

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

IARA DE ASSIS VASCONCELOS VICENTE

**USO ABUSIVO DE BENZODAZEPÍNICOS: PROPOSTA DE
INTERVENÇÃO**

CAMPOS GERAIS/MG

2014

IARA DE ASSIS VASCONCELOS VICENTE

USO ABUSIVO DE BENZODAZEPÍNICOS: PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

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

Tutora: Prof.^a. Dr.^a. Eliza Maria Rezende Dázio

CAMPOS GERAIS/MG

2014

IARA DE ASSIS VASCONCELOS VICENTE

USO ABUSIVO DE BENZODAZEPÍNICOS: PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

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

Tutora: Prof.^a. Dr.^a. Eliza Maria Rezende Dázio

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr.^a. Eliza Maria Rezende Dázio

Prof. Dr.^a Silvana Maria Coelho Leite Fava

Aprovada em Alfenas: _____/_____/_____

DEDICATÓRIA

Aos meus filhos.

AGRADECIMENTOS

À minha família e orientadores.

Obrigada pelo apoio.

RESUMO

O uso abusivo dos benzodiazepínicos no tratamento de transtornos mentais tem resultado em eventos adversos, como tolerância, dependência e abstinência. Em análise situacional realizada com a equipe de saúde da família, por meio da estimativa rápida, observamos que um dos problemas de maior prioridade foi o elevado consumo de benzodiazepínicos, sobretudo em mulheres de 25 a 49 anos de idade. Este estudo teve como objetivo elaborar uma proposta de intervenção educativa para a prevenção e combate ao uso abusivo de benzodiazepínicos entre as mulheres adultas jovens, adscritas na ESF Esperança I, em Poços de Caldas, Minas Gerais, por meio da educação em saúde em grupos operativos de Pichon-Riviére. Esta proposta de intervenção constitui-se como o primeiro passo de um longo caminho que para ser trilhado. Necessita não apenas de uma equipe empenhada e disposta a alterar a realidade na qual se encontra, mas, sobretudo, de um poder público interessado em contribuir neste processo integrando saberes e integralizando ações.

Palavras-Chave: Saúde Mental. Grupo Operativo. Benzodiazepínicos.

ABSTRACT

The abuse of benzodiazepines in the treatment of mental disorders has resulted in adverse events, such as tolerance, dependence and withdrawal. In situational analysis carried out with the family health team, through the rapid assessment, we noted that one of the biggest problems was the high priority benzodiazepines consumption, especially in women 25 to 49 years of age. This study aimed to draw up a proposal for educational intervention for preventing and combating abuse of young adult women benzodiazepines, assigned in the ESF Hope I, in Poços de Caldas, Minas Gerais, through health education on operating groups of Pichon-Rivière. This proposal constitutes intervention as the first step of a long path to be trodden. Requires not only a team committed to and willing to change the reality in which it is, but, above all, of a public power interested in contributing to this process by integrating knowledge and integralizando actions.

Keywords: Mental Health. Operating Group. Benzodiazepines.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
COHAB	Companhia de Habitação do Estado de Minas Gerais
ESF	Estratégia de Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação de prioridades.....	24
Quadro 2 - Desenho das operações para os nós críticos	26
Quadro 3 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações.....	27
Quadro 4 - Análise da viabilidade do plano.....	28
Quadro 5 - Plano Operativo.....	29
Quadro 6 - Proposta de gestão do plano.....	30

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	JUSTIFICATIVA.....	12
3	OBJETIVOS.....	13
3.1	Objetivo Geral	13
3.2	Objetivos Específicos	13
4	REVISÃO DE LITERATURA.....	14
5	METODOLOGIA.....	17
6	PLANO DE INTERVENÇÃO	19
7	CONSTRUÇÃO DO PLANO DE INTERVENÇÃO.....	22
8	CONCLUSÃO.....	30
	REFERENCIAS	32

1 INTRODUÇÃO

A equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) deve desenvolver suas ações em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde da população brasileira. Suas ações referem-se à Atenção Básica em Saúde, direcionadas para a promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde, seja no âmbito individual, ou no coletivo e evidencia a família como foco primordial da ação (Brasil, 2000; Brasil, 2007).

