FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE

MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PARA O ENSINO NA ÁREA DE SAÚDE

CONHECIMENTO SOBRE PRESCRIÇÃO DE BENZODIAZEPÍNICOS ENTRE MÉDICOS RESIDENTES DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NO RECIFE

Autor: **Lucas Vasconcelos Ponzo**

Orientador: **Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa**

Co orientador: **Arturo de Pádua Walfrido Jordán**

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE

MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PARA O ENSINO NA ÁREA DE SAÚDE

CONHECIMENTO SOBRE PRESCRIÇÃO DE BENZODIAZEPÍNICOS ENTRE MÉDICOS RESIDENTES EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Educação para o Ensino na Área de Saúde da Faculdade Pernambucana de Saúde como parte dos requisitos para a obtenção do grau de mestre.

Linha de Pesquisa: Planejamento, Gestão e Avaliação de Processos Educacionais

Autor: Lucas Vasconcelos Ponzo

Residente em Medicina de Família e Comunidade no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP). E-mail: lucasvponzo@outlook.com. Telefone: (81) 9.9851-2706.

Orientador: Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa

Doutor em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento – UFPE. Docente da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS). Coordenador do Mestrado Profissional em Psicologia da Saúde da FPS. E-mail: leopoldo@fps.edu.br. Telefone: (81) 9.9245-1890

Co orientador: Arturo de Pádua Walfrido Jordán

Mestre em educação para ensino na área de saúde - FPS. Médico de Família e Comunidade – IMIP. E-mail: arturojor@yahoo.com.br. Telefone: (81) 9 9971 2961

Ficha Catalográfica
Preparada pela Faculdade Pernambucana de Saúde

P819c Ponzo, Lucas Vasconcelos

Conhecimento sobre prescrição de benzodiazepínicos entre médicos residentes de medicina de família e comunidade no Recife. / Orientador: Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa; Co orientador: Arturo de Pádua Walfrido Jordán. – Recife: Do Autor, 2019.
84 f.

Dissertação – Faculdade Pernambucana de Saúde, Mestrado Profissional em Educação para o Ensino na Área de Saúde, 2019.

1. Benzodiazepinas. 2. Saúde mental. 3. Educação médica. I. Barbosa, Leopoldo Nelson Fernandes. Orientador. II. Jordán, Arturo de Pádua Walvrido. Co orientador. III. Título.

CDU 613.8

FPS
Faculdade Pernambucana de Saúde

Curso: Mestrado Profissional em Educação para o Ensino na Área de Saúde

Título:

"Conhecimento sobre prescrição de Benzodiazepínicos entre médicos residentes de Medicina de família e comunidade no Recife."

Orientador: **Prof. Dr. Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa - FPS**

Membros da Banca Examinadora:

Prof. Dr. Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa - FPS
Profa. Dra. Patricia Gomes de Matos Bezerra – FPS
Prof. Dr. Rafael Fernandes Zanin – UNILASALLE

Analisando o trabalho escrito, a exposição oral e as respostas apresentadas às observações e questionamentos da arguição, o candidato **Lucas Vasconcelos Ponzo** foi considerado APROVADO.

Recife, 06 de maio de 2019

Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa

Prof. Dr. Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa - FPS

Profa. Dra. Patricia Gomes de Matos Bezerra - FPS

Prof. Dr. Rafael Fernandes Zanin – UNILASALLE

05.834.842/0001-62
AECISA - Associação Educacional de Ciências da Saúde
Av. Marechal Mascarenhas de Morais, 4861
Imbiribeira CEP: 51 150-000
RECIFE PE

Av. Mal. Mascarenhas de Morais, 4861 - Imbiribeira, Recife - PE
CEP: 51150-000
Tel.: (81) 3035-7777 | (81) 3312.7777
www.fps.edu.br

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Vicente e Edja, aos quais tudo devo.

Aos meus irmãos Gabriela e Mateus, sempre presentes.

À minha namorada, Eduarda Florêncio, pelo incomensurável apoio.

Ao querido e dedicado orientador Dr. Leopoldo Nelson Barbosa, essencial em minha jornada de crescimento.

Ao amigo e colega Arturo Jordán, inspiração como médico de família.

Ao amigo Henrique Toscano, que estendeu a mão nos momentos difíceis.

À minha preceptora Renata Rossiter e a todos que fazem da USF Caranguejo um oásis de amor e dedicação à comunidade.

A todos que fazem a Faculdade Pernambucana de Saúde, instituição que despertou em mim o amor pela educação transformadora.

A todos os colegas e docentes do Mestrado Profissional em Educação para o Ensino na Área de Saúde da FPS, pela fantástica caminhada e crescimento colaborativo.

Aos colegas residentes que participaram deste estudo, pelo acolhimento e entusiasmo durante a realização das entrevistas.

RESUMO

Introdução: Com o fenômeno da medicalização no campo da saúde mental, o uso não criterioso e abusivo de medicamentos psicotrópicos tornou-se um problema de saúde pública. Benzodiazepínicos (BZP) estão entre os psicotrópicos mais prescritos no âmbito da atenção primária à saúde, frequentemente de forma inadequada. Tem-se assim a importância do aprimoramento curricular dos programas de residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC) para o desenvolvimento das competências necessárias ao manejo de benzodiazepínicos. **Objetivos:** Analisar o conhecimento de médicos residentes de MFC sobre uso de BZP no contexto da atenção primária à saúde (APS). **Método:** Estudo de natureza qualitativa realizado com médicos matriculados em programas de residência em MFC no Recife. Para análise das entrevistas foi utilizado o método de análise temática sugerido por Minayo. **Resultados e discussão:** A partir das entrevistas de 16 residentes foram analisadas as categorias BZP no contexto da atenção primária à saúde, efeitos adversos dos BZP, prescrição racional de BZP e BZP e formação médica. A análise temática demonstrou que os residentes apresentam lacunas no que se refere ao conhecimento sobre a farmacoepidemiologia dos BZP, indicações clínicas e efeitos adversos esperados. A maioria considera a abordagem da temática durante a graduação médica insuficiente e descontextualizada. Todos os participantes manifestaram interesse em realizar capacitações e oficinas para o desenvolvimento de habilidades e competências na temática. **Conclusão:** Diante da complexidade desse grave problema de saúde pública, este estudo oferece uma contribuição no sentido de analisar, sob a perspectiva de médicos residentes, possíveis lacunas no processo de formação e desenvolvimento de competências para o manejo de BZP durante a graduação e a residência médica.

Palavras-chave: Benzodiazepinas; Saúde Mental; Educação Médica; Competência Clínica; Atenção Primária à Saúde.

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO 1

II. OBJETIVOS 6

2.1. Objetivo geral 6

2.2. Objetivos específicos 6

III. MÉTODO 7

3.1. Desenho do estudo 7

3.2. Local do estudo 7

3.3. Período do estudo 8

3.4. Participantes do estudo 8

3.5. Critérios de seleção 8

3.6. Fluxograma de coleta de dados 9

3.7. Coleta de dados 9

3.8. Processamento e análise de dados 10

IV. ASPECTOS ÉTICOS 12

V. RESULTADOS 13

VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS 14

VII. REFERÊNCIAS 16

APÊNDICE I – Questionário de características de base e perfil de formação profissional 19

APÊNDICE II – Roteiro de entrevista 21

APÊNDICE III – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) 22

APÊNDICE IV – Carta de Anuência (IMIP) 25

APÊNDICE V – Carta de Anuência (PCR) 26

APÊNDICE VI - Artigo 27

APÊNDICE VII – Relato de experiência 48

APÊNDICE VIII – Relatório técnico 58

ANEXO I – Normas para publicação na RBEM 63

ANEXO II – Normas para publicação no IJHE 68

I. INTRODUÇÃO

O atual contexto sociocultural na área de saúde é caracterizado pela primazia de um paradigma biomédico cujas origens remontam ao racionalismo renascentista,[1] mas que se desenvolveu na era moderna como reflexo ideológico da emergência e crescimento de um complexo médico-industrial. Tal movimento confluiu com o fenômeno da medicalização, caracterizado por uma relação de dependência social em relação aos bens e serviços produzidos e oferecidos por essa indústria. Trata-se da apropriação, pelo saber médico, de aspectos da vida que tradicionalmente não eram considerados pertencentes a esse campo.[2]

Neste cenário, o medicamento veio a ser o principal recurso terapêutico utilizado na recuperação e manutenção da saúde da população. Tornou-se, em meio à publicidade massiva, um recurso socialmente relevante, associado a uma miríade de efeitos adversos, com importantes implicações na saúde e na capacidade de custeio dos sistemas.[3]

Estima-se que nos Estados Unidos da América (EUA) ocorram 106.000 mortes por ano atribuídas a efeitos adversos de medicamentos, em um contexto de 225.000 mortes por causas iatrogênicas. Esses números não refletem o impacto global da medicalização, uma vez que a maioria dos estudos se restringem a pacientes hospitalizados e não contabilizam eventos adversos relacionados a prejuízos funcionais ou mesmo desconforto. A cifra, no entanto, representa a terceira posição entre as causas de morte nos EUA, atrás apenas das doenças cardiovasculares e do câncer.[4]

Embora o estudo da iatrogenia esteja em ascensão no meio acadêmico nacional, dados sobre a dimensão do problema no Brasil são relativamente escassos. O cenário brasileiro ainda conta com poucas publicações de referência, sendo a discussão frequentemente restrita aos aspectos jurídicos e administrativos.[5]

Diante dessa percepção da dimensão iatrogênica da assistência à saúde, surgiu em 1986, por Marc Jamoulle, médico de família belga, o conceito de prevenção quaternária, definido como o conjunto de ações implementadas para identificar um paciente ou população em risco de medicalização, protegê-los de intervenções médicas invasivas e propor procedimentos e/ou cuidados eticamente aceitáveis.[6,7]

Desde a década de 1950, com a sintetização do primeiro medicamento para tratamento psiquiátrico, a saúde mental tornou-se um importante campo de pesquisa, produção e marketing para a indústria farmacêutica. O DSM III - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, marco da nosologia psiquiátrica, publicado em 1980, formalizou a transição de um paradigma psicodinâmico para um referencial biologicista, em que o sofrimento psíquico se aproximou da doença orgânica, com base neuroquímica. Em meio a um modelo biomédico hegemônico, a psicofarmacologia passa a constituir importante recurso na abordagem do sofrimento psíquico.[8]

O uso abusivo de medicamentos psicotrópicos e as precárias ações de farmacovigilância nos países em desenvolvimento têm suscitado preocupação por parte de organismos internacionais como o International Narcotics Control Board e a Organização Mundial da Saúde. Com o consumo crescente desses medicamentos em diversos países ocidentais e mesmo na Ásia, o abuso de psicotrópicos constitui na atualidade um problema global de saúde pública que impõe grandes desafios nos campos epidemiológico, sanitário, econômico e sociológico.[9]

Benzodiazepínicos (BZP) são uma classe de medicamentos psicotrópicos utilizados em contextos clínicos variados, tais como ansiedade, síndrome do pânico, depressão e insônia. Apesar de diversos efeitos adversos relatados, que podem incluir risco aumentado de acidentes e quedas, além de distúrbios de memória, os

benzodiazepínicos são extensamente utilizados no âmbito da psiquiatria, neurologia e clínica geral.[9,10,11] Por sua toxicidade reduzida em relação aos barbitúricos, foram inicialmente considerados medicamentos seguros, o que favoreceu a larga adesão da categoria médica e o uso crônico e frequentemente não criterioso.[12] Particular preocupação pode advir de sua prescrição para pacientes idosos, que frequentemente apresentam alguma forma de demência já instalada.[13,14,15]

Estudo seccional realizado a partir de dados do National Survey on Drug Use and Health demonstrou que 12.6% (25,3 milhões de pessoas) da população adulta nos EUA fez uso de BZP no último ano.[15,16]

Diversos estudos no Brasil também evidenciam uma alarmante situação em relação à fármaco-epidemiologia dos benzodiazepínicos no contexto da atenção primária. Pesquisa realizada em serviço municipal de saúde no interior de Minas Gerais demonstrou maior prevalência de uso prolongado de BZP entre usuários com mais de 60 anos que faziam uso de Diazepam.[17] Em estudo que entrevistou mulheres atendidas em uma unidade básica de saúde de Sorocaba-SP foi encontrada uma prevalência de 89,16% para uso crônico de BZP.[18] Outra pesquisa realizada em serviço de atenção primária em Feira de Santana-BA demonstrou que o tempo definido de uso entre 10 e 20 anos obteve o maior percentual (27,3%) entre os indivíduos participantes.[19]

A prescrição de benzodiazepínicos por períodos prolongados está significativamente associada aos fenômenos de tolerância e dependência, que têm como consequência, respectivamente, o aumento da dose necessária para o obter o mesmo efeito terapêutico e a emergência, quando da suspensão abrupta, de sinais e sintomas cujo controle se dá pelo uso do medicamento.[20] Estima-se que 50% das pessoas que fazem uso

por mais de um ano vêm a desenvolver sintomas de abstinência após o término da terapia: agitação, tremores, palpitação, náusea, irritabilidade, entre outros.[20,21,22]

O uso crônico desses medicamentos é muitas vezes favorecido pela prescrição médica inadequada. Em estudo realizado na Europa setentrional, apenas uma entre 3.452 prescrições continha orientações em relação à duração da terapia.[23] Com o crescimento da literatura específica sobre a adequabilidade das prescrições de benzodiazepínicos, diversos estudos publicados sugerem, seja devido à indicação ou à duração das prescrições, um cenário preocupante.[24,25,26,27,28]

A atenção primária à saúde (APS) se estruturou no Brasil mediante o estabelecimento da Estratégia Saúde da Família (ESF) em 1994, que tem como princípios fundamentais a assistência integral e o fortalecimento do vínculo entre profissionais e a população local. Devido a essa proximidade com as comunidades, profissionais da ESF são na atualidade atores importantes na abordagem da saúde mental das populações.[29]

A especialidade médica que tem como foco os cuidados primários é a Medicina de Família e Comunidade. Desde 1976, então com a denominação de Medicina Geral e Comunitária, ocorreu a implementação de diversas iniciativas com vistas a consolidar uma formação médica qualificada para a APS. Entre as experiências pioneiras destacam-se o Centro de Saúde da Escola Murialdo em Porto Alegre-RS e o Projeto Vitória em Vitória de Santo Antão-PE.[30]

A Organização Mundial dos Médicos de Família, em documento oficial elaborado em 2002 por sua regional europeia, define o médico de família como um profissional pessoal que presta cuidados continuados a todo indivíduo que busca atenção médica, independente de idade, sexo ou condição, e o faz no contexto social, comunitário e cultural no qual se insere, sempre com respeito à autonomia da pessoa. Atua de forma

abrangente, isto é, mediante a promoção da saúde, prevenção da doença, cuidados curativos, de reabilitação e suporte.[31]

De acordo com o Currículo Baseado em Competências proposto pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade em 2005, a abordagem a problemas de saúde mental pertence ao rol de competências esperadas para o médico de família e comunidade. Neste contexto, o manejo de terapias farmacológicas e não farmacológicas nos transtornos mentais mais frequentes na população geral foi classificado como uma competência essencial, isto é, esperada para todo residente ao fim de seu processo de formação na especialidade.[32]

Este estudo teve como objetivo analisar o conhecimento de médicos residentes em Medicina de Família e Comunidade sobre benzodiazepínicos no contexto da APS.

II. OBJETIVO

2.1 Objetivo geral

Analisar o conhecimento de médicos residentes de Medicina de Família e Comunidade sobre benzodiazepínicos (BZP) no contexto da APS.

2.2 Objetivos específicos

Entre profissionais médicos regularmente matriculados em dois programas de residência em Medicina de Família e Comunidade no Recife, entre outubro de 2018 e janeiro de 2019:

- Analisar os conhecimentos sobre uso e prescrição de BZP na APS, suas indicações, contraindicações e efeitos adversos esperados.

- Analisar a compreensão dos participantes em relação à abordagem da temática durante a formação médica.

- Analisar na perspectiva dos participantes a relevância e necessidade dessa abordagem no contexto da residência médica e da formação continuada.

III. MÉTODO

3.1 Desenho do estudo

Estudo de natureza qualitativa, com a realização de entrevistas individuais semiestruturadas.

A pesquisa qualitativa, de acordo com Minayo, é aquela cujo método põe em evidência os atores sociais em sua subjetividade, seus valores, atitudes, motivos, crenças, opiniões e significados.[33] Tem como principais características estudar o significado das vivências das pessoas em seu contexto real, oferecer acolhimento e representação para as opiniões e perspectivas dos participantes, discutir conceitos existentes ou emergentes de forma a colaborar com a explicação de fenômenos sociais e utilizar-se de múltiplas fontes de evidência. Trata-se de uma área de estudo abrangente e multifacetada.[34]

Optou-se pela pesquisa qualitativa a fim de obter dados descritivos da situação contextual em que se dá a prescrição de BZP pelos participantes do estudo, uma vez que uma abordagem quantitativa ofereceria limitações diante dos objetivos propostos. A entrevista possibilitou ainda uma exploração da demanda dos participantes em relação à capacitação para prescrição racional de BZP.

3.2 Local do estudo

O estudo foi realizado em dois serviços que dispõem de programa de residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC) no município de Recife-PE: Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) e Prefeitura do Recife (PCR). A coleta de dados deu-se de acordo com a agenda de cada participante e ocorreu nos serviços nos quais encontravam-se alocados ou em locais de preferência.

3.3 Período do estudo

O estudo foi realizado entre abril de 2018 e março de 2019. A coleta de dados teve início após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP, sob o nº de parecer 2.955.398, e abrangeu o período de outubro de 2018 a janeiro de 2019.

3.4 Participantes do estudo

Os participantes foram profissionais médicos regularmente matriculados nos programas de residência em Medicina de Família e Comunidade do IMIP e PCR no período de outubro de 2018 a janeiro de 2019. Os indivíduos foram selecionados por amostra não probabilística, intencional, observando a ocorrência de saturação teórica. Esta ferramenta conceitual pode ser definida como o fechamento amostral que ocorre no momento em que os dados obtidos no estudo demonstram para o pesquisador um padrão de redundância. Interrompe-se, desta forma, a inclusão de novos participantes.[35]

3.5 Critérios de seleção

Critérios de inclusão:

- Profissionais médicos regularmente matriculados nos programas de residência em Medicina de Família e Comunidade do IMIP e PCR no período de outubro de 2018 a janeiro de 2019.

Critérios de exclusão:

- Residentes afastados por licença médica, em período de férias ou na vigência de rodízio externo no período da coleta.

