



Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Secretaria de Educação à Distância – SEDIS
Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde - LAIS
Programa de Educação Permanente em Saúde da Família – PEP SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ATENÇÃO DOMICILIAR, CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E SAÚDE MENTAL: MICROINTERVENÇÕES REALIZADAS NA UBS JOSÉ RODRIGUES MOTA, IRAUÇUBA/CE

LAIS DE BRITO OLIVEIRA

NATAL/RN
2021

ATENÇÃO DOMICILIAR, CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E SAÚDE MENTAL:
MICROINTERVENÇÕES REALIZADAS NA UBS JOSÉ RODRIGUES MOTA,
IRAUÇUBA/CE

LAIS DE BRITO OLIVEIRA

Trabalho de Conclusão apresentado ao Programa de Educação Permanente em Saúde da Família, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: ANNA CRISTINA DA CRUZ BEZERRA

NATAL/RN
2021

RESUMO

A atenção domiciliar é caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, A atenção domiciliar é caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo a continuidade de cuidados. O câncer de colo de útero vem aumentando a cada ano, então políticas públicas são destinadas a enfatizar a importância da prevenção. Além disso, a saúde mental tem grande importância na atenção primária, como forma de facilitar a socialização, através de medidas de promoção à saúde. **Objetivo:** Implementação e uso do processo de organização das visitas domiciliares, atendimentos de pacientes da saúde mental e identificar as ações de prevenção primária e detecção precoce para reduzir a incidência e a mortalidade do câncer. **Método:** A intervenção foi baseada na orientação dos usuários através da realização de ações educativas e consultas coletivas. **Resultados:** Após análise do perfil de cada usuário e conhecendo suas individualidades, foi identificado conforme análise dos riscos que o planejamento das estratégias desenvolvidas atendeu as necessidades adequadas de cada usuário, sem escassez de atendimento e sem exageros, sendo a periodicidade das consultas de acordo com a realidade de cada um. **Conclusão:** Os serviços de Atenção Primária constituem o principal local para a realidade encontrada, que foi passível de melhoramento com as intervenções realizadas, confiou-se que este plano pudesse colaborar para um melhor cuidado para com os usuários avaliados, e ainda fortalecer aos familiares neste cuidado.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	05
RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1	06
RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2	10
RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 3	13
CONSIDERAÇÕES FINAIS	16
REFERÊNCIAS	17

1. INTRODUÇÃO

A ESF José Rodrigues Mota do Município de Irauçuba/CE, implementou estratégias de microintervenção baseada na Atenção Primária à pacientes em domicílio, usuários com câncer de colo do útero e da saúde mental. Esta equipe de saúde atende, atualmente, uma população de 2.300 pessoas, dentre estes têm-se 42 em nível de atenção domiciliar. Os paciente com câncer de colo de útero abrangeu 350 mulheres em idade fértil e os usuários da Saúde Mental são uma média de 18.

Na atenção à saúde relacionada à atenção domiciliar, as ações que devem ser integradas ao processo de trabalho da equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde José Rodrigues Mota são: promoção, proteção e assistência dos usuários. Assim como, a avaliação do grau de conhecimento que os profissionais da atenção primária têm sobre câncer do colo do útero, em especial aos médicos, é imprescindível para o delineamento de ações que contemplem capacitações em caráter contínuo e estabelecimento de um fluxo de referenciamento com o objetivo de estabelecer uma vigilância permanente.

A escolha por essa temática surgiu com o objetivo de evitar ou minimizar a ocorrência de agravamento em relação à atenção domiciliar e aos pacientes com câncer de colo do útero ou com predisposição, gerenciá-los, embasar as tomadas de decisões, as medidas de controle e de prevenção, e a promoção da conscientização sobre a saúde mental e o câncer entre os usuários.

Este estudo tem como objetivo analisar os usuários da atenção domiciliar para que não se tornem pacientes de alto risco, mostrando assim a importância da assiduidade nos atendimentos mensais em relação à organização do planejamento direcionado aos mesmos. Como também, o propósito dessa pesquisa foi identificar o grau de rastreamento do médico atuante na atenção primária da rede pública sobre o câncer do colo do útero.

