

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

JULIO CESAR VELAZQUEZ ALVAREZ

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA MODIFICAR HÁBITOS E ESTILOS DE VIDA
EM PACIENTES ALCOOLISTAS - SANTA RITA - NO MUNICÍPIO CONCEIÇÃO DAS
ALAGOAS-MG.**

UBERABA/ MINAS GERAIS

2015

JULIO CESAR VELAZQUEZ ALVAREZ

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA MODIFICAR HÁBITOS E ESTILOS
DE VIDA EM PACIENTES ALCOOLISTAS - SANTA RITA - NO MUNICÍPIO
CONCEIÇÃO DAS ALAGOAS-MG.**

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.

Orientador: Profª Drª Regina Maura Rezende

UBERABA/ MINAS GERAIS

2015

JULIO CESAR VELAZQUEZ ALVAREZ

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA MODIFICAR HÁBITOS E ESTILOS
DE VIDA EM PACIENTES ALCOOLISTAS - SANTA RITA - NO MUNICÍPIO
CONCEIÇÃO DAS ALAGOAS-MG.**

Banca Examinadora

Avaliador 1: Prof^a Regina Maura Rezende – Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM (Orientadora)

Avaliador 2: Prof^a Zilda Cristina dos Santos – Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM

Aprovado em Uberaba: 21 de Dezembro de 2015.

Dedicatória

- ❖ A minha família por sua dedicação com minha educação.
- ❖ A todos os amigos e amigas que de uma forma apoiaram meu projeto de intervenção.

AGRADECIMENTOS

- ❖ A Deus por entregar-me a paciência e a sabedoria para fazer este trabalho.
- ❖ Ao Programa Mais Médico por permitir fazer esta especialização.
- ❖ Agradeço à minha tutora Fernanda Carolina Camargo e a todos que contribuem para fazer desse curso um curso de excelente qualidade.
- ❖ A secretaria do curso de especialização.
- ❖ A minha tia Dra. Belkis Artigas León, por su apoyo e orientação en todo el trabajo e, por su dedicação, com paciência, para ensinarme a escribir con más claridad y precisión.
- ❖ A Lic. Miriam por seu assessoramento estatístico.
- ❖ A meus professores de turma por seu apoio e compressão.
- ❖ A minha equipe de saúde por sua incondicionalidade.
- ❖ O Rodolfo Aloma Ponce por sua cooperação nesse trabalho.

RESUMO

A pesquisa social na última década tem destacado a necessidade de descrever, explicar e evitar o fenômeno do abuso de álcool na população. Os estudos mais recentes de saúde mostram um altíssimo índice de consumo de álcool na população, em especial na zona rural. A naturalização multicausal do consumo de bebidas alcoólicas justifica que intervenções preventivas sejam direcionadas, principalmente para a modificação dos fatores de risco. A principal razão pela qual surgiu o interesse em realizar o projeto de intervenção voltado para o tema educação em saúde em pacientes alcoólicos foi devido à importância das ações educativas para motivar e incentivar o cuidado dos principais fatores de risco dos indivíduos alcoólistas, as ações de educação em saúde têm o objetivo de melhorar qualidade de vida e incluir estratégias preventivas que ajudem o paciente, a família e a sociedade. Trata-se de um projeto de intervenção no Posto de saúde Santa Rita em a zona rural, Município Conceição das Alagoas, Minas Gerais. Espera-se que, com a implantação do projeto, a população e as equipes de saúde possam usufruir de processos de alcance de saúde e melhores índices de qualidade de vida.

Palavras-Chave: Dependência etílica; educação em saúde; saúde pública.

ABSTRACT

A social investigation in the last decade highlighting the need to describe, explain and prevent abuse or phenomenon of an alcohol population. The most recent health studies show a HIGHEST consumption rate of alcohol population, in particular in rural areas. The naturalization of alcoholic beverage consumption justifies preventive interventions to be directed, mainly to modify two factors of risk. A main reason for which it arose or interest in making a project of targeted intervention to or education topic in health in alcoholic patients was due to the importance of educational actions to motivate and encourage or care two principal factors of risk two alcoholics individuals actions in education in health to or target quality of life and include preventive strategies for patient. Ajudem to society and family. Try to implement a project intervention at the Health Post Santa Rita in a rural area, Municipality Conceição das Alagoas, Minas Gerais. Wait for the implementation of the project to do, to equip the population and Health to be able to reach health and better quality of life.

