

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PORTO ALEGRE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

GILBERTO REINOSO DIAZ

**INTERVENÇÃO E APLICABILIDADE DOS PROGRAMAS DE SAÚDE
PÚBLICA EM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEL**
MÉDICOS PARA O BRASIL

PORTO ALEGRE

2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PORTO ALEGRE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

GILBERTO REINOSO DIAZ

**INTERVENÇÃO E APLICABILIDADE DOS PROGRAMAS DE SAÚDE
PÚBLICA EM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEL**
MÉDICOS PARA O BRASIL

Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família pela
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre e UNA-SUS.

Prof. Daniel Victor Coriolano Serafim

PORTO ALEGRE

2018

SUMÁRIO

1. Introdução	1
2. Estudo do caso clínico.....	2
3. Promoção de saúde.....	8
4. Visita domiciliar.....	10
5. Considerações finais.....	12
6. Referencias bibliográficas.....	13
7. Anexo1.....	16

1. INTRODUÇÃO

Meu nome é Gilberto Reinoso Diaz especialista em Medicina Geral Integral, tenho 53 anos, sou natural de Cuba onde fiz meus estudos e me graduei como medico o dia 13-08-1990 pela Faculdade de Ciências Medica Doutor Miguel Enriques da província de La Habana, trabalhe durante 27 anos em meu pais, após trabalhe 3 anos em Venezuela y 2 anos em Guatemala.

Em julho de 2016 aderi ao Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) e, desde então, atuo na cidade Eldorado dos Carajás, estado Pará, há cerca de um ano. Estou trabalhando em na unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF) 17 de abril, cuja área de abrangência atende às vilas de viveiros, Cabanos e a vila San Jose. O território adscrito à ESF é considerado de risco devido à presença de famílias de baixo nível socioeconômico, ausência de saneamento básico adequado. Há duas Igrejas católicas, duas evangélicas (Assembleia de Deus, Adventista e Congregação Cristã), uma escola pública e três lojas para a população satisfazer suas necessidades. A população atendida abrange um total de 7000 usuários, segundo dados fornecidos pelo SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica). As doenças mais prevalentes nos atendimentos são: Hiperlipidêmicas, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes mellitus tipo 2 (DM), Leishmanioses, parasitoses intestinais, Hanseníases.

O Projeto de Intervenção foi sobre consumo de benzodiazepínicos, com o título: "Consumo inadequado de benzodiazepínicos". Este projeto foi direcionado para população adulta da área adscrita da UBS, a importância deste projeto de intervenção na comunidade está ligada, especialmente, a possibilidade de um diagnóstico precoce e prevenção em população para este tipo de doença. A escolha desta temática foi relevante devido à alta prevalência que tem a consumo de benzodiazepínico em população no território da equipe, é uma doença, que por sua alta incidência, apresenta os critérios para um processo de intervenção educativa, que poderá reduzir a carga de uma doença adiciones futura.

A metodologia foi através da identificação deste público e convite pessoal feito pelos agentes comunitários de saúde (ACS's) y população de suas respectivas áreas, seguindo o cronograma determinado.

2. ESTUDO DO CASO CLINICO

ANAMNESE

Identificação

Nome: FSO

Idade: 62 anos

Sexo: Masculino.

Escolaridade: básica.

Religião: católico.

Estado civil: Casado.

Profissão: aposentado.

Naturalidade: Eldorado dos Carajás, Para.

Residência Atual: Vila 17 de abril.

QUEIXA PRINCIPAL:

Dor de cabeça e tontura, dores em peito, olhos vermelhos (03-01-2017)

História da doença atual:

1.Consulta Médica:

Paciente que comparece a consulta porque tem dois dias com dor de cabeça occipital, muita tontura que não melhora com medicamentos, um vomito grande de aspecto liquido, cansaço, dor em no peito, olho vermelhos fala que fuma muito, bebe café, não pratica exercícios e que não tem cuidado com as comidas e que uma vez ficou com colesterol alto. bebe bebidas alcoólicas ocasional.

Interrogatório Sintomatológico:

Sintomas Gerais: decaimento, cansaço.

Sistema Neurológico: cefaleia, tontura.

Sistema Respiratório: tosse ocasional, dificuldade respiratória.

Sistema Cardiovascular: taquicardia, dor em no peito.

Sistema Digestivo: dor em epigástrio vomito.

Sistema Geniturinário: nega alterações

Sistema endócrino: nega alterações.

Coluna vertebral, ossos, articulações e extremidades: sem alteração.

Sistema Ginecológico: não se explora.

Sistema Circulatório: nega alterações.

ANTECEDENTES PESSOAIS:

Fisiológicos:

Nascido de parto cessaria.

Patológicos:

Doenças da infância: (Varicela, Dengue)

Alergia abelhas.

Antecedente Cirúrgico: 1 Apendicites

Alergia a medicamentos: penicilina.

Nega doenças crônicas.

Medicamentos em uso: Ranitidina 1 comprimido quando tem dores no estomago.

Vacinas: atualizadas.

Hábitos tóxicos: café, cigarro (2caixas ao dia) álcool ocasional.

Antecedentes Familiares

Pai: DM2, HTA, Cardiopatia Isquêmica, falecido aos 67 anos de um Infarto Agudo.

Mãe: Ulcera péptica, HAS, DLP (maior 300mg/dl) em tratamento farmacológico.

Filhos: saudável.

Condições de Vida:

Casa: tijolo, teto teja, piso cerâmica, 3 habitações, morando com esposa e 1 filhos, água da rua.