2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1

A Atenção Primária à Saúde (APS) trata-se do primeiro contato da população com o sistema de saúde de um país. Em 1978 foi definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o primeiro nível de contato do indivíduo, família e comunidade com o sistema nacional de saúde trazendo os cuidados de saúde o mais próximo possível de onde as pessoas vivem e trabalham constituindo o primeiro elemento de um progresso contínuo de atenção em saúde (CARVALHO, 2016). Antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), havia o conceito de que o investimento na APS traria melhorias para o modelo de saúde em vigor, mas nada ainda tinha sido efetivado. Com a criação do SUS em 1988 e a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) anos depois, pode-se verificar o quanto este conceito estava correto a partir de melhores índices de saúde, maior expectativa de vida, menos mortalidade infantil, diminuição dos agravos a saúde, entre outros. A Estratégia Saúde da Família (ESF) cumpre ação arduosa na alteração do padrão assistencial vigente, centrado no cuidado a doença, hospitalocêntrico, com custos elevados e pouca interação com os usuários (SOARES, 2016). Como instrumento do método de trabalho da ESF, a visita domiciliar aufere relevância por colaborar para uma nova forma de atendimento integral e humanizado às comunidades atendidas. Frente a díspares demandas, de complexidade distinta, torna-se imprescindível priorizar os casos para melhor organização e aproveitamento, de acordo com a necessidade de cada caso, e pelos profissionais mais recomendados a cada situação (MOURA, 2016). Apesar disso, a equipe encontra dificuldades para priorizar as visitas domiciliares para garantir a equidade da atenção prestada, então, foi dada ênfase ao ensaio de uma equipe de saúde da família ao aplicar a escala de risco e vulnerabilidade para avaliação dos pacientes para gestão e organização das visitas domiciliares (MARTINS, 2015).

Dar-se-á destaque à equipe de saúde da família ao aplicar a escala de risco e vulnerabilidade para avaliação dos pacientes para gestão e organização das visitas domiciliares. Esta escala apresenta uma nova proposta para avaliação e gestão da visita domiciliar para atenção primária à saúde, uma vez que estratifica o paciente considerando a condição clínica, fatores de risco e vulnerabilidade específicos, além de avaliar as condições ambientais e avaliação do cuidador (MARTINS, 2015). A Escala de Ribeiro Fiuza proporciona uma nova proposta para avaliação e gestão da visita domiciliar para atenção primária à saúde, uma vez que estratifica o paciente analisando a condição clínica, fatores de risco e vulnerabilidade característicos, além de aferir as condições ambientais e estimativa do cuidador. Este instrumento permite qualificar a assistência, visto que ajuda na avaliação e estratificação de risco e vulnerabilidade dos pacientes a serem visitados, admitindo, dessa forma, o planejamento das visitas futuras no contexto da atenção domiciliar (CARVALHO, 2016).

A microintervenção tem como cenário de prática a Secretaria Municipal de Saúde de Irauçuba/CE, mais especificamente a população atendida pela ESF da UBS José Rodrigues

Mota e faz parte do projeto de pesquisa: Problemas de Saúde Identificados na População e Perfil do Profissional Inscrito nos Cursos Ofertados a Distância pela Faculdade de Medicina da UFRN. A UBS apresenta um território composto pela população adstrita na última supervisão, 4200 pessoas. Em relação à população total, existe uma microárea descoberta por Agente Comunitário de Saúde (ACS), antigamente eram 08 ACS, agora só são 07 ACS, logo existe uma quantidade de pessoas na área sem assistência de visitas domiciliares por ACS e também que não foi contabilizada na última supervisão para calcular o número de pessoas que estão adstritas à ESF. A microintervenção aqui descrita objetiva a implementação e uso da Escala Ribeiro Fiuza (ANEXO A) como ferramenta de avaliação e gestão na área de Atenção Domiciliar, atividade vinculada à APS.

O estudo realizado é interventivo experimental do tipo pesquisa-ação. A amostragem desta pesquisa foi de 42 pacientes, que inicialmente foram avaliados em visitas domiciliares, de forma que a participação foi espontânea, mas com incentivo à utilização da Escala de Ribeiro Fiuza a cada visita e realizando estratificações.