Assim, a ESF deve promover a atenção primária de qualidade, sendo imprescindível que a equipe, por meio do cadastramento e do diagnóstico das famílias tome conhecimento das reais necessidades de saúde da população adscrita, bem como, das suas características sociodemográficas e epidemiológicas, para identificar os problemas e as situações de risco e elaborar juntamente com a comunidade, uma proposta de intervenção local para o enfrentamento da situação, sinalizando um novo modelo de atenção à saúde (RODIGUES, 1998; BRASIL, 2000 C).

A ESF Esperança I, implantada no ano de 2006 na zona urbana do município do município de Poços de Caldas – MG, é responsável pela cobertura de aproximadamente 50% da população do bairro. A equipe é composta por 1 médica, 1 enfermeira, 2 técnicas de enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde.

Em análise situacional realizada com a equipe de saúde da família, por meio da estimativa rápida, observamos que um dos problemas prioritários foi o elevado consumo de benzodiazepínicos (BZs), sobretudo em mulheres de 25 a 49 anos de idade. Estudos epidemiológicos revelam que os BZs são utilizados regularmente por mais de 10% da população na maioria dos países desenvolvidos, este fato é motivo de preocupação, uma vez que são drogas com capacidade de causar dependência, abstinência e tolerância (AUTHIER, 2008; LICATA; ROWLETT; AUTHIER, 2009).

Desse modo, o uso abusivo de BZs será o foco deste trabalho, sobretudo seus efeitos em mulheres adultas jovens (25 a 49 anos), que se encontram em situação socioeconômica vulnerável na comunidade.

2 JUSTIFICATIVA

Considerando-se a adoção do Programa Saúde da Família (PSF), a partir de 1994 e mais tarde Estratégia Saúde da Família (ESF), é possível afirmar que sua maior contribuição foi a alteração do paradigma biomédico, centrado na atenção médico-hospitalar e em práticas curativas, para um sistema integralizante que prioriza a prevenção de doenças e a promoção da saúde. Neste sentido, a assistência na ESF está organizada em uma lógica com maior capacidade de ação em relação às necessidades de saúde da população, prestando atenção continuada à comunidade e, sempre, preconizando a assistência universal, principalmente em relação à população adscrita em seu território de responsabilidade. Entretanto, este território não deve ser considerado apenas como uma área delimitada geograficamente, mas sim um espaço social historicamente construído (BRASIL, 2001).

Neste sentido, buscando contemplar a promoção da saúde e a prevenção de doenças, a partir da constatação do uso abusivo de Bzs, torna-se imprescindível uma assistência de enfermagem qualificada e efetiva na área. Para atuar no combate ao uso abusivo de BZs em mulheres adultas jovens (25 a 49 anos), que se encontram em situação socioeconômica vulnerável na comunidade.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar uma proposta de intervenção educativa para a prevenção e combate do uso abusivo de BZs entre as mulheres adultas jovens, adscritas na ESF Esperança I, em Poços de Caldas, Minas Gerais.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Elaborar novas estratégias de promoção de saúde e prevenção/combate ao uso abusivo de BZs;
- Consolidação de grupo interdisciplinar de apoio para mulheres adultas jovens dependentes de BZs.

4 REVISÃO DE LITERATURA

Os BZs são drogas com atividade ansiolítica, ou seja, atuam na supressão parcial ou total da ansiedade. Há no Brasil mais de cem medicamentos à base de BZs, que de forma geral têm nomes químicos terminados no sufixo "pam", sendo assim de fácil identificação pelo usuário. A única exceção é o composto clordiazepóxido. (BRASIL, 2007).

Segundo Orlandi e Noto (2005), o clordiazepóxido foi o primeiro BZ lançado em 1960 após a descoberta de seus efeitos miorrelaxantes, hipnóticos e ansiolíticos. Estes medicamentos foram rapidamente assimilados pela classe médica por apresentarem à época baixos riscos de intoxicação e dependência, mas sobretudo por sua elevada eficácia terapêutica, entretanto na década seguinte houveram os primeiros relatos de casos abusivos, dependência pelos usuários crônicos e conseqüentemente casos de síndrome de abstinência e desenvolvimento de tolerância. A partir destas novas evidências houve uma mudança de postura e uma maior restrição ao acesso e uso a estes medicamentos.

Atualmente no Brasil há um rigoroso controle de sua prescrição através do formulário azul e retenção de receita.

