

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

Plano de Ação contra o Alcoolismo em Carmópolis de Minas

MAYSA SILVA FALEIRO

BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS

2012

MAYSA SILVA FALEIRO

Plano de Ação contra o Alcoolismo em Carmópolis de Minas

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

Orientadora: Profa. Dra. Ivana Montandon Soares Aleixo

**BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS
2012**

MAYSA SILVA FALEIRO

Plano de Ação contra o Alcoolismo em Carmópolis de Minas

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

Orientadora: Profa. Dra. Ivana Montandon Soares Aleixo

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Ivana Montandon Soares Aleixo -orientadora

Profa. Roselane da Conceição Lomeo

Aprovado em Belo Horizonte: ____/____/2012

**“AQUELE QUE NÃO TEM TEMPO PARA CUIDAR
DE SUA SAÚDE, TERÁ QUE ARRANJAR TEMPO
PARA CUIDAR DE SUA DOENÇA”**

Autor desconhecido

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus e ao Espírito Santo pela força e inspiração para que eu pudesse realizar este trabalho,

À mamãe Caca e ao papai Geraldo, pelo apoio e auxílio durante todo o curso e na confecção deste projeto,

À minha irmã Marcela, pelo apoio e por facilitar minha presença nos encontros,

Ao meu namorado Fernando, pelas muitas horas que estudou comigo, por me auxiliar na construção deste Plano de Ação e por me acolher em Belo Horizonte durante os encontros,

Ao pessoal do PSF de Carmópolis na figura da Célia e da Daniela, por terem aberto suas portas,

Aos professores, à direção, a Gisele Saporetti, Kátia Borges, Ivana Aleixo e Ana Cláudia Couto, pelo empenho em contribuir com minha formação profissional e pessoal.

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo elaborar um plano de ação contra o alcoolismo em Carmópolis Minas. O exagerado consumo de bebidas alcoólicas, conhecido como alcoolismo, é considerado grave problema de saúde pública no Brasil. Em Carmópolis de Minas, temos um número expressivo de Alcoólicos, o que fica evidenciado através dos dados do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) e gera inúmeros problemas para a toda a cidade, que vão desde faltas recorrentes ao trabalho, até conseqüências mais graves, como homicídios e suicídios. Para amenizar estes problemas, foram construídos projetos capazes de melhorar a vida da população Carmopolitana, através da melhor oferta de emprego, aumento do nível de informação, modificação de estilos e hábitos de vida, aumento do número de atividades de esporte, lazer e cultura oferecidas à população, além de auxiliar na estruturação do serviço das Equipes de Saúde, para melhor atendimento aos alcoólicos.

Palavras- chave: Alcoolismo. Promoção de Saúde. Programa de Saúde da Família. Qualidade de Vida.

ABSTRACT

The following study had as objective, develop a action plan against the alcoholism in Carmópolis de Minas. The excessive consumption of alcoholic beverages, known as alcoholism, is considered a serious public health problem in Brazil. In Carmópolis de Minas, we have an expressive number of alcoholics, which is evidenced by SIAB data (Information System of the Primary Care) and results numerous problems for the entire city, ranging from work absences to even more serious consequences, such as homicides and suicides. To ease these problems, were built projects to improve the life of the Carmópolis population, through the better job offer, increase the level of information, modification of the habits and life styles, increase the number of sport activities, leisure and culture offered to the people, besides assisting the structure of the health teams service, to better treatment of the alcoholics.

Keywords: Alcoholism. Health Promotion. Program for Family Health. Quality of Life.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 JUSTIFICATIVA	11
2.1 Morbidade Referida	11
3 OBJETIVO.....	13
4 MARCO CONCEITUAL.....	14
4.1 Histórico do Álcool.....	14
4.2 Álcool mata mais que obesidade e tabagismo	16
4.3 Promoção de Saúde.....	18
4.4 Atividade física e saúde.....	21
5 METODOLOGIA.....	22
5.1 Diagrama explicativo do problema Alcoolismo em Carmópolis de Minas.....	23
5.2 Plano de Ação contra o Alcoolismo em Carmópolis de Minas.....	24
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS	36
ANEXOS.....	37

1. INTRODUÇÃO

Carmópolis de Minas é um município do estado de Minas Gerais, situado a 120Km de Belo Horizonte, seguindo pela BR381 sentido São Paulo. Sua população é de aproximadamente 18.000 habitantes, sendo que uma expressiva parcela da população reside na zona rural. Sua área é de 401,7km². A principal atividade econômica é a agricultura, sendo o tomate o mais cultivado. Temos o Congado e Reinado, como festas tradicionais, além da Festa do Tomate, na qual temos uma feira de vários produtos derivados do tomate, como balas e geléias.

A Rede Pública de Saúde conta com uma Santa Casa de Misericórdia para atendimentos de urgência e emergência e várias Unidades Básicas de Saúde, situadas em pontos estratégicos das zonas Urbana e Rural. As equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) trabalham com os seguintes profissionais: enfermeiro, médico, auxiliar de enfermagem, dentista, agente comunitário de saúde (ACS), mas infelizmente as equipes ainda não contam com o profissional de educação física em seu quadro de profissionais.

O Alcoolismo é um grande problema para a população, pois em Carmópolis temos um número expressivo de Alcoólicos, o que fica evidenciado através dos dados do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) e gera inúmeros problemas para a toda a cidade, que vão desde faltas recorrentes ao trabalho até consequências mais graves, como homicídios e suicídios.

O exagerado consumo de bebidas alcoólicas, conhecido como alcoolismo, é considerado grave problema de saúde pública no Brasil, o hábito de beber é muito antigo, porém somente neste século iniciaram-se estudos mais sistemáticos para compreendê-lo. Ao serem analisados vários problemas associados ao consumo de álcool, verifica-se sua relação com diversos aspectos de Saúde Pública. Dentre eles temos o absenteísmo relacionado ao consumo de álcool, o afastamento do trabalho por diagnóstico psiquiátrico com manutenção de auxílio-doença. Destaca-se também a associação de seu uso com a violência, seja através de acidentes automotivos, homicídios e suicídios. Além disto, temos vários problemas orgânicos decorrentes do

uso de álcool, que vão desde a cirrose hepática até a associação do alcoolismo com doenças consumptivas, como a tuberculose.

