

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

MARCEL MARCIAL GARCIA ESCOBAR

**PROJETO DE INTERVENÇÃO SOBRE ALCOOLISMO NA ÁREA DE
ABRANGÊNCIA DA EQUIPE "NOVORIZONTE".**

**MONTES CLAROS-MG
Dezembro/2015**

DEDICATORIA

Dedicamos a conclusão desse trabalho, primeiramente a Deus que até aqui nos ajudou, e aos nossos familiares.

AGRADECIMIENTO

A Deus, que sempre esteve nos momentos alegres, de aflição e tristezas.

Aos nossos familiares que souberam entender nossas ausências e nos deram o apoio, carinho e amor que tanto precisávamos a pesar de se encontrar longe.

À professora Renata Fiuza Damasceno, pelo apoio, sabedoria no ensinar e dedicação e esmero na difícil arte de educar.

A todos os nossos queridos professores que souberam ser verdadeiros e que nos ensinaram a trilhar o caminho do saber.

Aos colegas de classe pelo tempo passado junto, nas alegrias, nas dores e nos momentos em que apenas a esperança de um mundo melhor nos impulsionou a seguir adiante.

Enfim, a todos que, de maneira direta ou indireta, contribuíram para que esse trabalho fosse realizado.

Aos supervisores do Programa, pelo carinho e por estimularem minha busca pelo conhecimento.

A todos que contribuíram e colaboraram para que este trabalho pudesse ser realizado.

“Beber inicia num ato de liberdade,
Caminha para o hábito
e, finalmente, afunda na necessidade”

Benjamin Rush apud Gigliotti e Bessa (2004)

RESUMO

O alcoolismo é um fator relacionado ao consumo excessivo, prolongado e por uma dependência do álcool do ponto de vista físico e psíquico, é compreendido como o vício de ingestão excessiva e regular de bebidas alcoólicas. Este trabalho tem o objetivo de elaborar um projeto de intervenção a fim de analisar o impacto do alcoolismo na família e na sociedade. Busca-se demonstrar as principais consequências do alcoolismo e a forma como este afeta a vida dos indivíduos no que diz respeito às suas relações familiares. Para tal, foi realizado um perfil epidemiológico baseado na observação ativa da população e a pesquisa bibliográfica com levantamento de dados em artigos e livros, sobre o tema e elaborado um plano de ações para o cuidado do usuário e prevenção do alcoolismo. Como direcionamento das ações estão o trabalho multissetorial, centrado nas peculiaridades de cada indivíduo, voltado para a prevenção e promoção de saúde, abrangendo não apenas o indivíduo, mas todo o seu núcleo familiar. Conclui-se que a execução das ações do projeto de intervenção contribuirão para a melhoria da saúde da população.

Palavras-Chave: Alcoolismo, Sociedade e Família.

Abstract

This work aims to analyze the social impact the alcoholism how problem in the family and social life. It also demonstrates the main consequences of alcoholism and how it affects the lives of individuals with regard to their family relationships. The issue is relevant because, during of time work many this patients have relation with social and domestic violence. Were witnessed by users of psychosocial care for children and adolescents living with alcoholic parent and negative impact in the school. It is a literature survey with data in articles, books, quotes and websites on the subject. Alcoholism is a factor related to excessive consumption, and a prolonged dependence on alcohol (ethanol) in terms of physical and mental, is understood as the vice of excessive eating and regular alcohol. Alcoholism is therefore a set of diagnostics, which is considered a complex disease, in which the causes are many: the individual, in the biological genetic and psychological, in the surroundings: at social and cultural level.

Keywords: Alcoholism, Sociality and Family.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APAC/SIA - Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Sistema de Informação Ambulatorial
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CRAS - Centro de Referência da Assistência Social
GABA – Gamma-AminoButyric Acid
MS – Ministério da Saúde
NMDA – N-methyl-D-aspartato
NOAS – Norma Operacional de Assistência a Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
SAS – Secretaria de Assistência á Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TCC – Trabalho de Conclusão de Curso
VTA- Ventral Tegmental Área
IDM- Índice de Desenvolvimento Humano
IMRS-Índice Mineiro de Responsabilidade Social
IDEB-Índice de Desenvolvimento da Educação Basica
OCDE-Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO.....	09
2 – JUSTIFICATIVA.....	18
3 – OBJETIVOS.....	19
4 – METODOLOGIA.....	20
5 – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	22
6 – PLANO DE INTERVENÇÃO.....	31
7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	45
8 – REFERÊNCIAS.....	48

INTRODUÇÃO

Este trabalho tem por objetivo elaborar um projeto de intervenção a fim de analisar o impacto do alcoolismo como problema na família e na sociedade, sobre tudo com relação ao comportamento do mesmo no município.

Novorizonte é um município brasileiro do estado de Minas Gerais. Sua população estimada em 2010 era de 5.196 habitantes. Está localizado na mesorregião do Norte de Minas e microrregião de Salinas. Encontra - se a uma distância em relação a sua microrregião de referência que é Salinas de 26 km e o tempo médio para a realização do percurso é de 25 minutos.

No Indaiá, então distrito do município de Salinas/MG, residia um senhor fazendeiro, cuja Fazenda Córrego da Xícara lhe pertencia. Produzia muito café, bovinos, fabricava cachaça e cultivava lavouras em geral.

Este fazendeiro cujo nome era João Bernardino de Souza, o popular João Davilino, dentro de suas atividades era um homem popular e muito trabalhador. Além de seu trabalho cotidiano exercia outras atividades, tais como: Inspetor de Quarteirão (o equivalente a Auxiliar de Delegado), era também Inspetor da Escola Municipal de Indaiá, que funcionava em um grupo escolar construído por conta própria, juntamente com dois amigos, também fazendeiros na região do Indaiá: o Sr. Adão Rufino da Silva e o Sr. Macário de Almeida. Isto por volta de 1934.

E assim seguiu no desempenho em prol de seu trabalho comunitário, e com o decorrer do tempo, em 1948, seus líderes políticos lhe fazem o convite para participar das eleições como candidato a vereador. Esta eleição foi realizada no dia quinze de novembro de 1947 e o Sr. João Bernardino não foi eleito. João Bernardino não sendo eleito ficou muito aborrecido por falta de apoio naquele povoado, pois lá tinha 16 casas e 8 delas eram suas. Por isso resolveu mudar do Indaiá.

No início de 1949 ele mudou-se para o estado de São Paulo, para um lugar chamado São João do Pau D Alho, e por lá comprou um terreno de matas nativas, cultivando café e outras lavouras brancas. Mas sempre vinha dar assistência na sua fazenda que rodeava o Indaiá.

Ele tinha um grande desejo de construir uma igreja cuja padroeira fosse Nossa Senhora da Conceição. Próximo do Indaiá havia uma chapada com

extensão de planície muito boa, de um lado pertencia à família Almeida e do outro à família Ferreira.

Realizou a primeira reunião, isto foi no dia 15 de agosto de 1953, onde participaram 23 pessoas. O assunto foi para formar uma Igreja no lugar chamado Novo Indaiá, o que foi aceito pelas famílias Almeida e Ferreira, doando o terreno para a realização desta obra. Foram doados os recursos financeiros para a construção da Igreja pelos participantes, que se fizeram presentes naquela data.

Logo após, João Bernardino formou uma diretoria composta de sete membros, como a comissão de construção.

A partir do dia 03 de setembro de 1953, em mutirão reuniram-se no local para medir e desbravar a praça onde ia ser construída a Igreja, vinte e cinco homens de ferramentas nas mãos, machado, foice, enxada, facão, etc. E ao terminarem a medição da Praça da Igreja, seguiram a explorar como seria feito o abastecimento de água, pois a distância era de aproximadamente dois quilômetros. E em seguida, João Bernardino deu início aos trabalhos, limpando o terreno onde construiu dois cômodos, uma casinha e um quarto de dormida. O trabalho seguiu com a base da Igreja, e como a dificuldade era grande demorou muito a ser construída.

João Bernardino demoliu todas as casas que tinha no Indaiá e trouxe o material para reconstruir outras ao redor da Igreja.

A construção atual de Novorizonte se deu ,ODoutor Costa era o prefeito de Salinas, como prefeito lhe fez uma visita neste lugar, que ainda se chamava Novo Indaiá, em 06 de outubro de 1953 - Dr. Costa deu uma voltinha naquela chapada e disse a João Bernardino: " isto aqui é um muito bonito, é um horizonte". Por isso foi colocado o nome de Novorizonte, pois merece um nome bonito e foi aceito, e assim conversavam o dois. Elevado à categoria de município e distrito com a denominação de Novorizonte, pela lei estadual nº 12030, de 21-12-1995, desmembrado de Salinas. O distrito sede foi instalado em, 01-01-1997.

Elevado à categoria de município e distrito com a denominação de Novorizonte, pela lei estadual nº 12030, de 21-12-1995, desmembrado de Salinas. Sede no atual distrito de Novorizonte Constituído do distrito sede. Instalado em, 01-01-1997.

Em divisão territorial datada de 2003, o município é constituído do distrito sede.

Área total do município 264.076 Km² que representa o 0.05% das áreas totais de Estado Minas Gerais. Concentração habitacional: 5.017 habitantes

Nº. aproximado de domicílios : 1.427

Nº. aproximado de famílias : 1.466

A maior taxa de emprego são no setor Público como área de educação, Prefeitura e Agricultura.