No Brasil, é a terceira classe de drogas mais prescritas, sendo utilizada por aproximadamente 4% da população. Hoje em dia, os BZs são indicados apenas para o tratamento agudo e subagudo de ansiedade, insônia e crises convulsivas, embora, no passado, tenham sido usados como primeira linha de tratamento para vários transtornos, principalmente psiquiátricos. (NORDON et al, 2009, p. 2).

A automedicação, apesar de tão antiga quanto a história do próprio homem, foi potencializada após a Segunda Guerra Mundial, em decorrência da qual, houve um grande aumento da descoberta de medicamentos e práticas terapêuticas, tendo algumas conseqüências malélicas como o mascaramento de doenças graves, interações medicamentosas e abuso no consumo de medicamentos, sendo este, atualmente, alvo de grandes preocupações para autoridades de diversos países e também para a Organização Mundial da Saúde, segundo a qual 10% das internações hospitalares são decorrentes de reações adversas a medicamentos. Neste sentido, o uso abusivo de medicamentos é alvo de análise e de discussão em saúde pública, frequentemente veiculado na imprensa brasileira e constituindo-se como prática cada vez mais desregrada (CHAVES et al, 2009; CASTRO et al., 2013).

Todos os BZs são capazes de estimular os mecanismos do cérebro que normalmente combatem estados de tensão e ansiedade. Assim, quando, devido às tensões do dia-a-dia ou por causas mais sérias, determinadas áreas do cérebro funcionam exageradamente, resultando em estado de ansiedade, os BZs exercem um efeito contrário, isto é, inibem os mecanismos que estavam hiperfuncionantes, e a pessoa fica mais tranquila, como que desligada do meio ambiente e dos estímulos externos.

Como consequência dessa ação, os ansiolíticos produzem uma depressão da atividade do nosso cérebro que se caracteriza por:

1. diminuição de ansiedade;
2. indução de sono;
3. relaxamento muscular;
4. redução do estado de alerta.

Orlandi e Noto (2005) relatam que há dois perfis principais de usuários crônicos de BZs, idosos que visam o efeito hipnótico da medicação e outro composto por mulheres de meia idade que buscam o efeito ansiolítico, considerando-se que os principais fatores para usuários iniciarem o uso são o tratamento dos distúrbios do sono e da ansiedade, além da busca para superação de dificuldade e/ou traumas pessoais. Estes medicamentos, aparentemente, são amplamente procurados por um fator de disponibilidade e aceitabilidade. A disponibilidade refere-se a oferta do medicamento em redes de distribuição públicas e o baixo custo do medicamento, contribuindo na banalização do uso dos medicamentos. A aceitabilidade refere-se à uma imagem positiva propiciada pelos relatos de usuários crônicos, a relativização à outros psicotrópicos e, sobretudo, pelas propagandas veiculadas na grande imprensa brasileira.

Segundo as autoridades em saúde, a propaganda causa grande motivação no uso irracional e prejudicial de medicamentos. De acordo com dados do Projeto de Monitoração de Propaganda da ANVISA, cerca de 90% desses comerciais apresentam algum tipo de irregularidade. A situação é mais alarmante na publicidade direcionada a médicos e a farmacêuticos. Quinze por cento de 1,5 mil propagandas de medicamentos de venda sob prescrição analisadas pela ANVISA não apresentam cuidados e advertências, 14% não alertam sobre as contraindicações e mais de 10% contêm afirmações sem comprovação de estudos científicos. (CASTRO et al., 2013, p.3).

Os profissionais médicos têm constatado que a graduação em medicina é falha em relação à prescrição de BZs, resultando em subprescrição ou superprescrição, este último sendo o principal fator de consolidação de estratégias de aquisição reforçando artifícios como simulações, bajulações e ameaças pelos usuários crônicos. Neste sentido, as autoras citadas destacam que as principais estratégias de aquisição é a solicitação a médicos familiares ou amigos e a solicitação a médicos diferentes (ORLANDI E NOTO, 2005).

De maneira geral o uso abusivo de BZs está vinculado a questões socioeconômicas, sendo mais frequentes em comunidades periféricas, tendo como principais usuários as mulheres de meia idade e idosas, que buscam nos medicamentos, um alívio para as aflições do dia-a-dia. Entretanto constitui-se, assim como todos os tipos de dependências, uma falsa solução para os problemas rotineiros, principalmente considerando-se os efeitos maléficos em relação às estruturas cognitivas e físicas, podendo, ocasionar hipotonia muscular, baixa pressão sanguínea e a suscetibilidade a desmaios.