Keywords: alcohol dependence; education in health; public health.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	09
JUSTIFICATIVA	25
OBJETIVOS	26
METODOLOGIA	27
PLANO DE INTERVENÇÃO	28
CONSIDERAÇÕES.....	30
REFERÊNCIAS	32

INTRODUÇÃO

1. Identificação do município.

O município de Conceição das Alagoas, tradicionalmente conhecido como Garimpo, faz parte do estado de Minas Gerais e possui uma área de 1.352,2 km². Está localizado na microrregião de Uberaba, cidade da qual é ligada pela MG 427, e distante desta apenas 56 Km. Conceição das Alagoas está situada no Triângulo Mineiro e distante 530 km da capital Belo Horizonte. Com uma população de 25.139 habitantes, de acordo com a estimativa de 2013 do IBGE, a cidade vem passando por um processo de crescimento populacional contínuo desde o final do século passado, devido a diversificação de sua base econômica. Nesta ocasião houve a introdução da lavoura de cana-de-açúcar e, conseqüente, instalação de usinas de álcool e açúcar, sendo, até o momento, as únicas indústrias instaladas no município. Situada em uma região de solos férteis, a agricultura e a pecuária de leite e corte são a base da economia do município que conta ainda com inúmeras olarias de tijolos, uma tradição do lugar. O comércio da cidade é forte e segue uma tendência de crescimento e diversificação.

A densidade demográfica é de 17,2 habitantes por km² no território do município. Vizinho dos municípios de Campo Florido, Planura e Veríssimo, Conceição das Alagoas se situa a 46 km a Norte-Oeste de Guaíra a maior cidade nos arredores. Situado a 517 metros de altitude, de Conceição das Alagoas as coordenadas geográficas do município Latitude: 19° 54' 51" Sul Longitude: 48° 23' 11" Oeste. (IBGE, 2012)

Histórico de criação do município.

A história do município de Conceição das Alagoas teve seu começo com a chegada, na região, do bandeirante João Batista de Siqueira, por volta do ano de 1811. Antes o lugar era ocupado pelos índios Caiapós. Os desbravadores instalaram-se em uma fazenda chamada Alagoas. Em 1851, quando um valioso diamante foi encontrado perto de uma cachoeira do Rio Uberaba, por um fazendeiro chamado José de Souza Lima, começou na região a lavra em busca de pedra preciosa. Com isso umas grandes afluições de pessoas vieram para o recém descoberto garimpo, o que contribuiu para o crescimento do povoado que passou a fazer parte do Distrito de Nossa Senhora das Dores do Campo Formoso. Em 1856 foi construída a primeira igreja; o primeiro capelão foi o padre Felício Joaquim da Silva Miranda.

Em 1869 Conceição das Alagoas foi elevada a Distrito Policial e a Freguesia de Nossa Senhora de Conceição das Alagoas que passou a pertencer à Uberaba em 1878. O município de Conceição das Alagoas foi criado em 1938, quando emancipou-se de Uberaba. Em 1954, passou a ser Comarca com a criação do Judiciário. Com o esgotamento do garimpo de diamantes, a fabricação de tijolos, a criação de gado e a agricultura de soja, milho, sorgo e outros, passaram a constituir a base econômica do Município. Em virtude de este ter suas origens na atividade de extração de diamantes, recebeu primeiramente o nome Garimpo das Alagoas. Deste então os cidadãos nascidos nesta localidade recebem o gentílico, ou, são chamados, "garimpem-se". As notícias divulgando a existência de riquezas minerais correram céleres pelos sertões, atraindo inúmeros garimpeiros. Novas moradias iam sendo erguidas e a comunidade alcançou época gloriosa, mas, pouco duradoura, na vida econômica da nova população. O declínio natural da mineração deu lugar às atividades agrícolas e pecuárias, tão antigas quanto o garimpo, porém mais solidamente fundamentadas para o desenvolvimento do lugarejo.

A cidade recebe o nome de Conceição das Alagoas em homenagem à sua Padroeira Nossa Senhora da Conceição e devido ao grande número de lagoas de água doce existentes no município.

2. Descrição do município.

2.1 Aspectos Geográficos.

Conceição das Alagoas possui uma área territorial total de 1.352,2 km² e uma densidade demográfica (hab/km²) de 17.19. Com uma altitude máxima de 723m local. Corrego Felicidade e Altitude mínima de 490m local: Prox. Corrego do Mineiro. As temperaturas registradas são média anual: 21,9 C, média máxima anual: 29,1 C e média mínima anual: 16,6 C, com um Índice médio pluviométrico anual de 1589 mm. O relevo que predomina é plano, e menos predominante o ondulado e montanhoso. Tem como principais rios Ribeirão das Alagoas, rio Uberaba e rio Grande e duas represas PORTO COLÔMBIA – Furnas e VOLTA GRANDE- Cemig. O clima do Município está classificado como mesotérmico, caracterizado por invernos secos e verões chuvosos.

Figura 1. Localização de Conceição das Alagoas em Minas Gerais.



Fonte Google, 2015

2.2– Aspectos Socioeconômicos:

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - IDHM, indica que Conceição das Alagoas, é 0,767, medido pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, por índice de urbanização: Urbana: 20.892 habitantes - 90.61% Rural: 2.163 habitantes - 3,1%. e a população está dividida em 12.054 homens e 11.001 mulheres. (IBGE, 2008)

Tem uma população estimada de 25 139 habitantes em ano 2013.

