



JOSÉ MARCELO RIBEIRO PRATA FILHO

**ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE EM TELHA/SE: PROMOÇÃO DE SAÚDE E
COMBATE AO USO INDEVIDO DE BENZODIAZEPÍNICOS NO MUNICÍPIO.**

ARACAJU/SE

2017



JOSÉ MARCELO RIBEIRO PRATA FILHO

**ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE EM TELHA/SE: PROMOÇÃO DE SAÚDE E
COMBATE AO USO INDEVIDO DE BENZODIAZEPÍNICOS NO MUNICÍPIO.**

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: Fabiano Fraga

ARACAJU/SE

2017

RESUMO

Esse trabalho teve como um dos objetivos compreender como funcionam a promoção, educação em saúde e os níveis de prevenção no município de Telha, localizado no estado de Sergipe. Para isso, são apresentados os mecanismos locais de programas essenciais da Estratégia de Saúde da Família, como a puericultura, o pré-natal, as visitas domiciliares, a saúde da mulher e a saúde mental, procurando relatar de maneira objetiva a realidade municipal. Ainda dentro da atenção básica em saúde, é apresentado um caso clínico de um munícipe de Telha, que engloba hipertensão, diabetes mellitus e obesidade. Dentro deste TCC ainda há um projeto de intervenção, cujo objetivo primordial é conscientizar a população e toda equipe de saúde sobre os riscos do uso prolongado e indiscriminado dos benzodiazepínicos. Com este propósito, planejou-se realizar uma triagem por meio de questionário na tentativa de identificar pacientes em uso inadequado de benzodiazepínicos. Além do questionário, dias de atendimento exclusivo em saúde mental, cartilhas e palestras sobre os riscos do uso indevido e sobre as reais indicações de tais medicações estão incluídos nas atividades do projeto de intervenção.

Descritores: Atenção Primária à Saúde, Benzodiazepínicos, Promoção da saúde, Saúde mental.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO	7
3. PROMOÇÃO, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO	14
4. VISITA DOMICILIAR	18
5. REFLEXÃO CONCLUSIVA	20
REFERÊNCIAS	22
ANEXO 1 - PROJETO DE INTERVENÇÃO	24

1. INTRODUÇÃO

Meu nome é José Marcelo Ribeiro Prata Filho, 31 anos, natural de Aracaju/SE, casado, médico, formado na Universidade Federal de Sergipe, no segundo semestre do ano de 2010. Nestes cerca de 6 anos como médico, trabalhei principalmente em equipes de PSF, principalmente no sertão e semiárido do estado de Sergipe. Atuei em Nossa Senhora de Lourdes, Gararu, Poço Redondo, Porto da Folha e Brejo Grande. Já trabalhei também em um CAPS, no município de Lagarto, durante cerca de 2 anos, na função de clínico geral.

Desde março de 2016, estou atuando no município de Telha/SE, como médico do programa Mais Médicos para o Brasil. O município conta com uma única equipe de saúde da família, uma vez que tem uma população de cerca de 3100 habitantes. O município de Telha é composto pela sede e pelos povoados São Pedro, São Tiago e Bela Vista. Cada uma das quatro áreas citadas acima conta com uma UBS própria, para atendimento de sua comunidade. Cerca de 59% da população telhense encontra-se na área rural, constituída pelos três povoados citados anteriormente. Há um leve predomínio de população masculina (52%) com relação a feminina.

As principais atividades econômicas do município são o centenário cultivo do arroz e mais recentemente a piscicultura, os quais envolvem muitos habitantes locais. Alguns habitantes trabalham no município vizinho, Propriá, a 9 km de Telha, referência regional em vários setores, principalmente o de serviços. O município conta com 4 escolas municipais (uma em cada região) e um colégio estadual. Existe apenas uma creche em Telha, porém a mesma está sem funcionar devido a problemas administrativos.

Como já tinha dito anteriormente, a equipe em que atuo é a única equipe de atenção básica do município, que tem uma extensão territorial de cerca de 56,51 km². Além da equipe de atenção básica, o município conta com uma equipe de NASF, composta por enfermeira, fisioterapeuta e nutricionista. As demandas mais comuns dentro dos atendimentos na atenção básica de Telha são de pacientes hipertensos e diabéticos, além de um número bastante significativo de pacientes que fazem uso de medicação de liberação controlada, principalmente de benzodiazepínicos.

Em seguida a este perfil de pacientes, aparecem as demandas espontâneas, nas quais evidenciamos um número razoável de pacientes apresentando problemas

articulares, devido principalmente ao excesso de peso corporal, ao trabalho na lavoura e na piscicultura. Diante desse grande número de pacientes que fazem uso de benzodiazepínicos, muitos dos quais de maneira indevida, meu projeto de intervenção intitula-se “Combate ao uso indiscriminado de benzodiazepínicos em Telha/SE” (VIDE anexo I).

Em Telha há um grande número de usuários já dependentes de benzodiazepínicos, “herdados” de vários anos de prescrição contínua e sem avaliação, sendo assim, torna-se um trabalho árduo para a atual equipe de saúde tentar conscientizar os pacientes sobre os riscos do uso crônico da medicação, uma vez que para o usuário dependente os riscos deste uso tornam-se mais aceitáveis que os efeitos trazidos pela abstinência dos mesmos.

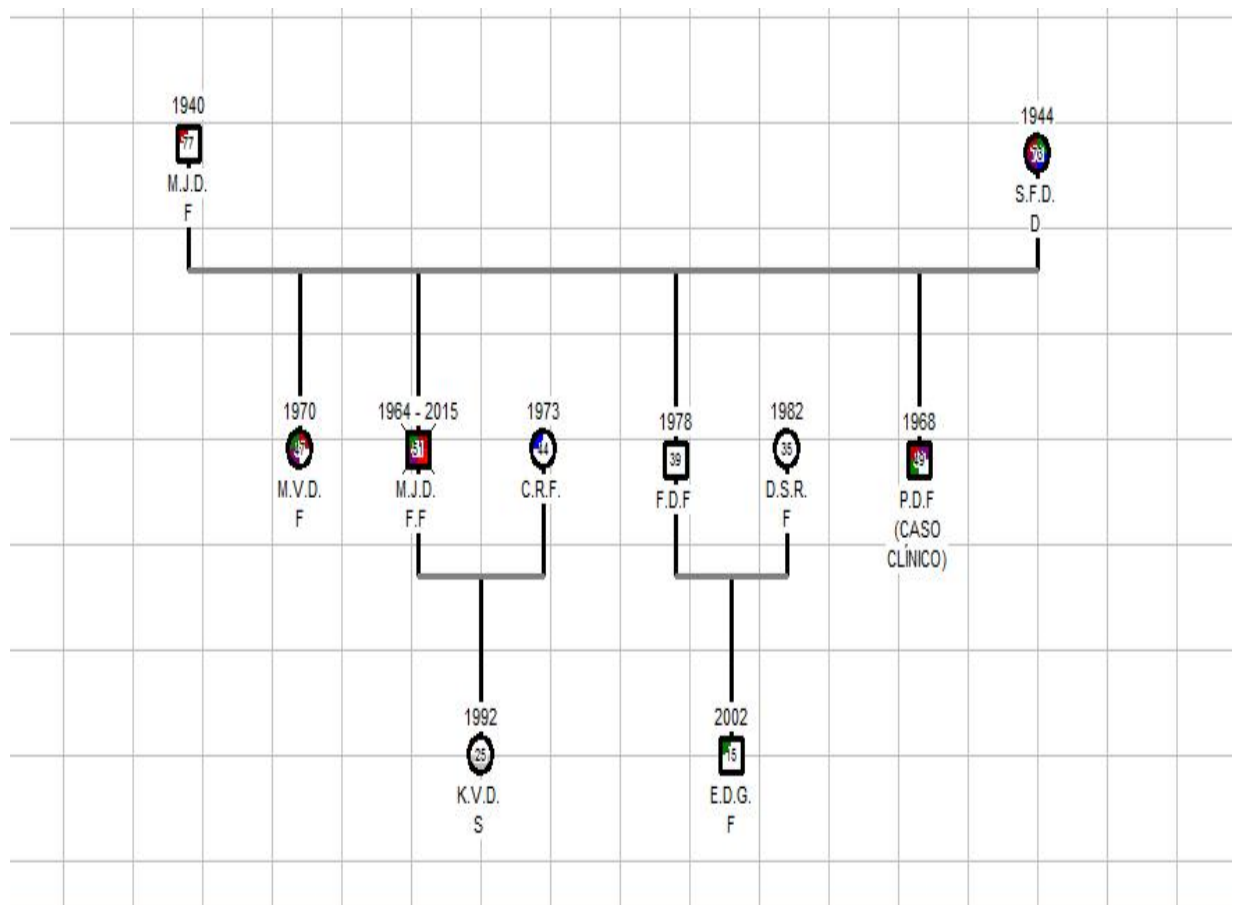
A metodologia do projeto de intervenção é baseada na identificação deste perfil de pacientes, por meio de questionário (VIDE anexo II), e consequente triagem dos mesmos para consultas médicas focadas na saúde mental e também para palestras com informações a respeito dos benzodiazepínicos, como os riscos que seu uso indevido e crônico trazem, além de outras informações que tornem menos árduo o desmame destes fármacos.