Objetivamos através deste trabalho, elaborar um Plano de Ação, afim de que sejam apontadas novas e efetivas formas de lidar e evitar com o alcoolismo, beneficiando toda a população de Carmópolis de Minas principalmente os usuários do Serviço de Saúde.

2. JUSTIFICATIVA

Inicialmente foi realizado um Diagnóstico Situacional de Carmópolis de Minas. Para confeccionar este Diagnóstico, utilizei dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), observação ativa e dados do Serviço de Saneamento Ambiental Municipal (SESAM).

Após a realização deste Diagnóstico, foi possível destacar algumas desordens prevalentes em nosso Serviço de Saúde. Destacaram-se, hipertensão arterial, diabetes, alcoolismo e deficiência. Podemos observar esses dados através do Quadro 1 abaixo:

2.1 MORBIDADE REFERIDA

Quadro 1 Morbidade Referida

MORBIDADE REFERIDA NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, DE CARMÓPOLIS DE MINAS 2009.	
Morbidade referida	Total
<u>Alcoolismo</u>	<u>134</u>
Doença de Chagas	2
Deficiência	157
Epilepsia	75
Diabetes	478
Hipertensão arterial	2740
Tuberculose	0
Hanseníase	0

Dados do Siab 2009 Ministério da Saúde, os quais foram utilizados para diagnosticar o Alcoolismo como uma das desordens prevalentes em Carmópolis de Minas. (O Diagnóstico completo encontra-se nos Anexos)

O ALCOOLISMO foi escolhido como foco deste estudo, mesmo tendo menos casos que o diabetes, que a hipertensão arterial e que a deficiência, pela sua peculiaridade em Carmópolis de Minas. Com a observação ativa, percebem-se suas conseqüências devastadoras, tanto nas áreas da saúde, social e psicológica.

Através deste estudo almejamos encontrar soluções viáveis aos problemas que nos são apresentados. Deste modo, serão construídos projetos capazes de melhorar a vida da população Carmopolitana, através da melhor oferta de emprego, aumento do nível de informação, modificação de estilos e hábitos de vida, aumento do número de atividades de esporte lazer e cultura oferecidas à população, além de, auxiliar na estruturação do serviço das Equipes de Saúde para melhor atendimento aos alcoólicos.

3. OBJETIVO

Elaborar um Mapa Conceitual contendo a descrição, distribuição, as causas, conseqüências e como enfrentar o problema do alcoolismo em Carmópolis de Minas.

Elaborar um Mapa Contextual descrevendo a realidade Carmopolitana, a caracterização, distribuição, iniciativas de enfrentamento e recursos potenciais para o enfrentamento e prevenção do alcoolismo.

3.1 Objetivos específicos

Através deste Plano de Ação objetivamos desenvolver novas e efetivas formas de lidar e evitar com o alcoolismo, beneficiando toda a população de Carmópolis de Minas e principalmente os usuários do Serviço de Saúde.

4. MARCO CONCEITUAL

4.1 Histórico do álcool

O homem consome álcool há mais de 6 mil anos. No início as bebidas alcoólicas tinham um baixo teor alcoólico, devido à maneira como era produzida, apenas pela fermentação.

O número de consumidores aumentou quando as bebidas alcoólicas começaram a ser produzidas em série, o que se deu com a Revolução Industrial e com o aperfeiçoamento do processo de destilação, trazendo consigo todos os problemas decorrentes do uso abusivo de álcool (CRUZ, 2011).

Data a origem da bebida alcoólica na pré-história, com o surgimento da agricultura e o aperfeiçoamento na fabricação passou a ser consumida pelo homem. Há registros da produção e consumo de bebida alcoólica entre os povos da época.

Vemos o primeiro relato de embriaguez em uma passagem bíblica, quando Noé faz uso do vinho feito por ele e se embriaga, comportando-se de maneira constrangedora.

Desse modo, constatamos que o consumo de álcool e suas conseqüências estão presentes na vida do homem desde o início de sua existência.

Apesar de haverem outras bebidas fermentadas, como por exemplo a cevada, o vinho tinha maior aceitação, mesmo porque o aspecto climático e de solo eram próprios para o plantio da uva.

Dionísio é mencionado como Deus do vinho e da festa na Grécia Antiga, sendo conhecido pelos Romanos como Baco.

Mesmo tendo relevante participação nas comemorações Greco-Romanas, o uso excessivo de vinho não era bem visto entre os povos.

Havia a crença entres os Egípcios de que bebidas fermentadas poderiam combater parasitas e germes, devendo assim, serem usadas como medicamentos.

A regulamentação e a comercialização do vinho e da cerveja se deram na Idade Média, quando a embriaguez passa a ser vista com maior rigor.

Na Idade Média passa a haver maior severidade quanto ao consumo de álcool nas casas noturnas ou de diversão, pois ali as pessoas podiam manifestar-se livremente, principalmente sobre política.

Somente na Idade Moderna o uso de álcool passa a ser visto como doença ou distúrbio. Também é neste período que começam a surgir estudos sobre diferenças entre bebidas destiladas e fermentadas, em especial o vinho (CRUZ, 2011).

A maioria, considerada aos 18 anos, para o consumo do álcool, foi estabelecida no século XX em alguns países (CRUZ, 2011).

Nos Estados Unidos, a fabricação ou qualquer transação, bem como o consumo de bebida alcoólica, ficam proibidas, com o decreto da Lei Seca, em 1920.

Em 1952 com a primeira edição do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-I) o alcoolismo passa a ser tratado como doença (CRUZ, 2011).

A partir da 8ª Conferência Mundial de Saúde, em 1967, o conceito de alcoolismo como doença foi incorporado pela Organização Mundial de Saúde à Classificação Internacional das Doenças (CID 8), sendo classificados como transtornos de personalidade e neuroses os problemas relacionados ao uso de álcool.

