

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

LUCIANA VALLADARES ÁLVARES

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO CONTRA O CONSUMO NOCIVO DE
ÁLCOOL E DROGAS NA POPULAÇÃO DA ESF TIRADENTES**

UBERABA - MINAS GERAIS

2016

LUCIANA VALLADARES ÁVARES

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO CONTRA O CONSUMO NOCIVO DE ÁLCOOL E
DROGAS NA POPULAÇÃO DA ESF TIRADENTES**

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.

Orientadora: Ms. Fernanda Carolina Camargo

UBERABA - MINAS GERAIS

2016

LUCIANA VALLADARES ÁLVARES

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO CONTRA O CONSUMO NOCIVO DE ÁLCOOL E
DROGAS NA POPULAÇÃO DA ESF TIRADENTES**

Banca examinadora

Examinador 1: Ms. Fernanda Carolina Camargo (orientadora) ----- CEBASF/UFTM

Examinador 2 – Profa. Dra. Emiliane Silva Santiago = Universidade Federal de Mato Grosso.

Aprovado em Uberaba , em de de 2016.

DEDICATÓRIA

Aos meus três anjos que iluminam e dão sentido a minha vida: Miguel, Gabriel e Rafael.

Aos meus pais, Roosevelt e Doracy, que acreditaram e apoiaram-me incondicionalmente durante todo o meu percurso acadêmico.

Aos meus irmãos, Jacintho, Karlla e Ana Paula, que apoiaram-me e estiveram sempre disponíveis nas horas difíceis, não me deixando desistir.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer ao Programa "Mais Médicos para o Brasil" pela oportunidade de realizar esta pós graduação que tanto acrescentou em minha formação como Médica de Família, assim como a oportunidade de exercer minha profissão em meu país.

À toda a equipe do curso de Pós graduação Estratégia Saúde da Família, em especial ao Polo de Uberaba pelo acolhimento, metodologia do curso e por todos os conhecimentos transmitidos .

Para as tutoras, Márcia, Fernanda e Judete, pelo acolhimento, compreensão e disponibilidade.

À Secretaria de Saúde de Araxá, em especial a vice prefeita e secretária de saúde, Dr.^a Lídia Jordão ; Enf.^a Nara Porto, coordenadora da Atenção Primária e à Enf.^a Ana Mara pelo acolhimento, pelo apoio e atenção durante todos os momentos de incertezas e mudanças contínuas da gestão municipal.

À minha família em especial minha mãe e irmã Ana Paula por cuidarem de meus filhos durante o período de adaptação e mudança. Sempre estiveram disponíveis, brindando carinho e apoio a toda a família. Sem vocês não poderia trabalhar nem frequentar a pós graduação. Serei eternamente grata pelo apoio que me prestaram.

À Vilma, que com carinho cuidou dos meus anjinhos.

À equipe da ESF Tiradentes e toda a população, pelo carinho que fui recebida.

"De tudo ficaram três coisas...
A certeza de que estamos começando...
A certeza de que é preciso continuar...
A certeza de que podemos ser interrompidos
antes de terminar...
Façamos da interrupção um caminho novo...
Da queda, um passo de dança...
Do medo, uma escada...
Do sonho, uma ponte...
Da procura, um encontro!"

Fernando Sabino

RESUMO

Introdução: O uso indiscriminado de drogas lícitas e ilícitas cresce progressivamente entre os jovens de diferentes classes sociais. Acaba por ser uma situação que acarreta danos, impactos negativos individuais nos sujeitos envolvidos, entre seus familiares e na própria sociedade. **Objetivo:** objetiva-se propor uma intervenção para melhorar a qualidade de vida da população assistida, diminuindo o consumo de álcool e drogas, sobretudo entre os adolescentes. **Método:** O desenvolvimento da proposta pautou-se na construção coletiva do Planejamento Situacional e Estratégico em Saúde, considerando os seguintes momentos: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional. **Resultados:** A equipe de saúde em estudo abrange área de 2.637 pessoas, num total de 710 domicílios cadastrados. A porcentagem de habitantes de 15 anos ou mais alfabetizada é de 89,66%, sendo total de 205 na faixa etária de 15 à 19 anos. Os principais nós críticos identificados foram: Hábitos e estilos de vida inadequados; Pressão social; Nível de informação e Processo de trabalho da equipe de saúde. Foram delineadas operações “*Saber Viver*”, “*Pontes entre Nós*”, “*Iluminar*” e “*Movimento Esperança*”. **Considerações finais:** A intervenção proposta é uma estratégia potencial para a superação dessa realidade, em especial por visar o preparo da equipe para avaliar as famílias inscritas, identificar famílias de risco e capacitada para atuar com medidas preventivas, sobre tudo voltada aos adolescentes.

Palavras-chave: Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias; Saúde Mental; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Introduction: The indiscriminate use of legal and illegal drugs is growing steadily among young people from different social classes. Turns out to be a situation that causes damage, negative impacts on individual subjects involved, among their families and in society itself. **Objective:** the objective is to present a proposal for intervention to improve the assisted population quality of life, reducing the consumption of alcohol and drugs, especially among teenagers. **Method:** The development of the proposal was based on the collective construction of Situational Strategic Planning and Health, considering the following stages: explanatory, normative, strategic and tactical-operational. **Results:** The health team in study covers area of 2,637 persons, a total of 710 registered households. The percentage of people aged 15 and more literate is 89.66%, and total of 205 aged 15 to 19 years. The main critics we identified were: inadequate habits and lifestyles; Social pressure; Information and level. The health team work process. Operations were outlined "Saber Viver", "Bridges Between Us", "Light" and "Hope Movement." **Final thoughts:** The proposed intervention is a potential strategy to overcome this reality, particularly by targeting the preparation of the team to assess the families registered, identify families at risk and able to act with preventive measures, especially targeted to adolescents.

Keywords: Substance-Related Disorders; Mental Health; Family Health Strategic.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|------------------|---|
| ABS | Atenção Básica Saúde |
| ACS | Agente Comunitária de Saúde |
| CAPS | Centro de Apoio Psicossocial |
| CBMM | Companhia Brasileira de Metalurgia e Mineração |
| CEMIG | Companhia Energética Minas Gerais |
| COPASA | Companhia de Saneamento de Minas Gerais |
| CTA | Centro de Testagem |
| DST | Doença Sexualmente Transmissível |
| ESF | Estratégia Saúde Família |
| FCA | Ferrovias Centro-Atlântica |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IDH | Índice de Desenvolvimento Humano |
| IPDSA | Instituto de Planejamento e Desenvolvimento Social Araxá |
| NASF | Núcleo de Apoio Saúde Família |
| PAM | Pronto Atendimento Médico |
| PMS | Plano Municipal de Saúde |
| PGIRSU | Programa de Gerenciamento Integrado de Resíduos Sólidos Urbanos |
| RECICLARA | Associação de catadores de materiais recicláveis |
| TFD | Tratamento Fora do Domicílio |

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|--|----|
| Quadro 1. Comparativo do IDH municipal de Araxá e das capitais da Região Sudeste e DF | 15 |
| Quadro 2. Comparativo IDH dos Municípios da Micro Região do Alto Paranaíba | 16 |
| Quadro 13. Comparativo IDH de Araxá e das três principais cidades do Triângulo Mineiro. | 16 |
| Quadro 24. Índice de Desenvolvimento Humano de Araxá/ Minas Gerais/ Região Sudeste/ Brasil 2000/2010 | 17 |
| Quadro 35. Saneamento Urbano de Araxá. | 17 |
| Quadro 6. Descrição das rodovias de acesso ao Município. | 18 |
| Quadro 47. Pirâmides etárias de Araxá, Minas Gerais, e Brasil (2010) | 20 |
| Quadro 58. Evolução da população no município de Araxá. | 20 |
| Quadro 69 Número e o tipo de escolas no município de Araxá. | 21 |
| Quadro 10. Discriminação do vínculo empregatício dos funcionários da Secretaria Municipal da Saúde. | 24 |
| Quadro 744: População da área de abrangência do PSF Tiradentes. | 27 |
| Quadro 12: Lista de Problemas PSF Tiradentes. | 37 |
| Quadro 13: Causas identificadas para o consumo álcool e drogas. | 38 |
| Quadro 14: Recursos críticos Necessários. | 41 |
| Quadro 15: Plano operativo. | 42 |

SUMÁRIO

| | |
|-------------------------|----|
| Introdução | 12 |
| Justificativa | 31 |
| Objetivo | 32 |
| Metodologia | 33 |
| Revisão Bibliográfica | 34 |
| Proposta de Intervenção | 36 |
| Considerações Finais | 44 |
| Referências | 45 |

1 INTRODUÇÃO

O médico de família é um profissional que se caracteriza por pertencer a uma equipe multidisciplinar que atua num território bem definido, disponibilizando atendimento centrado na pessoa enquanto ser biopsicossocial, integrado numa família, comunidade e cultura (FARIA *et.al.*, 2009).