Condições socioeconômicas: a renda familiar tem uma aposentadoria y um salário mínimo.

Vida conjugal e ajustamento familiar: família funcional.

Alimentação:

Café da manhã: leite café, ovos fritos, pão, queijos.

Almoço: carnes fritas, caldos, arroz, verduras

Janta: come igual que no almoço.

Cozinha com muito sal, bebe muito café, só come verduras uma vez em semana.

Predominantemente muita gordura carboidrato, fruta e verduras.

Exame Físico:

Geral:

Paciente em regular estado geral, lúcido e orientado no tempo e espaço, fâcies vermelha, fala e linguagem típica, biótipo retilíneo, atitude voluntária, olhos conjuntivos vermelhos.

Mucosa: normocoreada, anictérica, acianótica, hidratada, afebril ao toque.

TCS: não edema.

Sinais Vitais:

Temperatura: 36,5°C;

PA: 180x100 mmHg;

FC: 92 bpm.

FR: 18 irpm.

Medidas Antropométricas: Peso: 80kg, Altura: 1,60 cm.

Estado Nutricional: IMC (Índice de Massa Corporal): 33,5kg/m² (obeso).

Exame Físico Regional:

Cabeça e pescoço:

Simétricos, sem deformidades aparentes, ausência de linfonomegalia retro auricular e cervical, tireoide de consistência, mobilidade e tamanho preservados, orofaringe sem sinais inflamatórios.

Tórax:

Inspeção: tórax típico, simétrico, respiração torácica presente, amplitude normal, não tiragem, ausência de abaulamentos, retrações, cicatrizes.

Palpação: expansibilidade normal, vibrações vocais normal, não tumor ações.

Percussão: dentro dos limites normais.

Ausculta pulmonar: Murmúrio Vesicular audível, não estertores.

Ausculta cardiovascular: Ruídos cardíacos rítmicos de boa tonificação, sem sopros cardíacos.

Abdome:

Inspeção: globuloso, ausência de circulação colateral, segue os movimentos respiratórios. Perímetro abdominal 105cm. Presença de cicatriz cirúrgica de apendicites.

Ausculta: Ruídos Hidroaéreos normais.

Percussão: normal.

Palpação: não dor a palpação superficial e profunda, dor em epigástrio não viceromegalia.

Extremidades

Simétricas, sem presença de edema, ausência de vasos dilatados.

Hipótese diagnóstica: Hipertensão Arterial com Gastrites.

Conduta: Encaminhamento para cardiologia, gastroenterologia para realizar endoscopia e nutricionista para avaliação dietética e para consulta de tabagismo,

prática de exercícios físicos, estudo de laboratório (Hemograma completo, glicemia, perfil lipídico completo) estudo renal, eletrocardiograma, rastreamento da tensão arterial durante uma semana.

EVOLUÇÃO

2ª Consulta (Dia 10/01/2017)

Paciente com melhor estado geral, refere que foi avaliado por nutricionista e se alimentando como ele indicou, foi ao cardiologista e gastroenterologia só que está aguardando para a próxima consulta e está fazendo exercícios. Relata que sua família está ajudando muito.

Apresenta exames laboratoriais: colesterol total: 304mg/dl, colesterol LDL:195mg/dl, colesterol HDL: 42mg/dl, triglicérides: 300mg/dl, o resto do estudo bioquímico foi normal.

Endoscopia. Gastrites aguda

Rastreamento da tensão arterial:

1er dia: 170|100mmhg.

2do dia: 180|100mmhg

3er dia: 180|100mmhg

4to dia: 175|9mmhg

5to dia: 180|100mmhg

6to dia: 180|100mmhg

7mo dia: 175|100mmhg

Conduta:

Sinvastatina 40mg tomar 01 comprimidos pela noite após jantar durante 3 meses e realizar exames após os 3 meses de tratamento.

Enalapril 20mg 1 comprimido duas vezes al dia

Hidroclorotiazida 25 mg 1 comprimido diário

Ranitidina 150mg 1 comprimido 12 em 12horas

Orientações Gerais para mudar o estilo da vida, baixar peso, fazer exercícios, diminuir consumo de café, no álcool e agendamento para fazer consulta em três meses.

3ª Consulta ()

Paciente refere melhor estado geral, já não fica tem dor peito e não tem mais dor cabeça tonturas, não acia paro de fumar, baixo 15 kg, os exames laboratoriais estão normais.

Conduta: suspender o tratamento com sinvastatina y seguir com tratamento hipotensor e gastrites continuar com a dieta e realizar exercícios, voltar a consulta em um mês para seguimento do peso.

Plano:

Visita domiciliar:

Matriciamento: Depois de identificada a necessidade de ampliar e compartilhar nosso atendimento para melhorar nossa conduta, foi ativada a nossa rede de atenção especializada do município, dessa forma foi realizada uma visita conjunta com o médico, agente comunitário e enfermeira.

3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Na área de saúde onde trabalho, pertencente al município Eldorado dos Carajas, 17 de abril, a UBS está formada por um médico, uma enfermagem, dois técnicos de saúde y sete Agentes comunitários que realizam visitas diárias a cada uma de as zonas e fazem atendimentos e atividades de prevenção e educação em saúde em condições ruim. Temos em equipe de saúde um dentista que atende três vezes por semana em na unidade de saúde

O contato com a população ocorre bem, sendo os doentes em sua maioria trabalhadores rurais de origem humilde e nível sócio cultural baixo, existem altas incidências de doenças respiratórias onde o cigarro e um fator de risco <EPOC> e infecciones de vias respiratórias, também em a população infantil tem alta incidência parasitismo intestinal e doenças diarreicas agudas.

