

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Sílvia Letícia Dutra Soares

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DO ETILISMO NA ZONA
RURAL DO MUNICÍPIO DE ARAÇUAÍ – MINAS GERAIS**

Belo Horizonte

2020

Sílvia Letícia Dutra Soares

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DO ETILISMO NA ZONA RURAL DO
MUNICÍPIO DE ARAÇUAÍ – MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado
em Saúde da Família, Universidade Federal de
Minas Gerais, como requisito parcial para
obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^a Dr^a Alba Otoni

Belo Horizonte

2020

Sílvia Letícia Dutra Soares

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DO ETILISMO NA ZONA
RURAL DO MUNICÍPIO DE ARAÇUAÍ – MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Prof^a Dr^a Alba Otoni

Banca examinadora

Professora: Alba Otoni, Doutora, UFSJ

Professor (a). Liliâne da Consolação Campos Ribeiro, Doutora, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.

Aprovado em Belo Horizonte, em 17 de Julho de 2020

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus, que me deu forças para lutar pelos meus sonhos,

À minha família, meu suporte em todos os momentos,

Ao professor Pablo Cordeiro, que iniciou o planejamento deste estudo, à minha orientadora Prof^a Dr^a Alba Otoni, pelas observações e correções que engrandeceram este trabalho,

E à equipe de saúde e comunidade assistida pela Unidade de Saúde da Família Engenheiro Schnoor.

RESUMO

O alcoolismo é um hábito deletério descrito como um problema de saúde mundial, pelas suas repercussões orgânicas e sociais. Está intimamente relacionado com maior ocorrência de episódios de violência, acidentes automobilísticos e progressão de doenças crônicas. Na comunidade assistida pela Unidade de Saúde da Família Engenheiro Schnoor, no município de Araçuaí – Minas Gerais verifica-se um elevado consumo de álcool, sobretudo entre usuários adultos e idosos. Neste contexto, o objetivo deste trabalho foi elaborar um projeto de intervenção visando a redução do alcoolismo na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família Engenheiro Schnoor no município de Araçuaí/ Minas Gerais. O estudo foi desenvolvido seguindo os preceitos do Planejamento Estratégico Situacional, no qual, após a territorialização, e priorização dos problemas foram estruturados nós críticos do problema priorizado: despreparo da equipe assistencial para ações educativas, desconhecimento da comunidade sobre os malefícios do álcool, e ausência de acolhimento e suporte aos alcoolistas que desejam abandonar o hábito. Após a identificação dos nós críticos procedeu-se a elaboração de estratégias de enfrentamento, além de uma revisão na literatura científica sobre o tema priorizado. Foram propostas ações de capacitação da equipe assistencial, ações educativas com a comunidade, bem como estruturação de um grupo operativo voltado aos alcoolistas. Com as ações propostas espera-se a médio e longo prazo conseguir a redução do alcoolismo na população assistida, melhor preparo dos profissionais, bem como melhor cuidado aos alcoolistas na comunidade.

Palavras-chave: Alcoolismo. Grupos de Autoajuda. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Alcoholism is a harmful habit described as a worldwide health problem, due to its organic and social repercussions. It is closely related to a higher incidence of episodes of violence, car accidents and the progression of chronic diseases. In the community assisted by the Basic Health Unit Engenheiro Schnoor, in the municipality of Araçuaí - Minas Gerais, there is a high consumption of alcohol, especially among adult and elderly users. In this context, the objective of this work was to develop an intervention project aimed at reducing alcoholism in the coverage area of the Basic Health Unit Engenheiro Schnoor. The study was developed following the precepts of Situational Strategic Planning, in which, after territorialization, and prioritization of problems, critical nodes of the prioritized problem were structured: unpreparedness of the assistance team for educational actions, lack of community knowledge about the harm of alcohol, and absence of support and support for alcoholics who wish to quit the habit. After identifying the critical nodes, coping strategies were developed, in addition to a review of the scientific literature on the prioritized theme. Training actions for the health care team, educational actions with the community, as well as structuring an operating group aimed at alcoholics were proposed. With the proposed actions, it is expected in the medium and long term to achieve a reduction in alcoholism, better preparation of professionals, as well as better care for alcoholics in the community.

Keywords: Alcoholism. Self-Help Groups. Primary Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1: Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Unidade Básica de Saúde Engenheiro Schnoor, município de Araçuaí, estado de Minas Gerais.	12
Quadro 2: Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “ elevado alcoolismo na comunidade ”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Engenheiro Schnoor , do município de Araçuaí, estado de Minas Gerais.....	21
Quadro 3: Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “ elevado alcoolismo na comunidade ”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Engenheiro Schnoor , do município de Araçuaí, estado de Minas Gerais.....	22
Quadro 4: Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “ elevado alcoolismo na comunidade ”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Engenheiro Schnoor , do município de Araçuaí, estado de Minas Gerais.....	23

