

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

MARCOS BARRETO VALEIKO

**O USO RACIONAL DE BENZODIAZEPÍNICOS NA UNIDADE BÁSICA
DE SAÚDE**

AIURUOCA – MINAS GERAIS

2019

Marcos Barreto Valeiko

O USO RACIONAL DE BENZODIAZEPÍNICOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Professora Virgiane Barbosa de Lima

AIURUOCA – MINAS GERAIS

2019

Marcos Barreto Valeiko

**O USO RACIONAL DE BENZODIAZEPÍNICOS NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Professora Virgiane Barbosa de Lima

Banca examinadora

Professor (a). Nome, Titulação, Instituição

Professor (a). Nome, Titulação, Instituição

Aprovado em Belo Horizonte, em (00) de (mês) de 2020

Aos pacientes que a mim confiaram a sua saúde.

Aos colegas de trabalho da UBS Pinhal, muitas vezes amigos, que me ensinaram sobre a vida, sobre o povo e sobre quem realmente eu sou, ao contrário de quem eu pensava ser.

Aos “pais e mães” do Sistema Único de Saúde e aos colegas que ainda hoje militam em suas frentes. Ferrenhos, vocês mantêm vivo o maior instrumento de redução da desigualdade social deste país.

“Less is more” Ludwig Mies van der Rohe

RESUMO

O uso crônico de benzodiazepínicos vem aumentando nas últimas décadas e embora sejam drogas consideradas seguras, não estão isentas de efeitos colaterais. Com o intuito de racionalizar o seu uso no âmbito da Unidade Básica de Saúde foram propostos a adoção de uma rotina médica que contemple indicações precisas, pelo menor tempo e doses possíveis. Aos usuários crônicos foi disponibilizado um processo adequado de desmame. Paralelamente, foi proposta uma política responsável de renovação de receitas médicas e a adoção terapias não-farmacológicas consideradas fundamentais ao Programa de Saúde da Família. Ao final do trabalho espera-se a redução significativa do uso destas substâncias psicoativas no âmbito das áreas programáticas, onde o paciente exerça um papel ativo no tratamento da sua doença.

Palavras-chave: Receptores de GABA-A. Centros de Saúde. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

The chronic use of benzodiazepines has been increasing in recent decades and although they are considered safe drugs, they are not exempt from side effects. In order to rationalize its use in the scope of the Basic Health Unit, it was proposed to adopt a medical routine that includes precise indications, for the shortest possible time and doses. Chronic users were provided with an adequate weaning process. In parallel, a responsible policy for the renewal of medical prescriptions and the adoption of non-pharmacological therapies considered fundamental to the Family Health Strategy were proposed. At the end of the work, a significant reduction in the use of these psychoactive substances is expected within the scope of the programmatic areas, where the patient plays an active role in the treatment of his illness.

Keywords: Receptors, GABA-A. Health Centers. Family Health Strategy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Pinhal, Unidade Básica de Saúde Pinhal, município de Aiuruoca, estado de Minas Gerais 20
- Quadro 2 – Operações sobre “a prescrição de benzodiazepínicos pelas equipes médicas, em todos os níveis de assistência, sem orientação, definição do tempo de tratamento ou encaminhamento para a avaliação e acompanhamento pelo especialista em Psiquiatria” relacionado ao problema “grande número de pacientes em uso de benzodiazepínicos, sem acompanhamento na UBS”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Pinhal, do município de Aiuruoca, Minas Gerais. 27
- Quadro 3 – Operações sobre “a renovação das receitas médicas controladas, muitas das vezes por terceiros, sem a presença do paciente ou anotação em prontuário médico” relacionado ao problema “grande número de pacientes em uso de benzodiazepínicos, sem acompanhamento na UBS”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Pinhal, do município de Aiuruoca, Minas Gerais. 28
- Quadro 4 – Operações sobre “a implementação de ações multidisciplinares de auxílio ao uso racional de benzodiazepínico, tal qual a Psicoterapia e a higiene do sono” relacionado ao problema “grande número de pacientes em uso de benzodiazepínicos, sem acompanhamento na UBS”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Pinhal, do município de Aiuruoca, Minas Gerais. 29

LISTA DE TABELAS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DM	Diabetes melito (<i>Diabetes mellitus</i>)
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESUS	Prontuário eletrônico do Sistema Único de Saúde
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSF	Programa Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Aspectos gerais do município	13
1.2 O sistema municipal de saúde	14
1.3 Aspectos da comunidade	16
1.4 A Unidade Básica de Saúde Pinhal	17
1.5 A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Pinhal	17
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Pinhal	18
1.7 O dia a dia da equipe Pinhal	18
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	19
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	20
2 JUSTIFICATIVA	21
3 OBJETIVOS	22
3.1 Objetivo geral	22
3.2 Objetivos específicos	22
4 METODOLOGIA	23
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	
5.1	
5.2	
5.3	
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	25
6.1 Descrição do problema selecionado	25
6.2 Explicação do problema	25
6.3 Seleção dos nós críticos	26
6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos, viabilidade e gestão	26
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	
REFERÊNCIAS	
APÊNDICE A	

