

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

PAULO HENRIQUE QUEIROZ DE OLIVEIRA

**PLANO DE INTERVENÇÃO COM VISTAS À REDUÇÃO DO
CONSUMO DE ÁLCOOL POR ADOLESCENTES NO MUNICÍPIO
MARECHAL DEODORO – AL.**

**MACEIÓ-ALAGOAS
2015**

PAULO HENRIQUE QUIEROZ DE OLIVEIRA

**PLANO DE INTERVENÇÃO COM VISTAS À REDUÇÃO DO
CONSUMO DE ÁLCOOL POR ADOLESCENTES NO MUNICÍPIO
MARECHAL DEODORO – AL.**

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

Orientadora: Prof^a Valéria Bezerra Santos

**MACEIÓ-ALAGOAS
2015**

PAULO HENRIQUE QUEIROZ DE OLIVEIRA

**PLANO DE INTERVENÇÃO COM VISTAS À REDUÇÃO DO
CONSUMO DE ÁLCOOL POR ADOLESCENTES NO MUNICÍPIO
MARECHAL DEODORO – AL.**

Banca examinadora

Profa Valéria Bezerra Santos – Universidade Federal de Alagoas

Prof. _____ - Instituição

Aprovado em Belo Horizonte, em _____ de _____ de 2015

DEDICATÓRIA

Dedico o devido trabalho ao meu pai, Ivanildo Oliveira e ao meu primo, Bruno Campos, os quais não se encontram nesse plano espiritual por consequência do uso abusivo de bebidas alcólicas.

RESUMO

O devido Plano de intervenção foi realizado com vista a aplicabilidade no município Marechal Deodoro – AL, o qual está localizado na Microrregião de Maceió. O plano tem por objetivo geral a redução do consumo de álcool por adolescentes no município. E específicos: Capacitar equipe de saúde e educação para lidar com o tema em questão no cotidiano; Incentivar a equipe de saúde para realização de rodas de conversas sobre Uso de Álcool, discutir e traçar metas para ação da equipe; Incentivar equipe escolar a tratar dentro do sistema pedagógico o tema em questão; Melhorar o acesso e garantir a qualidade do atendimento aos adolescentes na unidade de saúde; Envolver os adolescentes das escolas para fazerem parte desse plano de intervenção em prol da diminuição do uso de álcool na devida faixa etária; Informar o público alvo sobre os prejuízos do uso de bebidas alcoólicas e buscar conscientiza-los de maneira que não introspecte nos mesmos, estigmas ou qualquer tipo de preconceito, sobre o tema em questão. A proposta de ação buscou a todo momento respeitar e seguir os princípios éticos e se fez de maneira teórica-metodológica seguindo a rigor a metodologia do planejamento estratégico situacional (PES). Várias pesquisas mostram que adolescentes estão fazendo uso de álcool, e muitos o utilizam indiscriminadamente e sem responsabilidade. O projeto em questão conseguiu despertar o olhar dos profissionais envolvidos, para a gravidade do quadro problemático, que necessita ser encarado, para que possamos buscar maneiras de minimizar as mazelas que podem surgir do problema em questão.

Descritores: Adolescentes; Bebidas alcólicas; Promoção da saúde.

ABSTRACT

The proper intervention plan was carried out with a view to applicability in the city Marechal Deodoro - AL, which is located in the micro-region of Maceió. The plan has the objective to reduce the consumption of alcohol by young people in the city. And specific: To train health and education staff to deal with the issue at hand in daily life; Encourage health staff to perform wheel conversations about Alcohol Use, discuss and set goals for Action Team; Encourage school staff to treat within the educational system the subject in question; Improve access and ensure the quality of care for adolescents at the facility; Involve adolescents in schools to be part of this action plan in favor of reducing the use of alcohol due age; Inform the target public about the harm of alcohol and seek them aware of no way in which we introspecte the same, stigmas or any kind of prejudice, on the topic in question. The proposed action sought at all times respect and follow the ethical principles and turned a theoretical and methodological rigor way following the methodology of situational strategic planning (PES). Several studies show that teens are making use of alcohol, and many use it indiscriminately and without liability. The project in question was able to awaken the look of the professionals involved, to the severity of the problematic framework that must be seen, so we can look for ways to minimize the ills that may arise from the problem at hand.

Keywords: Adolescents; Alcoholic beverages; Health promotion.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
1.1 IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO:	8
1.1.1 Localização em relação a capital do estado e outros pontos geográficos interessantes:.....	8
1.1.2 população (número de habitantes):.....	8
1.2 HISTÓRICO DE CRIAÇÃO DO MUNICÍPIO	8
1.3 DESCRIÇÃO DO MUNICÍPIO	9
1.3.1 Aspectos geográficos.....	9
1.4 ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS	10
1.4.1 Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)	10
1.4.2 Taxa de urbanização	11
1.4.3 Renda média familiar	11
1.4.4 Principais atividades econômicas	12
1.5 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS:	12
1.5.1 Taxa de escolarização	12
1.5.2 Proporção de moradores abaixo da linha de pobreza	13
1.6 SISTEMA LOCAL DE SAÚDE - DADOS SOBRE:	14
1.6.1 Conselho Municipal de Saúde.....	Erro! Indicador não definido.
1.6.2 Programa Saúde da Família (sobre a implantação, cobertura, nº de equipes SF, SB, NASF, CEO)	14
1.6.3 Sistema de Referência e Contra referencia	15
1.6.4 Redes de Média e Alta Complexidade	15
1.6.5 Recursos Humanos em Saúde (número de profissionais, forma de vínculo, carga horária semanal, horário de trabalho).....	15
1.6.6 População (%) usuária da assistência à saúde no sus.....	15
1.7 TAXA DE EMPREGO E PRINCIPAIS POSTOS DE TRABALHO	16
1.8 RECURSOS DA COMUNIDADE	16
1.8.1Serviços existentes (luz elétrica, água, telefonia, correios, bancos); .	16
1.9 UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE / RECURSOS HUMANOS	16
1.9.1 Inserção na comunidade (localização e acesso).....	16
1.9.2 Horário de funcionamento.....	17
1.9.3 Número, profissão, horário de trabalho	17
1.9.4 Recursos materiais	17
2 JUSTIFICATIVA	17
3 OBJETIVO	19

