

ESTRUTURA DO PORTFÓLIO

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - UNA-SUS/UFCSPA

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

A construção deste trabalho tem por objetivos:

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

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

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

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

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
LUCAS PIRES KLASSMANN

**REDUÇÃO DA PRESCRIÇÃO DE BENZODIAZEPÍNICOS PARA IDOSOS EM
ACOMPANHAMENTO NA ESF SANTO ANTÔNIO**

CAPÃO DA CANOA-RS

2016

LUCAS PIRES KLASSMANN

PORTFÓLIO FINAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à UNASUS/UFSCPA, como requisito parcial para conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família.

CAPÃO DA CANOA-RS

2016

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	04
2	ESTUDO DE CASO CLÍNICO	07
3	PROMOÇÃO DA SAÚDE	12
4	ATIVIDADE DOMICILIAR	16
5	REFLEXÃO CONCLUSIVA	18
6	REFERÊNCIAS	20
7	ANEXO I – PROJETO DE INTERVENÇÃO	21

1 INTRODUÇÃO

Me chamo Lucas Pires Klassmann, sou médico participante do PROVAB pertencente ao décimo ciclo do programa, atuo na Estratégia de Saúde da Família ESF Santo Antônio, localizada no bairro de mesmo nome do município de Capão da Canoa/RS. Iniciei minha vida acadêmica na Medicina no segundo semestre do ano de 2007, na Universidade Federal do Rio Grande do sul.

Após finalizada a graduação, o que ocorreu no segundo semestre do ano de 2013, me voluntariei para o serviço militar, tendo sido convocado em janeiro do ano seguinte para integrar o corpo de Oficiais da Força Aérea Brasileira, durante esse período vivenciei experiências diferentes do usual na área médica, como resgate aeronáutico, noções de sobrevivência nas mais diversas situações e aulas de tiro com inúmeras armas de fogo anteriormente desconhecidas por mim.

Terminado o ano obrigatório de serviço militar, iniciei as atividades como médico generalista desempenhada nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) do município de Canoas/RS, tendo auxiliado significativamente populações carentes de bairros como Guajuviras e Niterói. Além disso, alguns plantões realizados na “UPA do Idoso”, também localizada nesse município, contribuíram significativamente para meu aprendizado junto a essa população de idade avançada, o que me propiciou uma melhor abordagem das peculiaridades dessas pessoas na Estratégia de Saúde da Família ESF Santo Antônio, onde atuo atualmente.

Durante esse período laboral exercido em Canoas, tentei diversas vezes ser selecionado para ser participante do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica – PROVAB, tendo somente em abril deste ano sido selecionado. A importância desse programa é imensurável, na medida em que foi uma forma eficiente de alocar médicos qualificados em locais em que anteriormente a presença do profissional médico se tornava extremamente dificultada por problemas tanto organizacionais quanto financeiros.

Iniciei minhas atividades no PROVAB no dia 15 de maio de 2016, tendo sido recebido pelo Gestor municipal, que juntamente com a coordenadora local da atenção básica me acolheram de forma muito amigável. Nesse mesmo dia, fui informado que minha unidade era nova, ainda ninguém havia atuado no local, devido à construção ter sido finalizada havia pouco menos de um mês.

Nesse momento me vi diante de um sentimento dúbio, de um lado sabia que uma unidade totalmente nova e equipada seria uma grande aliada no trabalho, todavia, por outro lado, nós da equipe teríamos que organizar o processo de trabalho desde o início, visando o melhor atendimento possível à população local.

Desde o primeiro dia de abertura da nossa unidade, os Agentes Comunitários de saúde, figuras indispensáveis para o funcionamento adequado da Estratégia, iniciaram o cadastramento da população, o que propiciou uma

primeira impressão sobre as áreas mais necessitadas cobertas pela nossa Estratégia, a fim de que o princípio da Equidade fosse aos poucos sendo colocado em prática. Durante a semana inicial de atendimentos, percebi que a maioria da população local é composta por Idosos, em grande parte casais aposentados, me chamou atenção também a pequena quantidade de crianças no vivendo no local.

Diante dessa situação, questionei a coordenadora da atenção básica local sobre esse aspecto peculiar da estrutura demográfica do bairro, e prontamente minha curiosidade foi sanada, ela me referiu que por o município de Capão da Canoa ser um balneário, em que diversas famílias possuem casas de veraneio, inúmeros idosos após sua aposentadoria migram para essa cidade buscando qualidade de vida e diminuição dos gastos anuais, na medida em que anteriormente sustentavam as suas casas na capital e também as casas de verão.

Em relação a aspectos médicos, durante o primeiro mês de atendimento, notei que algumas doenças eram extremamente prevalentes na população adscrita da unidade, são elas hipertensão, diabetes, enfermidades ósseas em geral e depressão/ansiedade. Isso pode ser facilmente justificado pela já anteriormente citada estrutura etária, visto que essas mazelas são significativamente mais prevalentes em idosos.

Relativamente às consultas de saúde mental, ficou evidente durante os atendimentos que essas pessoas possuíam uma carência importante de atendimento nessa área, já que o CAPS local não conseguia absorver a grande demanda de pacientes, priorizando assim os pacientes com doenças mais graves, como esquizofrenia refratária. Essa carência vinha sendo suprida pelo uso crônico e indiscriminado de medicamentos calmantes, principalmente os benzodiazepínicos, cujo uso errôneo e excessivo acarreta diversos efeitos indesejados à população idosa, o que ficou evidente já nas primeiras semanas de atendimento.

Durante as consultas de saúde mental na ESF, seguidamente os pacientes relatavam que para a renovação da receita dos medicamentos controlados anteriormente à instalação da nossa unidade seria necessário somente consultar no “Pronto Atendimento 24h” durante o “dia de renovação de receitas”, o que evidencia que esses fármacos vinham sendo prescritos para a comunidade sem absolutamente nenhum critério, o que causou dependência física e psicológica em uma grande parcela de idosos acompanhados pela ESF Santo Antônio.

Assim, como justificativa para o Projeto de Intervenção proposto pelo curso de especialização escolhi um tema que compreendesse o grande desafio que é a descontinuação da utilização de medicamentos benzodiazepínicos por pacientes idosos da minha área de atuação, o que considere a maior dificuldade no atendimento da população idosa acompanhada, com o título de **“REDUÇÃO DA PRESCRIÇÃO DE BENZODIAZEPÍNICOS PARA IDOSOS EM ACOMPANHAMENTO NA ESF SANTO ANTÔNIO”**.

Acredito que de posse dessa nova ferramenta somado ao trabalho em equipe realizado na unidade e as consultas focadas no indivíduo como um todo

e não na doença, podemos aumentar significativamente as chances de minimizar essa mazela que assola diariamente a comunidade idosa em acompanhamento na ESF santo Antônio. Assim a prescrição desses medicamentos pode ser reduzida de maneira adequada, sem maiores riscos para os pacientes. O Projeto de Intervenção em sua forma completa consta nos anexos desse portfólio.

2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Analizando os dez primeiros casos complexos propostos pelo curso, após tê-los realizado, notei diversas situações semelhantes que ocorrem cotidianamente na unidade de saúde em que atuo. Esses casos são exemplificados por problemas de hipertensão gestacional, dificuldades durante o atendimento de puericultura, entre outros. Todavia, durante meu estudo dessas situações oriundas da especialização, chamou-me atenção um tópico por muitas vezes esquecido durante o processo de trabalho e estudo na atenção básica: o atendimento ao trauma em atenção primária.