5 METODOLOGIA

Trata-se de uma proposta de intervenção educativa para a prevenção e combate ao uso abusivo de BZs entre as mulheres adultas jovens, adscritas na ESF Esperança I, em Poços de Caldas, Minas Gerais.

Para tanto, realizamos a revisão bibliográfica nas bases de dados eletrônicas da BVS: Literatura Latino-Americana e do Caribe através de Informações em Ciências da Saúde (LILACS), MEDLINE, BDNF, [IBECS](#) e a biblioteca virtual [Scientific Electronic Library Online](#) (SCIELO), periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e publicações do Ministério da Saúde utilizando os descritores: "estratégia saúde da família", "educação em saúde" e "benzodiazepínico". Realizamos rigorosa leitura que forneceu bases adequadas para o referencial teórico, que posteriormente, proporcionou a elaboração de um plano de intervenção para o combate e prevenção do uso abusivo de BZs na ESF Esperança I, em Poços de Caldas.

5.1 CONSTRUÇÃO DO PLANO DE INTERVENÇÃO

5.1 O TERRITÓRIO

Poços de Caldas é um município localizado na mesorregião do sul e sudeste de Minas Gerais, na região sudeste do Brasil e tem como uma das principais atividades econômicas o turismo. Possui cerca de cento e cinquenta e dois mil habitantes, densidade demográfica de 278,54 habitantes por Km² e uma concentração habitacional de 96,5% na área urbana (IBGE, 2010).

A ESF Esperança I, implantado no ano de 2006, localiza-se na Rua Rovilson Egidio nº50, no Bairro Jardim Esperança. É responsável pela cobertura de aproximadamente 50% da população do bairro. A equipe é composta por 01 Médica, 01 Enfermeira, 02 Técnicas de Enfermagem e 06 Agentes Comunitários de Saúde é responsável pela saúde de 1036 famílias e totalizando 3836 pessoas.

As reuniões com a comunidade são realizadas na recepção da ESF, assim como os grupos de educação em saúde. A comunidade dispõe de diversos estabelecimentos

comerciais como padarias, lanchonetes, pizzaria, supermercado, lojas e até fábricas que empregam pessoas da comunidade. Entretanto, trata-se de uma comunidade relativamente nova, pois o bairro é produto de incentivos empreendidos na década de 1990, através da Companhia de Habitação do Estado de Minas Gerais (COHAB MINAS) que atende exclusivamente famílias carentes em busca da casa própria, característica relevante para a consolidação da comunidade e do perfil de sua população.

Os principais problemas identificados no diagnóstico situacional da ESF Esperança I foram: uso abusivo de BZs, acúmulo de lixo nos lotes, drogas, alcoolismo, falta de opção de lazer, animais soltos, falta de pavimentação, policiamento, risco de proliferação da dengue e. Os critérios utilizados pela equipe PSF Esperança I foram analisados por meio dos dados do SIAB, das entrevistas aos informantes chaves e pela percepção da própria equipe em relação aos problemas encontrados estabelecendo-se esta ordem de prioridade:

- Uso abusivo de BZs;
- Acúmulo de lixo nos lotes;
- Risco de proliferação da dengue;
- Drogas ilícitas;
- Alcoolismo;
- Policiamento;
- Animais soltos;
- Falta de opção de lazer;
- Falta de pavimentação.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Matus (1993) ressalta que todo método de planejamento necessita desenvolver-se em uma sequência lógica de ações, identificando quatro momentos primordiais para o desenvolvimento de um "Planejamento Estratégico Situacional – PES":

1. MOMENTO EXPLICATIVO: busca-se conhecer a situação atual, visando identificar e analisar seus problemas;
2. MOMENTO NORMATIVO: formula-se soluções para o enfrentamento dos problemas identificados no momento explicativo;
3. MOMENTO ESTRATÉGICO: analisa-se a viabilidade das propostas elaboradas, formulando-se estratégias visando os objetivos traçados;
4. MOMENTO TÁTICO-OPERACIONAL: executa-se o plano, priorizando os instrumentos para o acompanhamento e avaliação do plano.