3.6 Fluxograma de coleta de dados

1) Contato com os coordenadores dos programas de residência para apresentação do estudo e esclarecimento dos objetivos propostos.
2) Identificação dos residentes elegíveis através de relação obtida junto às comissões de residência médica nos respectivos serviços.
3) Contato prévio com os residentes para agendamento das entrevistas individuais.
4) Esclarecimento dos objetivos do estudo e resolução de dúvidas.
5) Oferta de TCLE (APÊNDICE III) e coleta de dados sociodemográficos e de perfil de formação profissional através de questionário (APÊNDICE I) nos setores onde estavam alocados os residentes que aceitaram participar do estudo, ou em local de preferência do participante.
6) Realização de entrevista semiestruturada (APÊNDICE II) com os participantes.

3.7 Coleta de dados

A coleta de dados deu-se por meio da realização de entrevistas individuais nas unidades de saúde da rede municipal onde os participantes estavam alocados, ou em local de preferência dos entrevistados, contemplando as questões necessárias aos objetivos propostos. A entrevista foi previamente agendada com cada participante. Para a condução da entrevista pelo pesquisador foi elaborado um roteiro (APÊNDICE II) contemplando questões relativas ao conhecimento dos participantes sobre benzodiazepínicos no contexto da APS. As entrevistas foram registradas por gravador de áudio digital e posteriormente transcritas. O número de participantes no estudo foi determinado por amostragem intencional com observação de saturação teórica.[35]

3.8 Processamento e análise de dados

Foi construído roteiro de entrevista individual semiestruturada com questões relativas ao conhecimento dos participantes sobre o uso e prescrição de BZP no contexto da APS, além de questionário contemplando características de base e perfil de formação dos médicos residentes. As entrevistas foram registradas em áudio com posterior transcrição pelo pesquisador.

A análise dos dados obtidos a partir das entrevistas deu-se através do método de análise de conteúdo em sua variedade temática, sugerido por Minayo,[36] com realização das seguintes etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Durante a etapa de pré-análise procedeu-se com a leitura compreensiva e exaustiva do material. Neste momento se deu escolha da classificação inicial. Na etapa seguinte foi realizada uma exploração do material, que seguiu os seguintes passos:

- Distribuição dos trechos de cada texto em análise de acordo com a classificação preliminar.
- Realização de leitura para estabelecer diálogo entre os trechos da análise em cada classe.
- Identificação através de inferência dos núcleos de sentido.
- Estabelecimento de diálogo entre os núcleos de sentido e os pressupostos iniciais.
- Busca de temáticas mais amplas ou eixos ao redor dos quais possam ser discutidos os diferentes trechos do material.
- Reagrupamento dos trechos por temas encontrados.

- Elaboração de uma redação para cada tema, com atenção ao sentido dos textos e sua relação com os conceitos teóricos que subsidiam a análise. Por fim realizou-se a síntese interpretativa em consonância com os objetivos da pesquisa.

IV. ASPECTOS ÉTICOS

A implementação se deu de acordo com os princípios internacionais para a pesquisas biomédicas com participação de seres humanos. Foram seguidos os preceitos estabelecidos pelas resoluções nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Os participantes entrevistados foram devidamente informados sobre a pesquisa e assinaram um termo de consentimento para participação. Os riscos inerentes à realização da pesquisa foram mínimos, tais como tédio ou sensação de perda de tempo ao responder, bem como possível constrangimento devido à falta de domínio do tema abordado, porém foi esclarecido que as informações solicitadas são parte de uma iniciativa que visa a identificação de fragilidades e potencialidades, bem como o aprimoramento da formação no tema abordado. Foram tomadas precauções para que os participantes não sofressem interferência na execução de suas atividades de residência médica para a realização das entrevistas. Foi assegurada aos participantes do estudo a possibilidade de desistência a qualquer momento. Houve também a garantia da confidencialidade, com a informação explícita de que os dados consolidados poderão ser divulgados em eventos ou periódicos científicos. Cada participante teve sua identidade codificada na forma da sigla "MR" (médico residente) seguida de um numeral. Como benefício, conforme a identificação das fragilidades, espera-se que os resultados da pesquisa fomentem iniciativas com o objetivo de minorá-las, colaborando desta forma com a formação do médico especialista. Foi solicitada autorização, mediante carta de anuência, das instituições onde se deu a coleta de dados (IMIP e PCR). O estudo teve início apenas após apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do IMIP, sob o nº de parecer 2.955.398.

O pesquisador declara, como conflito de interesse, que se encontrava matriculado em programa de residência em MFC incluído no estudo durante a realização da pesquisa.

V. RESULTADOS

Os resultados desta dissertação são apresentados no formato de artigo (APÊNDICE VI) a ser encaminhado de acordo com as normas de publicação estabelecidas para submissão à Revista Brasileira de Educação Médica (ANEXO I). Um produto técnico educacional (APÊNDICE VII) no formato de relato de experiencia será encaminhado ao periódico Interdisciplinary Journal of Health Education (ANEXO II). Foi elaborado um relatório técnico (APÊNDICE VIII) para apresentação dos resultados ao IMIP e Secretaria de Saúde do Recife, cujos programas de residência foram incluídos no estudo. Pretende-se através do diálogo com essas instituições potencializar o surgimento de iniciativas que visem a exploração da temática.

VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a proposição e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), consequência das demandas sociais e lutas que pautaram o recente processo de redemocratização, Estado e sociedade brasileiros assumiram o desafio de prover um sistema de saúde baseado na universalidade do acesso e integralidade do cuidado.

Junto a essas transformações, a Estratégia Saúde da Família surge com a proposta de superação do modelo assistencial hospitocêntrico, estabelecendo um novo paradigma de saúde baseado nos cuidados primários, com olhar não para o indivíduo isolado, mas inserido em seu meio familiar e social.

A Medicina de Família e Comunidade é a especialidade médica que tem como foco o cuidado integral à pessoa no contexto da atenção primária à saúde. A especialidade, por sua própria natureza, demanda que o especialista seja um clínico qualificado, capaz de lidar com os problemas de saúde mais prevalentes na comunidade. Modalidade de pós-graduação *lato sensu* que tem por base o ensino em serviço, a residência médica é considerada "padrão ouro" para a formação de especialistas na área.

A saúde mental cada mais vez configura-se como um importante desafio nesse contexto, sendo essencial para o médico de família o desenvolvimento de competências que lhes permitam manejar criteriosamente o arsenal terapêutico disponível para as afecções psiquiátricas mais prevalentes. É fundamental que os programas de residência em Medicina de Família e Comunidade sejam capazes de prover tal capacitação.

Benzodiazepínicos (BZP) estão entre os psicotrópicos mais prescritos na Atenção Primária à Saúde e diversos estudos evidenciam uso irracional e indiscriminado, associado a diversas complicações e riscos para o usuário.

As entrevistas realizadas neste estudo mostram que os residentes possuem uma percepção incipiente sobre a farmacoepidemiologia dos BZP no Brasil, resultado de suas vivências nos cenários de prática, porém os mesmos não demonstraram um conhecimento estruturado em relação à problemática. Pode-se inferir através dos dados analisados a existência de lacunas e fragilidades no conhecimento dos residentes em relação às indicações terapêuticas dos BZP, práticas de prescrição racional e efeitos adversos esperados. A maioria dos participantes relatou insuficiência na abordagem da temática durante a graduação médica, com críticas ao enfoque predominantemente farmacológico, pouco contextualizado com a realidade que observam nos cenários de prática profissional.

Por fim, todos os participantes reconheceram a relevância de abordar o tema de forma mais consistente e contextualizada durante a graduação e a residência médica, além de demonstrarem interesse no aprimoramento de competências para o manejo de BZP através de capacitações e iniciativas de educação continuada.

Diante da complexidade desse grave problema de saúde pública, este estudo oferece uma contribuição no sentido de identificar, sob a perspectiva de médicos residentes, possíveis lacunas no processo de formação e desenvolvimento de competências para o manejo de BZP durante a graduação e a residência médica.

VII. REFERÊNCIAS

1. Barros JAC. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? Saúde e Sociedade. 2002;11(1):67-84.
2. Mitjavila M. Medicalização, risco e controle social. Tempo soc. 2015;27(1):117-137.
3. Vieira FS. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2007;12(1):213-20.
4. Starfield B. Is US health really the best in the world? J Am Med Assoc. 2000;284(4):483–5.
5. Mendonça VS, Custodio EM. Erro médico No Brasil: cenário de antinomias. *Bol.* - Acad. Paul. Psicol. 2015;35(89):508-525.
6. Bentzen N, editor. Wonca International Dictionary of General/Family Practice: Wonca International Classification Committee; 1999.
7. Jamoulle M. A propos d'un dessin. Ethica Clinica. 2013; 70:28-31.
8. Zanella M, Luz HHV, Benetti IC, Roberti JJP. Medicalização e saúde mental: Estratégias alternativas. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. 2016;15:53-62.
9. Moura DCN, Pinto JR, Martins P, Pedrosa KA, Carneiro MGD. Uso abusivo de psicotrópicos pela demanda da estratégia saúde da família: revisão integrativa da literatura. Sanare Revista de Políticas Públicas. 2016;15(2):136-144
10. Sirdifield C, Anthierens S, Creupelandt H, Chipchase SY, Christiaens T, Siriwardena AN. General practitioners' experiences and perceptions of benzodiazepine prescribing: systematic review and meta-synthesis. BMC Family Practice. 2013;14:191.
11. Lader MH. Limitations on the use of benzodiazepines in anxiety and insomnia: are they justified? Eur Neuropsychopharmacol. 1999;14(6):399–405.
12. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Synopsis of Psychiatry. Baltimore: Williams & Wilkins, 1994.
13. American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2015 Updated Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. J Am Geriatr Soc 2015;63:2227-46.

14. Rochon P, Vozoris N, Gill S. The harms of benzodiazepines for patients with dementia. CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal De L'association Medicale Canadienne. 2017;189(14): E517-E518.
15. Nomura K, Nakao M, Sato M, Yano E. Regular prescriptions for benzodiazepines: A Cross-Sectional study of outpatients at University Hospital. *Intern Med* 2006; 45(22):1279-1282.
16. Maust DT, Lin LA, Blow FC. Benzodiazepine Use and Misuse Among Adults in the United States. Psychiatr Serv. 2019;70(2):97–106.
17. Firmino KF, Abreu MHNG, Perini E, Magalhães SMS. Fatores associados ao uso de benzodiazepínicos no serviço municipal de saúde da cidade de Coronel Fabriciano, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública. 2011;27(6):1223-32.
18. Nordon DG, Akamine K, Novo NF, Hübner C von K. Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária. Rev Psiquiatr do Rio Gd do Sul. 2009;31(3):152–8.
19. Santos PNP, Silva GKA, Andrade KVF. Perfil farmacoepidemiológico de benzodiazepínicos utilizados em indivíduos assistidos em unidades de saúde da família em Feira de Santana, Bahia, Brasil. Bol Inf Geum. 2014;5(1)33–43.
20. Wanderley TC, Cavalcanti AL, Santos S. Práticas de saúde na atenção primária e uso de psicotrópicos: uma revisão sistemática da literatura. Rev Ciênc Méd Biol. 2013;12(1):121-6.
21. Bicca MG, Argimon IIL. Habilidades cognitivas e uso de benzodiazepínicos em idosas institucionalizadas. J Bras Psiquiatr. 2008;57(2): 133-38.
22. Nastasy H, Ribeiro M, Marques APR. Abuso e dependência dos benzodiazepínicos. Projeto Diretrizes. 2008;1-10.
23. Straand J, Rokstad K. General practitioners' prescribing patterns of benzodiazepine hypnotics: are elderly patients at particular risk for overprescribing? A report from the Møre & Romsdal Prescription Study. Scand J Prim Health Care. 1997;15(1):16-21
24. Bendtsen P, Hensing G, McKenzie L, Stridsman AK. Prescribing benzodiazepines--a critical incident study of a physician dilemma. Soc Sci Med. 1999;49(4):459-67.

25. Cook JM, Marshall R, Masci C, Coyne JC. Physicians' perspectives on prescribing benzodiazepines for older adults: a qualitative study. J Gen Intern Med. 2007;22(3):303-7.
26. van Rijswijk E, Borghuis M, van de Lisdonk E, Zitman F, van Weel C. Treatment of mental health problems in general practice: a survey of psychotropics prescribed and other treatments provided. Int J Clin Pharmacol Ther. 2007;45(1):23-9.
27. Nordon DG, Von C, Hübner K. Prescrição de benzodiazepínicos por clínicos gerais. Diagn Trat. 2009:14(2):66–9.
28. Naloto DCC, Lopes FC, Barberato FS, Lopes LC, Del Fiol FS, Bergamaschi CC. Prescription of benzodiazepines for adults and older adults from a mental health clinic. Ciênc. saúde coletiva. 2016; 21(4): 1267-1276.
29. Binotto A, Santos L, Lourosa Q, Sant'Anna S, ZAnetti A, Forster A, et al. Interface saúde da família & saúde mental: uma estratégia para o cuidado. Rev Bras Med Família e Comunidade. 2012;7(23):83–9
30. Justino ALA, Oliver LL, Melo TP de, Justino ALA, Oliver LL, Melo TP de. Implantação do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil. Cien Saude Colet. 2016;21(5):1471–80.
31. World Organization of Family Doctors. A definição europeia de medicina geral e familiar. Barcelona: Wonca Europa, OMS; 2002.
32. Júnior NL, organizador. Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). 2015.
33. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 6. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
34. Yin RK. Pesquisa qualitativa do início ao fim. Porto Alegre: Penso, 2016.
35. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. Cad. Saúde Pública 2011; 27(2):389-394.
36. Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2016.

APÊNDICE I

QUESTIONÁRIO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E PERFIL DE FORMAÇÃO DOS PARTICIPANTES

QUESTIONÁRIO Nº □□□

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA: _____

PRIMEIRA DIGITAÇÃO: ____/____/____

RESPONSÁVEL: _____

SEGUNDA DIGITAÇÃO: ____/____/____

RESPONSÁVEL:_____

PRIMEIRA REVISÃO: _____/____/_____

RESPONSÁVEL:_____

I. VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS:

1. Qual a sua idade? □□

2. Qual o seu sexo?

1. □ Masculino 2. □ Feminino

3. Qual a sua cor?

1. □ Branca 2. □ Preta 3. □ Parda
4. □ Amarela 5. □ Indígena

4. Em qual cidade você nasceu? _____

5. Em qual cidade você reside? _____

6. Qual é o seu estado civil?

1. □ Solteiro(a) 2. □ Casado(a) 3. □ Divorciado(a)
4. □ União estável 5. □ Outro

II. VARIÁVEIS DE PERFIL DE FORMAÇÃO

7. Em que ano você concluiu a graduação em medicina?

_____

8. Qual seu ano de residência médica?

1. □ R1
2. □ R2

9. Você possui vínculo profissional na rede municipal como médico da ESF?

1. □ Sim
2. □ Não

10. Você concluiu outro(s) programa(s) de residência médica?

1. □ Sim
2. □ Não

11. Você concluiu alguma pós-graduação *lato sensu* (curso de especialização com carga horária de, no mínimo, 360 horas, à exceção de residência médica)?

1. □ Sim
2. □ Não

12. Você concluiu alguma pós-graduação *stricto sensu* (mestrado ou doutorado)?

1. □ Sim
2. □ Não

APÊNDICE II

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

Conhecimento sobre prescrição racional de benzodiazepínicos entre médicos residentes em Medicina de Família e Comunidade no Recife

Data: ___/___/2018

PASSO 1: *Abertura (5 min):* Apresentação pessoal do pesquisador.

PASSO 2: *Esclarecimentos sobre a pesquisa (10 min):* Título; objetivos; método; TCLE;

PASSO 3: *Coleta de dados sociodemográficos e de perfil de formação profissional (5 min)*: Preenchimento de questionário (apêndice I) pelo participante.

PASSO 4: *Pergunta introdutória:*

- Qual é a sua percepção sobre a prescrição e uso de benzodiazepínicos no contexto da atenção primária à saúde?

PASSO 5: *Perguntas-chave:*

- De acordo com sua experiência, quais indicações levam à prescrição de benzodiazepínicos na atenção primária?
- Você já se deparou em sua prática com complicações ou efeitos adversos relacionados ao uso de benzodiazepínicos? Quais?
- Em sua vivência clínica, quais ações sugere para que a prescrição de benzodiazepínicos ocorra com segurança?
- Como o uso de benzodiazepínicos foi abordado durante sua formação profissional?
- Quais as potencialidades e dificuldades na abordagem desta temática no seu programa de residência?
- Você possui interesse em realizar uma capacitação para prescrição racional de benzodiazepínicos?

PASSO 6: *Pergunta de encerramento:*

- Você gostaria de acrescentar algo?

PASSO 7: *Agradecimento e despedida.*

APÊNDICE III

Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira
Escola de Pós-graduação em Saúde Materno Infantil
Instituição Civil Filantrópica

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Conhecimento sobre benzodiazepínicos entre médicos residentes em Medicina de Família e Comunidade no Recife

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa porque está matriculado no programa de residência em Medicina de Família e Comunidade desta instituição. Para que você possa decidir se quer participar ou não, precisa conhecer os benefícios, os riscos e as consequências pela sua participação.
Este documento é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e tem esse nome porque você só deve aceitar participar desta pesquisa depois de ter lido e entendido este documento. Leia as informações com atenção e converse com o pesquisador responsável e com a equipe da pesquisa sobre quaisquer dúvidas que você tenha. Caso haja alguma palavra ou frase que você não entenda, converse com a pessoa responsável por obter este consentimento, para maiores esclarecimentos. Caso prefira, converse com os seus familiares, amigos e com a equipe médica antes de tomar uma decisão. Se você tiver dúvidas depois de ler estas informações, entre em contato com o pesquisador responsável.
Após receber todas as informações, e todas as dúvidas forem esclarecidas, você poderá fornecer seu consentimento, rubricando e/ou assinando em todas as páginas deste Termo, em duas vias (uma do pesquisador responsável e outra do participante da pesquisa), caso queira participar.

PROPÓSITO DA PESQUISA
Analisar o conhecimento de médicos residentes em Medicina de Família e Comunidade no Recife sobre benzodiazepínicos no contexto da atenção primária à saúde.

PROCEDIMENTOS DA PESQUISA
A coleta de dados se dará a partir da realização de entrevista individual com gravação de áudio e posterior transcrição para análise. Será aplicado questionário para obtenção de características sociodemográficas e de perfil de formação profissional dos participantes. Serão garantidos o sigilo e a confidencialidade dos dados obtidos de cada participante do estudo.

BENEFÍCIOS
Conforme a identificação das fragilidades, os resultados da pesquisa fomentarão iniciativas com o objetivo de minorar as dificuldades, colaborando desta forma com a formação profissional.

RISCOS
Os riscos inerentes à realização da pesquisa são mínimos, tais como tédio ou sensação de perda de tempo em responder a pesquisa ou podem envolver algum constrangimento por não saber alguma das respostas porém será explicado que as informações solicitadas são parte importante para auxiliar no conhecimento das fragilidades e possibilidades de capacitação na área. Além disso serão tomadas precauções para que o participante não sofra interferência na execução de suas atividades de residência médica para a realização da entrevista.