Em 2008 o IBGE divulgou um PIB de R\$ 439 860,699 mil e a Renda per capita média de Conceição das Alagoas foi de R\$ R\$ 20 449,13.

A Taxa de longevidade é de 0,862 e a expectativa de vida da população é de 73,9 anos.

Não se reportou óbito materno em ano 2014 e só houve um óbito infantil.

Conceição das Alagoas tem condições para viver com qualidade e tranquilidade. Vem passando por um processo de crescimento populacional contínuo desde o final do século passado, devido a diversificação de sua base econômica.

A proposta de trabalho em Saúde em Conceição das Alagoas está em sintonia com a construção nacional do SUS, para uma ampla rede de atenção à saúde e tem como instrumento de gestão fortalecer o modelo de atenção e será norte das ações para a busca da efetivação do aprimoramento da política de atenção básica na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde como pilar fundamental e implantar uma medicina de primeiro mundo.

Dados de Saneamento de Conceição das Alagoas:

O abastecimento de água de Conceição das Alagoas é mediante rede pública, com uma produção diária que abastece a população que em 1991 era de 73. 2, hoje é de 80.6 a rede geral. Além de isso tem poço ou nascente em um 18.8. e, outra forma 0.5. (SIAB, 2015)

O serviço de eletricidade e gasificação está disponível e as maiorias das ruas são asfaltadas. Tem serviço de ônibus para o transporte dos estudantes, telefonia e acesso a internet pagos.

Cerca de 82.7% de lixo é coletado, o 13.9% é queimado, enterrado ou a céu aberto. Quanto ao esgoto 77.5% famílias possuem sistema de esgoto ou pluvial, 15.6% fossa rudimentar, 1.4% fossa séptica e vala 0.3. (SIAB, 2015)

Principais Atividades Econômicas

O município sempre se dedicou à atividade pecuária de leite e corte, e a fabricação de tijolos em suas inúmeras olarias mas, a partir de meados da década de 1990, as culturas de soja e cana-de-açúcar vêm conquistando o espaço antes dominado pelo gado bovino. O município possui uma usina de álcool e açúcar do grupo Carlos Lyra e a Usina Hidroelétrica Volta Grande, que processam a cana de açúcar sendo umas das maiores produtoras de açúcar e álcool, para Brasil e outros países. Grande parte da população trabalha nesse local, distribuída pelos vários seguimentos, visto a proximidade e é a principal fonte de emprego na região.

2.3– Aspectos Demográficos.

Tabela 1 - Aspectos Demográficos do Município Conceição o das Alagoas. Período 2012.

Faixa Etária	No.	%
Menor de 1 ano	416	1,7
1 a 4 anos	1515	6,3
5 a 9 anos	1882	7,8
10 a 14 anos	2070	8,6
15 a 19 anos	2051	8,5
20 a 29 anos	4872	20,3
30 a 39 anos	3861	16,1
40 a 49 anos	3111	12,9
50 a 59 anos	2118	8,8
60 a 69 anos	1100	4,5
70 a 79 anos	718	3,0
80 e mais anos	218	0,9

Total	23,932	100,00
-------	--------	--------

Fonte: IBGE, 2010.

A composição etária do município – o número proporcional de crianças, jovens, adultos e idosos é um elemento importante a ser considerado pela gestão municipal. Levando-se em consideração o número total de habitantes em Conceição das Alagoas, a população com idade acima de 60 anos apresentou um aumento, reforçando assim, as projeções estatísticas da OMS em que a população de idosos no Brasil aumentará muito nos próximos anos. Segundo a OMS, entre 1950 e 2025 a população de idosos no país crescerá na ordem de 16 vezes enquanto que, no mesmo período, o crescimento da população mundial será de não mais que cinco vezes. Segundo o Plano Nacional de Saúde: um pacto pela Saúde no Brasil-2005, a população de idosos no Brasil passará de 7,3% em 1991 para 15% em 2025.

De acordo com o censo realizado pelo IBGE em 2010, a população de Conceição das Alagoas é de 23.055 habitantes, com um crescimento de 34% em relação ao censo de 2000.⁶ e uma área de 1.352,2 km². Sua densidade demográfica é de 17,01 hab/km².

Em Conceição das Alagoas não falta escola para quem quer estudar. A população alfabetizada é 163.140 habitantes e a taxa de analfabetos é de 3,7% considerando alunos acima de 15 anos, sendo que a maioria de analfabetos se encontra na faixa etária acima de 60 anos, de acordo com o Censo Demográfico/Pesquisa na internet em 24/04/2013 do IBGE.

2.4– Sistema local de Saúde.