O sistema descentralizado praticado no Sistema Único de Saúde, propicia que inúmeras vezes as vítimas de trauma encontrem como primeiro atendimento a Estratégia de Saúde da Família, devido a proximidade de suas residências ou mesmo de seu trabalho, o que acarreta um papel imprescindível no primeiro atendimento ao trauma nessas unidades. Após ter realizado o “Caso Marcos”, lembrei-me de um atendimento também relacionado a trauma na ESF Santo Antônio, foi um atendimento prestado por nossa equipe ao Luiz Mário, higienizador de uma fábrica de sorvetes localizada há cerca de um quarteirão da unidade.

Luiz procurou a unidade extremamente ansioso com queixa de dor intensa em membros superiores, tórax e abdome, foi trazido por colega da empresa que coincidentemente também é seu cunhado, relatando que durante a lavagem de máquina industrial havia se queimado com água fervente nos locais relatados anteriormente. Rapidamente questionei Luiz sobre alguma outra vítima do mesmo acidente, o que foi negado por ele.

Iniciei os procedimentos de atendimento ao trauma primeiramente me assegurando sobre a segurança da cena, a fim de que tanto a minha integridade, quanto a integridade da equipe fossem mantidas, como estávamos na unidade isso não foi problema e o atendimento pode ser prosseguido. Sinalizei para a Marília, técnica de enfermagem da equipe para que chamasse o SAMU imediatamente, notando que após o atendimento inicial na ESF Luiz necessitaria de atendimento referência em queimados.

Após essas ações, iniciei o chamado ABCDE do paciente traumatizado, com Luiz deitado na maca perguntei seu nome completo para testar a perviedade da via aérea, ele me respondeu normalmente. A seguir testamos a respiração, movimento torácico adequado e saturação de oxigênio em 99%. Em relação ao C “circulation”, durante exame notei queimaduras apresentando bolhas na região torácica anterior e abdominal anterior, seguidas de

queimaduras somente com hiperemia nos membros superiores, mas sem bolhas.

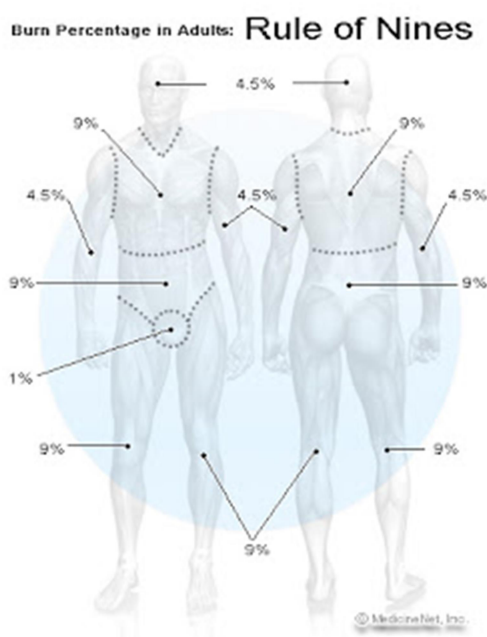
Figura 1. ABCDE do Trauma



Fonte: Livro Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado PHTLS 8ª Edição

Nesse momento, a Enfermeira Cristiane, acostumada com trauma por ter trabalhado alguns anos em emergências, já havia puncionado dois acessos periféricos calibrosos e me questionou qual medicação deveria ser administrada. Como eu havia revisado queimaduras há poucos dias, estava com a chamada “regra dos nove” memorizada, o que é uma ferramenta extremamente útil pra o cálculo aproximado da superfície corporal queimada a fim de realizar uma reposição volêmica adequada. Por essa regra, somam-se as partes com queimaduras de segundo grau atribuindo-se nove pontos para cada local afetado, portanto Luiz havia queimado as partes anterior do tórax e do abdome, resultando em dezoito por cento de superfície corporal queimada.

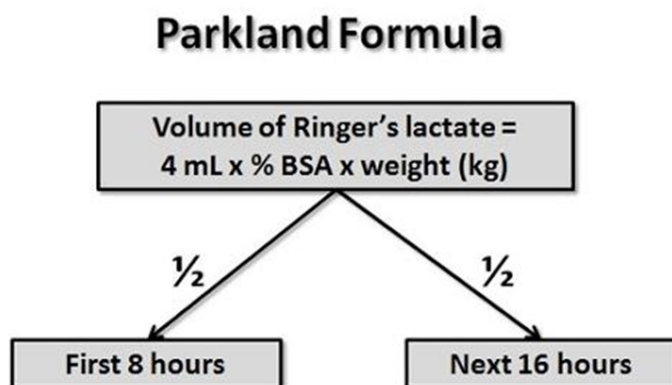
Figura 2. Superfície corporal queimada.



Fonte: Livro Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado PHTLS 8ª Edição

De posse do valor estimado da superfície corporal queimada, lancei mão da equação de Parkland, necessária para realizar a reposição volêmica no paciente vítima de queimadura, através dela, sabemos o quanto de volume temos que infundir nas primeiras oito horas e nas dezesseis horas posteriores. Quando informei a Enfermeira o valor total a ser infundido no paciente, ela me questionou sobre a infusão ser realizada com soro fisiológico ou ringer lactato, rapidamente salientei que em queimaduras usamos reposição volêmica preferencialmente com ringer lactato. Ressalto que apesar de complexo, em atenção primária a memorização dessas equações é essencial, novamente devido a diversas vezes a porta de entrada do acidente ser a ESF.

Figura 2. Fórmula de Parkland



Fonte: Advanced Trauma Life Support ATLS Student Course Manual 9th Edition

Após o início adequado de reposição volêmica, prosseguimos com o atendimento ao paciente traumatizado, verificando possíveis danos neurológicos (“D, disability”). Como o paciente se encontrava em Glasgow 15 sem nenhuma alteração ao exame físico neurológico, iniciei o passo seguinte, que compreende a exposição do paciente a procura de outras lesões possíveis, que, felizmente no caso do Luiz não ocorreram.

Completada a estabilização inicial do paciente realizada com sucesso no ESF, aguardamos a SAMU, que em dez minutos se encontrava no local, descrevi o caso para os socorristas que prontamente levaram Luiz ao hospital referência da minha região. Na noite do mesmo dia liguei para a instituição para saber do quadro clínico de Luiz, contemplando o principio da coordenação do cuidado a fim de que as informações entre referência e contra referência fossem cumpridas visando um atendimento adequado do paciente. Fui informado de que receberia alta na manhã seguinte e seria orientado a retornar à ESF para seguir com o acompanhamento.

No dia seguinte, Luiz procurou a unidade novamente, alegando que necessitava da troca do curativo e de informações não fornecidas no hospital a respeito das lesões. Ao exame Luiz estava tranquilo, sem fâscies de dor. Suas lesões apresentavam bom aspecto sem sinais de infecção, orientei a técnica Marília a respeito da lavagem dos curativos e a respeito de aplicação de sulfadiazina de prata nas lesões. Como a esposa do Luiz compareceu à consulta juntamente com o marido, já aproveitamos para orientar as trocas de curativo na residência e os sinais de alerta para com as lesões nesses próximos dias. Juliana, agente comunitária de saúde responsável pela microárea a que Luiz pertence se prontificou a auxiliar no que for preciso nesses primeiros dias e salientou algo que eu havia esquecido de mencionar, a proteção solar com bloqueador é imprescindível nesse tipo de lesão, na medida em que estamos em região balneária, essa foi informação de grande valia, já que se Luiz se expusesse ao sol nesses dias de tecido novo, poderia apresentar cicatrizes permanentes nos locais afetados.