UTILIDADE PÚBLICA MUNICIPAL – Dec. Lei 9851 de 08/11/67
UTILIDADE PÚBLICA ESTADUAL – Dec. Lei 5013 de 14/05/64
UTILIDADE FEDERAL – Dec. Lei 86238 de 30/07/81
INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 05.879-1
INSCRIÇÃO ESTADUAL: isento
C.G.C. 10.988.301/0001-29

Rua dos Coelhos, 300 Boa Vista
Recife-PE – Brasil CEP 50070-550
PABX: (081) 2122-4100
Fax: (081) 2122-4722 Cx. Postal 1393
E-mail: imip@imip.org.br
Home Page http://www.imip.org.br

Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira
Escola de Pós-graduação em Saúde Materno Infantil
Instituição Civil Filantrópica

CUSTOS
O participante não arcará com quaisquer custos envolvidos nos procedimentos da pesquisa.

CONFIDENCIALIDADE
Se você optar por participar desta pesquisa, as informações sobre a sua saúde e seus dados pessoais serão mantidas de maneira confidencial e sigilosa. Seus dados somente serão utilizados depois sem sua identificação. Apenas os pesquisadores autorizados terão acesso aos dados individuais. Mesmo que estes dados sejam utilizados para propósitos de divulgação e/ou publicação científica, sua identidade permanecerá em segredo.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA
A sua participação é voluntária e a recusa em autorizar a sua participação não acarretará quaisquer penalidades ou mudança na sua situação no programa de residência médica da instituição. Você poderá retirar seu consentimento a qualquer momento sem qualquer prejuízo. Em caso de você decidir interromper sua participação na pesquisa, a equipe de pesquisadores deve ser comunicada e a coleta de dados relativos à pesquisa será imediatamente interrompida.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS

A pessoa responsável pela obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido lhe explicou claramente o conteúdo destas informações e se colocou à disposição para responder às suas perguntas sempre que tiver novas dúvidas. Você terá garantia de acesso, em qualquer etapa da pesquisa, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas e inclusive para tomar conhecimento dos resultados desta pesquisa. Neste caso, por favor, ligue para o pesquisador Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa, telefone (81) 9.9245-1890. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do IMIP, Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre esta pesquisa, entre em contato com o comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do IMIP (CEP-IMIP) que objetiva defender os interesses dos participantes, respeitando seus direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas. O CEP-IMIP está situado à Rua dos Coelhos, nº 300, Boa Vista. Diretoria de Pesquisa do IMIP, Prédio Administrativo Orlando Onofre, 1º Andar tel: 2122-4756 – Email: comitedeetica@imip.org.br O CEP/IMIP funciona de 2ª a 6ª feira, nos seguintes horários: 07:00 às 11:30 h (manhã) e 13:30 às 16:00h (tarde).

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo que uma via ficará com você e outra será arquivada com os pesquisadores responsáveis.

Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira
Escola de Pós-graduação em Saúde Materno Infantil
Instituição Civil Filantrópica

CONSENTIMENTO

Li as informações acima e entendi o propósito do estudo. Ficaram claros para mim quais são procedimentos a serem realizados, riscos, benefícios e a garantia de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos dados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo. Entendo que meu nome não será publicado e toda tentativa será feita para assegurar o meu anonimato. Concordo voluntariamente em participar desta pesquisa e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar nesta pesquisa.

_____ Data: ___/___/___
Nome e Assinatura do participante

_____
Nome e Assinatura do Responsável Legal/Testemunha Imparcial Data: ___/___/___

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes desta pesquisa ao paciente indicado acima e/ou pessoa autorizada para consentir pelo mesmo. Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente para a participação desta pesquisa.

_____
Nome e Assinatura do Responsável pela obtenção do Termo Data: ___/___/___

UTILIDADE PÚBLICA MUNICIPAL – Dec. Lei 9851 de 08/11/67
UTILIDADE PÚBLICA ESTADUAL – Dec. Lei 5013 de 14/05/64
UTILIDADE FEDERAL – Dec. Lei 86238 de 30/07/81
INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 05.879-1
INSCRIÇÃO ESTADUAL: isento
C.G.C. 10.988.301/0001-29

Rua dos Coelhos, 300 Boa Vista
Recife-PE – Brasil CEP 50070-550
PABX: (081) 2122 -4100
Fax: (081) 2122-4722 Cx. Postal 1393
E-mail: imip@imip.org.br
Home Page: http://www.imip.org.br

APÊNDICE IV – CARTA DE ANUÊNCIA (IMIP)

Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira
Escola de Pós-graduação em Saúde Materno Infantil
Instituição Civil Filantrópica

IMIP

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que aceitaremos os pesquisadores Dr. Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa e Lucas Vasconcelos Ponzo, discente de Mestrado Profissional em Educação para o Ensino na Área de Saúde da FPS – Faculdade Pernambucana de Saúde, a desenvolver o seu projeto de pesquisa "Conhecimento sobre prescrição de benzodiazepinicos entre médicos residentes em Medicina de Família e Comunidade no Recife", cujo objetivo é avaliar o conhecimento de médicos residentes de Medicina de Família e Comunidade sobre a prescrição racional de benzodiazepinicos, suas indicações, contraindicações e efeitos adversos esperados, bem como a elaboração de produto técnico educacional pertinente ao tema, nesta instituição.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do (a) pesquisador (a) aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins cientificos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuizo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados o protocolo deve ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humano do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira CEP-IMIP Credenciado ao sistema CEP/CONEP

Recife, 09 de Março de 2018

Carimbo e Assinatura da Chefia do Setor

Dr. Eduardo Jorge da Fonseca Lima
Coordenador Geral das Residências
e Estágios do IMIP

APÊNDICE V – CARTA DE ANUÊNCIA (SESAU)

PREFEITURA DO
RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa** (pesquisador responsável – Faculdade Pernambucana de Saúde); **Lucas Vasconcelos Ponzo e Arturo de Pádua Walfrido Jordan** (pesquisadores assistentes – Faculdade Pernambucana de Saúde), a desenvolverem pesquisa com os Residentes em Medicina de Família e Comunidade alocados na Unidades de Saúde da Família, da Secretaria de Saúde do Recife, pesquisa intitulada: "**Conhecimento sobre prescrição de benzodiazepínicos entre médicos residentes em Medicina de Família e Comunidade no Recife**", sob orientação de Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas das resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurada privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 26 de julho de 2018.

Atenciosamente,

p/ **Túlio Romério Lopes Quirino**
Chefe de Divisão de Educação na Saúde

Valdenez Ribeiro de Andrade
Secretaria Executiva de Gestão da
Educação na Saúde/DIGTES/SESAU
Matrícula 307.756-2

Rua Alfredo de Medeiros, 71, Espinheiro – CEP 52.021-330 – Recife – Pernambuco
fone: (81) 3355-1707 – CNPJ: 10.565.000/0001-92

APÊNDICE VI - ARTIGO

ARTIGO

Conhecimento sobre prescrição e uso de benzodiazepínicos entre médicos residentes em medicina de família e comunidade no Recife

Knowledge about prescription and use of benzodiazepines among family medicine residents in Recife, Brazil.

Autores:

Lucas Vasconcelos Ponzo

Graduação em Medicina pela Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS). Mestre em Educação para o Ensino na Área de Saúde (FPS). E-mail: lucasvponzo@outlook.com. Endereço: Rua Nunes Machado, 119, apto. 702, Soledade, Recife-PE.

Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa

Psicólogo. Doutor em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Docente dos programas de mestrado profissional em Educação para o Ensino na Área de Saúde e Psicologia da Saúde da FPS. E-mail: leopoldo@fps.edu.br. Endereço: Av. Marechal Mascarenhas de Morais, 4861, Imbiribeira, Recife-PE.

Arturo de Pádua Walfrido Jordán

Graduação em Medicina pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Mestre em Educação para o Ensino na Área de Saúde pela Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS). E-mail: arturojor@yahoo.com.br.

RESUMO

Introdução: Com o fenômeno da medicalização no campo da saúde mental, o uso não criterioso e abusivo de medicamentos psicotrópicos tornou-se um problema de saúde pública. Benzodiazepínicos (BZP) estão entre os psicotrópicos mais prescritos no âmbito da atenção primária à saúde, frequentemente de forma inadequada. Tem-se assim a importância da adequação curricular dos programas de residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC) para o desenvolvimento das competências necessárias ao manejo de benzodiazepínicos. **Objetivos:** Analisar o conhecimento de médicos residentes de MFC sobre uso de BZP no contexto da atenção primária à saúde; analisar a compreensão dos participantes em relação à abordagem dessa temática durante a formação médica; analisar na perspectiva dos participantes a relevância e necessidade dessa abordagem em relação à formação continuada. **Método:** Estudo de natureza qualitativa realizado com médicos matriculados em programas de residência em MFC no Recife. Para análise das entrevistas foi utilizado o método de análise temática sugerido por Minayo. com realização das etapas de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação. **Resultados e discussão:** A partir das entrevistas de 16 residentes foram analisadas as categorias BZP no contexto da atenção primária à saúde, efeitos adversos dos BZP, prescrição racional de BZP e BZP e formação médica. A análise temática demonstrou que os residentes apresentam lacunas no que refere ao conhecimento sobre a farmacoepidemiologia dos BZP, indicações clínicas e efeitos adversos esperados. A maioria considera a abordagem da temática durante a graduação médica insuficiente e descontextualizada. Todos os participantes manifestaram interesse em realizar capacitações e oficinas para o desenvolvimento de habilidades e competências na temática. **Conclusão:** Diante da complexidade desse grave problema de saúde pública, este estudo oferece uma contribuição no sentido de analisar, sob a perspectiva de médicos residentes, possíveis lacunas no processo de formação e desenvolvimento de competências para o manejo de BZP durante a graduação e a residência médica.

Palavras-chave: Benzodiazepinas; Saúde Mental; Educação Médica; Competência Clínica; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Introduction: With the phenomenon of medicalization in the field of mental health, the non-judgmental and abusive use of psychotropic drugs has become a public health problem. Benzodiazepines (BZP) are among the most commonly prescribed psychotropic drugs in the field of primary health care, often inadequately. Thus, the importance of the curricular adaptation of the family and community medicine (FCM) residency programs for the development of the competences necessary for the management of benzodiazepines. **Objectives:** To analyze the knowledge of FCM resident physicians about the use of BZP in the context of primary health care; analyze the participants' understanding of the approach to this theme during medical training; to analyze in the participants' perspective the relevance and necessity of this approach in relation to continuing education. **Method:** A qualitative study performed with physicians enrolled in MFC residency programs in Recife. For the analysis of the interviews was used the method of thematic analysis suggested by Minayo. with the accomplishment of the steps of pre-analysis, exploration of the material, treatment of the results, inference and interpretation. **Results and discussion:** From the interviews of 16 residents, the categories BZP were analyzed in the context of primary health care, adverse effects of BZP, rational prescription of BZP and BZP, and medical training. The thematic analysis showed that the residents present gaps in the knowledge about the pharmacoepidemiology of the BZP, clinical indications and expected adverse effects. Most consider the approach of the subject during medical graduation as insufficient and decontextualized. All participants expressed interest in conducting training and workshops for the development of skills and competencies in the theme. **Conclusion:** In view of the complexity of this serious public health problem, this study offers a contribution to analyze, from the perspective of resident physicians, possible gaps in the training and development of competences for the management of BZP during graduation and residence doctor.

Keywords: Benzodiazepines; Mental health; Medical Education; Clinical Competence; Primary Health Care.

Introdução

O fenômeno da medicalização é caracterizado por uma relação de dependência social dos produtos e serviços oferecidos pelo complexo médico-industrial. O medicamento passou a ser o principal recurso terapêutico utilizado na recuperação e manutenção da saúde. Tornou-se, em meio à publicidade, um recurso socialmente relevante, associado a uma miríade de efeitos adversos, com importantes implicações na saúde e na capacidade de custeio dos sistemas.[1]

Estima-se que nos Estados Unidos da América (EUA) ocorram 106.000 mortes por ano atribuídas a efeitos adversos de medicamentos, em um cenário de 225.000 mortes por causas iatrogênicas. A maioria dos estudos se restringe a pacientes hospitalizados e não contabilizam eventos adversos relacionados a prejuízos funcionais ou mesmo desconforto. A cifra, no entanto, representa a terceira posição entre as causas de morte nos EUA, atrás apenas das doenças cardiovasculares e do câncer.[2]

Embora o estudo da iatrogenia esteja em ascensão no meio acadêmico nacional, dados sobre a dimensão do problema são relativamente escassos. O cenário brasileiro ainda conta com poucas publicações de referência, sendo a discussão frequentemente restrita aos aspectos jurídicos e administrativos.[3]

Desde a década de 1950, com a sintetização do primeiro medicamento para tratamento psiquiátrico, a saúde mental tornou-se um importante campo de pesquisa, produção e marketing para a indústria farmacêutica. O DSM III - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, publicado em 1980, formalizou a transição de um paradigma psicodinâmico para um referencial biologicista. Em meio a um modelo biomédico hegemônico, a psicofarmacologia passa a constituir importante recurso na abordagem do sofrimento psíquico.[4]

O uso abusivo de medicamentos psicotrópicos e as precárias ações de farmacovigilância nos países em desenvolvimento têm suscitado preocupação por parte de organismos internacionais como o International Narcotics Control Board e a Organização Mundial da Saúde.[5]

BZP são uma classe de medicamentos psicotrópicos utilizados em contextos clínicos variados, tais como ansiedade, síndrome do pânico, depressão e insônia. Apesar de diversos efeitos adversos relatados, que incluem risco aumentado de acidentes e

quedas, além de distúrbios de memória, os BZP são extensamente utilizados no âmbito da psiquiatria, neurologia e clínica geral.[5,6,7]

A prescrição de BZP por períodos prolongados está significativamente associada aos fenômenos de tolerância e dependência, que têm como consequência, respectivamente, o aumento da dose necessária para o obter o mesmo efeito terapêutico e a emergência, quando da suspensão abrupta, de sinais e sintomas cujo controle se dá pelo uso do medicamento.[8] Estima-se que 50% das pessoas que fazem uso por mais de 1 ano vêm a desenvolver sintomas de abstinência após o término da terapia: agitação, tremores, palpitação, náusea, irritabilidade, entre outros.[9,10]

O uso crônico desses medicamentos é muitas vezes favorecido pela prescrição médica inadequada. Em estudo realizado na Europa setentrional, apenas uma entre 3.452 prescrições continha orientações em relação à duração da terapia.[11] Embora a literatura específica sobre a adequabilidade das prescrições de benzodiazepínicos seja incipiente, diversos estudos publicados sugerem, seja devido à indicação ou à duração das prescrições, um cenário preocupante.[12,13,14,15]

A atenção primária à saúde (APS) se estruturou no Brasil mediante o estabelecimento da Estratégia Saúde da Família (ESF) em 1994, que tem como princípios fundamentais a assistência integral e o fortalecimento do vínculo entre profissionais e a população local. Devido a essa proximidade com as comunidades, profissionais da ESF são na atualidade atores importantes na abordagem da saúde mental das populações.[16]

A especialidade médica que tem como foco os cuidados primários é a Medicina de Família e Comunidade (MFC). Desde 1976, então com a denominação de Medicina Geral e Comunitária, ocorreu a implementação de diversas iniciativas com vistas a consolidar uma formação médica qualificada para a APS. Entre as experiências pioneiras destacam-se o Centro de Saúde da Escola Murialdo em Porto Alegre-RS e o Projeto Vitória em Vitória de Santo Antão-PE.[17]

A Organização Mundial dos Médicos de Família, em documento oficial elaborado em 2002 por sua regional europeia, define o médico de família como um profissional pessoal que presta cuidados continuados a todo indivíduo que busca atenção médica, independente de idade, sexo ou condição, e o faz no contexto social, comunitário e cultural no qual se insere, sempre com respeito à autonomia da pessoa. Atua de forma

abrangente, isto é, mediante a promoção da saúde, prevenção da doença, cuidados curativos, de reabilitação e suporte.[18]

De acordo com o Currículo Baseado em Competências proposto pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade em 2005, a abordagem a problemas de saúde mental pertence ao rol de competências esperadas para o médico de família e comunidade. Neste contexto, o manejo de terapias farmacológicas e não farmacológicas nos transtornos mentais mais frequentes na população geral foi classificado como uma competência essencial, isto é, esperada para todo residente ao fim de seu processo de formação na especialidade.[19]

Este artigo tem como proposta oferecer uma análise do conhecimento de residentes em MFC sobre uso e prescrição racional de BZP no contexto da APS.

Objetivo

Analisar o conhecimento de médicos residentes em MFC sobre uso e prescrição racional de BZP no contexto da APS; analisar a compreensão dos participantes em relação à abordagem dessa temática durante a formação médica; analisar na perspectiva dos participantes a relevância e necessidade dessa abordagem em relação à formação continuada.

Método

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa que envolveu a realização de entrevistas individuais com 16 residentes de MFC matriculados em dois programas de ensino localizados na cidade de Recife-PE.

A coleta de dados deu-se por meio da realização de entrevistas individuais nas unidades de saúde da rede municipal onde os participantes estavam alocados, ou em local de preferência dos entrevistados. As entrevistas foram previamente agendadas com cada participante. Para a condução das entrevistas foi elaborado um roteiro semiestruturado com questões relativas ao conhecimento dos participantes sobre BZP no contexto da APS. As entrevistas foram registradas por gravador de áudio digital e posteriormente transcritas. O número de participantes no estudo foi determinado por amostragem intencional com observação de saturação teórica.

A análise dos dados obtidos a partir das entrevistas deu-se através do método de análise de conteúdo em sua variedade temática, sugerido por Minayo[20,21], com realização das seguintes etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

O estudo foi realizado entre abril de 2018 e março de 2019. A coleta de dados teve início após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, sob o nº de parecer 2.955.398, e abrangeu o período de outubro de 2018 a janeiro de 2019.

Resultados e discussão

Entre os 16 médicos residentes entrevistados, 12 estavam no curso do segundo ano de residência. A maioria é do sexo feminino, com média de 31 anos, casada ou em união estável. Quatro participantes declararam vínculo profissional como médicos de família no município de Recife. Três realizaram pós-graduação *lato sensu* (com carga horária igual ou superior a 360 horas). Destes, dois foram bolsistas do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica.

Realizou-se escuta, transcrição e leitura imersiva do material. A identidade de cada participante foi codificada na forma da sigla "MR" (médico residente) seguida de um numeral. Os identificadores MR1 a MR4 fazem referência a participantes que se encontravam no curso do primeiro ano de residência no momento da entrevista, enquanto identificadores MR5 a MR16 representam aqueles que estavam no curso do segundo ano. A partir da exploração textual as falas foram reagrupadas em quatro temas principais, de acordo com o desenvolvimento das entrevistas: (1) Uso de BZP no Contexto da APS, (2) Efeitos Adversos dos BZP, (3) Prescrição Racional de BZP e (4) BZP na Formação Profissional.

