UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2016

Yucet Macia Zabala

Intervenção educativa sobre o alcoolismo em adolescentes entre 15 e 19 anos na Unidade Básica de Saúde em Pinheiro Preto - SC

Florianópolis, Março de 2018

Yucet Macia Zabala

Intervenção educativa sobre o alcoolismo em adolescentes entre 15 e 19 anos na Unidade Básica de Saúde em Pinheiro Preto - SC

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Zeno Carlos Tesser Junior
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Março de 2018

Yucet Macia Zabala

Intervenção educativa sobre o alcoolismo em adolescentes entre 15 e 19 anos na Unidade Básica de Saúde em Pinheiro Preto - SC

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de "Especialista na atenção básica", e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Profa. Dra. Fátima Büchele
Coordenadora do Curso

Zeno Carlos Tesser Junior
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2018

Resumo

Na Unidade Básica de Saúde de Pinheiro Preto, um dos problemas que mais preocupam a nossa equipe de saúde é o aumento do abuso do álcool na populacão jovem e adolescentes. O uso de bebidas alcoólicas, mais do que afetar apenas os doentes alcoolistas, afeta também todos os que o rodeiam, tendo profundo impacto sobre a família nuclear do doente, sendo os seus efeitos sentidos em todas as dimensões do social, por todos os elementos do núcleo familiar. As complicacões do consumo excessivo e continuado de álcool aumenta o risco de doenças do fígado, problemas gastrointestinais, pancreatites, neuropatias periféricas, problemas cardiovasculares, prejuízos cerebrais, imunológicos, anemias, osteoporose e câncer. As mismas provocam elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida, alto grau de limitação das pessoas em suas atividades de trabalho e de lazer, além de ocasionar impactos econômicos negativos para as famílias, as comunidades e a sociedade em geral. O objetivo deste trabalho é elevar o nível de conhecimento de pessoas entre 15 e 19 anos em nossa area de abrengencia mediante um estudo de intervencao para determinar as necessidades de aprendizagem dos adolescentes sobre efetos nocivos do alcoolismo. A intervenção prevê 7 encontros mensais com medidas educativas para abordar em 5 palestras os fatores de risgo, complicações e formas de prevenção e a realização de cinco clases ,uma por mes para falar sobre as principais causas ,conceito, ,complicacoes e ensenharle os adolescentes como prevenir esta doença. Serão convidados 40 adolescentes para participarem do estudo, se aceitarem participar serão divididos em dois grupos segundo sua microarea. No primeiro encontro, serão caracterizados de acordo com gênero, ocupação e nível de escolaridade, aplicara se um questionário com perguntas simples sobre a doença, seus fatores de risgo e formas de prevenção. Será feita uma avaliação no final de cada encontro de forma individual e no final de projeto de forma global, que é para determinar as necessidades de aprendizagem sobre o alcoolismo na população em estudo para evitar efeitos nocivos do consumo do álcool e prevenir o abuso dessa droga. Como resultado, espera-se a adesão dos pacientes nos encontros e que estos elevem o nível de conhecimento sobre o alcoolismo e seus efeitos nocivos para prevenir complicacões futuras. Espera-se também que as atividades em grupo sirvam como ponto de apoio para os adolescentes, onde possam tirar duvidas, compartilhar experiências para que se sintam cada vez mais estimulados a melhorar a saúde.

Palavras-chave: Adolescente, Alcoolismo, Promoção da Saúde

Sumário

1 INTRODUÇÃO 9

2 OBJETIVOS 13
2.1 Objetivo Geral 13
2.2 Objetivos Específicos 13

3 REVISÃO DA LITERATURA 15

4 METODOLOGIA 21

5 RESULTADOS ESPERADOS 23

REFERÊNCIAS 25

1 Introdução

O município Pinheiro Preto tinha 3147 habitantes no último censo. Isso coloca o município na posição 236 dentre 295 do mesmo estado. Em comparacao com outros municipios do Brasil, fica na posicao 5018 dentre 5570. Sua densidade demografica é de 47.79 habitantes por quilometro quadrado, colocando-o na posicao 97 de 295 do mesmo estado. Quando comparado com outros municípios no Brasil, fica na posição 1510 de 557I de acordo com o censo (DEMOGRÁFICO, 2011). O povo teve sua origem em maio de 1962, com os primeiros colonizadores, tudo descendentes de Italianos, vieram do Rio Grande do Sul entre 1909 e 1910. A origem do nome Pinheiro Preto remonta a é poca da contrucao da estrada de ferro Sao Paulo- Rio Grande do sul no inicio do seculo XX.