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS – AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre drogas psicotrópicas
CEO	Centro Especializado Odontológico
CISMEJE	Consórcio Intermunicipal do Médio Jequitinhonha
DCNT	doenças crônicas não transmissíveis
DM	Diabetes melito (<i>Diabetes mellitus</i>)
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PSF	Programa Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SUS	Sistema único de Saúde
UBAM	Unidade Básica de Atendimento à Mulher
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
1.1 Aspectos gerais do município	6
1.2 O sistema municipal de saúde	7
1.3 Aspectos da comunidade.....	9
1.4 A Unidade de Saúde da Família Engenheiro Schnoor.....	9
1.5 A Equipe de Saúde da Família da USF Engenheiro Schnoor.....	10
1.6 O funcionamento da USF Engenheiro Schnoor	10
1.7 O dia a dia da equipe Engenheiro Schnoor	11
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	11
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	12
2 JUSTIFICATIVA	13
3 OBJETIVOS	14
4 METODOLOGIA.....	15
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	16
5.1 O consumo de álcool nos diferentes contextos	16
5.2 Alcoolismo, seus determinantes, enfrentamento e suas repercussões	17
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	18
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	18
6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo).....	18
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	19
6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo).....	20
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
REFERENCIAS	25

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

O Município de Araçuaí está localizado no Nordeste do Estado de Minas Gerais, na microrregião do Médio Jequitinhonha, bem no centro do Vale do Jequitinhonha, a uma distância de 678 km da capital Belo Horizonte. Limita-se com os municípios de Coronel Murta e Itinga ao Norte; com Caraí e Novo Cruzeiro ao Sul; com Virgem da Lapa, Francisco Badaró e Jenipapo de Minas a Oeste e com Padre Paraíso e Ponto dos Volantes a Leste. A Área do município corresponde a 2.236 km², abrigando uma população estimada para o ano de 2019 de 36708 pessoas (BRASIL, 2019).

A história de Araçuaí teve início por volta de 1830, quando a Mulata Luciana Teixeira, proprietária da Fazenda Boa Vista da Barra do Calhau, deu abrigo aos emigrantes da Barra do Pontal (meretrizes expulsas pelo Padre Carlos Pereira de Moura, da Aldeia localizada a alguns quilômetros abaixo, na confluência dos rios Araçuaí e Jequitinhonha, e, atraídos por elas, os canoeiros), em suas terras às margens do Ribeirão Calhau e Rio Araçuaí. Tornou-se este, a partir daí, o ponto de arribada das canoas que subiam o Jequitinhonha. O Arraial que então se fundou chamou-se "Calhau", devido à grande quantidade existente no local de pedras lisas e arredondadas esculpidas pela correnteza das águas. O Arraial de Calhau foi elevado à categoria de sede de Distrito pela Lei Provincial de 13 de julho de 1857. A instalação sob a denominação de Vila de Arassuay deu-se em 1º de julho de 1871, para finalmente a 21 de setembro de 1871 ser elevada à categoria de cidade, por força da lei nº 1870, com o nome de Araçuaí. Esse nome é de origem indígena, e quer dizer Rio das Araras Grandes (ARAÇUAÍ, 2017).

As principais atividades econômicas do município são o comércio, a agricultura, a mineração e o artesanato. Os principais problemas ambientais do município tiveram origem com a intensa atividade antrópica, ligada a mineração e a agropecuária. A prática de uma agropecuária e mineração que não respeita as limitações do ecossistema tem contribuído para a perda dos solos e, conseqüentemente, para o aumento da migração sazonal. A migração sazonal se dá principalmente através da saída dos homens mais jovens das comunidades rurais e do meio urbano, para as

lavouras de cana-de-açúcar no estado de São Paulo e Rio de Janeiro, mas também para outras lavouras no Sul de Minas e Mato Grosso (ARAÇUAÍ, 2017).

O município apresenta 38.3% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 53.6% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 5.3% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio) (BRASIL, 2019).

1.2 O sistema municipal de saúde

O município de Araçuaí possui cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF) de 100%, sendo 13 equipes de saúde da família, sendo cada uma delas composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, cinco a oito agentes comunitários de saúde (ACS), com carga horária de 40 horas semanais. Duas equipes de Saúde da Família possuem equipe de saúde bucal modalidade I (composta por um cirurgião- dentista, uma técnica em saúde bucal) e a outra equipe é modalidade II (composta por um cirurgião- dentista, uma técnica em saúde bucal e um auxiliar de saúde bucal).

Faz parte ainda do quadro de trabalhadores de saúde profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica– NASF- AB, sendo integrado por, um fisioterapeuta, dois fonoaudiólogos, um psicólogo, uma nutricionista atendendo às oito Equipes de saúde da Família de modo itinerante. Cada ESF é responsável por 3000 a 4000 pessoas. Estas equipes têm facilidade em viabilizar o acesso, a continuidade do cuidado e o vínculo com as famílias residentes em suas áreas de abrangência.