3.1 Geral.....	19
3.2 Específicos.....	19
4 METODOLOGIA	20
5. REVISÃO DE LITERATURA	21
6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	24
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS.....	30

1 INTRODUÇÃO

1.1 IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO:

NOME: Marechal Deodoro

GENTÍLICO: Deodorenses

PREFEITO: Cristiano Mateus da Silva e Souza

1.1.1 Localização em relação a capital do estado e outros pontos geográficos interessantes:

Microrregião de Maceió faz limites com Pilar, São Miguel dos Campos, Satuba, Santa Luzia do Norte, Coqueiro Seco e Oceano Atlântico.



1.1.2 População (número de habitantes):

No ano de 2013, segundo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população estimada era de 49.853 habitantes. Segundo o último Censo 2010, realizado pelo IBGE, a população total era de 45.977 habitantes.

1.2 HISTÓRICO DE CRIAÇÃO DO MUNICÍPIO

Localizado às margens da Lagoa Manguaba, Marechal Deodoro surgiu em 1611 como Vila da Madalena. Depois, teve o nome de Madalena de Sabaúna, Santa Maria Madalena da Lagoa do Sul, Alagoas do Sul e, mais tarde, simplesmente Alagoas, servindo de sede do governo da então província, de 1823 a 1838. (IPHAN, 2000)

Em 1633, o povoado foi atacado por holandeses que torturaram parte da população e incendiaram cerca de 100 casas. Em 1636, foi elevada à vila e, em 1711, à categoria de comarca. Em 1817, foi desmembrada da capitania de Pernambuco. Com a independência, passou à categoria de cidade pela lei de 8 de março de 1823. Ao assumir a presidência em 1838, Agostinho da Silva Neves decidiu mudar a Tesouraria da Fazenda de Marechal para Maceió. A decisão custou sua renúncia. Inconformado, Neves solicitou tropas de Pernambuco e Bahia para restabelecer a ordem pública. Em 9 de dezembro de 1839, porém, foi sancionada a resolução legislativa 11, transferindo a metrópole de Alagoas para Maceió. (IPHAN, 2000)

Marechal Deodoro possui grande valor histórico, principalmente por ter sido a primeira capital do Estado e berço do proclamador da República, que deu nome à localidade. Tombada pelo Patrimônio Histórico, tem valor arquitetônico riquíssimo, onde destaca-se o complexo franciscano de Santa Maria Madalena. O município é banhado pelas lagoas Mundaú e Manguaba e tem como atrativos naturais a Ilha de Santa Rita (maior ilha lacustre do país e área de preservação ambiental), a prainha, a Praia do Saco (própria para o nudismo), a Bica da Pedra, o povoado de Massagueira e a conhecida Praia do Francês. Os eventos são: Campeonatos de Surf, Festival de Verão, Carnaval, Festa do Pato, Baile Histórico, São João, Festival Lacustre e Encontro Cultural. (IPHAN,2000).

1.3 DESCRIÇÃO DO MUNICÍPIO

1.3.1 Aspectos geográficos

Área total do município: 331,682 km²

Concentração Habitacional: 137,86 hab/km²

Indicadores:

POPULAÇÃO EMPREGADA: 9.236 habitantes

POPULAÇÃO ALFABETIZADA: 31.988 habitantes

QUADRO 1. População segundo sexo. Marechal Deodoro – AL. 2010

MASCULINO	22.709 pessoas
FEMININO	23.268 pessoas
TOTAL	45.977 pessoas

FONTE: IBGE

QUADRO 2. População segundo religião. Marechal Deodoro – AL. 2010

CATÓLICA	32.889 pessoas
ESPÍRITA	449 pessoas
EVANGÉLICA	7.300 pessoas

FONTE: IBGE

1.4 ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS

1.4.1 Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Marechal Deodoro é 0,642, em 2010. O município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Médio (IDHM entre 0,6 e 0,699). Entre 2000 e 2010, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,255), seguida por Renda e por Longevidade. Entre 1991 e 2000, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,116), seguida por Longevidade e por Renda.

Quadro 3 – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus componentes - Marechal Deodoro – AL. 2010.