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Homem, 49 anos, obeso, hipertenso e diabético. P.D.F, 49 anos, pardo, solteiro, pescador e lavrador, ensino fundamental completo, natural e residente do Povoado São Pedro, município de Telha/SE.

O Sr. P.D.F. reside no povoado São Pedro, em uma residência que possui 2 quartos, 1 sala, 1 cozinha, 1 banheiro e 1 quintal. A casa localiza-se em uma rua pavimentada com paralelepípedos e que conta com saneamento básico. É o único morador da casa.

Figura 1 - Genograma familiar do Sr. P.D.F.:



Sr. M.J.D.F – pai do paciente, 77 anos, hipertenso, com histórico de infarto do miocárdio há 3 anos; aposentado. Bom controle da HAS, após o infarto. Antes do IAM, não fazia uso correto dos anti-hipertensivos.

Sra. S.F.D.D – mãe do paciente, 73 anos, hipertensa, diabética, obesa e com depressão, sendo que o transtorno do humor foi desencadeado após a morte de um dos seus filhos; aposentada. Bom controle da HAS e regular controle da DM. Em acompanhamento regular com psiquiatra (recorrência dos sintomas depressivos).

Sra. M.V.D.F – irmã do paciente, 47 anos, hipertensa, obesa e diabética; auxiliar de serviços gerais; solteira. Em controle adequado da HAS e da DM.

Sr. M.J.D.F.F. – irmão falecido do paciente; morreu há 2 anos, aos 51 anos de idade, vítima de infarto do miocárdio; era hipertenso, obeso e diabético; era dono de bar. Não fazia uso regular das medicações.

Sra. C.R.F. – cunhada do paciente e viúva do irmão falecido do paciente; tem depressão, 44 anos; professora. Seu transtorno do humor já estava presente antes da morte de seu marido, devido a conflitos familiares.

K.V.D.S. – sobrinha do paciente, 25 anos; manicure e estudante. Sem comorbidades.

Sr. F.D.F. – irmão mais novo do paciente, 39 anos; auxiliar administrativo. Sobrepeso.

Sra. D.S.R.F. – cunhada do paciente, 35 anos; dona de casa. Sem comorbidades.

E.D.G.F. – sobrinha do paciente, 15 anos, estudante. Sem comorbidades.

Sr. P.D.F – paciente do caso clínico; hipertenso, diabético e obeso; 49 anos; pescador e lavrador; solteiro.

História clínica – Paciente nega antecedentes de DM até os 46 anos de idade, quando numa medição da glicemia capilar no posto de saúde o valor estava em 240 mg/dl, porém não tinha médico no posto e não quis ir ao hospital, como orientado pela técnica de enfermagem. No dia seguinte, a glicemia capilar estava em 213 mg/dl. Ambas as medições foram realizadas com o paciente não mais em jejum. Desejou ser submetido à medição da glicemia capilar, porque afirmava que nos últimos dois meses, estava sentindo mais sede que o normal e estava urinando muito, além de ter perdido 6 kg, sem fazer dieta ou exercícios.

De acordo com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2015-2016, glicemia casual acima ou igual a 200 mg/dl, com sintomas clássicos (poliúria, polidipsia e perda não explicada de peso) já é suficiente para estabelecer diagnóstico

de diabetes mellitus tipo 2. Após o resultado alterado, o paciente foi direcionado à médica que atendia naquele momento e a mesma lhe prescreveu metformina 850 mg/dia associada a glibenclamida 5mg/dia, além solicitar os exames laboratoriais. As Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2015-2016, afirmam ainda que quando a glicemia de jejum for superior a 200 mg/dl, mas inferior a 300 mg/dl na ausência de critérios para manifestações graves, iniciar com modificações de estilo de vida e com a metformina associada a outro agente hipoglicemiante. Afirma que quando levou o resultado dos exames para a médica avaliar, a mesma falou que sua DM estava bem descontrolada, aumentando a dose da metformina 850 mg para 3x/dia.

A obesidade acompanha o paciente desde que tinha cerca de 30 anos de idade. Atingiu seu maior peso à época do diagnóstico da DM, quando pesava 110 kg com 1,70 m de altura (obesidade grau II; IMC – 38,06 kg/m²). Sua mãe também é obesa e dos três irmãos que possuía, dois sofriam com esta mesma comorbidade, sendo que o irmão mais velho morreu vítima de infarto há dois anos. Sua mãe e seus dois irmãos obesos também são diabéticos. Afirma que o pai não é obeso, é hipertenso e já apresentou a glicemia um pouco alterada no exame, mas “não gosta de ir para médico e tenta controlar a glicemia com chás e receitas caseiras”.

A hipertensão arterial é uma comorbidade da qual o paciente é portador há cerca de 1 ano, segundo o mesmo. Afirma que, mesmo com a obesidade, sua pressão arterial estava sempre em níveis desejados, até que no último ano, sua pressão arterial começou a atingir valores maiores ou iguais a 140 x 90 mmHg, o que caracteriza a hipertensão arterial sistêmica (BRASIL, 2013). No momento, faz uso de hidroclorotiazida 25 mg/dia e de atenolol 50 mg 1x/dia (à noite).

Até o diagnóstico da DM, o paciente era bem mais sedentário que atualmente. Não praticava nenhuma atividade física e “comia tudo que tinha vontade”. Adorava refrigerante. Após o diagnóstico, afirma que começou a fazer caminhada, não regularmente, cerca de 3 vezes por semana. Não mantém uma maior regularidade porque afirma que não suporta caminhar muito devido às dores nas pernas, principalmente nos joelhos, durante o exercício. Com relação à dieta, afirma que agora “só toma refrigerante em festas”, mesmo assim no máximo 3 copos (sic), está comendo mais frutas e verduras e diminuiu o consumo de carne vermelha e de carboidratos, principalmente macarrão e pão. Porém afirma que, apesar de ter conseguido melhorar seus níveis glicêmicos, ainda encontra muita dificuldade para

emagrecer. Assim que foi feito o diagnóstico de DM, foi encaminhado ao nutricionista, que, segundo o paciente, proibiu-o “de comer quase tudo” e ao endocrinologista, que aumentou a dose das medicações, mas não prescreveu o remédio para emagrecer que ele tanto desejava. Devido às dificuldades de marcação de consultas e à falta de condições financeiras, o paciente não retornou mais ao endocrinologista, desde então.