Em sete dias, Luiz retornou para a consulta com as lesões quase totalmente curadas, orientei que não precisaria mais de curativos. Ele agradeceu a toda equipe pelo atendimento prestado durante a última semana, reconheceu que há momentos em que a ESF é desvalorizada tanto pela população quanto pelos profissionais de saúde pertencentes a outras esferas de atendimento, que erroneamente consideram a Estratégia de Saúde da Família como sendo um local para atendimento de baixa complexidade, quando o que ocorre é justamente o contrário, visto que nesse nível de atenção o indivíduo deve receber um atendimento global, considerando suas características pessoais e o meio em que está inserido.

Diante da apresentação desse caso, relacionado ao “Caso Marcos”, reflito sobre o quão importante é a unidade de atenção básica estar preparada para o atendimento inicial também do paciente vítima de trauma, lembro-me do grande número de suturas, queimaduras e traumas crânio-encefálicos que atendi nessa curta vivência na ESF Santo Antônio e de quantos encaminhamentos foram evitados nesse período devido à abordagem correta desses pacientes.

3 PROMOÇÃO DA SAÚDE

Diante do estudo dos casos apresentados, diversas situações de prevenção, educação e promoção à saúde podem ser descritas, na ESF Santo Antônio, de fato inúmeras medidas relacionadas a esses casos são adotadas em favor de um melhor atendimento à população local.

Relativamente ao caso Samuel, ficam evidentes diversas intervenções que podem ser utilizadas a fim de prevenir um problema que assola significativa parcela da comunidade local, a obesidade, que na maioria dos casos é oriunda do sedentarismo e da má alimentação. É sabido que um índice de massa corpora acima do normal acarreta outras comorbidades a exemplo da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes mellitus, assim, orientação sobre importância da realização de atividade física como caminhadas e academias populares (disponíveis no bairro), são medidas que comprovadamente previnem a ocorrência de sobrepeso, além disso, uma alimentação balanceada e adequada é a outra ferramenta que se usa nesse mesmo sentido de prevenção de obesidade quando adotada desde cedo pelas famílias. Essas medidas estão descritas no Guia Alimentar para a população brasileira, publicado no ano de 2014 pelo Ministério da Saúde, nele constam os chamados “Dez passos para a alimentação saudável”, que são artifícios com forte grau de evidência na prevenção de sobrepeso e obesidade. Durante minha rotina na ESF Santo Antônio sempre orientei esse guia para os pacientes, tendo o resultado sendo satisfatório em grande parte das famílias que adotam os passos.

As doenças ocupacionais, em conformidade com o ocorrido no caso Carlos, são o dia-a-dia das ESFs e apresentam impacto muito significativo no cotidiano do trabalhador. A fim de realizar uma prevenção dessas questões existem diversas medidas que podem ser adotadas, entre elas estão a orientação sobre a importância do trabalho com carteira assinada, com vista ao paciente estar respaldado em caso de necessidade de afastamento, o uso adequado de equipamentos de proteção individual e uma jornada de trabalho adequada nos conformes das leis trabalhistas, a fim de que o funcionário possa render o seu melhor sem criar riscos a si mesmo por exaustão. Diante que qualquer queixa de doença relacionada ao trabalho ou enfermidade de outra natureza que prejudique ou impeça a atividade laboral é imprescindível um exame físico completo com as manobras pertinentes a cada caso, e se necessário o afastamento o médico do ESF tem a obrigação de fazê-lo em nome de uma prevenção secundária efetiva.

As ESFs, por serem portas de entrada do Sistema Único de Saúde, tem que lidar com todos os tipos de atendimentos, uma demanda muito importante

é a demanda cirúrgica, que, quando passível de realização ambulatorial na própria unidade desafoga os hospitais, sendo uma aliada importante do sistema. Casos como abscessos, lavagens otológicas, suturas de ferimentos dentre outros são extremamente frequentes e o médico de família tem de estar preparado para absorver essas demandas. Todavia, mais importante que a própria realização desses procedimentos, é a promoção da saúde para prevenção deles: orientação sobre higiene adequada pré-depilação, por exemplo, reduz a incidência de abscesso. Orientação sobre utilização de cotonetes somente na parte externa da orelha diminuem a necessidade de lavagens otológicas, utilização de calçados em áreas de risco e corte de unhas adequando impedem infecção por *Tunga penetrans* e unhas encravadas, respectivamente. Assim, realiza-se em toda consulta exemplificação dessas precauções ao paciente, com intuito de não ser necessário se submeter a procedimentos se possível, contudo, se necessário, serão realizados na própria unidade sem necessidade de referência.

Situações de vulnerabilidade, conforme o caso “Linha dos Imigrantes” são sempre desafios para o trabalho em qualquer nível de atenção. Dessa forma o papel da ESF nessa população é de aplicar o princípio da equidade, já que essa parcela da comunidade por vezes precisa de mais auxílio que as demais para combater as iniquidades. Pensando em saneamento básico, a equipe do ESF tem de estar entrosada, principalmente como os agentes comunitários de saúde, que por serem exímios conhecedores das áreas sabem onde se encontram os esgotos a céu aberto e as casas em que não esta disponível água potável. Uma boa articulação com o gestor municipal é fundamental, pois é ele que através de iniciativas políticas e de ações juntamente com os responsáveis pelo desenvolvimento urbano podem auxiliar nesse aspecto de obras de saneamento. Enquanto isso não ocorre, o papel de orientação como fervura da água, cuidados com fezes de animais, decocção e lavagem adequada dos alimentos deve ser feito por todos os membros da equipe para essa população vulnerável. Além disso, pensando nos catadores de lixo, uma proteção com luvas e calçados propícios deve ser estimulada.

A demanda de saúde mental na ESF Santo Antônio é bastante significativa, a grande parcela de população idosa residente na área de abrangência colabora bastante nesse aspecto, na medida em que depressão e ansiedade são patologias com alta prevalência nessa faixa etária. A descrição do caso Oscar é bem verossímil, paciente com um vínculo fraco com a unidade vem trazer familiar para a consulta e de identifica com vários sinais e sintomas também apresentado por ele. As doenças mentais, infelizmente, apesar de serem extremamente comuns são ainda marginalizadas pelas pessoas e pelos próprios pacientes, que tem receio de serem chamados de “loucos” ou de se tornarem dependentes de medicações que fosses supostamente prescritas, o que os afasta da equipe do ESF. Momentos como esse descrito no caso são

de importância crucial para trazer o paciente para a esfera de cuidado da Equipe, criando um vínculo adequado, para que esse possa trazer todos os seus anseios e angústias em prol de uma abordagem adequada da saúde mental. Além disso, em pacientes em idade escolar, orientações e auxílio na abordagem de mazelas como o bullying e a repetência de ano tem de ser valorizadas, na medida em que comprovadamente aumentam taxas de depressão e suicídio no futuro. Medidas como conversas dos pais com educadores e aumento da autoestima da criança através de atividades familiares melhoram esses desfechos.

O caso “Inês e Daiane” bem como o caso “Alessandra” referem-se em diversos aspectos aos problemas relacionados com a puericultura, que preocupa-se com o acompanhamento integral do desenvolvimento da criança. É por meio dela que o médico de família tem condições de detectar precocemente os mais diferentes distúrbios das áreas do crescimento estatural, da nutrição e do desenvolvimento neuropsicomotor. A detecção precoce dos distúrbios é essencial para seu tratamento, uma vez que, quanto mais cedo se iniciarem as medidas adequadas, menos seqüelas haverá e melhor será o prognóstico do quadro clínico. Várias doenças graves que se apresentam com poucos sintomas preocupantes para os pais podem ser detectadas e tratadas pelo médico, antes que cheguem a causar prejuízos irreversíveis, tais como a anemia ferropriva, o raquitismo, as verminoses, as deficiências vitamínicas, os erros nutricionais e inúmeras outras doenças próprias da infância. A equipe de saúde da família também supervisiona a administração da vacinação básica contra as doenças comuns da infância, como a poliomielite, a rotavirose, o tétano, a difteria, a coqueluche, as hepatites A e B, a varicela, entre outras. Além disso, o médico pode prevenir uma série de problemas, fornecendo adequada supervisão higiênica, dietética, comportamental e nutricional.