Foram criadas três categorias para dividir esses problemas: dependência, episódios de beber excessivo e beber excessivo habitual. A dependência de álcool foi caracterizada pelo uso compulsivo de bebidas alcoólicas e pela manifestação de sintomas de abstinência após a cessação do uso de álcool (CRUZ, 2011).

4.2 Álcool mata mais que obesidade e tabagismo

Normalmente não nos referimos ao álcool quando se fala em agentes assassinos no mundo, mas sabe-se que ele mata mais de 2,5 milhões de pessoas por ano, ultrapassando a AIDS, malária e tuberculose (WANJEK, 2012).

Pior que o tabagismo, a obesidade e a inatividade, o álcool é visto como maior fator de risco para a saúde para pessoas com renda média, o que caracteriza metade da população mundial.

Segundo Devi Sridhar (2012) especialista em políticas de saúde na University of Cambridge, as recomendações feitas através de documento pela Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre o uso excessivo do álcool, não é o suficiente.

De acordo com Sridhar (2012) em um comentário feito na *Nature*, ela argumenta que a OMS deve regular o álcool a nível mundial, observando a idade mínima para beber, tolerância zero para embriaguez ao volante e proibição de bebidas especiais ilimitadas. Todos os membros da OMS fortaleceriam leis fracas sobre bebidas e aplicariam melhor as leis já em vigor (WANJEK, 2012).

4.2.1 Recomendações sensatas

A OMS é a única organização de saúde capaz que pode criar convenções juridicamente vinculadoras. “Nenhuma outra entidade pode atacar o problema mundial do abuso de álcool” (SRIDHAR, 2012). Contudo, na Estratégia Global da OMS para reduzir o uso nocivo do álcool, descrita em 2010, a OMS faz apenas meras recomendações.

“Os países estão cientes do problema, mas vários não se comprometeram realmente com a implementação das recomendações”(SRIDHAR, 2012). “O problema não é com os ministérios da saúde, mas com os das finanças e do comércio, por exemplo, que priorizam outros interesses.” (SRIDHAR, 2012).

Em observações na *Nature*, Sridhar (2012) avaliou que as recomendações da OMS poderiam servir como fundamentação para uma nova convenção internacional sobre a regulamentação do álcool. Os Estados Unidos tentam cumprir várias das dez áreas-alvo recomendadas, que incluem restrições à publicidade, aumento de preços e leis mais rígidas contra a embriaguez na condução de veículos.

“Com a sustentação da OMS, os ministérios da saúde teriam uma posição mais forte de negociação doméstica para priorizar a regulação do álcool acima de interesses econômicos” (SRIDHAR, 2012).

4.3 Promoção de Saúde

O conceito de promoção de Saúde tem mudado ao longo dos anos e as transformações ocorridas neste conceito refletem as mudanças do modo de pensar a respeito da saúde. A saúde passa a ser vista não apenas como ausência de doenças, mas num contexto bem mais amplo, preocupando-se com as condições de vida da população, além de como isso pode contribuir para a prevenção de doenças.

De acordo com a Carta veiculada pelo Ministério da Saúde:

“Promoção de Saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (SÍCOLI, NASCIMENTO, 2003, p104).

Neste conceito apresentado pelo Ministério da Saúde a Promoção de Saúde aparece como uma responsabilidade de toda a população, que deve ser devidamente instruída e capacitada, para agir de modo a uma construção coletiva da saúde.

A promoção de Saúde também é diretamente referida no Artigo 196 da Constituição de 1988 (Brasil, 1988).

“Na seção II, capítulo II do título VIII encontram-se as bases conceituais e organizativas do Sistema Único de Saúde (SUS). Sob a ótica da saúde como fenômeno multideterminado e produzido socialmente, o Artigo 196 expressa uma importante conquista da Reforma Sanitária brasileira ao instituir a Saúde como direito de todos e dever do Estado (...) garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. (Brasil, 1988, art. 196 apud SÍCOLI, NASCIMENTO, 2003, p106).

A Constituição garante a saúde como direito de todo cidadão, que deve ter acesso aos diferentes serviços que visem seu bem-estar, tudo isto garantido como um dever do Estado.

São caracterizadas pela OMS como iniciativas de Promoção de Saúde, os programas, políticas e atividades planejadas e executadas seguindo os princípios da concepção holística, da intersectorialidade, do empoderamento, da participação social, da equidade, as ações multi-estratégicas e de sustentabilidade. (WHO, 1998, apud SÍCOLI, NASCIMENTO, 2003).

Estes princípios dão base às novas iniciativas classificadas pela OMS como imprescindíveis para a Promoção de Saúde atualmente.

A Carta de Ottawa representou um marco muito importante para os avanços no conceito e nas práticas relacionadas à Promoção de Saúde. Foi inspirada pelos princípios da Declaração de Alma Ata (1978) e pela meta SAÚDE PARA TODOS NO ANO 2000 na 1ª Conferência Internacional Sobre Promoção de Saúde, realizada em 1986.

O estabelecimento de políticas públicas favoráveis à saúde, a criação de ambientes propícios, o fortalecimento da ação comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços sanitários estão entre os campos de ação da Promoção de Saúde, mencionados na Carta de Ottawa. (SÍCOLI, NASCIMENTO, 2003)

Além da afirmação de que a promoção tem como objetivo, garantir o acesso universal à saúde e está afinada com o princípio de justiça social.

“Alcançar a equidade consiste em eliminar as diferenças desnecessárias, evitáveis e injustas que restringem as oportunidades para se atingir o direito de bem-estar”. (Brasil, 2001 apud SÍCOLI, NASCIMENTO, 2003, p109).

A Carta de Ottawa reafirma e abrange os conceitos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, pela OMS e pela Constituição de 1988 citados anteriormente, fornecendo assim visão ainda mais ampla, centrada nos deveres do cidadão, do Estado e no acesso igualitário e universal à saúde.