No momento, está fazendo uso de metformina 850mg 3x/dia e de glibenclamida 20mg/dia (2 comprimidos de 5mg pela manhã e 2 comprimidos de 5mg à noite), além de sinvastatina 20 mg/dia. Afirma que já faz uso desse esquema antidiabético há cerca de 8 meses e que toma as medicações corretamente, além de estar mais disciplinado com relação a qualidade da alimentação. Os últimos exames realizados, datados de 03/03/17, mostram uma glicemia de jejum de 210 mg/dl e uma Hb glicada de 9 %.

Exame físico – Paciente em bom estado geral, com peso de 98 kg, altura de 1,70 m, IMC – 33,91 kg/m² (obesidade grau I). Glicemia capilar no momento (em jejum) – 180 mg/dl; Pressão arterial: PA₁(paciente sentado) - 160 x 95 mmHg; PA₂ (em ortostase) – 140 x 90 mmHg; circunferência abdominal – 108 cm. De acordo com Lean et al (1995, p.158-61, apud REZENDE, 2006), o grau de risco para doenças cardiovasculares é diretamente proporcional à circunferência abdominal: risco aumentado para mulheres (CA > 80 cm) e para homens (CA > 94 cm); risco muito aumentado para mulheres (CA > 88 cm) e para homens (CA > 102 cm). Ausculta cardíaca – bulhas rítmicas, normofonéticas, 2 tempos, sem sopros. Frequência cardíaca – 97 bpm; sem sopros em ausculta de carótidas. Ausculta respiratória – murmúrio vesicular presente em ambos os hemitórax, sem ruídos adventícios; frequência respiratória – 18 irpm. Abdome globoso, flácido, sem visceromegalias palpáveis, ruídos hidroaéreos presentes e aumentados, indolor à palpação, apresentando pequena hérnia umbilical. Extremidades com edema ++/+++, bem perfundidas, com pequena alteração trófica de fâneros. Presença de acantosis nigricans em região posterior do pescoço.

Exames laboratoriais – (03/03/17) – glicemia de jejum – 210 mg/dl, glicemia pós-prandial – 240 mg/dl, Hb glicada – 9 %, colesterol total – 232 mg/dl, triglicerídeos – 435 mg/dl, HDL – 34 mg/dl, LDL – sem possibilidade de cálculo devido ao alto valor dos triglicerídeos, hemoglobina – 13,7, hematócrito – 40%, sumário de urina – proteínas ++/++++, transaminases levemente elevadas (TGO – 50, TGP – 54), creatinina sérica – 1.6 mg/dl, ureia – 70 mg/dl, potássio sérico – 4,7 mEq/l, proteinúria de 24 horas (02/02/17) – 700 mg/24 hs.

Exames complementares – ECG de repouso (20/01/17) – sem anormalidades; radiografia de tórax (20/01/17) – sem alterações, exceto por pequeno aumento na área cardíaca. **Diagnóstico** – Diabetes melito tipo II, obesidade grau I e dislipidemia. Lesão em órgãos-alvo evidenciada pela insuficiência renal grau I (clearance – 79) e pela proteinúria. **Conduta** – orientação alimentar, destacando a necessidade de diminuição da ingestão de alimentos ricos em sódio, carboidratos e gorduras. A dieta restrita em proteínas também é indicada para não piorar e diminuir a proteinúria, que acelera o avanço da nefropatia. Foi encaminhado ao nutricionista e ao endocrinologista, com foco principal no tratamento da obesidade e da DM descompensada. Encaminhado também ao nefrologista para avaliação da insuficiência renal e da proteinúria associada.

Foi suspensa a glibenclamida e introduzida insulina NPH (13 UI pela manhã e 7 UI à noite). Mantida metformina 850 mg 3x/dia. Foi prescrito enalapril 20 mg 2x/dia (inibidor da enzima de conversão da angiotensina) para melhor controle pressórico e também para diminuição da proteinúria. Foi suspensa a hidroclorotiazida 25 mg/dia e mantido o atenolol 50 mg/dia. Foi prescrita rosuvastatina 20 mg/dia em substituição à sinvastatina. Solicito Ecocardiograma transtorácico e nova Hb glicada após 3 meses.

Discussão - a associação entre hipertensão arterial, diabetes melito e obesidade é muito frequente e acarreta um aumento no número de eventos cardiovasculares. O paciente pode ser caracterizado como portador de síndrome metabólica caso preencha três ou mais dos critérios a seguir: a) obesidade abdominal (CA maior que 88 cm em mulheres e maior que 102 cm em homens) b) triglicérides \geq 150 mg/dl; c) HDL inferior a 40 mg/dl para homens e 50 mg/dl para mulheres; d) pressão arterial sistólica \geq 130 mmHg ou pressão arterial diastólica \geq 85 mmHg; e) glicemia de jejum \geq 110 mg/dl (SIMÃO et al, 2013). O paciente se enquadra em cinco critérios.

No paciente em questão, verifica-se, como consequência da associação das comorbidades citadas, insuficiência renal grau I com proteinúria associada, sobretudo devido ao diabetes melito e à hipertensão arterial. Esta lesão em órgão-alvo pode ser classificada como nefropatia diabética. Trata-se da principal causa de insuficiência renal em pacientes que fazem diálise (BRASIL, 2006). O paciente fazia uso de hidroclorotiazida 25 mg/dia, que não faz parte dos anti-hipertensivos mais indicados em pacientes também diabéticos. Por isso, o mesmo foi suspenso e foi introduzido enalapril, um inibidor da enzima de conversão da angiotensina. Os IECA não

aumentam o risco de dislipidemia, ao contrário dos diuréticos tiazídicos e podem reduzir a glicemia por aumentar a sensibilidade à insulina e, conseqüentemente, reduzir a incidência e exacerbação do diabetes tipo 2. Esta classe de anti-hipertensivos também reduz a progressão da nefropatia diabética em indivíduos com diabetes tipo 1 e muito provavelmente em indivíduos com diabetes tipo 2 (FARIA, 2002).

O atenolol foi mantido. Mesmo que haja uma hipótese de que os betabloqueadores podem mascarar episódios de hipoglicemia, piorar a doença vascular periférica e o controle glicêmico, são drogas de escolha em pacientes diabéticos porque são eficazes como anti-hipertensivos nos mesmos. O atenolol é tão eficaz quanto o captopril na redução da progressão de doença microvascular (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014-2015).

O paciente fazia uso de sinvastatina 20 mg/dia, sem controle correto dos níveis lipêmicos. A dislipidemia estimula a proliferação mesangial, prejudicando mais ainda a função renal do paciente. Desta forma, a sinvastatina foi suspensa e foi introduzida rosuvastatina 20 mg/dia, estatina com maior eficácia que a sinvastatina, tanto na diminuição dos níveis de LDL e triglicérides, como no aumento dos níveis de HDL. Além disso, a rosuvastatina apresenta menor potencial hepatotóxico que a sinvastatina. A superioridade da rosuvastatina, como hipolipemiante, em relação à sinvastatina, por exemplo, foi demonstrada por Brown et al (2002, p.1036-43, apud CHAGAS; GALVÃO, 2004).

Como a rosuvastatina é um hipolipemiante mais caro que a sinvastatina, para a substituição realizada foram considerados, além da superioridade de uma droga com relação a outra, a possibilidade financeira e o interesse pessoal, que existiam, do paciente em adquirir a nova medicação. A glibenclamida possui uma excreção predominantemente renal, sendo dessa forma, contraindicada em pacientes com doença renal crônica, uma vez que neste grupo de pacientes há uma maior possibilidade de episódios de hipoglicemia pela lenta eliminação e conseqüente acúmulo da substância do organismo (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015-2016). Por este motivo, a glibenclamida foi retirada do esquema medicamentoso do paciente.

Também segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2015-2016, quando a Hb glicada estiver acima de 8,5% e a metformina estiver em dose máxima, a insulina pode ser introduzida no esquema hipoglicemiante. Desta forma,

associada à metformina já em dose máxima, foi introduzida a insulina NPH. Segundo DCCT(1993, p.977-86) e UKPDS(1998, p.837-53), as complicações crônicas da DM associam-se principalmente a valores de Hb glicada acima de 7% e, sendo assim, o objetivo no tratamento de um paciente diabético é mantê-lo com a Hb glicada abaixo de 7%. Valores acima desta porcentagem significam que uma mudança no esquema terapêutico deve ser realizada (apud NETTO et al, 2009). A dosagem da Hb glicada deve ser realizada ao menos duas vezes por ano em todos pacientes diabéticos e a cada três meses nos pacientes diabéticos com níveis glicêmicos não satisfatórios (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015-2016).