A comunidade conta com Grupo da Terceira Idade, que se encontra toda quarta feira a tarde no Centro Comunitário. Existe a Associaçã o de Moradores que é eleita pela população e tem mandato de 3 anos e que tem a função de representar os interesses dos moradores na promoção de ações e decisões comunitarias. Contamos atualmente com 1 creche municipal que atende 85 crianças até pré escolar. Temos 3 escolas de ensino fundamental (até 9 ° ano, sendo 1 estadual e 1 municipal) que atendem aproximadamente 250 crianças. Já o atendimento de Serviço Social é referenciado ao CRAS, quando há necessidade. Contamos com uma Unidade Básica de Saúde, com Estratégia de Saúde da Família.

Temos 12 igrejas (entre católicas e outras religiões). Temos o Batalhã o Central da Polícia Militar instalada neste bairro. Temos vários Centro Comunitário, aonde são realizados os encontros dos Idosos, Catequeses, Reuniões dos Conselheiros da Comunidade. Uma parte da área não disponde de redes de esgoto sanitário e não tem água tratada nestas áreas de risco ambiental. Faltam áreas de Lazer como parques, praças. Poderiam existir mais atividades educativas com adolescentes, capoeira por exemplo. A população na sua grande maioria é de classe média, algumas famílias recebem o beneficio Federal da Bolsa Família, mas existem muitos possibilidades de trabalhos renumerados, sua grande maioria e alfabetizado.

Fossa rudimentar ou séptica e esgoto a céu aberto. A coleta seletiva acontece duas vezes na semana. São casas boas, a maioria construídas de madeira e ou concreto. Tem em media 6 c ô modos.). Uma pequena minoria tem casas menores e com menos condições de higiene. Educação da população para o autocuidado, trabalho efetivo com jovens para inserção no mercado de trabalho. Apresenta 60.1% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 91.7% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 40.8% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanizaçã o adequada (presenç a de bueiro, calçada, pavimentaçã o e meio-fio). Quando comparado com os outros municípios do estado, fica na posiçã o 150 de 295, 21 de 295 e 43 de 295, respectivamente. Já quando comparado

a outros municípios do Brasil, sua posição é 1813 de 5570, 1321 de 5570 e 743 de 5570, respectivamente. A UBS de Pinheiro Preto atendeu em este ano 4853 pessoas até dezembro de 2016 .Esta área tem 2448 pessoas, do sexo masculino e 2405 femininos . De acordo com a faixa etária possuem menos de 20 anos 1155 pessoas., sendo crianças de zero a 10 anos: 528 crianças e jovens de 10 a 20 anos: 527 jovens, estão na faixa etária de 20 a 59 anos 2133 e 510 com mais de 60 anos.

Com base nestes dados em este período, tivemos como prevalência da Hipertensão Arterial Sistema (HAS) 20,3% e a Prevalência de Diabetes Mellitus 5,1% da população. Esta UBS se realiza atendimento/ ação específica para este grupo de pessoas . Na nossa á ea de abrangência nao tem pessoa com Tuberculose em 2016; ninguém com Hanseníase , de qualquer forma o atendimento a estas pessoas ocorre diretamente na Vigilância Epidemiológica, que somente nos informam sobre o surgimento de algum caso. Alémm disso, pacientes sintomáticos respiratórios com anamneses. Referente ao Índice de Dentes Perdidos, Obturados ou Cariados o último levantamento epidemiológico CPOD foi realizada em 2012, sendo que n o tive acesso aos resultados, sendo necessário uma atualização do mesmo.