Compartilhando desta mesma idéia a respeito da Promoção de Saúde, estão Sícoli e Nascimento (2003), afirmando que a promoção ganha destaque no campo da saúde pública, quando evidencia-se a busca de modelos de atenção à saúde que vão além da assistência médico-curativa. Desse modo, são desenvolvidas políticas públicas e ações coletivas que extrapolem inclusive o enfoque do risco.

Desta forma entra em foco também a prevenção de doenças, como um forte aliado da Promoção de Saúde, que além disso,

“Supõe uma concepção que não restrinja a saúde à ausência de doença, mas que seja capaz de atuar sobre seus determinantes. Incidindo sobre as condições de vida da população, extrapola a prestação de serviços clínico-assistenciais, supondo ações intersetoriais que envolvam a educação, o saneamento básico, a habitação, a renda, o trabalho, a alimentação, o meio ambiente, o acesso a bens e serviços essenciais, o lazer, entre outros determinantes sociais da saúde” (SÍCOLI, NASCIMENTO, 2003, p102).

A Promoção de Saúde também deve investir na formação dos cidadãos e instituir espaços democráticos, desenvolvendo políticas que partam dos problemas identificados em cada comunidade e que possam ser avaliados e revisados continuamente. (SÍCOLI, NASCIMENTO, 2003)

Todos os conceitos citados e discutidos acima comungam das mesmas idéias a respeito da Promoção de Saúde, que foram evoluindo ao longo dos anos. Porém o grande desafio atual é fazer com que estes conceitos sejam colocados em prática e possam realmente garantir uma Promoção de Saúde efetiva e igualitária para toda a população.

4.4 Atividade física e Saúde

4.4.1 Definição e aspectos históricos da Atividade Física

Nos primórdios da humanidade o homem dependia de sua força, resistência e velocidade para conseguir comida e um lugar para morar, era um ser extremamente ativo. Na Grécia Antiga a atividade física era desenvolvida na forma de ginástica para fins bélicos ou treinamento de gladiadores. Na Europa, no século XIX, surge a atividade física na forma de jogos, danças e ginástica (PITANGA, 2002).

No Brasil, os programas de educação em atividade física, surgem com o intuito de formar o indivíduo saudável, com boa postura e aparência física. Na década de 30 surge a tendência militar nos programas de atividade física escolar, privilegiando a eugenia da raça. No final da década de 40 a educação física iniciou seu ingresso na área pedagógica. Já na década de 70, surge a tendência esportiva, influenciada pelo sucesso de algumas equipes no exterior. Percebe-se então, que a relação atividade física e saúde ainda não chegou a ser privilegiada no contexto da Educação Física nacional (PITANGA, 2002).

4.4.2 Definição de Atividade Física

É representada por qualquer movimento corporal, produzido pela musculatura esquelética, que resulte em gasto energético (CASPERSEN, C.J., POWELL, K.E., CHRISTENSON, G.M. 1985).

Tem componentes e determinantes de ordem biopsicossocial, cultural e comportamental, como por exemplo, jogos, lutas, danças, esportes, exercícios físicos, atividades laborais e deslocamentos (PITANGA, 2002)

4.4.3 Definição de Saúde

Identifica-se, como múltiplos aspectos do comportamento humano, voltados a um estado de completo bem-estar físico, mental e social. É também, “uma condição humana com dimensões física, social e psicológica, caracterizada por pólos positivo e negativo” (PITANGA, 2002).

A saúde positiva está associada a capacidade de apreciar a vida e de resistir aos desafios do cotidiano e a saúde negativa está associada a morbidade e, no extremo, com a mortalidade (BOUCHARD, 1990).

4.4.4 Relação Epidemiologia, Atividade Física e Saúde

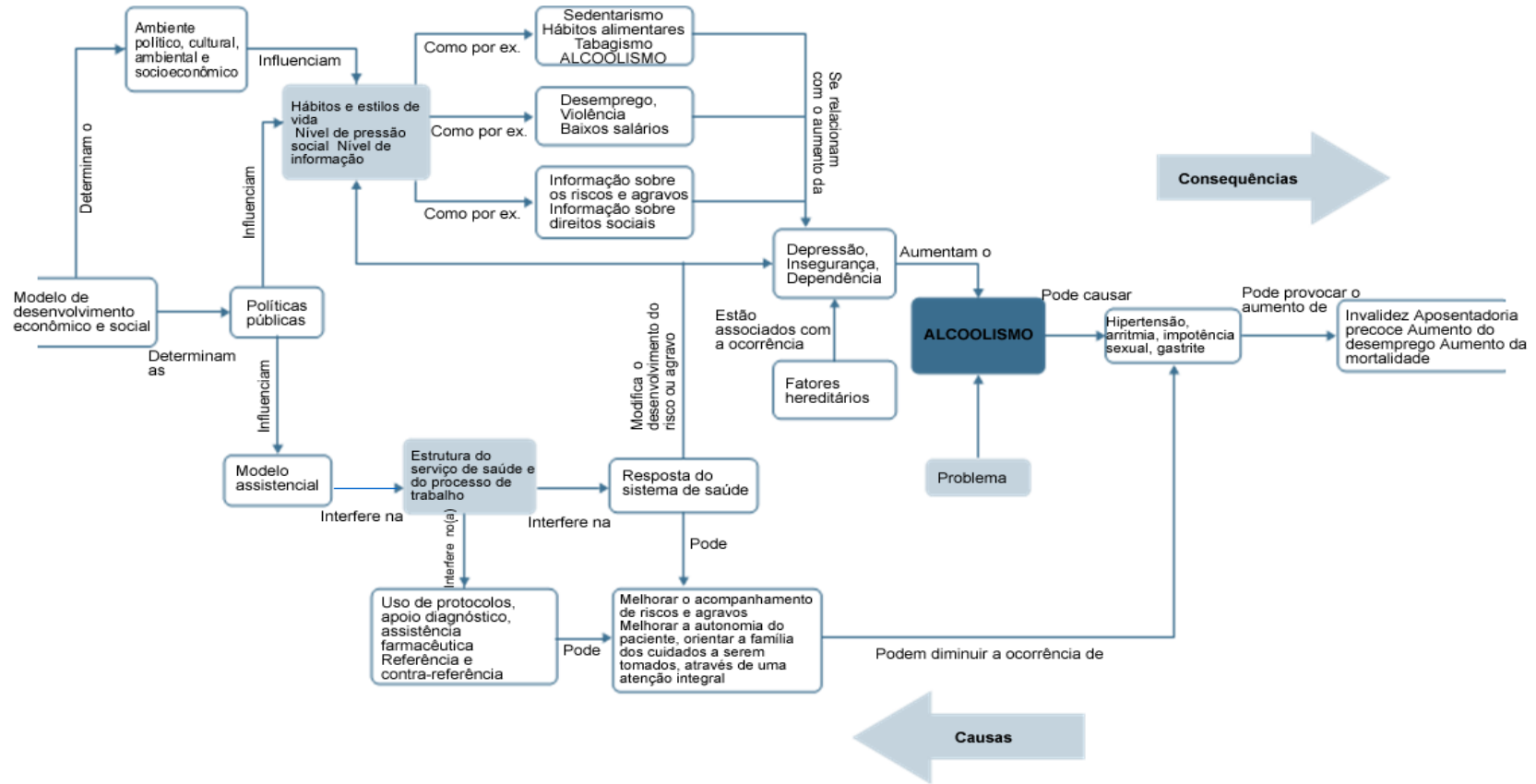
Apesar de que, desde épocas mais antigas, terapeutas têm colocado em questão a importância da atividade física para prevenção e tratamento de doenças e melhoria da saúde, a relação entre epidemiologia e atividade física, aparentemente, tem início só na era epidemiológica das doenças crônico-degenerativas, quando entra em cena o paradigma da caixa preta e entre os elementos que estavam ocultos, aparece o sedentarismo como fator determinante de agravo à saúde. A atividade física relacionada à saúde aparece como um fator capaz de diminuir o risco dos indivíduos adoecerem (PITANGA, 2002).

