências diferentes (alta x baixa), efeitos colaterais (tendência à sedaçãoo x rigidez muscular), e via de administração (oral x injetável). Como todos os medicamentos antipsicóticos convencionais são igualmente eficazes no controle dos sintomas da esquizofrenia, a escolha de um determinado medicamentos é baseada nos seus efeitos colaterais e no grau de tolerância que ele produz.

4. METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção, que incluirá usuários de medicamentos psicotrópicos da Unidade de Saúde da Família Desembargadora Josefa Paixão, localizada no Bairro São Cristóvão, município de Capela – SE.

As ações do estudo comtemplará as etapas: pactuação das ações, organização e gestão do serviço, execução das ações, monitoramento e avaliação.

4.1. Pactuação das ações

Num primeiro momento o projeto de intervenção será apresentado a equipe de saúde da UBS, com finalidade de explanar o tema, objetivos, métodos, resultados esperados, cronograma, e profissionais envolvidos. O projeto também deverá ser discutido com a coordenação da atenção básica municipal, uma vez que deverá ser construído um forte elo entre o atendimento em saúde mental na UBS e profissionais de saúde mental, através da referência e contra-referência.

4.2. Organização e gestão do serviço

Nesse momento a equipe preparar-se-á para organizar a população e amostra envolvida no estudo, e assim, através de abordagem quantitativa inicial, traçar um perfil clínico dos usuários de medicamentos psicotrópicos.

A população contemplará usuários de medicamentos psicotrópicos, cadastrados na referida unidade de saúde. Para aumentar adesão dos pacientes com o perfil a ser pesquisado, será introduzida na agenda profissional do médico, 08 a 10 consultas quinzenais programadas, reservadas para usuários de psicotrópicos. O enfermeiro estará responsável por encaminhar o paciente a consulta médica, quando estiver diante de usuário de saúde mental. A dinâmica de consultas poderá ser alterada para mais ou para menos, frente a eventuais necessidades. Caberá aos agentes comunitários de saúde a responsabilidade em confeccionar uma lista com o

nome dos usuários de medicamentos psicotrópicos e divulgar a proposta à comunidade, fazer busca ativa dos mesmos, e comunicar quanto aos faltosos.

A amostra será composta pelos usuários mais assíduos que quando em consulta médica e de enfermagem, possam responder ao formulário. Usuários esses que façam uso de medicamentos psicotrópicos, maiores de dezoito anos ou quando autorizados por responsável legal e que possuam capacidade cognitiva para responder ao formulário. Serão excluídos àqueles que não pertençam à população adscrita, tenham idade inferior a dezoito anos e que não sejam autorizados pelo responsável legal, e que não possuam capacidade cognitiva para responder ao formulário.

4.3. Execução das ações

Para que a coleta de dados possa fornecer um perfil clínico dos usuários de medicamentos psicotrópicos, a proposta é fazer utilização de formulário (APÊNDICE A) para o registro de variáveis socioeconômicas, epidemiológicas, clínicas e inerentes ao uso dos medicamentos psicotrópicos, além dos prontuários de atendimento e fichas cadastrais da UBS. Serão informados sobre o objetivo da coleta de dados, sobre a livre possibilidade de desistência e sobre a confidencialidade das informações coletadas através de termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B). O apêndice A é um pré-formulário, a ser apresentado a equipe para aprovação e estará sujeito a modificações.

A intenção em aplicar esta metodologia é fundamentalmente obter ao final algum conhecimento acerca do perfil dos usuários de psicotrópicos da UBS, e nele intervir, uma vez que o atual cenário esboça carência de ações em saúde mental. As ações de intervenção deverão envolver a implementação de grupo de atenção multidisciplinar no âmbito de saúde mental, a referência dos usuários para atendimento, ao menos que anual, com profissional de saúde mental através de parceria com o NASF, e ainda, um plano terapêutico de desmame de drogas psicoativas para usuários elegíveis.

4.4. Monitoramento e avaliação

O andamento do projeto será monitorado quinzenalmente, no momento em que as consultas médicas estarão previamente programadas. O enfermeiro fará monitoramento dos agentes comunitários de saúde quanto a busca ativa dos usuários de saúde mental, e convocação dos faltosos.

O monitoramento para com a coordenação da atenção básica também estará susceptível a avaliações por parte da equipe de atenção básica, uma vez que caberá ao gestor municipal a oportunização do atendimento em demais níveis de atenção.

5. CRONOGRAMA

Atividades	Jan/17	Fev/17	Mar/17	Abr/17	Mai/17	Jun/17
Apresentação do projeto para equipe	X					
Apresentação do projeto para o gestor local	X					
Construção da agenda profissional com saúde mental	X					
Confecção da lista de usuários pelos ACS e busca ativa	X	X				
Coleta de dados por consulta médica		X	X	X		
Processamento de dados					X	
Execução da intervenção						X
Apresentação dos resultados e avaliação do projeto						X

6. RECURSOS NECESSÁRIOS

6.1. RECURSOS HUMANOS

Equipe de saúde da família composta por 01 médico, 01 enfermeiro, 01 auxiliar de enfermagem e 7 agentes comunitários de saúde.