Inerente ao trabalho em equipe de Saúde da Família está o conceito de território. Como a equipe trabalha numa área geograficamente limitada, é necessário um conhecimento profundo da mesma, mas também da comunidade e do município a que pertence. O sentido da palavra território na área da saúde, vai mais além da limitação geográfica e diz também respeito aos aspetos sociais, económicos, familiares e comunitários. É este o sentido mais amplo do conceito que utilizaremos neste trabalho (BRASIL, 2012).

Tendo iniciado a minha atividade como Médica do Programa Mais Médicos para o Brasil em maio de 2014, fui alocada ao município de Araxá e passei a fazer parte da equipe de Estratégia Saúde Tiradentes. Os dados seguintes representam o estudo desta comunidade e município.

1.1 Conhecendo Araxá “Lugar alto onde primeiro se avista o sol”.

Araxá é um município do Estado de Minas Gerais localizado na Meso Região do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba. Encontra-se a 367 Km de distância da capital do estado, Belo Horizonte. Segundo o último censo realizado em 2010 pelo IBGE a população de Araxá era nesta data de 93.672 habitantes e a estimativa para 2014 era de 101.136 habitantes (IBGE, 2010). A prefeitura municipal de Araxá encontra-se a cargo do prefeito Araceli de Paula e pela sua Vice, Lídia Jordão.

Durante o ano de 2014 Araxá passou por um período de turbulência na administração municipal, até à cassação definitiva do anterior prefeito. A confusão terminou com o empossamento do atual prefeito, fato que ocorreu somente no último

trimestre de 2014. Foram momentos de grande instabilidade política que muito prejudicaram a população araxaense (SALA SITUAÇÃO DE SAÚDE, 2015).

A nova gestão de saúde conta com a Vice prefeita - Lídia Jordão - como secretária municipal de saúde, estando a coordenação da Atenção Básica a cargo da Enfermeira Nara Talita Porto. O coordenador da saúde bucal é Marcio António Paula Duarte (SALA SITUAÇÃO DE SAÚDE, 2015).

Esta gestão encontrou a secretaria de saúde submersa em problemas administrativos e numa total desorganização. É notável a competência desta nova gestão, tendo resolvido muitos problemas que a ABS enfrentava, em tão pouco tempo, e também pelo apoio e disponibilidade que oferece a todos os profissionais da saúde, do município(SALA SITUAÇÃO DE SAÚDE, 2015) .

1.2 Aspectos Históricos do Município de Araxá

A história do município de Araxá está ligada à mineração como muitas das cidades do Estado de Minas Gerais. Seus primeiros habitantes foram os índios Araxás, originários da tribo dos Cataguás. O nome Araxá, herança destes primeiros habitantes, significa na língua tupi-guarani “um lugar onde primeiro se avista o sol” A presença desta tribo indígena e a proximidade com o “Quilombo de Ambrósio”, nome dado a uma aldeia formada por escravos fugitivos, constituíam obstáculos à ocupação destas terras (IBGE, 2010).

Em 1759 o Quilombo de Ambrósio foi destruído pela expedição comandada por Bartolomeu Bueno do Prado. Em 1766 Inácio Correia Pamplona exterminou a tribo indígena Araxás. Atraídos pela exploração do ouro foram surgindo os primeiros povoados que ocuparam a região do Desemboque (atualmente Sacramento). Com a decadência da mineração estes povoados dedicaram-se à criação de gado. Foi entre 1770 e 1780 que Araxá recebeu seus primeiros moradores e surgiram as primeiras fazendas da região. A povoação foi aumentando com a descoberta da fertilidade das suas terras, assim como do sal mineral das águas do Barreiro (que revelaram ter propriedades terapêuticas e medicinais), tornando-se o principal ponto turístico do município (IBGE, 2010).

Em 20 de outubro de 1791 foi criada a freguesia recebendo o nome de São Domingos do Araxá, quatro anos depois foi criada a primeira igreja matriz de São Domingos (IBGE, 2010).

Durante a segunda metade do século XVIII toda a região do Triângulo Mineiro foi anexada a Goiás a pedido dos moradores de Desemboque. Assim, a 20 de Dezembro de 1811 a freguesia de São Domingos do Araxá foi desmembrada do Julgado de Desemboque e anexada à comarca de Vila Boa de Goiás. A 4 de abril de 1816 Dom João VI assinou o Alvará Régio que reincorporou toda a região do Triângulo Mineiro ao Estado de Minas Gerais. São Domingos de Araxá passou a pertencer a comarca da Vila de Paracatu, e em 1831 foi elevada a Vila. Em 1865 foi elevada a categoria de cidade recebendo o mesmo nome, São Domingos de Araxá. Somente a partir de 1911 é que a cidade figura com o nome de Araxá e estava composta de 5 distritos: o da sede (Araxá), São Pedro de Alcântara, Dores de Santa Juliana, Nossa Senhora da Conceição, Santo Antônio da Pratinha. Estes distritos referem-se hoje em dia, às cidades de Araxá, Ibiá, Santa Juliana, Perdizes e Pratinha (IBGE, 2010).

Ana Jacinta de São José, conhecida popularmente como “Dona Beija”, viveu e marcou a história do povo de Araxá na primeira metade do século XIX, tornando-se um mito conhecido por todos. Durante a década de 1940 foi inaugurado o complexo Termal e Grande Hotel de Araxá no Barreiro o que veio fortalecer o turismo na cidade (IBGE, 2010).

Atualmente destaca-se como pontos turísticos do município: o Grande Hotel de Araxá, Termas de Araxá, Fonte Andrade Junior, Horizonte Perdido, Árvore dos Enforcados, Parque do Cristo, Museu Dona Beija, Museu Calmon Barreto, Museu Sacro de São Sebastião, Fundação Cultural Calmon Barreto (IBGE, 2010).

1.3 Aspectos geográficos:

O Território de Araxá é constituído de terras planas e colinas, sendo a altitude máxima a da Serra da Bocaina com 1359 metros e a mínima de 910 metros no rio Capivara. O relevo do município apresenta variações entre cerrado e serra, apresentando paisagens belíssimas (intercala campos com pequenas áreas de matas naturais).

Segundo o IBGE, o município de Araxá tem uma área total de 1164 km² e uma densidade demográfica de 80,46 habitantes / Km². Também segundo o IBGE,

em 2010 o número aproximado de domicílios era de 32.341 com uma média de habitantes por residência de 3,18.

1.4 Aspectos socioeconômicos

O índice de Desenvolvimento Humano (IDH) Municipal de Araxá é de 0.772. Este índice é utilizado para comparar países, estados ou cidades segundo o desenvolvimento humano a partir da análises de dados sobre a expectativa de vida ao nascer, a educação e o PIB per capita (IBGE, 2010).

No quadro abaixo está representado o IDH do município de Araxá, da capital dos estados da região sudeste e de Brasília.

Quadro 1. Comparativo do IDH municipal de Araxá e das capitais da Região Sudeste e DF

| Município | IDH |
|---------------------|-------|
| Araxá – MG | 0,772 |
| Belo Horizonte – MG | 0,810 |
| Rio de Janeiro – RJ | 0,799 |
| São Paulo – SP | 0,805 |
| Vitória – ES | 0,845 |
| Brasília- DF | 0,824 |

Fonte: IBGE,2010

O valor do IDH de Araxá/MG destaca-se dos principais cidades do Brasil.. Araxá/MG e o Rio de Janeiro/RJ têm um valor de IDH referente ao valor médio de desenvolvimento humano enquanto Belo Horizonte, Vitória, São Paulo e Brasília superam o IDH do Brasil estando em níveis de alto de desenvolvimento.