ANEXO A

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

Aiuruoca é um município de grande extensão territorial, com 649,680 km quadrados, englobando parte do parque estadual do Pico do Papagaio, situado nas terras altas da Mantiqueira, sul de Minas Gerais. Possui 6162 habitantes e uma baixa densidade demográfica, de apenas 9,48 habitantes/km quadrado (IBGE, 2010). Este número se mantém estável, apesar dos seus três séculos de existência. Um percentual de 46,4 % dos domicílios possui esgotamento sanitário adequado (IBGE, 2010), porém grande parte desse esgoto é despejado “in natura” no rio homônimo e nos seus afluentes. Não há água adequadamente tratada e não há empresas de saneamento básico, públicas ou privadas. As cisternas da cidade são apenas cloradas. Com relação ao trabalho e rendimento, o número de trabalhadores formais é de 753, com salário médio de 1,9 salários-mínimos, representando um percentual de 12,1% da população (IBGE, 2017). A prefeitura municipal é o principal empregador. O percentual da população com rendimento nominal mensal per capita de até $\frac{1}{2}$ salário-mínimo é de 35,1% (IBGE, 2019), a maior parte constituída de trabalhadores rurais, com emprego intermitente nas fazendas da região. Há cinco escolas fundamentais, com taxa de escolarização de 99,3% dos 6 aos 14 anos. O índice de desenvolvimento da educação básica (IDEB) dos anos finais do ensino fundamental é de 4,5 (INEP, 2017). As principais atividades econômicas são a pecuária extensiva e leiteira (IBGE, 2017). Outras atividades como a criação de truta, a cultura das oliveiras e o turismo estão em expansão nos últimos anos. A produção de queijo já figurou entre as principais atividades econômicas de Aiuruoca, porém os três laticínios municipais encerraram as suas atividades no passado recente. O índice de desenvolvimento humano é de 0,668 (PNUD, 2019). O ambiente político-partidário reproduz o modelo clientelista/assistencialista vigente no Brasil. Lideranças locais efetuam o rodízio de poder, cada qual favorecendo os seus interesses, em detrimento do interesse majoritário. Ao início de cada novo governo, prepondera um clima de revanchismo.

1.2 O sistema municipal de saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) no município de Aiuruoca possui três equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo duas completas e uma incompleta, sem Enfermeiro. A cobertura alcança cem por cento da população. O trabalho é realizado em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) constantes no cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES), uma delas no núcleo urbano, denominada Anibal Ematné e outra na zona rural, denominada José Sanderson de Queiroz. A terceira, ainda não cadastrada no CNES, também na zona rural é denominada Pinhal. Há ainda, “postos avançados de atendimento”, necessários para garantir acessibilidade do usuário ao Sistema Único de Saúde (SUS), em virtude das características geográficas e a distância das suas moradias. Uma Equipe de Saúde Bucal atende à zona rural e uma segunda, recentemente implantada, ao núcleo urbano. Um hospital privado filantrópico municipal de apoio ao SUS, também denominado José Sanderson de Queiroz, é responsável pelos atendimentos de urgência e emergência, internações clínicas e cirúrgicas, sede de algumas especialidades e dos serviços de apoio ao diagnóstico, como a Radiologia, que conta com mamógrafo, aparelho de densitometria, tomografia computadorizada, ressonância magnética e ultrassonografia, além do laboratório de Patologia Clínica. Esta unidade possui um modelo próprio de plano de saúde, com mensalidades individual e familiar, abrangendo Aiuruoca e os demais municípios da região. O acesso ao usuário do SUS é simplificado para a urgência e emergência, além de internações, mas demorado e burocrático para a realização dos exames complementares, exceto se este usuário, também for contratante do plano de saúde próprio do hospital, quando passa a ter direito à realização dos exames laboratoriais mais simples, tais como: hemograma e bioquímica além mamografia e densitometria. Os demais métodos propedêuticos de maior complexidade e as consultas às especialidades têm coparticipação do associado. As referências secundárias, como a Medicina Nuclear e as terciárias são encaminhadas para os municípios próximos, dentre eles Varginha e Juiz de Fora. Há uma farmácia central que realiza a dispensação dos medicamentos básicos para as unidades básicas de saúde, além de prover os medicamentos de média e alta complexidade, conforme a política do governo estadual. Há, entretanto, frequente desabastecimento de

medicamentos essenciais, como anti-hipertensivos e antidiabéticos orais, muitas vezes por longos períodos.