A taxa de mortalidade infantil média no município é de - para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 2 para cada 1.000 habitantes. Comparado com todos os municípios do estado, fica nas posições 1 de 295 e 92 de 295, respectivamente. Quando comparado a municípios do Brasil todo, essas posições são de 1 de 5570 e 1545 de 5570, respectivamente. Tivemos uma evolução importante nas políticas públicas no brasil modificando consideravelmente a promoção de saúde integral materno-infantil. Neste ano 2016 tivemos na área 36 nascidos vivos, ninguém baixo peso e não óbitos menores de 1 ano. Em o 2016 não tivemos morte infantil. As principais causas de internações em menores de 1 ano foi as infecções respiratórias e as Doenças Diarreica Aguda .Das crianças cadastradas menores de um ano 100 % estavam com o esquema vacinal em dia (no período estudado foi de 100%). Tivemos uma proporção de gestantes com 8 ou mais consultas de 15 gestantes, 10 tiveram sete consultas ou mais exame fisico prévio orientamos cultura de esgarro.

Durante a avaliaçã o dos dados ficou evidente, embora tenha ocorrido mudanças frente a conduta na saúde materno infantil. Imediatamente após avaliação dos dados no ano anterior busquei informaçõ es deste mesmo período neste ano junto a equipe, acreditamos que isso se deve ao fato de existirem, na época, micro áreas descobertas. De acordo com a realidade do local existe uma procura grande por especialista ,renovaçã o de receitas (medicaçã o controlada) para ansiolíticos e do programa de Hiperdia. As principais causas de morte em 2016 nos residentes do bairro s ã o Complica çõ es da Complica çõ es da Diabetes Melitos, C â ncer, DPOC,Trauma por acidente e as principais causas de internacoes de idosos em 2016 sãoo Insuficiencia Cardiaca Congestiva; HAS Descompensada,Diabetes Melitus Descompensada,Doencas respiratorias ,AVC. , seguido de doenças respiratórias crônicas. Os casos de óbitos seguiram o mesmo parâmetro. No Plano de Saúde consider

o planejamento de muito valor para garantir o cuidado de saúde da nossa população. O planejamento das ações das equipes, precisa do atuar integralmente para conseguir ajuda e garantir as necessidades de da comunidade, e preciso o esforço de cada um dos integrantes da equipe de saúde, se não conhecemos a realidade de nossa área do trabalho o planejamento não vai dar certo.

O médico tem que dar a conhecer quais s ã o os principais determinante da Sa ú de-BA, Exemplo : Mode e Estilo de Vida, Meio ambiente etc. Eu estou trabalhando no posto de saúde Pinheiro Preto que tem uma populaçã o das aproximadamente de 4853 pessoas. Tem uma população heterogênea a sua grande maioria e alfabetizada . As principais causas de morte em 2016 nos residentes do bairro s ã o as complica çõ es por doen ç as cr ô nicas n ã o transmiss í veis ,C â ncer, DPOC e Traumatismo por acidente. A equipe de saúde analisa o diagnóstico para encontrar os principais problemas da área, utilizando técnicas de priorizaçã o de problemas como, por exemplo, chuva de ideais, permitindo dar prioridades aos principais problemas, e logo estabelecer planos de ações para cada um deles. Depois de coletar informações, discutir com minha equipe e com a comunidade, e baseado em meu próprio impresso acho que tem vários problemas em nossa população.

A seguem critérios do todo equipe e basado fundamentalmente em frequência de aparição dos problemas na consulta e na quantidade de pacientes em ordem de prioridade os problemas identificados são aumento excessiva do consumo de álcool, uso indiscriminado de medicamentos como antidepressivos ,ansiolíticos (benzodiazepinas) e omeprazol„anti-inflamatórios ,uso indiscriminado de exames de laboratório, gravidez na adolescência e doenças crônicas não transmissíveis descompensadas Hipertensã o Arterial e Diabetes Melitos.