Existem evidências da influência da atividade física na eficácia do sistema imunológico, o que pode reduzir a incidência de alguns tipos de câncer e melhorar a resistência de pacientes com AIDS. Além disto, poderíamos provocar mudanças no ambiente, criando assim, espaços adequados para prática de atividade física (PITANGA, 2002).

5 METODOLOGIA

5.1 DIAGRAMA EXPLICATIVO DO PROBLEMA ALCOOLISMO EM CARMÓPOLIS DE MINAS

Figura 1 Diagrama do Alcoolismo em Carmópolis de Minas (FALEIRO 2011)



No diagrama acima o Alcoolismo aparece no centro, como o problema, a partir dele temos suas causas e conseqüências.

Como causas, podemos destacar por um nível: os Hábitos e estilos de vida, o Nível de pressão social e Nível de informação, influenciados pelas Políticas públicas, que por sua vez são determinadas pelo Modelo de desenvolvimento econômico e social. Em outro nível temos: a Estrutura do serviço de saúde e do processo de trabalho, sofrendo interferência do modelo assistencial, que é influenciado pelas Políticas públicas, que por sua vez são determinadas pelo Modelo de desenvolvimento econômico e social.

Como conseqüências destacamos: hipertensão arterial, arritmia, impotência sexual, gastrite, que podem provocar o aumento da invalidez, aposentadoria precoce, do desemprego, da mortalidade.

5.2 PLANO DE AÇÃO CONTRA O ALCOOLISMO EM CARMÓPOLIS DE MINAS

Os primeiros nós críticos que observamos foram os hábitos e estilos de vida inadequados. Para modificação destes nós, sugerimos o projeto VIDA SAUDÁVEL, que tem como produtos: campanha educativa na rádio comunitária, palestras na comunidade, programa de atividade física orientada e de merenda saudável, afim de que os maus hábitos alimentares sejam modificados, assim como o estilo de vida que prega o sedentarismo seja substituído por prática de atividade física sistematizada e com orientação adequada. Conforme quadro 2 Projeto Vida Saudável abaixo:

Quadro 2. Projeto Vida Saudável

NÓ CRÍTICO	OPERAÇÃO/ PROJETO	PRODUTOS	RECURSOS NECESSÁRIOS	RECURSOS CRÍTICOS	MOTIVAÇÃO	AÇÃO ESTRATÉGICA	RESPONSÁVEL	PRAZO
Hábitos e estilo de vida inadequados	VIDA SAUDÁVEL Modificar hábitos e estilos de vida	Campanha educativa na rádio, Palestras na Comunidade Programa de atividade física orientada, Programa merenda saudável	Organizacional: para organizar as atividades físicas; Cognitivo: informação sobre o alcoolismo e estratégias de comunicação; Político: espaço na rádio, mobilização social, articulação com as escolas; Financeiro: aquisição de recursos para prática de atividades físicas, para campanha educativa	Político: conseguir articular com as escolas, conseguir espaço para atividade física e na rádio local; Financeiro: aquisição de recursos audiovisuais, folhetos, material para atividade física	Setor de comunicação social: Favorável Secretários de Saúde, Educação, Cultura, Esporte e Lazer Indiferente	Não é necessária Apresentar o projeto	Fernando e Raul*	4 meses para o início das atividades

Estes nomes são fictícios

Para formulação desta operação, foi escolhido o nó crítico Pressão Social, sendo que esta operação deve gerar como produtos: o Programa de geração de emprego e renda, o Projeto de criação de uma Associação de Confecções de Roupas, devido ao grande numero de confecções existentes em nossa cidade e o Programa de fomento a cultua da paz. Conforme quadro 3 Projeto Melhor Emprego Vida Melhor abaixo:

Quadro 3. Projeto Melhor Emprego Vida Melhor

NÓ CRÍTICO	OPERAÇÃO/ PROJETO	PRODUTOS	RECURSOS NECESSÁRIOS	RECURSOS CRÍTICOS	MOTIVAÇÃO	AÇÃO ESTRATÉGICA	RESPONSÁVEL	PRAZO
Pressão Social	<p>MELHOR EMPREGO VIDA MELHOR</p> <p>Aumentar a oferta de empregos, fomento da cultura da paz</p>	<p>Programa de geração de emprego e renda;</p> <p>Projeto de criação da Associação de Confecções de Roupas;</p> <p>Programa de fomento da cultura da paz</p>	<p>Cognitivo: informação sobre o alcoolismo, elaboração e gestão de projetos de geração de emprego e renda;</p> <p>Político: articulação intersetorial e aprovação dos projetos</p> <p>Organizacional: mobilização social em torno do desemprego,</p> <p>Financeiro: Financiamento de projetos</p>	<p>Político: articulação intersetorial e aprovação dos projetos</p> <p>Organizacional mobilização social em torno do desemprego</p> <p>Financeiro: Financiamento de projetos</p>	<p>Associações de moradores: Favorável</p> <p>Secretários de Saúde, Ação Social, Educação, Cultura, Esporte e Lazer: Indiferente</p>	<p>Não é necessária</p> <p>Apresentar o projeto</p>	<p>Mariana e Antônio*</p>	<p>Apresentar o projeto em 4 meses;</p> <p>13 meses para o início das atividades</p>

Estes nomes são fictícios

Para desenvolver este projeto, foi observado o nó crítico Nível de Informação, pois muitas pessoas não têm informações suficientes sobre os riscos do Alcoolismo. Através do projeto intitulado SABIDO, têm-se como produto: a avaliação do nível de informação da população sobre os riscos e como evitar o Alcoolismo, uma campanha educativa na rádio comunitária, a capacitação de cuidadores e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), com o intuito de torná-los multiplicadores do conhecimento e, além distes, o Programa de Saúde Escolar, que visa abordar o assunto com os alunos durante as aulas e em atividades extra classe. Conforme apresentado no quadro 4:

Quadro 4. Projeto Sabido

NÓ CRÍTICO	OPERAÇÃO PROJETO	PRODUTOS	RECURSOS NECESSÁRIOS	RECURSOS CRÍTICOS	MOTIVAÇÃO	AÇÃO ESTRATÉGICA	RESPONSÁVEL	PRAZO
Nível de informação	<p>SABIDO</p> <p>Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos do alcoolismo</p>	<p>Avaliação do nível de informação da população sobre os riscos do alcoolismo;</p> <p>Campanha educativa na rádio local;</p> <p>Programa de Saúde Escolar;</p> <p>Capacitação dos ACS e de cuidadores</p>	<p>Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação;</p> <p>Político: articulação intersetorial parceria com a Secretaria de Educação;</p> <p>Organizacional: mobilização social</p>	<p>Político: articulação intersetorial parceria com a Secretaria de Educação;</p> <p>Organizacional mobilização social</p>	Secretaria de Educação: Indiferente	Apresentar o projeto	Ana Flávia e Gabriela*	<p>Início em 4 meses e término em 6 meses;</p> <p>Início em 3 meses;</p> <p>Início em 6 meses, avaliações a cada semestre,</p> <p>Início em 3 meses e término em 4 meses</p>

Estes nomes são fictícios

Para elaboração do Projeto CUIDADO, foram levadas em consideração algumas deficiências na estrutura dos serviços de saúde. Para sanar estas deficiências, foram sugeridas, maior capacitação do pessoal, articulação com os Alcoólicos Anônimos e aquisição suficiente de medicamentos necessários. Esta operação visa a maior preparação dos serviços de saúde para atender aos alcoólicos e auxiliar sua recuperação. Conforme apresentado no quadro 5:

Quadro 5. Projeto Cuidado

NÓ CRÍTICO	OPERAÇÃO/ PROJETO	PRODUTOS	RECURSOS NECESSÁRIOS	RECURSOS CRÍTICOS	MOTIVAÇÃO	AÇÃO ESTRATÉGICA	RESPONSÁVEL	PRAZO
Estrutura dos serviços de saúde	CUIDADO Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento aos alcoólicos	Capacitação de pessoal; Compra de medicamentos Articulação com os AA	Políticos : decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço; Financeiros: aumento da oferta de medicamentos; Organizacional: articulação com os AA Cognitivos: informação sobre o tema para a capacitação de pessoal	Políticos: decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço; Financeiros: aumento da oferta de medicamentos	Secretário de Saúde: Indiferente Alcoólicos Anônimos: Favorável	Apresentar o projeto Não é necessária	Maria e Joaquim*	5 meses para apresentação do projeto 7 meses para aprovação e liberação dos recursos 5 meses para o início da capacitação e 6 meses para o fim

* Estes nomes são fictícios

Devido a constatação de que há uma enorme deficiência em relação a oferta de atividades esportivas, culturais e de lazer, foi elaborado o projeto Ativação. Esta operação tem o intuito de aumentar o número de atividades oferecidas à população e desse modo contribuir para que os cidadãos com mais opções de lazer escolham pelo não envolvimento com o álcool. São alguns dos produtos esperados: exposições, festivais de música e dança, atividades permanentes de várias modalidades esportivas. Conforme quadro 6 Projeto Ativação abaixo:

Quadro 6. Projeto Ativação

NÓ CRÍTICO	OPERAÇÃO/ PROJETO	PRODUTOS	RECURSOS NECESSÁRIOS	RECURSOS CRÍTICOS	MOTIVAÇÃO	AÇÃO ESTRATÉGICA	RESPONSÁVEL	PRAZO
Insuficiência de atividades de lazer, esporte e cultura	ATIVAÇÃO Aumentar o número de atividades de esporte lazer e cultura oferecidas à população	Exposições de Artistas locais; festivais de música; atividades permanentes de diversas modalidades esportivas e posteriormente campeonatos das mesmas, podendo inclusive criar-se as Olimpíadas anuais; outras ações	Políticos: decisão de aumentar os recursos para estruturar os serviços; disponibilização de espaços Financeiros: compra de materiais, Organizacionais: articulação com a ASCAM (Associação Carmopolitana de Apoio à Criança e ao Adolescente), com associações de moradores e sociedade civil	Políticos: decisão de aumentar os recursos para estruturar os serviços; disponibilização de espaços Financeiros: compra de materiais,	Secretário de Esporte Cultura e Lazer: Indiferente ASCAM e Associações de moradores: Favorável	Apresentar o projeto Não é necessária	Geraldo e Antonieta*	4 meses para apresentação do projeto 6 meses para aprovação do projeto e liberação de recursos 7 meses para o início do projeto