O Sistema Municipal de Saúde de Conceição das Alagoas, segundo dados de 2013, está estruturado da seguinte maneira: conta com 7 Unidades Básicas de Saúde, 8 Equipes do Programa de Saúde da família, 1UBS com atendimento nas especialidades de Ginecologia/Obstetrícia, Pediatria e

atendimento odontológico, 1 Centro de Saúde com atendimento médico nas demais especialidades e de Farmácia Básica Municipal, 1 Centro de Reabilitação (Fisioterapeuta, Psicólogo, Fonoaudiólogo, TO), 1 Hospital Geral Municipal com 2 alas de internação equivalendo a 21 leitos, centro cirúrgico e um serviço de Pronto Atendimento com 9 leitos de observação, além 2 serviços de apoio e diagnóstico, tais como Raios –x, Ultrassonografia e Laboratório de Análises Clínicas. Também uma Unidade de Vigilância em Saúde: Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Vigilância Ambiental e 1 Centro de Atenção Psicossocial, os quais em sintonia com a construção nacional de SUS tem a responsabilidade de planejar, implementar e avaliar as ações realizadas nos serviços municipais de saúde, para assegurar uma ampla rede de atenção à saúde, com unidades básicas de saúde, serviço de urgência e emergência, serviços especializados, entre outros. (DATASUS, 2010)

2.5 Território / área de abrangência.

A ESF Santa Rita pertence ao serviço de saúde do município de Conceição das Alagoas, está localizada comunidade de Ponciano de Carlos que fica na área Rural e se formou, inicialmente, a partir do êxodo rural e pessoas de outras cidades, ocorrido nos anos de 1980, em função de busca de emprego e melhoria de qualidade de vida, sendo sua principal fonte de emprego a agricultura familiar, entre as quais se destacam cultivo de laranja, feijão e milho. Atualmente o cultivo de cana de açúcar, é a maior fonte de emprego para a população e conta com a Usina “Grupo Carlos Lyra”, que processam a cana de açúcar sendo umas das maiores produtoras de açúcar e álcool, para Brasil e outros países. A população conserva hábitos e costumes próprios da população brasileira e gosta de comemorar as festas religiosas e carnaval.

A comunidade contava, em 2014, com 1.503 moradores, atendidos por uma equipe de Saúde da Família: a equipe de Santa Rita com 479 moradores, dividida em uma 02 micros áreas. Entre os 1503 habitantes da área de abrangência da Equipe Santa Rita, 767 (51%) são homens e 736 (49%) são mulheres. A unidade de saúde de Santa Rita foi inaugurada há cerca de 16

anos e está situada em praça Ponciano de Carlos na zona rural. É uma casa alugada, que foi adaptada para ser uma unidade de saúde. A casa é antiga, porém, bem conservada e sua área pode ser considerada inadequada, considerando-se a demanda e a população coberta, embora o espaço físico seja muito bem aproveitado, pequeno para ser unidade de saúde. A área destinada à recepção é pequena, razão pela qual nos horários de pico de atendimento (manhã) cria-se certo tumulto na unidade. Isso dificulta sobremaneira o atendimento e é motivo de insatisfação de usuários e profissionais de saúde. Sendo nossa Unidade a “porta de entrada” do Sistema que atenderão a todas as pessoas, todos os usuários que pertencem à área programática do posto devem ser registrados e possuir um prontuário, através do qual se possa fazer o acompanhamento de sua história clínica e da doença atual.

A equipe não tem dificuldades com a referência para os demais níveis assistenciais. A contra referência não é feita como desejável, embora se notem mudanças nos últimos meses, com a criação de reuniões colegiadas para coordenação assistencial, com movimentos importantes para melhor articulação entre a atenção básica e hospital incluindo o pronto-atendimento e se trabalha para o aperfeiçoamento da referência e contra referência.

Não existe espaço suficiente, mas temos cadeiras para todos aguardarem o atendimento sentado. Não existe sala de reuniões, por isso a equipe utiliza o quintal. As reuniões com a comunidade (grupos, por exemplo) são realizadas a cada 15 dias. Hoje conta com equipe composta por uma enfermeira, dois agentes comunitários de saúde, uma equipe de saúde bucal, um médico geral e um auxiliar de serviços gerais. Atualmente tem horário de funcionamento de 7 da manhã às 5 da tarde, estão localizadas em uma região de difícil acesso.

Nas últimas administrações, tem havido algum investimento público na comunidade (escola, centro de saúde, etc.) em função da pressão da associação comunitária, que é bastante ativa. A população tem muito apreço pela unidade de saúde, fruto de anos de luta da associação. Existem várias iniciativas de trabalho na comunidade por parte da Igreja. Esses trabalhos

estão bastante dispersos e desintegrados e, em sua maioria, voltados para crianças, idosos e mães.