Não são ainda totalmente compreendidos todos os mecanismos biológicos que causam o alcoolismo. O risco é influenciado pelo ambiente social stress ,a saude mental histórico familiar, idade, grupo etnico, gênero o grande numero de indústrias de vinhos na cidade de modo que o consumo é maior. A segunda que é o uso indiscriminado de antidepressivos e ansiolíticos tem como causa fundamental que as pessoas não tem devida orientaçã o e tem pouco aceso com especialistas de psiquiatria., as consequências vão desde a depend ência ao medicamento até outras doenças secundarias como demências, transtornos digestivos etc. Os objetivos e metas de nossa equipe para enfrentar estes problemas são diminuir la incidência e prevalência de estas entidades e depois tratar de erradicar- lhas. É um caminho difícil porém o que se pode fazer-se

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Elevar o nível de conhecimento de pessoas entre 15 e 19 anos residentes em Pinheiro Preto sobre o alcoolismo

2.2 Objetivos Específicos

1. Caracterizar a população do estudos segundo sexo ,ocupação e nível de escolaridade.
2. Determinar as necessidades de aprendizagem dos adolescentes entre 15 e 19 anos sobre efetos nocivos do alcoolismo.
3. Aplicar intervenção educativa na população estudada.

3 Revisão da Literatura

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são doenças multifatoriais que se desenvolvem no decorrer da vida e são de longa duração, elas são consideradas um sério problema de saúde pública e a principal causa de mortalidade na maioria dos países e no Brasil, dentro dessas doenças se encontra o alcoolismo. (SAUDE ,2014). O álcool é uma das poucas drogas psicotrópicas que tem o seu consumo admitido e até incentivado pela sociedade. Apesar da sua ampla aceitação social, o consumo de bebidas alcoólicas, quando excessivo, passa a ser um problema. Além dos inúmeros acidentes de trânsito e da violência associada a episódios de embriaguez, o consumo de álcool a longo prazo, dependendo da dose, frequência e circunstâncias, pode provocar um quadro de dependência conhecido como alcoolismo, podendo conduzir a comportamentos desviantes. .(MADALENA, 2003)

O alcoolismo como o consumo excessivo, duradouro e compulsivo de bebidas alcoólicas, o qual degrada a vida pessoal, familiar, profissional e social do indivíduo. Diz-se que uma pessoa é dependente do álcool quando ela não tem mais forças para interromper o consumo e, se o interrompe, apresenta sintomas desagradáveis que cedem com o retorno ao álcool. A esse fato chama-se abstinência (CAMPOS, 2014).

E considerada como uma doença crônica e multifatorial; significando que diversos fatores contribuem para o seu desenvolvimento, incluindo a quantidade e frequência de uso do álcool, a condição de saúde do indivíduo e fatores genéticos, psicossociais e ambientais(OMS, 2010).

A Organização Mundial de Saúde considera o alcoolismo uma doença com componentes físicos e mentais. O risco é influenciado pelo ambiente social, stresse, saúde mental, histórico familiar, idade, grupo étnico e género. O consumo significativo de álcool ao longo do tempo provoca alterações fisiológicas na estrutura e composição química do cérebro, como dependência física e aumento da tolerância, o que faz com que o indivíduo necessite de consumir doses cada vez maiores de álcool para atingir o efeito desejado. Estas alterações potenciam a incapacidade do alcoólico em deixar de beber e provocam síndrome de abstinência quando o consumo é interrompido.

O tratamento de alcoolismo dá-se ao longo de vários passos. Uma vez que a abstinência pode provocar vários problemas de saúde, a desintoxicação deve ser cuidadosamente acompanhada e pode ser necessário o uso de medicação, como a benzodiazepina. As pessoas com alcoolismo têm, por vezes, outras dependências, entre as quais a dependência de benzodiazepina, o que pode complicar este passo.Após a desintoxicação, é frequente recorrer-se a terapia de grupo ou grupos de autoajuda que auxiliam a pessoa a manter-se sóbria. Após a desintoxicação, diversas formas de terapia em grupo ou psicoterapia podem ser usadas para lidar com os aspectos psicológicos subconscientes que são relacionados à doença do alcoolismo, assim como proporcionar a aquisição de habilidades de prevenção

às recaídas como assertividade e técnicas de relaxamento mais saudáveis.