Outros recursos da comunidade, incluindo área de saúde (hospitais, clínicas, laboratórios, escolas, creches, igrejas) Serviços existentes (luz elétrica, água, telefonia, correios, bancos);

Em nossa comunidade não temos hospitais ou clínicas, se temos um laboratório onde fazem as tomas de mostras e depois são enviadas a município de Salinas, temos uma escola municipal e uma estadual uma creche ,uma igrejas católicas e varias igrejas evangelistas.

Serviços existentes: Contamos com luz elétrica em 100% das vivendas, assim como água, telefonia fixa um correio onde funciona o

Banco de Brasil e um banco Bradesco.

Em nosso município funciona da seguinte forma, os encaminhamentos urgentes se fazem todos a Hospital Municipal de Salinas, aquelas situações de adoecimento que não podem ser solucionados dentro do município são encaminhadas para especialistas em Salinas, Taioberas ou Montes Claros através do Consórcio Intermunicipal de Saúde, atendimento de Hemodiálise, CAPS Renascer e CAPS AD, além do Centro Especializado de Reabilitação que oferece atendimentos de equipe multidisciplinares onde vários usuários do Município são contemplados. Contamos ainda com os atendimentos pelo SUS no município de Salinas, para Montes Claros através do SISREG, além de exames realizados em Clínicas e Hospitais. Algumas cirurgias são realizadas em diversos Hospitais de Montes Claros assim como o serviço de oncologia. Contamos também com cirurgias no Hospital de Montes Claros, O atendimento de Gestantes, Urologia e cirurgia oftalmológica são feitas em Taioberas.

Em ocasiões as contra-referências não funcionam de um todo posto que os especialistas muitas vezes não enviam os laudos de os pacientes tanto em consultas eletivas como de os pacientes internados.

Em nosso município funciona a rede de saúde de mediana complexidade devido a que ademais de as consultas de medicina geral que presta a unidade de saúde também prestam assistência uma pediatra, assim como psicologia nutrição , fisioterapia com suas respectivas consultas e Dentista.

As principais causas de Internação: as principais causas de internação no ano de 2013 segundo dados do SIH/DATASUS foram: complicações do Diabetes, AVC e Câncer.

Principais causas de óbitos: as principais causas de óbitos no ano de 2013, segundo levantamento realizado a partir dos dados das DO's foram: IAM, complicações da Diabetes Mellitus, AVC e Câncer

Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é uma medida comparativa usada para classificar os países pelo seu grau de "desenvolvimento humano" e para ajudar a classificar os países como desenvolvidos (desenvolvimento humano muito alto), em desenvolvimento (desenvolvimento humano médio e alto) e subdesenvolvidos (desenvolvimento humano baixo). A estatística é composta a partir de dados de expectativa de vida ao nascer, educação e PIB (PPC) per capita (como um indicador do padrão de vida) recolhidos a nível nacional. Cada ano, os países membros da ONU são classificados de acordo com essas medidas. O IDH também é usado por organizações locais ou empresas para medir o desenvolvimento de entidades subnacionais como estados, cidades, aldeias, etc

O IDH Municipal varia de 0 a 1 considerando indicadores de longevidade (saúde), renda e educação. Quanto mais próximo de 0, pior é o desenvolvimento humano do município. Quanto mais próximo de 1, mais alto é o desenvolvimento do município

IDH-Mde Novorizonte 0.648, sendo classificado como médio, e um índice Mineiro de responsabilidade social - IMRS igual a 0,579.

TERRITÓRIO / ÁREA DE ABRANGENCIA

Número de família: 891

Número de habitantes: 2.812hab/km²

Quadro 3. População Residente por faixa Etária e sexo,Novorizonte, MG

N. Indivíduo	-1 Ano	1-4	5-9	10- 14	15- 19	20- 39	40- 59	+60	Total
Masculino	20	60	116	125	131	387	242	259	1,392
Feminina	20	80	98	124	142	378	304	274	1.420
Total	40	140	214	249	273	765	546	533	2.812

Fonte: IBGE, 2012.

Em este quadro podemos observar que a População masculina e Feminina tem quase igual comportamento em quanto ao total e a idade mais representativa é de 40-59 com 546 pessoas.

Segundo IBGE(2010),35% da população do município reside na zona urbana e 65% são residentes na zona rural.

Taxa de Crescimento Anual: 0,42

Densidade demográfica: 18,76 habitantes/km²

Taxa de Escolarização: 89%

Proporção de moradores abaixo da linha de pobreza: 3,01%

Inserção na comunidade:

A ESF Novorizonte, situa-se geograficamente no município Novorizonte/MG no centro do povo. A topografia de região é semiplana e apenas 40% das ruas são pavimentadas.

A região é composta por 1 campo de futebol, 1 quadra, 2 farmácia, 2 supermercados sendo estes com açougue, 2 padarias, 1 igreja católica, 4 igrejas evangélicas.

Nas regiões próximas do bairro são zona rural

Nossa UBS funciona de segunda feira a sexta feira de 7:00 a.m a 17:00 p.m e um horário noturno. O horário de funcionamento é de 07 às 17 horas ininterruptamente e todos os profissionais têm jornada de 40 horas semanais.

Em nossa área de abrangência têm 2.812 habitantes cadastrados, deles 1420 é a população feminina e 1392 a população masculina. Contamos com 476 pacientes hipertensos, 57 diabéticos e 1 paciente com Tuberculose. Em

nossa área de abrangência atendemos a 21 gestantes, e 40 pacientes menores de 1 ano.

Realizamos uma discussão com a equipe de nossa unidade para conhecer os problemas de saúde que temos na comunidade onde realizamos atendimento. Nossa área de abrangência caracteriza-se por estar muito necessitada de atenção em todos os aspectos não somente em relação à saúde, também relacionado à aspectos econômicos, sociais e ambientais.

Definimos vários problemas que apresenta nossa comunidade. Estes são:

1.- Pacientes idosos que moram sozinhos: É uns dos maiores problemas que apresentamos em nossa área, devido a que os filhos abandonam a família nuclear, por viuvez, e por múltiplas causas, com as consequentes consequências devido às doenças muito frequentes em essa faixa etária.

2.- Alcoolismo: Atualmente é um problema não somente de nossa área, também acontece em todo o mundo, afetando adolescentes e pacientes de todas as idades.

3.- Desemprego: Em nossa área existe um aumento dos pacientes desempregados e por tanto acontece um aumento do Famílias emigrando definitivo ou temporal em busca do trabalho no outros povoados .

4. - Aumento das doenças crônicas como Hipertensão e Diabetes Melitus.

5. - Sedentarismo e obesidade.

6. -Alto índice de pacientes com diagnostico de Doença de Chagas.

Fonte: Autoria Própria

A lista anteriormente mencionada está relacionada estabelecendo um ordem de prioridade de cada um dos problemas pranteados. Assim em nossa área o problema mais relevante é a quantidade de pacientes idosos que moram sem outra pessoa, além disso em Novorizonte há um aumento dos pacientes usuários de álcool.

As doenças agudas que tem mais incidências dentro da comunidade são:

- Infecções Respiratórias (Gripe, Amigdalite, Bronquite, Otite).
- Dermatológicas (Pio-dermite, Micose, Dermatite).
- Parasitárias (Giardíase, Amebíase, Oxiurose).
- Outras (diarreia, infecções urinárias).

As crônicas:

- Hipertensão Arterial Sistêmica
- Diabetes Mellitus.

Outras: Cefaleia, Artrose, Lombalgias.

Foi realizada uma discussão com a equipe para levantar os problemas de saúde que temos na comunidade onde realizamos atendimento. Constatamos que a área de abrangência está muito necessitada de atenção em todos os aspectos não somente em relação à saúde, também relacionado à aspectos econômicos, sociais e ambientais.

Foram identificados vários problemas na comunidade foi necessário estabelecer uma ordem de prioridade de cada um dos problemas para ser enfrentados, pois a equipe não dispõe de recursos humanos e financeiros para o enfrentamento de todos ao mesmo tempo. Assim em nossa área o problema mais relevante é o número elevado de pacientes alcoólatras.

Realizamos uma discussão em nossa equipe de trabalho com a enfermeira, as agentes comunitárias, técnica de enfermagem e auxiliar de enfermagem para determinar o problema eleito, achamos que este é um dos maiores problemas que nossa comunidade enfrenta, sendo 250 pacientes alcoólatras desses a maior porcentagem de homens, porém, têm 21 mulheres. A população é carente de zona rural com baixa escolaridade com poucas opções de trabalho, recreação. Tudo isso favorece o aumento de consumo de álcool. É importante refletir sobre o alcoolismo, pois além de ser um problema de saúde física, é também uma doença social. Afirmção essa, feita a partir da observação feita pelos trabalhadores do CRAS - Centro de Referência da Assistência Social, da grande demanda por atendimento psicossocial para

crianças e adolescentes que convivem com pais ou mães alcoólicos (CURSINO, 1999).

O alcoolismo é um fator relacionado ao consumo excessivo e prolongado do álcool, e pode ser entendido como o vício de ingestão excessiva e regular de bebidas alcoólicas, e todas as consequências decorrentes.