A equipe da Atenção domiciliar, composta por um médico e 07 agentes comunitários fez visitas em domicílios (42), realizando ações de estratificação de risco, tendo como foco a individualidade de cada paciente. Essas ações tiveram como objetivo melhorar o serviço de assistência em saúde oferecido à população assistida. Após as ações de estratificação realizadas nas visitas, os pacientes foram organizados pelo médico de acordo com o risco. As ações realizadas para efetivar a estratificação de risco conforme Escala de Ribeiro Fiuza acontece da seguinte forma: a escala trabalha com quatro escores de risco, cada qual com critérios definidos. Os indicadores utilizados na escala são: idade, multimorbidade, polifarmácia, dependência funcional, mobilidade, suporte familiar, fragilidade e cuidados paliativos. Após avaliar indicadores somam-se os pontos relativos a cada categoria avaliada, então com após a soma irá definir os escores em baixo, médio, alto e muito alto. Consideram-se risco muito alto quando for maior que 16 pontos na escala, logo tem que sem um paciente que vai receber com frequência visitas da equipe da atenção domiciliar.

Baseado na estratificação realizada pelo médico, um enfermeiro que faz parte da equipe do ESF organizou reuniões mensais para planejamento, junto à ACS, das consultas subsequentes. Durante esta reunião analisam os pacientes que foram avaliados pelo médico da atenção domiciliar, então esta análise vai ser baseada nos escores, quanto maior o escore do paciente mais visitas serão agendadas e quanto menor o escore menos visitas serão agendadas, tudo conforme a pontuação da Estratificação de Risco e Vulnerabilidade. E todo mês vão ser realizadas novas estratificações e encaixando os pacientes de acordo com o risco que apresentam recentemente na avaliação.

Com base na Escala Ribeiro Fiuza (ANEXO A), foi traçado o perfil dos pacientes analisados, levando em consideração idade e dependência motora. Traçar esse perfil é crucial

para a pontuação estabelecida no processo de estratificação.

Os pacientes, conforme mostra a tabela 1, na sua maioria eram idosos entre 76 e 90 anos de idade (47,61 %), seguidos por idosos entre 60 e 75 anos (33,33 %), adultos com menos de 60 anos (11,90%) e idosos com mais de 90 anos (7,14%).

Tabela 01. Distribuição dos Pacientes Avaliados em AD referentes à sexo e idade / Total de Pacientes em Atenção Domiciliar: 42

HOMENS	MULHERES
Menos de 60 anos: 03	Menos de 60 anos: 02
60 – 75 anos: 07	60 – 75 anos: 07
76 – 90 anos: 09	76 – 90 anos: 11
Mais de 90 anos: 00	Mais de 90 anos: 03

Fonte: Estratégia de Saúde da Família José Rodrigues Mota – 2020.

Quanto ao grau de dependência motora (Tabela 2), 22 pacientes não apresentavam dependência motora (52,38%), 14 apresentavam dependência motora parcial (33,33%) e 6 apresentavam dependência motora total (14,28%).

Tabela 02. Distribuição dos Pacientes Avaliados em AD referentes ao grau de Dependência Motora.

GRAU DE DEPENDÊNCIA DOS PACIENTES EM AD	DE MOTORA	NÚMERO DE PACIENTES
--	------------------	----------------------------

Totalmente Dependentes	06
Parcialmente Dependentes	14
Não Dependentes	22

Fonte: Estratégia de Saúde da Família José Rodrigues Mota – 2020.

Após análise do perfil de cada paciente e conhecendo suas individualidades, foi dada início a estratificação de cada paciente, e dessa forma, analisando os riscos, para que o planejamento do cronograma das visitas subsequentes pudesse atender as necessidades adequadas de cada indivíduo, sem escassez de atendimento e sem exageros, sendo a periodicidade das visitas de acordo com a realidade de cada um.

Os dados coletados na estratificação foram analisados, sendo possível classificar os pacientes quanto ao risco e vulnerabilidade. Esta ferramenta favoreceu o fortalecimento e estruturação do registro, planejamento, avaliação e monitoramento das visitas realizadas no território. Além disso, deve ser ressaltada sua fácil aplicação e a reprodutibilidade em diferentes cenários da atenção primária.

Tabela 03. Após a Estratificação com a Escala de Ribeiro Fiuza.