Uso de BZP no contexto da APS

O primeiro tema abrange aspectos relacionados à farmacoepidemiologia dos BZP e suas indicações no contexto abordado. Surgiu com a indagação dos participantes acerca de sua percepção sobre o uso e a prescrição de BZP na APS. As falas apontam para um consenso entre os participantes com relação ao uso crônico e à prescrição excessiva e inadvertida desses medicamentos no contexto das Unidades de Saúde da Família (USF). Para a maioria dos entrevistados a farmacoepidemiologia dos BZP constitui um problema

de saúde pública que extrapola os limites da região em que atuam. Destacam-se as seguintes falas nesta categoria:

...a gente percebe que o uso normalmente é indevido, a gente não tem o controle, assim, nem sempre há realmente a necessidade do uso daquele benzo, é usado de longa, assim, cronicamente, e a gente não consegue fazer a retirada, não tem esse diálogo, pelo menos que eu perceba... (MR1)

Eu acredito que o uso do benzodiazepínico na Atenção Primária à Saúde é indiscriminado. Há um uso sem passar pelo crivo de avaliação da real necessidade ou então de uma provável substituição por outras medicações que tenham um impacto melhor na indicação. (MR10)

Eu trabalhei em outras unidades, além daqui, em outras cidades também e eu percebi que existe um uso indiscriminado assim do benzodiazepínico, de pessoas que tão usando, não sabem nem porque começaram a utilizar e que hoje tão dependentes e também não entendem o porquê tem que parar o uso, e eu vejo muitos profissionais que prescrevem sem nem saber as indicações reais... (MR15)

Benzodiazepínicos tornaram-se fármacos mundialmente populares entre médicos e população geral nas décadas de 1970 e 1980 por suas diversas possibilidades terapêuticas e menor risco de depressão respiratória em relação aos barbitúricos. Conforme sua eficácia terapêutica e segurança vieram a ser demonstradas, a prescrição de BZP tornou-se cada vez mais frequente. Encontram-se atualmente entre os grupos de medicamentos mais prescritos e consumidos no mundo, com potencial considerável de prescrição inadequada e abuso.[22] Embora países desenvolvidos tenham implementado ações consistentes de vigilância da venda e consumo desses medicamentos, tais iniciativas ainda são relativamente escassas em países como o Brasil, fato que impõe dificuldades na determinação da magnitude do problema.[22,23,24]

Estudo com o objetivo de quantificar a distribuição e consumo de BZP no Brasil, utilizando como unidade amostral as 27 capitais brasileiras, concluiu que o consumo médio para a população de todas as capitais foi de 3,60 DHD (unidade que corresponde à dose média diária por 1000 habitantes por dia), sendo que as capitais da região Norte apresentam a menor média de consumo, e as da região Sudeste a maior.[23]

Pesquisa qualitativa com informantes-chave na cidade de São Paulo-SP evidenciou a existência de dois perfis de usuário de BZP: idosos em busca do efeito hipnótico e indivíduos de meia idade, principalmente de sexo feminino, que buscam efeito ansiolítico.[25] Esses dados são corroborados por outros estudos.[26,27]

Um estudo transversal realizado em 2013 na região oeste de Minas Gerais utilizou uma amostra de 219 usuários de uma farmácia municipal de referência que atende quatro equipes de saúde da família. O perfil identificado evidenciou prevalência de mulheres entre 50 e 69 anos, de baixo nível socioeconômico, vulnerabilidade à farmacodependência e história de doenças crônicas. Uso prolongado foi identificado em 57,5% dos indivíduos, os quais relataram uso de BZP há mais de 3 anos.[27,28]

As falas a seguir contemplam respostas dadas pelos participantes ao serem indagados sobre as indicações que comumente levam a prescrição de BZP no contexto da APS:

"*A gente sabe que você pode usar o benzodiazepínico em casos de depressões graves, em casos de surtos psicóticos, mas... assim, seria essas poucas indicações, alguns pacientes psiquiátricos... Não são drogas de primeira linha, por isso que eu fico meio assim difícil de te dizer...* (MR3)

A maioria das pessoas que chegam, aí eu pergunto, "porque que você começou a tomar esse remédio, quem foi que passou pra você?". Na maioria das vezes é porque foi pra ajudar a dormir, né... Não conseguia dormir, doutora, e por isso que o médico passou pra mim". (MR9)

No meu contexto as principais indicações são transtorno de pânico, síndromes depressivas e outras síndromes ansiosas e algumas síndromes psicóticas, principalmente TOC, transtorno bipolar e esquizofrenia como adjuvante pra garantia do sono, pra que o sono da pessoa não seja um disruptor de uma nova crise, acho que são principalmente esses. (MR13)

A maioria dos participantes destacou a insônia como principal indicação para o uso de BZP na APS. Também foram frequentemente citados sintomas depressivos e ansiedade. Apenas quatro entrevistados discorreram sobre o uso de BZP na síndrome de abstinência alcóolica. Embora os participantes tenham relacionado diversas

possibilidades terapêuticas, percebe-se hesitação em determinar situações clínicas para as quais os BZP possam ser indicados como fármacos de escolha.

A utilização de hipnóticos não-benzodiazepínicos, como o zolpidem, foi relatada por apenas um dos participantes, a despeito de evidência acumulada em favor de sua maior eficácia no tratamento dos distúrbios do sono. Hipnóticos não-benzodiazepínicos possuem mecanismo de ação semelhante ao dos BZP, atuando como agonistas dos receptores GABA, porém apresentam maior seletividade farmacológica.[29]

Os BZP têm como propriedades terapêuticas os efeitos sedativo e hipnótico. São utilizados nos transtornos ansiosos e como adjuvantes em diversos contextos psicopatológicos que cursam com sintomas de ansiedade, como transtorno depressivo maior. Demonstram eficácia no tratamento agudo das convulsões e no manejo crônico da epilepsia. São utilizados como relaxantes musculares, no tratamento da abstinência alcóolica e, devido a sua capacidade de provocar amnésia anterógrada, em procedimentos cirúrgicos invasivos.[30]

Efeitos adversos dos BZP

Em relação à segunda categoria, Efeitos Adversos dos BZP, destacam-se as seguintes colocações feitas pelos participantes ao serem inquiridos sobre suas vivências:

O paciente quando ele fica sem o benzodiazepínico ele chega trêmulo na unidade de saúde e ele chega a surtar, ele entra em confronto com o meio social em que vive, com a família, ele adoece, sem o benzodiazepínico ele adoece quem tá em torno. (MR2)

Assim, a única coisa que a gente mais vê é o quadro de dependência que é estabelecido por uso crônico de benzodiazepínico, né? De cabeça assim no momento eu não lembro... No momento eu não lembro não. (MR4)

Dependência, a principal... Muitas pessoas também se queixam que após o uso assim, muitos anos benzodiazepínico, perda de memória ou então capacidade de fixar ou então capacidade de concentração... (MR15)

Já presenciei quadros de abstinência mesmo. Já tive uma idosa que sofreu queda com fratura de fêmur, usava benzodiazepínico a longo prazo, o que a gente não indica, né? (MR16)

Os participantes deram ênfase aos fenômenos de tolerância e dependência ao discorrem sobre as complicações e efeitos adversos decorrentes do uso de BZP. O

aumento do risco de queda e a perda de memória, principalmente em idosos, também foram destacados. Nenhum dos entrevistados citou a polifarmácia e a interação dos BZP com outras substâncias depressoras do sistema nervoso central, fato de grande relevância em um contexto de significativa prevalência de alcoolismo nas comunidades e maior uso desses fármacos entre idosos com múltiplas comorbidades.

Vivemos em um cenário de intensa medicalização social, onde o cuidado em saúde é muitas vezes associado à terapia farmacológica. Esse fenômeno emergiu também no campo da saúde mental, na medida em que ocorreu a transição de um modelo interpretativo psicodinâmico para uma concepção organicista da mente.[31] O surgimento e introdução de novos medicamentos, o marketing da indústria farmacêutica e os hábitos prescricionais inadequados por parte de profissionais médicos favoreceram sinergicamente o consumo elevado de psicotrópicos como os BZP.[32]

A literatura demonstra cada vez mais restrições ao uso de BZP devido à efeitos adversos e complicações relativas ao seu efeito depressor do sistema nervoso central, entre elas o déficit cognitivo, a diminuição da atividade psicomotora, a desinibição paradoxal e a sinergia depressora no uso concomitante a outras drogas, principalmente o álcool. A intoxicação aguda em decorrência do uso isolado de BZP é um fenômeno raro, porém esses medicamentos são frequentemente usados junto a outros psicotrópicos que podem potencializar esse risco, incluindo diversos fármacos hipnóticos, antidepressivos com efeito sedativo, neurolépticos e anticonvulsivantes.[33]

O uso prolongado de BZP frequentemente se associa aos fenômenos de tolerância e dependência, que têm como consequências, respectivamente, o aumento da dose necessária para obter o mesmo efeito terapêutico e o aparecimento de sinais e sintomas cujo controle se dá pelo uso do medicamento. Estima-se que até 50% dos indivíduos que fazem uso de BZP durante o período de um ano venham a desenvolver sintomas relacionados à síndrome de abstinência quando da suspensão do fármaco.[9,10]

Prescrição racional de BZP

Os entrevistados foram estimulados a falar sobre medidas que implementam em sua rotina com vistas à prescrição segura de BZP, o que possibilitou realizar a análise do material sob a luz da terceira categoria, Prescrição Racional de BZP, cujas falas ilustrativas listo a seguir:

De uma primeira consulta eu jamais passo um benzodiazepínico. A depender de uma segunda, uma terceira consulta, conversando com o paciente, entendendo o entorno, os determinantes sociais a que ele está predisposto, entendendo a vida dele como um todo... e de muitas conversas é que se introduz o benzodiazepínico também já com data de retirada dessa medicação. A gente sabe os efeitos que tem e os efeitos que tem a longo prazo, que pode destruir a vida de uma pessoa. (MR2)

Primeiro avaliar bem o usuário, ver se não é um processo natural. Às vezes a gente quer medicalizar o processo que é natural, que não é patológico. E aí ter bem claro o que é que é natural, o que é que é patológico, dar essa assistência, no caso por exemplo do luto, numa situação traumática, dar assistência psicológica ou até médica mesmo né, como médico de família. (MR10)

Primeiro a avaliação da indicação, segundo a prescrição do melhor benzodiazepínico que consiga fazer, que tenha uma meia vida adequada pra aquela faixa etária, pra aquele indivíduo, que não seja necessariamente só o que existe disponível na rede, como clonazepam com uma meia vida muito mais... um pouco curta e o diazepam com uma meia vida bem mais longa, então, a escolha do benzodiazepínico ideal e reforçar o vínculo, pra que o benzodiazepínico desde o começo seja visto como adjuvante e isso não se modifique, que o benzodiazepínico seja visto sempre como auxiliar, sabendo que é algo que vi entrar, mas que tem data pra sair, é o que eu costumo dizer sempre, ela é uma medicação muito boa, mas ela tem o dia de entrar e o dia de ir embora, porque ela não pode se tornar uma bengala pra pessoa. (MR13)

Observa-se entre os entrevistados uma percepção adequada da necessidade de avaliação clínica criteriosa pelo profissional antes de iniciar um BZD. Além disso, os participantes demonstram que a atuação no contexto da APS ocorre de forma peculiar, com base na perspectiva interpessoal e na integralidade do cuidado. Foi destacada a importância da formação e fortalecimento do vínculo terapêutico entre profissional e usuário, com o estabelecimento de uma gestão de cuidado eficaz.[16]

O Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) foi preconizado por Stewart et al.[34] caracteriza-se pela proposição da abordagem de três aspectos durante a consulta clínica: perspectiva do médico, relacionada aos sinais e sintomas; perspectiva do paciente, com suas emoções, angústias e experiência de adoecimento; e a integração entre elas. A abordagem clínica tradicional vem sendo paulatinamente substituída pelo MCCP, em

reconhecimento à importância de oferecer cuidado individualizado e integral, tendo por pressuposto que a comunicação empática é uma competência que pode ser ensinada e aprendida durante o processo formativo.[34,35]

Outra ferramenta relevante incorporada à prática clínica do médico de família e comunidade é a prevenção quaternária. Face à dimensão iatrogênica da assistência médica, Marc Jamoulle, médico de família belga, definiu em 1986 o conceito de prevenção quaternária como o conjunto de ações implementadas para identificar um paciente ou população em risco de medicalização, protegê-los de intervenções médicas invasivas e propor procedimentos e/ou cuidados eticamente aceitáveis.[36,37]

O conceito de prevenção quaternária traz a noção de que as intervenções médicas, sejam invasivas ou não, possuem potencial iatrogênico e necessitam ser avaliadas à luz das melhores evidências, considerando o indivíduo de forma holística e valorizando sua experiência de adoecimento.

A seguinte fala evidencia noções de MCCP e prevenção quaternária que devem ser incorporadas na prática do especialista em MFC, além do princípio da longitudinalidade do cuidado, elemento basilar no âmbito da APS:

Para prescrever com segurança, o que a gente sempre tenta fazer lá na unidade é educar o paciente, informar do porquê e pra quê a gente tá passando remédio e deixar claro que a medicação ela não é a conduta salvadora, faz parte de outras condutas que a gente tenta empoderar o paciente assim dessa questão de que ele pode fazer outras coisas pra buscar a saúde dele, que não seja medicação, mas a medicação vai estar ali como tentativa de resgate, a gente tenta tirar a ideia de que o medicamento ele é a única fonte de cura entre aspas, né, do problema dele, e orienta sempre em relação ao uso limitado, evita passar receitas com muitas caixas, diz que só vai renovar a receita quando ele voltar para poder reavaliar se precisa usar ou não, se precisa diminuir dose, esse tipo de coisa, a gente sempre informa muito o paciente do uso dos efeitos colaterais e de como a gente quer fazer esse remédio. (MR8)

Estudo realizado por Auschewski et al.[38] analisou entrevistas com 148 pacientes usuários de BZP. A maioria fazia uso prolongado, superior a um ano, e declarou receber poucas orientações médicas sobre os efeitos adversos associados a esses fármacos. O mesmo trabalho relata ainda que poucos pacientes foram orientados em relação ao tempo de uso do medicamento (22%).

Tem-se como fatores importantes na prescrição racional de BZP a dose administrada diariamente e o tempo de uso do medicamento. A incidência de dependência é baixa naqueles que usam BZP durante três meses. O risco aumenta em 10 a 15% para aqueles que utilizam pelo período de três a 12 meses.[39]

O uso de BZP deve ser reservado ao tratamento de sintomas ansiosos e insônia de estabelecimento agudo, relacionados a recente estresse psicossocial. A prescrição para casos de ansiedade crônica e sintomas pouco significativos nas atividades rotineiras do paciente encontra pouco respaldo na literatura.[40] Importante considerar que essa classe de medicamentos tem como maior utilidade o alívio sintomático nos primeiros meses de terapia, enquanto ocorrem os ajustes nos medicamentos de manutenção, e que devem ser descontinuados quando do controle adequado dos sintomas.[30,41]

O conhecimento da farmacodinâmica dos BZP é um importante elemento a se considerar para uma prescrição racional e segura desses psicofármacos. Como ponto de fragilidade observa-se que houve uma única menção entre os residentes da indicação de fármacos BZP específicos para determinados contextos terapêuticos, como por exemplo a escolha preferencial de BZP de menor meia vida, que não geram metabólitos ativos, no manejo da insônia no curto prazo. Assim, a prescrição de BZP sem consideração às características farmacodinâmicas específicas associa-se a um maior risco de efeitos adversos, especialmente em pacientes idosos.[42]

Alguns representantes da classe dos BZP possuem menor efeito sedativo, como alprozolam e clonazepam, sem no entanto perder suas propriedades ansiolíticas. Apesar de exigir cuidadoso monitoramento de enzimas e função hepática, o lorazepam oferece maior segurança terapêutica em pacientes com doenças hepáticas. Ainda, por ter baixa potência e meia vida curta, pode ser usado “sob demanda” no contexto de uma pessoa com transtorno depressivo e sintomas ansiosos durante o dia. O midazolam, por ter meia vida de 2 a 7 horas e potente efeito hipnótico, é de pouco interesse na rotina do médico de família, sendo um fármaco utilizado principalmente para fins de indução anestésica.[40]

O uso de BZP é contraindicado em gestantes e lactantes, pois as moléculas lipofílicas são capazes de atravessar a barreira placentária e são eliminadas no leite materno, com possibilidade de efeitos sedativos no feto e ocorrência de síndrome de abstinência no recém-nascido, caso o uso materno ocorra ao final da gestação.[43]

BZP e Formação Médica

Destacam-se algumas falas que discorrem sobre a categoria BZP e Formação Profissional. Os participantes foram questionados sobre a abordagem da temática durante o processo de formação na graduação e na residência médica. A seguir foram estimulados a relacionar as potencialidades e fragilidades desse processo.

Pra ser sincero assim, a experiência que a gente vai ganhando durante a graduação é que "não prescreva benzodiazepínicos", e aí você sabe assim que, quem toma benzodiazepínico é tudo viciado... mas assim, de formação, muito pouca, eu vim ter uma vivência melhor aqui na residência, onde a gente tem aula, a gente tem uma preceptora, a gente tem um manejo de pesquisar mais sobre o assunto. (MR3)

Na graduação eu lembro mais assim das aulas de farmacologia, que não eram aulas dadas por médicos era pelo pessoal formado na área de farmácia, era uma abordagem muito científica mesmo né, farmacocinética, farmacodinâmica, indicações de uso e tal. Mas não havia outro tipo de abordagem, abordagem clínica, tudinho... sobre isso não. (MR8)

Veja, a gente vê sinceramente, a gente vê benzodiazepínico muito mais assim, quando passa por farmacologia né, quando passa por fármaco a gente vê o que é o benzodiazepínico, como é que ele funciona, tal. Quando passa na saúde mental, a gente fala um pouquinho sobre benzodiazepínico também. mas assim, eu vejo que não é tão abordado quanto a esse efeito... na população sabe, a gente até vê assim o efeito na pessoa, mas assim, em termos de comunidade. (MR9)

Eu vi assim na cadeira de psiquiatria, que é aquela tuia de medicamento, que pra cada problema você usa um medicamento diferente, uns kits que tem, né, que até hoje sinceramente eu acho que eu tenho um pouco de trauma até, de abordar saúde mental muito por causa disso. Porque eu fico assustada com a quantidade de medicamento, até por exemplo... na emergência, e quando você vê uma loucura de coisa que o pessoal passa, você não entende... E na residência a gente tem a abordagem, com meu preceptor ele é bem empenhado nessa desprescrição... ele é bem empenhado nessa parte e a gente teve nos seminários, de temas clínicos. (MR11)

Parte significativa dos entrevistados relata que a abordagem do uso e prescrição racional de BZP durante a graduação não faz jus aos desafios encontrados no contexto da APS, e que isso se dá principalmente por um ensino descontextualizado, durante o ciclo básico de formação, com foco nos conhecimentos farmacológicos.