Depois de um amplo estudo com a participação de toda a equipe de saúde foi possível observar que em nossa população, existem muitos problemas que afetam o processo saúde – enfermidade, como por exemplo: alta incidência de consumo de álcool, alta incidência de Hipertensão Arterial descontrolada, alta incidência de Diabetes Mellitus, alta incidência de doenças mentais, aumento de doenças Cardiovasculares, alto número de transtornos nutricionais (Obesidade e Dislipidemia), número elevado de condições respiratórias, incidência de parasitoses intestinais e baixa resolutividade na atenção no posto de saúde.

Tabela 2 - Distribuição da população segundo faixa etária e sexo da área de abrangência ESF Santa Rita 2015.

Faixa Etária	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
<1	1	3	4
1 - 4	52	40	92
5 – 9	84	63	147
10 – 14	89	63	152
15 – 19	67	52	119
20 – 39	184	159	343
40 – 49	151	138	289
50 – 59	86	71	157
>60	101	99	200
Total	815	688	1503

Fonte: SIAB Conceição das Alagoas, fevereiro 2015.

O nível de escolaridade é baixo, a maioria só chega nível básico e deixa a escola, o nível de escolaridade que predomina é ensino médio completo, representando um 28.1% do total da nossa área. A maior parte dos adolescentes quando não estão na escola ficam caminhando pelas ruas e praticam o consumo de produtos químicos e álcool.

A população trabalha principalmente em centro industrial da cidade, a Usina “Grupo Carlos Lyra”, e fazendas onde desenvolvem trabalhos de agricultura e produção de leite em função de busca de emprego e melhoria de qualidade de vida, sendo sua principal fonte de emprego a agricultura familiar, entre as quais se destacam cultivo de laranja, feijão e milho. .

As casas em geral são construídas de cimento, teto de telhas, acabamento incompleto, existindo vários locais envolvidos no comércio; a média de moradores por família é de 3-6 pessoas. O número de nascimentos é baixo. O serviço de eletricidade e gasificação está disponível. A maioria das ruas não são asfaltadas, e o resto não conta com pavimento. Tem serviço de ônibus para o transporte dos estudantes, tem telefonia e acesso a internet com dificuldade.

Quanto ao abastecimento de água as famílias são abastecidas por rede pública. Em apenas 33% das famílias há coleta de lixo semanalmente, em 22% o lixo é queimado, enterrado ou a céu aberto. Quanto ao esgoto 26% das famílias possuem sistema de esgoto, 21% fossa e 8% céu aberto.

O principal meio de transporte é em carros, motos e bicicletas. A renda familiar é variável e a média é em torno de um salário mínimo.

As doenças mais frequentes em crianças são processos respiratórios, como amigdalite, rinite, e parasitose e em adultos as doenças que mais afetam a nossa comunidade são doenças crônicas não transmissíveis e a maioria preveníveis, que são causas de hospitalização como doenças cardíacas relacionadas com a Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus. Também dependência de álcool e produtos químicos, transtornos depressivos, e Artroses. Entre os principais problemas de saúde em crianças têm má higiene,

alimentação inadequada, e nos pacientes Idosos, os principais problemas são dados porque a maioria passa o dia sozinho e esquecem a medicação.

1. Recursos da Comunidade

A comunidade conta com uma Equipe Saúde Familiar (ESF), escola estadual, igrejas distribuídas em várias religiões, e comércio dos gêneros alimentícios. Associação comunitária não é atuante, a população não tem acesso aos meios de lazer, a praça do bairro foi ocupada pelos usuários de drogas.

1.1– Recursos Materiais.

A Área física em uso conta com uma sala para consulta médica, 1 consulta de Papanicolau, 1 posto de Enfermagem, a área destinada à recepção é pequena, razão pela qual nos horários de pico de atendimento (manhã) cria-se certo tumulto na unidade, 2 Sanitários, 1 consultório para dentista. Este ESF é uma casa alugada, que foi adaptada para ser uma unidade de saúde. A casa é antiga, porém bem conservada e sua área pode ser considerada inadequada, considerando-se a demanda e a população coberta, embora o espaço físico seja muito bem aproveitado, mas pequeno para ser unidade de saúde. Tem uma equipe de saúde da família completa, as consultas são de segunda a quinta com visitas domiciliares nas quintas à tarde com atendimento da demanda espontânea de 2 pacientes por seção.

1. Diagnóstico Situacional

Realizamos o diagnóstico de Saúde da área de Abrangência utilizando a metodologia do Planejamento em Saúde (PES) (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010, p. 110).

A partir de uma visão geral dos problemas de saúde expostos pelos agentes comunitários, os líderes formais e informais da comunidade e equipe, em reunião, observamos que existem um conjunto de problemas de saúde e que ainda persistem dificuldades para abordagem dos mesmos e sua solução.