A terapia cognitivo comportamental é feita individualmente, mas pode convidar familiares e amigos para participar caso o paciente aceite,durante a terapia, é comum que outros transtornos, como fobia social, depressão maior, transtorno bipolar, hiperatividade, transtorno de personalidade limítrofe, transtorno de ansiedade generalizada, anorexia nervosa ou outro transtorno de humor, ansiedade ou alimentar sejam identificados como a causa do alcoolismo.

Os sintomas de Alcoolismo são compulsão uma necessidade forte ou desejo incontrolável de beber, dificuldade de controlar o consumo: não conseguir parar de beber depois de ter começado, os sintomas de abstinência física, como náusea, suor, tremores e ansiedade, quando se parar de beber e a tolerância é a necessidade de doses maiores de álcool para atingir o mesmo efeito obtido com doses anteriormente inferiores ou efeito cada vez menor com uma mesma dose da substância.

O consumo excessivo e continuado de álcool aumenta o risco para complicações de saúde como doenças do fígado, problemas gastrointestinais, pancreatites, neuropatias periféricas, problemas cardiovasculares, prejuízos cerebrais, imunológicos, anemias, osteoporose e câncer. Vale lembrar que, para algumas pessoas, de acordo com idade, gênero e aspectos individuais de saúde, o consumo pesado e continuado de bebidas alcoólicas por muitos anos, mesmo que não seja diagnosticado como alcoolismo, pode estar relacionado às doenças mencionadas.

Apesar de ser aceito pela sociedade, o álcool oferece uma série de perigos tanto para quem o consome quanto para as pessoas que estão próximas. Por essa razão o consumo abusivo de álcool é uma questão de saúde pública. Parte dos acidentes de trânsito, comportamentos antissociais, violência doméstica, ruptura de relacionamentos e problemas no trabalho são provenientes do uso nocivo de álcool(ANDRADE, 2006).

A história da humanidade tem-nos mostrado o gosto que o Homem, em geral, tem pela bebida alcoólica. Esta foi, desde sempre, escolhida para aliviar angústias e libertar tensões estando toda a nossa existência permeada pelo seu consumo. Problema social quando surgem, simultaneamente, circunstâncias sociais e culturais que fomentam o seu uso generalizado e se desenvolvem atitudes contrárias de repúdio incompatíveis com o uso considerado excessivo. o alcoolismo, mais do que afetar apenas o doente alcoólico, afeta também todos os que o rodeiam, tendo profundo impacto sobre a família nuclear do doente, sendo os seus efeitos sentidos em todas as dimensões do social, por todos os elementos do núcleo familiar. (MELLO; BARRIAS; BREDA, 2001).

Portugal, alinhado com os países europeus do mediterrâneo, é um país de longa tradição vitivinícola. O consumo de vinho incorporou-se nos nossos rituais e tradições e faz parte da chamada “dieta mediterrânica”, exercendo uma poderosa influência em diversos sectores económicos de grande importância como, por exemplo, o turismo, restauração, o divertimento, a indústria produtora, entre outros. Admitindo o importante papel que o

vinho tem tido no desenvolvimento da nossa cultura e tradições, nas últimas décadas tem sofrido profundas transformações que têm influenciado decisivamente os modos e formas de beber (CARVALHO, 2002).

A elaboração do álcool foi a partir dos grãos fermentados, sucos de frutas e mel vêm sendo utilizados durante milhares de anos para fazer (álcool etílico ou etanol).

As bebidas fermentadas existem desde o despertar da civilização egípcia e há evidência da primeira bebida alcoólica na China, na Índia, uma bebida alcoólica chamada Sura, destilada do arroz, era utilizada.

Várias civilizações de índios americanos criaram bebidas alcoólicas nas épocas pré-colombianas. Uma variedade de bebida fermentada da região dos Andes, na América do Sul, foi criada com milho, uvas e maçãs e recebeu o nome de "chicha".

No século XVI, o álcool (chamado "aguardente") foi amplamente utilizado para propósitos medicinais. No início do século XVIII, o parlamento inglês aprovou uma lei que promovia o uso de grãos para a destilação de aguardente. A aguardente, que era barata, inundou o mercado e chegou ao seu auge em meados do século XVIII. (OMS, 2006)O século XIX trouxe uma mudança de atitude e a Campanha antialcoolismo começou a promover o uso moderado do álcool, o que acabou se convertendo numa campanha de proibição tota.