O modelo de saúde praticado em Aiuruoca é “medicalizado”, fragmentado e hierárquico, a APS não desempenha nenhum papel de coordenação, não há comunicação efetiva entre os componentes do sistema, inclusive há amplo acesso do usuário para o tratamento de doenças crônicas, tais como a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus, na unidade hospitalar e nos níveis secundários, possivelmente por razões culturais e políticas, gerando prejuízo ao acompanhamento longitudinal das eSF, já que prescrições semelhantes, muitas vezes com drogas das mesmas classes são utilizadas em conflito com o que já está sendo prescrito pelo Programa de Saúde da Família. O uso do prontuário eletrônico do cidadão é precário e maior parte dos médicos é resistente, os prontuários físicos não são compartilhados e estão desorganizados. O foco do atendimento ainda é na demanda espontânea por quadros agudos, com grande dificuldade de implantação da demanda programada e ao aumento do tempo de consulta. Os objetivos, na maioria das vezes fracassados, são isolados e parciais, baseados prioritariamente em prescrições médicas, com ênfase nas intervenções curativas e reabilitadoras, sem estratificação de risco, promoção ou prevenção à saúde, exceto na cobertura vacinal e na coleta do exame colpocitológico do colo uterino, realizados por uma única enfermeira da zona rural. Toda a assistência pré-natal é dirigida ao especialista, mesmo a de baixo risco. Não há planejamento das ações ou formação de grupos operacionais. O papel dos agentes comunitários de saúde é, na maioria das vezes, meramente administrativo e quantitativo nas visitas domiciliares, em virtude da ausência de treinamento e capacitação, das grandes distâncias a serem cobertas e ao descontentamento salarial. Não há busca ativa razoável. Não há trabalho interdisciplinar efetivo. Não há acolhimento adequado. A escuta inicial, feita principalmente pelo técnico de enfermagem e até mesmo por profissionais administrativos, resume-se apenas na transcrição das queixas, desconsiderando o próprio conceito de acolhimento e a avaliação de risco. A humanização do atendimento é um ponto positivo. O NASF conta apenas com um médico psiquiatra e uma psicóloga, que dá suporte às eSF, mensalmente. A atenção primária não desempenha nenhum papel efetivo na organização da rede municipal.

1.3 Aspectos da comunidade

O Pinhal é uma comunidade de 755 usuários cadastrados, localizada na zona rural de Aiuruoca, formada em sua maioria por trabalhadores rurais e respectivas famílias, que realizam o seu sustento das culturas de subsistência, frequentemente milho, e em grandes fazendas locais, trabalhando como lavradores, operadores de máquinas agrícolas ou mesmo ordenhadores. Há um grande número de desempregados e subempregados, fato que associado à baixa escolaridade concorre para um elevado número de determinantes sociais no processo de saúde e doença, como o alcoolismo. Alguns usuários, sobretudo os idosos, são integrantes do Programa Bolsa Família e eventualmente arrimos da sua família. Não há saneamento básico no território adscrito. O esgoto “in natura” é despejado em sua maioria em pequenos afluentes do Rio Aiuruoca. Algumas residências possuem fossas sépticas, questionando-se a eficiência destes projetos na prevenção da contaminação dos lençóis freáticos. A água consumida pelos moradores é obtida através da perfuração de poços artesianos, sendo filtrada ou fervida na maior parte das vezes. Todo o lixo domiciliar é queimado ou enterrado. A população conserva hábitos e costumes típicos das comunidades rurais brasileiras, dentro eles o consumo de cigarros de palha e uso de fogão de lenha. Em sua maioria católica, festejam as datas de expressão nacional, além das datas comemorativas locais. Destaca-se a baixa participação desta população nas prévias da conferência municipal de saúde. Não há escolas públicas ou creches no Pinhal. As crianças e adolescentes estudam em duas escolas do núcleo urbano, uma primária e outra secundária, mediante transporte específico custeado pela Prefeitura. Não há associação de moradores ativa.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Pinhal

A unidade básica do Pinhal, que abriga a equipe homônima, está situada na região central do principal núcleo de casas da comunidade. É um imóvel próprio, que atualmente precisa de serviço de pintura e revitalização da fachada e letreiro. A sua área útil é considerada adequada, conta com recepção, saleta de escuta inicial, sala de espera com banheiros e televisão desativada, ventilador, alguns brinquedos e material de leitura informativo, um número de cadeiras adequado, sala de curativo e injeções, não havendo uma sala contaminada e outra estéril, propriamente ditas,

consultório médico com banheiro próprio, onde também são colhidos os exames colpocitológicos de colo uterino, consultório odontológico bem equipado, dispondo de notebooks integrados ao prontuário eletrônico do cidadão (ESUS) e internet própria, maca de exames adaptável à ginecologia, sonar doppler, otoscópio e demais insumos básicos, uma sala de reuniões, farmácia, cômodo para esterilização do material odontológico, cozinha e banheiro dos funcionários. A UBS conta também com uma horta, que é mantida pela eSF, para consumo próprio. Apenas a rua da UBS é pavimentada, as demais são de terra batida, incluindo o acesso à principal rodovia da região, a BR267, distando cerca de 5 km. A acessibilidade é insatisfatória. Ela é garantida aos usuários no entorno, porém é difícil aos demais, uma vez que não há transporte público e as distâncias são grandes. O aglomerado populacional mais distante encontra-se a cerca de 25 km.

1.5 A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Pinhal

A única equipe da Saúde da Família da UBS Pinhal está incompleta, uma vez que não ainda não há Enfermeiro capacitado. A inter-relação na equipe tem melhorado, apesar de parte dos agentes comunitários de saúde resistir à aplicação das estratégias de Saúde da Família e ao trabalho integrado entre todos os profissionais. O resultado é a medicalização de quase todas as demandas.