Primeiro Passo: Identificação dos Problemas de Saúde:

- 1-Alta incidência de consumo de álcool.
- 2-Alta incidência de Hipertensão Arterial descontrolada.
- 3-Alta incidência de Diabetes Mellitus.
- 4-Alta incidência de doenças mentais.
- 5-Aumento de doenças Cardiovasculares
- 6-Alto numero de transtornos nutricionais. Obesidade e Dislipidemia.
- 7-Numero elevado de condições respiratórias.
- 8- Incidência de parasitoses intestinais.
- 9-Baixa resolutividade na atenção no posto de saúde.

A realização do diagnóstico situacional como ferramenta permitiu em ESF Santa Rita identificar uma rota crítica em relação a lista de problemas, acatando sugestões para uma ordem de prioridade com a identificação dos nós críticos do problema escolhido, método fundamental para o processo de planejamento. Se não tivermos um bom diagnóstico de nossa realidade, provavelmente teremos problemas para definir quais intervenções devemos fazer, necessárias para o enfrentamento dos problemas que temos pela frente.

Priorização dos Problemas:

Tabela de identificação da prioridade

Principias Problemas	Importancia	Urgencia*	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alta incidencia de alcoolismo.	Alta	8	Parcial	1
Alta incidência de pacientes hipertensos descompensados	Alta	7	Parcial	2
Alta incidência de pacientes diabéticos	Alta	5	Parcial	2

descompensados.				
Alta incidência de doenças mentais.	Alta	5	Fora	3
Aumento de doenças cardiovasculares.	Alta	4	Fora	4
Alto número de transtornos nutricionais. Obesidade e Dislipidemia.	Alta	3	Parcial	3
Número elevado de condições respiratórias	Alta	2	Parcial	4
Incidência de parasitoses intestinais.	Alta	2	Fora	4
Baixa resolutividade na atenção em posto de saúde	Alta	2	Parcial	4

Fonte: Alvarez, 2015.

O problema prioritário é alta incidência de pacientes com alcoolismo, como problema fundamental.

Terceiro Passo: Descrição do Problema

O alcoolismo é um padecimento que gera uma forte necessidade de ingerir álcool, de forma que existe uma dependência física do mesmo, se manifestando através de determinados sintomas de abstinência quando não é possível sua ingestão. A dependência ao álcool pode resultar de uma predisposição genética, uma doença mental, e consumo de álcool abundante, mantido e abusivo a uma combinação de outros fatores. Esta doença não só afeta o dependente como também a vida de todo aquele que se encontra ao seu redor. No Brasil o alcoolismo é considerado como uma problemática a população e para o ministério de saúde. Até 1999 se configurava como o principal problema na área das doenças mentais. Crê-se sua incrementação, ou

a potencialização do uso, propiciado por situações econômicas psicossociais e problemas de comportamento da população jovem em diferentes ambientes sociais.

O índice elevado de consumo de bebidas alcoólicas no Brasil ocorre por se compartilhar, sob diversos pontos de vista, de uma conjuntura idêntica a que existia nos Estados Unidos há mais de dois séculos. No país, apresentam-se cerca de 50% das internações psiquiátricas masculinas ocasionadas pelo álcool, além de uma série de problemas sociais. O descontrole nacional pode ser percebido a partir dos seguintes aspectos: 1) um litro de cachaça custa menos de meio dólar, enquanto que em países desenvolvidos a bebida destilada não sai por menos de dez dólares; 2) O álcool é uma droga de fácil acesso, pois pode ser adquirido em qualquer lugar, já os países desenvolvidos têm critérios bem definidos sobre quando, onde, e por quem o álcool pode ser consumido; 3) a propaganda televisiva no País é muito agressiva e aponta claramente para o objetivo de ampliar o mercado entre as crianças e os adolescentes.

Nos últimos anos, o crescente e prejudicial consumo de álcool, junto com suas consequências negativas para a saúde tem despertado a atenção imediata na 63. Assembleia Mundial de Saúde, sobre as estratégias para reduzir o uso nocivo de álcool onde pediam a todos os estados e países presentes para realizarem estratégias que permitam reduzir o consumo desse produto, altamente prejudicial para a saúde da população tanto de países desenvolvidos como em via de desenvolvimento (WHO, 2000). Na América Latina os indicadores de alcoolismo variam entre ele 4% e ele 24% da população adulta e existem 25 milhões de alcoólicos, cifra que desde 2008 aumentou até 38 milhões.

Nos EUA a cifra de paciente alcoólico se eleva até 42% de sua população, o que tem sido motivo para muitas medidas tomadas para evitar esse consumo de álcool. Na Argentina, a Associação Civil Luchemos por a Vida calcula que cada paciente consome de álcool e o fator determinante de 50% das mortes por acidentes de trânsito. No Chile o estudo do Perfil de

condutores da região metropolitana revela que 40% das mortes de trânsito ocorrem baixo a influência de álcool. (WHO, 2007).