Risco e Vulnerabilidade	Número de Pacientes
Baixo Risco (06m – 01ano)	11 (26,19%)
Médio Risco (04m – 06m)	14 (33,3%)
Alto Risco (02m – 03m)	07 (16,6%)
Muito Alto Risco (01m – 02m)	10 (28,57%)

Fonte: Estratégia de Saúde da Família José Rodrigues Mota – 2020.

O uso de instrumentos adequados permitiu identificar pacientes em situação de risco e vulnerabilidade, além de possibilitar a organização da agenda, a identificação das necessidades das pessoas, o acompanhamento das doenças crônicas, propor estratégias, e planejar intervenções futuras.

Após as intervenções foram observados que 96% dos pacientes em Atenção Domiciliar que foram estratificados possuem suporte familiar e cuidador. Como também, 100% segue em Atenção Domiciliar após a estratificação. Antes as visitas eram agendadas pelos próprios ACS, já hoje as consultas de Atenção Domiciliar são agendadas em reuniões com Enfermeiro e ACS, de acordo com a periodicidade estimada pela Escala de Estratificação de Risco, excetuando-se os casos de descompensação clínica.

Os pacientes que já são decorrentes das visitas domiciliares foram todos estratificados, assim como, são reestratificados a cada visita e os pacientes que embarcarão para as visitas domiciliares também serão estratificados e classificados de acordo com a Escala de Ribeiro Fiuza, segue continuidade do plano ininterruptamente. São realizadas cinco visitas por semana e em todas ocorre a estratificação de risco.

Na UBS foi criado calendário de reuniões mensais, onde a partir de agora serão realizados todos os acompanhamentos desses pacientes, uma vez que são realizados os agendamentos programados e monitorada a classificação de risco a cada visita. Fazendo essa monitorização não ocorre atendimentos frequentes a pacientes não tão complexos e estáveis, e nem atendimentos escassos a pacientes mais complexos, favorecendo ao acolhimento destes em nosso serviço.

3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2

No Brasil, o controle do câncer do colo do útero iniciou nos anos 90, mais especificamente na década de 40. Logo na década de 50, o Presidente Juscelino Kubitschek patrocinou a construção do Centro de Pesquisas Luíza Gomes de Lemos, da Fundação das Pioneiras Sociais, no Rio de Janeiro – recentemente interligado ao INCA (Instituto Nacional de Câncer) – para atender aos casos de câncer de mama e aparelho genital feminino. Esta, possivelmente, foi a primeira iniciativa de dimensão institucional direcionada para o controle do câncer do colo do útero em nosso país (INCA, 2016).

Após a criação do SUS pela Constituição de 1988, o INCA passou a ser o órgão responsável pela formulação da política nacional de prevenção e controle do câncer. A manutenção das altas taxas de mortalidade por câncer do colo uterino levou o Ministério da Saúde a elaborar, ao longo de 1996, um projeto-piloto dirigido a mulheres com idade entre 35 e 49 anos. Por ser um projeto-piloto, sua ação ficou restrita a Curitiba, Recife, Distrito Federal, Rio de Janeiro, Belém e o Estado de Sergipe (BRASIL, 2013).

Durante décadas e décadas houveram várias tentativas e formas de tentar reduzir/controlar o câncer do colo do útero no Brasil. Uma das mais recentes foi que em 2014, o Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de Imunizações (PNI), iniciou a campanha de vacinação de meninas adolescentes contra o papilomavírus humano (HPV). A vacina é a quadrivalente, oferecendo proteção contra os tipos 6, 11, 16 e 18 do HPV. Apesar dos avanços de todo o SUS, continuar a reduzir a mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil ainda é um desafio a ser vencido (INCA, 2016).

O câncer do colo do útero representa um grave problema de saúde pública devido aos altos índices de diagnósticos realizados tardiamente e conseqüentemente das significativas taxas de morbimortalidade. Segundo a previsão de incidência do INCA, tomando dados do Registro Hospitalar de Câncer da FOSP, do período de 2000 a 2009, de um total de 11.729 casos de carcinoma invasor (todos os estádios), 121 casos foram diagnosticados em mulheres até 24 anos, o que correspondeu a 1,03% dos casos. Nos Estados Unidos, observou-se que apenas 1,1% dos casos de câncer invasor ocorreu em mulheres até 24 anos de idade, em uma amostra de 10.846 casos de câncer invasor diagnosticados entre 1998 e 2003 (BRASIL, 2013).