6.1 MOMENTO EXPLICATIVO

No território de abrangência há 1036 famílias cadastradas, totalizando 3836 pessoas. Trata-se de uma comunidade periférica e relativamente nova, entretanto não há registros de residências sem acesso a rede elétrica, abastecimento de água, rede de esgoto e sem coleta de lixo. Em relação ao perfil de ocupação nota-se a hegemonia de profissionais autônomos, sobretudo homens ocupados na construção civil, e uma grande parcela de aposentados e desempregados. Nota-se também elevado número de donas de casa.

A partir destas informações e de dados secundários da própria unidade priorizou-se os problemas encontrados na comunidade considerando-se a frequência de ocorrência, risco de saúde e possibilidades reais de intervenção pelos profissionais da unidade. Assim foram estabelecidas as prioridades a seguir:

- Uso abusivo de BZs;
- Acúmulo de lixo nos lotes;
- Risco de proliferação da dengue;

- Drogas ilícitas;
- Alcoolismo;
- Policiamento;
- Animais soltos;
- Falta de opção de lazer;
- Falta de pavimentação.

6.2 MOMENTO NORMATIVO

Estabeleceu-se que a melhor forma de atuação, visando a prevenção e o combate do uso abusivo de BZs, é a criação e consolidação de um grupo operativo para mulheres de 25 a 49 anos. Esta proposta encontra respaldo em diversas ações realizadas ao redor do mundo, visando sobretudo se estabelecer como um espaço no qual as usuárias sintam-se estimuladas a compartilhar sentimentos, desejos, pensamentos, necessidades e assim dar vazão às frustrações cotidianas em um espaço sadio em detrimento do uso desregrado de BZs.

O grande desafio da recuperação é substituir a rotina centrada na droga por novos hábitos evitando o retorno aos comportamentos destrutivos anteriores. Na implementação dessa mudança, o ambiente social exerceu uma poderosa influência na recuperação destes jovens. A influência mostrou-se no restabelecimento do convívio familiar, nos encontros com colegas recuperados e no apoio de profissionais especializados. Note-se que o termo usado foi reestabelecer, que quer dizer uma reaprendizagem para viver sem drogas e encontrar sentido em atos corriqueiros e habituais. (RIGOTTO, GOMES, 2002, p. 100).

6.3 MOMENTO ESTRATÉGICO

Considerando-se a boa estrutura da unidade de saúde e a disponibilidade de um profissional psicológico a formação de um grupo de apoio pode ocorrer de maneira facilitada sendo necessário a mobilização dos indivíduos de interesse ao grupo, uma vez que já estão mapeados, através das ações da equipe de enfermagem e principalmente dos agentes comunitários de saúde

6.4 MOMENTO TÁTICO-OPERACIONAL

Diante do plano proposto acredita-se que as ações a serem desenvolvidas podem impactar de maneira significativa na comunidade, estimulando a motivação entre a equipe e a população, responsabilizando-se a equipe pelo cuidado às mulheres envolvidas e tornando-as protagonistas no cuidado de sua saúde. Neste sentido destaca-se como estratégia principal a implantação de um grupo operativo baseado na técnica elaborada por Pichon-Riviére.

6.5 GRUPO OPERATIVO DE PICHON-RIVIÉRE

Enrique Pichon-Riviére (1907-1997), psiquiatra psicanalista argentino, desenvolveu a técnica de grupos operativos que busca gerar uma interação entre as pessoas, por meio de um processo dialético de ensino aprendizagem, proporcionando as pessoas que participam de grupos que se utilizam desta técnica um espaço, no qual os indivíduos podem expor seus problemas e buscar resoluções com os outros participantes e com os facilitadores. (PICHON-RIVIÉRE, 2005).

Um grupo operativo constitui-se em "um conjunto de pessoas com um objetivo em comum", tendo como princípios organizadores a tarefa, que parte do compartilhamento das necessidades de cada indivíduo em torno dos objetivos em comum visando a superação dos medos básicos, e o vínculo, que se refere à representação interna de cada indivíduo dentro do grupo (DIAS E CASTRO, 2006).

Os mesmos autores seguem esclarecendo que a prática diária de trabalho dos grupos operativos depende de alguns fatores críticos. Neste sentido destacam-se:

- definição dos objetivos e integrantes do grupo: em nosso caso, um grupo vinculado por patologia (uso abusivo de BZs) composto por mulheres de 25 a 49 anos (principal grupo de risco da área);
- preparo dos facilitadores: em geral, os cursos de graduação da área da saúde não preparam os profissionais para a implantação e condução de grupos operativos, sendo necessária a busca de embasamento teórico para a efetiva consolidação do grupo;
- frequência dos encontros: é imprescindível a clara determinação de periodicidade, local e horários de início e término do encontro, em nosso caso, todas as terças-feiras das 15 às 16 horas na sala de reuniões da unidade.