É de salutar importância desenvolver estratégias de enfrentamento do alcoolismo de forma simples e prática para que possam ser executadas a partir da realidade da Unidade de Saúde de Santa Rita. De forma a ratificar o estudo situacional e servir de referência, e considerando que o trabalho e o plano de intervenção serão desenvolvidos dentro de Unidades de Saúde da Família, partindo da compreensão sistêmica do problema, em que uso de álcool deixa de ser um fim apenas de busca da droga etanol, mas um complexo processo comportamental e relacional, em que o álcool é um dos componentes, o que abarca uma cadeia de procedimentos e de profissionais que cuidem das raízes dos problemas em sua totalidade, caracterizando assim, um sistema organizado de acompanhamento, tratamento e reabilitação de os pacientes.

Em Conceição das Alagoas o índice de alcoolismo aumentou em 24% os últimos 4 anos, trazendo consigo um aumento de jovens que começam a ingerir estas bebidas em muitos cenários sociais, trazendo muitos problemas de conduta e comportamento em lugares públicos, já que é fácil de adquirir bebidas alcoólicas. Minha área de abrangência, tem reflexos quanto a isto, pois muitos pacientes da zona rural consomem muitas bebidas alcoólicas e é muito frequente estados de total embriaguez, provocando muitos problemas na família, na comunidade e no indivíduo particularmente.

Quarto Passo: Explicação do problema

Neste passo nos baseamos nas principais causas Fatores que influenciam diretamente e trazem as consequências do Problema

1. Possibilidades econômicas
2. A disponibilidade do fármaco
3. Organização dos serviços de saúde e a qualidade dos cuidados
4. Comunicação profissional de saúde-paciente
5. Satisfação com o atendimento recebido

6. Apoio familiar e social
7. Complexidade do tratamento
8. Conhecimento e crenças sobre a doença e tratamento
9. Motivação para a saúde e bem-estar
10. Esquecimento do tratamento
11. Características psicológicas (qualidades volitivas, traços de caráter, hábitos e habilidades)
12. Baixa escolaridade

Quinto Passo: Identificação dos nós críticos

1. Educação insuficiente sobre a doença Alcoolismo.
2. Falta de difusão das complicações desta doença.
3. Ausência de elaboração de um plano de entretenimento e recreação saudável para a população rural.
4. Predisposição social ao álcool.
5. Processo de trabalho do ESF inadequado para enfrentar o problema.

Estes problemas foram analisados junto com a equipe, demonstrando assim, a importância de um maior acompanhamento dos agentes comunitários para avaliar melhor sua relação e conhecimento da população de abrangência, e motivamos a importância do trabalho do ACS. A influência direta e indireta de nosso comportamento na motivação como na produtividade do trabalho e na satisfação das pessoas envolvidas com a organização exerce uma grande mudança e influencia dentro de nosso processo de trabalho em saúde.

JUSTIFICATIVA

Os consumos de bebidas alcoólicas constituem um importante problema de saúde pública em a atualidade. O governo brasileiro, ciente dessa realidade, iniciou um processo de construção de sua política pública para o álcool com o objetivo de garantir o espaço de participação social para a discussão de tão importante tema. O Ministério da Saúde cria diretrizes com o objetivo de erradicar esta situação como: Reduzir o consumo global e pessoal, informando e estimulando o consumo seguro de bebidas alcoólicas. Mudar o padrão do uso nocivo, especialmente entre jovens. Ante este fato, um dos modos que parece adequado para solucionar esta problemática é mediante a prevenção das drogo dependência. E, por isso, que minha motivação para este trabalho é encaminhada, sobretudo a conhecer qual são os fatores de risco que influem no abuso excessivo de ingestão de bebidas alcoólicas, e de que maneira se pode modificar o paciente a erradicar sua dependência.

OBJETIVOS

Geral:

Elaborar um projeto de intervenção que contribua para a redução do consumo de álcool da população da zona rural do município Conceição das Alagoas-MG.

Específicos:

1. Realizar revisão de literatura sobre o tema alcoolismo para conhecer o comportamento de alcoolismo no mundo, no Brasil e em Conceição das Alagoas.
2. Elaborar ações para redução do consumo de álcool em nossa área de abrangência.

METODOLOGIA

O álcool é uma das drogas que mais consequências traz para o indivíduo, família e a sociedade, inúmeras são os efeitos que provoca e as perdas que traz consigo. Brasil é um dos países que mais reportam mortes por uso deste produto, em os casos de acidentes automobilísticos, violência doméstica etc. por isso utilizando a base de dados que existe em secretaria de saúde, apoiando-me em o plano de saúde de meu município decido realizar este trabalho tendo em conta a problemática na questão. Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção será utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional – PES 3. Esse trabalho foi realizado a partir de uma revisão bibliográfica, que sustentou a posterior elaboração do plano de ação cujo enfrentamento do problema é o alcoolismo. Optou-se por publicações em inglês espanhol e português. Utilizando palavras chave como alcoolismo, atendimento a os alcoólicos e atenção primária.