A definição de quais mulheres devem ser rastreadas tem sido objeto de muitos questionamentos. É consenso que mulheres que nunca tiveram relação sexual não correm risco de câncer do colo do útero por não terem sido expostas ao fator de risco necessário para essa doença: a infecção persistente por tipos oncogênicos do HPV (INCA, 2016).

Assim sendo, a avaliação do grau de conhecimento que os profissionais da atenção primária têm sobre câncer do colo do útero, em especial aos médicos, é imprescindível para o delineamento de ações que contemplem capacitações em caráter contínuo e estabelecimento de um fluxo de referenciamento com o objetivo de estabelecer uma vigilância permanente. O

objetivo desse estudo foi identificar o grau de rastreamento do médico atuante na atenção primária da rede pública sobre o câncer do colo do útero.

O estudo trata-se de um relato de uma microintervenção, cuja amostragem foram 350 mulheres em idade fértil, que participaram espontaneamente do estudo, inicialmente, foi elaborado o plano de intervenção aplicando como fases: levantamento de prontuários, busca ativa das mulheres, estímulo à realização do exame do câncer do colo do útero e monitoramento.

A microintervenção ocorreu no mês de novembro e dezembro, na Unidade Básica de Saúde (UBS) que atende, atualmente, uma população de 2.730 pessoas, dentre estes têm-se 723 são mulheres em idade fértil. A escolha foi em virtude do acesso da UBS pela pesquisadora, pois é a área em que atua.

Para tal, sugeriu-se o planejamento para realização das etapas mencionadas anteriormente a ser seguido pela equipe, considerando a realidade da unidade e as especificidades das mulheres. Diante da problemática foram realizadas, primeiramente, o levantamento da faixa etária das mulheres em idade fértil, logo após foi efetuada a busca ativa destas mulheres e conseqüentemente indagar o interesse em participar da pesquisa. Após consentimento, realizou-se reuniões para incentivar à efetivação do exame Papanicolau e explicar a importância de conhecer sobre o câncer do colo de útero, assim como mostrar os caminhos necessários para uma prevenção de qualidade.

Após análise do perfil de cada mulher e conhecendo suas individualidades, foi identificado que o planejamento das estratégias desenvolvidas atendeu as necessidades adequadas de cada usuária, onde elas adquiriram mais conhecimento em relação ao câncer do colo de útero e começaram a buscar mais o serviço e entender a importância do rastreamento em cada caso específico.

Na UBS também foi criada uma agenda de reuniões mensais, onde a partir de agora é realizado o monitoramento destas pacientes, uma vez que são realizados os agendamentos programados e monitorada a classificação de risco a cada rastreamento. Fazendo essa monitorização não ocorre falha nos atendimentos, nem de excesso e nem de escassez.

A relevância deste plano de intervenção foi efetivada a partir da observação das pacientes participantes e de dados conseguidos nos atendimentos programados no posto de saúde e em reuniões. A realidade encontrada foi passível de melhoramento com as intervenções realizadas, confiou-se que este plano pudesse colaborar para um melhor cuidado para com as usuárias avaliadas, sempre frisando a importância do rastreamento do câncer do colo do útero e enfatizando o entendimento delas quanto a isto.

Logo, o plano de intervenção estudado e desenvolvido trouxe melhorias para a população, melhorando a qualidade de vida dos usuários e atendimentos da equipe da UBS, além de reconhecimento por parte da Secretaria de Saúde do Município. Servindo de exemplo

para municípios próximos efetivarem também, facilitando para a gestão o cuidado de promoção e prevenção à saúde.

4. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 3

A atitude de trabalhar a saúde mental em meio das ações da Atenção Primária à Saúde (APS) é um desafio que vem sendo discutido desde os primeiros pensamentos acerca das Reformas Sanitária e Psiquiátrica Brasileira. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi escolhida como forma de operacionalizar a APS, que, no Brasil, foi denominada de Atenção Básica em Saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou o Relatório Mundial da Saúde em 2001 sobre as condições em que se prestavam os cuidados aos portadores de sofrimento psíquico. A Organização fez indicações para a integração do cuidado em saúde mental na atenção primária (FORSAN, 2010).