O processo de trabalho da ESF do Pinhal, está exclusivamente voltado para o atendimento da demanda espontânea. A demanda programada que existe é fruto de marcação efetuada pelo médico, fruto de revisões, já que alguns pacientes crônicos começaram a compreender a necessidade de serem sujeitos de si mesmo, tornando-se participativos e responsáveis, aderindo aos seus tratamentos farmacológicos e reduzindo a automedicação. Há um preocupante vício de conduta na população local que é a questão da simples renovação das diversas receitas médicas, na maioria das vezes prescritas por outros profissionais, até mesmo de outros municípios, sem a realização de consulta ou exame clínico do paciente. Como essa, há inúmeras questões de educação em saúde a serem trabalhadas, que exigirão tempo e esforço para restarem frutíferas. Neste momento não há grupos operacionais em andamento ou métodos específicos de avaliação do trabalho. Os atributos de qualidade do cuidado não são analisados.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Pinhal

Com relação ao funcionamento da UBS, apenas o atendimento à demanda espontânea e as visitas domiciliares estão encaminhados. A demanda espontânea não é acolhida ou triada, aos poucos estes conceitos estão sendo introduzidos pelo médico da ESF. Após a solicitação de uma visita domiciliar para o médico, a proposta de discussão multidisciplinar do caso, a análise do prontuário da família e a formulação de objetivos é uma prática que vem sendo aceita pela minoria dos profissionais de saúde. Em seu caráter mensal, as visitas domiciliares, atividade sob a responsabilidade dos agentes comunitários de saúde, cumpre apenas papel quantitativo. Não há práticas de educação para a saúde, educação permanente, atendimento de demanda programada, projetos e grupos de pacientes. O médico aproveita-se das consultas médicas para efetuar algumas destas ações educacionais.

1.7 O dia a dia da equipe Pinhal

A Unidade Básica de Saúde (UBS) funciona diariamente de segunda a sexta-feira das 7:00 às 16:00 horas, em esquema de rotatividade entre os profissionais da atenção primária à saúde. Às terças e quartas há atendimento médico à demanda espontânea. A realização de curativos e a administração de medicamentos, quando necessário, é diária. As visitas domiciliares aos pacientes idosos, muito idosos e acamados são realizadas às quintas-feiras. Às sextas-feiras, parte da equipe realiza atendimento nos “postos avançados” da área adscrita, em áreas de difícil acesso e distantes.

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade.

Após a realização do diagnóstico situacional em saúde, através do método da estimativa rápida, onde foram analisadas as bases de dados disponíveis, aplicados questionários semiestruturados pela equipe de saúde em indivíduos-chave, além de observação ativa da área, foram selecionados os seguintes problemas de saúde no território da UBS Pinhal:

1. Ausência de saneamento básico;
2. Elevado níveis de desemprego e subemprego;
3. Alcoolismo;
4. Grande número de pacientes em uso de benzodiazepínicos, sem acompanhamento na UBS.
5. Persistência de um modelo de atenção à saúde antigo, formando uma ideia de resolutividade baseada exclusivamente no uso de medicamentos e na realização de exames complementares.

1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Pinhal, Unidade Básica de Saúde Pinhal, município de Aiuruoca, estado de Minas Gerais

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Grande número de pacientes em uso de benzodiazepínicos, sem acompanhamento na UBS	Alta	9	Parcial	1
Persistência de um modelo de atenção à saúde antigo, formando uma ideia de resolutividade baseada exclusivamente no uso de medicamentos e na realização de exames complementares	Alta	8	Parcial	2
Alcoolismo	Alta	6	Total	3
Elevados níveis de desemprego e subemprego	Alta	4	Fora	4
Ausência de saneamento básico	Média	3	Fora	5

Fonte: estimativa rápida eSF Pinhal

*Alta, média ou baixa

** Distribuir 30 pontos entre os problemas identificados

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

O uso de benzodiazepínicos assumiu status de problema de saúde pública nas últimas décadas. A relativa segurança do seu uso, a prescrição inconsequente e o efeito de tolerância contribuem para o aumento descontrolado do consumo de substâncias psicoativas tal qual, o diazepam, o clonazepam e o alprazolam. Um modelo de atenção à saúde altamente medicalizado e a baixa oferta das terapias não farmacológicas, como a Psicoterapia, a Educação física e as técnicas de higiene do sono constituem uma das pedras angulares para a perpetuação deste problema.

A Saúde da Família constitui estratégia fundamental para a quebra deste paradigma. Ao dissecar os determinantes psicossociais do processo saúde-doença é capaz de compreender os mecanismos da ansiedade e insônia, caso a caso e família a família, sede das indicações primárias para a uso destes medicamentos.

Ao me deparar com um elevadíssimo número de receitas médicas controladas a serem renovadas já na primeira semana de trabalho, em sua maioria absoluta dispensando consulta, urgiu a necessidade de um programa para o uso racional destas drogas psicoativas, que embora possuam o rótulo de “seguras”, são capazes de desencadear efeitos colaterais limitantes, sobretudo nos idosos, como por exemplo a maior predisposição a quedas graves, muitas delas associadas à fratura do terço proximal do fêmur e consequente prejuízo das atividades básicas de vida e quiçá, síndrome de imobilidade.

O sucesso deste trabalho foi fundamentado em três ações consideradas determinantes: a adoção de uma rotina para o uso dos benzodiazepínicos, a renovação de receita médica controlada compromissada com o doente e a abordagem multidisciplinar através de terapias não farmacológicas para o tratamento da ansiedade e da insônia, no âmbito da Unidade Básica de Saúde.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Criar e implementar uma rotina racional para o uso dos benzodiazepínicos no âmbito da Unidade Básica de Saúde, evitando-se o uso desnecessário, a automedicação, a síndrome de dependência e os efeitos colaterais, sobretudo em idosos.