Quando discorrem sobre os estágios em saúde mental durante a graduação, relatam experiências no âmbito hospitalar. A maioria relata que a temática foi abordada de forma contextualizada apenas durante a residência em MFC, seja através dos espaços teóricos previstos no currículo dos programas, seja por meio da abordagem durante a rotina de serviço, junto aos seus preceptores nas USF.

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina[44] preconizam a formação de profissionais médicos aptos a atuarem em consonância com realidade sanitária local. Para isso os egressos necessitam obter uma sólida formação geral, sendo capazes de atuar nos âmbitos de promoção da saúde e prevenção de agravos, em escala individual e coletiva, de acordo com as demandas do sistema de saúde e seus usuários.

As metodologias ativas de aprendizagem têm sido adotadas por muitas instituições de ensino superior brasileiras como resposta a tais demandas, oferecendo processos educacionais que valorizam o aprendizado significativo e promovem uma maior integração entre ensino e prática assistencial. Metodologias ativas têm como princípio fundamental possibilitar ao estudante o protagonismo na construção do próprio conhecimento, com os tutores desempenhando o papel de facilitadores no processo de ensino-aprendizagem. Dentre diversas correntes, a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) é uma das mais utilizadas pelas escolas médicas brasileiras.[45]

Em sinergia com as novas metodologias de ensino-aprendizagem, faz-se cada vez mais necessário a implementação de estratégias didático-pedagógicas que favoreçam a contextualização com a realidade social brasileira. Em diversos países, o Ensino Baseado na Comunidade (EBC) compõe um dos referenciais que contribuem para a integração curricular e proporcionam ao estudante uma maior intimidade com a realidade na qual atuará após a graduação. A integração de conteúdos básicos e clínicos através da problematização de casos prevalentes no contexto da Atenção Primária à Saúde e da Estratégia Saúde da Família pode contribuir com a formação de profissionais médicos mais preparados para lidar com as demandas de saúde das comunidades.[46]

Todos os entrevistados manifestaram interesse em realizar capacitação para o aprimoramento das habilidades e competências no manejo racional de BZP. As sugestões incluem cursos em plataforma de Ensino à Distância (EaD), cursos presenciais com discussão de casos contextualizados na Atenção Primária à Saúde e oficinas para

resolução de problemas. Por tratar-se de temática com importante implicação no cenário assistencial e epidemiológico, faz-se necessário sensibilizar coordenadores de programas de ensino em nível de graduação e pós-graduação, além de gestores de secretarias municipais de saúde, no sentido de planejar e implementar programas de capacitação para todo profissional que atua na Estratégia Saúde da Família.

Conclusão

As entrevistas realizadas neste estudo mostram que os residentes possuem uma percepção incipiente sobre a farmacoepidemiologia dos benzodiazepínicos, resultado de suas vivências nos cenários de prática, porém os mesmos não demonstram um conhecimento estruturado em relação à problemática. Pode-se inferir através dos dados analisados a existência de lacunas e fragilidades no conhecimento dos residentes em relação às indicações terapêuticas dos benzodiazepínicos, práticas de prescrição racional e efeitos adversos esperados.

A maioria dos participantes relatou insuficiência na abordagem da temática durante a graduação médica, com críticas ao enfoque predominantemente farmacológico, pouco contextualizado com a realidade que observam nos cenários de prática profissional.

Por fim, todos os participantes reconheceram a relevância de abordar o tema de forma mais consistente e contextualizada durante a graduação e a residência médica, além de demonstrarem interesse no aprimoramento de competências para o manejo de benzodiazepínicos através de capacitações e iniciativas de educação continuada.

Referências

1. Mitjavila M. Medicalização, risco e controle social. Tempo soc. 2015;27(1):117-137.
2. Starfield B. Is US health really the best in the world? J Am Med Assoc. 2000;284(4):483–5.
3. Mendonça VS, Custodio EM. Erro médico No Brasil: cenário de antinomias. *Bol.* - Acad. Paul. Psicol. 2015;35(89):508-525.
4. Zanella M, Luz HHV, Benetti IC, Roberti JJP. Medicalização e saúde mental: Estratégias alternativas. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. 2016;15:53-62.

5. Moura DCN, Pinto JR, Martins P, Pedrosa KA, Carneiro MGD. Uso abusivo de psicotrópicos pela demanda da estratégia saúde da família: revisão integrativa da literatura. Sanare Revista de Políticas Públicas. 2016;15(2):136-144
6. Sirdifield C, Anthierens S, Creupelandt H, Chipchase SY, Christiaens T, Siriwardena AN. General practitioners' experiences and perceptions of benzodiazepine prescribing: systematic review and meta-synthesis. BMC Family Practice. 2013;14:191.
7. Lader MH. Limitations on the use of benzodiazepines in anxiety and insomnia: are they justified? Eur Neuropsychopharmacol. 1999;14(6):399–405.
8. Wanderley TC, Cavalcanti AL, Santos S. Práticas de saúde na atenção primária e uso de psicotrópicos: uma revisão sistemática da literatura. Rev Ciênc Méd Biol. 2013;12(1):121-6.
9. Bicca MG, Argimon IIL. Habilidades cognitivas e uso de benzodiazepínicos em idosas institucionalizadas. J Bras Psiquiatr. 2008;57(2): 133-38.
10. Nastasy H, Ribeiro M, Marques APR. Abuso e dependência dos benzodiazepínicos. Projeto Diretrizes. 2008;1-10.
11. Straand J, Rokstad K. General practitioners' prescribing patterns of benzodiazepine hypnotics: are elderly patients at particular risk for overprescribing? A report from the Møre & Romsdal Prescription Study. Scand J Prim Health Care. 1997;15(1):16-21
12. Bendtsen P, Hensing G, McKenzie L, Stridsman AK. Prescribing benzodiazepines--a critical incident study of a physician dilemma. Soc Sci Med. 1999;49(4):459-67.
13. Cook JM, Marshall R, Masci C, Coyne JC. Physicians' perspectives on prescribing benzodiazepines for older adults: a qualitative study. J Gen Intern Med. 2007;22(3):303-7.
14. van Rijswijk E, Borghuis M, van de Lisdonk E, Zitman F, van Weel C. Treatment of mental health problems in general practice: a survey of psychotropics prescribed and other treatments provided. Int J Clin Pharmacol Ther. 2007;45(1):23-9.
15. Nordon DG, Von C, Hübner K. Prescrição de benzodiazepínicos por clínicos gerais. Diagn Trat [Internet]. 2009 [citado 1 de fevereiro de 2018];14(2):66–9.

16. Binotto A, Santos L, Lourosa Q, Sant'Anna S, ZAnetti A, Forster A, et al. Interface saúde da família & saúde mental: uma estratégia para o cuidado. Rev Bras Med Família e Comunidade. 2012;7(23):83–9
17. Justino ALA, Oliver LL, Melo TP de, Justino ALA, Oliver LL, Melo TP de. Implantação do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil. Cien Saude Colet. 2016;21(5):1471–80.
18. World Organization of Family Doctors. A definição europeia de medicina geral e familiar. Barcelona: Wonca Europa, OMS; 2002.
19. Júnior NL, organizador. Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). 2015.
20. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 6. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
21. Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2016.
22. Dell'osso B, Lader M. Do benzodiazepines still deserve a major role in the treatment of psychiatric disorders? A critical reappraisal. Eur Psychiatry. 2013;28:7-20.
23. Azevedo AJP, Araújo AA, Ferreira MAF. Consumo de ansiolíticos benzodiazepínicos: uma correlação entre dados do SNGPC e indicadores sociodemográficos nas capitais brasileiras. Cien Saude Colet 2016; 21(1):83–90.
24. Nastasy H, Ribeiro M, Marques ACPR. Abuso e Dependência dos Benzodiazepínicos. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Psiquiatria; 2008.
25. Orlandi P, Noto AR. Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave no município de São Paulo. Rev Lat Am Enfermagem 2005; 13(spe):896–902.
26. Nappo SA, Carlini EA, Araújo MD, Moreira LFS. Prescription of anorectic and benzodiazepine drugs through notification B prescriptions in Natal, Rio Grande do Norte, Brazil. Braz J Pharm Sci. 2010;46(2):297-3.
27. Nordon DG, Akamine K, Novo NF, Hübner CK. Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária. Rev Psiquiatr do Rio Gd do Sul 2009;31(3):152–8.

28. Silva VP, Botti NCL, Oliveira VC, Guimarães EAA. Características do uso e da dependência de benzodiazepínicos entre usuários: atenção primária à saúde. Rev Enferm UERJ 2016;24(6):8783
29. Ancoli-Israel S, Richardson GS, Mangano RM, Jenkins L, Hall P, Jones WS. Long-term use of sedative hypnotics in older patients with insomnia. Sleep Med. 2005;6(2):107-13.
30. Sadock BJ, Sadock VA. Terapias Biológicas – Benzodiazepínicos. Em: Compêndio de Psiquiatria – Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica; 9ed. Porto Alegre, Artmed, 2007.
31. Zanella M, Luz HHV, Benetti IC, Roberti JJP. Medicalização e saúde mental: Estratégias alternativas. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. 2016;15:53-62.
32. Paprocki J. O emprego de ansiolíticos benzodiazepínicos pelo clínico geral e por especialistas não psiquiatras. Rev ABP-APAL 1990;64(5):305-12.
33. Longo LP, Johnson B. Addiction: Part. I. Benzodiazepines- side effects, abuse risk and alternatives. Am Farm Physician 2000;61(7):2121-8.
34. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2017. 393p.
35. Ballester D, Zuccolotto SMC, Gannam ASA, Escobar AMU. A inclusão da perspectiva do paciente na consulta médica: um desafio na formação do médico. Rev Bras Educ Med 2010;34(4):598-606.
36. Bentzen N, editor. Wonca International Dictionary of General/Family Practice: Wonca International Classification Committee; 1999.
37. Jamoulle M. A propos d'un dessin. Ethica Clinica. 2013; 70:28-31.
38. Auchewski L, Andreatini R, Galduróz JCF, Lacerda RB. Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos. Rev Bras Psiquiatr. 2004;26(1):24-31.
39. Graeff FG, Guimarães FS. Fundamentos de psicofarmacologia. 1ª ed. São Paulo: Editora Atheneu; 1999.
40. Gusso G, Lopes JMC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed; 2012.

41. American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults.J Am Geriatr Soc. 2012;60(4):616-631.
42. Mendonça RT, Carvalho ACD. O consumo de benzodiazepínicos por mulheres idosas. Rev Eletr Saúde Mental Álcool Drogas. 2005;1(2):1-13.
43. Tripathi BM, Majumder P. Lactating mother and psychotropic drugs. Mens Sana Monogr. 2010;8(1):83–95.
44. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 23 jun. 2014; Seção 1, p. 8.
45. Schmidt HG. As Bases Cognitivas da Aprendizagem Baseada em Problemas IN: Mamede S, Penaforte J (orgs). Aprendizagem Baseada em Problemas: anatomia de uma nova abordagem educacional. Fortaleza: HUCITEC; 2001. p.79-108.
46. Chini H, Osis MJD, Amaral E. A Aprendizagem Baseada em Casos da Atenção Primária à Saúde nas Escolas Médicas Brasileiras 2018;42(2):45–53.

APÊNDICE VII – RELATO DE EXPERIÊNCIA

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE

MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PARA O ENSINO NA ÁREA DE SAÚDE

Prescrição e uso de benzodiazepínicos na percepção de residentes de medicina de família e comunidade: um relato de experiência

Prescription and use of benzodiazepines in the perception of residents of family and community medicine: an experience report

Autores:

Lucas Vasconcelos Ponzo

Graduação em Medicina pela Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS). Mestrado em Educação para o Ensino na Área de Saúde na FPS. E-mail: lucasvponzo@outlook.com. Endereço: Rua Nunes Machado, 119, Soledade, Recife-PE.

Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa

Psicólogo. Doutor em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Docente dos programas de mestrado profissional em Educação para o Ensino na Área de Saúde e Psicologia da Saúde da FPS. E-mail: leopoldo@fps.edu.br. Endereço: Av. Marechal Mascarenhas de Morais, 4861, Imbiribeira, Recife-PE.

Arturo de Pádua Walfrido Jordán

Graduação em Medicina pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Mestre em Educação para o Ensino na Área de Saúde pela Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS). E-mail: arturojor@yahoo.com.br.

Recife-PE - Brasil

Resumo

Contextualização: Esse relato de experiência é baseado em um estudo que analisou os saberes de residentes em medicina de família e comunidade sobre prescrição e uso racional de benzodiazepínicos no âmbito da atenção primária. Em um contexto de medicalização no campo de saúde mental, buscou-se analisar o conhecimento de residentes para esta atuação. *Descrição da experiência:* Durante estágio em uma Unidade de Saúde da Família (USF) na periferia do Recife, constatou-se um cenário de alta prevalência de usuários crônicos de BZP, especialmente idosos. Trocas de experiência com preceptores e residentes durante a prática diária proporcionaram a percepção de um quadro de abuso e prescrição inadequada desses fármacos no contexto das comunidades, cenário corroborado pela revisão bibliográfica que se sucedeu. Diante dessa vivência e percebendo as lacunas em relação às competências para o manejo seguro de BZP, empreendemos um estudo qualitativo com o objetivo de analisar os saberes dos residentes em MFC em relação à temática, experiência que nos proporcionou um vislumbre dos desafios assistenciais e educacionais a enfrentar para dirimir esse grave problema. *Considerações finais:* A análise das entrevistas com os residentes apontou para importantes fragilidades no conhecimento em relação à prescrição racional de benzodiazepínicos e seus principais efeitos adversos. Trouxe ainda um vislumbre sobre limitações do modelo tradicional de formação médica, que não tem se mostrado capaz de prover aos egressos competências necessárias para intervir na realidade assistencial na atenção primária.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Educação Médica; Saúde Mental; Benzodiazepinas.

Abstract

Contextualization: This report of experience is based on a study that analyzed the knowledge of residents of family and community medicine about the prescription and rational use of benzodiazepines in primary care. In a context of medicalization in the field of mental health, we sought to analyze the knowledge of residents who work in primary health care regarding the rational prescription of benzodiazepines (BZP). *Description of the experience:* The author, at the time of a professional master's degree in education and residency in Family and Community Medicine (FCM), during an internship at a Family Health Unit (FHU) in the outskirts of Recife, encountered a scenario high prevalence of chronic BZP users, especially the elderly. Exchanges of experience with preceptors and residents during daily practice and theoretical curricular activities provided the perception of a framework of abuse of these drugs in the context of communities, a scenario corroborated by the bibliographic review that succeeded. In face of this experience and perceiving the shortcomings in relation to the competences for the safe management of BZP, we undertook a qualitative study with the objective of analyzing the knowledge of the residents in FCM in relation to the theme, an experience that gave us a glimpse of the assistance and educational challenges to to deal with this serious problem. *Final considerations:* The analysis of the interviews pointed to important weaknesses in the knowledge of resident physicians regarding the rational prescription of BZP and its main adverse effects. It also brought a glimpse of limitations of the traditional model of medical education, which has not shown itself capable of providing the necessary skills to intervene in the reality of care.

Keywords: Primary Health Care; Medical Education; Mental health; Benzodiazepines**.**

Contextualização

Vivemos em um contexto de medicalização de diversos aspectos da vida. Tal fenômeno se faz presente também no campo da saúde mental, onde as terapias farmacológicas passaram a desempenhar papel central no cuidado. O paradigma psicodinâmico deu lugar a uma perspectiva biologicista da mente, aproximando o sofrimento psíquico das doenças orgânicas. Junto às possibilidades terapêuticas emergiu uma miríade de efeitos adversos e complicações associadas ao uso de psicotrópicos, com impacto significativo na capacidade de custeio dos sistemas de saúde.[1,2]

Neste cenário os BZP, grupo de psicotrópicos que surgiu na década de 60, rapidamente ganharam popularidade entre usuários e médicos devido a sua eficácia terapêutica e toxicidade relativamente baixa em relação às principais alternativas disponíveis na época. Tais fármacos possuem amplo espectro terapêutico, com propriedades ansiolíticas, hipnóticas e miorrelaxantes.[3]

Estudos realizados nas décadas seguintes, no entanto, mostraram uma realidade preocupante em relação ao uso abusivo de BZD, e os fenômenos de tolerância e dependência começaram a ser observados em caráter epidêmico pelo mundo[4]. Soma-se a isso a ocorrência de diversos efeitos adversos, como aumento do risco de queda e perdas cognitivas, principalmente em idosos.[5]

Profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF), como médicos de família e comunidade, são potenciais colaboradores estratégicos na abordagem desse problema de saúde pública, uma vez que pela própria natureza de sua atuação encontram-se próximo às populações mais vulneráveis.[6]

De acordo com o Currículo Baseado em Competências proposto pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade em 2005, a abordagem de problemas de saúde mental pertence ao rol de competências esperadas para o médico de família e comunidade. Neste contexto, o manejo de terapias farmacológicas e não farmacológicas nos transtornos mentais mais frequentes na população geral foi classificado como uma competência essencial,

isto é, esperada para todo residente ao fim de seu processo de formação na especialidade.[7]

O pesquisador, à época residente em Medicina de Família e Comunidade (MFC) e discente de mestrado profissional em educação para o ensino na área de saúde, obteve vivência direta da realidade do uso crônico de BZP na comunidade na qual estava alocado. Diante da percepção das próprias limitações em relação ao manejo clínico dos usuários, bem como da hesitação de colegas de residência em lidar com esses pacientes em sua rotina, surgiu a ideia de explorar os saberes dos médicos em especialização sobre a problemática dos BZP no contexto da atenção primária.

As ferramentas aprendidas durante os módulos do programa de mestrado permitiram que pesquisador e colaboradores estabelecessem a hipótese de uma interface entre o problema observado no cenário de prática e as reflexões sobre o paradigma tradicional de formação médica, suas limitações e as metodologias que visam superá-las.

Imbuídos nessa perspectiva fomos a campo, em diversas Unidades de Saúde da Família do Recife, com o objetivo de analisar os saberes e vivências dos residentes sobre o uso e prescrição de BZP no contexto da APS, e assim identificar lacunas capazes de oferecer vislumbres para possíveis intervenções no processo formativo dos especialistas.