* Estes nomes são fictícios

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Carmópolis de Minas tem uma população de aproximadamente 18.000 habitantes. A principal atividade econômica é a agricultura. A Rede Pública de Saúde conta com uma Santa Casa de Misericórdia e várias Unidades Básicas de Saúde.

Para confecção deste trabalho, inicialmente foi realizado um Diagnóstico Situacional de Carmópolis de Minas. Foram utilizados dados do SIAB, observação ativa e dados do SESAM. Através deste Diagnóstico, pudemos destacar o Alcoolismo como desordem prevalente em Carmópolis.

O exagerado consumo de bebidas alcoólicas, conhecido como alcoolismo, é considerado grave problema de saúde pública no Brasil. O Hábito de beber é muito antigo, porém somente neste século iniciaram-se estudos mais sistemáticos para compreendê-lo. Ao serem analisados vários problemas associados ao consumo de álcool, verifica-se sua relação com diversos aspectos de Saúde Pública.

Objetivamos através deste projeto, a elaboração de um Mapa Conceitual contendo a descrição, distribuição, as causas, conseqüências e como enfrentar o problema do alcoolismo. Além desse, objetivou-se construir um Mapa Contextual descrevendo a realidade Carmopolitana, a caracterização, a distribuição, as iniciativas de enfrentamento e os recursos potenciais para o enfrentamento e prevenção do alcoolismo.

Foram utilizados como referências científicas vários artigos. Abordamos vários temas: o histórico do álcool; as causas e conseqüências do alcoolismo; como a OMS trata e deveria tratar o assunto; a importância de prevenir-se e tratar o alcoolismo, pois é uma doença que mata mais que o sedentarismo e o tabagismo; como promover a saúde e a relação entre atividade física e saúde e sua epidemiologia.

Elaboramos quadros com operações/projetos desenvolvidos baseados nas causas e conseqüências do alcoolismo, em cada quadro foram descritos os produtos, recursos necessários e críticos, motivação, ação estratégica,

responsável e o prazo de cada operação. Em cada quadro são descritas as ações necessárias e como se dará a captação de recursos necessários.

Desse modo, confirma-se a importância do trabalho do profissional de Educação Física como integrante da equipe do PSF, desenvolvendo estes e outros projetos capazes de contribuir sobremaneira na melhoria da qualidade de vida dos Carmopolitanos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB, (2009)

CRUZ L. H., História do Álcool.

Disponível em: http://alcoolismo.com.br/o-alcool/historia_do_alcool/

Acesso em março 2012

PITANGA F.J.G., Rev. Bras. Ciên. e Mov. Brasília v.10 n. 3 p. 49 - 54 julho 2002.

SÍCOLI, J. L. NASCIMENTO, P. R. Promoção de Saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Comunic, Saúde, Educ**, v7, n12, p.101-22, fev 2003.

WANJEK C. Álcool mata mais que obesidade e tabagismo. Fonte: Scientific American Bras

Disponível em: <http://alcoolismo.com.br/feature/alcool-mata-mais-que-obesidade-e-tabagismo/>

Acesso em março de 2012

ANEXOS

SÍNTESE DO DIAGNÓSTICO SITUACIONAL
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
MUNICÍPIO DE CARMÓPOLIS DE MINAS

2010

INTRODUÇÃO

Carmópolis de Minas é um município brasileiro do estado de Minas Gerais. Sua população é de aproximadamente 16.000 habitantes. Sua área é de 401,7 km². A principal atividade econômica é a agricultura, sendo o tomate seu principal produto.

Nesta análise diagnóstica situacional considera-se o Programa da Saúde da Família como um todo e não uma equipe de forma separada.

Os quadros seguintes sintetizam os dados coletados por ocasião do diagnóstico situacional. Os dados foram conseguidos a partir de uma base de dados secundária, o SIAB.

ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

POPULAÇÃO SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE CARMÓPOLIS DE MINAS 2009.

Faixa Etária	Número
Menor 1 ano	82
1 a 4 anos	784
5 a 9	1246
10 a 14 anos	1396
15 a 19 anos	1318
20 a 49	6895
50 a 59 anos	1520
60 anos e +	1991
Total	15.232

Fonte: SIAB

**POPULAÇÃO SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA
DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SEGUNDO O SEXO, DE CARMÓPOLIS DE
MINAS 2009.**

Faixa Etária	Masculino	Feminino
	Número	Número
Menor 1 ano	44	38
1 a 4 anos	386	398
5 a 9	630	616
10 a 14 anos	721	675
15 a 19 anos	683	635
20 a 49	3502	3393
50 a 59 anos	790	730
60 anos e +	968	1023
Total	7724	7508

Fonte: SIAB

ASPECTOS AMBIENTAIS

A estrutura de saneamento básico é muito boa e conta com o SESAM- Serviço de Saneamento Ambiental Municipal.

Até abril de 1981, o abastecimento de água em Carmópolis de Minas era precário, atingindo apenas as casas das ruas centrais. Não havia água tratada, pois a água vinha através de cano de ferro das Minas do Morro do Tanque e era distribuída à população sem nenhum tratamento.

Havia também cisternas e chafarizes públicos nos bairros onde não havia água encanada e as donas de casa carregavam as latas de água na cabeça, para uso em suas residências.