Ao contrário da glibenclamida, a metformina foi mantida, uma vez que, de acordo com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2015-2016, os metabólitos da metformina são inativos, sua excreção renal é rápida e como seu efeito hipoglicemiante é menos intenso que o das sulfonilureias de curta duração, como a glibenclamida, não oferece risco de hipoglicemia nas fases iniciais da doença renal.

3. Promoção, educação em saúde e níveis de prevenção

Após a apresentação do caso clínico que englobou dois dos focos mais importantes na atenção básica à saúde, hipertensão e diabetes melito, voltaremos nossa atenção aos demais programas que a estratégia de saúde da família engloba, que são a assistência pré-natal, a saúde da criança (por meio da puericultura), a saúde da mulher e a saúde mental.

No que diz respeito ao pré-natal, o acompanhamento das gestantes deve constar de, no mínimo, 6 consultas durante a gestação, como recomenda a Organização Mundial de Saúde. As consultas são realizadas pelo médico e pela enfermeira da equipe, em meses alternados. Somando-se a estas consultas pré-estabelecidas, sempre que há alguma intercorrência no acompanhamento da gestante, verificada pela enfermeira, esta encaminha a paciente ao médico, mesmo que naquele mês a consulta médica já tenha sido realizada. O pré-natal deve ser iniciado o mais precocemente possível, ainda no primeiro trimestre e sendo feito é um indicador de maior qualidade na assistência materno-fetal (BRASIL, 2012a) (grau de recomendação B – VIDE anexo III).

Em gestantes de baixo risco, um número inferior a seis consultas, porém com maior qualidade da anamnese e do exame físico pode ser suficiente para um adequado acompanhamento pré-natal, sem que isto proporcione maiores riscos à mãe e ao seu filho (BRASIL, 2012a) (Grau de Recomendação A). O pré-natal de cada gestante inicia-se a partir do preenchimento do Cartão da Gestante, do prontuário de Pré-natal e da ficha SisPrenatal. Ainda na primeira consulta, a situação vacinal da gestante é avaliada, são realizados os testes rápidos e são solicitados os exames laboratoriais específicos ao Pré-natal.

No decorrer do Pré-natal, avaliamos e tratamos as queixas clínicas mais comuns das gestantes (lombalgia, pirose, dentre outras), além de verificarmos se está ocorrendo algum sinal ou sintoma que indique risco à mãe e/ou ao feto. No exame físico, damos ênfase à avaliação da altura uterina (após a 12^a semana) e dos batimentos cardio-fetais, após a 10^a-12^a semana (BRASIL, 2012a) (Grau de recomendação D), além da verificação de edema patológico de membros inferiores (BRASIL, 2012a) (Grau de recomendação C), da pressão arterial e peso da gestante. Como já dito anteriormente, os exames laboratoriais necessários ao pré-natal são

solicitados já na primeira consulta e dentre eles, a sorologia para HIV, solicitada na primeira consulta e no terceiro trimestres, já que a intervenção pode reduzir a transmissão materno-fetal (BRASIL, 2012a) (grau de recomendação A). Com relação às ultrassonografias obstétricas, quando realizadas em torno de 16 a 20 semanas de gestação, há uma maior probabilidade de detectar malformações fetais (BRASIL, 2012a) (grau de recomendação A).

O cartão de vacinação vai sendo atualizado de acordo com o calendário vacinal na gravidez. Tudo isso é registrado no Cartão da gestante e na ficha de pré-natal (BRASIL, 2012a) (grau de recomendação D). As gestantes que apresentam alguma intercorrência que a classificam em uma gestação de alto risco são referenciadas ao CAISM (Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher) para serem atendidas por ginecologista-obstetra (BRASIL, 2012a) (grau de recomendação A). A partir de então, a gestante passa a ser acompanhada tanto pelo centro de referência como pela equipe de saúde da família de sua comunidade.

No tocante à puericultura em meu município, tentamos seguir o preconizado pelo Ministério da Saúde, no Caderno de Atenção Básica, número 33. Tal caderno orienta a realização de consultas de puericultura na 1ª semana de vida, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês, totalizando 7 consultas no primeiro ano de vida da criança. No segundo ano de vida, são realizadas consultas quando a criança se encontra com 18 e 24 meses de vida. E por fim, dos 2 aos 10 anos de idade, deve ser feita, ao menos, uma consulta ao ano (BRASIL, 2012b) (grau de recomendação D). O município conta com três profissionais habilitados para a realização da puericultura, que são o médico de saúde da família, o pediatra contratado pelo município e a enfermeira, mas na prática apenas o médico de saúde da família realiza a puericultura propriamente dita, uma vez que o pediatra atende, em sua maioria, casos agudos, e a enfermeira não conta com puericultura em seu cronograma.

Na consulta de puericultura são avaliadas as medidas antropométricas, incluindo peso e altura, desenvolvimento neuropsicomotor, situação vacinal até o momento e estado nutricional (BRASIL, 2012b) (grau de recomendação D). Além disso, caso a criança apresente alguma intercorrência, esta também pode e deve ser avaliada na mesma consulta. A profilaxia da anemia é um dos principais focos da puericultura em meu município, com a prescrição de 1-2 mg de ferro elementar por kg de peso para crianças entre 6 e 24 meses de idade (BRASIL, 2012b). Em Telha/SE, muitos pacientes adultos fazem acompanhamento para dislipidemia. Muitos destes

afirmam ter uma alimentação balanceada, nas proporções corretas entre proteínas, gorduras e carboidratos. Desta forma, na busca por um possível quadro de dislipidemia familiar, tenho solicitado o lipidograma, a partir dos 2 anos de idade, para as crianças parentes de primeiro grau destes pacientes dislipidêmicos. Na verdade, seguindo-se exatamente o que recomenda o Ministério da Saúde, deveria solicitar o lipidograma para toda criança acima de 2 anos de idade, num intervalo de 3 a 5 anos, que apresentasse pais ou avós com história de doença cardiovascular precoce (antes de 55 anos para homens e antes de 65 anos para mulheres) ou que tivessem pais com o colesterol total acima de 240 mg/dl (BRASIL, 2012b) (Grau de recomendação D).

Partindo para a atenção à saúde da mulher, damos ênfase à realização do exame colpocitológico anual, para as mulheres entre 25 e 64 anos de idade, e à mamografia, a partir dos 50 anos de idade, exceto para aquelas mulheres com risco aumentado para câncer de mama, que devem ser submetidas antes dos 50 anos a esta triagem (BRASIL, 2013a) (grau de recomendação B). A maioria das mulheres entre 50 e 69 anos em meu município procuram atendimento em busca de realizar a mamografia anualmente, apesar da recomendação pelo Ministério da Saúde ser a realização de mamografia a cada dois anos e do exame clínico das mamas anualmente (BRASIL, 2013a). Muitas mulheres abaixo dos 50 anos de idade, mesmo sem fatores de risco para câncer de mama, desejam realizar a mamografia, porém o Ministério da Saúde recomenda a realização de mamografia em mulheres de 40 a 49 anos apenas em caso de exame clínico anual das mamas alterado (BRASIL, 2013a).