7 CONSTRUÇÃO DO PLANO DE INTERVENÇÃO

Primeiro passo: Definição dos problemas

A ESF Esperança I conta com os recursos adequados para o trabalho da equipe, e ainda que localizada em uma construção antiga e a evidente necessidade de manutenção do espaço, sua área é considerada adequada para atender a demanda da população. A unidade possui ampla recepção, sala de triagem, consultório médico, consultório de enfermagem, e também salas de procedimentos para inalação, curativo, coleta de sangue, sala dos agentes comunitários de saúde e banheiros separados para funcionários e pacientes.

Os principais problemas identificados no diagnóstico situacional da ESF Esperança I foram: acúmulo de lixo nos lotes, drogas, alcoolismo, falta de opção de lazer, animais soltos, falta de pavimentação, policiamento, risco de proliferação da dengue e uso abusivo de BZs.

Os critérios utilizados pela equipe ESF Esperança I foram analisados através dos dados do SIAB, das entrevistas aos informantes chaves e através da percepção da própria equipe em relação aos problemas encontrados.

Segundo passo: Priorização dos problemas

Diante dos principais problemas identificados pela equipe da ESF Esperança I no diagnóstico situacional classificamos por ordem de prioridade:

Quadro 1 – Classificação de prioridades

Principais Problemas	Importância	Capacidade de Enfrentamento	Seleção
Uso abusivo de BZs	Alta	Parcial	1
Acúmulo de lixo nos lotes	Alta	Parcial	2
Risco cardiovascular aumentado	Alta	Parcial	3
Risco de proliferação da dengue	Alta	Parcial	4
Drogas	Alta	Parcial	5
Alcoolismo	Alta	Parcial	6
Policiamento	Alta	Nenhuma	7
Animais soltos	Média	Parcial	8
Falta opção lazer	Média	Parcial	9
Falta pavimentação	Alta	Nenhuma	10

Terceiro passo: Descrição dos problemas identificados

Nas reuniões realizadas com os componentes da equipe de saúde da ESF Esperança I, o uso abusivo de BZs entre as mulheres adultas jovens, foi identificado como

o principal problema considerando os seguintes pontos: urgência, importância, capacidade de enfrentamento.

O estudo desenvolvido por Orlandi; Noto (2005) que a pessoa que faz uso prolongado de benzodiazapínico por mais de 4 a 6 semanas poderá apresentar tolerância, abstinência e dependência. Os participantes do estudo referiram que muitas vezes a medicação tem a indicação de amigos, vizinhos e/ou familiares e queixaram-se da falta de orientação médica quanto aos riscos do tratamento com os BZs.

Quarto passo: explicação do problema

- Queixas frequentes de ansiedade e insônia;
- Banalização do uso de BZs;
- Uso abusivo de BZs, sobretudo por mulheres de 25 a 49 anos.

O estudo desenvolvido por Orlandi; Noto (2005) destaca que a pessoa que faz uso prolongado de benzodiazapínico por mais de 4 a 6 semanas poderá apresentar tolerância, abstinência e dependência. Os participantes do estudo referiram que muitas vezes a medicação tem a indicação de amigos, vizinhos e/ou familiares e queixaram-se da falta de orientação médica quanto aos riscos do tratamento com os BZs.

Quinto passo: Seleção dos nós críticos

- Baixa capacitação da Equipe de Saúde da Família;
- Acompanhamento ineficiente do paciente usuário de BZs;
- Ausência de espaços de referencia para pacientes usuários de BZs.

Sexto passo: desenho das operações

Quadro 2 – Desenho das operações para os nós críticos

Objetivos	Ações	Responsáveis
Implantar espaços para a educação em saúde da equipe, por meio de grupo operativo buscando fortalecer a atuação na prevenção e no combate ao uso de BZs.	Realização de reuniões de discussão com a equipe sobre o uso abusivo de BZs.	Psicóloga do NASF; Enfermeira e Médica da ESF.
Organizar e consolidar grupo operativo para os pacientes que fazem uso abusivo de BZs.	Realização de reuniões semanais com os pacientes.	Equipe de enfermagem.
Organizar campanha de combate a banalização dos BZs.	Elaboração de materiais gráficos com informações sobre o uso abusivo de BZs a serem fixados na unidade e em outros espaços da comunidade.	Equipe da ESF.