Dentro do alcoolismo existe a dependência, a abstinência, o abuso, intoxicação por álcool, síndrome amnésica, demência alucinatória delirante de humor, assim com distúrbios sexuais, do sono, de ansiedade e outros distúrbios não específicos.

O alcoolismo é um grave problema de saúde que afeta tanto o indivíduo que é portador da doença quanto às pessoas que convivem com ele (seus familiares). Principalmente as crianças e adolescentes que podem ter o seu desenvolvimento psíquico social e emocional negativamente afetado devido ao grande estresse emocional vivenciado em seu dia a dia, por presenciar e também serem vítimas constantemente de violência, brigas, maus tratos, entre outros (ZAGO, 2011).

Segundo o Ministério da Saúde (2009) o uso constante de álcool causa dependência física e psicológica, transformando o usuário ocasional em viciado, podendo levar à morte pelo consumo excessivo e até mesmo debilitar progressivamente o organismo de quem a usa. A magnitude do problema do uso indevido de álcool, verificada nas últimas décadas, ganhou proporções tão graves que hoje é uma questão de saúde pública no país. Além disso, este contexto também é refletido nos demais segmentos da sociedade por sua relação comprovada com os agravos sociais, tais como: acidentes de trânsito e de trabalho, violência domiciliar e crescimento da criminalidade (CISA, 2013).

O alcoolismo é uma doença que afeta a saúde física, o bem estar emocional e o comportamento do indivíduo. O álcool é um dos principais agravantes do desajuste que ocorre no contexto intrafamiliar, prejudicando o desenvolvimento psicossocial que pode atingir as crianças e adolescentes que convivem com essa doença.

Por se tratar de um tema novo e devido à escassez de material escrito para pesquisa e, por conseguinte sendo o Psicologia, médicos e agentes de saúde os profissionais que mais atua nessa área, acredita-se que um estudo

mais detalhado sobre o assunto trará contribuições relevantes para a melhor atuação do profissional (ZAGO, 2011).

A finalidade desta pesquisa consolida-se na premissa de que o alcoolismo, na família, pode trazer consequências nocivas ao desenvolvimento físico, psíquico e emocional de crianças e adolescentes, e que os profissionais da saúde pode contribuir através de seu conhecimento. Ajudando as famílias que passam por essa dura realidade a encontrar pelo meio do diálogo e da inclusão em tratamento de apoio, o equilíbrio necessário para solucionar tais problemas.

O estudo trata-se de um projeto de intervenção com levantamento de dados em fontes como história clínica, prontuários, informação coletada por agente de saúde das diferentes microareas, dentre outros.

2 – JUSTIFICATIVA

Atualmente o Alcoolismo é um problema muito importante, e considerado como um flagelo que prejudica o adequado desenvolvimento de qualquer sociedade, sendo assim considerou-se importante a proposta de fazer um trabalho de intervenção no município de Novorizonte situado ao nordeste de Minas Gerais, que possui uma população pequena porem com alto índice de alcoólatras. Poucos fenômenos sociais acarretam mais custos com justiça e saúde, dificuldades familiares, e notícias na mídia do que o consumo abusivo de álcool e drogas.

É sabido que o alcoolismo provoca mudança na vida do paciente em diferentes áreas como a pessoal, social, familiar e a diminuição das capacidades mentais, profissional, social e familiar. O consumo de álcool por muito tempo pode causar câncer na cavidade oral, esôfago, faringe, fígado e/ou vesícula biliar; hepatite, cirrose, gastrite, úlcera, danos cerebrais, desnutrição, problemas cardíacos, problemas de pressão arterial, além de transtornos psicológicos. Durante a gestação, causa má formação fetal.

3 – OBJETIVOS

3.1 OBJETIVOS GERAIS

Elaborar um projeto de intervenção a fim de analisar o impacto do alcoolismo como problema na família e a sociedade

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar os fatores determinantes do alcoolismo na área de abrangência da Equipe de Novorizonte do Município.
- Descrever a fundamentação teórica para da proposta a ser elaborada.

4 – METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção realizado no município de Novo Horizonte, durante o período de março de 2014 a Julho de 2015.

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional - PES conforme os textos da seção 1 do módulo de Iniciação a Metodologia Científica e Seção 2 do Módulo de Planejamento e uma revisão narrativa da literatura sobre o tema.

Primeiramente foi realizada uma reunião com a equipe a fim de determinar problema prioritário que a equipe de saúde da família tem enfrentado, os nós críticos e as ações que deveriam ser realizadas.

Na Equipe de Novorizonte problema do Alcoolismo foi selecionado como prioridade 1. Uma vez definidos os problemas e as prioridades (1º e 2º passos), a próxima etapa foi a descrição dos problemas selecionados.

Para descrição do problema priorizado, a Equipe de Novorizonte utilizou alguns dados fornecidos pelo Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB) e outros que foram produzidos pela própria equipe. Foram selecionados indicadores da frequência de alguns dos problemas relacionados aos mesmos, além disso, da ação da equipe frente a esses problemas (cobertura, controle de pacientes adictos, etc.) e também indicadores que pode nos dar uma ideia indireta da eficácia das ações (internações e óbitos). Cabe aqui ressaltar as deficiências dos nossos sistemas de informação e da necessidade da equipe produzir informações adicionais para auxiliar no processo do planejamento.

Para identificara melhor explicação do problema a equipe Novorizonte considerou importante entender a gênese do problema que estamos enfrentando a partir da identificação das suas causas.

A partir da explicação do problema, foi elaborado um plano de ação, entendido como uma forma de sistematizar propostas de solução para enfrentar os problemas que estão causando o problema principal.

A equipe identificou mediante uma análise entre as várias causas, aquelas consideradas mais importantes na origem do problema, as que precisam ser enfrentadas.

Com o problema bem explicado, e identificado às causas consideradas as mais importantes, a equipe considerou necessário pensar as soluções e

estratégias para o enfrentamento do problema, iniciando a elaboração do plano de ação propriamente dito, elaborando um desenho de operacionalização.

A identificação dos recursos críticos a serem consumidos para execução das operações constitui uma atividade fundamental para analisar a viabilidade de um plano. São considerados recursos críticos aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis e, por isso, é importante que a equipe tenha clareza de quais são esses recursos, para criar estratégias para que se possa viabilizá-los.

A Equipe de Novorizonte identificou os recursos críticos de cada operação.

Para analisar a viabilidade de um plano, inicialmente foram identificadas três variáveis fundamentais:

- Quais são os atores que controlam recursos críticos das operações que compõem o plano;
- Quais recursos cada um desses atores controla;
- Qual a motivação de cada ator em relação aos objetivos pretendidos com o plano.

A Equipe identificou os atores que controlavam os recursos críticos e sua motivação em relação a cada operação, propondo em cada caso ações estratégicas para motivar os atores identificados.

Finalmente para a elaboração de um plano operativo a Equipe de Novorizonte, em reunião com todas as pessoas envolvidas no planejamento, definiu por consenso a divisão de responsabilidades por operação e os prazos para a realização de cada produto.

Foi realizado também uma revisão da literatura na base de dados na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) por meio dos descritores Etilismo Crônico, Atenção Básica, Prevenção e Intervenção.

5 – Revisão Bibliográfica

Estudos sobre a história do consumo do álcool na Antiguidade Clássica relatam que gregos e romanos bebiam vinho à noite, depois das refeições como forma de estímulo à sociabilidade. Na época, beber antes do final do dia era considerado uma excentricidade. Ao vinho misturava-se a água - duas partes de água para uma de vinho. Se as proporções fossem iguais, a bebida era considerada forte; se a proporção do vinho fosse maior que a da água, a bebida tornava-se perigosa, configurando assim a possibilidade de maiores riscos sociais físicos e mentais (VILLARD, 1998).

O consumo de vinho por mulheres era pouco frequente porem tenha países como na Grécia as mesmas não podiam se misturar com os homens mais podiam beber em espaços próprios. Pois Segundo o dito popular, seria melhor uma mulher beber demais que ser adúltera ou criminosa. Entretanto, em Roma o consumo do vinho era proibido às mulheres pelo medo à sexualidade desabrida. Os escravos não eram privados do vinho, mas eram vigiados porque não sabiam se controlar. Crianças não podiam beber vinho, mas há registro de alcoolismo infantil e a proibição formal de uso indicaria uma reação aos excessos frequentes. Os povos bárbaros não se beneficiavam da educação que tinham os homens livres, sendo o uso do álcool entre os primeiros geralmente associado à embriaguez violenta. Entre os homens livres o consumo do álcool não era associado à violência (ACSELRAD, 2014).

No Brasil colonial, o consumo da bebida era de produção nativa. Feita a partir da mandioca, do aipim, do milho, do caju, do abacaxi, da jabuticaba, entre tantas outras raízes e frutas, ora alimentava cristãos, ora conduzia ao estado de embriaguez. As jovens índias preparavam a bebida. Os homens não participavam do processo de produção. O cauim era uma bebida fermentada, o caldo extraído da mandioca era misturado à saliva, provocando sua fermentação. Esse procedimento, contrário às normas de higiene, acabou sendo aceito pela semelhança com o processo de produção do vinho quando os pés, nem sempre limpos, amassam as uvas. Foram muitas as de produção quase sempre sem ter presentes as normas de higiene o qual não era o mais importante na época (ACSELRAD,2014).