A respeito de acompanhamento do adolescente, inúmeros outros temas tem de ser abordados na consulta de promoção à saúde. O adolescente tem direito de ser ouvido na consulta sem a presença dos pais se assim desejar, o que fortalece o vínculo com a equipe. Seus segredos só podem ser revelados se o paciente não tiver condições de zelar por si ou se colocar em risco a sua saúde ou a saúde de outrem. É de suma importância na abordagem do adolescente a orientação a respeito de temas de sexualidade e anticoncepção, visto que uma gestação indesejada nesse momento pode comprometer a vida do paciente de diversas maneiras. O diálogo frisando a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis deve ser instituído igualmente nesse momento. Nessa faixa etária, ocorrem frequentemente transtornos alimentares como bulimia e anorexia, devendo a anamnese conter esses temas e o exame físico ser minucioso a fim de diagnosticar essas enfermidades. Novamente, a confiança na equipe é essencial nesse processo.

No que se refere à saúde da mulher, um tema que não pode ser esquecido da promoção a saúde é a prevenção do câncer de colo uterino, tema esse que é tratado com propriedade do desenrolar do caso “Amélia”. A busca ativa por parte dos ACS de mulheres que não se encontram com o exame em dia é a atitude que mais auxilia na prevenção dessa doença ainda tão prevalente no nosso meio. Além disso, uma boa técnica de coleta do exame citopatológico diminui o número de exames com amostra insatisfatória e aumenta a acurácia do teste, as mesmas orientações referentes a DSTs já explicitadas anteriormente devem ser reforçadas em toda a consulta, visto que a infecção pelo papiloma vírus humano atinge mulheres de todas as faixas etárias e o uso do preservativo reduz com significância a taxa de transmissão. É essencial que as pacientes entendam do que se trata o exame e o porque de ser realizado nas datas previstas, orientando-se sobre a morbi-mortalidade da doença, assim o retorno da paciente na data correta para a realização periódica do exame é muito facilitado.

Diante destas constatações e analisando todos os problemas supracitados, é inegável que a obesidade acaba por contribuir para o desenvolvimento direto ou indireto deles, seja por repercussões clínicas como diabetes e hipertensão ou por repercussões psicossociais como bullying na escola, depressão e ansiedade. Assim, me dediquei a combater essa doença em todas as faixas etárias durante meu período de atendimento na ESF Santo Antônio. Em uma revisão sistemática publicada Universidade Federal de Alagoas consta que as origens desse problema na atenção básica está na presença de sobrepeso ou de obesidade no pai ou na mãe, o que aumenta o risco dos adolescentes desenvolverem excesso de peso. Esse risco é ainda maior quando ambos os pais são obesos. A grande associação entre excesso de peso nos adolescentes e estado nutricional dos pais está relacionada com inúmeros fatores, dessa forma, a presença de um fator de risco, como, por exemplo, a predisposição genética, pode ser amenizada por um fator de proteção, como hábitos alimentares saudáveis. Munido dessas informações, pude traçar um panorama do sobrepeso e da obesidade em minha região, estando alerta para atendimentos de crianças ou adolescentes cujos pais já apresentavam excesso de peso em alguma medida. Nessas consultas, imediatamente foram ratificadas todas as medidas de hábitos alimentares adequados e realização de atividade física, a fim de combater essa doença que causa tantos malefícios para os pacientes em acompanhamento antes do seu desenvolvimento, conforme os princípios de prevenção primária.

4 ATIVIDADE DOMICILIAR

O atendimento domiciliar realizado pela ESF Santo Antônio foi iniciado cerca de dois meses após o início das atividades da unidade, na medida em que fui o primeiro médico a trabalhar no local. Nas primeiras semanas dessa atividade, devido à ausência de agentes comunitários de saúde, o modo como organizamos o processo de agendamento foi através das consultas usuais de indivíduos que não necessitavam desse atendimento diferenciado. Questionávamos esses pacientes sobre a presença de algum familiar ou conhecido pertencente a nossa área de atuação que fosse acamado ou apresentasse qualquer tipo de dificuldade de locomoção ou vulnerabilidade e que pudesse ser beneficiado por esse serviço prestado. Assim, essas informações foram sendo passadas de pessoa para pessoa na comunidade e os atendimentos domiciliares foram aumentando a cada semana.

Esse método de trabalho propiciou que abrissemos uma agenda específica para as visitas domiciliares, que ocorriam todas as terças-feiras no turno da tarde. Nos dias desse atendimento, revisávamos os prontuários familiares antes de sairmos para as visitas, a fim de realizar uma avaliação global da saúde psicossocial da família em questão, com o intuito de realizar uma abordagem mais adequada e focada naquela situação específica.

Conforme já mencionado anteriormente, minha área de atuação abrange um grande contingente de pacientes idosos, o que aumenta significativamente a quantidade de pessoas acamadas ou com dificuldades de locomoção, tornando assim o atendimento domiciliar uma ferramenta indispensável na condução adequada desses casos.

Encontrei também algumas dificuldades durante o processo de organização de trabalho, exemplificado por ausência de locomoção fornecida pela prefeitura para o desempenho dos atendimentos, tendo que utilizado meu próprio automóvel durante todo o período. Além disso, em mais de uma ocasião, nos deslocamos para realizar o atendimento e não havia ninguém na residência, mesmo após marcação com a secretária, o que, obviamente, prejudicava a organização das consultas e acabava por retirar a oportunidade de outra família que talvez necessitasse desse atendimento.

Durante as visitas, quando identificados pacientes em alto grau de vulnerabilidade, a exemplo de indivíduos acamados com sequela de acidente vascular encefálico ou paciente com paraplegia, fazíamos contato com outra equipe disponível na prefeitura: o "Melhor em Casa", esse projeto se caracteriza por ser uma espécie de internação domiciliar, em que os pacientes são vistos em intervalos regulares por pessoal especializado em atendimento de internação e cuidados de pacientes acamados e, assim abrangem

demandas mais específicas, que infelizmente a Estratégia de Saúde da Família ainda não consegue cobrir, todavia tem o papel importantíssimo de realizar o encaminhamento para esse tipo de auxílio.

Após findado esse ano de atendimentos domiciliares semanais, notei o verdadeiro papel que a visita representa no contexto da atenção básica. De fato, atendimentos realizados na unidade são indispensáveis e muito resolutivos, entretanto, pecam no aspecto de avaliação global da situação familiar, na medida em que existem situações de vida como moradia, segurança, higiene dentre outras que demandam mais do que uma consulta simples na ESF para uma contextualização adequada.

Ademais, percebi que o vínculo com o paciente/família é significativamente reforçado após a realização de um atendimento em domicílio, já que a presença da equipe na casa da família constrói um sentimento de proximidade com a comunidade, sentimento esse que é extrapolado para todos os outros membros da família fortalecendo assim os laços da equipe com os pacientes e, por conseguinte, facilitando os atendimentos nos quesitos confiança e cumplicidade.