Sétimo passo: identificação dos recursos críticos

Quadro 3 – Recursos críticos para o desenvolvimento das operações.

Ação	Recursos Críticos
Reuniões para a educação em saúde da equipe da ESF	Recursos organizacionais para mobilização dos responsáveis; Recursos financeiros para aquisição de materiais didáticos de interesse.
Grupo operativo	Recursos organizacionais para mobilização dos responsáveis; Recursos financeiros para aquisição de materiais didáticos de interesse.
Campanha de combate	Recursos organizacionais para mobilização dos responsáveis; Recursos financeiros para aquisição de materiais de papelaria e impressão de cartazes e panfletos educativos.

Oitavo passo: análise da viabilidade do plano

Quadro 4 – Análise da viabilidade do plano

Ação	Recursos Críticos	Controle dos recursos		Ações Estratégicas
		Ator/Motivação		
Reuniões para a educação em saúde	Recursos organizacionais para mobilização dos responsáveis; Recursos financeiros para aquisição de materiais didáticos de interesse.	Profissionais da ESF. Psicóloga do NASF. Secretaria Municipal de Saúde	Favorável Favorável Favorável	Não são necessárias. Apresentação do projeto e convite para participar do mesmo. Apresentação do projeto.
Grupo operativo	Recursos organizacionais para mobilização dos responsáveis; Recursos financeiros para aquisição de materiais didáticos de interesse.	Profissionais da ESF. Secretaria Municipal de Saúde.	Favorável Favorável	Não são necessárias. Apresentação do projeto.
Campanha de combate	Recursos organizacionais para mobilização dos responsáveis; Recursos financeiros para aquisição de materiais de papelaria e impressão de	Profissionais da ESF. Secretaria Municipal de Saúde.	Favorável Favorável	Não são necessárias. Apresentação do projeto.

	cartazes e panfletos educativos.			
--	----------------------------------	--	--	--

Nono passo: elaboração do plano operativo

Quadro 5 - Plano Operativo

Ação	Resultados Esperados	Responsável	Prazo
Reuniões para a educação em saúde	Potencialização do embasamento teórico de toda a equipe.	Enfermeira, Médica e Psicóloga.	Um mês
Grupo operativo	Amparo aos pacientes dependentes para superação da dependência.	Equipe de enfermagem.	Dois meses.
Campanha de combate	Potencialização do nível de informação da população em geral.	Equipe de enfermagem e equipe de agentes comunitários de saúde.	Um mês

Décimo passo: gestão do plano

Quadro 6 – Proposta de gestão do plano

Ação	Produto	Responsável	Prazo
Reuniões para a educação em saúde	Elaboração de espaços educativos.	Médica e Enfermeira- Conteúdo técnico. Psicóloga- Metodologia	Um mês
Grupo operativo	Consolidação do grupo operativo de apoio a mulheres que fazem uso abusivo de BZs.	Equipe de enfermagem	Dois meses
Campanha de combate	Materiais gráficos para distribuição na comunidade.	Equipe de enfermagem- Conteúdo teórico e impressão; Equipe de agentes comunitários de saúde- distribuição.	Um mês

8 CONCLUSÃO

O uso abusivo de BZs entre as mulheres adultas jovens foi identificado como o principal problema encontrado pelos componentes da equipe de saúde da ESF Esperança I, no município de poços de Caldas – MG.

A partir da literatura analisada verificamos que o uso abusivo de BZs está presente na sociedade, caracterizando-se como fruto das contradições da própria sociedade. Presenciamos uma época de grandes transformações sociais com grande avanço das tecnologias de ponta e de culto ao corpo perfeito. No entanto, as pessoas continuam apresentando problemas que perpassam todas as dimensões da vida, quais sejam: físicos, emocionais, sociais e espirituais.

A equipe de saúde da ESF, entendido como um novo modelo de assistência a partir da Atenção Básica à Saúde deve direcionar as suas ações para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Diante do principal problema torna-se imprescindível o comprometimento da equipe para a resolução do problema.