Entre as populações indígenas, não se bebia sempre, mas bebia-se em determinadas ocasiões - durante os rituais religiosos e de passagem, quando do nascimento, da entrada na puberdade e no mundo adulto, nos rituais de cura, em meio aos trabalhos agrícolas coletivos, na busca de transcendência ou por mero prazer. Experiência coletiva, o uso do álcool facilitava a sociabilidade e o contato com o sobrenatural. A substância tinha qualidades medicinais e nutritivas reconhecidas. A embriaguez tinha um caráter sagrado, não sendo vista como uma questão moral. O excesso era mal visto apenas quando houvesse ruptura dos laços de sociabilidade, caso contrário não haveria motivo de vergonha(FIDELIS, DIAS, 2008).

Consumido durante os rituais de passagem e de sedução, em festas, nos momentos que antecediam as guerras, o álcool também tem registrada sua eficiência terapêutica. As propriedades medicinais da cachaça eram reconhecidas como, por exemplo, na prevenção da malária, picadas de cobra, sífilis, para combater o frio podendo ser, além de ingerida, também aplicada no corpo do doente. (FIDELIS, DIAS, 2008)

Difundido o uso das bebidas alcoólicas no Brasil, dissociado dos costumes tradicionais indígenas e africanos, o alcoolismo se tornou mais frequente. A Igreja Católica favorável ao consumo do vinho português condenava a cachaça que fazia “perder o juízo” dando margem ao pecado. A figura do negro bêbado de cachaça, como tipo caracteristicamente brasileiro, é ambivalente: por um lado o rebelde, por outro, o entorpecido. Recomendava-se o uso da cachaça entre escravos e índios para facilitar a dominação. Mas a cachaça também aparece ligada aos rituais, principalmente religiosos indígenas e africanos, caso do Catimbó (culto indígena com influência africana em torno da planta Jurema) e da Pajelança (manifestação do xamanismo dos povos indígenas) (MEIRA, 2010).

O alcoolismo - doença reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), desde 1967 – afeta dez por cento da população do mundo, sem importar sexo, idade, condição socioeconômica e/ou etnia. Os danos por o consumo do mesmo vão bem mais longe do que se pode imaginar, dando margem a uma séria de indagações e reflexões.

O consumo de álcool é frequentemente nomeado como um grave problema de saúde pública, podendo interferir simultaneamente na vida

pessoal, familiar, escolar, ocupacional e social do consumidor. Apesar do desconhecimento por parte da maioria das pessoas, o álcool também é considerado uma droga psicotrópica, pois ele atua ao nível do sistema nervoso central, provocando uma mudança no comportamento de quem o consome, além de ter potencial para desenvolver dependência (OLIVEIRA,2009).

Alcoolismo: Doença ou Fraqueza

As bebidas alcoólicas têm sido usadas desde o início da civilização humana, constando da história dos mais variados povos. Sabe-se, no entanto, que as bebidas mais antigas, são a cerveja e o vinho, que possuíam conteúdo alcoólico relativamente baixo. Na Idade Média, os Árabes introduziram na Europa a técnica da destilação, ao mesmo tempo em que se disseminava, naquele ambiente cultural, a crença de que o álcool era o remédio para todos os males. Hoje, sabe-se que o uso terapêutico do álcool é muito reduzido, enquanto que seu uso social é imenso (CENPRE, 2012).

O conceito de alcoolismo só surgiu no século XVIII, logo após a crescente produção e comercialização do álcool destilado, conseqüente à revolução industrial. Deste período, destacam-se dois autores: Benjamin Rush e Thomas Trotter. O primeiro, um psiquiatra americano, foi responsável pela célebre frase: "Beber inicia num ato de liberdade, caminha para o hábito e, finalmente, afunda na necessidade". O segundo foi quem, pela primeira vez, referiu-se ao alcoolismo como "doença".² Outro autor de relevância foi o sueco Magnus Huss (1849), que introduziu o conceito de "alcoolismo crônico", estado de intoxicação pelo álcool que se apresentava com sintomas físicos, psiquiátricos ou mistos (GIGLIOTTI, 2004)

O álcool é considerada uma droga bastante poderosa a mais consumida historicamente sem importar país, classe social, raça, sexo além de baixo valor, lícito e de fácil acesso.

O consumo de álcool é uma prática frequente em nossa sociedade e foi acolhida pelas diversas culturas. À medida que as sociedades foram passando por transformações econômicas e sociais, houve uma profunda mudança que fizeram que se relacionarem com esta substância.

Definições de Alcoolismo

A dependência de álcool (alcoolismo) é uma doença crônica e multifatorial; isso significa que diversos fatores contribuem para o seu desenvolvimento, incluindo a quantidade e frequência de uso do álcool, a condição de saúde do indivíduo e fatores genéticos, psicossociais e ambientais. No entanto, não são estes fatores que definem o diagnóstico de dependência (CISA, 2014).

O alcoolismo é o conjunto de problemas relacionados ao consumo excessivo e prolongados do álcool; é entendido como o vício de ingestão excessiva e regular de bebidas alcoólicas, e todas as consequências decorrentes. O alcoolismo é, portanto, um conjunto de diagnósticos. Dentro do alcoolismo existe a dependência, a abstinência, o abuso (uso excessivo, porém não continuado), intoxicação por álcool (embriaguez). Síndromes amnésicas (perdas restritas de memória), demência, alucinatória, delirante, de humor. Distúrbios de ansiedade, sexuais, do sono e distúrbios inespecíficos. Por fim o delírium tremens, que pode ser fatal.

- A dependência alcoólica traz grandes problemas e consequências ao indivíduo, tanto físicas quanto psíquicas, que podem, na maioria das vezes, causar prejuízos no trabalho, desorganização familiar, comportamentos agressivos (p.ex., homicídios), acidentes de trânsito, exclusão social, entre outros (CISA, 2014).

Alcoolismo ou síndrome de dependência do álcool é uma doença crônica onde o indivíduo cursa com um desejo incontrolável de beber e, mesmo que tente parar, não consegue se livrar desse vício sozinho. Com o tempo, o indivíduo passa a consumir maiores quantidades de álcool para ter os mesmos efeitos de embriaguez de antes. Além disso, começa a apresentar sintomas como suor frio, tremedeiras, nervosismo e ansiedade quando fica sem ingerir bebidas alcoólicas (COSTA, 2012)

A pessoa dependente do álcool, além de prejudicar a sua própria vida, acaba afetando a sua família, amigos e colegas de trabalho.

O alcoolismo, também conhecido como "síndrome da dependência do álcool", é uma doença caracterizada pelos seguintes elementos:

- **Compulsão:** uma necessidade forte ou desejo incontrolável de beber

- Perda de controle: a incapacidade frequente de parar de beber uma vez que a pessoa já começou
- Dependência física: a ocorrência de sintomas de abstinência, como náusea, suor, tremores e ansiedade, quando se para de beber após um período bebendo muito. Tais sintomas são aliviados bebendo álcool ou tomando outra droga sedativa
- Tolerância: a necessidade de aumentar as quantias de álcool para sentir-se "alto".

Diagnostico de Alcoolismo

- Você já sentiu que deveria diminuir a bebida?
- As pessoas já o irritaram quando criticaram sua bebida?
- Você já se sentiu mal ou culpado a respeito de sua bebida?
- Você já tomou bebida alcoólica pela manhã para "aquecer" os nervos ou para se livrar de uma ressaca?

Apenas um "sim" sugere um possível problema. Em qualquer dos casos, é importante ir ao médico ou outro profissional da área de saúde. Eles podem ajudar a determinar se você tem ou não um problema com a bebida, e, se você tiver, poderão recomendar a melhor atitude a ser tomada.

Consumo per capita

O álcool é consumido praticamente em todo o mundo. Globalmente, estima-se que indivíduos com idade de 15 anos ou mais consumiram em torno de 6,2 litros de álcool puro em 2010 (equivalente a cerca de 13,5g por dia).

No Brasil, o consumo total estimado é equivalente a 8,7L por pessoa, quantidade superior à média mundial. Estima-se que homens consumam 13,6L por ano, e as mulheres, 4,2L por ano. Quando são considerados apenas os indivíduos que consomem álcool, esta média sobe para 15,1L de álcool puro por pessoa (sendo mulheres: 8,9L e homens: 19,6L (CISA, 2014)).

Consequências do uso do álcool

O uso nocivo do álcool é um dos fatores de risco de maior impacto para a morbidade, mortalidade e incapacidades em todo o mundo, e parece estar relacionado a 3,3 milhões de mortes a cada ano. Desta forma, quase 6% de

todas as mortes em todo o mundo são atribuídas total ou parcialmente ao álcool. No gráfico abaixo, é possível verificar as principais doenças e prejuízos associados ao álcool em diferentes níveis:

22% violência interpessoal.

22% câncer de esôfago.

23%câncer de laringe

25% Pancreatites

30% Cirrose Hepática.

100%Síndrome alcoólica Fetal

100% Transtornos relacionados ao álcool.