No tocante ao cuidado à saúde mental, no município de Telha, foi introduzido no cronograma um dia fixo só para o atendimento de pessoas que façam uso de medicação controlada, o dia da Saúde Mental. A frequência desse encontro é mensal. Neste dia, atendemos os pacientes que já fazem uso regularmente de qualquer tipo de psicotrópico e avaliamos se há necessidade de mudança da medicação, da dose, se há necessidade de alguma medicação adicional ou mesmo se o paciente necessita de acompanhamento especializado com psiquiatra, se ainda não o estiver fazendo. Além deste grupo de pacientes, atendemos pessoas que ainda não fazem uso de medicação psicotrópica, mas que são candidatas a iniciarem tratamento, através de informações trazidas por familiares e pelos agentes comunitários de saúde. Durante as consultas em saúde mental, como preconizado pelo caderno de Saúde Mental, número 34 do Ministério da Saúde, o paciente deve sentir-se acolhido e sentir que

suas queixas estão sendo tidas como legítimas, o profissional deve criar uma empatia, estabelecer uma boa comunicação com o usuário, a ponto deste sentir-se à vontade para refletir e explicar sobre suas queixas emocionais.

O perfil de transtornos psíquicos dos pacientes com acompanhamento para saúde mental em Telha/SE é composto em sua maioria por transtornos de ansiedade e do humor (depressão) em uma associação intensa entre si. Acompanhamos também pacientes portadores de esquizofrenia, portadores de distúrbios neurológicos congênitos que geram déficit cognitivo, pacientes em tratamento contra o alcoolismo.

Dispomos de um psiquiatra contratado pelo município, com frequência quinzenal de atendimentos. O município conta também com um psicólogo, que realiza atendimentos semanais. A referência regional para o cuidado à saúde mental é o CAPS na cidade vizinha de Cedro do São João. Apesar de contarmos com um psiquiatra no quadro de profissionais da saúde, o médico generalista realiza a maioria das consultas em cuidado ao transtorno mental, particularmente dos quadros psicóticos estáveis, diminuindo o número de consultas com o especialista (BRASIL, 2013b).

4. VISITA DOMICILIAR

Após termo visto como são abordados a maioria dos programas de prevenção e promoção em saúde no município de Telha, o foco a partir de então será outro fundamental programa da Estratégia de Saúde da Família, que é a atenção domiciliar à saúde. O termo Atenção Domiciliar engloba o conjunto de ações em saúde que ocorrem no domicílio destinadas à população em geral e que compreende ações articuladas de vigilância à saúde, assistência domiciliar e internação domiciliar (BRASIL, 2003).

Cadastramento, busca ativa, ações de vigilância e de educação em saúde são algumas das atividades realizadas em domicílio. Além destas ações existem aquelas destinadas ao cuidado de pacientes com impossibilidade ou dificuldade de locomoção até a unidade básica de saúde e que necessitam de acompanhamento permanente ou por período limitado (BRASIL, 2012c).

Na equipe de saúde da família da qual faço parte, as visitas domiciliares são agendadas principalmente pelos agentes comunitários de saúde, de acordo com a necessidade de cada micro área. A grande maioria das visitas realizadas em minha equipe é para pacientes acamados, em cuidado continuado e também para pacientes, que mesmo sem serem acamados não podem se locomover até a unidade básica de saúde. Realizamos também visitas domiciliares em caráter de urgência, quando algum dos pacientes já visitados regularmente ou pacientes que estão temporariamente impossibilitados de frequentar a UBS apresentam alguma intercorrência, sendo que estas visitas podem ser realizadas em outro dia, além do dia específico para visitas. A equipe realiza também visitas para confirmação de óbito, quando o mesmo ocorre em domicílio.

O cronograma da minha equipe conta com um turno na semana (quinta-feira à tarde) para a realização de visitas domiciliares programadas. Os pacientes que serão visitados são selecionados de acordo com a necessidade que sua comorbidade impõe. As informações mais recentes sobre os pacientes em cuidado continuado domiciliar são passadas à equipe principalmente pelos agentes comunitários de saúde. Os casos são discutidos com integrantes da equipe, quando então é realizada a análise da gravidade de cada caso individualmente e a partir desse momento é produzido o cronograma. O perfil de pacientes visitados regularmente é basicamente

de pacientes sequelados de AVE, pacientes com amputações de membros, idosos com dificuldade de deambulação, idosos sem cuidadores, mulheres no puerpério, pacientes com transtornos neurológicos graves e com doenças crônico-degenerativas.

Objetivamos com as visitas domiciliares conhecer o território adscrito, além do domicílio e características ambientais, socioeconômicas e culturais da população coberta pela ESF. É necessário prestar assistência ao paciente em seu domicílio para promover ações de promoção à saúde, controlar e prevenir doenças transmissíveis, intervir precocemente para evitar complicações de comorbidades, propiciando assim ao indivíduo e à família participação ativa no processo saúde-doença.

Desde que o programa Mais Médicos foi introduzido no município de Telha, a categoria de atenção domiciliar, segundo os próprios pacientes e profissionais mais antigos no município, tem tido uma evolução progressiva, principalmente no que diz respeito à continuidade do cuidado, fortalecendo o atributo da longitudinalidade do SUS, uma vez que permite o acompanhamento contínuo dos pacientes ao longo da vida, independentemente da ausência ou presença de doença aguda. Além da evolução neste aspecto, percebe-se também um amadurecimento na forma como a equipe se organiza e desenvolve o cuidado através das visitas domiciliares, podendo, dessa forma, ampliar o atendimento às diversas demandas presentes no município, fortalecendo assim o princípio de universalidade do SUS. Todas as demandas, em seu tempo, serão atendidas.

A integralidade é outro princípio do SUS favorecido pelas práticas de atenção domiciliar, visto que estas práticas constam de ações de promoção, prevenção e tratamento, com foco no indivíduo, sua família e seu ambiente, contando com uma atuação interdisciplinar.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

A especialização ofertada foi de grande valia para minha evolução como profissional médico, não só no aspecto técnico, com materiais didáticos adequados e atualizados, como também no aspecto humano, através de ensinamentos que me possibilitaram perceber a fundamental importância dos aspectos biopsicossociais no processo saúde-doença.

Foi uma experiência surpreendente que divergiu do modelo tradicional presencial de metodologia de ensino médico, sem prejuízo da qualidade e com a vantagem de horários flexíveis que possibilitavam uma organização das minhas atividades de estudo de acordo com os meus compromissos. O curso me ofereceu embasamento teórico necessário para um melhor atendimento ao usuário e ações de promoção e prevenção em saúde.

As atividades do Eixo 1 da especialização me possibilitaram um entendimento mais aprofundado do contexto do sistema de saúde, no qual estou inserido, como profissional médico. Os conhecimentos técnicos teóricos são de fundamental importância para uma prática clínica cada vez mais eficiente, porém conhecimentos técnicos, por si só, no contexto da atenção básica, não são suficientes para que um cuidado integral seja oferecido aos usuários e este embasamento teórico, do entendimento do sistema de saúde como um todo, foi oferecido pelo Eixo 1. Por isso destaco a importância deste eixo.

É motivante poder colocar em prática ensinamentos voltados especificamente para a atenção básica em saúde. No Eixo 2, muitos dos casos complexos mostrados refletem perfeitamente a prática diária, esclarecendo algumas dúvidas que eu tinha durante os atendimentos. Com os ensinamentos dos casos complexos, pude aperfeiçoar minhas condutas na prática clínica, como, por exemplo, no cuidado ao paciente com insuficiência cardíaca congestiva. No pequeno município em que atuo, existiam apenas 3 pacientes com diagnóstico de ICC, confirmado por cardiologista.

Após os conhecimentos reforçados pelo caso complexo específico, pude realizar o diagnóstico, depois confirmado pelo especialista, de mais dois pacientes que vinham apresentando sintomas e sinais suspeitos de tal patologia, mas que passaram despercebidos anteriormente. Além do diagnóstico desses novos dois pacientes, otimizei o tratamento de um dos pacientes que já tinha o diagnóstico de

ICC, baseando-me no que foi explanado no caso complexo, sendo que este paciente apresentou melhora substancial após esta mudança na dosagem das medicações.