Também existem alta prevalência de doenças crônicas como Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Asma Bronquial, assim como o uso indiscriminado de benzodiazepínicos.

A consulta pré-natal tem como objetivos prover a gestante de cuidado preventivo e curativo durante o período pre concepcional, gestacional y também em puerpério, e um conjunto praticas integradas para a manutenção e aprimoramento da saúde física, mental e social de a gestante, com a redução de risco de patologias gestacionais e desenvolvimento de um feto saudável. Em na prática diária não tem consulta de mulheres expressando desejo de engravidar y consultas pre natal poucas gestantes relatam que a gravidez foi planeada ou mesmo desejada. Através de agente de saúde e com palestras em unidade com mulheres em idade reprodutiva, se falo a importância de métodos contraceptivos, abordando também temas como saúde sexual e reprodutiva.

Los agentes de saúde comunitários se encargam de visitar em a comunidade a todas as gravidas para que assistam a consulta pré-natal y conhecer que gestantes e puérperas precisam de visita domiciliares pôr o médico e enfermagem.

Segum protocolo de Ministério de saúde, periodicidade das consulta pré-natal

Ate 28 semanas.....consulta mensal

Entre 28 y 36 semanas.....consulta quinzenal

36 semanas até termino.....semanal

Todas as gestantes devem ser encaminhadas al serviço de ginecologia do município y retornar ala atenção básica para puericultura.

Além do problema do planejamento familiar, em área de atendimento a maioria de as puérperas conhecem a importância do aleitamento materno exclusivo, nutrição e infecciones respiratórias

PRINCIPALES ATIVIDADES EDUCATIVAS

Importância de amamentação y técnica correta.

Benefício da amamentação para mãe e o bebe.

Métodos contraceptivos.

Gravidez em a adolescência.

Indicações laqueadura

O tema amamentação deve ser abordado desde pré-natal, desde o puerpério imediato para que amamentação ocorra a libre demanda y evitar o desmame preços.

Dessa forma os profissionais de saúde, especialmente da atenção básica tem um maior contato com usuários de serviço, existem importante papel no processo educação em quanto importância do aleitamento materno por meio de promoção e educação em saúde e estratégia mais eficiente para estimular e manter o aleitamento materno promovendo sus benefícios.

4. VISITA DOMICILIAR

O SUS visa atender os cuida-os da forma mais acolhedora possível, tendo em vista que a atenção primária de saúde e a primeira porta de entrada, neste contexto que APS centraliza suas ações na Estratégia Saúde da Família, tem como propósito além de centrar a atenção na saúde e dar ênfases a integralidade das ações, focalizar o indivíduo como um sujeito integrado a família e a comunidade, são responsabilidade da ESF a promoção da atenção integral contínua e organizada a população através da ações educativas realizadas na UBS no domicilio e outros espaços que compartem a ação planejada. (BRASIL, 2006; GUIMARÃES; PRATES, 2006).

A visita domiciliar focalizada na abordagem integral tem como objetivo a pessoa em seu contexto socioeconômico e cultural dentro de uma visão ética compromissada com o respeito e a individualidade, esta referida a integralidade como nos propões o caderno de Atenção Domiciliar do Ministério de Saúde, deve incluir entre outras questões conceber o homem como sujeito social capaz de traçar projetos próprios, intervindo dinamicamente nos rumos do cotidiano. A assistência no domicilio deve conservar a família em seu espaço social privado e doméstico, respeitando os movimentos e a complexidades das relações familiares. Lacaz, F. A. C. (2000). Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. *Ciência e Saúde coletiva*, 5 (1), 151-161.

Agendar previamente uma data e horário que possa englobar toda a família pertencente a um referido pode ser uma ótima solução para alcançar o objetivo maior desse programa.

A visita domiciliar no âmbito da Atenção Primária de Saúde vem evoluindo desde a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF). Deve ser realizada na frequência mínima de uma visita mensal a cada família residente na área de atuação. Na prática, a quantidade de visitas por residência sofre influência das condições oferecidas pela gestão municipal e varia em função das condições de saúde de seus habitantes, bem como de o perfil demográfico.

Ainda que exista uma visão equivocada do objetivo da visita domiciliar por parte de alguns cidadãos, a visita domiciliar focaliza a abordagem integral a família, não podendo qualquer dos indivíduos inseridos em um contexto familiar ficar de fora do programa.

Os pacientes com doenças crônicas em especial os que padecem de hipertensão arterial são as que mais utilizam os serviços de saúde, seja no contexto de consulta ou para controle de alguns agravos.

A importância da busca ativa na comunidade e da oferta de ações de saúde reside na integração dos grupos prioritários, visando a permanência dos mesmos no serviço. A visita domiciliar, nesses casos, representa a ferramenta de escolha para captar esses indivíduos e ainda fornecer à equipe de saúde informações pertinentes sobre as condições socioeconômicas das famílias residentes na área adscrito.

A visita ao paciente crônico tem como objetivos avaliar a saúde do paciente, orientar sobre a importância do controle da pressão, da terapia medicamentosa correta, dos hábitos de vida saudáveis, sobre mudanças na rotina, prática de exercício físico, além de avaliar riscos ou possíveis problemas, para que sejam adotadas medidas necessárias.