O município conta ainda com o Centro Especializado Odontológico (CEO) que está inserido na Unidade Básica Alto Mercado. A rede de média complexidade é assistida pelo Hospital São Vicente de Paulo, e também pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde. O Consórcio Intermunicipal do Médio Jequitinhonha (CISMEJE) oferece serviços especializados e os procedimentos pactuados na Programação Pactuada e Integrada (PPI) são realizados em outros municípios como Itaobim, Diamantina, Teófilo Otoni e Belo Horizonte.

Os agendamentos para consultas especializadas seguem o princípio da equidade com priorização de atendimento pela equipe de regulação, controle e avaliação. Existe ainda, ficha de referência e contrarreferência, utilizada pelos

médicos da rede. As emergências são encaminhadas para o Hospital São Vicente de Paulo e quando necessário a própria instituição, através do Sistema Único de Saúde (SUS) Fácil encaminha para os hospitais de referência da macrorregião. O município dispõe de um sistema de atendimento móvel de urgência- SAMU e conta com duas ambulâncias próprias.

A atenção primária conta com um laboratório de análises clínicas próprio do município e alguns exames são terceirizados para laboratórios particulares. Os exames são coletados no próprio Laboratório Municipal localizado na Policlínica.

A Secretaria Municipal de Saúde não dispõe de uma central de leitos, as internações ocorrem por acesso direto do usuário ao hospital ou através de encaminhamentos das Unidades Básicas de Saúde. O Hospital São Vidente de Paulo, único da cidade, possui 66 leitos disponíveis para o SUS e 12 leitos particular/convênio.

O município conta ainda com uma clínica de radiologia, onde são realizadas tomadas radiográficas da coluna cervical, torácica, lombar, lombo sacra, tórax PA Perfil e tórax PA, seios da face e crânio, cavum, membros, abdome, crânio, costela, bacia e articulações. E com uma Policlínica.

A Policlínica Municipal de Araçuaí presta atendimento básico e especializado; atualmente a equipe assistencial é composta por: um infectologista, um cirurgião geral, um ginecologista, um anestesiológico para realização de risco cirúrgico e referência da vigilância Epidemiológica e atendimento das gestantes de alto risco e um médica perita do município, cinco enfermeiros, uma Responsável técnica e uma coordenadora da policlínica, dois bioquímicos e uma biomédica, três farmacêuticas, oito recepcionistas (laboratório, farmácia e recepção da policlínica), 16 técnicos de enfermagem, um agente administrativo, quatro auxiliares de serviços gerais, uma psicóloga e uma fonoaudióloga.

Além das estruturas já mencionadas o município conta ainda com um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS – AD) que atende a microrregião com aproximadamente 1080 usuários prestando atendimento também em conjunto com as Estratégias de Saúde da Família (ESF). Há ainda a Unidade Básica de Atendimento à Mulher (UBAM), que recebe demandas das UBS para pré-natal de alto risco e cuidados à saúde da mulher.

1.3 Aspectos da comunidade

O Distrito de Engenheiro Schnoor possui 2583 habitantes, distribuídos em 737 núcleos familiares. A história do Distrito está intimamente relacionada à Estação Ferroviária de mesmo nome, inaugurada em 1930, visto que, com a criação da linha ferroviária, a localidade passou a ser referência de apoio para viajantes, e escoamento da produção em Minas Gerais e Bahia.

Trata-se de uma comunidade formada por grupos familiares de baixo poder aquisitivo, com ocupações ligadas às atividades agropecuárias. O Distrito possui saneamento básico e esgotamento sanitário inadequados. Grande parte da população consome água de cisternas, e possui fossas rudimentares para dejetos, o que propicia a poluição de lençóis freáticos e solo. As ruas não possuem calçamento, a iluminação é precária. Até mesmo a estrada que dá acesso ao Distrito é precária, com valetas e calçamento inacabado em vários trechos. O lixo só é coletado nas ruas principais do bairro e não há regularidade no serviço.

Mesmo diante de tal contexto, a comunidade é bastante unida, possui um ritmo de vida calmo, com muita religiosidade, em que as festas católicas como a Festa de Nossa Senhora do Carmo movimentam todos, e são pontos de referência em lazer e cultura local. Na comunidade há ainda a Escola Estadual José dos Santos Neiva, que possui uma quadra de esportes utilizada por todos.

1.4 A Unidade de Saúde da Família Engenheiro Schnoor

A Unidade de Saúde da Família (USF) Engenheiro Schnoor tem estrutura própria que foi inaugurada em Fevereiro de 2016, fica a 50 km do município de Araçuaí, na zona rural. Atende a um total de 2583 indivíduos, divididas em oito micro áreas sendo dois pontos de apoio: micro área 1 (Fazenda Gravatá, Córrego Bom Sucesso, Barra do Vaquejador, Fazenda Lagoinha, Engenheiro Schnoor) atendendo um total de 85 famílias; micro área 2 (Quilombo, Córrego Grande, Barra do Córrego da Onça, Engenheiro Schnoor) atende um total de 81 famílias; micro área 3 (Córrego da Velha e Engenheiro Schnoor) atende 94 famílias; micro área 4 (Engenheiro Schnoor) atende 94 famílias; micro área 5 (Alfredo Graça, Santo Antônio do Gravatá, Gravatá de Cima, Fazenda Gravatá, Córrego do Morgado), atende 128 famílias; micro área 6 (Fazenda Gravatá/acima do Graça, Córrego Morgado/acima do Graça, Gravatá de Cima, Santo Antônio do Gravatá, Alfredo Graça) atende um total de 131 famílias;

micro área 7 (Mucambo, Taiobas, Maranhão, Córrego das Cinzas, Pequís, Estrela, Varginha, Cruzinha) atende 57 famílias; micro área 8 (Palmital, Gangorrinha, Cruzinha e Aferidor) atende 67 famílias.