6.2. RECURSOS MATERIAIS

- Prontuários e fichas cadastrais dos usuários incluídos no projeto;
- Computador;
- Impressora;
- Folha A4;
- Caneta esferográfica;
- Sala para reuniões e realização de grupos;

7. RESULTADOS ESPERADOS

Enquanto equipe de saúde da família, buscaremos ao final da intervenção, qualificar e otimizar o cuidado continuado e a terapêutica do usuário de saúde mental.

No sentido de implementar os planos de ação aqui antes sugeridos, esperamos aproximar o usuário de saúde mental do plano de trabalho da equipe de saúde da família. Dessa forma, almejamos que o uso indiscriminado de medicamentos psicotrópicos seja efetivamente diminuído, quiçá controlado, e que o uso regular seja devidamente indicado, e estreitamente acompanhado.

Esperamos que os grupos de atenção multidisciplinar voltados a saúde mental sejam objeto de socialização dos usuários e um meio através do qual possam ter confiança no progresso e evolução do tratamento.

Em parceira com os demais níveis de atenção, esperamos que os usuários possam se encaixar na rede articulada de saúde mental do município, sem perder o seguimento clínico.

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). **Panorama dos dados do sistema nacional de gerenciamento de produtos controlados: um sistema para o monitoramento de medicamentos no Brasil**. Brasília; 2011.

Andrade MF, Andrade RCG, Santos V. **Prescrição de psicotrópicos: avaliação das informações contidas em receitas e notificações**. Rev Bras Cienc Farmacêuticas. 2004; 40 (4): 471 – 479.

Carlini EA, Nappo AS, Noto AR. **Drogas psicotrópicas: o que são e como agem**. Rev IMESC. 2011; 3 (1): 9 – 35.

Forsan MA. **O uso indiscriminado de benzodiazepínicos: uma análise crítica das práticas de prescrição, dispensação e uso prolongado** [Monografia]. Campos Gerais: Universidade Federal de Mina Gerais - UFMG; 2010.

Lieberman, J. A.; Tasman, A. **Manual de medicamentos psiquiátricos**. Porto Alegre: Artmed, 2008. 288p.

Porto, CC; Porto, Arnaldo. **Semiologia Médica**. 7 Edição. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2014.

Souza ARL, Opaleye ES, Noto AR. **Contexts and patterns of undue use benzodiazepine among women**. Ciênc. saúde coletiva. 2013; 18 (4): 1131 – 1140.

APÊNDICE

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

ESTUDO DE UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE – PB		
Data da entrevista:	UBS:	Microárea:
Ocupação: _____	Número de membros da família: _____	Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino
Data da última consulta com o médico da UBS:	É acompanhado pelo CAPS? ( ) Sim ( ) Não	Data da última consulta com o médico do CAPS:
Escolaridade: ( ) Analfabeto ( ) 1° grau incompleto ( ) 1° grau completo ( ) 2° grau incompleto ( ) 2° grau completo ( ) Superior incompleto ( ) Superior completo	Faixa etária: ( ) 0-10anos ( ) 11-20anos ( ) 21-30anos ( ) 31-40anos ( ) 41-50anos ( ) 51-60anos ( ) 61-70anos ( ) 71-80anos ( ) 81-90anos ( ) 91-100anos	Situação conjugal: ( ) Solteiro (a) ( ) Casado (a) ( ) Viúvo ( ) Divorciado (a)

DADOS SOBRE O USO DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS

Quem prescreve os medicamentos psicotrópicos?

( ) Médico da UBS

( ) Médico do CAPS

( )Médico especializado (Psiquiatra)

( ) Outro

MEDICAMENTO	POSOLOGIA	INDICAÇÃO	TEMPO DE USO

Sente alguma reação desagradável quando toma algum (ns) desse (s) medicamento(s)? ( ) Sim ( ) Não

Caso sim, quais reações:

Onde faz a consulta e recebe a receita?	Onde adquire o medicamento?
( ) No posto do PSF.	

( ) No hospital público. ( ) No CAPS. ( ) Em consultório particular. ( ) Não faço consulta, peço uma receita médica.	( ) Na farmácia da UBS ( ) Nas drogarias particulares ( ) Na vizinhança/Familiares ( ) Na farmácia do CAPS ( ) Na Farmácia Popular ( ) Outros _____
Quem orienta o uso do medicamento? ( ) Médico da UBS ( ) Médico do CAPS ( ) Enfermeiro da UBS ( ) Farmacêutico do NASF ( ) Vizinhos/Familiares	Já interrompeu o tratamento por algum motivo? ( ) Sim ( ) Não Caso a resposta seja sim, por quê? Quanto tempo? _____ _____ _____ _____
Você se sente melhor de saúde ao tomar esse (s) medicamento (s)? ( ) Sim ( ) Não	Por que acha importante tomar esse (s) medicamento (s)? _____ _____
Falta esse tipo de medicamento na UBS? ( ) Sim ( ) Não	Você esquece de tomar o (s) medicamento (s)? ( ) Sim ( ) Não