Consideramos, assim, a necessidade de a equipe realizar uma busca ativa e visitar nos domicílios esses pacientes para efetivar o controle dos níveis pressóricos, a adesão ao tratamento e orientações quanto aos hábitos de vida saudáveis e ainda conhecer a qualidade de vida desses pacientes. Conclui-se, mesmo atendendo as pessoas isoladamente, por meio da visita domiciliar, a equipe de saúde interage com a família do paciente assim e acreditasse que, ao tentar manter o quadro da doença estável estão promovendo algum de benefício a família.

A visita domiciliar (VD) é uma ferramenta importante para a prática dos profissionais de saúde, especialmente, na Estratégia Saúde da Família (ESF). É utilizada objetivando atender o indivíduo na sua integralidade. O estudo objetiva fazer uma reflexão da visita domiciliar como possibilidades para o cuidar em domicílio embasado na literatura e nas experiências dos autores. Os resultados apontam a VD como uma forma de proporcionar uma visão mais ampla das reais condições de vida da família, com possibilidade de interação em ambiente tanto familiar, quanto social. Portanto, consideramos importante ressignificar a VD e valorizá-la como estratégia fundamental na consolidação e operacionalização da prática profissional na ESF, indo ao encontro do modelo de atenção proposto pelo SUS.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante as atividades desenvolvidas para a elaboração do presente estudo e durante as reuniões realizadas com a equipe de saúde ficou evidente que o maior empecilho para adesão do homem nas atividades e promoção em saúde básica advém dos bloqueios culturais enraizados em nossa sociedade, situando o homem como ser unicamente paternalista e com funções familiares. Essa visão retrograda culmina na ausência dessa população no serviço de saúde.

Concomitante a isso se pode vislumbrar um descaso histórico por parte do estado em relação a saúde do homem. Acontece que mesmo após instituir essas diretrizes, o próprio estado não ofertou as condições estruturais e de recursos humanos para poder em prática

E necessário entender também que o contexto social e da comunidade e absolutamente dinâmico, ou seja, existe um esperado crescimento demográfico e esperasse que a isso acompanhe a ampliação do oferecimento de serviços e dos profissionais de saúde

No que diz respeito dos profissionais de saúde e necessário que haja uma capacitação continua para que estes estejam preparados para atender as demandas desde acolhimento até o seu acompanhamento continuo para inserção dessa população na estratégia de saúde. O trabalho de conclusão de curso leva a concluir que os fatores inerentes dão a possibilidade de um diagnóstico precoce e prevenção para este tipo de doença. Espera-se alcançar benefícios ao atingir mudanças no estilo de vida, adquiridas através de maior conhecimento sobre o processo saúde/doença. Cheguei à conclusão que a HTA é uma doença, que por sua alta incidência, apresenta os critérios para ser estudada. A prevalência de pacientes com HTA no Brasil é grande. Estudos mostram a preocupação com a saúde dos pacientes no futuro, considerando a importância deste tema para prevenir a ocorrência de doenças coronarianas na vida adulta, a realização deste trabalho permitiu conhecer a fundo a realidade do tema. O presente trabalho contribuiu imensamente, sobretudo, para a minha formação profissional, jogando luz sobre um tema muitas vezes negligenciado e que representa, potencialmente, a medida mais eficaz na diminuição dos custos em saúde pública, tendo em vista ser medida de baixíssimo custo e que promove de maneira eficaz.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. TEIXEIRA, E. R.; VELOSO R. C. O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde. *Texto contexto – Enferm.* 2006; 15(2): 320-5.
2. SOSSAI, L. C. F.; PINTO, I. C. A visita domiciliária: fragilidades x potencialidades. *Ciências & Cuidados da Saúde*, v.9, n.3, p.569-576, jul. /set. 2010
3. (Lagoa Santana, 2013. 35f.monografia, Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).
4. SAVASSI, L. C. M; et al. Relatório do GESF: Módulo visita domiciliar. Grupo de Estudos em Saúde da Família. Belo Horizonte:AMMFC, 2006.Disponível em: Acesso em: 10 de set. de 2008.
5. LACAZ, F. A. C. (2000). Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. *Ciência e Saúde coletiva*, 5 (1), 151-161.
6. SAVASSI, L. C. M; et al. Relatório do GESF: Módulo visita domiciliar. Grupo de Estudos em Saúde da Família. Belo Horizonte:AMMFC, 2006.Disponível em:<<http://www.smmfc.org.br/gesf/relatoriavd> (Relatório, 20p) > Acesso em: 10 de set. de 2008
7. PEDROSO ERP. Reflexões sobre o consumo de drogas. *Rev. Med. Minas Gerais.* 2012; 22(2): 129-249.
8. ALVARGARENGA JM. Projeto Bambuí: um estudo epidemiológico de base populacional sobre o consumo de benzodiazepínicos entre idosos. [Mestrado]. Belo Horizonte: Instituto René Rachou; 2007.
9. CRUZ AV, Fulone I, Alcalá M, Fernandes AA, Montebelo MI, Lopes LC. Uso crônico de diazepam em idosos atendidos na rede pública de Tatuí-SP. *Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl.* 2006; 27(3): 259-67.
10. CASTRO GLG, Mendes CMM, Pedrini ACR, Gaspar DSM, Sousa FCF. Uso de benzodiazepínicos como automedicação: consequências do uso abusivo, dependência, farmacovigilância e farmacoepidemiologia. *R Interd.* 2013 jan-fev-mar; 6(1): 112-23