IDHM e componentes	1991	2000	2010
IDHM Educação	0,149	0,265	0,520
% de 18 anos ou mais com ensino fundamental completo	14,59	23,66	42,50
% de 5 a 6 anos frequentando a escola	29,60	56,54	81,91
% de 11 a 13			

anos frequentando os anos finais do ensino fundamental	18,85	36,70	78,26
% de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo	7,27	12,56	36,24
% de 18 a 20 anos com ensino médio completo	4,80	6,74	33,76
IDHM Longevidade	0,620	0,700	0,793
Esperança de vida ao nascer (em anos)	62,20	67,02	72,55
IDHM Renda	0,461	0,536	0,641
Renda per capita (em R\$)	140,73	224,09	431,43

Fonte: Pnud, Ipea e FJP

1.4.2 Taxa de urbanização

Entre 2000 e 2010, a população de Marechal Deodoro teve uma taxa média de crescimento anual de 2,51%. Na década anterior, de 1991 a 2000, a taxa média de crescimento anual foi de 4,18%.

1.4.3 Renda média familiar

QUADRO 4. Renda Média Mensal por Domicílio. Marechal Deodoro – AL. 2010.

DOMICÍLIOS RURAIS	763,99 reais
DOMICÍLIOS URBANOS	1.673,86 reais

FONTE: IBGE

QUADRO 5. Percentual de Abastecimento de Água Tratada. Marechal Deodoro – AL. 2012

ANO	1991	2000	2010
% da população em domicílios com água	56,69	63,47	97,25

encanada			
----------	--	--	--

Fonte: Pnud, Ipea e FJP

QUADRO 6. % de recolhimento de esgoto por rede pública em Marechal Deodoro – AL. 2012

ANO	1991	2000	2010
% de recolhimento de esgoto por rede pública	59,39	85,87	94,74

Fonte: Pnud, Ipea e FJP

1.4.4 Principais atividades econômicas

A cidade de Marechal Deodoro tem como principais fontes de renda e geração de empregos as indústrias cloro químicas implantadas em seu distrito industrial a usina sucroalcooleira Sumaúma o artesanato a pesca e o turismo.

1.5 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS:

Quadro 7- Aspectos Demográficos. Marechal Deodoro – AL. 2010

Nº de Indivíduos	>1	1 – 4	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 25	25 - 39	40 - 59	60 e +	Total
Área Urbana	2.115	1.528	3.423	6.575	10.379	7.392	9.607	1025	1362	43.406
Área Rural	121	155	172	207	183	253	622	550	325	2.588
Total	2236	1683	3595	6782	10562	7645	10229	1575	1687	45.994

FONTE: SMS

1.5.1 Taxa de escolarização

A proporção de crianças e jovens frequentando ou tendo completado determinados ciclos indica a situação da educação entre a população em idade escolar do município e compõe o IDHM Educação. No período de 2000 a 2010, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola cresceu 44,87% e no de período 1991 e 2000, 91,01%. A proporção de crianças de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental cresceu 113,24% entre 2000 e 2010 e 94,69% entre 1991 e 2000.

A proporção de jovens entre 15 e 17 anos com ensino fundamental completo cresceu 188,54% no período de 2000 a 2010 e 72,76% no período de 1991 a 2000. E a proporção de jovens entre 18 e 20 anos com ensino médio completo cresceu 400,89% entre 2000 e 2010 e 40,42% entre 1991 e 2000.

Em 2010, 54,04% dos alunos entre 6 e 14 anos de Marechal Deodoro estavam cursando o ensino fundamental regular na série correta para a idade. Em 2000 eram 35,86% e, em 1991, 16,57%. Entre os jovens de 15 a 17 anos, 18,74% estavam cursando o ensino médio regular sem atraso. Em 2000 eram 3,55% e, em 1991, 1,27%. Entre os alunos de 18 a 24 anos, 7,70% estavam cursando o ensino superior em 2010, 1,61% em 2000 e 0,80% em 1991. Nota-se que, em 2010, 5,43% das crianças de 6 a 14 anos não frequentavam a escola, percentual que, entre os jovens de 15 a 17 anos atingia 21,73%.

A escolaridade da população adulta é importante indicador de acesso a conhecimento e também compõe o IDHM Educação. Em 2010, 42,50% da população de 18 anos ou mais de idade tinha completado o ensino fundamental e 27,98% o ensino médio. Em Alagoas, 40,57% e 26,34% respectivamente. Esse indicador carrega uma grande inércia, em função do peso das gerações mais antigas e de menos escolaridade. A taxa de analfabetismo da população de 18 anos ou mais diminuiu 28,05% nas últimas duas décadas.

1.5.2 Proporção de moradores abaixo da linha de pobreza

QUADRO 8. Renda, Pobreza e Desigualdade - Marechal Deodoro – AL. 2012.

ANO	1991	2000	2010
------------	-------------	-------------	-------------

Renda per capita (em R\$)	140,73	224,09	431,43
% de extremamente pobres	43,84	26,54	13,34
% de pobres	69,30	57,89	32,01
Índice de Gini	0,54	0,59	0,60

Fonte: Pnud, Ipea e FJP

1.6 SISTEMA LOCAL DE SAÚDE - DADOS SOBRE:

1.6.1 Conselho Municipal de Saúde (composição, regularidade de reuniões etc)

Composto pela Presidente Enfermeira Niedja Alves, Enfermeira Magda Lucena e outros profissionais como: Agentes de saúde, técnicos de enfermagem, além do apoio da população. As reuniões ordinárias ocorrem uma vez por mês e Extra ordinárias, quando solicitado por a maioria dos participantes.

