UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

EMILENE REISDORFER

Significados do uso de álcool e tabaco entre profissionais de saúde e a assistência
prestada aos usuários da Atenção Primária em Saúde

Ribeirão Preto

2013

EMILENE REISDORFER

Significados do uso de álcool e tabaco entre profissionais de saúde e a assistência prestada aos usuários da Atenção Primária em Saúde

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de pesquisa: Promoção de Saúde Mental

Orientador: Edilaine Cristina da Silva Gherardi-Donato

Ribeirão Preto

2013

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Reisdorfer, Emilene

Significados do uso de álcool e tabaco entre profissionais de saúde e a assistência prestada aos usuários da Atenção Primária em Saúde. Ribeirão Preto, 2013.

215 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientador: Edilaine Cristina da Silva Gherardi-Donato

1. Atenção Primária em Saúde. 2. Uso de álcool.
3. Tabagismo. 4. Saúde Mental. 5. Interacionismo Simbólico.

REISDORFER, Emilene

Significados do uso de álcool e tabaco entre profissionais de saúde e a assistência prestada aos usuários da Atenção Primária em Saúde

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Ao meu marido, Rodrigo Tonetto Borin

À minha mãe, Rita Hartwig Luetkemeyer

Agradecimentos

Meus eternos agradecimentos a vocês que fizeram parte deste processo. Vocês tornaram possível a realização deste trabalho e meu desenvolvimento profissional e pessoal. Muito obrigado!

Meus agradecimentos especiais:

- Profa. Dra. Edilaine Cristina da Silva Gherardi-Donato;
- Dr. Diane Kunyk;
- Prof. Dr. Rodrigo Otávio Moretti-Pires;
- Profa. Dra. Margarita Antonia Villar Luis;
- Profa. Dra. Clarissa Corradi-Webster;
- Profa. Dra. Márcia Fontão Zago;

Aos membros da banca examinadora;

A todos os meus amigos e colegas de pós graduação;

A todos os professores das disciplinas que cursei durante o Doutorado;

À direção da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto;

À Coordenação do Programa de Enfermagem Psiquiátrica;

À Universidade de Alberta - Faculty of Nursing;

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo financiamento do Doutorado e do período sanduíche no exterior;

*Nem tão longe que eu não possa ver
Nem tão perto que eu possa tocar
Nem tão longe que eu não possa crer que um dia chego lá
Nem tão perto que eu possa acreditar que o dia já chegou*

*Se eu pudesse, ao menos te contar
o que se enxerga lá do alto
Com céu aberto, limpo e claro ou com os olhos fechados
Se eu pudesse, ao menos, te levar comigo lá*

(Engenheiros do Havaii)

RESUMO

A partir de 1994, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi adotada como eixo norteador da APS no Brasil. A proximidade com a comunidade é um importante recurso para o enfrentamento dos agravos à saúde, devendo-se atentar às situações vinculadas ao sofrimento psíquico. No processo de autoconhecimento do profissional de saúde para a melhoria da qualidade da assistência prestada, torna-se importante a abordagem da relação entre o seu padrão de uso de álcool e tabaco e a assistência prestada a usuários dos serviços de saúde. Assim, este estudo pretende investigar a relação entre o padrão e significados do uso de álcool e tabaco entre profissionais de saúde e a assistência prestada nesta temática aos usuários dos serviços de Atenção Primária em Saúde (APS). Foi realizado um estudo de Métodos Mistos em cinco cidades de pequeno porte do Sul do Brasil. A primeira etapa foi um estudo transversal com 500 profissionais de saúde atuantes na Estratégia de Saúde da Família, realizado para determinar os municípios com diferentes padrões de uso, que compuseram a amostra da segunda etapa. Orientando-se pelo Interacionismo Simbólico e pela Teoria Fundamentada nos Dados, foram realizadas observações diretas e 39 entrevistas em profundidade. O fenômeno central identificado foi “Respondendo à expectativa social de que o profissional de saúde deve ser um modelo de comportamento”. Também foram identificadas as condições envolvidas “Identificando barreiras na formação para prestar assistência ao usuário de álcool e tabaco”, “Percebendo influências no significado atribuído ao próprio uso de álcool e tabaco”, “Utilizando estratégias de assistência ao usuário de álcool e tabaco”, “Definindo a atuação profissional relacionada a usuários de álcool e tabaco” e “Considerando o uso de álcool e tabaco na comunidade”. Foi possível identificar que o profissional de saúde vivencia um processo interativo de constante ressignificação dos seus conceitos a respeito do próprio uso de substâncias psicoativas, que o levam a responder a uma expectativa social de ser modelo de comportamento para a comunidade, evitando o consumo de álcool e tabaco.