11. NORDON DG, Hübner CVK. Prescrição de benzodiazepínicos por clínicos gerais. *Diagn Tratamento*. 2009; 14(2): 66-9.
12. FIRMINO KF, Abreu MHNG, Perini E, Magalhães SMS. Fatores associados ao uso de benzodiazepínicos no serviço municipal de saúde da cidade de Coronel Fabriciano, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2011 jun; 27(6): 1223-32.
13. COELHO FMS, Elias RM, Poyares D, Pradella-Halliman M, Bittencourt LRA, Tufik S. Benzodiazepínicos: uso clínico e perspectivas. *Rev Bras Med*. 2006 maio; 63(5): 196-200.
14. SPITS L, Brasil MA. O uso dos benzodiazepínicos na prática clínica. Medcenter [Internet]. [Acesso em 02 dez 2013] disponível em: <http://www.medcenter.com/medscape/Content.aspx?id=3253>.
15. QUEIROZ Netto MU, Osvaldo F, Pereira LRL. Antidepressivos e benzodiazepínicos: estudo sobre o uso racional entre usuários do SUS em Ribeirão Preto-SP. *Rev Cienc Farm Básica Apl*. 2012; 33(1): 77-81.
16. BARROS ADM, Tavares RR, Partata AK. A importância do farmacêutico no controle e dispensação benzodiazepínicos. *Revista Científica ITPAC*. 2009; 2(4):13-6.
17. ROCHA BS, Werlang MC. Psicofármacos na estratégia saúde da família: perfil de utilização, acesso e estratégias para a promoção do uso racional. *Rev C S Col*. 2013 nov; 18(11):1-6.
18. SOUZA ARL, Opaleye ES, Noto AR. Contextos e padrões do uso indevido de benzodiazepínicos entre mulheres. *Rev C S Col*. 2013; 18(4): 1131-40.
19. RIBEIRO CS, Azevedo RCS, Silva VF, Botega NJ. Chronic use of diazepam in primary healthcare centers: user profile and usage pattern. *São Paulo Med J*. 2007; 125(5): 270-4.

20. NOGUEIRA Filho AM. O perfil de idosos em uso de benzodiazepínicos de uma equipe de atenção primária saúde. [Monografia]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de educação em saúde coletiva; 2012.

21. FORSAN MA. O uso indiscriminado de benzodiazepínicos: uma análise crítica das práticas de prescrição, dispensação e uso prolongado. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Campos Gerais: Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.

Universidade Federal de Porto Alegre
Curso de Especialização em Saúde da Família

Projeto de intervenção

O CONSUMO INADEQUADO DE BENZODIAZEPÍNICOS

Gilberto Reinoso Diaz

Orientadora: **Prof. Ana Francisca Kolling**

PORTO ALEGRE

2017

Resumo

O presente projeto de intervenção tem como foco o uso inadequado de benzodiazepínicos em usuários da unidade básica de saúde UBS, 17 de abril, Eldorado dos Carajás, estado Pará. Os Benzodiazepínicos são medicamentos muito eficazes, que reduzem ansiedade, indicados em casos de insônia e outros. O tempo de uso destes medicamentos não deve ser prolongado, a fim de evitar quadros de dependências e outras complicações. Para isso as ações da UBS de caráter educativo e preventivo, com equipe multiprofissional devem ser priorizadas. O objetivo do trabalho foi propor um plano de intervenção para combater o uso indevido e indiscriminado de benzodiazepínicos de usuários na unidade básica de saúde. Primeiramente realizou-se o diagnóstico situacional de saúde na unidade, através dele foram levantados dados através de fichas dos usuários e o problema encontrado e priorizado foi o grande número de pacientes em uso inadequado de benzodiazepínicos. Os profissionais da saúde devem ter suas ações pautadas na conscientização dos usuários sobre os benzodiazepínicos, de forma a inserir o usuário em seus cuidados continuamente.

Palavras Chaves: Benzodiazepínicos, ações preventivas, ansiedade.

Sumário

1. Introdução

- 1.1. Identificação e apresentação do problema 3
- 1.2. Justificativa da intervenção 5

2 Objetivos

- 2.1. Objetivo geral6
- 2.2 Objetivos específicos 6

3. Revisão Literatura 7

4. Metodologia

- 4.1. Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção 10
- 4.2. Contexto da intervenção 10
- 4.3. Estratégias e ações 11
- 4.4. Avaliação e monitoramento14

5. Resultados Esperados 15

6. Cronograma 16

7. Referências 17

8. Anexo..... 20

1. INTRODUÇÃO

1.1 Identificação e apresentação do problema

A utilização de drogas lícitas ou ilícitas para alterarem o comportamento humano existe desde a antiguidade. Atualmente, o consumo de substâncias que causam entorpecimento constitui um grave problema de saúde para a população, pois estas substâncias podem ser destruidoras das perspectivas pessoais e sociais¹.

Os benzodiazepínicos (BDZ) estão entre as substâncias mais consumidas no mundo todo.²⁻⁵ Desde seu lançamento, em 1960, eles são utilizados no combate à ansiedade e à insônia principalmente, mas também como sedativos, anticonvulsivantes e mio relaxantes pelos efeitos secundários.^{2,4-8}

De acordo com vários estudos, a prevalência de insônia e ansiedade no Brasil variam em 12% a 76%, afetam mais as mulheres, pessoas divorciadas, viúvas, com menor grau de escolaridade e renda salarial, assim o consumo de BDZ é elevado nessa população.^{2,3,5,7} O consumo também é maior entre as pessoas mais idosas, os portadores de doenças crônicas e desordens psiquiátricas.^{2,4,5,9-11}

Autores discutem que o consumo dessa medicação está ligado à gerenciamiento de insônia, ansiedade, conflitos familiares, dificuldades econômicas, fuga dos problemas.^{6,12,13}