1.6.2 Programa Saúde da Família (sobre a implantação, cobertura, nº de equipes SF, SB, NASF, CEO)

A implantação ocorreu em 2011, no qual, a gestão municipal aderiu apenas 06 equipes e, neste ano, 2014, possui um total de 15 equipes que oferecem serviços que asseguram maior acesso e qualidade à população.

Já o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) é uma equipe compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, e que atuam em parceria com os profissionais das equipes de Saúde da Família, atuando diretamente no apoio as equipes e nas unidades nas quais o NASF está cadastrado. Seu horário de funcionamento coincide com os das equipes de Saúde da Família (ESFs). Possuindo assim, psicólogos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, fisioterapeuta, além de um terapeuta ocupacional.

Já o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) está em pleno funcionamento, oferecendo a toda população deodorense serviços nunca antes visto pela comunidade, disponibilizados pela gestão municipal, através da Secretaria

Municipal de Saúde. O CEO oferece serviços de saúde bucal específicos, como endodontia, prótese, periodontia e o inédito serviço de ortodontia, destinados a jovens com idade máxima de 16 anos.

1.6.3 Sistema de Referência e Contra referência

O modo de organização dos serviços, são configurados em redes sustentadas por critérios, fluxos e mecanismos de pactuação de funcionamento, visando assegurar a atenção integral aos usuários.

Na compreensão de rede, deve-se reafirmar a perspectiva de seu desenho lógico, que prevê a hierarquização dos níveis de complexidade, viabilizando encaminhamentos resolutivos (dentre os diferentes equipamentos de saúde), porém reforçando a sua concepção central de fomentar e assegurar vínculos em diferentes dimensões: intra-equipes de saúde, inter-equipes/serviços, entre trabalhadores e gestores, e entre usuários e serviços/equipes.

1.6.4 Redes de Média e Alta Complexidade

O município possui redes de baixa e média complexidade, como o Hospital 24 horas (conhecido como Estácio), possui o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), Centro de Atendimento Psico-Social (CAPS), 15 unidades básicas de saúde.

Os serviços de alta complexidade, o município tem parceria com o Governo do Estado, juntamente com o Hospital Geral do Estado de Alagoas (HGE), no qual, todos os casos de alta complexidade são encaminhados para este.

1.6.5 Recursos Humanos em Saúde (número de profissionais, forma de vínculo, carga horária semanal, horário de trabalho)

O município possui cerca de 500 profissionais que desempenham atividades com cargas horárias de 20, 30 e 40 horas, dependendo da função. Os horários predominantes, no qual, estas são desenvolvidas são das 8h às 16h.

1.6.6 População (%) usuária da assistência à saúde no sus

Cerca de 95% da população deste município utilizam os serviços promovidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

1.7 TAXA DE EMPREGO E PRINCIPAIS POSTOS DE TRABALHO

Entre 2000 e 2010, a **taxa de atividade** da população de 18 anos ou mais (ou seja, o percentual dessa população que era economicamente ativa) passou de 58,38% em 2000 para 59,37% em 2010. Ao mesmo tempo, sua **taxa de desocupação** (ou seja, o percentual da população economicamente ativa que estava desocupada) passou de 16,33% em 2000 para 11,82% em 2010.

1.8 RECURSOS DA COMUNIDADE

O município dispõe de creches em vários bairros da cidade, 15 Unidades Básicas de Saúde, Centro de Especializações Odontológicas, Unidade de Pronto atendimento, Hospital 24 horas, Núcleo de Apoio a Saúde da Família, Centro de Atenção Psicossocial, Conselho Municipal de Saúde.

O município tem como principais fontes de renda e geração de empregos as indústrias cloro químicas implantadas em seu distrito industrial, a usina sucroalcooleira Sumaúma, o artesanato, a pesca e o turismo. Observa-se que a decorrência das mortes dos habitantes dessa região devido a problemas cardiovasculares e câncer. No entanto, há um nível altíssimo de mortes motivadas pelo envolvimento de jovens com drogas, o que gera muitas mortes.

1.8.1 Serviços existentes (luz elétrica, água, telefonia, correios, bancos);

Bancos (Caixa Econômica Federal e Banco do Brasil), Correios, Casas Lotéricas, Sistema de Intermunicipal para deslocamento da população à capital do estado, Luz Elétrica, Serviço de Água encanada.

1.9 UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE / RECURSOS HUMANOS

1.9.1 Inserção na comunidade (localização e acesso)

A unidade de saúde Taperaguá situa-se no loteamento porto grande. O acesso é complicado, pois a unidade localiza-se um pouco distante da maioria das residências, ainda as ruas não são pavimentadas e em dias de chuva as ruas ficam difíceis para transitação de pedestres.

1.9.2 Horário de funcionamento

A Unidade de Saúde Taperaguá funciona de segunda à sexta – feira das 8h às 16h.

1.9.3 Número, profissão, horário de trabalho.

Possui 20 profissionais. Que são: 1 médico, 1 enfermeiro, 2 técnicas de enfermagem, 7 agentes de saúde, 1 dentista, 1 técnica em saúde bucal, 1 técnico em farmácia, 3 auxiliares administrativos, 1 profissional de serviços gerais, um 1 motorista e 1 Diretor Administrativo. Com horários das 8h às 16h, de segunda à sexta – feira.