No ano de 2008 a OMS lançou o programa Mental Health Gap Action Programme (mhGAP – Programa de Ação sobre a Lacuna de Saúde Mental). No qual o seu objetivo era de incentivar a implantação de serviços de saúde mental em atenção primária em países de baixa e média renda. Oferecer cuidado em saúde mental na atenção básica é garantir que o princípio da integralidade, diretriz da atenção básica e do Sistema Único de Saúde, seja cumprido. A atenção básica tem papel fundamental na coordenação das redes e deve garantir ao usuário o acesso oportuno de acordo com as suas necessidades (FIRMINO et al., 2011).

A ansiedade se distingue por uma condição emocional aflitiva, adjunta a alterações somáticas de conflito. Os ansiolíticos são drogas apropriadas para agirem sobre a ansiedade e tensão, acalmando pessoas estressadas e ansiosas, operam na indução de sono, diminuição do tônus muscular e da coordenação, sendo muito usados na prática clínica. Apesar de serem medicamentos com eficácia no tratamento de algumas patologias, é uma droga que seu uso prolongado pode causar tolerância, abstinência e dependência (FORSAN, 2010).

Na maioria das vezes, não há uma indicação precisa, e essas drogas são prescritas por tempo prolongado e em monoterapia para tratamento de transtornos depressivos leves, ansiedade e insônia (FIRMINO et al., 2011).

Através da análise situacional e observação ativa, foi possível relacionar os principais problemas de saúde da população, sob responsabilidade da equipe, entre eles, o uso inadequado de benzodiazepínicos. Pelas consultas médicas realizadas, verificou-se que parte da população atendida fazia uso de maneira abusiva e descontrolada de medicamentos benzodiazepínicos (BZDs), principalmente aqueles fornecidos pelo SUS (clonazepam e diazepam). Diante desta realidade encontrada, a microintervenção objetivou atuar com esses usuários e qualificar o acompanhamento dos mesmos, em relação ao uso irracional de BDZ.

Esta atividade segue em forma de relato de microintervenção e teve como motivação a verificação, a partir das consultas médicas na ESF, de um grande número de pacientes fazendo uso crônico de BZDs.

Vê-se que o uso prolongado dessas drogas causa dependência e outros inúmeros prejuízos à saúde. Durante o atendimento na Unidade Básica de Saúde (UBS) os pacientes

recebiam orientação inicial sobre os riscos do uso indiscriminado da droga, porém muitos se mostravam resistentes às orientações e insatisfeitos por não terem obtido a renovação da receita. Como a orientação durante as consultas não se mostrava eficiente foi elaborado um plano de intervenção para abordagem do problema com objetivo de reduzir o uso abusivo desses fármacos.

A partir das primeiras semanas de atendimento na UBS já foi possível observar o grande número de usuários que buscavam atendimento médico com a finalidade apenas de conseguir receituário controlado para a obtenção de BZD. Durante a consulta se tornava evidente que a maioria das prescrições vinham sendo renovadas há vários anos sem reavaliação adequada ou programação de suspensão ou diminuição gradual da droga.

Diante da comprovação do uso crônico e muitas vezes de forma errada de BZDs por um grande número de pacientes atendidos, surgiu a necessidade de intervir promovendo a redução do uso indiscriminado dessas drogas e iniciando novas prescrições apenas quando indicadas, obedecendo o tempo e dose preconizados.

A amostragem deste estudo foi de pacientes que frequentam assiduamente a UBS em questão, no dia destinado à Saúde Mental e àqueles que já fazem uso de benzodiazepínicos destinados à depressão ou ansiedade, ou outros transtornos, que já foram identificados pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) em visitas domiciliares, de forma que a participação foi espontânea, sem número fixo de participantes, mas com incentivo à frequência das reuniões subsequentes.

O presente estudo foi realizado com base em ações de educação em saúde realizadas pela equipe multidisciplinar (médico, enfermeiro, psicóloga, agentes comunitários de saúde), por meio de grupos terapêuticos, palestras e rodas de conversa, tendo por foco a individualidade de cada paciente e a troca de conhecimentos e saberes entre os mesmos, buscando a melhoria do serviço e a melhoria da assistência em saúde mental da população assistida. Foi realizada uma avaliação das reuniões, tanto do ponto de vista da equipe multidisciplinar, quanto dos pacientes abordados, para ver que resultados foram alcançados e partilhados com outras estratégias de saúde da família e instituições de abordagem em saúde mental.