3.2 Objetivos específicos

Criar uma rotina médica de consenso a ser aplicada inicialmente no âmbito da Unidade Básica de Saúde e idealmente em todos os níveis de atenção à Saúde, no município de Aiuruoca;

Renovar, de forma ética e responsável, as receitas médicas controladas, entendendo-se o benefício à saúde do paciente.

Criar os mecanismos e implementar, de fato, as terapias não farmacológicas para o tratamento da ansiedade, seja ela generalizada ou paroxística e da insônia, aplicáveis pela Equipe de Saúde da Família e pela Psicologia.

Promover projeto piloto para a instalação dos grupos operacionais, em caráter permanente, como exemplo de trabalho em prevenção, contribuindo para uma consciência diametralmente oposta ao modelo altamente medicalizado e fragmentado vigente.

Gerar conteúdo amplo para a promoção de educação continuada em saúde, centrada no usuário, de natureza multidisciplinar, portanto discutido, negociado e pactuado pelos profissionais de saúde e usuários.

4 METODOLOGIA

Foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional para estimativa rápida dos problemas observados e definição do problema prioritário, dos nós críticos e das ações, de acordo com: CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/modulo-planejamento-avaliacao-saude.pdf>

Foi consultada a Biblioteca Virtual em Saúde do Nescon e documentos de órgãos públicos (ministérios, secretarias, etc.) e de outras fontes de busca para revisão bibliográfica.

Para redação do texto foram aplicadas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e as orientações do módulo Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso (CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L. **Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso**. Belo Horizonte: Nescon /UFMG, 2017. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Modulo_Iniciacao-Metodologia_TCC.pdf.

Para a definição das palavras-chave e *keyboards* utilizaram-se os Descritores em Ciências da Saúde (BRASIL. Ministério da Saúde. **Descritores em Ciências da Saúde** (DeCS). Brasília, [online] 2017. Disponível em: <http://decs.bvs.br/>.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 (texto)

5.2 (texto)

5.3 (texto)

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Após a análise dos dados levantados na atividade avaliativa 2 desta disciplina, foi elaborada uma primeira aproximação ao diagnóstico situacional da área de abrangência. Este diagnóstico por sua vez, foi discutido com parte da equipe de estratégia de saúde da família, sendo estabelecida uma ordem de prioridade dos problemas levantados.

Atendendo à metodologia sugerida no texto “Elaboração do plano de intervenção/plano de ação”, foi escolhido o seguinte problema com a mais alta importância, urgência e capacidade de enfrentamento da equipe: “grande número de usuários em uso de benzodiazepínicos, sem acompanhamento na UBS”.

6.1 Descrição do problema selecionado

Para caracterizar com mais precisão o problema, foram utilizados os dados coletados nas microáreas 06 e 07 da equipe de Estratégia de Saúde da Família da UBS Pinhal. Os dados do ESUS encontram-se desatualizados. Nestas microáreas estão cadastrados 204 e 228 usuários respectivamente, encontrando-se um total de 24 que foram classificados como portadores de “sofrimento mental”, grupo de maior risco para o uso de medicamentos controlados. O uso de benzodiazepínicos, parece fora de controle, pois com frequência, idosos, alcoólatras e pacientes do sexo feminino, em sua maioria, solicitam renovações de receitas com esse perfil. Ainda é necessário aplicar questionário específico em pesquisa de campo, no intuito de quantificar com exatidão a dimensão deste problema.

6.2 Explicação do problema selecionado

Um grande número de usuários faz uso de benzodiazepínicos, medicamentos controlados por receitas especiais, sem acompanhamento, seja na Unidade Básica de Saúde ou pelo especialista em Psiquiatria do NASF. Diariamente são solicitadas renovações verbais de receitas médicas, muitas das vezes por terceiros e sem a presença do paciente. Esta prática está sedimentada no município e se apoia em inúmeros fatores: o baixo nível de escolaridade, os aspectos peculiares da vida no campo, com elevadas jornadas de trabalho, baixos salários e ausência de lazer, a automedicação, bem como a abordagem inadequada do tratamento da insônia e da

ansiedade. A prescrição médica sem orientação, definição de objetivos ou tempo de tratamento, a ausência de terapia cognitivo-comportamental como tratamento coadjuvante, a falta de encaminhamento ao especialista, a renovação das receitas médicas subsequentes, em todos os níveis de atenção municipal, a relativa segurança do uso de benzodiazepínicos, que apesar da dependência e dos efeitos colaterais, são relativamente bem tolerados em doses elevadas e raramente produzem intoxicação, as múltiplas portas de entrada do SUS municipal e a ausência de integração dos prontuários médicos, perpetuam essa cultura.

6.3 Seleção dos nós críticos

1. A prescrição de benzodiazepínicos pelas equipes médicas, em todos os níveis de assistência, sem orientação, definição do tempo de tratamento ou encaminhamento para a avaliação e acompanhamento pelo especialista em Psiquiatria;
2. A renovação das receitas médicas controladas, muitas das vezes por terceiros, sem a presença do paciente ou anotação em prontuário médico;
3. A implementação de ações multidisciplinares de auxílio ao uso racional de benzodiazepínico, tal qual a Psicoterapia e a higiene do sono.