No Brasil, o álcool esteve associado a 63% e 60% dos índices de cirrose hepática e a 18% e 5% dos acidentes de trânsito entre homens e mulheres em 2012. Especificamente em relação aos transtornos relacionados ao uso do álcool, estima-se que 5,6% (mulheres: 3%; homens: 8%) dos brasileiros preenchem critérios para abuso ou dependência (CISA, 2014).

As consequências do uso de álcool também influencia a sociedade, de forma direta e indireta, potencializando os custos em hospitais e outros dispositivos do sistema de saúde, sistema judiciário, previdenciário, perda de produtividade do trabalho, absenteísmo, desemprego, entre outros. Ainda, em todo o mundo, nota-se que as faixas etárias mais jovens (20-49 anos) são as principais afetadas em relação a mortes associadas ao uso do álcool, traduzindo como uma maior perda de pessoas economicamente ativas (CISA, 2014).

Nesta oportunidade a Organização Mundial de Saúde classificou as drogas pelo seu grau de periculosidade, utilizando critérios como o maior ou menor perigo tóxico, a maior ou menor capacidade de provocar a dependência física e a maior ou menor rapidez em que esta dependência se estabelece. Com base nestes critérios, as drogas são classificadas como: Grupo 1: ópio e derivados (por exemplo, morfina e heroína); Grupo 2: barbitúricos e álcool; Grupo 3: cocaína e anfetaminas; Grupo 4: LSD, canabinoides, tabaco, entre outros. (BRASIL, 2009).

As consequências do problema do uso indevido do álcool, segundo as estatísticas das últimas décadas, foi tão alarmantes que hoje é uma questão de saúde pública no país. Além disso, este contexto também é refletido nos demais segmentos da sociedade por a repercussão com social e danos que provoca o mesmo como: acidentes de trânsito e de trabalho, violência domiciliar e crescimento da criminalidade.

É importante destacar os efeitos negativos que o álcool tem sobre a família:

Em suma, a família desempenha um papel importante no tratamento da dependência do álcool, já que auxilia na aderência, permanência, na superação de dificuldades decorrentes do processo e no estabelecimento de um novo estilo de vida sem o uso do álcool. Por último, a família também pode ajudar a equipe multidisciplinar identificando mudanças comportamentais abruptas (por exemplo: isolamento, irritabilidade, labilidade do humor, prejuízo no desempenho do trabalho), que possam ser indicativos de complicações ou possíveis recaídas, as quais muitas vezes podem ser evitadas (CISA, 2014).

Vale ressaltar que muitas vezes a família adoece juntamente com o dependente – fenômeno este chamado de codependência. Em termos gerais, ela é descrita como uma relação disfuncional entre o paciente e o familiar, na qual o familiar passa a se preocupar mais com o dependente do que consigo mesmo, sentindo-se dominado pelas suas necessidades e desejos. Com o tempo, esse padrão de pensamentos e comportamentos pode se tornar compulsivo e prejudicial, como se a pessoa se tornasse dependente do dependente (CISA, 2014).

Alcoolismo e os serviços de atendimento do CAPS ad

No Brasil têm-se uma legislação de saúde e uma política de saúde, direcionada a prevenção e tratamento do alcoolismo, direcionado para o paciente e seus familiares. E são os serviços realizados pelos CAPS. O CAPS é um serviço de saúde aberto e comunitário do SUS, local de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e persistentes e demais quadros que justifiquem sua permanência num dispositivo de atenção diária, personalizado e promotor da vida. Além destes serviços temos os CAPS ad. Que Segundo o Ministério da

Saúde (2004, p. 35), o CAPS ad tem como objetivo oferecer atendimento à população, respeitando uma área de abrangência definida, oferecendo atividades terapêuticas e preventivas à comunidade, buscando:

1. Prestar atendimento diário aos usuários dos serviços, dentro da lógica de redução de danos;
2. Gerenciar os casos, oferecendo cuidados personalizados;
3. Oferecer atendimento nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não intensiva, garantindo que os usuários de álcool e outras drogas recebam atenção e acolhimento;
4. Oferecer condições para o repouso e desintoxicação ambulatorial de usuários que necessitem de tais cuidados;
5. Oferecer cuidados aos familiares dos usuários dos serviços;
6. Promover, mediante diversas ações (que envolvam trabalho, cultura, lazer, esclarecimento e educação da população), a reinserção social dos usuários, utilizando para tanto recursos intersetoriais, ou seja, de setores como educação, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas para o enfrentamento dos problemas;
7. Trabalhar, junto a usuários e familiares, os fatores de proteção para o uso e dependência de substâncias psicoativas, buscando ao mesmo tempo minimizar a influência dos fatores de risco para tal consumo;
8. Trabalhar a diminuição do estigma e preconceito relativos ao uso de substâncias psicoativas, mediante atividades de cunho preventivo/educativo.

Ainda segundo Ministério da Saúde os CAPS ad também tem a responsabilidade de organizar a rede local de serviços de atenção a usuários de álcool e drogas de seu território de atuação, a saber:

1. Quando é a porta de entrada da rede de atenção a usuários de álcool e drogas, em sua área de atuação;

2. Quando o gestor local indica a unidade para coordenar as atividades de supervisão de serviços de atenção a usuários de drogas;
3. Devem ainda supervisionar e capacitar às equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental, no âmbito de seu território;
4. Devem também manter listagem atualizada dos pacientes que, em sua região de abrangência, utilizem medicamentos para a saúde mental.

Para definir as suas estratégias de atuação, um CAPS ad deve considerar obrigatoriamente que a atenção psicossocial a pacientes que apresentam uso abusivo/dependência de álcool e outras drogas deve ocorrer em ambiente comunitário, com integração à cultura local, e articulada com o restante das redes de cuidados em álcool e drogas e saúde mental, o mesmo deve ocorrer em relação a iniciativas relativas à rede de suporte social (BRASIL, 2004).

A organização do CAPS ad deve focalizar em seu território de atuação os serviços e iniciativas que possam atender às múltiplas necessidades dos usuários de serviços, com ênfase na reabilitação e reinserção social dos mesmos (BRASIL, 2004).

A vulnerabilidade para o uso indevido de álcool e drogas é maior em indivíduos que estão insatisfeitos com a sua qualidade de vida, possuem saúde deficiente, não detêm informações minimamente adequadas sobre a questão de álcool e drogas, possuem fácil acesso às substâncias e integração comunitária deficiente (BRASIL, 2004).

6 – PLANO DE INTERVENÇÃO

Intervir contra o hábito de beber é uma tarefa difícil, pois vai de encontro há hábitos sociais e culturais. Além disso, grande parte dos pacientes afetados por esse problema não se dão conta de que se trata de uma doença e de que precisam de ajuda.

Por outro lado, existem também as dificuldades práticas na realização das ações em saúde como falta de verbas e insumos, além de dificuldade de acesso a atendimentos especializados.

Os quadros abaixo resumem as ações do projeto de intervenção e cada uma delas relaciona-se com um nó crítico que envolve a questão do alcoolismo em São Gonçalo do Rio Preto/MG.

Quadro 1 – Operações sobre identificação da população vulnerável e modificar hábitos e estilos de vida inadequados da mesma sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da UBS de Novorizonte, Minas Gerais.

Nó crítico 1	Hábitos e Estilos de Vida Inadequados
Operação	Modificar Estilos
Projeto	Viver melhor. Modificar hábitos e estilos de vidas inadequados
Resultados esperados	Diminuir o consumo de álcool.
Produtos esperados	Programas Educacionais com população vulnerável
Atores sociais/ responsabilidades	Médico da UBS e Secretaria de Saúde
Recursos necessários	Cognitivas: Atividades educativas. Político: Mobilização Social. Financeiro: Folhetos Educativos
Recursos críticos	Financeiro
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretário de Finanças Motivação: Pouco motivado
Ação estratégica	Apresentação do perfil epidemiológico do município

de motivação	
Responsáveis:	Médico do PSF e Secretária de Saúde
Cronograma / Prazo	Dezembro de 2015.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Aguardando aquisição pelo gestor.

Quadro 2 – Operações sobre a ausência de ações educativas para a prevenção e tratamento do alcoolismo e baixo nível de conhecimento da população sobre as consequências do consumo de álcool na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da UBS município de Novorizonte, Minas Gerais.

Nó crítico 2	Ausência de ações educativas para prevenção e tratamento do alcoolismo e baixo nível de conhecimento da população sobre as consequências do consumo de álcool.
Operação	Realização de atividades educativas com a população em geral, com adolescentes e com etilistas e aumentar o nível de conhecimento sobre as consequências e os riscos.
Projeto	Mais Educação. Aumentar o nível de conhecimento da população sobre as consequências do consumo inadequado de álcool.
Resultados esperados	Conscientização da população dos males do álcool e da possibilidade de tratamento para aqueles que têm o vício.
Produtos esperados	Redução da incidência de alcoolismo
Atores sociais/ responsabilidades	Populações em geral, adolescentes e etilistas crônicos, ou seja, toda a população vulnerável.
Recursos	Cognitivos

necessários	Econômico Organizacional
Recursos críticos	Divulgação das atividades educativas
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Agentes de Saúde Motivação: Motivados
Ação estratégica de motivação	Incentivo durante as reuniões de equipe
Responsáveis:	Médico do PSF e equipe de saúde em geral.
Cronograma / Prazo	Julio de 2015
Gestão, acompanhamento e avaliação	Avaliação das atividades ocorre durante as reuniões de equipe. Ainda não tem avaliação esta marcada a primeira palestra para Maio.