Palavras chave: Atenção Primária em Saúde, Uso de álcool, Tabagismo, Saúde Mental, Interacionismo Simbólico.

ABSTRACT

Since 1994, the Family Health Strategy (FHS) was adopted as a guiding to Primary Health Care (PHC) in Brazil. The proximity to the community is an important resource for coping with health problems and should alert to situations linked to psychological distress. Despite the recognition of the FHS as an important space for the construction of assistance for tobacco and alcohol user are still some obstacles to its full structure. In the process of self-knowledge of healthcare professionals to improve the quality of care, it is important to approach the relationship between the pattern of alcohol and tobacco and the assistance to users of health services. Thus, this study aims to investigate the relationship between the patterns and the meanings of alcohol and tobacco use among healthcare professionals and the care provided on this thematic to PHC patients. Was conducted a study of Mixed Methods in five towns in Southern Brazil. The first step was a cross-sectional study with 500 health professionals working in the FHS, carried out to determine cities with different usage patterns, which comprised the sample for the second stage. Guided by the Symbolic Interactionism and Grounded Theory, direct observations were made and 39 in-depth interviews. The central phenomenon identified was "Answering to the social expectation that health professionals should be a role model." Also identified were the conditions involved "Identifying barriers in training to assist the user of alcohol and tobacco", "Realizing influences the meaning ascribed to own use of alcohol and tobacco", "Using strategies for assistance of alcohol and tobacco", "Defining the professional activities related to tobacco and alcohol users" and "Considering the use of alcohol and tobacco in the community." It was possible to identify the health professional experiences an iterative process of constant redefinition of their own concepts about the use of psychoactive substances, which cause them to respond to a social expectation of being role models for the community, avoiding alcohol consumption and tobacco.

Keywords: Primary Health Care, Alcohol Use, Tobacco Use, Mental Health, Symbolic Interacionism.

RESUMEN

Desde 1994, la Estrategia de Salud de la Familia (ESF), fue adoptado como guía la APS en Brasil. La proximidad a la comunidad es un recurso importante para hacer frente a los problemas de salud y debe estar alerta a situaciones relacionadas con problemas psicológicos. En el proceso de auto-conocimiento de los profesionales de la salud para mejorar la calidad de la atención, es importante abordar la relación entre el patrón de alcohol y tabaco y asistencia a los usuarios de los servicios de salud. Por lo tanto, este estudio tiene como objetivo investigar la relación entre el patrón y el significado de alcohol y tabaco entre los profesionales de la salud y la atención prestada a este servicio los usuarios temático Salud Primaria de Salud (APS). Hemos llevado a cabo un estudio de métodos mixtos en cinco pequeñas ciudades en el sur de Brasil. El primer paso fue un estudio transversal con 500 profesionales de la salud que trabajan en la Estrategia Salud de la Familia, que se celebró para determinar las ciudades con los patrones de uso diferentes, que formaron la muestra para la segunda etapa. Guiados por el Interaccionismo Simbólico y la Teoría Fundamentada, observaciones directas fueron hechas y 39 entrevistas en profundidad. El fenómeno central se identificó "En respuesta a la expectativa social que los profesionales de la salud deben ser un modelo a seguir." También se identificaron fueron las condiciones que intervienen "Identificación de las barreras en materia de formación para ayudar al usuario de alcohol y tabaco", "Comprendiendo influye en el significado atribuido al propio uso de alcohol y tabaco", "Uso de las estrategias de asistencia al usuario de alcohol y el tabaco" "Definición de las actividades profesionales relacionadas con los consumidores de tabaco y alcohol" y "Teniendo en cuenta el uso de alcohol y tabaco en la comunidad". Fue posible identificar al profesional de la salud experimenta un proceso iterativo de redefinición constante de sus propios conceptos sobre el uso de sustancias psicoactivas, que causan a responder a una expectativa social de ser modelos a seguir para la comunidad, evitando el consumo de alcohol y tabaco.