1.9.4 Recursos materiais

A unidade de saúde possui ao todo 10 espaços para atendimento a população, estando esses divididos da seguinte maneira:

Uma área que serve como sala de espera; uma sala de recepção, uma sala para consulta de enfermagem (com banheiro), uma sala para consulta médica, uma sala para consulta com dentista, uma sala para triagem, uma sala para farmácia, uma sala para vacinação, uma copa, uma sala para serviços administrativos, um banheiro e uma área destinada a reunião dos agentes comunitários de saúde.

A unidade dispõe de macas para consulta médica e de enfermagem; birôs; armários, cadeiras, mesas, fogão, geladeiras, micro-ondas, pias para lavagem das mãos; computadores, impressora, balança e materiais (insumos) para realização das atividades de rotina.

2. JUSTIFICATIVA

Por ser o Álcool uma droga de livre comercialização e estar presente na maioria das comemorações sociais, desde tempos antigos, nota-se que os indivíduos não possuem conhecimento de como lidar com a droga e não acreditam, talvez por ser uma droga lícita, que a mesma ofenda a saúde tanto quanto as drogas ilícitas. Deve-se levar em consideração mais do que a problemática do vício que a mesma pode causar, em muitos dos casos, grandes problemas ocorridos secundários ao uso do álcool, acontecem com indivíduos comuns, que utilizaram álcool em excesso e não necessariamente são dependentes deste.

Por ser tão comum o uso de bebidas alcoólicas em diferentes culturas, estas chegam aos indivíduos cada dia mais cedo, várias pesquisas mostram que adolescentes estão fazendo uso de álcool, e muitos o utilizam vários dias por mês e de maneira indiscriminada e sem responsabilidade.

Considerando os efeitos devastadores que o álcool pode causar na vida do indivíduo, família e comunidade, é extremamente relevante pesquisas e projetos que visem a educação em como lidar com o álcool no cotidiano, principalmente para adolescentes que estão suscetíveis, pois a adolescência por si só é um momento de muitas dúvidas e novas descobertas, e estes estão desprovidos de maiores informações a respeito de como dizer “não” no momento certo. Ainda, por ser uma droga psicotrópica, a mesma predispõe usuários a uso de demais drogas, a ocorrência de gravidez indesejada e precoce e ainda a infecções por DSTs/AIDS.

3 OBJETIVO

3.1 Geral

- Propor um plano de intervenção com vistas à redução do consumo de álcool por adolescentes no município Marechal Deodoro – AL.

3.2 Específicos

- Capacitar equipe de saúde e educação para lidar com o tema em questão no cotidiano.
- Incentivar a equipe de saúde para realização de rodas de conversas sobre Uso de Álcool, discutir e traçar metas para ação da equipe.
- Incentivar equipe escolar a tratar dentro do sistema pedagógico o tema em questão.
- Melhorar o acesso e garantir a qualidade do atendimento aos adolescentes na unidade de saúde;
- Envolver os adolescentes das escolas para fazerem parte desse plano de intervenção em prol da diminuição do uso indevido de álcool;
- Informar o público alvo sobre os prejuízos do uso indevido de bebidas alcoólicas e buscar conscientiza-los de maneira que não introspecte nos mesmos, estigmas ou qualquer tipo de preconceito, sobre o tema em questão.

4 METODOLOGIA

A proposta de ação aqui exposta foi elaborada a partir da observação da realidade local no Município Marechal Deodoro – Al, mais especificamente no bairro Taperaguá, onde se encontra a equipe de saúde da família responsável por a população da devida área adscrita. Foi considerado o contexto nas suas várias expressões: Sociais, políticas e culturais. O projeto buscou a todo momento respeitar e seguir os princípios éticos e se fez de maneira teórica-metodológica seguindo a rigor a metodologia do planejamento estratégico situacional (PES).

Metodologicamente para se chegar a elaboração do projeto em si, foi realizado primeiramente um diagnóstico situacional do município em questão para que fosse levantado os problemas principais vivenciados pela comunidade/indivíduos/famílias. Posteriormente, juntamente com a equipe de saúde do bairro Taperaguá, um plano de ação para os problemas diagnosticados na comunidade e após a escolha de um problema de maior relevância para ser realizado um estudo mais aprofundado e conseqüentemente o projeto de intervenção.

Buscou-se fundamentar o tema através de pesquisas científicas (artigos) disponíveis em fontes confiáveis dentro da Base de Dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BDENF, LILACS) e juntamente a base de dados Scielo.

Os descritores utilizados para busca de artigos científicos são descritores exatos disponíveis no portal Descritores em Ciências da Saúde (DeCs). Tais descritores são: Adolescentes; Bebidas Alcoólicas e Promoção da Saúde. Todos São descritores exatos.

Considerando o levantamento de demandas e as ações de enfrentamento propostas, o projeto explicitará o instrumental técnico-operativo a ser utilizado no problema em questão.