Entendemos que a educação em saúde por meio de grupo operativo é de fundamental importância para a prevenção e para o combate ao uso abusivo de BZs entre as mulheres adultas jovens. O grupo operativo poderá propiciar um novo entendimento para a equipe de saúde e para as mulheres acerca do uso abusivo de diazepínicos, tornando as pessoas envolvidas, com autonomia em seus processos e consigam enfrentar as dificuldades diárias da vida de forma mais saudável. Pois é essencial o esclarecimento das mulheres no sentido de um despertar de consciência em relação aos riscos do uso inconsequente de BZs.

Destacamos aqui a relevância de uma equipe qualificada, com capacidade de escuta, e resolutividade para auxiliar as mulheres no processo, penoso, mas factível, de se livrar da dependência dos BZs. Além disso, é premente organizar o fluxo de atendimento, valorizar o acolhimento para identificar possíveis casos de abuso, ou seja, assumir uma postura de orientador e facilitador do acesso das mulheres ao serviço de saúde, visando romper barreiras e preconceitos existentes entre o serviço e a mulher.

Neste sentido, esta proposta de intervenção constitui-se como o primeiro passo de um longo caminho que para ser trilhado. Necessita não apenas de uma equipe empenhada e disposta a alterar a realidade na qual se encontra, mas, sobretudo, de um poder público interessado em contribuir neste processo integrando saberes e integralizando ações.

REFERENCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde**: textos básicos. 20 ed. Rio de Janeiro. 2001.

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades**. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=315180>>. Acesso em: 25 mai. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção Básica e a Saúde da Família**. S/Data. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/atencobasica.php>>. Acesso em: 5 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Programas e Projetos**. PACS/PSF [online]. 2000(c). Disponível em:<http://www.saude.gov.br/psf/programa/como_comecou.asp>. Acesso em: 5 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF. 2007.

CAMPOS, F. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2.ed.-2010. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf>>. Acesso em: 30 Abr. 2014.

CASTRO *et al.* Uso de BZs como automedicação. **Revista Interdisciplinar**, Teresina, v.6, n.1, janeiro/fevereiro/março 2013. Disponível em: <http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/21/pdf_14>. Acesso em: 15 Mai. 2014.

DIAS, RB; CASTRO, FM.**Grupos Operativos**.*Grupo de Estudos em Saúde da Família*. AMMFC: Belo Horizonte, 2006. Disponível em: <<http://www.smmfc.org.br/gesf/goperativo.htm>>. Acesso em: 22 Jun. 2014.

MATUS, C. **Política, Planejamento e Governo**. Brasília: IPEA, vol. 1, 1993.

NORDON *et al.* *Características* do uso de BZs por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v.31, n.3, setembro/dezembro 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-81082009000300004&script=sci_arttext>. Acesso em: 14 Mai. 2014.

NORDON, D. G.; HÜBNER, C. V. K. Prescrição de BZs por clínicos gerais. *Diagn Tratamento*, v. 14, n. 2, p. 66-9, 2009.

ORLANDI, Paula; NOTO, Ana Regina. Uso indevido de BZs: um estudo com informantes-chave no município de São Paulo. **Rev Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, n.13, setembro/outubro 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13nspe/v13nspea18>>. Acesso em: 21 Mai. 2014.

RIGOTTO, S. D.; GOMES, W. B. Contextos de abstinência e de recaída na recuperação da dependência química. **Psic: Teor. E Pesq.** v.18, n.1, pp. 095-106, Janeiro/Abril 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v18n1/a11v18n1>>. Acesso em: 30 Abr. 2014.

RIVIÉRE, Enrique Pichón. **O processo grupal**. 7a ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/156626646/o-Processo-Grupal-Enrique-Pichon-riviere>>. Acesso em: 06 Jun. 2014.

RODRIGUES, C. R. F. **Participação e atenção primária em saúde: o programa de saúde da família em Camaragibe – PE (1994 – 1997)**. 1998. 144 f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1998.

ROTHER, E. A. Revisão Sistemática X Revisão Narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.20, n.2, abril/junho 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002007000200001&script=sci_arttext>. Acesso em: Mai. 2014.

SOARES, S. M.; FERRAZ, A. F. Grupos operativos de aprendizagem nos serviços de saúde: sistematização de fundamentos e metodologias. **Escola Anna Nery Revista de enfermagem**, Belo Horizonte, v.11, n.1, p. 52-57, março 2007. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n1/v11n1a07.pdf>>. Acesso em: 04 Jun. 2014.