Confesso ter ficado surpreso positivamente com a profundidade dos conhecimentos passados, através dos casos complexos. Foi muito gratificante conhecer um pouco mais da medicina de família, da atenção básica em saúde e perceber o médico de saúde da família como detentor de vasto conhecimento teórico, inclusive de outras especialidades. Ao fim do curso, sinto-me mais valorizado como médico da atenção básica, por perceber a importância que tenho, juntamente com minha equipe, na vida de muitas famílias de minha comunidade.

REFERÊNCIAS

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016) / Adolfo Milech...[et. al.]; organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio - São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

REZENDE, Fabiane Aparecida Canaan et al. Índice de massa corporal e circunferência abdominal: associação com fatores de risco cardiovascular. Arq. Bras. Cardiol., São Paulo, v. 87, n. 6, p. 728-734, dezembro. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2006001900008. Acesso em: 15 mar. 2017.

SIMÃO Antônio Felipe et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. Arq Bras Cardiol. 2013; 101 (6Supl.2): 1-63. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/Diretriz_Prevencao_Cardiavascul.pdf. Acesso em: 15 mar. 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 64 p. il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

FARIA, Alessandra N. et al. Tratamento de Diabetes e Hipertensão no Paciente Obeso. Arq Bras Endocrinol Metab, São Paulo, v.46, n.2, p.137-142, abril. 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302002000200004. Acesso em: 15 mar. 2017.

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2014-2015 / Sociedade Brasileira de Diabetes; [organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio]. – São Paulo: AC Farmacêutica, 2015.

CHAGAS, Antônio Carlos Palandri; GALVÃO, Tatiana de Fátima Gonçalves. Novas evidências no tratamento das dislipidemias. Há justificativas para uma nova estatina? Revista brasileira de medicina. São Paulo, Editora Moreira Jr, vol 61, p.676-681. Ano 2004. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=2808. Acesso em: 18 mar. 2017.

NETTO, Augusto Pimazoni. et al. Atualização sobre hemoglobina glicada (HbA1C) para avaliação do controle glicêmico e para o diagnóstico do diabetes: aspectos clínicos e laboratoriais. J Bras Patol Med Lab, v.45, n.1, p.31-48, fevereiro 2009. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-24442009000100007. Acesso em: 18 mar. 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012a. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n° 32).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n° 33).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed.

– Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013a. 124 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 176 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Manual de assistência domiciliar na Atenção Primária à Saúde. LOPES, José Mauro Ceratti. Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, 2003.

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, 2012c.

ANEXO 1 - PROJETO DE INTERVENÇÃO



PROJETO DE INTERVENÇÃO

JOSÉ MARCELO RIBEIRO PRATA FILHO

COMBATE AO USO INDISCRIMINADO DE BENZODIAZEPÍNICOS EM TELHA/SE

ARACAJU/SE

2017

1. INTRODUÇÃO

Telha é um município brasileiro do estado de Sergipe, localizado no leste sergipano, sendo o segundo município menos populoso do estado, com uma população de 2957 habitantes (IBGE 2010). Faz divisa com os municípios de Amparo de São Francisco, Cedro de São João e Propriá, sendo muito dependente dos serviços destes dois últimos municípios.

O município conta com apenas uma equipe de saúde da família, que atende a 4 áreas, sendo elas, a sede do município, os povoados Bela Vista, São Pedro e São Tiago. Como na grande maioria dos municípios brasileiros, dos maiores aos menores, o uso indiscriminado de benzodiazepínicos é observado nesta pequenina cidade de cerca de 3100 habitantes. A maioria dos pacientes que faz uso dessa classe de medicação é do sexo feminino, o que pode ser justificado em parte pela maior propensão das mulheres em apresentarem distúrbios de ansiedade. Somando-se a esse fato, dentro de um cenário típico do pequeno município brasileiro, no qual existem poucas opções de lazer para a população, onde muitas vezes o patriarca ou os filhos estão envolvidos na dependência de álcool, o número de matriarcas, principalmente, que começa a apresentar sinais de distúrbios de ansiedade tende a crescer.

Os benzodiazepínicos mais populares já estão amplamente divulgados entre a população mais carente. Quase sempre há um vizinho que toma e que “se sente muito bem” ao fazê-lo. Desta forma, aquele indivíduo que está passando por conflitos pessoais, por desgastes nas relações familiares, enfim, por problemas socioeconômicos que interfiram negativamente com sua saúde mental, vê na medicação uma forma mais fácil e rápida para amenizar seu sofrimento.

PROBLEMA

A maioria das pessoas tenta resolver seus problemas de competência médica ou não, recorrendo aos serviços oferecidos pelos sistemas de saúde, deixando de lado a visão ampla de saúde individual e coletiva que engloba aspectos sociais e econômicos. Assim o fazem por acreditarem não ser possível enfrentar seus problemas, sem a presença do “medicamento controlado” (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2004). É comum o uso de medicações controladas, sobretudo de

benzodiazepínicos, por vários anos, sem a reavaliação adequada no que diz respeito à necessidade da continuidade do seu uso, à indicação correta daquele medicamento para a queixa apresentada.

A prescrição de benzodiazepínicos deve ser reservada àqueles pacientes que não eram naturalmente ansiosos anteriormente e que apresentaram sintomas de ansiedade com tempo de início definido e causa esclarecida (FORSAN, 2010). Um cenário bastante encontrado é o daquele paciente que usa o benzodiazepínico, há vários meses ou anos, em esquema de monoterapia, o que vai de encontro ao princípio do uso por tempo limitado dessa classe de drogas, até se conseguir amenizar o distúrbio de ansiedade presente.

Como o distúrbio de ansiedade comumente está inserido em outros transtornos psíquicos, a exemplo do transtorno depressivo, a reavaliação desses pacientes torna-se fundamental para a pesquisa de uma patologia que possa estar sendo subdiagnosticada. Não é difícil encontrar pacientes com claros sinais e sintomas de depressão em uso apenas de benzodiazepínico e há muito tempo sem acompanhamento especializado.

Da mesma maneira que falhas na conduta dos profissionais ajudam a perpetuar esta situação, o próprio comportamento da população contribui mais ainda neste sentido. Pessoas que começaram a fazer uso de benzodiazepínicos por intermédio do vizinho, de algum parente, orientadas por estes sobre os benefícios da medicação é fato bastante corriqueiro. Estas mesmas pessoas vão nos consultórios “solicitar” a receita daquela medicação “que o vizinho lhe emprestou”, julgando ser válida a continuidade do tratamento com tal medicação. Outras vezes, quem vai é a pessoa que já toma a medicação, com prescrição médica, para solicitar a renovação de sua receita, antes do tempo previsto, já que sua medicação acabou antes do tempo, porque esta mesma pessoa acabou dando alguns comprimidos a um parente ou a um vizinho que julgou estar necessitando.

Certamente, para que se possam reduzir estes equívocos cometidos por parte da população, é necessária uma campanha de conscientização sobre os riscos do uso indiscriminado destas medicações e tal ato deve partir da equipe de saúde. Porém, isto não irá se constituir em uma tarefa fácil, uma vez que, mesmo sem uma campanha formal, até então, de conscientização da população sobre os riscos de tais medicações, orientações dentro do consultório sempre são feitas e esbarram, na

grande maioria das vezes, na resistência e no receio dos pacientes em “abandonar” aquela medicação que “te faz esquecer os problemas do seu dia-a-dia”.

JUSTIFICATIVA

Segundo Fraser (1998, p. 481-89) e WHO (1983, p. 551-62), conforme citado por Forsan (2010), a dependência aos benzodiazepínicos pode ocorrer com o uso por períodos maiores que 4 a 6 semanas, além de também poderem ocorrer sintomas e sinais de tolerância e abstinência a estas substâncias.