6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos, viabilidade e gestão

Quadro 2 - Desenho das operações, viabilidade e gestão sobre “a prescrição de benzodiazepínicos pelas equipes médicas, em todos os níveis de assistência, sem orientação, definição do tempo de tratamento ou encaminhamento para a avaliação e acompanhamento pelo especialista em Psiquiatria” relacionado ao problema “grande número de pacientes em uso de benzodiazepínicos, sem acompanhamento na UBS”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família do Pinhal, do município de Aiuruoca, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	A prescrição de benzodiazepínicos pelas equipes médicas, em todos os níveis de assistência, sem orientação, definição do tempo de tratamento ou encaminhamento para a avaliação e acompanhamento pelo especialista em Psiquiatria.
Operação (operações)	Estabelecer práticas para o uso razoável dos benzodiazepínicos.
Projeto	“Prescrever com razão”
Resultados esperados	Reduzir o uso crônico de benzodiazepínicos, seus efeitos colaterais e melhorar a qualidade do sono.
Produtos esperados	Uso adequado e responsável dos benzodiazepínicos.
Recursos necessários	Cognitivo: educação permanente em saúde e definição de rotinas para o uso de benzodiazepínicos, junto aos Médicos do SMS. Financeiro: a rotina será disponibilizada através de meio eletrônico. Político: mobilização do Secretário de saúde e Médicos em todos os níveis de atenção do Sistema Único Municipal de Saúde.
Viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: esclarecer, motivar e continuar motivando toda a equipe médica a usar a menor dose possível de benzodiazepínicos, pelo menor tempo possível. Político: utilizar a rotina, independentemente de fatores alheios à boa prática médica. Financeiro: não há, os meios eletrônicos já estão disponíveis.
Controle dos recursos críticos - ações estratégicas	A criação de uma rotina médica específica para o tema, sob a responsabilidade de aceite compartilhada pelos profissionais (alguns indiferentes), assim aumentando a motivação. A ação estratégica pensada é realizar discussão de casos clínicos práticos, onde serão abordados os efeitos terapêuticos e colaterais desta classe de medicamentos.
Acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	A rotina “piloto” será elaborada pelo autor deste trabalho de conclusão de curso, retificada e aceita pelos demais, até o dia 15 de outubro de 2020., com a proposta de implantação até o dia 1 de novembro subsequente.
Gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	O monitoramento ocorrerá a cada 30 dias, no âmbito da cada unidade de saúde pelo próprio médico, que avaliará a eficiência da rotina em todos os seus aspectos, com especial atenção ao desmame de casos de uso crônico e aceitação dos pacientes. A coordenação geral será do autor do deste trabalho de conclusão de curso, que realizará as correções e replanejamento de acordo com a necessidade.

Quadro 3 - Desenho das operações, viabilidade e gestão sobre “a renovação das receitas médicas controladas, muitas das vezes por terceiros, sem a presença do paciente ou anotação em prontuário médico” relacionado ao problema “grande número de pacientes em uso de benzodiazepínicos, sem acompanhamento na UBS”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Pinhal, do município de Aiuruoca, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 2	A renovação das receitas médicas controladas, muitas vezes por terceiros, sem a presença do paciente ou anotação em prontuário médico.
Operação (operações)	Estabelecer boas práticas para a renovação de receitas médicas controladas.
Projeto	“Essa receita é boa”
Resultados esperados	Renovação das receitas médicas controladas apenas no âmbito da Unidade Básica de Saúde, reduzindo a automedicação e o consumo indiscriminado de benzodiazepínicos.
Produtos esperados	Uma rotina segura e confiável para a renovação de receitas controladas, incluindo consulta, anotação em prontuário e revisão periódica.
Recursos necessários	Cognitivo: educação continuada em saúde, intersetorial, sobre as desvantagens relacionadas ao uso excessivo e desnecessário de benzodiazepínicos, sobretudo quando a indicação é a insônia. Financeiro: consultórios médicos, formulários próprios e prontuário eletrônico. Político: engajar pacientes, seus familiares, profissionais de saúde em todos os níveis.
Viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: esclarecer, motivar e continuar motivando toda a equipe médica quanto a necessidade de renovação responsável das receitas médicas controladas de benzodiazepínicos. Político: reunir, ao mesmo tempo, Secretário de Saúde, Farmacêutica chefe e, pelo menos, um Médico e um Enfermeiro, representantes de cada nível de assistência à Saúde do Município. Financeiro: os recursos já estão disponíveis.
Controle dos recursos críticos ações estratégicas	Adoção de rotina específica e responsável de renovação das receitas médicas controladas de benzodiazepínicos pelos Médicos (indiferentes na maioria das vezes).
Acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	A rotina de renovação de receitas deve ser preferencialmente discutida entre todos os envolvidos, aceita e pactuada. A primeira data sugerida para esta reunião é 30 de outubro, com divulgação prévia.
Gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	A gestão do plano caberá ao autor do trabalho de conclusão de curso. O monitoramento e avaliação das ações ocorrerá mensalmente, convidando-se a Farmacêutica chefe para participar desta ação. Correções e replanejamento ocorrerão se necessários.