Descrição da experiência

A prática assistencial na atenção primária durante a residência em MFC proporcionou ao pesquisador a vivência dos desafios impostos ao profissional de saúde no contexto de uma comunidade de baixo nível socioeconômico e precárias condições sanitárias. Entre as diversas mazelas que comumente atingem as populações socialmente vulneráveis, logo deparou-se com uma alta prevalência de usuários crônicos de BZP, principalmente entre a população idosa do território, em um contexto de fragilidade da rede de apoio em saúde mental.

Houve a percepção de que muitos pacientes desconheciam os efeitos colaterais mais comuns e frequentemente não eram instruídos em relação à

duração da terapia com BZP. Notadamente esses pacientes representavam considerável parcela da demanda diária da unidade, muitas vezes comparecendo sem consulta programada e com o fim específico de obter nova receita de BZP.

As trocas de experiência com preceptores e residentes lotados em outras unidades durante atividades teóricas do programa de residência permitiram inferir que essa realidade não se limitava ao contexto local do território, oferecendo o primeiro vislumbre da relevância sanitária e epidemiológica da temática, especialmente no contexto da atenção primária.

Essa exploração empírica permitiu perceber as dificuldades relatadas pelos residentes em relação ao uso de BZP na prática clínica, suas indicações, efeitos adversos esperados e condutas para uma prescrição segura, o que remeteu sua atenção ao próprio processo de formação profissional. Foi inevitável refletir a hipótese de que temos ainda vários desafios a superar para que os egressos das escolas médicas iniciem sua vida profissional plenamente sintonizados com as doenças e agravos mais prevalentes na população, sendo capazes de lidar com as demandas da atenção primária com competência e segurança. Entre essas demandas tem lugar de destaque a saúde mental.

A partir dessa vivência e das reflexões que se sucederam, levantou-se o questionamento sobre o conhecimento dos residentes em MFC sobre o uso e prescrição de BZP no contexto da atenção primária a saúde, bem como a percepção da abordagem dessa temática durante sua formação profissional, desde a graduação.

Realizamos então um estudo qualitativo que envolveu a realização de entrevistas individuais com residentes de MFC vinculados a programas de ensino cujas unidades de assistência localizam-se na capital pernambucana.

As entrevistas aconteceram nas USF onde os participantes realizavam seus estágios e algumas vezes em local de preferência dos entrevistados. Os encontros eram agendados previamente com cada residente para que houvesse o mínimo impacto possível na rotina das unidades. Foi construído um roteiro de entrevista com questões relativas ao conhecimento dos participantes sobre BZP

no contexto da atenção primária, bem como sua percepção sobre a formação profissional em relação à temática. O autor registrou as falas com gravador de áudio digital e posteriormente as transcreveu. Utilizamos para análise das entrevistas o método sugerido por Minayo,[8,9] em sua variedade temática.

O estudo foi realizado entre abril de 2018 e março de 2019, devidamente autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, sob o nº de parecer 2.955.398. A realização das entrevistas impôs uma série de desafios, como as diversas Unidades de Saúde da Família a serem visitadas, muitas em região de difícil acesso, e a própria rotina assistencial, que diversas vezes frustrou nossas pretensões. Porém a experiência mostrou-se frutífera, na medida em que os residentes percebiam que a temática ecoava fortemente em sua realidade, no dia a dia da vivência clínica, o que resultou em uma postura interessada e cooperativa dos participantes.

Resultados e impactos

Os residentes entrevistados puderam compartilhar dificuldades e angústias envolvidas no manejo de pacientes fragilizados, muitos em dramática situação social, com diversas comorbidades e múltiplos medicamentos prescritos. Falaram sobre a dependência e a síndrome de abstinência associada ao uso de BZP e da difícil e muitas vezes frustrante experiência do desmame de BZP prescritos de longa data.

As entrevistas realizadas mostraram que os participantes possuem uma percepção incipiente sobre a farmacoepidemiologia dos benzodiazepínicos, resultado de suas vivências nos cenários de prática, porém não demonstram um conhecimento estruturado em relação à problemática. A experiência nos permite inferir através dos dados analisados a existência de lacunas e fragilidades no conhecimento dos residentes em relação às indicações terapêuticas dos benzodiazepínicos, práticas de prescrição racional e efeitos adversos esperados.

Pudemos lançar o olhar sobre nossa prática médica, e com isso percebemos que sempre há espaço para agir sobre nossa própria realidade e, assim, ousar modificar a de quem mais precisa. Foi possível, através da rememoração do processo formativo da graduação, e da apreciação da jornada durante a residência médica, tecer críticas ao paradigma tradicional que cria um abismo entre os saberes médicos e a realidade da vida profissional, percebendo assim como o tecnicismo é capaz de alienar o profissional das demandas que lhe são impostas pela assistência.

A abordagem da temática em estudo deu-se de forma descontextualizada, durante o ciclo básico de formação, com ênfase em aspectos farmacológicos. Em relação ao cenário de prática, os participantes apontam vivências no âmbito de serviços psiquiátricos ambulatoriais e de urgência, o que os distanciou das condições mais prevalentes em saúde mental.

Cabe destacar a existência de um corpus teórico que aponta na direção de metodologias ativas com potencial de promover uma aprendizagem significativa, entrelaçando o saber técnico com a assistência em saúde. Modelos como a Aprendizagem Baseada em Problemas, associados a estratégias didático-pedagógicas que atuem no sentido de promover um Ensino Baseado na Comunidade podem contribuir com a integração curricular, como demonstraram experiências exitosas em diversos países.[10,11]

Conclusões finais

Para intervir na realidade assistencial, principalmente em uma situação social complexa como a brasileira, precisamos ouvir os atores sociais e buscar compreender as vivências que se desenvolvem no próprio processo de formação. Ao analisar a temática sob a ótica de médicos residentes que abraçaram os cuidados primários como caminho profissional, os objetivos foram alcançados, de forma que a experiência nos permitirá subsidiar outras iniciativas com potencial de explorar a temática em suas múltiplas dimensões e, assim, propor soluções inovadoras.

A experiência relatada deve suscitar questionamentos sobre a adequação curricular dos cursos de graduação e programas de residência em

MFC, de acordo com a realidade assistencial e as competências esperadas para o profissional egresso. Para uma compreensão ampla da problemática, faz-se necessário investir em iniciativas que busquem explorar o uso e prescrição de BZP na perspectiva de outros atores sociais importantes no processo, o que inclui gestores públicos, coordenadores pedagógicos a nível de graduação e pós-graduação, docentes, preceptores e os próprios usuários do sistema de saúde.

Referências

1. Mitjavila M. Medicalização, risco e controle social. Tempo soc. 2015;27(1):117-137.
2. Lantz PM. The Medicalization of Population Health: Who Will Stay Upstream? Milbank Q. 2019;97(1):36–9.
3. Silva JA. História dos Benzodiazepínicos. In: Bernik MA, editor. Benzodiazepínicos, quatro décadas de experiência. São Paulo (SP): Edusp; 1999. p. 15-28
4. Schmitz A. Benzodiazepine use, misuse, and abuse: A review. Ment Heal Clin. 2016;(3):120–6.
5. Longo LP, Johnson B. Addiction: Part. I. Benzodiazepines- side effects, abuse risk and alternatives. Am Farm Physician 2000;61(7):2121-8.
6. Binotto A, Santos L, Lourosa Q, Sant'Anna S, Zanetti A, Forster A, et al. Interface saúde da família & saúde mental: uma estratégia para o cuidado. Rev Bras Med Família e Comunidade. 2012;7(23):83–9
7. Júnior NL, organizador. Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). 2015.
8. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 6. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
9. Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2016.
10. Schmidt HG. As Bases Cognitivas da Aprendizagem Baseada em Problemas IN: Mamede S, Penaforte J (orgs). Aprendizagem Baseada em

Problemas: anatomia de uma nova abordagem educacional. Fortaleza: HUCITEC; 2001. p.79-108.

11. Chini H, Osis MJD, Amaral E. A Aprendizagem Baseada em Casos da Atenção Primária à Saúde nas Escolas Médicas Brasileiras 2018;42(2):45–53.

APÊNDICE VIII

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE

MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PARA O ENSINO NA ÁREA DE SAÚDE

RELATÓRIO TÉCNICO

Produto do Mestrado Profissional em Educação para o Ensino na Área de Saúde

Assunto: Demonstrativo dos resultados da pesquisa "**Conhecimento sobre prescrição de benzodiazepínicos entre médicos residentes em Medicina de Família e Comunidade no Recife**".

1. Introdução

Benzodiazepínicos (BZP) são um grupo de medicamentos psicotrópicos com propriedades sedativas e hipnóticas desenvolvidos na década de 60 como uma alternativa relativamente segura em relação aos barbitúricos. Durante as décadas seguintes tornaram-se fármacos de amplo espectro terapêutico, sendo indicados para insônia, sintomas ansiosos e depressivos, episódios convulsivos e dores musculares.[1] Com o aumento de sua popularidade entre médicos e usuários, os BZP logo tornaram-se um dos grupos de medicamentos mais prescritos no mundo.[2]

Estima-se que 1,6% da população brasileira seja usuária crônica de BZP, e entre esses indivíduos a maioria faz uso devido a eventos estressantes comuns na vida diária.[3] Diversos estudos nacionais sugerem uma situação preocupante no que se refere à farmacoepidemiologia desses medicamentos no contexto da atenção primária à saúde (APS) no Brasil.[4,5]

Como profissional especialista no âmbito da APS, o médico de família tem uma importante função a desempenhar no enfrentamento a esse problema, uma vez que atua em maior proximidade dos usuários nas comunidades e lida rotineiramente com as demandas mais prevalentes em saúde mental.[6]

O Currículo Baseado em Competências, organizado em 2015 pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, estabelece como competência essencial do profissional egresso dos programas de residência na especialidade o manejo farmacológico e não farmacológico das afecções mentais comuns entre a população geral, dado que evidencia a importância de abordar o uso e a prescrição racional de BZP nos currículos a nível de pós-graduação em MFC.

O estudo objeto deste relatório, intitulado “Conhecimento sobre prescrição de benzodiazepínicos entre médicos residentes em Medicina de Família e Comunidade no Recife”, teve como objetivo explorar os saberes de médicos em processo de especialização sobre o uso e prescrição racional de BZP, suas contraindicações e efeitos adversos esperados, suscitando a reflexão sobre sua trajetória formativa desde a graduação em medicina.

2. Objetivos

Este relatório técnico tem como objetivo apresentar à Secretaria de Saúde do Recife os resultados encontrados a partir da pesquisa “**Conhecimento sobre prescrição de benzodiazepínicos entre médicos residentes em Medicina de Família e Comunidade no Recife**”. Espera-se por meio deste produto promover novas parcerias entre a gestão e comunidade acadêmica com vistas à avaliação e aprimoramento de programas de pós-graduação.

3. Metodologia

Realizada pesquisa de natureza qualitativa com utilização de entrevista individual semiestruturada, a partir de roteiro previamente elaborado pelo autor, envolvendo profissionais médicos matriculados nos programas de residência em MFC da Secretaria de Saúde do Recife e do IMIP.

A coleta de dados abrangeu o período de outubro de 2018 a janeiro de 2019, acontecendo em duas etapas. Primeiramente fez-se a aplicação de questionário para obtenção de variáveis sociodemográficas e de perfil de formação profissional, após o qual procedeu-se com a realização de entrevista individual gravada em áudio digital. Foi realizada transcrição das entrevistas e posterior análise de conteúdo em sua variedade temática, conforme proposição de Minayo.[8]

Os locais de coleta foram as USF da rede municipal onde os participantes encontravam-se alocados. Ocasionalmente o entrevistador foi ao encontro dos participantes em locais previamente escolhidos pelos mesmos em contato telefônico prévio.

Foram entrevistados 16 médicos residentes igualmente distribuídos entre os programas incluídos no estudo. Destes, 12 encontravam-se no segundo ano de residência médica e quatro no primeiro.

O estudo foi submetido por meio da Plataforma Brasil à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP, sendo aprovado sob o nº de parecer 2.955.398.

4. Análise dos dados

As entrevistas foram trabalhadas de acordo com as seguintes etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A análise temática resultou na determinação de quatro temas: uso de BZP no contexto da APS, efeitos adversos dos BZP, prescrição racional de BZP e BZP na formação profissional.

Verifica-se como resultado que os residentes possuem a percepção de que o uso crônico de BZP e a prescrição inadequada constituem um problema

relevante no contexto das comunidades nas quais estão inseridos. Relatam a existência de uma demanda que extrapola o uso terapêutico desses medicamentos.

Entre as indicações clínicas mais citadas nas entrevistas destacam-se a insônia, os sintomas depressivos e ansiosos. Quatro participantes discorreram sobre o uso de BZP na síndrome de abstinência alcóolica. Apesar de diversas indicações sugeridas, os residentes hesitam em determinar para quais situações clínicas os BZP podem ser prescritos como medicamentos de primeira linha. Houve apenas uma referência entre os participantes sobre alternativas farmacológicas aos BZP no manejo da insônia, como o zolpidem.

Em relação à prescrição racional, os participantes percebem a importância de uma abordagem clínica criteriosa antes de iniciar o uso de BZP e destacam a longitudinalidade e o estabelecimento de uma relação terapêutica significativa como elementos que conferem maior segurança ao usuário, em consonância com o que é preconizado no Método Clínico Centrado na Pessoa.[9]

Entre os efeitos adversos relatados destacam-se os fenômenos de dependência e abstinência. A maioria citou a piora cognitiva em idosos, especialmente aqueles com síndromes demenciais previamente estabelecidas, além do risco aumentado de queda. A despeito da prevalência significativa de alcoolismo nas comunidades, não foi citado o risco de intoxicação relacionado ao uso de BZP concomitante ao consumo de bebidas alcóolicas.

Houve apenas uma menção relativa à escolha de BZP com diferentes propriedades farmacodinâmicas para contextos clínicos específicos, o que aponta fragilidades nos conhecimentos sobre a farmacologia desses medicamentos.

Os participantes relataram que a temática foi abordada de forma descontextualizada durante a graduação, com foco em aspectos teóricos da farmacologia durante o ciclo básico e prática com ênfase em serviços hospitalares no ciclo clínico. Os relatos sugerem ainda uma maior carga horária dedicada à problemática no currículo das residências médicas.

Todos os entrevistados manifestaram interesse em realizar capacitação para o aprimoramento das habilidades e competências no manejo racional de BZP. As sugestões incluem cursos em plataforma de ensino à distância, cursos presenciais com discussão de casos contextualizados na APS e oficinas para resolução de casos complexos.

5. Conclusões

As últimas diretrizes curriculares para o curso de medicina preconizam a formação de profissionais generalistas, críticos, humanistas, éticos e reflexivos. Médicos que durante o processo formativo desenvolvam as habilidades, competências a atitudes necessárias para atuar de forma resolutiva no cenário socioeconômico brasileiro e, principalmente, no âmbito do Sistema Único de Saúde, ao lidar com as doenças e agravos mais prevalentes na população brasileira.

Infere-se a partir dos dados analisados a existência de fragilidades no conhecimento dos residentes sobre o uso de BZP no contexto da APS, práticas de prescrição racional e efeitos adversos esperados.

O estudo oferece uma contribuição no sentido de identificar, sob a perspectiva de médicos residentes, possíveis lacunas no processo de formação e desenvolvimento de competências para o manejo de BZD durante a graduação e a residência médica. Pretende, a partir dos produtos disponibilizados, fomentar novas iniciativas científicas que visem a exploração dessa temática em suas múltiplas dimensões, com a participação de gestores, preceptores e coordenadores de programas de ensino a nível de graduação e pós-graduação.

7. Referências

1. Schmitz A. Benzodiazepine use, misuse, and abuse: A review. Ment Heal Clin. 2016;(3):120–6

2. Olfson M, King M, Schoenbaum M. Benzodiazepine use in the United States. JAMA Psychiatry. 2015;72 2: 136- 42.

3. Laranjeira R, Castro LAPG. Dependência de Benzodiazepínicos. Publicações dependência química. 2000. Disponível em: http://www.uniad.org.br.

4. Nordon DG, Akamine K, Novo NF, Hübner C von K. Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária. Rev Psiquiatr do Rio Gd do Sul. 2009;31(3):152–8.

5. Santos PNP, Silva GKA, Andrade KVF. Perfil farmacoepidemiológico de benzodiazepínicos utilizados em indivíduos assistidos em unidades de saúde da família em Feira de Santana, Bahia, Brasil. Bol Inf Geum. 2014;5(1)33–43.

6. Binotto A, Santos L, Lourosa Q, Sant'Anna S, Zanetti A, Forster A, et al. Interface saúde da família & saúde mental: uma estratégia para o cuidado. Rev Bras Med Família e Comunidade. 2012;7(23):83–9

7. Júnior NL, organizador. Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). 2015.

8. Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2016.

9. Ribeiro, MMF. Amaral, CFS. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. Rev. bras. educ. med. 2008:32(1):90-97.

Recife, 29 de abril de 2019.

Lucas Vasconcelos Ponzo

Mestre em Educação para o Ensino na Área de Saúde - FPS

Arturo de Pádua Walfrido Jordán

Mestre em Educação para o Ensino em Saúde - FPS

Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa

Doutor em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento - UFPE

Docente da Faculdade Pernambucana de Saúde

ANEXO I – Normas para publicação na Revista Brasileira de Educação Médica

Revista Brasileira de Educação Médica
ISSN 1981-5271 *online version*

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- Escopo e política
- Envio de manuscritos
- Forma e preparação de manuscritos

Escopo e política

A **Revista Brasileira de Educação Médica** é a publicação oficial da **ABEM**, de periodicidade trimestral, e tem como Missão publicar debates, análises e resultados de investigações sobre temas considerados relevantes para a Educação Médica. Serão aceitos trabalhos em português, inglês ou espanhol

Envio de manuscritos

Submissão on line

Os manuscritos serão submetidos à apreciação do Conselho Científico apenas por meio eletrônico através do sítio da Revista (https://mc04.manuscriptcentral.com/rbem-scielo). O arquivo a ser anexado deve estar digitado em um processador de textos MS Word, página padrão A4, letra padrão Arial 11, espaço 1,5 e margens de 2,0 cm a Direita, Esquerda, Superior e Inferior com numeração seqüencial de todas as páginas.

Não serão aceitas Notas de Rodapé. As tabelas e quadros devem ser de compreensão independente do texto e devem ser encaminhadas em arquivos individuais. Não serão publicados questionários e outros instrumentos de pesquisa.