Após as intervenções, foi observado que muitos dos pacientes que participaram utilizavam benzodiazepínicos, que faziam uso de forma errada, com doses superiores ou desnecessárias. Como se sabe, essas substâncias causam certa dependência e como era esperado, os pacientes apresentaram algum tipo de resistência para o desmame desses medicamentos.

Contudo, com um acompanhamento de perto foi possível observar que as queixas referentes a esse processo não foram grandes como era de se esperar. Na unidade foi criado um livro, onde a partir de agora serão realizados todos os acompanhamentos desses pacientes, uma vez que são realizados os agendamentos e monitorada a utilização dos fármacos. Fazendo

essa monitorização os riscos que envolvem a utilização a longo prazo e a errônea administração serão conseqüentemente menores.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A APS é o principal local onde possui Atenção Domiciliar e usuários com predisposição ao câncer, sendo então, o ambiente que torna possível conhecer a proporção e a gênese deste problema que tanto tem crescido na saúde pública.

Ter o conhecimento sobre o perfil das pessoas que são mais vulneráveis e como que tem mais acometido pela população-alvo, tem sido na verdade um desafio para os serviços de saúde, somando a não informação repassada pelo paciente por motivo de medo, vergonha ou outro fator, como também os agravos que não são fatais ou não precisam de internação.

Os profissionais de saúde devem estar atentos aos sinais e sintomas de uma possível gravidade em relação aos pacientes da Saúde Mental, garantindo o sigilo, além de estarem preparados psicologicamente para saberem repassar segurança e cuidados necessários a uma boa assistência, bem como o encaminhamento e acompanhamento intersetoriais dos casos que necessitem de atendimento específico.

É de conhecimento que os danos originados por uma falta de assistência no momento oportuno geram altos custos economia e sociais, portanto conhecer a sua extensão é fundamental para programas de promoção e prevenção na saúde.

Em síntese, é relevante o problema abordado neste estudo que envolve uma equipe da Unidade Básica de Saúde. Entretanto, na busca de estratégias que previnam os usuários desses infortúnios, há que se atentar para os processos de trabalho envolvidos no desenvolvimento dessas atividades e nas relações sociais em que estas acontecem.

6. REFERÊNCIAS

- ALVES, V. S. **Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial.** Interface; Botucatu, v. 9, n. 16, setembro/fevereiro, 2005.
- BOTAZZO, C. **Sobre a atenção básica:** Os cuidados primários de saúde no contexto da reforma sanitária brasileira. 2006.
- CARVALHO, A. M. **Conceitos da Atenção Básica.** Revista Brasileira de Enfermagem. Vol. 4, n.10. Rio de Janeiro, 2016.
- CECCIM, R. B. **Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005.
- FIGUEIRA, T. R.; FERREIRA, E. F.; SCHALL, V. T.; MODENA, C. M. Percepções e ações de mulheres em relação à prevenção e promoção da saúde na atenção básica. **Rev. Saúde Pública.** vol. 43, n. 6, 2009, p. 937-943.
- MARTINS, R. U. Q. **Educação Permanente em Saúde e Atenção Primária.** Revista Latino Americana de Enfermagem. São Paulo, Vol. 9, n. 4. 2015.
- MOURA, R. T. A. **Percepções e Práticas Associadas a mulheres em idade fértil.** Revista de Saúde Pública. Vol. 7, n. 13. 2016.
- NEGREIROS, M. M.; NETO, T. J. **Proposta de Prontuário para as equipes de Saúde da Família.** Revista Gazeta Médica; Bahia, v. 12, n. 21, 2008.
- ROCHA, S.M.M.; ALMEIDA, M. C. P. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Rev.latino-am.enfermagem.** Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, 2000, p. 96-101.
- SOARES, B. R. **Presupostos em Nível Primário de Atenção.** Universidade de Minas Gerais. Minas Gerais. 2016.
- SOUZA, P.L. **Sistema de Integração de Dados e Gerenciamento do Conhecimento para auxílio da Atenção Primária.** Monografia. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto-SP, 2008.