Fato muito comum em Telha é o pedido para renovação de receitas de medicações controladas, sobretudo de benzodiazepínicos, sem a presença do próprio paciente. Muitas vezes, devido à grande demanda por consultas médicas, o médico não é capaz de realizar uma escuta detalhada dos problemas de todos os usuários destas medicações. Desta forma, com um grande número de usuários já dependentes de tais medicações, “herdados” de vários anos de prescrição contínua e sem avaliação, torna-se um trabalho árduo para a atual equipe de saúde tentar conscientizar os pacientes sobre os riscos do uso crônico da medicação, uma vez que para o usuário dependente os riscos deste uso tornam-se mais aceitáveis que os efeitos trazidos, principalmente, pela abstinência dos mesmos.

Este projeto de intervenção também é justificado pelo fato de que muitas vezes há uma inadequada indicação do uso do benzodiazepínico. Assim, não sendo tratada a causa primordial da ansiedade, esta se tornará mais intensa, mesmo já com o uso do benzodiazepínico. Nesse cenário, o paciente queixa-se com o médico que a dose da medicação não está mais “servindo para relaxá-lo”. Quando, na verdade, o que ocorre é que a patologia de base deste paciente não está sendo tratada, como um transtorno depressivo ou psicótico, por exemplo.

Segundo Forsan, 2010, quando o benzodiazepínico é prescrito indevidamente, como um paliativo de um sofrimento emocional não resolvido, a retirada da medicação fará surgir o verdadeiro estado emocional do paciente, o que pode ser confundido com sintomas de dependência ou de abstinência. Na verdade, a medicação estava apenas “disfarçando” a doença de base do paciente. É preciso levar estas informações aos pacientes para que se possa ter uma maior aderência ao desmame ou à supressão dessas medicações, quando necessário.

2. OBJETIVOS

2.1 - OBJETIVO GERAL

Conscientizar a população e a toda equipe de saúde sobre os riscos do uso prolongado e indiscriminado dos benzodiazepínicos.

2.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Reorganizar o atendimento em saúde mental no município de Telha/SE, prezando pela presença do paciente no consultório.
- Através da presença do paciente em consultório, diagnosticar possíveis transtornos de humor ou psicóticos, disfarçados por um tratamento irracional apenas com benzodiazepínicos.
- Orientar os pacientes quanto à diferença entre os sintomas de ansiedade, intrínsecos ao seu problema psíquico, e os sintomas e sinais de um quadro de dependência à medicação, para diminuir o número de pacientes que se consideram dependentes da medicação e, por consequência, mais resistentes à tentativa de supressão do uso do benzodiazepínico.
- Alertar às autoridades locais sobre a necessidade de implementação de atividades coletivas que possam trazer lazer, cultura, prática de esportes à população de risco para transtornos psíquicos.

3. REVISÃO DE LITERATURA

HISTÓRIA

Os benzodiazepínicos começaram a ser utilizados na década de 60, sendo o clordiazepóxido o primeiro a ser comercializado. Assim que começaram a ser utilizados, não havia relatos de dependência e intoxicação, ganhando rapidamente a simpatia da classe médica, como relatado por Silva (1999, p.15-28) e Bernik et al, (1991, p. 191-98) (apud ORLANDI; NOTO, 2005).

Contudo, ao final da década de 70, de acordo com Griffiths (1980, p.22-36, apud NASTASY et al, 2002) os efeitos indesejados dos benzodiazepínicos, como o risco de dependência e o potencial de intoxicação, já começaram a ser descobertos, gerando uma preocupação inicial entre os profissionais de saúde e usuários.

O PROBLEMA

Segundo Paprocki (1990, p.305-12, apud AUCHEWSKI et al, 2004), o stress do dia a dia, o aparecimento de novas opções de drogas no mercado, a publicidade comercial em cima de tais medicações e a conduta equivocada de alguns médicos na prescrição dessas drogas, são alguns dos fatores que contribuem para um aumento acelerado no uso indevido dos benzodiazepínicos.

Os benzodiazepínicos, de acordo com Holden et al (1994, p. 358-62, apud NASTASY et al, 2002), deveriam ser prescritos quando houvesse uma indicação clara para isso, como nos casos de ansiedade de início determinado e como medicações adjuvantes no tratamento dos principais transtornos psiquiátricos. Em contrapartida, são prescritos de maneira equivocada pelos médicos em geral, inclusive psiquiatras.

Pereira, 2013, relatou que estas drogas são muito eficientes em quadros de ansiedade aguda, mas em quadros crônicos de ansiedade seu uso constante não é recomendado. É importante pensar que o benzodiazepínico deve ser apenas uma medicação adjuvante no tratamento da maioria dos transtornos psiquiátricos e, desta forma, associá-lo com um antidepressivo, uma vez que este último também apresenta um efeito ansiolítico, sem risco de dependência e déficit cognitivo a longo prazo. Somando-se a isso, o benzodiazepínico deve ser prescrito particularmente no início da terapia do transtorno que está gerando a ansiedade e nos momentos de

exacerbação do quadro. Segundo Firmino et al, 2011, para uma correta prescrição dos benzodiazepínicos, o médico deve analisar a história clínica e psicológica do paciente, seus hábitos de vida, a real necessidade do medicamento, por quanto tempo é necessário, e orientar o paciente quanto aos riscos dos efeitos colaterais.

Em relação ao tempo de uso, Gorestein (1993, p.153-54, apud AUCHEWSKI et al, 2004) evidenciou que, mesmo quando em doses baixas e se prolongado, pode causar déficits cognitivos e psicomotores persistentes. As mulheres com mais de 50 anos constituem o grupo de pacientes que mais usam o fármaco em questão. Os benzodiazepínicos respondem por cerca da metade das prescrições de medicações psicotrópicas (HALLFORS; SAXE, 1993).

A continuidade da prescrição de benzodiazepínicos pelos clínicos gerais por tempo acima do recomendado, conforme Dybwab (1996, p.361-68, apud CARVALHO et al, 2006) baseia-se nos seguintes argumentos: não usurpar do paciente seu direito de escolha, pacientes que já fazem uso da medicação prescrita por outro médico, dificuldade em negar a receita, além da própria prática inadequada da transcrição de receitas sem a avaliação do paciente.

Segundo Nordon e Hubner, 2009, o clínico geral geralmente é o primeiro a se deparar com as queixas que envolvem a saúde mental. Caso a prescrição de um benzodiazepínico seja realizada indevidamente, dá-se início a um ciclo vicioso que pode persistir por vários anos. Desta forma, o conhecimento profundo destes fármacos por parte dos clínicos gerais é de suma importância para que os benzodiazepínicos possam ser prescritos apenas quando realmente são necessários.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa-intervenção organizacional, que incluirá os usuários de benzodiazepínicos acompanhados pelo serviço de saúde das USF do município de Telha/SE, além dos profissionais que fazem parte da ESF. As ações a serem realizadas nessa pesquisa, serão descritas a seguir, contemplando as seguintes etapas: pactuação das ações, organização e gestão do serviço, execução das ações e monitoramento e avaliação.

Pactuação das ações

O projeto será apresentado por mim, na reunião mensal da ESF do mês de janeiro/2017, esclarecendo todas as etapas de trabalho.

Organização e gestão do serviço

Na segunda quinzena do mês de fevereiro será realizada uma oficina para os ACS com o objetivo de discutir as ações em saúde mental. Será elaborado um questionário (VIDE anexo II), composto por perguntas referentes à saúde mental, sobretudo ao uso de benzodiazepínicos nas famílias da comunidade. Este questionário será aplicado pelos ACS durante as visitas domiciliares realizadas por estes e por mim, durante as consultas médicas, nas UBS e nas visitas domiciliares.

Além do questionário, serão confeccionadas cartilhas com informações essenciais sobre os benzodiazepínicos, como suas indicações, tempo aconselhável de uso, efeitos adversos a curto e a longo prazo, dentre outras informações. Será discutida também a possibilidade de ser introduzido no cronograma mensal, um dia para o atendimento exclusivamente em saúde mental. Neste dia, será realizada uma apresentação, por meio de slides, direcionada aos pacientes usuários de “medicação controlada”, focando-se sobretudo no uso dos benzodiazepínicos.