Para a submissão de artigos será cobrada uma taxa de R$ 200,00. Estão isentos desta taxa os sócios adimplentes da Associação Brasileira de Educação Médida (ABEM)

O pagamento deverá ser realizado através de depósito identificado com o CPF do autor na seguinte conta:

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA
BANCO DO BRASIL
AG. 0576-2
C/C 4373-7
CNPJ: 29212628 0001-32

Avaliação dos originais

Todo original recebido é avaliado pela secretaria da RBEM quanto ao formato. Caso não obedeça os padrões descritos abaixo (forma e padrão de manuscritos), o artigo será devolvido ao autor para correção e nova submissão. Se o original obedecer aos padrões ele será encaminhado ao Editor Chefe da RBEM que avaliará se o artigo faz parte da temática da revista e encaminhará aos Editores Associados e estes para dois pareceristas cadastrados pela RBEM para avaliação da qualidade científica do trabalho. Os conselheiros têm um prazo de 30 dias para emitir o parecer. Os pareceres sempre apresentarão uma das seguintes conclusões: aprovado como está; favorável a publicação, mas solicitando alterações; não favorável a publicação. Todo Parecer incluirá sua fundamentação.

No caso de solicitação de alterações no artigo, estes poderão ser encaminhados em até 60 dias. Após esse prazo e não havendo qualquer manifestação dos autores o artigo será considerado como retirado. Após aprovação o artigo é revisado ortográfica e gramaticalmente. Para custear a revisão gramatical tanto de língua portuguesa como inglesa (abstract), por revisor especializado e contratado pela revista, será cobrado uma taxa de R$ 800,00. Se o autor desejar publicar seu artigo integralmente na língua inglesa será cobrado uma taxa de R$ 1.500,00 para a tradução. Se o artigo já for submetido em inglês, será cobrado uma taxa de R$ 800,00 pra revisão gramatical. As alterações eventualmente realizadas são encaminhadas para aprovação formal dos autores antes de serem encaminhados para publicação.

Os artigos aceitos para a publicação se tornam propriedade da revista.

Forma e preparação de manuscritos

1. Artigos originais: (limite de até 6.000 palavras, incluindo texto e referências e excluindo tabelas, gráficos, folha de rosto, resumos e palavras-chave).

1.1. Pesquisa - artigos apresentando resultados finais de pesquisas científicas;

1.2. Ensaios - artigos com análise crítica sobre um tema específico relacionado com a Educação Médica;

1.3. Revisão - artigos com a revisão crítica da literatura sobre um tema específico.

2. Relato de experiência: artigo apresentando experiência inovadora no ensino médico acompanhada por reflexão teórica pertinente - Limite máximo de 6.000 palavras.

3. Cartas ao Editor: cartas contendo comentários sobre material publicado - Limite máximo de 1.200 palavras e 3 referências.

4. Teses: resumos de dissertações de mestrado ou teses de doutoramento/livre-docência defendidas e aprovadas em Universidades brasileiras ou não (máximo de 300 palavras). Os resumos deverão ser encaminhados com o Título oficial da Tese, informando o título conquistado, o dia e o local da defesa. Deve ser informado igualmente o nome do Orientador e o local onde a tese está disponível para consulta e as palavras-chave e keywords.

5. Resenha de livros: poderão ser encaminhadas resenhas de livros publicados no Brasil ou no exterior - Limite máximo de 1.200 palavras

6. Editorial: o editorial é de responsabilidade do Editor da Revista, podendo ser redigido a convite - Limite máximo de 1.000 palavras.

Estrutura:
- Título do trabalho (evitar títulos longos) máximo de30 palavras, - deve ser apresentada a versão do título para o idioma inglês. Apresentar um título resumido para constar no alto da página quando da publicação (máximo de 15 palavras)
- Número e Nome dos autores: A Revista publicará o nome dos autores segundo a ordem encaminhada no arquivo e deverá ter no máximo 06 (seis) autores. Caso ocorra a necessidade de exceder esse número, isso deverá ser justificado no início do artigo. **Artigos com mais de um autor deverão conter uma exposição sobre a contribuição específica de cada um no trabalho.**
- Endereço completo de referência do(s) autor(es), titulação, local de trabalho e e-mail. Apenas os dados do autor principal serão incluídos na publicação.
- Resumo de no mínimo 300 palavras e no máximo 500 palavras. Deve ter versão em português e versão em inglês. Quando o trabalho for escrito em espanhol, deve ser acrescido um resumo em inglês.
- Palavras chave: mínimo de 3 e máximo de 8, extraídos do vocabulário **DECS** - Descritores em Ciências da Saúde para os resumos em português (disponível em http://decs.bvs.br/) e do **MESH** - Medical Subject

Headings, para os resumos em inglês (disponível em: http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html).
Os autores deverão informar que organizações de fomento à pesquisa apoiaram os seus trabalhos, fornecendo inclusive o número de cadastro do projeto.
No caso de pesquisas que tenham envolvido direta ou indiretamente seres humanos, nos termos da Resolução nº 196/96 do CNS os autores deverão informar o número de registro do projeto no SISNEP.

Referências
As referências, cuja exatidão é de responsabilidade dos autores, deverão ser apresentadas de modo correto e completo e limitadas às citações do texto, devendo ser numeradas segundo a ordem de entrada no texto, seguindo as regras propostas pelo Comitê Internacional de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors). Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos. Disponível em: http://www.icmje.org
Toda citação deve incluir, após o número de referência, a página(s). Ex: xxxxxx1 (p.32).
Recomendamos que os autores realizem uma pesquisa na Base Scielo com as palavras-chave de seu trabalho buscando prestigiar, quando pertinente a pesquisa nacional.

Exemplos:
Artigo de Periódico
Ricas J, Barbieri MA, Dias LS, Viana MRA, Fagundes EDL, Viotti AGA, et al. Deficiências e necessidades em Educação Médica Continuada de Pediatras em Minas Gerais. Rev Bras Educ Méd 1998;22(2/3)58-66.

Artigo de Periódico em formato eletrônico
Ronzani TM. A Reforma Curricular nos Cursos de Saúde: qual o papel das crenças?. Rev Bras Educ Med [on line].2007. 31(1) [capturado 29 jan. 2009]; 38-43. Disponível em: http://www.educacaomedica.org.br/UserFiles/File/reforma_curricular.pdf

Livro
Batista NA, Silva SHA. O professor de medicina. São Paulo: Loyola, 1998.

Capítulo de livro
Rezende CHA. Medicina: conceitos e preconceitos, alcances e limitações. In: Gomes DCRG, org. Equipe de saúde: o desafio da integração. Uberlândia:Edufu;1997. p.163-7.

Teses, dissertações e monografias
Cauduro L. Hospitais universitários e fatores ambientais na implementação das políticas de saúde e educação: o caso do Hospital Universitário de Santa Maria. Rio de Janeiro; 1990. Mestrado [Dissertação] - Escola Brasileira de Administração Pública.

Trabalhos Apresentados em Eventos
Camargo J. Ética nas relações do ensino médico. Anais do 33. Congresso Brasileiro de Educação Médica. 4º Fórum Nacional de Avaliação do Ensino

Médico; 1995 out. 22-27; Porto Alegre, Brasil. Porto Alegre:ABEM; 1995. p.204-7.

Relatórios Campos

MHR. A Universidade não será mais a mesma. Belo Horizonte: Conselho de Extensão da UFMG; 1984. (Relatório)

Referência legislativa

Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº4 de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1, p.38.

A bibliotecária da ABEM promove a revisão e adaptação dos termos fornecidos pelos autores aos índices aos quais a Revista está inscrito.

As contribuições serão publicadas obedecendo a ordem de aprovação do Conselho Editorial.

Declaração de Autoria e de Responsabilidade

Todas as pessoas designadas como autores devem responder pela autoria dos manuscritos e ter participado suficientemente do trabalho para assumir responsabilidade pública pelo seu conteúdo. Para tal, após a aprovação do artigo, deverão encaminhar por email (rbem.abem@gmail.com) , a seguinte Declaração de autoria e de Responsabilidade:
"Declaro que participei de forma suficiente na concepção e desenho deste estudo ou da análise e interpretação dos dados assim como da redação deste texto, para assumir a autoria e a responsabilidade pública pelo conteúdo deste artigo. Revi a versão final deste artigo e o aprovei para ser encaminhado a publicação. Declaro que nem o presente trabalho nem outro com conteúdo substancialmente semelhante de minha autoria foi publicado ou submetido a apreciação do Conselho Editorial de outra revista".

Ética em Pesquisa

No caso de pesquisas iniciadas após janeiro de 1997 e que envolvam seres humanos nos termos do inciso II.2 da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde ("pesquisa que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais") deverá encaminhar, após a aprovação, documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição onde ela foi realizada.

No caso de instituições que não disponham de Comitês de Ética em Pesquisa, deverá apresentar a aprovação pelo CEP onde ela foi aprovada.

Conflitos de Interesse

Todo trabalho deverá conter a informação sobre a existência ou não de algum tipo de conflito de interesses de qualquer dos autores. Destaque-se que os conflitos de interesse financeiros, por exemplo, não estão relacionados apenas com o financiamento direto da pesquisa, incluindo também o próprio vínculo empregatício. (Para maiores informações consulte o site do International Committee of Medical Journal Editors http://www.icmje.org/#conflicts)

ANEXO II – Normas para publicação no Interdisciplinary Journal of Health Education

Submissões

- Submissões Online
- Diretrizes para Autores
- Declaração de Direito Autoral
- Política de Privacidade

Submissões Online

Já possui um login/senha de acesso à revista IJHE - Interdisciplinary Journal of Health Education?
ACESSO

Não tem login/senha?
ACESSE A PÁGINA DE CADASTRO

O cadastro no sistema e posterior acesso, por meio de login e senha, são obrigatórios para a submissão de trabalhos, bem como para acompanhar o processo editorial em curso.

Diretrizes para Autores

O Interdisciplinary Journal of Health Education (IJHE) é um periódico científico eletrônico internacional, semestral, editado pelo Programa de Pós-graduação Ensino em Saúde na Amazônia da Universidade do Estado do Pará, composto por revisores em pares e colaboradores brasileiros e internacionais.

Os editores e colaboradores almejam tornar a revista uma referência em assuntos relacionados à educação em saúde, no Brasil e no mundo.

Os conteúdos oferecidos são direcionados a alunos, docentes, pesquisadores e gestores de instituições de ensino superior bem como para interessados em serviços de atenção e gestão em saúde que possuam o ensino e a pesquisa como importantes vertentes para se alcançar a excelência em suas ações.

Missão da revista para a educação e a pesquisa

Os manuscritos submetidos para a IJHE poderão ser utilizados pelos editores para fins de ensino e pesquisa envolvendo os autores dos trabalhos enviados.

A IJHE publica contribuições originais com o intuito de desenvolver o estudo sobre temas relacionados ao ensino/educação em saúde. A política editorial da revista consiste em discutir esta área sob a ótica da formação dos profissionais de saúde, de uma perspectiva crítica, sistemática e interdisciplinar. Antes de fazer a submissão de um manuscrito, recomenda-se a leitura e o atendimento destas normas para publicação (Instruções aos autores).

Dados de autoria que o autor deve inserir no sistema de submissão

Os autores devem se cadastrar e submeter seus trabalhos através do sistema eletrônico da

Revista com seu login e senha, criada no momento do cadastro. O Autor alimenta os

metadados referentes ao trabalho submetido e aos dados pessoais dos autores. Dentre os

dados dos autores: Pré-nome; nome do meio; sobrenome; instituição; País; E-mail; Resumo da

Biografia (Ex.: formação, departamento, área, especialidade).

Tipos de documentos que o autor deve inserir durante a submissão

1. Página de Rosto do trabalho a ser publicado, conforme normas estabelecidas;
2. Texto do artigo ou trabalho a ser publicado, conforme normas estabelecidas;
3. Declaração de autoria (conforme modelo em anexo);
4. Autorização do comitê de ética para pesquisa com seres humanos.

Tipos de artigos aceitos pela revista

A revista aceita contribuições inéditas, nos idiomas português ou inglês de acordo com os tipos abaixo indicados (consulte também o item 8, sobre a formatação das contribuições). Por ser um periódico com avaliação duplo cega por pares, qualquer tipo de contribuição (exceto Resumos de Teses e Dissertações) deve ser apresentada com:

- Página de rosto separada, contendo: título do trabalho (em português e em inglês), título resumido do trabalho, nome(s) do(s) autor(es), titulação e vínculo institucional, instituição(ões) do(s) autor(es) - Nome completo da Instituição, Cidade, Estado, País -; dados do autor para correspondência – nome, endereço postal e e-mail -, local onde foi desenvolvido o estudo, fonte de financiamento e bolsas concedidas (se houver), indicação de eventual apresentação do trabalho em eventos, conflito de interesse (se houver). A Folha de Rosto deve ser enviada em um arquivo separado das contribuições (manuscritos) – ver item 5b (abaixo).

- Ressalta-se que: as contribuições não devem conter dados de autoria nas propriedades do documento, nem em seu conteúdo. As contribuições devem ser iniciadas pelo título, seguido do conteúdo, expresso de acordo com o tipo da publicação (veja abaixo e atente-se ao item 8 destas Instruções).

a) **Carta ao Editor**: máximo 2 páginas de mil palavras (incluindo referências), com até três autores, sem ilustrações, e Página de rosto (separada da Carta ao Editor). A carta ao editor constitui uma oportunidade e um meio pelo qual um leitor poderá expressar uma opinião em favor ou contra um artigo publicado, em conformidade com aspectos éticos a serem julgados pelo corpo editorial da revista, de forma que seja prevenido qualquer teor de ataque ou injúria moral aos autores do artigo comentado.

b) **Ensaios**: Produção textual de amplo alcance teórico-analítico, não conclusivo e não exaustivo, resultante de reflexão inovadora sobre temas atuais dentro do escopo da revista. Textos com estrutura livre e com até 15 páginas, incluindo as referências, e Página de rosto (separada do Ensaio).

c) **Artigos Originais**: trabalhos resultantes de pesquisa ou experiências no campo do ensino em saúde com no máximo 15 páginas, incluindo referências bibliográficas, figuras e notas. Sua estrutura deve conter: Página de rosto (separada do Artigo) e Artigo com título em português e em inglês, resumo, palavras-chave, abstract, key-words, introdução, objetivos, método, resultados, discussão, conclusão e referências. É importante ressaltar que o(s) nome(s), titulação e instituição do (s) autor (es) deverão ser inseridos apenas na folha de rosto, pois as avaliações por revisores em pares são feitas de modo cego. Em suma, os dados de autoria não devem aparecer nas propriedades dos arquivos enviados na submissão.

d) **Relato de Experiência**: artigos que descrevem condições de experiência dos autores em determinado campo de atuação. Devem mostrar reflexão sobre a prática, podendo apontar caminhos para estudos sistemáticos de caráter exploratório ou não. Tais relatos devem ter caráter não apenas descritivo, mas também reflexivo e não necessitam ter a estrutura dos artigos originais. Sugere-se introdução ou contextualização, descrição da experiência, resultados e impactos, considerações finais em até 10 páginas, incluindo as referencias. Deve-se apresentar uma Página de rosto (separada do Relato de Experiência).

e) **Resenhas**: Resumo e crítica a conteúdo de livro relacionado aos campos de confluência da revista, publicado ou traduzido nos últimos três anos. Tamanho: até 2 páginas. Deve-se apresentar uma Página de rosto (separada da Resenha).

f) **Resumos de Tese e Dissertação**: descrição sucinta de dissertações de mestrado, teses de doutorado e/ou de livre-docência, constando de resumo com até uma página, contendo: título e palavras-chave em português, inglês, autor, orientador, programa de pós-graduação, curso e instituição em que o trabalho foi desenvolvido. Informar o endereço de acesso ao texto completo, se disponível na internet. A publicação do resumo não impede a posterior publicação do trabalho completo em qualquer periódico.

Os trabalhos passíveis de serem submetidos devem ser enquadrados em uma das categorias abaixo, conforme padrões gerais preconizados mundialmente indicados entre parênteses.

a) Estudo controlado e randomizado (http://www.consort-statement.org)

b) Estudo de caso-controle (http://strobe-statement.org)

c) Estudo de coorte (http://strobe-statement.org)

d) Estudo de prevalência (http://strobe-statement.org)

e) Estudos de acurácia diagnóstica (http://www.bristol.ac.uk/quadas/quadas-2/)

f) Validação, bem como tradução e validação cultural de questionários, conforme padrões amplamente aceitos e sugeridos abaixo:

i) Peter H. Rossi, James D Wright and Andy B. Anderson
Handbook of Survey Research ISBN: 978-0-12-598226-9;

ii) Pasquali, L. (Org.) (1999). Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração. Brasília: LabPAM; IBAP

iii) http://www.methodspace.com/profiles/blogs/validating-a-questionnaire

vi) http://www.methodspace.com/profiles/blogs/validating-a-questionnaire

g) Estudos do tipo “antes e depois” (before and after study designs) (http://strobe-statement.org)

h) Estudos qualitativos (http://srs-mcmaster.ca/wp-content/uploads/2015/05/Guidelines-for-Critical-Review-Form-Qualitative-Studies.pdf)

i) Relato de caso (http://strobe-statement.org)

j) Relato de experiência (http://www.ibissoft.se/users/ilia/exp_guidelines.htm)

l) Revisão Narrativa

m) Revisão Sistemática (http://www.bristol.ac.uk/quadas/quadas-2/)

n) Série de casos (http://strobe-statement.org)

Aspectos éticos e legais

O conteúdo e opiniões expressas nas publicações desta revista são de responsabilidade exclusiva dos autores.

A submissão do manuscrito a IJHE implica que o trabalho não tenha sido publicado na íntegra em outro periódico ou veículo de comunicação, e que não esteja sob consideração para publicação em outra revista.

O uso de iniciais, nomes ou números de registros, bem como fotografias dos participantes da pesquisa não devem ser inseridos no manuscrito e nas propriedades do arquivo. .

Os manuscritos deverão ser apresentados, de acordo com o Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE, do inglês, International Committee of Medical Journal Editors), disponível emhttp://www.icmje.org/icmje-recommendations.pdf.

Estudos realizados em humanos, no Brasil, devem atender a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (Brasil) e deve-se incluir, no manuscrito, o número do parecer de aprovação pela Comitê de Ética em Pesquisa. O parecer deve ser encaminhado junto ao manuscrito em versão PDF.

Não serão aceitos o plágio e outras práticas antiéticas, conforme preconizado pelo Código de Condutas e Diretrizes para as Melhores Práticas entre Editores de Revistas, do Comitê de Ética em Publicações (COPE, do inglês, Committee on Publication Ethics), disponível em:

- http://publicationethics.org/files/Code_of_conduct_for_journal_editors_Mar11.pdf

A menção de instrumentos, materiais ou substâncias de propriedade privada deve ser acompanhada da indicação de seus fabricantes. Caso haja reprodução de imagens ou outros elementos de autoria de terceiros deve ser apresentada a autorização de reprodução pelos detentores dos direitos autorais.

Submissão dos manuscritos

Os manuscritos deverão ser submetidos somente online de acordo com as instruções a seguir. Os autores dos trabalhos sem a correta formatação serão contactados para fazerem as devidas correções.