A sede da unidade é bem estruturada obedecendo às normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), possui uma recepção, uma sala de vacina, sala de curativo, sala da médica (com ar condicionado), sala de enfermagem, sala do dentista (com ar condicionado), quatro banheiros, uma cozinha, um depósito de material de limpeza (DML), sala de esterilização dos materiais e uma sala para reuniões. Além disso, tem internet e dois computadores.

Um dos pontos de apoio localizado na comunidade Alfredo Graça, é numa casa que possui uma sala da médica, uma sala da enfermagem, uma sala do dentista, recepção, dois banheiros e uma cozinha. Outro ponto de apoio acontece na comunidade de Cruzinhas, localizado numa sala de aula de uma escola, a triagem acontece também em uma sala de aula da escola local.

1.5 A Equipe de Saúde da Família da USF Engenheiro Schnoor

A equipe do Engenheiro Schnoor é formada pelos profissionais apresentados a seguir: Uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma médica, oito ACS, um odontólogo, uma técnica em saúde bucal. Além de contar com o apoio de uma recepcionista (ponto de apoio Alfredo Graça) e dois auxiliares de serviços gerais (Schnoor e Graça) e um motorista.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Família Engenheiro Schnoor

A USF Engenheiro Schnoor é de fácil acesso para a maioria da população. O horário de funcionamento é de 7:00 às 11:00 e de 13:00 às 17:00 horas. As consultas geralmente são 18 por dia para o médico, divididas entre livre demanda e pré-agendamentos, todos passando por uma triagem prévia.

Na USF são agendados em média pelas ACS 12 consultas (pelo menos nesse início de trabalho em que as consultas são demoradas), quatro a seis consultas para urgências e demanda espontânea. Todas as consultas são triadas, o funcionamento da unidade ocorre das 7h às 17h, dependendo das condições da estrada chegamos na principal unidade por volta das 9h30 ,no ponto de apoio do Graça como é mais

próximo chegamos por volta das 8h30, já na comunidade das Cruzinhas, ponto mais distante, chegamos 10h, 10h20.

As gestantes de alto risco são encaminhadas para a UBAM – Unidade Básica de Atendimento à Mulher, intercalando o atendimento e acompanhamento com nossa equipe; alguns usuários são encaminhados quando necessário para o hospital da cidade. Toda terça, de 15 em 15 dias, faz-se o grupo das gestantes, já os grupos operativos (hiperdia, por exemplo), no entanto, ainda não conseguimos realizá-lo em função de que sempre que foi agendado ocorreu um imprevisto e não foi possível acontecer. As visitas domiciliares são realizadas pelas ACS, pelo menos uma vez no mês são agendadas para a médica e enfermeira as visitas domiciliares priorizando os mais necessitados, mas acontecem também em situação de urgência.

1.7 O dia a dia da equipe Engenheiro Schnoor

A maior parte do tempo da equipe está sendo ocupado quase que exclusivamente com atividades de atendimento às consultas agendadas e demanda espontânea e alguns programas como puericultura, pré-natal, saúde bucal, preventivo de câncer de mama e ginecológico, atendimento individual, hipertensos e diabéticos. Nesse início de trabalho, a equipe tentou realizar atividades como grupos operativos, porém, por inúmeros fatores ainda não foi possível, mas essa é uma meta a ser atingida nas próximas semanas.

A enfermeira realiza pré-natal, exame preventivo, puericultura, orientações às mulheres sobre planejamento familiar, além de coordenar a equipe e, quando necessário, realiza os cuidados de enfermagem, além de promover educação permanente para as ACS e auxiliar de enfermagem.

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

- Elevado número de alcoolistas na comunidade;
- Elevada prevalência de parasitoses intestinais na comunidade;
- Pessoas com hipertensão arterial sistêmica sem adesão adequada ao tratamento;
- Pessoas com Diabetes Mellitus sem adesão adequada ao tratamento;
- Início tardio do pré-natal;

- Adesão inadequada ao acompanhamento de puericultura pela comunidade.

1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

A partir da identificação dos problemas existentes, procedeu-se a avaliação dos mesmos quanto aos critérios de importância, urgência e capacidade de enfrentamento.