"A eficácia dos BDZ é bem documentada nos tratamentos de curta duração, porém o uso prolongado é contraindicado devido aos riscos de efeitos adversos, incluindo a dependência."⁶

Os estudos analisados consideram o uso por período superior a seis meses injustificado para a grande maioria dos quadros, com consequências danosas para os usuários, devido à alta taxa de dependência, tolerância e efeitos colaterais, como alterações cognitivas e psicomotoras.^{3,4,6,7}

Sabe-se que esses medicamentos abrangem pessoas de diversas classes sociais e faixas etárias, sem real indicação e prolongado consumo, por isso é considerado um grande problema de cunho social e gastos desnecessários para o município.^{4,6,11}

Para a Associação Psiquiátrica Americana, idade avançada associada ao uso de BDZ por mais de quatro meses, constituem fatores de risco para toxicidade, confusão mental, amnésia, ataxia, aumento de taxas de acidentes, quedas e fraturas entre idosos.^{3,6}

A prevalência elevada do consumo de BDZ é observada em vários países, além de ser considerada abusiva. O uso sem supervisão médica, em quantidades e prazos superiores ao preconizado tem sido crescente nos últimos anos e se torna objeto de preocupação na área de saúde pública.^{6,12}

Considerando que os problemas de origem psicológica ou psicossocial são vistos inicialmente no atendimento primário, a prescrição correta por clínicos gerais e o compartilhamento de responsabilidades pela equipe multiprofissional é um post-chave na saúde mental, mas ainda não ocorre da mesma forma como no tratamento de outras doenças crônicas como diabetes e hipertensão arterial.^{5,11}

Neste sentido estratégias relacionadas à protocolos e diretrizes bem estabelecidas, assistência farmacêutica, atitude da equipe multiprofissional, educação permanente de profissionais da saúde deve ser constantemente discutida e avaliada.^{9,11}

Como o uso deste medicamento é elevado pela população, principalmente entre idosos, envolve riscos potencializados pelo metabolismo lenificado pela idade⁷, e diante do rápido envelhecimento populacional brasileiro², é importante investigar mais detalhadamente essa questão no país e o município de Eldorado dos Carajás demonstra características semelhantes com o quadro, por isso faz-se necessário medidas intervencionistas.

1.2 Justificativa da intervenção

O consumo de benzodiazepínicos pela população brasileira é alarmante, a prevalência varia entre 20 e 80% dependendo da faixa etária.

Apesar dos estudos serem divergentes em relação ao percentual, em unanimidade, os estudos pesquisados, nesta revisão, consideram abusivo o consumo da medicação no mundo todo.

Outro fator relevante é a falta de acompanhamento adequado dos pacientes favorecendo a ingestão desregrada e prolongada de BDZ.

O uso crônico constitui fator de risco pelos efeitos adversos e alterações fisiológicas permanentes.

Na unidade de saúde 17 de abril, no município de Eldorado dos Carajás, interior do estado do Para, observa-se também o consumo elevado deste fármaco, indiscriminado e por longo tempo, geralmente anos, por isso podemos caracterizar um problema de saúde pública.

Durante a observação de um dia de consulta verificou-se que foi solicitado pelos pacientes oito receitas de benzodiazepínicos, principalmente de Diazepam, nas dez primeiras consultas.

A distribuição de benzodiazepínicos para a população de Eldorado dos Carajás cadastrada, na farmácia da Unidade de Saúde 17 de abril, no ano de 2016, foi de 86.910 comprimidos dessa medicação, com predomínio de Diazepam e Clonazepam (meia-vida longa e média). Diante dessa situação, considera-se imprescindível uma atuação ativa mediante um projeto de intervenção.

2. OBJETIVOS

2.1. Geral

Combater o uso indevido e indiscriminado de benzodiazepínicos.

2.2. Específico

Construir um plano de ação para o combate do uso excessivo de benzodiazepínicos.

Acompanhar ativamente os tratamentos em que essa medicação é fundamental.

Orientar os profissionais da unidade de saúde e os pacientes através de educação continuada sobre os riscos e o tratamento ideal baseado no uso da medicação.

3. REVISÃO DE LITERATURA

Os benzodiazepínicos são a 3ª classe de medicamento mais usado no Brasil^{5,14} e acredita-se que o consumo dobre a cada 5 anos^{3,5,10}.

Para Barros et al, já foi prescrito BDZ para cerca de 20% de toda a população norte-americana e entre 1 e 3% de toda a população ocidental já os consumiu^{3,10}.

De acordo com Nordon e Hubner, estima-se que 5,6% dos brasileiros e 8,3% dos americanos já os consumiram⁵.

Estes fármacos são depressores do Sistema Nervoso Central (3), atuam na neurotransmissão do ácido gama-amino-butírico, principal sistema de neurotransmissão inibitório.^{6,7,8,14,15}

A prevalência do consumo de BDZ é alta mundialmente, especialmente entre idosos.^{5,10,14} Dados brasileiros revelam, em um estudo sobre o uso racional de benzodiazepínicos e antidepressivos em Ribeirão Preto- SP, que a prevalência se mantém elevada entre os usuários com faixa etária entre 61 e 70 anos.⁹

No estudo realizado por Barros et al, em Belo Horizonte (MG), o uso de agentes ansiolítico-hipnóticos em idosos atingiu índices de 95% dos entrevistados. Em uma cidade de São Paulo com 10.000 habitantes, 50% dos entrevistados faziam uso de BZDs.¹⁰