5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

Ao primeiro olhar, no ano em que o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) foi anunciado, diversos estudantes de Medicina consideraram essa ação apenas como um artifício rápido para preencher postos de trabalho médico em estratégias de saúde da família desassistidas. Dessa forma o programa foi visto com certo preconceito por grande parcela da classe.

Todavia, após esses meses de atuação no PROVAB, percebi que o programa não funcionava dessa forma, tendo me surpreendido positivamente com vários aspectos do atendimento em atenção básica. Devido a eu já ter atuado anteriormente em UPAs e Emergências, tive que alterar meu processo de trabalho a fim de me adequar às demandas da saúde da família. Notei assim, que a forma como a ESF se organiza propicia maior resolubilidade às mazelas da comunidade concomitantemente criando um vínculo com a comunidade que colabora com o tratamento em diversos aspectos.

A abordagem familiar, método com o qual eu não era familiarizado anteriormente, se mostrou como ferramenta eficiente no entendimento eficaz do dia a dia dos lares da comunidade, facilitando a abordagem de situações delicadas que envolvem uma intervenção psicossocial. Além disso, atividades desempenhadas por mim como a agenda de pré-natal com posterior acompanhamento de puericultura dessa mesma díade mãe/bebe propiciaram uma relação médico-paciente mais próxima com confiança mútua durante o desenvolvimento da criança, o que valorizou significativamente esse tipo de atendimento específico.

Em relação ao trabalho em equipe, inicialmente tive algumas dificuldades, principalmente por a unidade ter ficado sem agentes de saúde no início do trabalho, o que dificultou tanto o processo de agendamento de visitas domiciliares quanto o emprego do princípio da equidade, visto que a distinção de áreas de maior vulnerabilidade foi prejudicada, o que constituiu uma barreira no saneamento das iniquidades. Por outro lado, mantive durante todo o período de trabalho uma boa relação com os outros membros da equipe, dividi os atendimentos de pré-natal e saúde da mulher com a enfermeira e agilizei bastante com a técnica de enfermagem as questões de vacina e aplicação de medicamentos, o que colaborou para um atendimento ágil à população local. A partir do momento em que dispusemos de agentes comunitários de saúde, a agenda de visitas domiciliares passou a contar com um aumento expressivo dos atendimentos.

Minha relação com as pessoas da comunidade, no primeiro mês de trabalho na ESF Santo Antônio foi de sentimentos dúbios, por vezes notava

certo preconceito nas primeiras consultas por ser “um médico mais jovem do que o normal”, sentimento esse que foi sendo modificado enquanto as consultas de cuidado continuado foram sendo executadas mês a mês, período em que notei uma aproximação dos pacientes e uma maior confiança no meu trabalho e, principalmente, na minha pessoa, visto que tentei participar bastante dos problemas locais em diversas esferas. Ao final do meu tempo no local, já não sentia mais aquele sentimento defensivo inicial das pessoas, o que foi extremamente gratificante.

O Curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade se constituiu em um auxílio imprescindível durante minha atuação na ESF, primeiramente durante o Eixo I: através de estudos como os princípios do SUS e organização da Atenção Básica no Brasil o delineamento do processo de trabalho na unidade foi facilitado. Posteriormente, através da realização dos casos complexos, apesar da individualidade de situações encontradas nos pacientes, diversos casos acabam por ser muito semelhantes aos abordados no curso, principalmente no que tange doenças crônicas de alta prevalência como Diabetes Melito, Hipertensão Arterial Sistêmica, sem falar em um dos problemas mais recorrentes na era pós-moderna: a Saúde Mental. Através da medicina baseada em evidências, a Atenção Primária sempre estará calcada em conceitos com justificativa bibliográfica e grau de evidência adequados, propiciando segurança nos tratamentos tanto para a equipe da unidade quanto para os pacientes.

Dito isso, finalizo expressando o meu engrandecimento como pessoa e como profissional ao fim dessa empreitada. O trabalho na Estratégia de Saúde da Família Santo Antônio capacitou-me para atendimento em mais uma especialidade dentre tantas outras áreas médicas e através de suas particularidades mostrou-se significativamente resolutiva e, principalmente, preventiva, princípio no qual a atenção básica foi desenvolvida para foca-se. Mais uma vez, meu sentimento inicial de o PROVAB ser uma medida imediatista e impensada foi sendo extinto, a medida que fui tomando conhecimento da grande diferença que fazemos nas comunidades as quais somos designados para atuar.

6 REFERÊNCIAS

1. Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado PHTLS 8ª Edição
2. Advanced Trauma Life Support ATLS Student Course Manual 9th Edition
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.600 de 7 de julho de 2011. Reformula a política nacional de atenção às urgências e institui a rede de atenção às urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).
4. BRASIL, Guia Alimentar para a População Brasileira. 2014. Disponível em <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/05/Guia-Alimentar-para-a-pop-brasiliera-Miolo-PDF-Internet.pdf>
5. BRASIL, Cadernos de Atenção Básica – Saúde do Trabalhador. 2002. Disponível em <http://saude.es.gov.br/Media/sesa/CEREST/site%20%20caderno%20de%20aten%C3%A7%C3%A3o%20b%C3%A1sica.pdf>.
6. [LIMA, Niedja Maria da Silva](#) et al. **Excesso de peso em adolescentes e estado nutricional dos pais: uma revisão sistemática.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2017, vol.22, n.2, pp.627-636. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017222.17522015>
7. *Denis Conci Braga, Silvia Monica Bortolini, Gabriele Barazetti, Jéssica Viel, Samanta Sgarbi Vebber. Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais realizados na Atenção Primária. 2014.*

7 ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO



PROJETO DE INTERVENÇÃO

REDUÇÃO DA PRESCRIÇÃO DE BENZODIAZEPÍNICOS PARA IDOSOS EM ACOMPANHAMENTO NA ESF SANTO ANTÔNIO

LUCAS PIRES KLASSMANN

Capão da Canoa, Novembro de 2016.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A ESF Santo Antônio está localizada em Capão da Canoa, município litorâneo do Rio Grande do Sul. Sua estrutura demográfica vem se alterando nos últimos anos com aumento importante da parcela de idosos, o que propicia um elevado consumo de benzodiazepínicos, trazendo prejuízos para essa faixa etária. **PROBLEMA:** Como reduzir a prescrição de benzodiazepínicos para idosos em acompanhamento na ESF Santo Antônio? **OBJETIVOS:** Reduzir a prescrição de medicamentos benzodiazepínicos para idosos em acompanhamento na ESF Santo Antônio. **REVISÃO DE LITERATURA:** os benzodiazepínicos são amplamente utilizados desde a década de 70, diversos estudos evidenciam malefícios relacionados ao uso crônico dessas medicações por idosos, como aumento do número de quedas, demência, piora da cognição, piora da incontinência urinária e sonolência diurna. **METODOLOGIA:** os pacientes serão selecionados em consultas de rotina na ESF Santo Antônio, necessitando preencher os critérios de inclusão (>60 anos, uso de diazepam ou clonazepam diariamente por mais de 12 meses). Será questionado o interesse do paciente em participar e explicitadas as vantagens de descontinuar a medicação. Realizar-se-á a lista de pacientes elegíveis que serão acompanhados em consultas com intervalos determinados com redução gradual da dose da medição, avaliando-se sintomas de dependência até a abstinência e até 6 meses após. **RECURSOS NECESSÁRIOS:** três agentes comunitários de saúde, um técnico de Enfermagem, um Enfermeiro um Médico um auxiliar de Higienização. Físicos: sala para atendimento dos pacientes, reserva de horário na agenda compartilhada, folhas A4 para registro em prontuários, canetas. **RESULTADOS ESPERADOS:** redução do número de quedas, melhora da cognição, fortalecimento da memória, melhora da incontinência urinária, aumento do convívio familiar, redução da sonolência diurna, redução da incidência de demência.