Quadro 1: Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Unidade Básica de Saúde Engenheiro Schnoor, município de Araçuaí, estado de Minas Gerais.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Elevado número de alcoolistas na comunidade	Alta	10	Parcial	1
Elevada prevalência de parasitoses intestinais na comunidade	Alta	6	Parcial	2
Hipertensos sem adesão adequada ao tratamento	Alta	4	Parcial	3
Diabéticos sem adesão adequada ao tratamento	Alta	4	Parcial	4
Início tardio do pré-natal	Alta	3	Parcial	5
Adesão inadequada ao acompanhamento de puericultura pela comunidade	Média	3	Parcial	6

Fonte: Elaboração própria (2020).

*Alta, média ou baixa

** Distribuir 30 pontos entre os problemas identificados

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

De acordo com Bertoni e Santos (2017) o consumo de álcool é um problema de saúde pública mundial. Culturalmente o álcool está relacionado às cerimônias religiosas, comemorações sociais, bem como hábitos de vida repassados por gerações, o que dificulta sua caracterização como nocivo, sobretudo para indivíduos de pouca escolaridade.

No meio rural como no caso deste estudo, o consumo de bebidas alcoólicas há uma verdadeira “naturalização do consumo do álcool”, que geralmente se inicia no próprio contexto familiar. Menezes (2013) afirma que o consumo da bebida alcóolica está associado aos valores e tradições praticamente impostas ao grupo familiar. No momento do nascimento do filho, no batismo, nas festas religiosas, e até mesmo nos velórios, o álcool é visto como bebida necessária e parte integrante das celebrações.

Por outro lado, é sabido que o consumo e dependência do álcool tem sérias repercussões sociais e de saúde pública. Além do impacto biológico provocado pelo álcool no organismo humano, as alterações psíquicas após o consumo costumam relacionar-se a um maior índice de violência, acidentes automobilísticos, dentre outros danos (LARANJEIRA, 2014).

No Distrito de Engenheiro Schnoor o abuso de álcool é extremamente comum, sendo que a maior parte dos usuários, quando questionados referem que não enxergam tal consumo como algo prejudicial, visto que “faz parte da vida”, e de hábitos familiares e culturais. Entre portadores de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como hipertensos e diabéticos, o consumo de álcool é também um fator que compromete a adesão ao tratamento e o controle glicêmico e pressórico, propiciando assim, maior risco de complicações cardiovasculares e metabólicas.

Neste contexto, o presente estudo se justifica pela possibilidade de conscientizar a comunidade sobre os riscos associados ao consumo do álcool, melhor capacitar a equipe assistencial para acolhimento e orientação da comunidade, bem como propor estratégias de melhor assistência aos usuários alcoolistas já existentes na comunidade.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um projeto de intervenção visando a redução do alcoolismo na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família Engenheiro Schnoor, no município de Araçuaí – MG.

3.2 Objetivos específicos

- Capacitar a equipe de saúde, visando maior preparo e empenho para o combate ao alcoolismo;
- Sensibilizar a comunidade sobre os riscos associados ao consumo de álcool;
- Estruturar um grupo de apoio voltado ao acolhimento e manejo de usuários alcoolistas que desejam abandonar o hábito.

4 METODOLOGIA

A estruturação deste estudo foi realizada a partir dos preceitos do Planejamento Estratégico Situacional (PES). Inicialmente foi realizado o diagnóstico situacional da área de abrangência da USF Engenheiro Schnoor, a partir da análise de dados coletados pela equipe de saúde, análise de dados do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) e através da percepção dos profissionais atuantes na referida USF.

O PES, conforme noções fornecidas por Faria, Campos e Santos (2018) aplicado à Atenção Primária à Saúde (APS) tem fundamental importância, porque leva em consideração o plano que a equipe pretende desempenhar para alcance de seus objetivos (projeto de governo), os recursos existentes na realidade da USF (governabilidade) e também o conhecimento da equipe para a realização do plano (capacidade de governo), tornando possível então, a estruturação de um planejamento de fato estratégico para cada realidade vivenciada.

Uma vez realizado o diagnóstico situacional, identificação e priorização dos problemas, foi eleito como problema prioritário o “Elevado número de alcoolistas na comunidade”. Assim, visando melhor embasamento teórico realizou-se uma revisão de literatura nas bases de dados vinculadas à Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando-se os descritores: Alcoolismo, Grupos de apoio e Atenção Primária à Saúde. Foram utilizados ainda, dados disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Araçuaí, arquivos da USF, e anotações e registros dos profissionais de saúde.

Após embasamento teórico, foram propostos os nós críticos do problema priorizado, e realizado o desenho das operações, com identificação dos recursos necessários, apontamento dos recursos críticos e estratégias de enfrentamento, bem como análise de viabilidade, e elaboração do plano de ação (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 O consumo de álcool nos diferentes contextos

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define o consumo de álcool como um grave problema de saúde pública. Estima-se que aproximadamente 3,3 milhões de pessoas morram a cada ano por danos relacionados diretamente ao consumo de álcool, o que corresponde a 6% de todos os óbitos ocorridos no mundo (OMS, 2014).