Estudo de base populacional desenvolvido na cidade de Cidade de Bambuí - MG, apresentou a prevalência alta do consumo de benzodiazepínicos entre os idosos (27,1%), valores próximos aos observados em países desenvolvidos. Prevalece o uso crônico (100%) e associado à mulheres, pessoas com baixa escolaridade e piores condições de saúde. Destaca-se também o uso concomitante de BDZ e poli farmácia. Entre os observados 53,2% faziam uso de BDZ de meia-vida longa.²

Durante análise dos estudos para a elaboração deste projeto, os mesmos citam os benefícios inferiores aos riscos, especialmente se utilizados por longo tempo³ devido às consequências danosas.^{5,6,8,14,15}

Como qualquer medicamento, podemos encontrar efeitos adversos: fraqueza, náuseas e vômitos, dores abdominais, diarreia, dores articulares, dores torácicas,

além de incontinência urinária. Vale lembrar-se dos efeitos paradoxais (ansiedade, pesadelos, alteração do comportamento, alucinações), tolerância, dependência, abuso, insônia de rebote com a suspensão do medicamento, propensão aos acidentes principalmente em idosos e depressão respiratória.^{3,8,10,15}

A maior utilização de BDZ em pacientes idosos é inadequada, em especial aqueles de meia vida longa, pois produzem sedação prolongada, aumentando o risco de quedas e, conseqüentemente, de fraturas do quadril.^{8-10,14}

Por promoverem altas taxas de dependência é necessário o aumento da dose para o mesmo efeito terapêutico reforçando o consumo pela população e os efeitos colaterais do medicamento.^{4,6,10,15}

Considerando a população idosa mais vulnerável aos efeitos tóxicos devidas alterações fisiológicas e possíveis interações medicamentosas, recomenda-se aqueles de ação intermediária ou curta, mesmo assim, em doses mais baixas e por pouco tempo.^{6,8-10,14}

As interações medicamentosas estão fortemente presente^{10,14,15}, como exemplo temos a pesquisa realizada, na qual trinta e sete (90,2%) dos 41 pacientes utilizam, além de Diazepam, principalmente anti-hipertensivos, antiarrítmicos e antidepressivos. Dez pacientes (24,4%) utilizam três ou mais drogas associadas ao Diazepam.¹³

O uso excessivo, injustificado e crônico é observado em vários países^{4,7,10,14,15}, independente do grau de desenvolvimento econômico e cultural. Estudos confirmam o uso indiscriminado dessa classe de medicamentos tanto em grandes cidades brasileiras como em Coronel Fabriciano, interior de Minas Gerais.⁶

Diversos estudos mostram o Diazepam como a substância mais utilizada pelos pacientes^{2,3,6,11,13,14}. Devido esta apresentar característica de meia vida longa deveria ser evitada, mas diverge da prática^{8,9}.

Apesar das recomendações contra o uso prolongado dos BDZ, os estudos indicam que a sua utilização por tempo inapropriado está presente principalmente entre os idosos, sendo as equipes de atenção primária à saúde as principais responsáveis pelo acesso aos medicamentos^{11,14,15}.

4. METODOLOGIA

4.1. Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção

A intervenção envolve os pacientes cadastrados na unidade 17 de abril e uma equipe formada para a intervenção.

A população adscrita constitui-se por 4800 pessoas, dispostas em 1400 famílias, a equipe envolvida será composta por médico, enfermeira, agentes de saúde, farmacêutica e psicóloga.

4.2 Contexto da intervenção

Durante as consultas na unidade 17 de abril, município de Eldorado dos Carajás, estado do Pará, o número acentuado de solicitação de receitas controladas, principalmente, de benzodiazepínicos, associado à dependência chamou a atenção.

Os pacientes não realizavam acompanhamento adequado, a indicação muitas vezes era incompatível, alguns iniciaram o uso por influência de conhecidos ou vizinhos.

Quando os pacientes foram questionados sobre os riscos, unanimemente preferiram assumir os mesmos para manter o uso de benzodiazepínicos com minimização dos riscos e despreocupações.

As ações dirigidas ao indivíduo usuário de BZD dar-se-ão na própria unidade de saúde (consultório e sala de reuniões). Quando as atividades necessitarão de maior espaço para interações e dinâmicas acontecerão no Centro de Convivência para Idosos.

4.3 Estratégias e ações

Etapa 1

Inicialmente será necessária a identificação da população de usuários de benzodiazepínicos, presente entre os pacientes cadastrados na unidade, para, assim, direcionar as ações preventivas. Essa investigação será através de abordagem no momento do acolhimento na unidade de saúde e durante as consultas, sob entrevista.

Etapa 2

Os selecionados, então, serão convocados para uma reunião na unidade de saúde, para descrição rápida do objetivo e a importância do Projeto de intervenção: “Saúde de Ouro” e convite para comporem o grupo “Ouro”, como serão chamados.

Etapa 3

Agendamento de consultas individuais para conscientização da importância da consulta periódica, monitoramento da dose, avaliação dos efeitos adversos e da resposta terapêutica.

Etapa 4

Serão realizadas reuniões semanais, na Unidade de saúde ou no Centro Convivência para Idosos, com o grupo Ouro e os profissionais da saúde, nas quais cada dia será discutido um tema relacionado à medicação e doenças envolvidas, sob formas variadas, de acordo com o profissional selecionado para a data.