Descriptores: Atención Primaria de Salud, Uso de alcohol, Uso de tabaco, Salud Mental, Interaccionismo Simbólico.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Comparação entre os critérios para dependência do DSM-IV e CID-10.	32
Quadro 2 – Exemplo de Codificação Preliminar na TFD.....	57
Quadro 3 – Categorias e subcategorias da TFD - 2012.....	77

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Tipo de unidades de ESF e Cobertura populacional por município.	50
Tabela 2 – Número de Profissionais da ESF por município - 2012.....	50
Tabela 3 – Dados Sócio-Demográficos dos municípios da AMAUC - 2012.....	62
Tabela 4 - Perfil sócio-demográfico dos profissionais da ESF da região da AMAUC - 2011.	66
Tabela 5 – Características da amostra relacionadas a condições de saúde dos profissionais da ESF da região da AMAUC - 2011.	67
Tabela 6 - Análise Descritiva do Uso de Tabaco e Álcool dos profissionais da ESF da região da AMAUC - 2011.....	68
Tabela 7 – Caracterização sócio-demográfica dos profissionais da ESF da região da AMAUC - Etapa Qualitativa - 2012	71

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Desenho do estudo explanatório sequencial.	47
Figura 2 – Mapa de Santa Catarina e Região do Alto Uruguai Catarinense.	48
Figura 3 – Mapa da Região do Alto Uruguai Catarinense.....	48
Figura 4 - Processo de Análise de Dados na TFD.....	56
Figura 5 – Diagrama do Código Conceitual “Abordando a Família do usuário de álcool” - Atlas.ti.	58
Figura 6 – Construção dos Significados atribuídos ao uso de álcool e tabaco.	73
Figura 7 - Considerando o uso de álcool e tabaco na comunidade.	78
Figura 8 – Percebendo influências no significado da abordagem ao usuário de álcool e tabaco.	104
Figura 9 –Identificando barreiras na formação para prestar assistência ao usuário de álcool e tabaco.	125
Figura 10 – Utilizando estratégias de assistência ao usuário de álcool e tabaco.	130
Figura 11 – Definindo a atuação profissional relacionada a usuários e álcool e tabaco.....	151
Figura 12 – Modelo Paradigmático: Respondendo à expectativa social de que o profissional de saúde deve ser um modelo de comportamento.	165
Figura 13 – Construção dos significados atribuídos ao uso de álcool e tabaco e modelo paradigmático.	171
Figura 14 - Fatores que também influenciam a assistência ao usuário de álcool e outras drogas.....	182

SUMÁRIO

1. Introdução	13
2. Revisão da Literatura	20
2.1 - Fatores relacionados ao uso de álcool e tabaco entre profissionais de saúde	20
2.2 - Fatores relacionados à assistência em saúde relacionada ao uso de álcool e tabaco na Atenção Primária em Saúde.	22
2.3 - O Trabalhador da Estratégia de Saúde da Família	25
2.4 - Uso de Substâncias Psicoativas	28
3. Material e Método.....	36
3.1 - Abordagem Teórica.....	36
3.1.1 - Método Misto	36
3.1.2 - Teoria Fundamentada nos Dados e o Interacionismo Simbólico.....	40
3.2 - Abordagens Metodológica.....	45
4. Resultados	60
4.1 Aspectos Históricos e Caracterização Geral dos Municípios.....	60
4.2 Etapa Quantitativa.....	65
4.3 Etapa Qualitativa	70
4.3.1 Significados atribuídos ao uso de álcool e tabaco pelos profissionais de saúde	73
4.3.2 Descrição das Categorias e Subcategorias.....	76
4.3.2.1 Considerando o Uso de Álcool e Tabaco na Comunidade	77
4.3.2.2 Percebendo influências no significado da abordagem ao usuário de álcool e tabaco	103
4.3.2.3 Identificando barreiras na formação para prestar assistência ao usuário de álcool e tabaco	123
4.3.2.4 Utilizando estratégias de assistência ao usuário de álcool e tabaco	129
4.3.2.5 Definindo a atuação profissional relacionada a usuários e álcool e tabaco	150
4.3.2.6 Fenômeno central e Modelo Paradigmático Final	163
5. Discussão.....	166
6. Considerações Finais.....	191
7. Referências Bibliográficas	196
8. Anexos.....	206

1. Introdução

A assistência em saúde no Brasil passou por profundas modificações nos últimos 20 anos, após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Uma das principais transformações ocorridas foi a valorização e priorização da Atenção Primária em Saúde (APS) como espaço preferencial para a realização da assistência em saúde. Anteriormente, a atenção à saúde era prestada principalmente em ambientes hospitalares, baseada num modelo médico-assistencial privatista.