Em estudo transversal, multicêntrico, nacional, realizado com 1247 escolas de 124 municípios brasileiros, envolvendo 74.589 estudantes, verificou-se que 24,1% dos adolescentes beberam a primeira vez antes dos 12 anos de idade. Nesta fase de vida, o consumo de álcool está associado à maior risco de dependência química, além de prejuízos no desenvolvimento cerebral, cognitivo e emocional. Além disso, os autores pontuam que o consumo de álcool por jovens propicia comportamento sexual de risco, e maior associação ao consumo concomitante de tabaco e seus derivados. Referência

O consumo de álcool em períodos como a gestação podem trazer ainda mais consequências à gestante e neonato. Em estudo realizado no município de Rio Grande – RS, verificou-se que 9,4% das 2685 puérperas analisadas consumiu bebida alcoólica durante a gestação, sendo a cerveja o tipo de bebida mais consumida. Fatores como baixa escolaridade, tabagismo, uso de drogas ilícitas, idade superior a 30 anos e viver sem companheiro estiveram associados ao maior consumo de álcool no período gestacional (MEUCCI et al., 2017).

De acordo com Meneguetti et al. (2018) o consumo de álcool no Brasil é maior entre indivíduos do sexo masculino, com idade entre 25-34 anos. No estudo desses autores verificou-se aumento do consumo em grupos de maior escolaridade e poder econômico, bem como redução deste consumo com o avanço da idade. Embora o consumo entre homens seja maior, verificou-se ainda uma tendência crescente de consumo de álcool por mulheres, sobretudo na região Sudeste do país.

Almeida e Araújo Júnior (2017) afirmam que o álcool e o cigarro possuem grande impacto na renda familiar de brasileiros. Embora o Brasil possua diferentes padrões regionais de consumo de bebidas alcoólicas, percebe-se que aproximadamente 15% das famílias brasileiras possui despesas em bebidas alcoólicas dentro do domicílio. Um outro dado relevante apontado pelos autores, é que

mesmo em face do aumento de tais produtos (álcool e tabaco), não se observa a redução do consumo dos mesmos, o que gera impacto ainda maior na renda familiar.

5.2 Alcoolismo, seus determinantes, enfrentamento e suas repercussões

O alcoolismo é uma doença crônica, sem cura, cujo manejo se concentra no controle do consumo da substância psicoativa (álcool), bem como, no tratamento de possíveis repercussões orgânicas, funcionais e psíquicas (OMS, 2008).

De acordo com o Centro Brasileiro de Informações sobre drogas psicotrópicas (CEBRID, 2015) o álcool dentre todas as drogas lícitas é comumente a mais consumida, sendo que o início do consumo é visto como “porta de entrada” para a dependência química e experimentação de outras drogas.

Dentre os determinantes sociais da saúde, os hábitos de vida surgem como fatores que interferem na promoção da saúde, mas também podem repercutir significativamente no controle de doenças crônicas, e no surgimento de agravos agudos. Assim, ao se propor o enfrentamento de problemas que impactam na saúde de determinada comunidade, a promoção de hábitos saudáveis deve ter um enfoque prioritário, por seu grande impacto no adoecimento da população (SOUSA et al., 2019; ANDRADE et al., 2019).

Pinto et al. (2011) ressaltam que embora o tabagismo e o etilismo já sejam fatores de risco conhecidos para diversas doenças, ainda é alta a prevalência do uso de tais substâncias, mesmo entre usuários já doentes. De acordo com os autores, o mal dimensionamento dos riscos associados à tais hábitos pode ser um dos fatores que levam à persistência do abuso de álcool, e tabagismo.

Em estudo realizado por Tavares et al. (2019) os pesquisadores apontam que a APS envolve tanto ações de promoção da saúde, como também prevenção de agravos e cuidado integral. Em comunidades com uso abusivo do álcool, a APS precisa sair do campo meramente curativista, para promover ações de sensibilização e conscientização da comunidade sobre os efeitos adversos do álcool. No estudo realizou-se ações educativas com a comunidade escolar como estratégias para prevenção do consumo de álcool, bem como redução do uso entre crianças e adolescentes.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Elevado número de alcoolistas na comunidade”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado (terceiro passo), a explicação (quarto passo) e a seleção de seus nós críticos (quinto passo).

Os quadros seguintes mostram o desenho das operações – para cada causa selecionada como “nós crítico”, as operações, projeto, os resultados esperados, os produtos esperados, os recursos necessários para a concretização das operações (estruturais, cognitivos, financeiros e políticos). Aplica-se a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (FARIA, CAMPOS; SANTOS, 2018).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

Segundo registros da USF Engenheiro Schnoor dentre os portadores de DCNT aproximadamente 65% consome álcool regularmente. No ano de 2019 foram assistidas 26 gestantes na USF, sendo que destas, 19 relataram uso de bebida alcoólica na gestação atual e/ou em gestações anteriores. Existem na USF ainda, 19 usuários já com quadro de neuropatia alcoólica instalado, bem como 27 casos registrados de violência doméstica associado ao uso de álcool.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

Na comunidade assistida pela USF Engenheiro Schnoor o consumo de álcool é tido como hábito cultural e “inofensivo”. Mesmo em face de usuários já com neuropatia alcoólica instalada percebe-se que familiares e contatos próximos seguem com o consumo por não acreditarem ser prejudicial. Geralmente, o consumo se inicia em casa, ainda na infância ou início da adolescência, sobretudo entre homens, como forma de “virilidade”, sendo que o machismo é um traço marcante na comunidade.