DIA	TEMA	Palestrante
1º dia	<ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento e explanação do projeto; Atividade lúdica. 	Equipe de Saúde
2º dia	<ul style="list-style-type: none"> • Indicação, manejo adequado do medicamento e orientações médicas; • Relaxamento. 	Médica
3º dia	<ul style="list-style-type: none"> • Interações medicamentosas e estímulo à percepção dos riscos do uso crônico; • Atividade Física. 	Farmacêutica
4º dia	<ul style="list-style-type: none"> • Propostas de medidas alternativas, não farmacológicas; • Atividades Físicas. 	Enfermeira
5º dia	<ul style="list-style-type: none"> • Como lidar com problemas psicossociais ao invés de mascará-los com medicação; • Alongamento. 	Psicóloga
6º dia	<ul style="list-style-type: none"> • Importância e estímulo ao autocontrole para evitar recaídas e a cronificação do tratamento; • Atividade lúdica. 	Psicóloga
7º dia	<ul style="list-style-type: none"> • Discussão analítica e global do projeto; • Aplicação do questionário; • Confraternização. 	Equipe de Saúde

4.4 Avaliação e monitoramento

Os pacientes serão estimulados, durante as reuniões, a testemunhar seus pontos de vista, experiências vividas com o grupo, aspectos positivos e negativos vivenciados com a intervenção, para avaliação constante da efetividade do projeto pela equipe.

Durante as reuniões semanais que são realizadas com a toda a equipe de saúde da unidade, será discutido o desenvolvimento do projeto para possíveis intervenções se necessárias.

A aplicação de questionário (Anexo I) possibilitará avaliar os pontos positivos, negativos do ponto de vista dos pacientes, os tópicos esperados e alcançados por eles, com a intervenção.

5. RESULTADOS ESPERADOS

Através de atitude ativa, persistente e duradoura de toda a equipe, os pacientes do “Grupo Ouro” alcançarão a percepção dos riscos que a medicação traz a eles e conseqüentemente o combate ao uso inadvertido, inadequado e excessivo dessa.

6. CRONOGRAMA

Atividades	Fevereiro	Março	Abril	Mai	Junho
Elaboração do projeto	X	X	X	X	
Identificação da população	X	X			
Estudo do referencial teórico	X	X	X		
Implantação do projeto				X	X
Análise dos resultados					
Divulgação dos resultados					

7. REFERÊNCIAS

1 Pedroso ERP. Reflexões sobre o consumo de drogas. Rev Med Minas Gerais. 2012; 22(2): 129-249.

2 Alvarenga JM. Projeto Bambuí: um estudo epidemiológico de base populacional sobre o consumo de benzodiazepínicos entre idosos. [Mestrado]. Belo Horizonte: Instituto René Rachou; 2007.

3 Cruz AV, Fulone I, Alcalá M, Fernandes AA, Montebelo MI, Lopes LC. Uso crônico de diazepam em idosos atendidos na rede pública de Tatuí-SP. Rev Cienc Farm Básica Apl. 2006; 27(3): 259-67.

4 Castro GLG, Mendes CMM, Pedrini ACR, Gaspar DSM, Sousa FCF. Uso de benzodiazepínicos como automedicação: consequências do uso abusivo, dependência, farmacovigilância e farmacoepidemiologia. R Interd. 2013 jan-fev-mar; 6(1): 112-23

5 Nordon DG, Hübner CVK. Prescrição de benzodiazepínicos por clínicos gerais. Diagn Tratamento. 2009; 14(2): 66-9.

6 Firmino KF, Abreu MHNG, Perini E, Magalhães SMS. Fatores associados ao uso de benzodiazepínicos no serviço municipal de saúde da cidade de Coronel Fabriciano, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública. 2011 jun; 27(6): 1223-32.

7 Coelho FMS, Elias RM, Poyares D, Pradella-Halliman M, Bittencourt LRA, Tufik S. Benzodiazepínicos: uso clínico e perspectivas. Rev Bras Med. 2006 maio; 63(5): 196-200.

8 Spitz L, Brasil MA. O uso dos benzodiazepínicos na prática clínica. Medcenter [Internet]. [Acesso em 02 dez 2013] disponível em: <http://www.medcenter.com/medscape/Content.aspx?id=3253>.

9 Queiroz Netto MU, Osvaldo F, Pereira LRL. Antidepressivos e benzodiazepínicos: estudo sobre o uso racional entre usuários do SUS em Ribeirão Preto-SP. Rev Cienc Farm Básica Apl. 2012; 33(1): 77-81.

10 Barros ADM, Tavares RR, Partata AK. A importância do farmacêutico no controle e dispensação benzodiazepínicos. Revista Científica ITPAC. 2009; 2(4):13-6.

11 Rocha BS, Werlang MC. Psicofármacos na estratégia saúde da família: perfil de utilização, acesso e estratégias para a promoção do uso racional. Rev C S Col. 2013 nov; 18(11):1-6.

12 Souza ARL, Opaleye ES, Noto AR. Contextos e padrões do uso indevido de benzodiazepínicos entre mulheres. Rev C S Col. 2013; 18(4): 1131-40.

13 Ribeiro CS, Azevedo RCS, Silva VF, Botega NJ. Chronic use of diazepam in primary healthcare centers: user profile and usage pattern. São Paulo Med J. 2007; 125(5): 270-4.

14 Nogueira Filho AM. O perfil de idosos em uso de benzodiazepínicos de uma equipe de atenção primária saúde. [Monografia]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de educação em saúde coletiva; 2012.

15 Forsan MA. O uso indiscriminado de benzodiazepínicos: uma análise crítica das práticas de prescrição, dispensação e uso prolongado. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Campos Gerais: Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.