Quadro 3 – Operações sobre estrutura dos serviços de saúde inadequados para enfrentar o processo de desintoxicação assim como a falta de atendimento médico e psicológico voltado para os etilistas na população sob-responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da UBS município de Novorizonte, Minas Gerais.

Nó crítico 3	Estrutura dos serviços de saúde inadequados para enfrentar o processo de desintoxicação assim como a falta de atendimento médico e psicológico voltado para os etilistas.
Operação	Melhorar a estrutura do sistema de saúde para enfrentar este tipo de atendimento dos 250 etilistas que se interessarem.
Projeto	Saúde de qualidade. Melhorar a estrutura dos serviços de saúde.
Resultados esperados	Aproximação entre os etilistas e o serviço de saúde, melhorando as condições de saúde desses usuários e

	oferecendo-lhes tratamento.
Produtos esperados	Melhoria das condições de saúde dos 250 etilistas crônicos.
Atores sociais/ responsabilidades	Etilistas crônicos da população adstrita.
Recursos necessários	Cognitivos Econômico Organizacional
Recursos críticos	Interesse do público alvo em tratar de sua saúde.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: o próprio paciente Motivação: Alguns motivados outros não
Ação estratégica de motivação	Incentivo durante as palestras, atividades educativas e através de familiares.
Responsáveis:	Toda a equipe de saúde da família.
Cronograma / Prazo	Início das consultas em Junho 2015 ao dezembro de 2015.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Avaliação das atividades ocorre durante as reuniões de equipe. As consultas vão a começar em Junho de 2015.

Quadro 4 – Operações sobre a ausência de acompanhamentos dos etilistas crônicos em centros especializados na população sob-responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da UBS município de Novorizonte, Minas Gerais.

Nó crítico 4	Ausência de acompanhamento dos etilistas crônicos em centros especializados
Operação	Encaminhamento dos pacientes ao CAPS-AD e internamento sobre tudo as mães que não cuidam dos filhos corretamente.
Projeto	Acompanhamento de qualidade. Acompanhamentos dos pacientes nos serviços especializados de qualidade

	,integral e de forma continuada.
Resultados esperados	Acompanhamento adequado aos pacientes mais críticos proporcionando a oportunidade de acesso a tratamento psicológico e terapêutico.
Produtos esperados	Abandono do vício até mesmo para os etilistas mais críticos e retomar o rolle materna corretamente.
Atores sociais/ responsabilidades	Do paciente e equipe de saúde
Recursos necessários	Cognitivos Econômico Organizacional
Recursos críticos	Dificuldade de conseguir vaga na atenção secundária.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Gestor do CAPS-AD e das comunidades terapêuticas. Motivação: Motivados
Ação estratégica de motivação	Busca por formas alternativas de internação nso casos q precisarem.
Responsáveis:	Médico do PSF e CRAS
Cronograma / Prazo	Um ano.
Gestão, acompanhamento e avaliação.	Alguns pacientes que foram encaminhados ao CAPS-AD já se encontram em acompanhamento. Uma mãe foi internada de nossa comunidade para terapêutica de desabitação. Os encaminhamentos ocorrem de acordo com a demanda surgida nas consultas.

6.1 PRIMEIRO PASSO: IDENTIFICAÇÃO DOS PROBLEMAS

A partir do trabalho realizado na com unidade, foi possível o conhecimento das condições socioeconômicas, ambientais e de saúde das crianças e adultos que residem neste ambiente, bem como a utilização de serviços de saúde, por estes.

Realizamos uma discussão com a equipe de nossa unidade para conhecer os problemas de saúde que temos na comunidade onde realizamos atendimento. Nossa área de abrangência caracteriza-se por estar muito necessitada de atenção em todos os aspectos não somente em relação à saúde, também relacionado à aspectos econômicos, sociais e ambientais.

Definimos vários problemas que apresenta nossa comunidade. Estes são:

1. -Pacientes idosos que moram sozinhos: É uns dos maiores problemas que apresentamos em nossa área, devido a que os filhos abandonam a família nuclear, por viuvez, e por múltiplas causas, com as consequentes consequências devido às doenças muito frequentes em essa faixa etária.

2. - Alcoolismo: Atualmente é um problema não somente de nossa área, também acontece em todo o mundo, afetando adolescentes e pacientes de todas as idades.

3. - Desemprego: Em nossa área existe um aumento dos pacientes desempregados e por tanto acontece um aumento das Famílias emigrando definitivo ou temporal em busca do trabalho no outros povoados.

4. - Aumento das doenças crônicas como Hipertensão e Diabetes Mellitus.

5. - Sedentarismo e obesidade.

6. -Alto índice de pacientes com diagnostico de Doença de Chagas.

A lista anteriormente mencionada está relacionada estabelecendo uma ordem de prioridade de cada um dos problemas pranteados. Assim em nossa área o problema mais relevante é a quantidade de pacientes idosos que moram sem outra pessoa, além disso, em Novorizonte há um aumento dos pacientes usuários de álcool.

Realizamos uma discussão em nossa equipe de trabalho com a enfermeira, as agentes comunitárias, técnica de enfermagem e auxiliar de enfermagem para determinar o anteriormente pranteado e achamos que isso é o maior problema que nossa comunidade enfrenta na atualidade.

6.2 SEGUNDO PASSO: PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Idosos que moram sozinhos	Alta	7	Parcial	4
Alcoolismo.	Alta	7	Parcial	5
Desemprego	Alta	6	Parcial	2
Aumento da incidência das doenças crônicas	Alta	4	Parcial	3
Sedentarismo e Obesidade	Alta	4	Parcial	2
Alto índice de pacientes com diagnóstico de Doença de Chagas.	Alta	4	Parcial	3

6.3 TERCEIRO PASSO: DESCRIÇÃO DO PROBLEMA

Em nossa área uns dos maiores problemas identificada é a existência de pacientes idosos que moram sozinhos, mais é difícil estabelecer um desenho de operações para um paciente idoso que mora só, o seja para eliminar as causas que levam a essa situação que se torna muito frequente, porque geralmente isso acontece por abandono dos filhos da família nuclear, por viuvez, e por situações que a equipe não pode modificar, somente podemos atuar aumentando a qualidade de vida desse tipo de pacientes e sua capacidade de enfrentamento à doenças crônicas e invalidantes que são comuns nessa faixa etária.

Por isso nossa equipe considerou importante a discussão do outro problema que em este momento junto a situação antes pranteada é um flagelo que tem um impacto e uma transcendência realmente significativa em nossa área de abrangência e é o segundo problema estabelecendo prioridades que existe em Novorizonte, estamos falando do alcoolismo.

Para começar é preciso definir uns conceitos com ralação ao tema:

O **alcoolismo** é geralmente definido como o consumo consistente e excessivo e/ou preocupação com bebidas alcoólicas ao ponto que este comportamento interfira com a vida pessoal, familiar, social ou profissional da pessoa e pode potencialmente resultar em condições (doenças) psicológicas e fisiológicas, assim como, por fim, na morte. É um dos problemas mundiais de uso de drogas que mais trazem custos. Com exceção do tabagismo, o alcoolismo é mais custoso para os países do que todos os problemas de consumo de droga combinados.

Além dos prejuízos na vida acadêmica, profissional, social e familiar o abuso de álcool por tempo prolongado pode causar câncer na cavidade oral, esôfago, faringe, fígado e/ou vesícula biliar; hepatite, cirrose, gastrite, úlcera, danos cerebrais, desnutrição, problemas cardíacos, problemas de pressão arterial, além de transtornos psicológicos. Durante a gestação, causa má formação fetal.

Apesar do abuso do álcool ser um pré-requisito para o que é definido como alcoolismo, o seu mecanismo biológico ainda é incerto. Para a maioria das pessoas, o consumo de álcool gera pouco ou nenhum risco de se tornar um vício. Outros fatores geralmente contribuem para que o uso de álcool se transforme em alcoolismo. Esses fatores podem incluir o ambiente social e cultura, a saúde psicológica e a predisposição genética.

Muitos termos são aplicados para se referir a uma pessoa alcoólica e ao alcoolismo. Existe muita controvérsia a esse respeito, entretanto é consenso. Que:

1. O alcoolismo pode levar à morte.
2. '*Alcoolismo*' é uma doença, um transtorno psicológico sério, que precisa de tratamento multiprofissional.
3. O alcoólico pode apresentar prejuízos relacionados com o uso de álcool em todas as áreas da vida (Prejuízos físicos, mentais, morais, profissionais, sociais, entre outros).
4. O alcoólico perde a capacidade de controlar uma quantidade de bebida que ingere, uma vez que vence uma ingestão. Abuso, uso pesado, vício e dependência são todos rótulos comuns usados para descrever os hábitos de consumo, mas o real significado dessas palavras muito pode

variar, dependendo do contexto em que são usadas. Mesmo dentro da área de saúde especializada, uma definição pode variar entre as áreas de especialização. Muitas vezes a política e a religião ainda confundem o problema e agravam uma ambiguidade.