5. REVISÃO DE LITERATURA

Historicamente, através de relatos e dados constatados em pesquisas científicas sabemos que o álcool (Bebida Alcoólica), já era utilizado desde tempos remotos em diversas culturas. Vários povos, Indígenas, Egípcios, Gregos, faziam uso do mesmo em cerimônias para vivenciar experiências que lhes trouxessem prazer, diversão e ainda em ocasiões como: rituais sagrados, festividades sociais, tratamento de doenças e em ocasiões religiosas, fato que ocorre ainda, em dias atuais. (GLIOTTI, BESSA, 2004).

Por definição, o álcool presente nas bebidas alcoólicas é o etanol, produzido pela fermentação ou destilação de vegetais, frutas ou grãos, e é depressor do Sistema Nervoso Central, alterando o comportamento de quem consome. Ressalta-se, o potencial que este possui, para desenvolver dependência. Por ser uma substância lícita, está presente em quase todas as culturas. (MARQUES, 2001).

Por ser uma droga lícita e popular mundialmente, o álcool está tornando-se um vilão para a educação da juventude brasileira. Pesquisa realizada em Florianópolis com alunos do primeiro e segundo grau mostrou, em seus resultados, alta prevalência de abuso de drogas por escolares, principalmente o uso de álcool, mesmo sendo este, proibida a comercialização para menores de dezoito anos (JASEN, 2011).

O estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em seu artigo 81, inciso II, proíbe expressamente a venda de bebidas alcoólicas à criança ou adolescente, tendo inclusive, criminalizado tal conduta, estabelecendo pena de detenção de dois a quatro anos e multa a quem vender, fornecer ou entregar de qualquer forma, ainda que gratuitamente, a criança ou adolescente produtos que possam causar dependência física ou psíquica. No entanto, por falta de maior fiscalização e controle, tal ato ainda insiste em ocorrer em território nacional.

Por ser uma droga de livre comercialização, presente em grande parte das festividades familiares, os cidadãos em suma maioria, não se conscientizaram de que a bebida alcoólica prejudica a saúde, da mesma maneira, que as demais drogas. Importante ressaltar que a mesma é considerada a porta de entrada dos jovens para o uso de outras substâncias psicoativas. (BRASIL, 2003).

Devemos lembrar que a adolescência se caracteriza por transições e descobertas importantes na vida dos adolescentes, onde a personalidade e individualidade de cada um vai sendo transformada até a idade adulta sob ponto de vista biológico, social e psicológico, sendo vital para o mesmo, se inserir em um grupo onde tenha afinidades, o qual acabará por aceitar as imposições do grupo para fazer parte da “tribo”. Isto por vezes, poderá acarretar conflitos com familiares levando o adolescente ao caminho do álcool. (COTRIN; CARVALHO; GOUVEIA; 2000).

Segundo dados colhidos na secretaria de vigilância epidemiológica do município de Marechal Deodoro – AL, o índice de problemas decorrentes ou ligados ao uso de álcool é bem relevante, no entanto, segundo a coordenadora de vigilância epidemiológica não há um valor específico para ser descrito, pois não existe nenhum documento que conste, como prova do relato.

O problema “Uso abusivo de Álcool” é bem presente não somente no município em questão. Estudo publicado na revista brasileira de psiquiatria, o qual trata sobre a epidemiologia do uso de álcool no Brasil, mostra que:

A prevalência da dependência de álcool no Brasil foi de 11,2%, sendo de 17,1% para o sexo masculino e 5,7% para o feminino. A prevalência de dependentes foi mais altas nas regiões Norte e Nordeste, com porcentagens acima dos 16%. (GALDUROZ, CAETANO, 2004).

Segundo dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), pôde-se constatar que uma das maiores causas de mortes no município são as agressões e considerando relatos da comunidade e equipe de saúde local grande maioria estão associadas ao uso de álcool e outras drogas, pelos Deodorenses.

O uso de álcool e drogas pode ocasionar sérios problemas individuais, à comunidade e a família e elevar os índices de morbimortalidades locais por: agressões, vítimas de arma de fogo ou arma branca, acidentes automobilísticos e ainda problema sociais, familiares e psicológicos, além de ocasionar uma maior predisposição para ocorrer gravidez indesejada e contaminação por DSTs/AIDS. (BRASIL, 2003).

Portanto, é de extrema importância pensar-se maneiras de diminuir as fragilidades sociais que afetam as famílias e conseqüentemente contribuem para a

vulnerabilidade dos jovens frente as drogas. Salienta-se que a melhor forma de agir é criar métodos que desviem o foco do perigo, reeducar o jovem a adquirir prazer em outras fontes de lazer, mais saudáveis.

6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Haja vista a problemática apresentada, quanto o uso do álcool por crianças e adolescentes, busca-se abaixo apresentar propostas de intervenções em quadros específicos para alguns nós críticos elencados. Os devidos nós críticos surgiram através de reflexão com profissionais da equipe de saúde envolvida no projeto. Tais Nós Críticos distribuem-se individualmente do quadro 10 ao 13 e são assim denominados:

- Baixo nível de Informação sobre o tema
- Interação social e Familiar Prejudicada
- Falta de outras fontes de lazer/prazer
- Falta de preparo técnico/científico da equipe de saúde para lidar com o tema em questão.

Faz-se necessário salientar que os nós críticos aqui elencados, quando presentes, contribuem para a procura do uso de álcool por adolescente, visto a necessidade de suprir as áreas emocionais, carentes de cuidado e afeto. Desta maneira, os mesmos, necessitam ser avaliados e discutidos para que o problema possa ser solucionado pelas bases, buscando assim preencher as lacunas existentes.