PALAVRAS-CHAVE: idosos, benzodiazepínicos, ESF Santo Antônio.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	04
2 OBJETIVOS.....	06
2.1 OBJETIVO GERAL.....	06
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	06
3 REVISÃO DE LITERATURA	07
4 METODOLOGIA.....	09
5 RECURSOS NECESSÁRIOS.....	13
6.1 RECURSOS HUMANOS.....	13
6.2 RECURSOS MATERIAIS.....	13
6 CRONOGRAMA.....	14
7 RESULTADOS ESPERADOS.....	15
8 REFERÊNCIAS	16

1 INTRODUÇÃO

Capão da Canoa, cidade localizada no litoral norte do estado do Rio Grande do sul, é uma cidade balneária que recebe uma parcela significativa da população do estado nas estações quentes, o que ocasiona aumento de sua população, estimada em 47.148 habitantes pelo IBGE em 2015¹ para cerca de dez vezes essa quantia. Além disso, de acordo com dados da prefeitura municipal, inúmeros indivíduos com mais de sessenta anos, por serem proprietários de casas de veraneio no município que almejam uma melhor qualidade de vida longe dos centros urbanos, mudam-se para essa cidade a cada ano em maior quantidade, o que ocasionou, nos últimos anos, um envelhecimento na estrutura demográfica local.

Esse aumento de habitantes com idade avançada implica mudanças na atenção primária à saúde, visando melhor atendimento dessa população idosa juntamente com suas peculiaridades.

Durante três meses atuando como Médico na Estratégia de Saúde da Família Santo Antônio, unidade localizada na zona urbana do município, percebi que a prescrição indiscriminada de medicamentos muitas vezes prejudiciais aos idosos é uma prática constante no local, devido principalmente à área anteriormente ser descoberta pela Estratégia e essas medicações serem, infelizmente, prescritas por médicos dos pronto atendimentos, sem uma avaliação adequada da necessidade real da medicação ou uma atenção direcionada para possibilidade de suspensão do fármaco quando findo o tratamento.

Nesse contexto, tornou-se evidente que grande parte desses idosos apresentava transtornos do sono, lançando mão dos benzodiazepínicos diariamente, por vezes em doses acima das preconizadas a fim de iniciarem o sono mais rapidamente. Da mesma forma, entre os meandros da conversa durante o atendimento desses pacientes, explicitou-se que uma parcela significativa destes demonstrava sinais de comorbidades associadas, como ansiedade e depressão precariamente acompanhadas e com tratamento não ideal.

A gravidade dos efeitos adversos dos benzodiazepínicos sobre atenção, concentração e memória nos idosos exige cautela em sua prescrição, devendo ser considerado seu potencial no desenvolvimento de tolerância e dependência fisiológica, relacionados à idade do paciente e às interações medicamentosas². Vários estudos sugerem correlação entre declínio cognitivo em idosos e doença de Alzheimer e uso crônico de psicotrópicos, entre eles os

benzodiazepínicos. Em uma revisão sistemática da Cochrane³ recente, de 159 artigos com 79.193 sujeitos participantes de vinte e um países, em que o tamanho médio da amostra foi 230 sujeitos de pesquisa. Verificou-se que, 30% das pessoas com mais de 65 anos que vivem em comunidades de idosos sofrem quedas a cada ano, mais frequentemente por problemas de equilíbrio, deficiência visual e demência. A metanálise realizada nesse estudo revelou que alguns medicamentos aumentam o risco de quedas, entre eles os benzodiazepínicos. Vários estudos preconizam a retirada gradual dos medicamentos psicotrópicos como parte da estratégia de redução de quedas em idosos.

Constitui-se, assim, o problema deste Projeto de Intervenção a seguinte questão: **Como reduzir a prescrição de medicamentos benzodiazepínicos para idosos em acompanhamento na ESF Santo Antônio?**

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Reduzir a prescrição de medicamentos benzodiazepínicos para idosos em acompanhamento na ESF Santo Antônio.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os pacientes com mais de sessenta anos em uso de benzodiazepínicos.
- Realizar avaliação de pacientes elegíveis para redução da dose ou retirada da medicação.
- Conhecer o perfil populacional dos pacientes de uso crônico de benzodiazepínicos.
- Construir planos terapêuticos singulares para cada paciente de acordo com sua situação psicossocial a fim de realizar a redução adequada do fármaco.
- Seguir o acompanhamento dos pacientes dos quais foi retirado o medicamento.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Os Benzodiazepínicos são fármacos com atividade ansiolítica que começaram a ser prescritas por volta da década de 1960. O Clordiazepóxido foi o primeiro benzodiazepínico lançado no mercado. Além da elevada eficácia terapêutica, os benzodiazepínicos apresentaram inicialmente baixos riscos de intoxicação e dependência, fatores que propiciaram uma rápida aderência dos profissionais médicos a prescrição desses medicamentos⁴.

Todavia, nos anos posteriores, principalmente nas décadas de 1970 e 1980, foram observados os primeiros casos de uso abusivo, além de desenvolvimento de tolerância e de síndrome de abstinência dessas medicações⁴.

Os Benzodiazepínicos são fármacos com múltiplos efeitos: sedativo, hipnótico, ansiolítico, relaxante muscular e anticonvulsivante, contudo, sua crescente utilização na atualidade pode ser justificada por motivos como medicalização da sociedade, conflitos familiares crescentes, pressões da indústria farmacêutica e envelhecimento da população, assim, os Benzodiazepínicos apresentam-se como uma suposta solução imediata para algumas condições que afligem a sociedade moderna⁵.

Na atualidade, existem cerca de cinquenta tipos de benzodiazepínicos disponíveis no mercado. Estudos baseados em análises de bases de dados de vários países, que reúnem números de prescrições e vendas em farmácias, indicam que as vendas se elevaram a partir da década de 70 e permanecem altas nos tempos atuais. O uso de compostos de alta potência, prescritos principalmente no âmbito da atenção primária, são as medicações predominantes^{6,7}.

Existe uma significativa parcela de idosos que apresenta diversas patologias concomitantemente, o que propicia o uso de vários medicamentos de forma simultânea. Paralelamente, as mudanças na composição corporal e nas funções dos rins e do fígado decorrentes do envelhecimento humano, levam a alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas, além das interações dos vários medicamentos. Dessa forma, são corriqueiras as iatropatogênias em idosos devido à polifarmácia. As versões dos critérios de Beers ou de Beers-Fick, instrumento que visa detectar potencial risco de iatropatogenia medicamentosa em idoso, tornaram-se as mais citadas e utilizadas mundialmente, contudo, há críticas quanto a sua abrangência medicamentosa e adaptabilidade a cada país^{8,9}.

No Brasil, o Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) apresentou um panorama obtido por intermédio de análises quantitativas referentes ao

período de 2007 a 2010 quando foi observado que tem havido poucas alterações nos princípios ativos de maior consumo na população geral no País, sendo os principais deles o clonazepam, o bromazepam e o alprazolam – benzodiazepínicos que, juntos, somam mais de vinte milhões de unidades físicas dispensadas por ano¹⁰.

É variável a frequência de uso de benzodiazepínicos em idosos no Brasil. Em um estudo realizado no estado de São Paulo, cuja amostra foi 1.115 idosos com 65 anos de idade ou mais, mostrou que a prevalência de uso de psicotrópicos foi 12,2%, com predomínio dos benzodiazepínicos, principalmente no sexo feminino e associado ao uso concomitante de dois ou mais fármacos¹¹.