Quadro 2. Comparativo IDH dos Municípios da Micro Região do Alto Paranaíba:

| Município | IDH |
|---------------------|-------|
| Araxá – MG | 0,772 |
| Patrocínio – MG | 0,729 |
| Patos de Minas – MG | 0,765 |

Fonte IBGE, 2010

Quadro 3: Comparativo IDH de Araxá e das três principais cidades do Triângulo Mineiro

| Município | IDH |
|-----------------|-------|
| Araxá – MG | 0,772 |
| Uberaba – MG | 0,772 |
| Uberlândia – MG | 0,789 |
| Araguari – MG | 0,773 |

Fonte IBGE 2010

Podemos concluir que o Índice de Desenvolvimento Humano de Araxá é o melhor dentro da micro região do Alto Paranaíba, e iguala-se aos das principais cidades do Triângulo Mineiro (apenas inferior ao de Uberlândia). Todos estão dentro do que é considerado como IDH médio.

Mas se analisarmos o crescimento do IDH nas últimas décadas e compararmos com o de Minas Gerais, o da Região Sudeste e o do Brasil, podemos concluir que Araxá desenvolveu-se menos que o esperado. Araxá teve um incremento no seu IDHM de 40,62%, abaixo da média de crescimento nacional (47,46%) e abaixo da média de crescimento estadual (52,93%).

Quadro 84: Quadro IDH de Araxá/ Minas Gerais/ Região Sudeste/ Brasil 2000/2010

| | IDH 2000 | IDH 2010 |
|----------------|----------|----------|
| Araxá | 0.683 | 0,772 |
| Minas Gerais | 0.624 | 0.731 |
| Região Sudeste | 0.657 | 0.753 |
| Brasil | 0.612 | 0.727 |

Fonte Atlas do Desenvolvimento Humano Brasil 2013

A população residente alfabetizada em Araxá é de 83.613 (IBGE,2010).

Araxá apresentava em 2010 uma taxa de urbanização de 98,52 % (a população urbana era de 92.284 habitantes e a população rural de 1.388 habitantes) (IBGE, 2010). A renda media familiar era de 1.989,35 reais para a população rural e de 2.834,44 reais para a população urbana. A energia elétrica é produzida pela Companhia Energética de Minas Gerais (CEMIG).

A empresa responsável pelo tratamento e abastecimento de água em Araxá é a COPASA (Companhia de Saneamento de Minas Gerais). Segundo informações do IPDSA (Instituto Planejamento e Desenvolvimento Sustentável de Araxá), 100% dos domicílios particulares permanentes são abastecidos pela COPASA.

Quadro 5 : Saneamento Urbano de Araxá.

| Domicílios | Quantidade | % |
|--|------------|-------|
| Particulares permanentes | 29.287 | 100 |
| Particulares com esgotamento sanitário | 28.318 | 96,69 |
| Particulares com coleta de Lixo | 28.778 | 98,26 |

Fonte IBGE,2010

O município de Araxá foi escolhido como município piloto no projeto do Governo do Estado de Minas Gerais PGIRSU (Programa de Gerenciamento

Integrado de Resíduos Sólido Urbanos). Em 2007 foi elaborado um projeto municipal tendo como parceiros os catadores do município , a cooperativa dos produtores de matéria recicláveis e mobilização comunitária. Foi oferecido capacitação para os catadores melhorando a qualidade e valorização destes trabalhadores assim como a reinserção social uma vez que se tratava de setores sociais fragilizados. Existiu uma transição de aterro controlado para aterro sanitário. Também foi criada a REICLARA (associação dos catadores de matérias recicláveis). Em 2008 foi iniciada a coleta seletiva no município e em 2009 foi inserida uma nova associação, a FOCO Ambiental , que aumentou assim o alcance da coleta seletiva para aproximadamente 90% da cidade.

Araxá se encontra muito bem localizada geograficamente e tem ótimos acessos o que facilitou o desenvolvimento desta região. O Aeroporto Romeu Zema oferece à população através da TRIP Linhas Aéreas, voos comerciais diários, interligando Araxá ao aeroporto da Pampulha em Belo Horizonte e conexões diretas para o Aeroporto de Santos Drumont no Rio de Janeiro e Campinas.

Araxá também conta com a Ferrovia Centro Atlântica S.A (FCA) , (a maior ferrovia brasileira em extensão), para o escoamento de sua produção aos principais portos do país. Esta ferrovia está interligada com as principais ferrovias brasileiras e possui parcerias com outros modais, o que facilita a conexão com os maiores centros consumidores do Brasil e do MERCOSUL. O município conta com uma boa rede rodoviária.

Quadro 96 Esquema das rodovias de acesso ao Município

| Rodovias | Trajeto |
|-----------------|---|
| BR 262 | Vitória, Belo Horizonte, Araxá, Uberaba |
| BR 452/ BR 050 | Araxá, Uberlândia, Brasília (DF) |
| BR 452/ BR 153 | Araxá, Uberlândia, Goiania (GO) |
| MGT 146/ BR 146 | Araxá, Patos de Minas |
| MG 428/ SP 334 | Araxá, Campinas, São Paulo (SP) |

| | |
|-----------------------|--|
| BR 452/ BR462/ BR 365 | Araxá Montes Claros regiões Norte e nordeste |
|-----------------------|--|

Fonte IPDSA,2012.

No terminal rodoviário Engenheiro Manoel de Aguiar, operam linhas intermunicipais, interestaduais e internacionais. As empresas de transporte rodoviário que atendem o município são: Empresa Gontijo de transporte LTDA, Vera Cruz Transporte e Turismo LTDA, Viação Platina LTDA Expresso União LTDA.

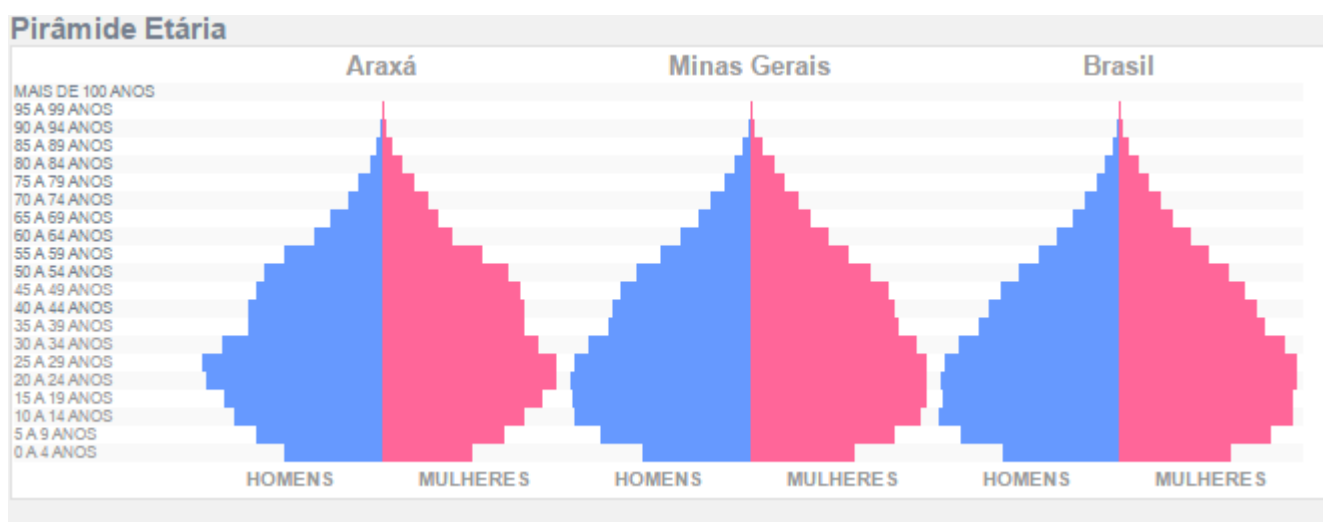
As atividades econômicas de Araxá são muito diversificadas, mas destacam-se a indústria de mineração, o turismo, a agropecuária e o comércio. As suas águas termais atraem o turismo para a região sendo também utilizadas para fins terapêuticos e medicinais. O banho de lama, cremes e sabonetes, a tornaram conhecida como " Terra da juventude".