(Apesar de ser aceito pela sociedade, o álcool oferece uma série de perigos tanto para quem o consome quanto para as pessoas que estão próximas. Por essa razão o consumo abusivo de álcool é uma questão de saúde pública. Parte dos acidentes de trânsito, comportamentos antissociais, violência doméstica, ruptura de relacionamentos e problemas no trabalho são provenientes do uso nocivo de álcool.

O uso nocivo do álcool é um dos fatores de risco de maior impacto para a morbidade, mortalidade e incapacidades em todo o mundo, e parece estar relacionado a 3,3 milhões de mortes a cada ano. Desta forma, quase 6% de todas as mortes em todo o mundo são atribuídas total ou parcialmente ao álcool(OMS, 2014). . As consequências do álcool também afeitam a sociedade, de forma direta e indireta, potencializando os custos em hospitais e outros dispositivos do sistema de saúde, sistema judiciário, previdenciário, perda de produtividade do trabalho, absenteísmo, desemprego, entre outros. Ainda, em todo o Mundo, nota-se que as faixas etárias mais jovens (20-49 anos) são as principais afetadas em relação a mortes associadas ao uso do álcool, traduzindo como uma maior perda de pessoas economicamente ativas considerando-se um fenômeno social, representando um grave problema de saúde pública mundial, fato que tem despertado a atenção médica e sanitária de diversos países.

Alcoolismo nunca foi problema exclusivo dos adultos. Pode também acometer os adolescentes. Hoje, no Brasil, causa grande preocupação o fato de os jovens começarem a beber cada vez mais cedo e as meninas, a beber tanto ou mais que os meninos.

Diante do alcoolismo no Brasil, um estudo aponta que os adultos bebem pelo menos

uma vez ao ano, resultando em 52% da população brasileira maior que 18 anos e quando pensamos nas crianças e adolescentes, os dados são ainda mais preocupantes, pois o primeiro consumo de álcool está cada vez mais associado ao vício de outras drogas, como a maconha. É percebido ainda, que o uso de tais drogas precede a prática infracional em adolescentes de 12 anos (Souza, Mauricio,2011).

Chama a atenção a facilidade com que os jovens tiveram acesso ao álcool em festas, bares, lojas e na própria casa. A grande exposição dos adolescentes ao álcool é em parte explicada pelo fato de o álcool ser socialmente aceito e estimulado no Brasil e na maioria dos países do mundo. No caso do Brasil, a propaganda das cervejas é livre, pois a mesma não é incluída como bebida alcoólica pela legislação vigente, sob o argumento do "baixo teor alcoólico". Assim, crianças e adolescentes são continuamente expostos ao marketing destas bebidas, o que pode contribuir com as prevalências tão elevadas nesta faixa etária.

Para obter resultados na redução do uso do álcool em populações jovens e vulneráveis, torna-se importante avançar no debate regulatório, em especial a respeito da proibição da propaganda da cerveja, uma vez que esse tipo de propaganda ocasiona o estímulo ao consumo. A OMS estipulou alguns princípios básicos para o desenvolvimento e implantação de políticas do álcool em todos os níveis. Tais princípios refletem determinantes multifacetados dos efeitos nocivos do álcool e as ações devem ser trabalhadas em conjunto para a implementação de intervenções eficazes como proteger populações de alto risco e expostas aos efeitos nocivos do consumo de álcool deve ser parte integrante das políticas do álcool; Indivíduos e familiares afetados pelo uso nocivo do álcool devem ter acesso a prevenção e serviços de saúde eficazes e com preços acessíveis; crianças, adolescentes e adultos que optam por não beber têm o direito de serem apoiados no seu comportamento e protegidos das pressões para beber.(SAUDE ,2014).