No Brasil, apesar da comercialização ser controlada, os benzodiazepínicos permanecem sendo dispensados ilegalmente, a partir de receitas adulteradas, falsificadas, rasuradas e vencidas. Além disso, seus efeitos colaterais (como a diminuição da atividade psicomotora), suas interações com outras drogas (como o álcool) e a possibilidade de desenvolver tolerância e dependência, nem sempre são esclarecidos pelos médicos, enfermeiros e farmacêuticos. Acrescenta-se a isso que o controle do consumo de benzodiazepínicos geralmente é muitas vezes ineficaz¹².

Durante o atendimento diário nas Estratégias de Saúde da Família são frequentes pacientes idosos com sintomas depressivos e sintomas ansiosos, muitas vezes usuários crônicos de benzodiazepínicos. Estes pacientes tem propensão a tornarem-se dependentes químicos da medicação e demandam doses crescentes desses fármacos¹³.

Através de atividades alternativas, exercícios físicos e orientações específicas, é possível a redução e a suspensão desses medicamentos, todavia, nem sempre a unidade de saúde tem condições realizar tal demanda, visto que os pacientes precisam de receitas controladas com frequência. “Às vezes, a falta de recursos, de pessoal e de capacitação acabam por prejudicar o desenvolvimento de uma ação integral pelas equipes. Além disso, atender às pessoas com problemas de saúde mental é de fato uma tarefa muito complexa”¹³.

4 METODOLOGIA

Num **primeiro momento**, serão selecionados pacientes acima de 60 anos em consultas previamente agendadas de cuidado continuado na ESF Santo Antônio que serão questionados sobre:

1. Uso de algum dos seguintes benzodiazepínicos mais utilizados de ação longa: Diazepam, Clonazepam
2. Tempo de uso da medicação
3. Dose diária utilizada

Os pacientes que contemplem todos os seguintes critérios se tornarão elegíveis:

1. Uso de Clonazepam ou Diazepam
2. Uso desses fármacos por mais de 12 meses
3. Uso diário da medicação

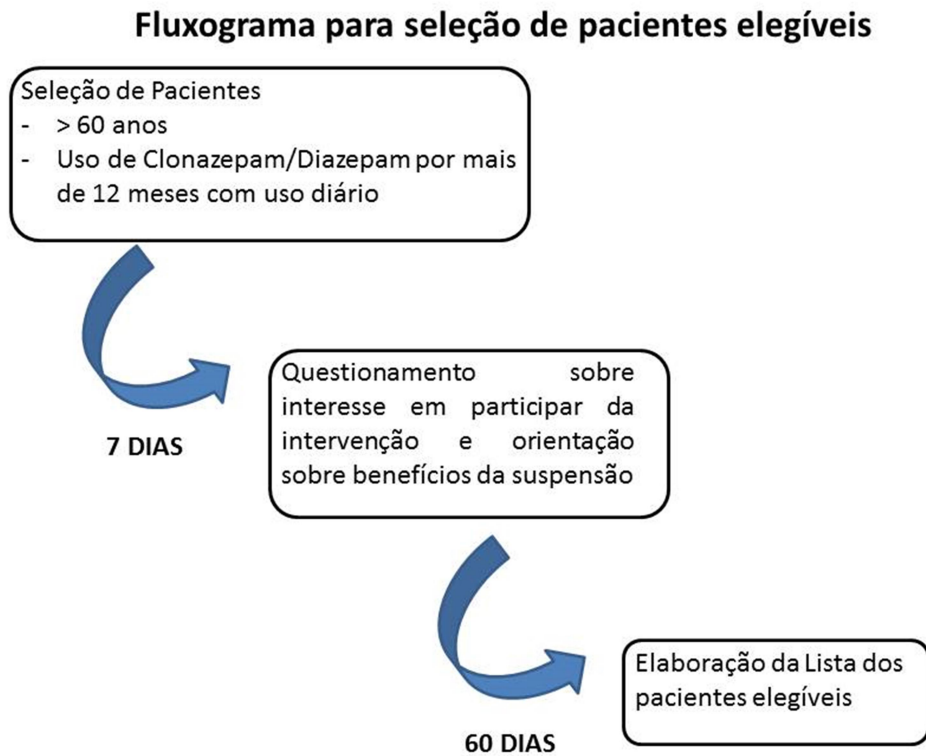
Num **segundo momento**, em consulta agendada para uma semana após a primeira, será solicitado ao paciente que relate como se sente a respeito do uso da medicação e quais seriam os principais empecilhos para retirada do fármaco na sua opinião, como sintomas de ansiedade, insônia e também a respeito de efeitos indesejados, como sonolência diurna e quedas. Será explicitado ao paciente as seguintes vantagens da retirada da medicação:

- Melhora da cognição
- Economia
- Menor quantidade de consultas para aquisição de receitas
- Redução do risco de quedas
- Melhora do padrão do sono (após o desmame total)
- Redução das interações medicamentosas
- Redução dos riscos ocupacionais e automobilísticos

Após passadas essas informações, será questionado a respeito do interesse do paciente em participar da intervenção. Em cada consulta realizada até o final do acompanhamento, serão abordados os temas psicossociais que envolvem o cotidiano de cada paciente, bem como seus medos e anseios, a fim de que a pessoa seja vista como um todo, propiciando sinergia indispensável ao tratamento.

Num **terceiro momento**, será elaborada uma lista com os pacientes elegíveis para a intervenção, a qual será compartilhada com a equipe e ficará em posse dos agentes comunitários de saúde, cada ACS terá a relação dos pacientes da sua microárea incluídos na intervenção (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma para seleção de pacientes elegíveis



Num **quarto momento**, a dose da medicação em uso será reduzida em 25%, com retorno programado para 7 dias, nessa mesma consulta será orientado sobre possíveis sintomas de abstinência.

Num **quinto momento**, na consulta de retorno, será questionado a respeito de como o paciente sentiu-se com a redução da dose e será solicitado que relate a ocorrência de sinais e sintomas de abstinência que constam na tabela a seguir (Figura 2). Na ausência desses, a dosagem será reduzida em mais 25% da dose inicial e será reagendado retorno para em 14 dias (Figura 3).