Quadro 10 – Operações sobre o nó crítico “Baixo nível de Informação sobre o tema relacionado ao problema Uso de Álcool na adolescência”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Taperaguá, em Marechal Deodoro – AL.

Nó crítico 1	Baixo nível de Informação sobre o tema
Operação	Palestras em Escolas / Distribuição de panfletos
Projeto	Informa Saúde
Resultados esperados	Adolescentes e comunidade mais informados sobre o tema
Produtos esperados	Palestras em Escolas realizadas / Panfletos educativos distribuídos.
Atores sociais/ responsabilidades	Público escolar; profissionais de saúde da ESF Taperaguá; Comunidade; Coordenações PSE, atenção básica.
Recursos necessários	Estrutural: Grupo de escolares e profissional capacitado para lidar com a temática; local para realização de palestras; recursos audiovisuais Cognitivo: Informações e Saberes do palestrante Financeiro: Recursos para confecção de panfletos educativos Político:
Recursos críticos	Organizacionais> Organizar escolares para palestra / palestrante Econômicos> confeccionar panfletos educativos Cognitivos> Conhecimento do palestrante
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Diretor Escolar/ Coord. PSE – favorável
Ação estratégica de motivação	Apresentar proposta para escolas, unidade de saúde e coordenação do PSE.
Responsáveis:	Enfermeiro PROVAB; ACS; Enfermeira da ESF
Cronograma / Prazo	Dois meses para apresentação de proposta / um mês após para efetivação de palestras e distribuição de panfletos.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Coordenação municipal do programa saúde na escola

Quadro 11 – Operações sobre o nó crítico “Interação social e Familiar Prejudicada”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Taperaguá, em Marechal Deodoro – AL

Nó crítico 2	Interação social e Familiar Prejudicada
Operação	Consulta com psicólogo / prática lúdica de exercício físico na escola
Projeto	Conversar, movimentar-se e sorrir
Resultados esperados	Melhora na interação familiar e social
Produtos esperados	Consultas realizadas, Grupos de Esporte criados e atuantes.
Atores sociais/ responsabilidades	Público escolar; profissionais de saúde da ESF Taperaçu; Comunidade; Coordenações PSE, atenção básica.
Recursos necessários	Estrutural: Alunos que necessitam de acompanhamento psicológico; profissional capacitado; local para consultas Cognitivo: Informações e saberes dos profissionais envolvidos Financeiro: Compra de materiais para prática lúdica de exercícios físico. Político:
Recursos críticos	Organizacionais> Selecionar Escolar com necessidade de consulta / Grupo para práticas lúdicas de exercício físico / Profissional para trabalhar grupo Cognitivos> conhecimento dos profissionais
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Diretor Escolar / Coordenador PSE / Profissional – Favorável
Ação estratégica de motivação	Apresentar Ação aos sujeitos que controlam os recursos
Responsáveis:	Enfermeiro PROVAB; Psicólogo e Educador Físico do NASF
Cronograma / Prazo	Dois meses para apresentação de proposta / dois meses, após, para consultas e práticas lúdicas de exercícios físicos na escola.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Coordenação municipal do programa saúde na escola

Quadro 12 – Operações sobre o nó crítico “Falta de outras fontes de lazer/prazer”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Taperaçu, em Marechal Deodoro – AL

Nó crítico 3	Falta de outras fontes de lazer/prazer
Operação	Grupos de práticas lúdicas esportivas na escola e comunidade / grupos religiosos / Incentivar o talento dos alunos nas atividades que lhes propiciam prazer.

Projeto	Mostre seu talento
Resultados esperados	Outras fontes de lazer / prazer disponíveis para a juventude no município.
Produtos esperados	Grupos de práticas Esportivas; Grupos religiosos; Projeto “Mostre seu talento na Escola”
Atores sociais/ responsabilidades	Público escolar; profissionais de saúde da ESF Taperaguá; Comunidade; Coordenações PSE, atenção básica.
Recursos necessários	Estrutural: Grupos de adolescentes para trabalhar; profissionais; Lider religioso comunitário, CRAS; Autoridades escolares. Cognitivo: Informações e Saberes dos profissionais envolvidos Financeiro: Compra de Materiais para trabalhar as práticas lúdicas na escola Político: Aprovação de projeto e liberação de recurso para custeio.
Recursos críticos	Organizacionais> Selecionar Grupos / Profissionais para trabalhar grupos Econômicos> Material para trabalhar os grupos e projeto. Políticos> Aprovação dos projetos / Disponibilizar recursos.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Diretor Escolar / Coordenador PSE / Profissional – Favorável
Ação estratégica de motivação	Apresentar Ação aos sujeitos que controlam os recursos
Responsáveis:	Enfermeiro PROVAB; Coordenação do PSE; ACS; Enfermeira da ESF e Coordenação de Promoção à Saúde.
Cronograma / Prazo	Três meses para apresentação de proposta / dois meses, após, para efetivação de projeto.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Coordenação municipal do programa saúde na escola

Quadro 13 – Operações sobre o nó crítico “Falta de preparo técnico/científico da equipe de saúde para lidar com o tema em questão”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Taperaguá, em Marechal Deodoro – AL