No seu território encontra-se a maior reserva de nióbio conhecida de todo o mundo, cuja extração e metalurgia são realizadas pela Companhia Brasileira de Metalurgia e Mineração (CBMM). A Vale Fertilizantes é a maior indústria de fertilizantes do Brasil e da América do Sul e opera a maior mina de fosfato em atividade no Brasil , localizada no município vizinho de Tapira, mas com grande influência econômica no município de Araxá.

1.5 Aspectos Demográficos:

A população residente em Araxá no último Censo é de 93.672.

Quadro 107 Pirâmides etárias de Araxá, Minas Gerais, e Brasil (2010)



Fonte IBGE, 2010

A pirâmide etária de Araxá é similar tanto à do estado de Minas Gerais como a do Brasil. Típica de um país em desenvolvimento, com poucos idosos mas notando um constante envelhecimento populacional traduzido pela diminuição da base da pirâmide por diminuição gradual da natalidade.

A Taxa de Crescimento Anual de Araxá é de 2,20%. O quadro abaixo mostra a evolução da população do município, de seu estado e do Brasil

Quadro 118: Evolução da população no município de Araxá

| Ano | Araxá | Minas Gerais | Brasil |
|------|--------|--------------|-------------|
| 1991 | 69.911 | 15.743.152 | 146.825.475 |
| 1996 | 73.816 | 16.567.989 | 156.032.944 |
| 2000 | 78.997 | 17.891.494 | 169.799.170 |
| 2007 | 87.764 | 19.273.506 | 183.987.291 |
| 2010 | 93.672 | 19.597.330 | 190.755.799 |

Fonte IBGE,2010

A densidade demográfica do município é de 14,50 habitantes por Km².

O índice de Gini é utilizado para medir a desigualdade social (variando de 0 e 1), onde o 0 se refere a igualdade da distribuição de renda e 1 à total desigualdade. Uma cidade, estado ou país deve ter como meta se aproximar mais do 0 - significando uma melhor distribuição da renda entre a sua população. Segundo os

dados do IBGE o índice de GINI de Araxá é de 0,41. A desigualdade diminuiu; em 2000 índice de GINI era de 0.56 e em 2010 era de 0.41.

O índice de pobreza do município de Araxá é de 22,65%.

O número de habitantes de Araxá com renda per capita inferior a R\$70,00 reais passou de 1.78 em 2000 para 0.78 em 2010.

A renda per capita media de Araxá era de 883,88 em 2010.

Segundo dados obtidos pelo Plano Municipal de Saúde, a educação no município foi a dimensão do IDHM que mais cresceu em números absolutos (crescimento de 0.127). Entre 2000 e 2010, a proporção de crianças de 5 a 6 anos de idade frequentando a escola cresceu 11,21% ; a proporção de crianças de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental cresceu 10,28% e a proporção de jovens entre 15 e 17 anos com ensino fundamental completo cresceu 7,49% e a de jovens entre 18 e 20 anos com ensino médio completo cresceu 56,57%. A população alfabetizada de Araxá era em 2010 de 83.613 habitantes.

Quadro 129 :Número e o tipo de escolas no município de Araxá

| Escolas | Nº de Escolas | Nº de Alunos |
|---------------------------------------|---------------|--------------|
| Escolas Municipais Urbanas | 13 | 5071 |
| Municipais Rurais | 05 | 5760 |
| Centro Municipal de Educação Infantil | 12 | 2050 |
| Escolas Conveniadas | 8 | 1063 |
| Escolas Estaduais | 15 | 11484 |
| Escola Federal | 01 | 822 |
| Escolas Particulares | 10 | 2624 |
| Escola de Ensino Superior | 1 | 2585 |
| Apoio Socioeducativo e outros | 3 | 586 |
| Total | 68 | 26194 |

Fonte IPDSA,2012

No que diz respeito à religiosidade da população, a maioria é católica (66.496 habitantes), seguida de evangélicos (13.440) e espíritas (6.841).

Segundo o SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) a cobertura populacional da Atenção Básica do município é de 74% (destes 53,27% são da responsabilidade de ESF). Atendendo a 16.308 famílias somando um total de 55.056 pessoas cadastradas.

1.6 Sistema Local de Saúde

O município conta com 04 Unidades Básicas de Saúde (UNISUL, UNINORTE, UNISA E UNILESTE), 1 UBS tipo II que comporta 2 ESF (Boa Vista e Alvorada (UNIOESTE)), 3 Estratégias de Agente Comunitário de Saúde (PACS SUL, PACS LESTE, PACS OESTE) e 1 equipe inter disciplinar de internação domiciliar (PIID), 1 centro de Vacinação Gil Montandon, 2 hospitais, ambos filantrópicos (Santa Casa da Misericórdia e Hospital Casa do Caminho) (CNES, 2015).

Com o objetivo de cumprir a lei 10.216, sobre a reforma psiquiátrica, o município criou o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Saúde mental e Álcool e Drogas. Atualmente o CAPS não consegue dar resposta a toda a demanda (CNES, 2015).

O município conta também com o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) que desenvolve ações estabelecidas pelo programa nacional de DST/ Aids. O CTA trabalha em parceria com as ESF e UBS oferecendo teste de rastreio DST e realizando palestras e capacitações, distribuindo preservativos e medicamentos, e também oferece apoio psicológico e médico ao cidadão que vive com HIV/AIDS (CNES, 2015).

A Atenção Básica em Araxá conta com 14 ESF's cadastradas das quais apenas 4 ESF contam com Saúde Bucal. As demais são compostas por equipes mínimas de saúde complementadas com alguns profissionais (fisioterapeutas e nutricionistas) além da ajuda de uma funcionária dos serviços gerais e de uma auxiliar administrativa (CNES, 2015; SALA DE SITUAÇÃO DE SAÚDE, 2015).

A ESF é a porta de entrada do cidadão ao Sistema local de Saúde, garantindo a resolutividade da maior parte dos problemas de saúde. As situações de urgência e emergência são encaminhadas para o Pronto Atendimento Médico (PAM). Ambos os

hospitais da cidade têm leitos reservados para o SUS. As necessidades de consultas ambulatoriais por especialidades médicas são referenciadas para a regulação da secretaria de saúde e após agendamento retornam para a ESF. Neste ponto, são as agentes comunitárias que se encarregam de avisar os pacientes. As especialidades que não existem na rede pública do município são referenciadas ao TFD (tratamentos fora do domicílio) e contam com o apoio do Hospital Escola de Uberaba.

Para uma avaliação da Atenção Básica do município podemos recorrer aos indicadores da 10ª avaliação do Programa Estadual Saúde em Casa :

- Proporção de nascidos vivos de mãe com 7 ou mais consultas de pré-natal é de 70,35%.
- Taxa de aleitamento materno exclusivo para menores de 3 meses é de 80,15%.
- Cobertura Vacinal dos menores de 2 anos é de 80,69%.
- Taxa de desnutrição nos menores de 2 anos é de 0,94%.
- Recém nascidos acompanhados, 99,47%.

A Saúde bucal do município está abaixo da expectativa, tanto nacional quanto estadual: parâmetro Brasil-50%, Estado MG- 55,8% e município de Araxá apenas 11,05% (Programa Municipal de Saúde 2014/2017). Torna-se necessário uma reorganização da Saúde Bucal municipal; sugere-se aumentar o número de ESF com Saúde Bucal. A atenção primária do município não conta com NASF. No programa municipal 2014/2017 está prevista a criação do NASF o que acrescentaria muito à qualidade do serviço prestado.