Entre gestantes, o consumo de álcool também é referido com certa naturalidade, e quando conscientizadas sobre os riscos associados é comum referirem que em gestações anteriores utilizaram o álcool da mesma forma, sem haver prejuízo algum.

Por outro lado, na USF não existe nenhuma iniciativa para prevenção e combate ao alcoolismo. Os profissionais, sobretudo os ACS argumentam que frente à resistência da população na mudança de hábitos, se sentem inseguros em realizar abordagem contra tal consumo.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Após priorização do problema, procedeu-se a estruturação de possíveis nós críticos que levam ao consumo de álcool pela população do Distrito de Engenheiro Schnoor, ou à inércia da USF no combate ao alcoolismo. Foram considerados então, os seguintes nós críticos:

- Despreparo da equipe assistencial para ações educativas;
- Desconhecimento da comunidade sobre os malefícios do álcool;
- Ausência de acolhimento e suporte aos alcoolistas que desejam abandonar o hábito.

6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)

Uma vez estabelecidos os nós críticos do problema priorizado, procedeu-se então, a partir de cada nó crítico, a estruturação das operações, projeto, resultados e produtos esperados, bem como recursos necessários e aspectos de viabilidade e gestão do Plano de ação (Quadros 2, 3 e 4).

Quadro 2: Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Elevado número de alcoolistas na comunidade”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Engenheiro Schnoor, do município de Araçuaí, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Despreparo da equipe assistencial para ações educativas
6º passo: operação	Estabelecer práticas de qualificação profissional visando maior estímulo e preparo dos profissionais atuantes na USF Engenheiro Schnoor na prevenção e combate ao alcoolismo.
6º passo: projeto	“Qualificando para melhor assistir”
6º passo: resultados esperados	Capacitar 100% da equipe assistencial sobre o alcoolismo, seus impactos orgânicos e sociais, manejo na APS, e importância do acolhimento e humanização.
6º passo: produtos esperados	Oficinas de capacitação da equipe assistencial – Reuniões quinzenais de educação permanente.
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: Conhecimento sobre o tema. Financeiro: Recurso para impressão de material informativo para profissionais. Político: Adesão dos profissionais às oficinas de qualificação.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Político: Adesão dos profissionais às oficinas de qualificação.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Responsável: Profissionais da USF Motivação: Favorável Ações de estímulos: oferecer certificados, lanches e/ou brindes.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Estruturação da programação das oficinas – Médica proponente Prazo: 02 meses para planejamento e 02 meses para execução das oficinas.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Lista de presença Coleta de depoimentos dos participantes A cada oficina serão coletados depoimentos sobre o conteúdo abordado, bem como, possíveis críticas e sugestões.

Fonte: Elaboração própria (2020).

Quadro 3: Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Elevado número de alcoolistas na comunidade”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Engenheiro Schnoor, do município de Araçuaí, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 2	Desconhecimento da comunidade sobre os malefícios do álcool
6º passo: operação	Estruturar ações educativas na comunidade, visando sensibilizar os usuários sobre os riscos associados ao consumo de álcool.
6º passo: projeto	“Projeto Viver com saúde”
6º passo: resultados esperados	População com melhor qualidade de vida. Diminuir o número de pacientes etilistas e orientar um maior número da população sobre os riscos do alcoolismo
6º passo: produtos esperados	Campanha educativa na rádio local Campanha educativa nas escolas. Palestras mensais na USF sobre o alcoolismo abordando diferentes públicos (gestantes, puérperas, portadores de DCNT
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: Conhecimento sobre o tema. Financeiro: Recurso para impressão de material informativo e lanche Político: Adesão da comunidade às ações educativas; Parceria com a rádio local.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Político: Parceria com a rádio local.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Responsável: Gestor da rádio local. Motivação: Favorável Ações de estímulos: agendamento prévio.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Estruturação da programação das ações educativas– Médica proponente, enfermeira, ACS e técnica de enfermagem Prazo: 03 meses para planejamento e 06 meses para execução das ações educativas.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Lista de presença Coleta de depoimentos dos participantes A cada oficina serão coletados depoimentos sobre o conteúdo abordado, bem como, possíveis críticas e sugestões.

Fonte: Elaboração própria (2020).