Nó crítico 4	Falta de preparo técnico/científico da equipe de saúde para lidar com o tema em questão
---------------------	---

Operação	Informar a Equipe de Saúde sobre o tema / Capacitar
Projeto	Capacitação sobre uso de álcool na adolescência
Resultados esperados	Maior preparo técnico/científico da equipe de saúde para lidar com o tema em questão
Produtos esperados	Capacitação para equipe de saúde a respeito do tema.
Atores sociais/ responsabilidades	Profissionais de saúde da ESF Taperaguá; Coordenações PSE, Promoção à saúde; Atenção básica.
Recursos necessários	Estrutural: Equipe de Saúde; profissional capacitado; local para capacitação Cognitivo: Informações e Saberes dos profissionais envolvidos Financeiro: Custear gastos com profissional capacitante. Político: Aprovação de proposta
Recursos críticos	Organizacionais> Equipe de Saúde / Profissionais para capacitação Econômicos> Materiais para capacitação / custeio do capacitador Cognitivos>Conhecimento do grupo de saúde/ profissionais para capacitação Político> Aprovação da capacitação / Recurso Financeiro para tal.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Diretor Administrativo / Enfermeiro de Equipe ESF – Favorável; Coordenador (a) de Atenção Básica.
Ação estratégica de motivação	Apresentar Ação aos sujeitos que controlam os recursos
Responsáveis:	Enfermeiro PROVAB, Enfermeira ESF e Coordenação de Atenção Básica.
Cronograma / Prazo	Um mês para apresentação de proposta, um mês, após, para efetivação de capacitação.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Coordenação municipal do programa saúde na escola

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As bebidas alcóolicas ocasionam efeitos devastadores na vida dos indivíduos, família e sociedade por todo o mundo. No município em questão não ocorre de maneira diferente. De acordo com o observado, constatou-se que ela esta presente na vida dos indivíduos cada dia mais cedo e em ambientes que não imaginamos, como exemplo, no ambiente estudantil.

O projeto de intervenção em questão conseguiu despertar o olhar dos profissionais envolvidos, para a gravidade do quadro problemático, que necessita ser encarado, para que possamos buscar maneiras de minimizar as mazelas que podem surgir do problema em questão.

A prevenção por meio do conhecimento é um caminho seguro. Orientações específicas sobre o tema se faz imprescindível nas escolas. É necessário conscientizar desde o jovem ao longo. A sociedade necessita buscar estratégias que minimizem os riscos dos jovens e crianças buscarem refúgio e/ou diversão por esse caminho, que mostra-se atualmente, como um dos maiores problemas de saúde pública.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e do Adolescente / Ministério da Saúde.** – 3 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas/** Ministério da Saúde, Secretária Executiva, Coordenação Nacional de DST e AIDS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003

Carlini-Cotrim B, Gazal-Carvalho C, Gouveia N. Comportamento de saúde entre jovens estudantes das redes pública e privada da área metropolitana do estado de São Paulo. *Rev Saúde Pública.* 2000;34(6):636-45.

GALDUROZ, José Carlos F; CAETANO, Raul. Epidemiologia do uso de álcool no Brasil. *Revista Brasileira de Psiquiatria SCIELO.* 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462004000500002&script=sci_arttext Acesso em: 03 de agosto de 2014.

GIGLIOTTI, A. BESSA, M.A. **Síndrome de Dependência do Álcool: Critérios Diagnósticos.** *Revista Brasileira de Psiquiatria.* Scielo. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26s1/a04v26s1.pdf> Acesso em :04 de agosto 2014

IBGE, 2010. Censo Demográfico de 2010. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, dados referentes ao município de Marechal Deodoro - Al. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=270470> Acesso em: 19 de julho de 2014.

IPHAN, 2000. Instituto do patrimônio Histórico e Artístico Nacional. Disponível em: <<http://portal.iphan.gov.br/portal/montarPaginaSecao.do;jsessionid=C8A07C68C0AB14EAB447EEA1E7BCAEF1?id=18079&retorno=paginaphan>> Acesso em: 07 de Agosto de 2014.

JANSEN, Karen et al. Transtornos mentais comuns e qualidade de vida em jovens: uma amostra populacional de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública [online].** 2011, vol.27, n.3, pp. 440-448. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2011000300005&lng=pt acesso em 02 de agosto de 2014

MARQUES, A.C.P.R. **O uso do álcool e a evolução do conceito de dependência de álcool e outras drogas e tratamento.** *Revista IMESC* Nº 3. 2001. Disponível em: <http://www.imesc.sp.gov.br/pdf/artigo%205%20-%20O%20USO%20DO%20%C3%81LCOOL%20E%20A%20EVOLU%20%C3%87%20%20O%20DO%20CONCEITO%20DE%20DEPEND%20%C3%8ANCIA%20DE%20%C3%81LCOOL%20E%20OUTRAS%20DROGAS.pdf> . Acesso em: 05 de agosto de 2014.

SANDIN, G. R. DACORÉGIO, T. SAKAE, T. M. Estudo comparativo entre tabagistas

e não tabagistas em município no Sul de Santa Catarina. Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL). Tubarão, **Rev Bras Clin Med.** São Paulo, 2010 setout;8(5):382- Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n5/003.pdf> Acesso em: 19 de julho de 2011.