Segundo dados do Programa Municipal de Saúde, estão cadastrados 2546 diabéticos (2,71% da população) e os hipertensos cadastrados somam 10.125 (10,80% da população municipal). O Conselho Municipal de Saúde é composto por representantes de usuários do SUS (10 titulares e 10 suplentes), trabalhadores da saúde (5 titulares e 5 suplentes), 3 representantes do Governo (dos quais obrigatoriamente 1 é o secretário municipal de saúde) e prestadores de serviços (2 titulares e 2 suplentes).

Os seus elementos não são remunerados e as resoluções são referendadas em plenário necessitando da maioria presente para aprovação. As reuniões são mensais ocorrendo sempre na última quarta-feira de cada mês.

O fundo municipal de saúde tem como objetivo custear as despesas do SUS/Araxá. A gestão do fundo está a cargo da Secretária Municipal de Saúde que coordena e autoriza as despesas. Este fundo é gerado por receitas provenientes de múltiplas entidades, desde receitas estaduais, federais, municipais, Segurança Social e até doações filantrópicas.

O orçamento previsto com despesas de saúde de Araxá é de 49.796.810 reais.

- Orçamento destinado a construção, ampliação, reforma de unidades de saúde: 1.200.000,00 reais.
- Manutenção programa agentes comunitários de saúde: 750.000,00 reais .
- Manutenção operacionalização unidades de saúde 625.000,00 reais .
- Desenvolvimento do programa saúde da família 2.346.000,00 reais.
- Operacionalização pronto atendimento municipal: 12.679.110,00 reais.

A rede municipal de saúde é composta por entidades públicas assim como associações com algumas instituições privadas como os Hospitais Casa do Caminho e a Santa Casa de Misericórdia, o Centro de Atendimento a Mulher e o Centro de Atendimento a Criança.

O seguinte quadro, refere-se aos funcionários e o vínculo empregatício da Secretaria de Saúde:

Quadro 10: Discriminação do vínculo empregatício dos funcionários da Secretaria da Saúde

| | |
|-------------------------------|-----|
| Secretária Municipal de Saúde | 01 |
| Celetistas | 146 |
| Comissionados | 19 |
| Concursados | 470 |
| Contratados | 268 |

| | |
|----------------|-----|
| Estáveis | 08 |
| Função Pública | 02 |
| Total | 916 |

(Fonte: Secretaria Municipal de Saúde Araxá.)

Caracterização da Área de Abrangência e da População.

A ESF Tiradentes está localizada na região norte do município de Araxá, na rua Dorvalina Martins nº 15, bairro Tiradentes. A área de sua responsabilidade corresponde aos bairros Tiradentes e Salomão Drumont.

O território é servido por 06 linhas de ônibus que dão acesso a várias localidades da cidade. Todas as ruas são pavimentadas. Não existem escolas, creches e áreas de lazer dentro do território de abrangência. A população está servida por 4 escolas do ensino fundamental e médio, 2 creches municipais e o Centro Educacional Vovó Sérgia, que estão situadas na vizinhança do território.

Na comunidade da ESF, existe uma praça pública, duas Casa Da Sopa (ambas funcionam aos sábados). No bairro Salomão Drumont existe a Casa de Acolhimento São Francisco de Assis - instituição filantrópica destinada a recuperação de etilistas e dependentes de drogas ilícitas. Os bairros possuem associação de bairro atuante.

Em todo o território de atuação não tem nenhuma igreja católica e apresenta 4 igrejas evangélicas. Os católicos deslocam-se ao bairro vizinho Urciano Lemos onde tem a Igreja de São José. No que diz respeito a comércio e serviços, a comunidade está bem dotada: 5 supermercados, 7 salões de beleza, 2 padaria, várias lojas de roupa assim como pequenos serviços (costura, manicure...)

Na área existe um córrego que não é canalizado, existindo em sua margens várias residências em situação ilegal e em risco. As margens estão cheias de lixo e esgoto doméstico, sendo zona endêmica de dengue. Esta área tem sido utilizada para o tráfico e uso de drogas.

Nos dois bairros existem vários terrenos baldios que estão sendo utilizados para uso de drogas e acúmulo de lixo. No bairro Salomão Drumont há o canil municipal que é motivo de reclamação da população devido ao mau cheiro e ruído dos cães. Segundo dados do SIAB a ESF Tiradentes atende atualmente 710 famílias cadastradas. Segundo o tipo de construção dos domicílios: 708 são de Tijolo/Adobe, o que representa 99,72%.

Quanto às condições de saneamento dos domicílios da área de abrangência, todos os 710 são abastecidos por água da rede pública, têm esgoto sanitário (99,01%, apenas um domicílio utiliza o sistema de fossa e seis cujo destino do esgoto é céu aberto). Quanto ao destino do lixo 99,72% é recolhido pela coleta pública (apenas em dois domicílios o lixo é queimado / enterrado). Relativamente à energia elétrica 99,15% possuem.

Um dos maiores problemas da área diz respeito a segurança pública. Existem no território vários pontos de tráfico de drogas e alto índice de ocorrências policiais destacando agressão, ameaças e lesões corporais.

1.7 Perfil Populacional

Segundo dados retirados no SIAB (2015) em março a população da área de abrangência é de 2.637 pessoas, num total de 710 domicílios cadastrados. A porcentagem de habitantes de 15 anos ou mais alfabetizada é de 89,66%. Apenas 12,82 % da população está coberta por plano de saúde. O número de famílias participantes do programa federal Bolsa Família e inscrita no CAD Único é de 44. A caracterização desta população de acordo com a faixa etária e sexo está representada no quadro abaixo.

Quadro 1344: População da área de abrangência do PSF Tiradentes segundo faixa etária e sexo.

| Idade | <1 | 1-4 | 5-6 | 7-9 | 10-14 | 15-19 | 20-39 | 50-59 | 60 | Total |
|-----------|----|-----|-----|-----|-------|-------|-------|-------|-----|-------|
| Masculino | 12 | 49 | 31 | 56 | 110 | 97 | 437 | 164 | 179 | 1.289 |
| Feminino | 10 | 66 | 39 | 54 | 70 | 108 | 428 | 210 | 199 | 1.348 |
| Total | 22 | 115 | 70 | 110 | 180 | 205 | 865 | 374 | 376 | 2.637 |

Fonte SIAB, Março 2015.

Ao analisarmos o quadro, podemos concluir que a maior parte de sua população se encontra em idade ativa. O índice de dependência total da população é de 49,65%, sendo o índice de dependência de jovens é de 28,20 % e o idosos de 21,45%. O índice sintético da fecundidade desta população é de 1,25%. Conhecer este dados é fundamental para adequar a agenda médica às necessidades da população. Pelo índice sistêmico de fecundidade podemos prever que com apenas duas horas semanais podemos oferecer cobertura a todas as gestantes da área. O número de diabéticos seguidos na ESF é 103 habitantes (3,91%) e o numero de hipertensos é de 475 pacientes (18,01%) (SIAB, 2015).

1.8 Caracterização do ESF Tiradentes.

A ESF Tiradentes está funcionando num Pavilhão multiuso no Bairro Tiradentes. O espaço pertence a associação do Bairro Tiradentes e foi cedido aquando da criação da ESF. A estrutura física é inadequada por não se tratar de um espaço construído com esta finalidade. Apesar de inadequada, a localização é muito boa e de fácil acesso a toda a população da área de abrangência. Está próximo a paradas de ônibus e localizado no centro da área de atuação.

A ESF é composta por equipe mínima, uma Médica, uma Enfermeira , uma Auxiliar de Enfermagem, uma recepcionista, cinco Agentes Comunitárias de Saúde e uma funcionária dos serviço gerais. A equipe conta com o apoio de uma

nutricionista e de uma fisioterapeuta que exercem atividades durante 4 horas semanais.

O horário de atendimento da ESF é das 07:00 às 17:00 horas permanecendo fechado durante o almoço das 11:00 às 13:00 horas. A Missão da ESF Tiradentes é: “Sua saúde é nosso maior compromisso”. Ao conhecer a missão da ESF fiquei espantada, pois ao iniciar o meu trabalho nesta equipe encontrei uma equipe desmotivada e pouco interessada na saúde de sua comunidade. Apesar da metodologia utilizada ser o trabalho em equipe multidisciplinar, durante todo o 2014 só tinham ocorrido 2 reuniões de equipe, sendo que parte da equipe apresentou resistência à sua implementação, necessitando de melhor condução para sensibilização dos demais membros.