Quadro 4: Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Elevado número de alcoolistas na comunidade”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Engenheiro Schnoor, do município de Araçuaí, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 3	Ausência de acolhimento e suporte aos alcoolistas que desejam abandonar o hábito
6º passo: operação	Estruturar um grupo de apoio aos alcoolistas
6º passo: projeto	“Grupo Renascer”
6º passo: resultados esperados	Estruturação de um grupo operativo permanente voltado à usuários alcoolistas.
6º passo: produtos esperados	Grupo operativo como atividade regular da equipe
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: Conhecimento sobre o tema e profissionais para mediar reuniões do grupo operativo. Financeiro: Recursos para lanches, brindes e materiais educativos. Político: Adesão da equipe da USF na estruturação do grupo
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Político: Adesão da equipe da USF na estruturação do grupo
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Responsável: Equipe da USF Motivação: Favorável Ações de estímulos: Percepção da necessidade da comunidade, divisão de tarefas, evitando sobrecarga aos profissionais.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Estruturação da programação das oficinas do grupo – Médica proponente e enfermeira da USF Prazo: 04 meses para planejamento e grupo permanente.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	A cada dois meses o grupo será avaliado em reunião com a equipe, sobre adesão da comunidade (análise de listas de presença), convites às ações pelos profissionais, bem como estruturação de novas dinâmicas e temas a serem abordados.

Fonte: Elaboração própria (2020).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O alcoolismo é um problema impactante na comunidade assistida pela USF Engenheiro Schnoor, assim como em todo o mundo, conforme a literatura consultada. No âmbito da APS ações educativas com a comunidade e com a equipe assistencial podem propiciar maior eficácia na prevenção de agravos, e melhor manejo dos problemas existentes.

Embora o município de Araçuaí tenha CAPS – AD e NASF-AB as ações aqui propostas não envolveram inicialmente tais profissionais pela dificuldade encontrada em acessar tais serviços pela comunidade e pelos profissionais da USF que se mostram comprometidos com o desenvolvimento do projeto. O PES foi realizado considerando recursos existentes, e possibilidades vivenciadas pela equipe da USF.

Com as ações propostas espera-se a médio e longo prazo conseguir a redução do alcoolismo na população assistida, melhor preparo dos profissionais, bem como melhor cuidado aos alcoolistas na comunidade.

REFERENCIAS

ALMEIDA, A.T.C.; ARAÚJO JÚNIOR, I.T. de. Demanda por bebidas alcoólicas e cigarros no Brasil: elasticidades, microssimulação e variações no Bem-Estar. **Pesquisa e Planejamento Econômico – PPE**, v.47, n.2, p. 87-142, 2017.

ANDRADE, K. V. F.de et al . Associação entre desfecho do tratamento, características sociodemográficas e benefícios sociais recebidos por indivíduos com tuberculose em Salvador, Bahia, 2014-2016. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 28, n. 2, e2018220, 2019 .

ARAÇUAÍ. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde: 2018-2021. 2017. Disponível em: <https://sargsus.saude.gov.br/sargsus/login!consultarRelatorioExterno.action?tipoRelatorio=01&codUf=31&codTpRel=01>. Acesso em 24 mai. 2020.

BERTONI, L.M.; SANTOS, R.V.R. Alcoolismo e meio rural. **Revista GeoNordeste**, v. 28, n.1, p. 98-113, 2017.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Cidades e Estados: Araçuaí**. 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/aracuai.html>. Acesso em: 24 mai. 2020.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS – CEBRID. Uma mistura adoidada: álcool com Carnaval e Festas Universitárias. **Boletim Epidemiológico CebriD**, n.73, 2015. Disponível em: <https://www.cebrid.com.br/wp-content/uploads/2014/10/Boletim-CEBRID-73-Janeiro-Fevereiro-Mar%C3%A7o-2015.pdf>. Acesso em 12 mar. 2020.

FARIA, H.P.; CAMPOS, F.C.C.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>. Acesso em: 15 jul. 2019.

LARANJEIRA, R. **II Levantamento nacional de álcool e drogas (LENAD)**. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP, 2014.

MENEGUETTI, B.B. et al. Doença hepática alcoólica no Brasil, uma visão epidemiológica. **Revista Caderno de Medicina**, v.1, n.1, 2018.

MENEZES, S.S.M. Comida de ontem, comida de hoje. O que mudou na alimentação das comunidades tradicionais sertanejas? **OLAM**. Ano XIII, v. 1, n. 2, julho/dezembro. Rio Claro/SP, 2013.

MEUCCI, R. D. et al . Consumo de bebida alcoólica durante a gestação entre parturientes do extremo sul do Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v. 17, n. 4, p. 653-661, 2017 .

TAVARES, M.C.S. et al. Educação em Saúde como estratégia de prevenção do consumo de álcool e outras drogas. **Id on Line – Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v.13, n.48, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE [OMS]. **Relatório Global sobre Álcool e Saúde**. Genebra, Suíça, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, OMS. **Classificação Estatística Internacional de Doenças**. 7ª edição, v. 3. São Paulo: EDUSP, 2008.

PINTO, F. R. et al . Manutenção do tabagismo e etilismo em pacientes tratados por câncer de cabeça e pescoço: influência do tipo de tratamento oncológico empregado. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo , v. 57, n. 2, p. 171-176, abr. 2011 .

SOUSA, I. V. de et al . Enfrentamento de problemas que impactam na saúde de uma comunidade socialmente vulnerável sob a ótica dos moradores. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 5, p. 1647-1656, May 2019 .