PLANO DE AÇÃO

Quando se elabora um plano de ação é importante analisar, identificar e priorizar os problemas locais na área abrangência. Temos que olhar as características do problema e suas consequências sociais. Em nossa ESF existem muitos pacientes alcoólico, aproximadamente 18 % da população adulta, sendo um problema de saúde em nossa comunidade. Por isso, e por ser uma doença crônica muito frequente, que afeta a todas as idades desde adolescência como a população adulta, o trabalho é encaminhado a melhorar estilos de vida inadequados e promover ações de saúde que favoreçam o melhor controle e seguimento dos pacientes portadores da doença, com esquema de tratamento ajustado ao utilizado na terapêutica global atual.

O desenho das operações, a identificação dos recursos críticos, a análise da viabilidade e o plano operativo de meu projeto de intervenção permite cientificamente resolver um problema que afeta não só a população do Brasil, mas de toda a humanidade, para que possamos desenvolver ações para melhorar a qualidade de vida da população atendida.

Problema prioritário	<i>Elevado abuso do consumo do álcool em pacientes do Equipe de Saúde da Família Santa Rita, em município Conceição das Alagoas, Minas Gerais.</i>
No crítico 1	<i>Modificar hábitos e estilos de vida.</i>
Projeto 1	<i>Conseguir o espaço ou local para reuniões com os grupos de pacientes alcoólicos. Apoio financeiro para a aquisição de recursos, pôster, mídias audiovisuais, etc.</i>
Resultados	<i>Modificação de modo e estilo de vidas nos pacientes alcoólicos para diminuir as complicações e melhorar sua qualidade de vida.</i>
No crítico 2	<i>Aumentar o nível de informação dos pacientes com alcoolismo em relação com as complicações pessoal, familiares e a sociedade.</i>
Projeto 2	<i>Disponibilidade de local para fazer palestras educativas. Apoio financeiro para a aquisição de recursos audiovisuais, pôster, etc.</i>
Resultados	<i>Pacientes mais informados sobre a doença e as complicações dele alcoolismo e a redução de novos casos.</i>
No crítico 3	<i>Linha de Cuidado</i> <i>Implantar linha de cuidado para pacientes com alcoolismo.</i>
Projeto 3	<i>Aquisição de recursos para pôster, material de oficina e recursos audiovisuais. Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.</i>
Resultados	<i>Modificar o processo de trabalho da equipe da saúde. Diminuir aparição de novos casos e diminuição de consumo em a população afetada com esta doença.</i>

Fonte: Alvarez, 2015.

CONSIDERAÇÕES

Neste momento temos identificado o principal problema de saúde. Segundo priorização feita na equipe e que se consolida através dos dados anteriormente apresentados, torna-se relevante a elaboração do planejamento estratégico focado na prevenção de doenças e promoção de Saúde. Pretendemos com este trabalho estimular mudanças no estilo de vida dos pacientes e sua família, aperfeiçoar os conhecimentos da equipe e os pacientes sobre o alcoolismo. Melhorar o relacionamento da equipe da saúde com os pacientes, evitar complicações, inseri-los na sociedade e ajudar a fortalecer a união familiar para melhorar o funcionamento destas famílias afetadas.

Que se espera?

Preservar a qualidade de vida dos pacientes com esta adição, alcançando sua inserção na família e na sociedade. Fazer de um lugar de conflitos um lugar saudável onde existam novos estilos de vida e onde possam planejar como família seu futuro. Tratar que estas pessoas possam valer-se de si mesmos, que possam trabalhar, estudar etc. Que entendam que deles dependem seu bem-estar. Em palavras simples e comuns, que recuperem sua vida e sua família.



REFERENCIAS

BECOÑA, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias, España: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

CARRARO, TE, RASSOOL GH, LUIS MAV. A formação do enfermeiro e o fenômeno das drogas no Sul do Brasil: atitudes e crenças dos estudantes de enfermagem sobre o cuidado. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2005 [cited 2011 Jun 30]; 13(esp.):863-71. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13nspe/v13nspea14.pdf>.

CAMPOS, F. C. C. ; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. . Planejamento e avaliação das ações em saúde. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família . 2ed. Belo Horizonte: Nescon /UFMG, 2010. 110p

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAUDE. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Porto Alegre: ARTEMED; 1993. P. 69-82.

W.H.O. The world health report 2000. Reducing risks, promoting healthy life. Geneva, SW: World Health Organization. 2000.

WHO. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Commission on determinants of Health. World Health Organization. 2007.

W.H.O. CIE-10 Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Madrid, ES: World Health Organization. 1992