Durante este período qualquer iniciativa era derrotada com desculpa de descontentamento da equipe com a gestão da Secretaria de Saúde.

Como já mencionado anteriormente os funcionários municipais passaram por um período difícil em 2014, com alterações constantes na administração municipal tendo gerado stress e um impacto negativo no serviço prestado a comunidade. A ESF está sem uma ACS, faz mais de um ano sendo os outros problemas: a falta de estrutura física, a falta de material (tanto administrativo como clínico) para trabalhar, a infestação de pombos no edifício, e a sistemática falta de comunicação com a secretaria de saúde.

Em Janeiro de 2015 a nova gestão reorganizou os profissionais contratando uma nova enfermeira para a coordenação da ESF. A nova coordenadora realiza reuniões semanalmente e tem apoiado as iniciativas quanto a educação para a saúde. Hoje contamos com três grupos, Hiperdia, Puericultura e Pré-natal. Lentamente os demais profissionais foram aderindo, os grupos foram muito bem acolhidos pela comunidade que tem participado e mostrado interesse pelos temas. O grupo tem uma periodicidade mensal e a equipe tem previsto treinamento das ACS para fazer intervenção de educação para a saúde na sala de espera diariamente.

Sobre as características estruturais podemos verificar que a existência de apenas um consultório e a falta de sala para a realização de pré-consulta / triagem, dificulta o acolhimento do paciente, pois impede um atendimento individualizado e

com privacidade. Faltam adaptações para facilitar a acessibilidade de pessoas com deficiência física (rampas, barras de apoio em sanitários, portas de dimensões ampliadas). Presença de jardim em péssimo estado de conservação, com mato alto e favorecendo toda espécie de animais e insetos. Os sanitários de funcionários e usuários não são separados por sexo. O fato de ser um galpão adaptado com divisórias de madeira não oferece isolamento de sons nem privacidade, atrapalhando as atividades da unidade.

O ambiente possui boa luminosidade e adequada ventilação, permitindo circulação do ar, exceto na sala administrativa da coordenação. Os materiais de revestimento das paredes tetos e piso estão precisando de reparos, apresentando infiltrações, e a infestação de pombos gera sujidades que caem constantemente.

A unidade não possui sala para arquivo de prontuários, não possui impressora, e o computador fica mais tempo na reparação que na unidade. Também não tem sala de vacinação, não tem consultório de enfermagem, DML e Rouparia, nem sala adequada para a lavagem e desinfecção, nem almoxarifado, nem lavanderia adequada ou sala de observação. A sala de espera e recepção funcionam no mesmo espaço.

A realização do rastreio oncológico do Colo do útero é feito no único consultório medico onde o espaço é reduzido e não possui sanitário. A pré - consulta e vacinação é feita na sala de reunião diante de todos sem privacidade. Existe apenas uma sala de procedimentos de enfermagem onde são realizados atos como curativo, preparo de inalação, administração de medicamentos, glicemia capilar, retiradas de pontos aferição de pressão arterial, o que não respeita os princípios de controle de infecção.

Não há condições de segurança como, por exemplo, extintores, sinalização e orientação de segurança e saídas de emergência. O lixo é condicionado na lavanderia por falta de abrigo. Foram muitos os informes realizados solicitando melhoria da estrutura da unidade e sobre tudo a manutenção da área externa e retirada dos pombos. Recentemente a vigilância Sanitária visitou a unidade para a

avaliação do edifício. Toda a equipe aguarda com ansiedade o resultado desta avaliação com esperanças de melhorias das condições para melhor atender a nossa população.

Apesar de todas as adversidades diárias que eu e a restante equipe encontramos a nível estrutural e da escassez de recursos, é com empenho e dedicação que cumprimos a nossa missão: implementar a filosofia do SUS e o “Programa Saúde da Família” nos bairros Tiradentes e Salomão Drummond e em Araxá!

Em resumo, a população da área de abrangência da ESF Tiradentes, é em sua grande maioria composta por operários, agricultores, assalariados, contando com uma baixa renda familiar, baixo nível de escolaridade, muitas famílias numerosas e carentes, com escasso acesso a esportes, lazer e cultura. Estes fatores socioeconômicos e culturais são determinantes para o consumo abusivo de álcool e drogas aumentando assim o risco de violência doméstica, insegurança pública e favorecendo a perpetuação do ciclo de pobreza.

Os bairros Tiradentes e Salomão Drummond são conhecidos em Araxá pelo elevado número de ocorrências policiais. Dentro do risco de violência familiar, destacam as agressões físicas e a negligência no cuidado de dependentes, assim como elevado número de doenças psicossomáticas. A população conta com uma casa de acolhimento para dependentes do álcool e drogas com capacidade atual para 20 pessoas. Neste contexto encaramos o consumo abusivo de álcool e drogas (AeD), como um problema intermediário, existindo grandes fatores socioculturais subjacentes.

2 JUSTIFICATIVA

O consumo abusivo de álcool e drogas é um problema de Saúde Pública, grave, merecendo atenção pelos elevados custos sociais, familiares e de saúde individual (tanto física como psíquica). Este problema é de enorme complexidade, de natureza quase-estruturada, com múltiplas causas e de grande impacto sociocultural.

Por um lado as músicas, teatros, novelas, publicidade, etc... transmitem informações que incentivam o consumo de álcool; e as festas e celebrações estão quase sempre de alguma maneira ligadas ao consumo de álcool. O consumo de álcool e drogas está diretamente relacionado com o aumento da violência, maior número de mortalidade por acidentes entre os jovens, assim como doenças (ex.: miocardiopatia tóxica, cardiopatias e hepatopatias).

O início do consumo de álcool e drogas aumenta o risco de abandono escolar, aumentando e perpetuando o ciclo de pobreza. Uma família com elementos dependentes do álcool e drogas é sempre uma família disfuncional com maior risco de violência doméstica, negligência de cuidados e maior risco de outras doenças (depressão, ansiedade, somatização...). Assim este tema é de elevada pertinência e importância para a comunidade onde a ESF Tiradentes atua.

3 OBJETIVO

Objetiva-se propor intervenção para melhorar a qualidade de vida da população assistida, diminuindo o consumo de álcool e drogas, sobretudo entre os adolescentes.

4 METODOLOGIA

O caminho metodológico utilizado foi o Planejamento Estratégico Situacional em Saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). A construção deste conteúdo parte da própria experiência do autor, de sua atuação junto a ESF, e imersão do cotidiano vivido do cenário de intervenção. Logo, a situação problematizada é aquela definida como uma situação passível de transformação. Parte-se da problematização da prática cotidiana, da identificação e levantamento de recursos potencializadores, estratégias de intervenção, para a transformação desta prática.

Para apoiar o delineamento do projeto de intervenção foi realizado levantamento da literatura atual sobre o tema. O levantamento da produção científica ocorreu de forma livre, em especial quanto ao período da publicação. As seleções das produções científicas como pertinentes ao desenvolvimento do presente estudo ocorreram conforme crivo do autor, após leitura dos textos. As buscas se deram na Biblioteca Virtual em Saúde – Bireme.

Foram consultados dados do SIAB Secretaria Municipal de Saúde de Araxá/MG. E, a Biblioteca Virtual do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva – NESCON para análise dos Trabalhos de Conclusão de Curso e dos módulos do Curso de Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família - CEABSF, referentes ao tema. Também foram interpretadas as diretrizes ministeriais da Política Nacional de Atenção Básica – PNAB, que orientam a construção de uma prática inovadora para efetivação do SUS.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O uso indiscriminado de drogas lícitas e ilícitas cresce progressivamente entre os jovens de diferentes classes sociais. Acaba por ser uma situação que acarreta danos, impactos negativos individuais nos sujeitos envolvidos, entre seus familiares e na própria sociedade (GALDURÓZ *et al.*, 2005; VALENÇA *et al.*, 2013).