Era cobrada pela prefeitura uma taxa mínima pela água distribuída, mas muitos não pagavam e a prefeitura não tinha como melhorar o sistema.

No ano de 1979, foi iniciada a construção do novo sistema de água, em parceria com a Fundação SESP, hoje Fundação Nacional de Saúde, e em 20 de outubro de 1980, foi criado o SAAE pela Lei nº 946-A, para administrar o novo sistema.

O sistema entrou em funcionamento em 9 de maio de 1981, já distribuindo água fluoretada a 80% da população. E nestes anos foram ampliados o sistema de água e esgoto, levando água tratada a toda população da cidade e diversos povoados e também é feita a coleta e tratamento de esgoto melhorando as condições de vida da população.

Em 5 de setembro de 2006, pela Lei nº 1.815 e por estar assumindo a coleta e destinação final de resíduos sólidos, o SAAE - Serviço Autônomo de Água e Esgoto passou a denominar-se SESAM - Serviço de Saneamento Ambiental Municipal.

Fonte ://www.sesamcarmopolis.com.br

**FAMÍLIAS COBERTAS POR ABASTECIMENTO DE ÁGUA SEGUNDO A MODALIDADE
, DE CARMÓPOLIS DE MINAS 2009.**

Modalidade	Total
Rede geral	3295
Poço ou nascente	1028
Total de famílias	4323

Fonte: SIAB

FAMÍLIAS COBERTAS POR INSTALAÇÕES SANITÁRIAS SEGUNDO A MODALIDADE DE CARMÓPOLIS DE MINAS 2009.

Modalidade	Total
Rede Geral de Esgoto	3086
Fossa	1120
Sem instalação sanitária	141
Total	4347

Fonte: SIAB

DESTINO DO LIXO SEGUNDO A MODALIDADE , DE CARMÓPOLIS DE MINAS 2009.

Modalidade	Total
Coleta pública	3416
Queimado / enterrado	871
Céu aberto	60
Total	4347

Fonte: SIAB

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

1. HOSPITALIZAÇÕES

HOSPITALIZAÇÃO NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE CARMÓPOLIS DE MINAS 2009.

Causas	2009
< 5 anos pneumonia	3
< 5 anos desidratação	3
Abuso Álcool	1
Complicação Diabetes	9
Psiquiátricas	6
Demais causas	300
TOTAL	322

Fonte: SIAB

2. MORBIDADE REFERIDA

MORBIDADE REFERIDA NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, DE CARMÓPOLIS DE MINAS 2009.

Morbidade referida	Total
Alcoolismo	134
Doença de Chagas	2
Deficiência	157
Epilepsia	75
Diabetes	478
Hipertensão arterial	2740
Tuberculose	0
Hanseníase	0

4. MORTALIDADE

**MORTALIDADE PROPORCIONAL POR FAIXA ETÁRIA, NA ÁREA DE
ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE CARMÓPOLIS DE
MINAS 2009.**

Ano do Óbito	2009
< 1	0
10 a 14 anos femininos	0
15 a 49 anos femininos	4
50 anos e mais	49
Total	53

Fonte: SIAB

INDICADORES DE COBERTURA

ACOMPANHAMENTO DE ALGUNS INDICADORES EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE CARMÓPOLIS DE MINAS 2009.

INDICADOR

Nº de nascidos vivos	98
RN pesados	97
RN Peso < 2500 kg	15
Aleitamento exclusivo em crianças < de 4 meses	307
< 1 ano com vacina em dia	1197
< 1 ano desnutridas	0
Gestantes < 20 anos	73
Gestantes acompanhadas	509
Gestantes vacinadas	498
Consultas de gestantes no 1º trimestre	458

Fonte: SIAB

PRODUÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE

CONSULTAS MÉDICAS PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE CARMÓPOLIS DE MINAS 2009.

INDICADOR	2009
Total de consultas médicas	9124
Media mensal	760,33
Consulta habitante ano	0,60

Fonte: SIAB

ATENDIMENTO AOS PROGRAMAS PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE CARMÓPOLIS DE MINAS 2009.

INDICADOR	2009
puericultura	3
pré-natal *	0
prevenção câncer cérvico-uterino *	0
diabetes	1344
hipertensão	4602
hanseníase	1
tuberculose	6

*O município de Carmópolis de Minas possui o Núcleo Assistencial de Saúde da Mulher e da Criança que realiza este tipo de atendimento.

Fonte: SIAB

**ACOMPANHAMENTO DE ALGUNS INDICADORES DA EQUIPE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA DE CARMÓPOLIS DE MINAS 2009.**

2009

INDICADORES

Para atendimento especializado	555
Para internações hospitalares	64
Para urgência/emergência	27
Total de exames solicitados	646
Patologia clínica	3341
Radiodiagnóstico	449
Exames citocervico-vaginal	103
Ultrassonografia obstétrica	16
Outros exames	909

Fonte: SIAB

**CONSULTAS MÉDICAS SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA, EQUIPE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA DE CARMÓPOLIS DE MINAS 2009.**

FAIXA ETÁRIA	
< 1 ano	26
1 a 4 anos	251
5 a 9 anos	417
10 a 14 anos	496
15 a 59 anos	6018
60 anos e +	1966
Total de consultas na área	9174

Fonte: SIAB

**PROCEDIMENTOS REALIZADOS PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE
CARMÓPOLIS DE MINAS 2009.**

Procedimento coletivo	
Atendimentos individuais da enfermeira	1309
Curativos	5280
Inalações	373
Injeções	3678
Retirada de pontos	195
Grupo de educação saúde	112
Nº de reuniões	51

Fonte: SIAB

**VISITAS DOMICILIARES REALIZADAS PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE
CARMÓPOLIS DE MINAS 2009.**

Visitas domiciliares	2009
Visitas domiciliares do médico	262
Visitas domiciliares da enfermeira	3081
Visitas profissionais de nível médio	4605
Visitas de ACS	47389
Total de visitas domiciliares	7948
Média mensal de visitas	662,33
Média anual de visitas por habitante	0,52

Fonte: SIAB