Quadro 4 - Desenho das operações, viabilidade e gestão sobre a “a implementação de ações multidisciplinares de auxílio ao uso racional de benzodiazepínico, tal qual a Psicoterapia e a higiene do sono” relacionado ao problema “grande número de pacientes em uso de benzodiazepínicos, sem acompanhamento na UBS”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Pinhal, do município de Aiuruoca, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 3	A implementação de ações multidisciplinares de auxílio ao uso racional de benzodiazepínico, tal qual a Psicoterapia e a higiene do sono.
Operação (operações)	Criar grupos operacionais para discutir a importância da qualidade do sono, as medidas não farmacológicas que a favorecem e disponibilizar consultas em Psicoterapia com vistas ao tratamento da ansiedade e da insônia.
Projeto	“Vamos dormir”
Resultados esperados	Reduzir o uso de benzodiazepínicos como hipnóticos sedativos.
Produtos esperados	Uma qualidade melhorada do sono e conseqüentemente da saúde.
Recursos necessários	Cognitivo: educação continuada em saúde a importância da qualidade do sono e os malefícios do uso excessivo de benzodiazepínicos, como o diazepam e o clonazepam. Financeiro: sala de reuniões, material informativo e recursos audiovisuais. Político: engajar pacientes, familiares e profissionais de saúde.
Viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: motivar continuamente os envolvidos para a manutenção das atividades e da adesão aos tratamentos não farmacológicos. Político: disponibilizar agenda programada para consultas e reunir pacientes, seus familiares e os profissionais envolvidos, pelo menos em parte dos grupos operacionais. Financeiro: material informativo a ser confeccionado pela Secretaria Municipal de saúde e disponibilização de data show.
Controle dos recursos críticos- ações estratégicas	Criação dos grupos operacionais sob a gestão dos Enfermeiros (favoráveis), agendamento e consultas de Psicoterapia pelos Psicólogos (favoráveis), aceitação e comparecimento dos pacientes (contrários) e seus familiares (indiferentes e por vezes contrários).
Acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Enfermeiros responsáveis pela criação dos grupos até 30 de outubro 2020 e Psicólogos pelo agendamento e início das suas consultas, até 30 de outubro de 2020
Gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	A gestão do plano é do autor deste trabalho de conclusão de curso, que mensalmente realizará o monitoramento e avaliação das ações, realizando as correções e replanejamento necessários.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

REFERENCIAS

- 1.**População no último censo:** IBGE, Censo Demográfico 2010.
- 2.**Densidade demográfica:** IBGE, Censo Demográfico 2010, Área territorial brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.
- 3.**Salário médio mensal dos trabalhadores formais:** IBGE, Cadastro Central de Empresas 2017. Rio de Janeiro: IBGE, 2019.
- 4.**Pessoal ocupado:** IBGE, Cadastro Central de Empresas 2017. Rio de Janeiro: IBGE, 2019
- 5.**População ocupada:** IBGE, Cadastro Central de Empresas (CEMPRE) 2017 (data de referência: 31/12/2017), IBGE, Estimativa da população 2017 (data de referência: 1/7/2017).
- 6.**Percentual da população com rendimento nominal mensal per capita de até 1/2 salário-mínimo:** IBGE, Censo Demográfico 2010.
- 7.**Taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade:** IBGE, Censo Demográfico 2010.
- 8.**IDEB – Anos iniciais do ensino fundamental (Rede pública):** Ministério da Educação, Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais - INEP - Censo Educacional 2017.
- 9.**IDEB – Anos finais do ensino fundamental (Rede pública):** Ministério da Educação, Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais - INEP - Censo Educacional 2017.
- 10.**Matrículas no ensino fundamental:** INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. **Sinopse Estatística da Educação Básica 2018.** Brasília: Inep, 2019. Disponível em <<http://portal.inep.gov.br/sinopses-estatisticas-da-educacao-basica>>. Acesso em: 13/11/19.
- 11.**Matrículas no ensino médio:** INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. **Sinopse Estatística da Educação Básica 2018.** Brasília: Inep, 2019. Disponível em <<http://portal.inep.gov.br/sinopses-estatisticas-da-educacao-basica>>. Acesso em: 13/11/19.
- 12.**Docentes no ensino fundamental:** INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. **Sinopse Estatística da Educação Básica 2018.** Brasília: Inep, 2019. Disponível em

<<http://portal.inep.gov.br/sinopses-estatisticas-da-educacao-basica>>. Acesso em: 13/11/19.