Evidencia-se que as causas que levam a drogadição entre jovens perfazem aspectos de cunho biológico, exposição a fatores de risco, facilidade em adquirir as drogas, fragilidades no acesso aos serviços de saúde, ou estarem submetidos a políticas e leis pouco eficientes para abordagem desta questão. Neste âmbito, fatores psicossociais se destacam como predisponentes a dependência de drogas (GALDURÓZ *et al.*, 2005; ALMEIDA FILHO *et al.*, 2007; GRILLO *et al.*, 2011).

De forma que a drogadição é questão emergente no contexto da saúde coletiva e, de acordo com a Organização Mundial de Saúde - OMS, estima-se que cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo mundo faz uso abusivo de substâncias psicoativas, independente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo. Segundo o Ministério da Saúde, essa realidade encontra equivalência no território brasileiro (BRASIL, 2013).

Ainda, em âmbito nacional, foi publicado Decreto nº 7.179/2010, instituindo o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, “com vistas à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários e ao enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas ilícitas”.

São propostas medidas integradoras e intersetoriais pelo “Programa Crack: É Possível Vencer”: Prevenção, Cuidado e Autoridade. Esses eixos podem assim serem definidos (BRASIL, 2013):

- Cuidado que condiz ao aumento da oferta de tratamento de saúde e atenção aos usuários;
- Autoridade que prevê o enfrentamento ao tráfico de drogas e ao crime organizado
- Prevenção que visa fortalecer ações de educação, informação e

capacitação de recursos humanos.

De forma geral, a política tem como intuito principal implementar, como principais dimensões, uma rede de proteção social e em saúde, visando a ampliação do acesso à rede de atenção integral à saúde mental, qualificar equipes e pessoas, realizar ações intersetoriais para reinserção social e reabilitação, além de ações de prevenção e de redução de danos (BRASIL, 2013).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A metodologia utilizada para a realização do presente projeto, é o Planejamento Estratégico Situacional (PES), aplicado à saúde. O PES é um método participativo. Assim e para realizar o diagnóstico Situacional foi envolvida toda a equipe na sua discussão, recolhemos a opinião de informantes-chave, e também providenciei dados fruto da minha observação e reflexão clínica sobre o quotidiano da unidade de saúde.

Foi importante definir e identificar os problemas, através do diagnóstico situacional, para estarmos mais próximos de encontrar quer as causas quer as consequências, destes. Em reunião de equipe, priorizaram-se os problemas, tendo sido eleito “o excessivo consumo de álcool e drogas”, para a realização de um plano de intervenção na ESF Tiradentes.

A descrição do problema do consumo de álcool e drogas na população da ESF Tiradentes adveio tanto da informação dos membros da equipe como das entrevistas realizadas aos informantes-chave e da prática clínica diária. Para a explicação do problema será realizada uma revisão bibliográfica, para reunir informação sobre fatores socioculturais envolvidos no consumo nocivo de álcool e drogas ilícitas.

Utilizar-se-á os seguintes descritores em saúde: alcoolismo, transtornos relacionados ao uso de álcool, impacto psicossocial, avaliação do impacto na saúde, usuários de drogas.

Na realização desta etapa foram identificados nós-críticos:

- os hábitos e estilos de vida inadequados;
- a pressão social;
- nível de informação;
- processo de trabalho da equipe de saúde.

Para cada nó crítico identificado, a equipe de saúde forneceu uma estratégia operacional, identificaram-se os recursos necessários, analisou-se a viabilidade,

elaborou-se um plano de ação e designaram-se os responsáveis. No final determinou-se como será realizada a gestão do plano e os resultados esperados.

Como já foi referido anteriormente, conhecer o território de abrangência da equipe de saúde, é primordial para programar e planejar as atividades a desenvolver. Ao elaborar o diagnóstico situacional da ESF Tiradentes utilizei informação das seguintes fontes: IBGE, Plano Municipal de Saúde, e IPDSA, para além da informação obtida aos elementos da equipe multidisciplinar e dos informantes-chave (residentes na área da ESF Tiradentes).

A seguinte tabela recolhe os problemas vivenciados na área de abrangência da ESF Tiradentes.

Quadro 12: Lista de Problemas do Território.

| |
|--|
| Problemas: |
| Elevada prevalência de pessoas dependentes de álcool e/ou drogas; |
| Insegurança pública; |
| Demanda de atendimento por parte de familiares de usuários de álcool e drogas; |
| Elevado nº de pessoas em uso de psicofármacos; |
| Solidão e abandono dos idosos; |
| Elevada mortalidade por causas cardiovasculares; |
| Sub-diagnóstico de Hipertensos e Diabéticos; |
| Elevado número de fumantes; |
| Baixa adesão às consultas e grupo de puericultura; |
| Alta procura de consultas de pediatria em situação aguda; |
| Elevada prevalência de doentes obesos com dislipidemia; |
| Reiteradas faltas de materiais para a realização “normal” das atividades do posto médico; |
| Estrutura física do Posto Médico INADEQUADA (infiltrações, infestação de pombos, sem divisórias, inadequação da sala de lixo e curativos); |
| Elevado número de casos de DENGUE; |
| Sem articulação efetiva do sistema de referência e contra-referência; |

| |
|---|
| Difícil encaminhamento para algumas especialidades clínicas; |
| Perda constante de encaminhamentos para consultas externas e exames de diagnóstico; |
| Atraso na marcação das consultas de especialidade. |

A. Descrição do problema

O consumo excessivo de AeD, é uma realidade diária da população da área de atuação do PSF Tiradentes. Não obstante é difícil obter dados fidedignos sobre a sua prevalência. O prontuário clínico utilizado atualmente no PSF apresenta inúmeras falhas, devido ao fato de estar baseado num modelo Hospitalar, o que não facilita a recolha de dados e o acompanhamento longitudinal do paciente, nem tampouco apresenta a exata descrição da avaliação familiar. Existe também uma alta rotatividade dos profissionais de saúde, estando por isso sem registros de avaliação de risco familiar. Já foi abordada esta questão junto da equipe para a correta atualização dos dados pelas ACS. Sabe-se que a prevalência do consumo em excesso de AeD é muito grande pelas informações obtidas junto das ACS e pelos informantes-chave e também pelas frequentes ocorrências policiais.

B. Explicação do Problema

O seguinte quadro tenta sumarizar as causas que estão subjacentes ao problema indicado de AeD.

Quadro 13: Causas identificáveis para o Consumo Nocivo de Álcool e Drogas.

| | |
|------------------------|---|
| Fatores socioculturais | <ul style="list-style-type: none"> • baixo nível de escolaridade • campanhas publicitárias agressivas apelando ao consumo de álcool |
|------------------------|---|

| | |
|--------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • letras de músicas populares que promovem o consumo de álcool • momentos de ócio e lazer intrinsecamente ligados ao consumo de AeD • Escassas zonas de lazer saudável • Falta de informação correta sobre o consumo e as consequências do abuso de AeD • Fácil acesso a álcool e drogas (bares “bocas de fumo”) |
| Fatores Econômicos | <ul style="list-style-type: none"> • baixa renda familiar • excessivo desemprego |
| Fatores familiares | <ul style="list-style-type: none"> • Famílias numerosas • Desestruturação familiar • Consumo de AeD no seio familiar • carência de “modelos saudáveis” exemplares para os jovens |

Estes fatores ilustram a complexidade do problema.

C. Seleção dos “nós-críticos”

A equipe selecionou os “nós-críticos” abaixo mencionados, como os mais importantes para poder lidar com o problema de consumo excessivo de AeD entre os Jovens.

O plano de ação é dirigido principalmente aos jovens e adolescentes, por configurarem o grupo de risco e população frágil, e também porque a capacitação destes poderá evitar novos casos de usuários dependentes de AeD.

Então para aplicar o plano de ação, estes são os nós-críticos:

1. Hábitos e estilos de vida inadequados
2. Pressão social
3. Nível de informação
4. Processo de trabalho da equipe de saúde

D. Desenho das Operações para os Nós-críticos / Proposta de Intervenção

A proposta de intervenção consta de um projeto para cada um dos nós críticos identificados.