Florianópolis cidade tem o maior índice de pessoas que dirigem após consumo de qualquer quantidade de bebida alcoólicas. A capital catarinense ultrapassa cidades como Curitiba e conduzem depois de beber(BISPO, 2013). De forma geral, o Sul tem alto histórico de mortes violentas no transito, muitas relacionadas com embriaguez ao volante. (Estatistica,2013) O município de Pinheiro Preto e uma zona vinícola ,existem 22 industrias de vinho, sendo um meio hostil para esta doença o levantamento foi elaborado a partir dos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do Ministério da Saúde, por sua vez, são gerados a partir do trabalho das equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, que fazem, não somente, o cadastramento das famílias e identificação da situação de saneamento e moradia, como também o acompanhamento mensal da situação de saúde de cada família cadastrada.

Pelo total de pessoas abrangidas pelo cadastro de famílias do SIAB em julho de 2013, contava com 33,1 milhões de famílias brasileiras cadastradas, nesse mesmo ano a média nacional foi de 463,45 casos e nosso munícipio 980,39 casos, observando um aumento considerável dos casos de alcoolismo.

Devido a este problema do alcoolismo no Brasil o Governo mantem programas que combatem essa doença comprometendo –se com essa política ao combate ao uso nocivo dessa substancia sendo tomadas multiplex medidas como a realização de diagnóstico sobre o consumo de bebidas alcoólicas no Brasil, através da condução de pesquisas, realização de campanhas de conscientização quanto aos danos causados pelo álcool, redução da demanda de álcool por populações vulneráveis, como exemplo crianças e adolescentes, prevenir os acidentes de trânsito correlacionados com o uso de bebidas alcoólicas, Incentivar a regulamentação, o monitoramento e a fiscalização de bebidas alcoólicas.

Posteriormente foram criadas leis sobretudo para o transito em razão do alto índice de mobilidade e mortalidade relacionados a perigosa associação do beber e dirigir. Foi alterado o Código de transito brasileiro por meio da Lei # 11.705(Lei seca) que impôs penalidades mais severas para o condutor que dirigir sob a influência do álcool, a Lei no 9.503, de 23 de setembro de 1997, que 'institui o Código de Trânsito Brasileiro' No Brasil, a propaganda das bebidas alcoólicas é regulada pela Lei n° 9.294, de 15 de julho de 1996, que faz restrições de horário, de local e de conteúdo para as peças publicitárias.(CONSULTORIA JURIDICA DO SENADO FEDERAL,2005). Além disso tem Portaria n° 23, de 9 de agosto de 2012 - Estabelece o repasse de recursos financeiros do Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde, aos estados, Distrito Federal e capitais e municípios com mais de um milhão de habitantes, para implantação, implementação e fortalecimento das ações específicas de vigilância e prevenção para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil.

O problema do uso do álcool e um problema relevante no posto de saúde de Pinheiro Preto ocorrido um aumento de esta doença desde no ano 2012 daí e é importante para nosso equipe de saúde fazer um trabalho de Intervenção educativa que tem como objetivo elevar o nível de conhecimento em adolescente entre 15 e 19 anos em nosso posto de saúde em busca de obter um impacto positivo e efetivo na diminuição em um futuro dos efeitos nocivos do álcool.

4 Metodologia

Considerando o problema selecionado para a realização de um projeto de intervenção aos adolescentes entre 15 e 19 anos pertenecentes a UBS do município de Pinheiro Preto /SC. O projeto será iniciado no mês de janeiro e acontecera até agosto de 2017. Serão convidados 40 adolescentes para participarem do estudo, se aceitarem participar serão divididos em dois grupos.

Nesta etapa o nosso objetivo é dar maior conhecimento aos adolescentes sobre o alcoolismo e seus efeitos nocivos. A intervenção prevê encontros mensais com medidas educativas para abordar a doença, fatores de risco, complicações e formas de prevenção. Serão relizadas cinco classes, uma por mês, para abordadar as principais causas ,conceito, os fatores de risco ,complicacões e ensinar os adolescentes como prevenir esta doença. No primeiro encontro, serão caracterizados de acordo com gênero, ocupação e nível de escolaridade, será aplicado um questionário com perguntas simples sobre a doença, seus fatores de risgo e formas de prevenção. Será feita uma avaliação no final de cada encontro de forma individual e no final de projeto de forma global, que é para determinar as necessidades de aprendizagem sobre o alcoolismo na população em estudo para evitar efeitos nocivos do consumo do álcool e prevenir o abuso dessa droga.