Para realizar a descrição temos que começar falando que a questão do uso abusivo de Álcool na atualidade corresponde a um problema proeminente e abrangente, a nível mundial, envolvendo diversas instâncias, caracterizando-se, portanto, como um grave problema social e de saúde pública. Neste sentido, segundo Laranjeira , poucos fenômenos sociais acarretam mais custos com justiça e saúde, dificuldades familiares, e notícias na mídia do que o consumo abusivo de álcool e drogas.

Isso, porque a toxicomania corresponde a um fenômeno da modernidade, sendo que este se tornou um fator preocupante, pois o uso abusivo de substâncias psicoativas aumentou significativamente nas últimas décadas do século XX, constituindo-se agora em uma questão de saúde pública, passando a ser encarada como um dos problemas mais sérios nesta área, na maioria dos países que também é um problema de nossa comunidade o alto consumo de psicofarmacos.

Assim, Podemos falar que o alcoolismo é a porta de entrada à consumo de droga que também é muito frequente em isto tempos .

Como o consumo de drogas (tanto lícitas quanto ilícitas) tem crescido assustadoramente, é necessário ressaltar um aspecto importante relacionado a este consumo: o estímulo dado pela sociedade às drogas consideradas “oficiais” (como o álcool e o tabaco), ou seja, as drogas que são aceitas pela sociedade, que são de uso lícito. Os meios de comunicação tendem a veicular o consumo dessas drogas associadas com beleza, sedução do sexo oposto, sucesso profissional e riqueza, entre outras coisas; e o adolescente, em busca de valores para construir sua própria identidade, tornasse alvo fácil da mídia e da sociedade (Cursino, 1999). Entretanto, estas drogas, como qualquer outra, causam danos diversos ao indivíduo, quando consumidas em excesso.

A utilização de álcool e tabaco, segundo Kalina et al.(1999), é encarada naturalmente por muitas pessoas em nossa sociedade, passando a fazer parte

de seus hábitos diários, conduta que legitima a toxicomania e a dependência das drogas. Assim, muitas vezes, o consumo desse tipo de droga começa na própria família (Dieguez, 2000; Drummond & Drummond Filho, 1998), na qual há o consumo constante de álcool e tabaco Drummond & Drummond Filho, (1998).

Entre as circunstâncias do tipo sociocultural que favorecem o consumo de drogas, destaca-se a facilidade da oferta e a publicidade das denominadas drogas legais – como o álcool e o tabaco-que nos últimos tempos têm afetado, sobretudo, os adolescentes e os jovens. Outra circunstância social que favorece o tipo de drogas é a flexibilidade que existe na automedicação de medicamentos psicoativo, como os tranquilizantes e os sedativos. Por outro lado, existem vários fatores psicológicos que conduzem a tóxica dependência. Na verdade, detectou-se a existência de uma personalidade com maior tendência para as dependências, que se caracteriza por uma propensão para fugir à realidade e para se refugiar nos efeitos estimulantes, depressores ou perturbadores das substâncias psicoativas. Por fim, é a própria capacidade destas drogas em provocar dependência que, associada a estas circunstâncias socioculturais e pessoais, estimula e desperta o interesse pelas substâncias psicoativas.

Temos que trabalhar intensamente nos grupos como adolescentes e jovens para explicar a importância de evitar essa prática que é atualmente muito comum. Em nossa área esta presente e cada vez com uma força maior no setor mais carente de informação sobre os efeitos do consumo.

Entre as causas achamos que estão: Problemas no relacionamento familiar, autoestima enfraquecida, má influência de "amigos", curiosidade, pressão social, fuga, falta de informação, informações distorcidas.

Para realizar a descrição temos que começar falando que a questão do uso abusivo de drogas na atualidade corresponde a um problema proeminente e abrangente, a nível mundial, envolvendo diversas instâncias, uma vez que este não diz respeito apenas ao usuário de substâncias psicoativas, caracterizando-se, portanto, como um grave problema social e de saúde pública. Neste sentido, segundo Laranjeira, poucos fenômenos sociais acarretam mais custos com justiça e saúde, dificuldades familiares, e notícias na mídia do que o consumo abusivo de álcool e drogas.

Isso, porque a toxicomania corresponde a um fenômeno da modernidade, sendo que este se tornou um fator preocupante, pois o uso abusivo de substâncias psicoativas aumentou significativamente nas últimas décadas do século XX, constituindo-se agora em uma questão de saúde pública, passando a ser encarada como um dos problemas mais sérios nesta área, na maioria dos países.

Assim, “a drogadição não é mais do que uma das consequências da alienação histórico-social, política e econômica, através da qual se manifesta a dramática dissociação em que vivemos” (KALINA, 1999).

Ela é um sintoma da crise que atravessamos decorrente de uma gama de fatores incluídos na dimensão familiar, social e individual, bem como das rápidas e consistentes mudanças no modo de organização das sociedades industrializadas (KALINA, 1999).

Estas transformações levaram a um sistema de vida racional, materialista e normatizada, no qual o consumo de drogas assume a forma de evasão, de contestação e/ou transgressão (CURSINO, 1999).

A dependência de drogas é considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma doença que requer cuidados específicos. Como qualquer outra doença, ela pode ser tratada e controlada, devendo ser encarada, simultaneamente, como uma doença médica crônica e um problema social. Entretanto, há uma resistência muito grande, tanto por parte dos próprios dependentes quanto por parte dos familiares, em aceitar que o consumo de drogas é uma doença (DRUMMOND, 1998).

Segundo a OMS, a dependência de drogas corresponde a um estado mental, e muitas vezes, físico, que resulta da interação entre um organismo vivo e uma droga. Caracteriza-se por comportamento que sempre inclui uma compulsão de tomar a droga para experimentar seu efeito psíquico e evitar o desconforto provocado por sua ausência (SISVEIRA, FILHO, 1995).

Como o consumo de drogas (tanto lícitas quanto ilícitas) tem crescido assustadoramente, é necessário ressaltar um aspecto importante relacionado a este consumo: o estímulo dado pela sociedade às drogas consideradas “oficiais” (como o álcool e o tabaco), ou seja, as drogas que são aceitas pela sociedade, que são de uso lícito. Os meios de comunicação tendem a veicular

o consumo dessas drogas associadas com beleza, sedução do sexo oposto, sucesso profissional e riqueza, entre outras coisas; e o adolescente, em busca de valores para construir sua própria identidade, tornasse alvo fácil da mídia e da sociedade (Cursino, 1999). Entretanto, estas drogas, como qualquer outra, causam danos diversos ao indivíduo, quando consumidas em excesso.

A utilização de álcool e tabaco, segundo Kalina, é encarada naturalmente por muitas pessoas em nossa sociedade, passando a fazer parte de seus hábitos diários, conduta que legitima a toxicomania e a dependência das drogas. Assim, muitas vezes, o consumo desse tipo de droga começa na própria família.

Entre as circunstâncias do tipo sociocultural que favorecem o consumo de drogas, destaca-se a facilidade da oferta e a publicidade das denominadas drogas legais – como o álcool e o tabaco - que nos últimos tempos têm afetado, sobretudo, os adolescentes e os jovens. Outra circunstância social que favorece o tipo de drogas é a flexibilidade que existe na automedicação de medicamentos psicoativo, como os tranquilizantes e os sedativos. Por outro lado, existem vários fatores psicológicos que conduzem à tóxico dependência. Na verdade, detectou-se a existência de uma personalidade com maior tendência para as dependências, que se caracteriza por uma propensão para fugir à realidade e para se refugiar nos efeitos estimulantes, depressores ou perturbadores das substâncias psicoativas. Por fim, é a própria capacidade destas drogas em provocar dependência que, associada a estas circunstâncias socioculturais e pessoais, estimula e desperta o interesse pelas substâncias psicoativas.

Temos que trabalhar intensamente nos grupos como adolescentes e jovens para explicar a importância de evitar essa prática que é atualmente muito comum. Em nossa área esta presente e cada vez com uma força maior no setor mais carente de informação sobre os efeitos do consumo.

Entre as causas achamos que estão: Problemas no relacionamento familiar,

Autoestima enfraquecida, má influência de "amigos", curiosidade, pressão social, fuga, falta de informação, informações distorcidas.

Em nossa área as questões que levantamos mais relevantes para justificar a priorização deste problema esta situação é o fato de existir 250 alcoólatras, sem incluir aos consumidores sociais dos finais de semana.

Micro Área	Alcoólatras	Total
1	22	22
2	42	42
3	27	27
4	28	28
5	33	33
6	28	28
Rural	70	70
Total	250	250

6.4 QUARTO PASSO: EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA:

- **Hábitos e Estilos de Vida Inadequados:** É frequente a existência das adições em pacientes com estilos de vida não saudáveis, vinculadas a outras causas que propiciam a aparição e persistência das mesmas.
- **Pressão Social:** Muitas vezes devido a influencia de amigos sobre tudo em adolescentes e pessoas desempregadas, depois é difícil a eliminação do hábito e então podemos falar de adição.
- **Influência negativa da família:** Por não contar com uma rede de apoio e muitas vezes ser afastado da sociedade, não é considerado como uma pessoa doente que precisa atenção médica e apoio da família, e difícil o processo de desintoxicação, e por isso a influência da família é vital.
- **Nível de conhecimento da população sobre as consequências do consumo de álcool:** Muitas vezes não é suficiente o nível de conhecimento da população, sobre tudo dos jovens dos riscos do consumo de álcool, por isso tornam-se muito importantes os projetos

educativos nas escolas e nas comunidades para fazer uma intervenção preventiva na população mais vulnerável.