13. Docentes no ensino médio: INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. **Sinopse Estatística da Educação Básica 2018**. Brasília: Inep, 2019. Disponível em <<http://portal.inep.gov.br/sinopses-estatisticas-da-educacao-basica>>. Acesso em: 13/11/19

14. Número de estabelecimentos de ensino fundamental: INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. **Sinopse Estatística da Educação Básica 2018**. Brasília: Inep, 2019. Disponível em <<http://portal.inep.gov.br/sinopses-estatisticas-da-educacao-basica>>. Acesso em: 13/11/19

15. Número de estabelecimentos de ensino médio: INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. **Sinopse Estatística da Educação Básica 2018**. Brasília: Inep, 2019. Disponível em <<http://portal.inep.gov.br/sinopses-estatisticas-da-educacao-basica>>. Acesso em: 13/11/19

16. **PIB per capita**: IBGE, em parceria com os Órgãos Estaduais de Estatística, Secretarias Estaduais de Governo e Superintendência da Zona Franca de Manaus - SUFRAMA

17. **Percentual das receitas oriundas de fontes externas**: Secretaria do Tesouro Nacional (STN) - Balanço do Setor Público Nacional (BSPN) 2015

18. **Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM)**: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD

19. **Total de receitas realizadas**: Contas anuais. Receitas orçamentárias realizadas (Anexo I-C) 2017 e Despesas orçamentárias empenhadas (Anexo I-D) 2017. In: Brasil. Secretaria do Tesouro Nacional, Siconfi: Sistema de Informações Contábeis e Fiscais do Setor Público Brasileiro. Brasília, DF, [2018]. Disponível em: <https://siconfi.tesouro.gov.br/siconfi/pages/public/consulta_finbra/finbra_list.jsf> Acesso em: 13/11/19

20. **Total de despesas empenhadas**: Contas anuais. Receitas orçamentárias realizadas (Anexo I-C) 2017 e Despesas orçamentárias empenhadas (Anexo I-D) 2017. In: Brasil. Secretaria do Tesouro Nacional, Siconfi: Sistema de Informações Contábeis e Fiscais do Setor Público Brasileiro. Brasília, DF, [2018]. Disponível em: <https://siconfi.tesouro.gov.br/siconfi/pages/public/consulta_finbra/finbra_list.jsf> Acesso em: 13/11/19

21. **Mortalidade Infantil**: Ministério da Saúde, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS 2017

22. **Internações por diarreia:** Ministério da Saúde, DATASUS - Departamento de Informática do SUS, IBGE, Estimativas de população residente

23. **Estabelecimentos de Saúde SUS:** IBGE, Assistência Médica Sanitária 2009

24. **Área da unidade territorial:** Área territorial brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2019

25. **Esgotamento sanitário adequado:** Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

Exemplos

ALVES, C. R. L.; SCHERRER, I. R. S.; SANTOS, L. C. **Atenção à saúde da criança:** aspectos básicos. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Atencao-a-saude-da-crianca-aspectos-basico.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estimativa de prevalência de hipertensão arterial sistêmica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n.º 42). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf . Acesso em: 06 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html . Acesso em: 6 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estimativa de prevalência de hipertensão arterial sistêmica.** Disponível em: <http://saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia/sobre-o-programa> . Acesso em: 06 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Orientações técnicas para a implementação de linha de cuidado para atenção integral à saúde da pessoa idosa.** Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/Brasil_Amigo_Pessoa_Idosa/Orientacoes_Implementacao.pdf . Acesso em: 06 out. 2019.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Conheça cidades e os estados do Brasil.** Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br> . Acesso em: 6 out. 2019.

CHAPADEIRO, C. A.; ANDRADE, H. Y. S. O.; ARAÚJO, M. R. N. de. **A família como foco na atenção básica.** Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/fam%20como%20foco.pdf>

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. 1978, Alma-Ata, URSS. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf> . Acesso em: 06 out. 2019.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L. **Iniciação à metodologia:** trabalho de conclusão de curso. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Modulo_Iniciacao-Metodologia_TCC.pdf . Acesso em: 06 out. 2019.

- COUTO, A., C., P.; SOUSA, G.; SAPORETTI, G. M. **Educação física: atenção à saúde da criança e** <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Educacao-fisica-atencao-saude-crianca-ad>
- DESCRITORES em Ciências da Saúde: DeCS.. São Paulo: BIREME / OPAS / OMS, 2019. Disponível em: <https://www.diacet.org.br/profissionais/images/2017/di>
- OLIVEIRA, José Egídio Paulo de; MONTENEGRO JÚNIOR, Renan Magalhães; VENCIO, Sérgio (C) São Paulo: Clannad, 2017. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/di>
- EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY. **ESC/ESH Arterial Hypertension (Management of) Gui** em: <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Arterial-Hypertension-Managem>
- FALUDI, A. A. *et al.* Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose 2017. Suplemento 1. Disponível em: http://formsus.datasus.gov.br/novoimgarq/36401/6982258_312
- FARIA H. P.; CAMPOS, F. C. C. SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das aç** https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/PLANEJAMENTO_AVALIACAO_PROGRA
- FARIA, H. *et al.* **Processo de trabalho em saúde e modelo de atenção**. Belo Horizonte: Nescon/U <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/processo-trabalho-saude-modelo-atencao-2>
- MALACHIAS, M. V. B. 7ª. Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Revista Brasileira de Hiperten** http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf. Acesso em: 6
- MELO, M. C. B.; SILVA, M. L. C. **Rede de atenção: urgências**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018 https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Rede-atencao-urgencias_Versao_Final.pdf
- PEBMED. **Nova diretriz de hipertensão da European Society of Cardiology**. 2018. Disponível em <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Arterial-Hypertension-Managem> Acesso em: 6 out. 2019.
- VASCONCELOS, M.; G.; GRILLO, M. J. C.; SOARES, S. M. **Práticas educativas e tecnologias em** <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/praticas-educativas-tecnologias-saude.pdf>

APÉNDICE

A

ANEXO A