Execução das ações

A execução das ações será iniciada no mês de março/2017. Os ACS utilizarão os questionários para nortear o trabalho nas visitas domiciliares. Além disso, utilizarão as cartilhas com as informações fundamentais sobre os benzodiazepínicos para que possam fornecer uma orientação inicial sobre o uso adequado e correto destas medicações.

Feita a visita domiciliar pelo ACS e aplicado o questionário, estes serão recolhidos e entregues a mim para que eu possa, baseando-me nas informações colhidas, agendar um dia para o atendimento exclusivo em saúde mental, principalmente para aqueles pacientes que, de acordo com o questionário, apresentam indícios de uso inadequado de benzodiazepínicos. Estes atendimentos serão agendados para o turno da manhã, provavelmente em 3 dias, sendo que no período da tarde destes mesmos dias, será realizada uma apresentação em slides, como maneira de reforçar ainda mais as orientações dadas em consultório e também como forma de estimular o compartilhamento de vivências entre os pacientes presentes.

Monitoramento e avaliação

O projeto será monitorado mensalmente durante a reunião realizada com a presença de todos os membros da ESF. Serão discutidos temas que os ACS julgarem pertinentes em relação às visitas realizadas. Durante a semana, após terem aplicado no mínimo 10 questionários, os ACS deverão me entregar os mesmos preenchidos para que os dados possam ser analisados. Ao final dos três meses de execução do projeto, fim do mês de maio/2017, será realizada uma apresentação dos resultados na reunião mensal de equipe da USF do município de Telha/SE, para avaliação da intervenção e discussão sobre futuros encaminhamentos para o trabalho em saúde mental no município.

5. CRONOGRAMA

O cronograma de atividades abrange um período de 5 meses e está apresentado no quadro abaixo:

Atividades	2017				
	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maió
Pactuação das ações (apresentação do projeto à ESF)	X				
Oficina sobre o tema com os ACS		X			
Apresentação do questionário e da cartilha aos ACS		X			
Execução das ações (aplicação do questionário, entrega das cartilhas, palestras e consultas específicas em saúde mental)			X	X	X
Análise dos resultados					X
Apresentação dos resultados e avaliação do trabalho					X

6. RECURSOS NECESSÁRIOS

- Sala para realização de grupos com a ESF e com os pacientes;
- Consultório para atendimento individual;
- Folhas de papel para impressão dos questionários e cartilhas;
- Equipamento de multimídia (Datashow);
- Canetas;
- Pasta para arquivo dos questionários realizados;
- Profissionais: Médico, Enfermeira, Téc. /Aux. Enfermagem, ACS;
- Prontuários dos pacientes presentes nas atividades.

7. RESULTADOS ESPERADOS

Ao final deste projeto de intervenção espera-se que o número de pacientes que fazem uso indevido e inadequado de benzodiazepínicos comece a apresentar uma redução, mesmo que lenta, mas progressiva, no município de Telha/SE. Além da redução no número de usuários destas medicações, espera-se também que haja uma maior conscientização por parte dos familiares, não usuários, e por parte dos membros da ESF, no que diz respeito aos prejuízos que o uso crônico e indevido dos benzodiazepínicos pode causar. Sendo assim, deseja-se fomentar, na comunidade em geral, a ideia de que estas medicações estão sendo usadas, na maioria das vezes, para “disfarçar” o real problema do paciente.

Espera-se também que além das informações referentes aos males que o uso indiscriminado dos benzodiazepínicos pode trazer, os pacientes e membros da ESF adquiram um maior conhecimento sobre os transtornos mentais e sobre o papel das principais classes de medicação nestes transtornos, uma vez que se torna mais fácil convencer um paciente de que seu tratamento medicamentoso está incompleto, quando este paciente tem o mínimo de informações sobre sua doença. Despertar, na consciência dos familiares e pessoas próximas ao paciente, a fundamental importância da conversa, da compreensão, do afeto, no processo de tratamento do transtorno mental é outro resultado desejado. Convencê-los de que o tratamento medicamentoso não é o único responsável pela cura do paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CARVALHO, Lúcia de Fátima; DIMENSTEIN, Magda. O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. Estudos de psicologia (Natal), Natal, v.9, n.1, p. 121-129, Abr. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413294X2004000100014&lng=en&nrm=iso&tIng=pt. Acesso em: 21 jul. 2016.

FORSAN, Maria Aparecida. O uso indiscriminado de benzodiazepínicos: uma análise crítica das práticas de prescrição, dispensação e uso prolongado. 2010. 25p. Trabalho de Conclusão de curso (especialização). Disponível em: www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0649.pdf. Acesso em: 21 jul. 2016.

ORLANDI Paula, NOTO Ana Regina. Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave no município de São Paulo. Revista Latino-americana de Enfermagem 2005 setembro-outubro; 13(número especial):896-902. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/2181/2276>. Acesso em: 21 jul. 2016.

NASTASY, Hamer et al. Abuso e dependência dos benzodiazepínicos. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 2002.

Disponível em: http://www.fmb.unesp.br/Home/Departamentos/Neurologia,PsicologiaePsiquiatria/ViverBem/Consenso_benzodiazepinicos.pdf. Acesso em: 4 ago. 2016.

FIRMINO, Karleyla Fassarela et al. Fatores associados ao uso de benzodiazepínicos no serviço municipal de saúde da cidade de Coronel Fabriciano, Minas Gerais, Brasil. Caderno de Saúde Pública, v.27, n.6, p.1223-32, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000600019. Acesso em: 4 ago. 2016.

AUCHEWSKI, Luciana et al. Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos. Revista Brasileira de Psiquiatria, v.26, n.1, p.24-

31, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000100008. Acesso em: 4 ago. 2016.

HALLFORS Denise Dion, SAXE Leonard. The dependence potencial of short half-life benzodiazepines: a meta-analysis. Am J Public Health 1993; 83(9): 1300- 4.

Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1694983/pdf/amjph00533-0110.pdf>.
Acesso em: 2 set. 2016.

PEREIRA, Alexandre de Araújo et al. Saúde Mental. 2ed.
Belo Horizonte:

NESCON/UFMG, he2013. Disponível em:
<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1209.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2016.

CARVALHO, Andréa da Luz et al. Uso racional de psicofármacos. Coordenação de Programas de Saúde Mental/Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, v.1, abril-jun., 2006. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal->

[ensp/judicializacao/pdfs/289.pdf](http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/289.pdf). Acesso em: 2 ago. 2016.

NORDON, David Gonçalves; HUBNER, Carlos Krakauer. Prescrição de benzodiazepínicos por clínicos gerais. Diagn Tratamento. V.14, n.2, p.66-69, 2009. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2009/v14n2/a0004.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2016.

ANEXO II - QUESTIONÁRIO DIRECIONADO AO USUÁRIO DE BENZODIAZEPÍNICO

- a) Quem prescreveu a medicação tarja preta? Um clínico geral, um psiquiatra ou algum médico de outra especialidade?
- b) Há quanto tempo você toma esta medicação?
- c) Você sabe por que o médico passou essa medicação para você?
- d) Você já parou de tomar esta medicação alguma vez? Se sim, por que voltou a tomar?
- e) Você faz acompanhamento com o psiquiatra ou só com o clínico geral?
- f) Você toma alguma outra medicação controlada junto com essa? Se sim, qual a medicação?
- g) Algum médico já te orientou quanto aos riscos de tomar medicações tarja preta por muito tempo?
- h) Você já deu alguma medicação tarja preta para algum conhecido seu que não usava antes?
- i) Você acha que a medicação tarja preta serve para tratar o quê?
- j) O que você sente quando está sem tomar a medicação?
- k) Você já parou de tomar alguma medicação controlada, que um médico passou, por conta própria? Se sim, lembra qual? Por que parou de tomar?

ANEXO III - GRAUS DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA

- Grandes ensaios clínicos aleatorizados e meta-análises.
- Estudos clínicos e observacionais bem desenhados.
- Relatos e séries de casos clínicos.
- Publicações baseadas em consensos e opiniões de especialistas.