- **Estrutura dos serviços de saúde inadequados para enfrentar o processo de desintoxicação:** Muitas vezes a estrutura do serviço para o processo de desintoxicação é eficiente mais torna-se difícil o acompanhamento do paciente que faz o tratamento, depois a pressão social influi e muitas vezes volta a consumir droga e álcool.

6.5 QUINTO PASSO: IDENTIFICAÇÃO DOS CRÍTICOS

- 1- Hábitos e Estilos de Vida Inadequados.
- 2- Pressão Social.
- 3- Influências negativas da família.
- 4- Níveis de conhecimento da população sobre as consequências do consumo de droga e álcool.
- 5- Estruturas dos serviços de saúde inadequados para enfrentar o processo de desintoxicação.

7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Antes do término deste trabalho é interessante rever os objetivos propostos pela presente pesquisa onde buscamos através deste estudo informações que motivassem uma análise reflexiva dos impactos do alcoolismo na vida da população de Novorizonte , crianças e adolescentes e família , evidenciando o quanto já se evoluiu no que diz respeito ao tema proposto, porém apontamos para a necessidade de mais pesquisas que envolvam a temática estudada como forma de ampliar e melhorar o acervo de discussões e literatura especializada sobre os impactos sociais do alcoolismo na vida da população devido à escassez de material para elaboração deste trabalho.

Este projeto de intervenção foi realizado por à equipe de saúde, depois de realizar um estudo exaustivo do por que temos tantos pacientes com alto consumo de álcool, sendo uma doença que trouxe consigo tanta incapacidade e problemas, já seja física ou mental, social e familiar.

Consideramos que os resultados obtidos no presente trabalho evidenciam a real necessidade de uma investigação minuciosa e abrangente na questão dos impactos sociais do alcoolismo nossa população, que ultrapasse o espaço do alerta e da divulgação e que alcance o nível sócio-educativo da população em geral, principalmente no que tange o aspecto formativo dos profissionais que atuam na área da proteção da mesma.

Com a elaboração desta pesquisa bibliográfica, que nos possibilita uma ampla análise e discussão dos dados encontrados capaz de fornecer subsídios tanto para leigos como para técnicos que queiram aprofundar o tema proposto, sendo que em análise pode-se continuar buscando alternativas para diminuir os riscos a que estão sujeitos crianças e adolescentes que convivem com um alcoolista e do alcoólatra com o resto da população, no entanto procuramos detalhar que para obter resultados positivos na busca pela recuperação é necessária uma intervenção continua e sistematizada.

O uso de álcool e outras drogas ultrapassam os limites do campo da saúde, sendo necessária a intersetorialidade com outras áreas, como: Escola, justiça e de desenvolvimento, a fim de que seja executada uma política de atenção integral aos usuários de substâncias psicoativas. A implantação dos

CAPS-ad regionais vêm de encontro à essa demanda, sendo um fenômeno que é social e ao mesmo tempo individual.

Pode-se observar que a estrutura familiar é base essencial para que crianças e adolescentes tenham um desenvolvimento saudável, contribuindo assim com a formação de cidadãos equilibrados, livres e conscientes de seus direitos e deveres, capazes de contribuir na construção de uma sociedade mais humana e melhor para se viver. No entanto muitas vezes nos deparamos com situações que fogem a nossa compreensão humana, porém evidenciam-se que o psicólogo da área em conjunto com outras organizações desenvolvem um importante papel através de sua atuação na busca pela ressocialização do alcoolista e de seus familiares principalmente as crianças e adolescentes que são os mais prejudicados nessa relação que por ser conflituosa acaba gerando insegurança emocional e afetiva que os acompanham por toda sua existência, dando continuidade ao círculo vicioso do álcool e de seus impactos sociais.

Percebe-se que o alcoolismo é uma doença que atinge toda a família, destruindo os sonhos e projetos tanto do alcoolista quanto de todos os que convivem com ele. É necessário construir novos caminhos na busca de uma melhor qualidade de vida, despir-se do preconceito de que alcoolismo é falta de caráter e oferecer alternativas de inclusão da família nos programas de tratamento e recuperação através do atendimento contínuo e permanente.

Ao finalizar o presente estudo foi possível verificar que o alcoolismo é uma doença multifacetada e presente em todos os segmentos, não escolhendo a classe ou posição social precisando assim dos atendimentos dos profissionais. O objetivo deste estudo foi demonstrar a importância que têm a atuação deste profissional na vida dessas famílias que muitas vezes inconscientemente não percebem que estão através da bebida colocando em risco a vida de pessoas que lhe são mais amadas.

Por fim, evidencia-se que a problemática do alcoolismo continua fazendo parte do cotidiano de muitas famílias e por isso é necessário que haja uma atualização nos programas assistenciais e educacionais visando permitir um atendimento contínuo voltado para as reais necessidades da população alcoolista. É preciso prevenir, incluir e atender de forma sistematizada os alcoolistas e seus familiares, principalmente as crianças e adolescentes que

são os mais prejudicados em seu desenvolvimento psíquico-emocional e social.

8 – REFERÊNCIAS

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de ; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. **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.

CENTRO DE INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE E ALCOOL-CISA 2013 disponível em: <<http://www.cisa.org.br/artigo/234/historia-alcool.php>> acesso em 18 nov.2013.

CENTRO DE INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE E ALCOOL-CISA 2014.

Centro Regional de Estudos, Prevenção e Recuperação de Dependentes Químicos – CENPRE; 2012.

FARIA H.P.et al. Elaboração do Plano de ação. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon /UFMG, pág. 118, 2010.

FARIA, H.P. et al. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, pág.110, 2010.

FIDELIS DIAS, I. Usos de abusos de bebidas alcoólicas segundo os povos indígenas do Uaçá, In LABATE, B. et al, **Drogas e Cultura: novas perspectivas**. Salvador: Ed. EDUFBA, 2008. Pp.199-217.

Instituto Brasileiro de Geografia e estatística (IBGE). Dados demográficos. Disponível em: <<http://200.198.43.8/portal>> acesso em: 14 fev. 2013.

MEIRA, E.D. **A cachaça morretiana: uma tradição inventada?** Trabalho de conclusão de curso apresentado à disciplina de Estágio Supervisionado em Pesquisa Histórica. Departamento de História, Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Federal do Paraná, 2010.

MENDES, J. M. R; WÜNSCH, D. S. **Formação em saúde do trabalhador**. In: ENPESS — ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL, 11. Anais eletrônicos. São Luís: Abepss, 2008.

Ministério da saúde - **CNESNet Consulta Leitos**, 2012. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/ModIndTipoLeito.asp?VEstado=31&VMun=310010>>. Acesso em 29 jan 2013

Ministério da saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Indicadores Socioeconômicos, Minas Gerais. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exesim/cnv/inf10>> acesso em 14 fev. 2013.

Ministério da saúde. Sistema de informação de atenção básica (SIAB). Situação de saneamento - Minas Gerais. Proporção de domicílios por tipo de abastecimento de água, 2012. Disponível em: <[http://tabnet.datasus.gov.br/cgi.exe siab/cnv/SIABCMG.def](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi.exe%20siab/cnv/SIABCMG.def)> Acesso em 14 fev. 2013

Ministério da saúde. Sistema de informação de atenção básica (SIAB). **Situação de saneamento - Minas Gerais. Proporção de domicílios por tipo de instalação sanitária, 2012.** Disponível em [http://tabnet.datasus.gov.br/cgi.exe siab/cnv/SIABCMG.def](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi.exe%20siab/cnv/SIABCMG.def). Acesso em 14 fev. 2013

ROBAINA, J. V. L. **Drogas: o papel do educador na prevenção ao uso**. Porto Alegre: Mediação. 2010.

Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais/SESMGSIM/DASS/SVEAST/SUBVPS: Dados de Mortalidade. Dados atualizados em 15 jan. 2013. Disponível em <200.198.43.8/Tabnet> Acesso em: 05 fev 2013.

SILVEIRA, FILHO, D. X. (1995). **Drogas: uma compreensão psicodinâmica das farmacodependências**. São Paulo: Casa do Psicólogo.

SILVA, E. L. da; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 3ª. ed. rev. atual. – Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001. 121p.

SOUZA, J, ABADE, F, SILVA, PMC, FURTADO, EF. **Avaliação do funcionamento familiar no contexto da saúde mental**. Rev Psiquiatr Clín. 2011; 38(6): 254-9.

TRINDADE, EMV, Costa LF. **Considerações sobre a resiliência de adolescentes filhos de alcoolistas no contexto familiar**. Com Ciências Saúde. 2012; 24(2): 179-88.

OLIVEIRA, B. P. **Alcoolismo: Vivência familiar de uma doença social**. Faculdade de Letras da Universidade do Porto Dissertação para a obtenção do Grau de Mestre em Sociologia. 2009.

ZAGO, J. A. **Álcool e Adolescência**. São Paulo. 2011. Disponível em: Acesso em 24 ago 2011, 19h 00min.