As ações a serem desenvolvidas passam a ser as seguintes:

Realizar um número de encontros mensalmente, no qual os participantes serão divididos segundo sua microárea, totalizando 7 encontros. Contaremos com apoio das agentes de saúde na divulgação da data, que terá um calendario pré estabelecido e entregue pelas agentes de saúde a cada participante do grupo. Além disso, serão realizadas 5 palestras de 40 minutos cada uma. No último encontro, serão realizados novamente o questionário com as mesmas perguntas para avaliar o conhecimento adquirido. Além das atividades supracitada, será realizada a criação de um grupo de adolescentes e lograr sua permanência para abordagem temáticas futuras.Tal atividade será realizada por profissional médico e enfermeira com um perido de um encontro mensal.

Os responsáveis pela execução do trabalho serão o médico, as técnicas de enfermagem, o enfermeiro, o psicólogo , as agentes comunitárias. As atividades acontecerão no período de janeiro à agosto de 2017.

5 Resultados Esperados

Ao final dessa posposta de interação comunitária, espera-se que os adolescentes tenham aquirido um maior conhecimento sobre o alcoolismo e os efeitos nocivos na saúde, evitando o consumo do álcool. O trabalho a ser desenvolvido pauta-se em outra intervenção já ocorrida em 2017, ao longo do curso, em que foram realizadas encontros mensais com medidas educativas para os adolescentes adstritos à ESF. Os temas abordados foram: conceito do alcoolismo, fatores de riscos,complicacões e prevenção dessa doença.

Também se realizaram um número de encontros mensais os participantes serão divididos segundo sua microárea, totalizando 7 encontros.

Neste projeto, espera-se obter maior conhecimento dos adolescentes sobre alcoolismo e suas complicões sabendo que essa doença têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida, alto grau de limitação das pessoas em suas atividades de trabalho, e de lazer, além de ocasionar impactos econômicos negativos para as famílias, as comunidades e a sociedade em geral.As complicacoes do consumo excessivo e continuado de álcool aumenta o risco de doenças do fígado, problemas gastrointestinais, pancreatites, neuropatias periféricas, problemas cardiovasculares, prejuízos cerebrais, imunológicos, anemias, osteoporose e câncer.

Espera-se também que as atividades em grupo sirvam como ponto d apoio para os adolescentes, onde possam tirar duvidas, compartilhar experiências para que se sintam cada vez mais estimulados a melhorar a saude.

Referências

ANDRADE, A. Guerra de. *Alcoolismo:Sintomas,tratamentos e causas.* Sao Paulo: Guerra deAndrade ,Artur, 2006. Citado na página 16.

BISPO, F. *Florianopolis e a cidade onde mais pessoas bebem antes de dirigir.* Florianopolis ,Santa Catarina: Fabio Bispo, 2013. Citado na página 18.

CAMPOS, V. *Alcoolismo.O que e?Quais as causas e consequencias?Como e o tratamento.* Sao Paulo: Campos .V .R, 2014. Citado na página 15.

CARVALHO, A. A. *As bebidas alcoolicas em Portugal.* Portugal: Carvalho Alvaro, 2002. Citado na página 17.

DEMOGRÁFICO, C. *Características da população e dos domicílios: resultados do universo.* Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Citado na página 9.

MADALENA, A. *Do uso ao abuso do alcool: fragmentos de vidas familiares.* Coimbra: Alarcao Madalena, 2003. Citado na página 15.

MELLO, M. L. de; BARRIAS, J. C.; BREDA, J. *Alcool e problemas ligados ao alcool em Portugal.* Portugal (Lisboa): Mello,Barrias,Breda, 2001. Citado na página 16.

OMS, O. M. da S. *Alcool:Uma breve historia.* Sao Pablo: OMS, 2006. Citado na página 17.

OMS, O. M. da S. *CID-10.* USA: OMS 2010, 2010. Citado na página 15.

OMS, O. M. da S. *Relatorio Global sobre alcool e saude.* Ginebra.Suica: OMS, 2014. Citado na página 17.