Figura 2. Sinais de Sintomas de Abstinência de Benzodiazepínicos

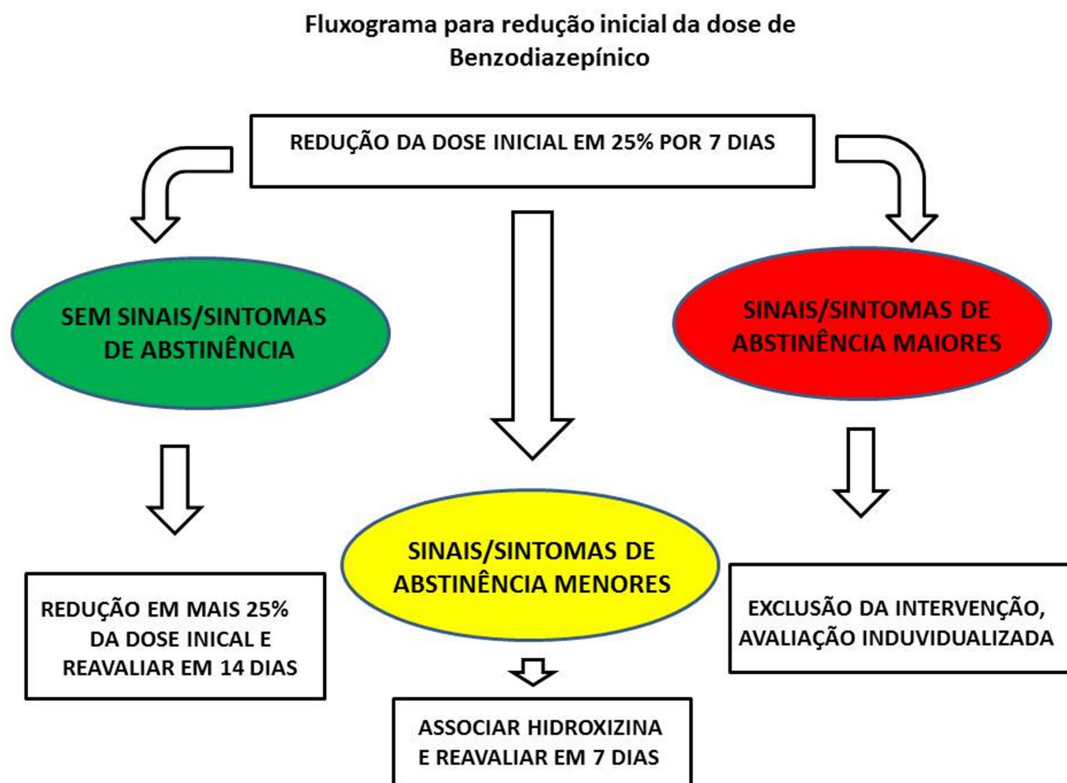
Sinais e sintomas da síndrome de abstinência por BDZ ¹¹ (D)		
Sinais menores		Sinais maiores
<p>Físicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tremores • Sudorese • Palpitações • Letargia • Náuseas • Vômitos • Anorexia • Sintomas gripais • Cefaléia • Dores musculares 	<p>Psíquicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insônia • Irritabilidade • Dificuldade de concentração • Inquietação • Agitação • Pesadelos • Disforia • Prejuízo da memória • Despersonalização/ desrealização 	<ul style="list-style-type: none"> • Convulsões • Alucinações • Delirium

Fonte: CREMESP, 2011.

Se presença de sinais maiores, os pacientes serão excluídos da Intervenção em qualquer momento sendo serão submetidos a avaliação clínica minuciosa (Figura 3).

Se presença de sintomas menores, mantém-se a dose e se associará Hidroxizina 50mg/dia e retorno em 7 dias para nova tentativa de redução e nova avaliação de sinais/sintomas de abstinência (Figura 3).

Figura 3. Fluxograma para redução da dose inicial de BDZ



Num **sexto momento**, serão avaliados novamente a respeito dos sinais/sintomas de abstinência e na ausência de todos será descontinuada a medicação, a partir desse momento esses pacientes serão reavaliados a cada 15 dias por 2 meses a fim de se avaliar a adesão e resposta ao tratamento.

Nos pacientes em que a dosagem fora mantida e associada Hidroxizina, será avaliada a possibilidade de redução da dose em 25% com manutenção da Hidroxizina e retorno em 7 dias para descontinuação de ambas as medicações se ausência de sinais/sintomas menores. Após descontinuação, esses pacientes também serão avaliados a cada 15 dias por 2 meses. Se persistência dos sinais/sintomas menores com o uso da Hidroxizina, são excluídos para avaliação individualizada com outras estratégias.

Num **sétimo momento**, as consultas serão espaçadas para 60 dias, a fim de avaliar a descontinuação da medicação ou recaídas.

Num **oitavo momento**, os ACS visitarão esses pacientes abstêmios uma vez a cada 6 meses a fim de seguir o acompanhamento e manter a motivação dos pacientes.

6 RECURSOS NECESSÁRIOS

6.1 RECURSOS HUMANOS

- 3 agentes comunitários de Saúde;
- 1 técnico de Enfermagem;
- 1 Enfermeiro;
- 1 Médico e
- 1 auxiliar de Higienização.

6.2 RECURSOS MATERIAIS

- Sala para atendimento dos pacientes;
- Reserva de horário na agenda compartilhada;
- Folhas A4 para registro em prontuários;
- Canetas.

7 CRONOGRAMA

Ações	Jan 2017	Fev 2017	Mar 2017	Abr 2017	Mai 2017	Jun 2017	Jul 2017
Seleção de pacientes durante consultas de rotina	X	X					
Orientação sobre vantagens da retirada e interesse em participar da intervenção	X	X	X				
Elaboração da lista de pacientes elegíveis			X				
Reduções de dose da medicação com consultas de acompanhamento				X	X		
Espaçamento das Consultas para 60/60 dias						X	
Visitas pelos ACSs a cada 6 meses							X

7 RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se dessa intervenção nos Idosos em uso crônico de Benzodiazepínicos na Estratégia de Saúde da Família ESF Santo Antônio significativas mudanças positivas no cotidiano dos pacientes alvo do projeto, entre elas podemos destacar:

- Redução do número de quedas;
- Redução da sonolência diurna;
- Redução da possibilidade de supedose em pacientes confusos;
- Redução das interações medicamentosas;
- Redução dos riscos automobilístico e ocupacionais;
- Redução da incidência de demência;
- Aumento do tempo de convívio familiar;
- Melhora da capacidade de realizar atividade física;
- Melhora da cognição;
- Melhora da continência urinária;
- Melhora da qualidade do sono e
- Fortalecimento da memória.

9 REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia estatística (www.ibge.gov.br)
2. Moura, M. C. *Uso de benzodiazepínicos em idosos, declínio cognitivo e risco de quedas. Brasília Médica*, v. 51, p. 36-41, 2014.
3. Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Sherrington C, Gates S, Clemson LM, et al. *Interventions for preventing falls in older people living in the community. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: The Cochrane Library, 2012 Issue 1, Art. No. CD007146.*
4. Souza ARL, Opaleye ES, Noto AR. *Contextos e padrões do uso indevido de benzodiazepínicos entre mulheres. Ciênc. saúde coletiva*. 2013; 18(4):1131-1140.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde Mental. Cadernos da Atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde. 2013; 34:176 p.*
6. Hood SD, Norman A, Hince DA, Melichar JK, Hulse GK. *Benzodiazepine dependence and its treatment with low dose flumazenil. Br J Clin Pharmacol*. 2014;77(2):285-94.
7. Meltzer EC, Rybin D, Meshesha LZ, Saitz R, Samet JH, Rubens SL, et al. *Aberrant drug-related behaviors: unsystematic documentation does not identify prescription drug use disorder. Pain Med*. 2012;13(11):1436-43.
8. Peron EP, Gray SL, Hanlon JT. *Medication use and functional status decline in older adults: a narrative review. Am J Geriatr Pharmacother*. 2011;9(6):378-91.
9. Gorzoni ML, Fabbri RMA, Pires SL. *Medicamentos potencialmente inapropriados para idosos. Rev Assoc Med Bras*. 2012;58(4):442-6.
10. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Boletim de Farmacoepidemiologia do SNGPC*. 2011;1(1). 8p.
11. Noia AS, Secoli SR, Duarte YA, Lebrão ML, Lieber NS. *Fatores associados ao uso de psicotrópicos por idosos residentes no Município de São Paulo. Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(spe):38-43.
12. MENDONÇA, R. T.; CARVALHO, A. C. D. O consumo de benzodiazepínicos por mulheres idosas. SMAD, *Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* (Ed. port.) [online], v.1, n.2. 2005
13. BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde mental e atenção básica - o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília, 2003. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>.