Para a resolução do nó crítico "hábitos e estilos de vida inadequados" propomos o projeto "Saber Viver" para a promoção de estilo de vida saudáveis. A proposta conta com a criação de sessões informativas, multidisciplinar, envolvendo toda a equipe e contando com o apoio da nutricionista e fisioterapeuta. Caminhadas periódicas envolvendo equipe e comunidade. Lanches saudáveis em dia de grupos de educação para a saúde. Criação de um jornal do PSF Tiradentes com várias matérias e entre elas sempre presente matérias transmitindo a cultura da Paz, hábitos de vida saudáveis e informações sobre efeitos nocivos do consumo de álcool e drogas. Para que a informação chegue a todos foi proposto a criação de um blog pensando em especial nos adolescentes.

A pressão social é sem dúvida de grande impacto na problemática do consumo nocivo de álcool e drogas, sendo também o nó crítico com menor viabilidade por não depender somente da equipe e pelo elevado custo econômico. O projeto proposto tem o nome de "Pontes entre Nós", conta com promover a cultura da paz, incentivar cursos profissionalizantes e workshops para melhor capacitar a população, incentivar os estudos e evitar o abandono escolar.

O projeto "Iluminar" tem como objetivo informar a população sobre o efeito nocivo do abuso do álcool e do uso de drogas. Divulgar informação sobre o impacto dos consumos nocivos a nível individual, familiar e social. Para a transmitir a informação está proposto a distribuição de folhetos, matérias em jornal da ESF, cartazes e palestras sobre tudo em grupos de adolescentes e nas escolas próximas a área de abrangência. Com o objetivo de diminuir a incidência de novos casos, está proposto a criação do espaço do adolescente com a criação do blog e do grupo mensal durante o espaço na agenda reservado para a saúde infantil e adolescência.

"Movimento Esperança", é o nome dado à proposta de sensibilizar a equipe para identificar e melhor acompanhar estes pacientes e estas famílias. Capacitar a equipe

para a avaliação familiar, criar protocolos de atuação pra melhor acompanhar estes pacientes e estas famílias. Investigar a motivação do abandono destes hábitos nocivos e saber referenciar quando necessário.

E. Identificação dos recursos críticos

No seguinte quadro, explanam-se os recursos críticos indispensáveis ao sucesso do plano de ação.

Quadro 14: Recursos críticos necessários.

| Operação/Projeto | Recursos Críticos Necessários |
|-----------------------|--|
| "Saber Viver" | <ul style="list-style-type: none"> • Econômicos: <ul style="list-style-type: none"> • folhetos • Internet • Organizacional: <ul style="list-style-type: none"> • caminhadas de equipe e população • produção de conteúdos para folhetos e blog • Cognitivo: conhecimento disponível e acumulado • Político: mobilização social, comunidade e intersetorial |
| "Pontes entre Nós" | <ul style="list-style-type: none"> • Econômicos: <ul style="list-style-type: none"> • cartas, folhetos, etc. • Organizacional: local e equipamentos, recursos humanos para cursos profissionalizantes • Cognitivos: informação sobre o tema • Políticos: mobilização de parceiros-chave, sobretudo na área da educação e dos cursos profissionalizantes |
| "Iluminar" | <ul style="list-style-type: none"> • Econômicos: cartas, folhetos, recursos audiovisuais • Organizacionais: espaço físico, recursos humanos • Cognitivos: capacitação da equipa e divulgação das atividades • Políticos: mobilização social |
| "Movimento Esperança" | <ul style="list-style-type: none"> • Econômicos: baixo custo • Organizacional: agenda e atividades programáticas • Cognitivo: capacitação da equipe • Políticos: mobilização social e articulação com o CAPS AD. |

F. Análise da viabilidade do plano de ação:

De todos os projetos/operações descritos apenas o “Pontes entre Nós” apresenta menor viabilidade, devido ao custo elevado de cursos profissionalizantes e workshops.

Entre os atores que controlam os recursos críticos encontra-se a Secretaria Municipal de Saúde/Coordenação da Atenção Básica, que apoiará o projeto e mostra motivação favorável. As associações de moradores e comércio dos bairros estão dispostos a apoiar financeiramente as atividades propostas.

A equipe conta com o apoio do CAPS AD para a capacitação dos profissionais de saúde.

Pelas razões acima expostas entende-se este projeto como viável.

G. Elaboração do plano Operativo

O quadro abaixo descreve o plano operativo da intervenção proposta.

Quadro 15: Plano Operativo.

| Operação/Projeto | Recursos Necessários | Responsável / Prazos |
|-------------------------|---|---|
| “Saber Viver” | <ul style="list-style-type: none"> • Económicos • Organizacionais • Cognitivos • Político | Enfermeira Coordenadora e apoio da fisioterapeuta. Duração: 1 ano |
| “Pontes entre nós” | <ul style="list-style-type: none"> • Económicos • Organizacionais • Cognitivos • Político | Enfermeira Coordenadora Duração estimada: 2 anos. Avaliação trimestral. |
| Iluminar | <ul style="list-style-type: none"> • Económicos • Organizacionais • Cognitivos • Político | Médica Início dentro de 3 meses |
| Movimento Esperança | <ul style="list-style-type: none"> • Económicos • Organizacionais • Cognitivos • Político | Enfermeira Coordenadora Início dentro de 4 meses. |

H. Gestão do Plano.

A equipe compromete-se a realizar os projetos do plano de ação contra a dependência de Álcool e Drogas, com especial foco nos adolescentes, para diminuir a incidência de novos casos em idade adulta. O progresso e o resultado das atividades aqui propostas serão monitoradas mensalmente em conceito de reunião de equipe multidisciplinar. Com esta proposta de ação pretendemos melhorar a situação e qualidade de vida dos habitantes desta comunidade.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O consumo nocivo de álcool e drogas é um problema de saúde pública. Trata-se de um problema intermediário tendo vários fatores socioculturais subjacentes. A equipe tem consciência que existe um longo caminho a ser percorrido para obter a resolução deste problema que tanto afeta a população da nossa área. A intervenção proposta é certamente apenas o início desta caminhada.

Uma equipe preparada para avaliar as famílias inscritas, identificar famílias de risco e capacitada para atuar com medidas preventivas, sobre tudo voltada aos adolescentes. Vale ressaltar a necessidade de identificar casos e oferecer a estes pacientes um acompanhamento adequado, assim como suporte aos familiares. São estes, com certeza, os principais objetivos deste plano de intervenção que tem como meta central a diminuição dos consumos nocivos de álcool e drogas na população do ESF Tiradentes melhorando a qualidade de vida de sua comunidade.

REFERENCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

SALA DE SITUAÇÃO DE SAUDE. **Sala de informações de apoio à gestão estratégica no SUS**. Departamento de Informática do SUS. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>. Acesso em : 12 jun 2015.

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.

CNES. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde**. Departamento de Informática do SUS. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 02 maio 2014.

FARIA, H.P. *et al.* **Processo de trabalho em saúde**. NESCON/UFMG- Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. 68p.

GRILLO, Cristiane de Freitas Cunha [et al.]. Saúde do adolescente. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2011. 80p.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística** – cidades, informações sobre os municípios . 2010. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>. Acesso em: 12 jun 2014.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA (SIAB). Secretaria de Saúde de Araxá/MG. **Relatório Consolidado da Equipe**. 2015 (impresso).

GALDURÓZ, J.C.F; *et al.* Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país - 2001. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. v.13(esp), p.888-95. 2005.

VALENÇA, C.N. *et al.* Abordagem da dependência de substâncias psicoativas na adolescência: reflexão ética para a enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. v.17, n.3, p.562-567. 2013.

ALMEIDA FILHO, A.J. *et al.* Adolescente e drogas: consequências para a saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. v.11, n.4, p.:605-10. 2007.

Brasil. **Sistema nacional de políticas públicas sobre drogas** – SISNAD / Tribunal de Contas da União, Relator Ministro Aroldo Cedraz. – Brasília: TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, 2013.

INSTITUTO PLANEJAMENTO E DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL ARAXÁ (IPDSA). Disponível em: www.ipdsa.org.br. Último acesso: 5 de Abril de 2015