Itens exigidos para envio dos manuscritos

1. Manuscrito completo sem identificação de autoria para cada categoria: artigo original, relato de experiência, resenhas, ensaio, resumos de dissertações e teses.

2. Arquivo com imagens, tabelas e figuras deverão ser inseridas no final do manuscritos, com sua devida citação no corpo do texto, por meio de numeração consecutiva de tabelas, figuras e imagens em seu texto..

3. Página de rosto deverá ser inserida no sistema no local destinado ao “envio de documentos suplementares”;

4. Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, quando indicado, deverá ser inserida no sistema no local destinado ao “envio de documentos suplementares”;

5. Revisão e submissão: verifique atentamente se todas as etapas foram cumpridas e clique em enviar para completar a submissão.

Apresentação do manuscrito

a) Apresentação

O texto deve ser digitado em processador de texto Word (formato .DOC ou DOCX) ou compatível, em tamanho A4, com espaçamento de linhas 1,5, fonte Arial e tamanho 12. O manuscrito não deve conter dados de autoria em suas propriedades nem no corpo do texto. O manuscrito não deverá ser apresentado com marcas de revisão nem destaques em cores.

Em todos os itens, o texto deve ser estruturado a partir de títulos e subtítulos das partes, à esquerda, com numeração obrigatória. Os títulos deverão ser digitados em negrito e os subtítulos em itálico.

b) Página de rosto:

A página de rosto deve conter:

i) Título do trabalho e versão em inglês;

ii) Título abreviado com até 40 caracteres;

iii) Nome completo dos autores, titulação e vínculo institucional, nome da Instituição por extenso, cidade e país da instituição;

iv) Local em que foi desenvolvido o estudo;

v) Endereços postal e eletrônico do autor correspondente;

vi) Indicação de órgão financiador do estudo, se for o caso, e de bolsas concedidas;

vii) Indicação de eventual apresentação em evento científico ou se é resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado;

viii) Indicação de eventual conflito de interesse.

Obs.: O autor correspondente deverá assegurar que as seguintes informações sejam providenciadas para cada autor, durante o processo de submissão:

a) **Endereço completo**, incluindo o país, instituição, telefone e email. É de responsabilidade do autor correspondente assegurar que cada autor abra uma conta de usuário no sistema de submissão, com informações atualizadas;

b) As **contribuições individuais** feitas por cada autor no trabalho submetido;

c) Todos os autores devem atender aos seguintes **critérios de autoria**:

- Contribuições substanciais para a concepção e planejamento do estudo; ou aquisição, análise ou interpretação dos dados do estudo e;
- Preparo das versões iniciais do trabalho ou revisão crítica com importantes contribuições intelectuais; e
- Aprovação final da versão submetida; e
- Estar disponível para todos os aspectos do trabalho, assegurando que questões relacionadas à acurácia e integridade de qualquer parte do trabalho sejam apropriadamente investigadas e resolvidas;

d) Detalhes dos agradecimentos;

e) Uma afirmação indicando se a aprovação do trabalho por um **Comitê de Ética** foi necessária e recebida, com o número do processo ou código, bem como o Comitê que expediu o parecer. Em casos em que a análise por um Comitê de Ética não seja necessária, solicitamos anexar o parecer do próprio comitê, indicando a dispensa. Todo o trabalho envolvendo pesquisa em seres humanos deve estar de acordo com a Declaração de Helsinki (http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/);

f) Detalhes de todo e qualquer possibilidade de **conflito de interesse**. O conflito de interesse se caracteriza, quando um julgamento relacionado a um interesse primário, e genuinamente de interesse comum (por exemplo, a validade do estudo), pode ser influenciado por interesses secundários de âmbito particular (por exemplo, ganhos financeiros, favorecimentos nas inter-relações pessoais ou rivalidade profissional).

Critérios para o manuscrito

Todos os trabalhos devem ser redigidos de modo claro, com informações relevantes e de interesse para regiões ou circunstâncias específicas ou, ainda, para circunstâncias gerais e de interesse para o mundo.

Para trabalhos de pesquisa, a metodologia deve ser apropriada, com resultados válidos e conclusões plausíveis, amparadas por evidências prévias e adequadamente citadas. É fundamental que os autores incluam argumentos adequados, que justifiquem a forma que o trabalho contribuirá para o avanço do conhecimento no tema pretendido. De acordo com este critério.

Os trabalhos serão avaliados e selecionados por sistema de revisão duplo-cega, em pares, sendo aceitos trabalhos nas línguas portuguesa e inglesa, mas invariavelmente com resumos em inglês.

Processo editorial

Todos os trabalhos submetidos serão lidos, inicialmente, por um de nossos editores. Trabalhos considerados não prioritários serão rejeitados nesta fase. Os demais trabalhos de interesse serão enviados para profissionais especialistas no tema de interesse, bem como para profissionais com conhecimentos mais generalistas que envolvam a metodologia científica. As identidades dos autores não estarão disponíveis para os revisores, sendo adotada a metodologia de revisão duplo cega por pares, na qual as identidades de autores e revisores são preservadas e não são conhecidas nem pelo autor, nem pelo revisor.

O tempo médio para a decisão inicial será de, aproximadamente, dois meses. Caso os pareceristas solicitem ajustes, os autores devem cumprir prazos estipulados para que o manuscrito não seja considerado como nova submissão. Todos os trabalhos aceitos serão editados, de acordo com o estilo de nossa revista e retornados para o autor, no formato de documento de prova, para posterior aprovação, por parte do autor. Os autores serão responsáveis por todas as afirmações que constarem no trabalho. - A revista enviará pareceres para todos os autores, até mesmo para aqueles que os editores rejeitarem na primeira avaliação com os motivos que levaram à aprovação, aprovação condicional ou a rejeição via sistema. A revista usará um software para detecção de plágio.

Formatação

1- Página de Rosto

a) **Página de rosto**: título do trabalho (em português e em inglês), título resumido do trabalho, nome(s) do(s) autor(es), titulação e vínculo institucional, instituição(ões) do(s) autor(es) - Nome completo da Instituição, Cidade, Estado, País -; dados do autor para correspondência – nome, endereço postal e e-mail -, local onde foi desenvolvido o estudo, fonte de financiamento e bolsas concedidas (se houver), indicação de eventual apresentação do trabalho em eventos, conflito de interesse (se houver). A Folha de Rosto deve ser enviada em um arquivo Formato DOC ou DOCX, separado das contribuições (manuscritos).

2 – Contribuições/Manuscritos

b) **Título e identificação**: O título deve ser preciso e conciso, em negrito e centralizado, fonte Arial, tamanho 12, maiúscula, logo abaixo deve constar a versão em inglês, não devendo ultrapassar o número máximo de 18 palavras independente do idioma.

c) **Resumo**: O resumo deverá conter no máximo 300 palavras, não devendo conter parágrafos e citações de autores e datas. Os resumos deverão ser estruturados, os resumos de artigos originais deverão mencionar o objetivo, método, resultados e conclusões. No relato de experiência deverá conter contextualização, descrição da experiência e considerações finais. Nas demais modalidades deverá conter introdução, desenvolvimento e considerações finais.

d) **Palavras-chave**: As palavras-chave devem ser de três a cinco para fins de indexação do trabalho, separadas por um ponto entre elas, pesquisadas nos DeCS - Descritores em Ciências da Saúde.

e) **Abstract e key-words**: O resumo em inglês deverá ser apresentado logo após o resumo em português, seguindo as mesmas normas apontadas anteriormente. A versão em inglês do resumo deve ser fiel à versão em português. As key-words devem ser de três a cinco para fins de indexação do trabalho, separadas por um ponto entre elas, pesquisadas nos DeCS - Descritores em Ciências da Saúde, bem como no Mesh (Medical Subject Headings, da U.S. National Library of Medicine, disponível em www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh ou ERIC http://eric.ed.gov/), sendo semelhantes e em igual número às palavras-chave em português. Não usar tradutores eletrônicos.

f) **Introdução (Artigos Originais) ou Contextualização (Relatos de Experiência)**: Deve ser objetiva e conter breve revisão da literatura relatando o contexto e a situação atual dos conhecimentos sobre o tema e apresentação do problema, a lacuna do conhecimento, destacando sua relevância. Devem ser pertinentes e alinhadas ao(s) objetivo(s) do manuscrito, os quais devem estar explicitado(s) ao final desta seção.

g) **Método (Artigos Originais)**: O método deve ser descrito de forma clara devendo conter: delineamento do estudo, critérios de inclusão, processo de seleção, amostragem e alocação dos participantes, procedimentos e instrumentos de coleta, critérios de mensuração do desfecho, bem como métodos de análise dos dados de forma a possibilitar reprodutibilidade do estudo.

Nos estudos envolvendo seres humanos deve haver referência a existência de um termo de consentimento livre e esclarecido apresentado aos participantes, após a aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa.

h) **Descrição da Experiência (Relatos de experiência)**: Nos casos de relatos de experiência deve-se descrever detalhadamente a população envolvida, o local, as ações realizadas, as dificuldades e potencialidades.

i) **Resultados (Artigos originais)**: Apresentar os resultados em sequência lógica, de forma sintética e concisa. Expor os resultados relevantes para o objetivo do trabalho e que são discutidos no artigo. Apresentar tabelas ou figuras de forma a serem autoexplicativas e com análise estatística, se houver, evitando repetir no texto os dados ilustrados.

j) **Resultados e Impactos (Relatos de Experiência)**: Nos casos de relato de experiência deverão ser apresentados os principais resultados, os impactos da experiência sobre o problema elencado, e uma análise crítica e reflexiva sobre a experiência, as dificuldades encontradas e as estratégias empregadas para superá-las.

l) **Discussão (Artigos Originais)**: A discussão deve conter a interpretação dos autores sobre os resultados obtidos e a comparação dos achados com a literatura, comentando e explicando as diferenças encontradas. Deve incluir a avaliação dos autores sobre as limitações do estudo e sobre os seus principais desdobramentos com indicação para novas pesquisas na área. Deve explicitar a contribuição do estudo para a prática e a pesquisa relacionadas à área de conhecimento abordada.

Os trabalhos de natureza qualitativa podem juntar as partes resultados e discussão ou mesmo ter nomeações diferentes das partes, sem fugir da estrutura lógica de artigos científicos.

m) **Conclusões (Artigos Originais), Considerações Finais (Relatos de Experiência)**: Apresentar as conclusões relevantes, considerando os objetivos da pesquisa, bem como, indicar caminhos para continuidade do estudo.

Indicar como a experiência contribuiu para avanços sobre o problema apresentado, como pode ser empregada em outras realidades, bem como as principais potencialidades da experiência e os desafios a serem transpostos.

n) **Referências**:

Todos os autores e trabalhos citados no texto devem constar dessa seção e vice-versa, seguindo os Requisitos Uniformizados para Manuscritos Submetidos a Jornais Biomédicos, elaborados pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas – ICMJE (norma Vancouver). Os títulos de periódicos devem ser escritos de forma abreviada, de acordo com a List of Journals do Index Medicus. Exemplos:

http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Numerar as referências por ordem de entrada no trabalho e usar esses números para as citações no texto. As citações das referências devem ser mencionadas no texto em números sobrescritos (expoente), sem datas. A lista de referências ao final do trabalho deve ser numerada e apresentada na mesma ordem em que as citações aparecem no texto. Todas as referências citadas no corpo do texto devem constar na lista de referências e vice-versa.

Evitar número excessivo de referências e as de difícil acesso, selecionando as mais relevantes para cada afirmação e dando preferência para os trabalhos mais recentes (5 anos).

O número máximo de referências deve ser 30, sendo os autores responsáveis pela exatidão dos dados constantes das mesmas.

Modelos para todos os tipos de citações de artigos, livros, comunicações pessoais, sítios eletrônicos, entre outros, segundo o padrão Vancouver, poderão ser consultados em:

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/?amp=&depth=2

Exemplos:

Artigos

Ziganshin BA, Yausheva LM, Sadigh M, et al. Training young Russian physicians in Uganda: a unique program for introducing global health education in Russia. Ann Glob Health. 2015 Sep-Oct;81(5):627-35. http://dx.doi.org/10.1016/j.aogh.2015.10.007. PMid:27036719.

Sites de internet:

International Committee of Medical Journal Editors [homepage on the Internet]. Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publications [cited 2016 Apr 05]. Available from: http://www.icmje.org

Livros de autoria conhecida

Puig-Samper MA, Ruiz R, Galera Andres, editors. Evolucionismo y cultura: darwinismo en Europa e Iberoamerica. Aranjuez (Spain): Ediciones Doce Calles; 2002. 407 p.

Capítulos de livros

Bundy D, Shaeffer S, Jukes M, et al. School-based health and nutrition programs. In: Jamison DT, Breman JG, Measham AR, et al., editors. Disease control priorities in developing countries. 2nd ed. Washington (DC): World Bank; 2006. Chapter 58.

Livros de autoria não explícita (desconhecida)

Transforming and scaling up health professionals' education and training: WHO Education Guidelines 2013. Geneva: World Health Organization; 2013.

Livros de autoria institucional

National Research Council (US) Committee on High School Biology Education; Rosen WG, editor. High-school biology today and tomorrow: papers presented at a conference. Washington (DC): National Academies Press (US); 1989.

Comunicações pessoais por email

Andriolo RB. Concerning method of randomisation and missing data [Internet]. Message to: Regis Bruni Andriolo. 2004 Sep 20 [cited 2004 Sep 20]. [1 paragraph].

o) **Tabelas, figuras, gráficos e anexos**:

As tabelas, quadros, figuras, gráficos e anexos são limitadas a seis (6) no total, que não serão computados no número de páginas permitidas no manuscrito. Tais elementos deverão ser inseridos em arquivo em anexo no sistema de submissão, mas citados no corpo do texto, para posterior inserção na versão final, por meio de suas numerações indicando a fonte das informações apresentadas na parte inferior. Em caso de tabelas, quadros, figuras, gráficos e anexos já publicados, os autores deverão apresentar documento de permissão assinado pelo(s) autor(es).

- **Tabelas, quadros e respectivos textos**: devem estar em formato editável (DOC ou DOCX) e incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas (máximo permitido de uma página) ou pequenas, com dados que possam ser descritos no texto. As tabelas devem ser numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos.

- **Figuras e gráficos**: devem estar em boa qualidade e boa resolução (300 DPI ou superior) com os dados legíveis e nítidos. Devem ser citadas e numeradas, consecutivamente, em arábico, na ordem em que aparecem no texto. Deve ser evitado a inserção de figuras e gráficos grandes (máximo permitido de uma página). Figuras de baixa qualidade não serão aceitas e podem resultar em atrasos no processo de revisão e publicação (imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato JPEG. Outros tipos de gráficos devem ser produzidos em programa de imagem - photoshop ou corel draw e salvos em JPEG).

- **Anexos**: Serão aceitos quando contiverem informação original importante ou algum destacamento que complemente, ilustre e auxilie a compreensão do trabalho. Ao utilizar um anexo, por favor, cite-o em seu texto.

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, deve-se justificar em "Comentários ao editor".
2. O arquivo da submissão está em formato Microsoft Word (.DOC ou .DOCX).
3. URLs para as referências foram informadas quando possível.
4. O texto está em espaço 1,5; usa uma fonte Arial de 12; emprega itálico em vez de sublinhado (exceto em endereços URL); as figuras e tabelas deverão ser citadas no corpo do texto e inseridas ao final do documento na forma de anexos, para posterior inserção no mesma localização da citação, pelos diagramadores da revista.
5. O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Diretrizes para Autores, na página Sobre a Revista.
6. Em caso de submissão a uma seção com avaliação pelos pares (ex.: artigos), as instruções disponíveis em Assegurando a avaliação pelos pares cega foram seguidas.
7. Autorização para publicação e garantia de direitos para os a IJHE.

Declaração de Direito Autoral

Declaração de Autoria

Os trabalhos publicados na ***Interdisciplinary Journal of Health Education*** **(IJHE)** são sujeitos às leis e convenções de direitos autorais internacionais e do Brasil.

Cada autor deve ler e assinar as declarações sobre: 1) direito autoral; 2) atribuição de autoria e contribuição; 3) conflito de interesses e 4) declaração de financiamento. No caso de co-autoria, cada um deve preencher este formulário e enviá-lo eletronicamente pelo co-autor correspondente.

Título : _____

1) Direitos Autorais

Para edição de meu artigo pela revista *Interdisciplinary Journal of Health Education* , venho transferir, atribuir e transmitir todos os direitos autorais, exclusivamente, para a *Interdisciplinary Journal of Health Education* . Afirmo que este artigo científico apresentado não foi publicado anteriormente, de modo parcial e em sua totalidade, em qualquer formato (papel ou eletrônico). Também declaro que o conteúdo não sofreu simultânea submissão em outro periódico científico, sob qualquer forma, nem está sujeito a direitos autorais ou quaisquer outros direitos, exceto o meu próprio para esta revista.

2) Atribuição autoria e contribuição

Declaro que participei de forma significativa na construção e formação desde estudo, tendo, enquanto autor, responsabilidade pública pelo conteúdo deste, pois, contribuí diretamente para o conteúdo intelectual deste trabalho e satisfaço as exigências de autoria (marque todos que se aplicarem):

( ) Concepção e desenvolvimento (desde a idéia para a investigação ou artigo, criou a hipótese)

( ) Desenho metodológico (planejamento dos métodos para gerar os resultados)

( ) Supervisão (responsável pela organização e execução do projeto e da escrita do manuscrito)

( ) Coleta e tratamento dos dados (responsável pelos experimentos, pacientes, organização dos dados)

( ) Análise / interpretação (responsável pela análise estatística, avaliação e apresentação dos resultados)

( ) Levantamento da literatura (participou da pesquisa bibliográfica e levantamento de artigos)

( ) Redação (responsável por escrever uma parte substantiva do manuscrito)

( ) Revisão crítica (revisei o conteúdo intelectual do manuscrito antes da apresentação final)

( ) Outros (listar outras contribuições específicas)
.....

3) Conflito de Interesse

Caso haja quaisquer conflitos de interesses e financeiros em meu nome, em relação ao conteúdo deste documento, foram claramente divulgados na *Interdisciplinary Journal of Health Education* em uma carta para o editor.

4) Financiamento Demonstrações

Se houve fontes de suporte externas ao projeto, estas foram claramente indicadas na carta de apresentação, bem como o papel das organizações de financiamento na condução do estudo, descrito na seção Métodos do manuscrito.

Conforme os dados (abaixo), confirmo que li as instruções para os autores como expostas no site da revista cumprido todas as exigências deste acordo.

Nome: ..... CPF/Passaporte: .....

Email: ..... Telefone: .....

IES QUE TRABALHA OU ESTUDA ..... SETOR: .....

Endereço Residencial: .....

Assinatura: .....

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

IJHE é uma Publicação do Programa de Pós-Graduação Ensino em Saúde na Amazônia, Belém, Pará, Brasil