A Atenção Primária à Saúde é complexa e demanda uma intervenção ampla em diversos aspectos para que se possa ter efeito positivo sobre a qualidade de vida da população, necessita de um conjunto de saberes para ser eficiente, eficaz e resolutiva¹.

A difusão da noção de atenção primária é atribuída ao *Relatório Dawson*, elaborado pelo Ministro de Saúde do Reino Unido, que em 1920 a associou com a idéia de regionalização e hierarquização dos cuidados¹.

Porém, somente na década de sessenta, com a crise determinada pela expansão de serviços cada vez mais especializados é que surge nos Estados Unidos um movimento em favor da medicina ou saúde comunitária, com duas vertentes principais, de um lado os Departamentos de Medicina Social e Preventiva de centros universitários, e de outro, o contexto da “guerra à pobreza” desencadeada pelo Governo Federal².

A Declaração de Alma-Ata, datada de 1978, traz um arcabouço legal para a discussão, e aponta a APS como a principal estratégia para o alcance da promoção e assistência à saúde para todos os indivíduos, intenção que fica clara no seu lema “Saúde para Todos no ano 2000”³.

Segundo o clássico conceito de Bárbara Starfield¹ a Atenção Primária em Saúde

é definida como o primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária e da

competência cultural dos profissionais.

Além do conceito, a autora coloca os atributos essenciais da APS: o acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, a continuidade e a integralidade da atenção e a coordenação da atenção dentro do sistema.

A partir de 1994, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi adotada como eixo norteador da APS no Brasil, sendo entendida como uma estratégia de reorientação do modelo técnico assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Desde então, observa-se uma mudança na atenção a saúde oferecida no SUS, em busca de uma maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e produção de resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas pelas equipes de saúde da família.

Dentro da proposta de operacionalização da ESF, um dos principais diferenciais é a composição e modo de trabalho da equipe. Trata-se de uma equipe multiprofissional, composta minimamente por um médico, um enfermeiro, um ou dois técnicos em enfermagem e de 6 a 8 agentes comunitários de saúde. Esta equipe mínima pode ser ampliada de acordo com as necessidades locais, podendo ser implantada também a equipe de Saúde Bucal, composta por um cirurgião dentista e um auxiliar de consultório dentário ou um técnico em higiene dental⁴.

O trabalho é interdisciplinar e cada equipe deve se responsabilizar pelo acompanhamento de, aproximadamente, 3 mil pessoas de uma determinada área, tendo co-responsabilidade no cuidado à saúde. A atuação das equipes ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade e pressupõe uma relação longitudinal com vínculo e responsabilização⁵.

Outra importante premissa do trabalho da ESF é a integralidade, definida como a prestação de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adscrita, aliada à responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e ao reconhecimento adequado aos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças¹.

Considerando-se a interdisciplinaridade e a integralidade inerentes ao processo de trabalho, a ESF vem se mostrando como instrumento essencial do processo de transformação da assistência em saúde em todos os ciclos vitais, uma vez que possibilita maior aproximação entre usuário, família, comunidade e profissionais de saúde.

Essa proximidade é um importante recurso no que se refere ao enfrentamento dos agravos à saúde de uma maneira geral, porém deve-se atentar às situações vinculadas ao sofrimento psíquico, que vêm se mostrando extremamente freqüentes, e ainda pouco tratadas neste nível de atenção⁶.

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que os transtornos mentais de cerca de 450 milhões de pessoas ainda estão longe de receberem a mesma relevância dada à saúde física, sobretudo nos países em desenvolvimento. No Brasil, estima-se que a prevalência de transtornos mentais severos persistentes seja de 3%, e de dependentes químicos gire em torno de 6%⁷.

O uso de substâncias psicoativas lícitas, como álcool e tabaco, vem ganhando destaque nas agendas das políticas públicas de saúde mundiais por se configurarem como as principais drogas de abuso da atualidade⁸ e por suas conseqüências danosas para a saúde. Com relação ao tabaco, a Organização Mundial da Saúde estima que um terço da população mundial adulta seja fumante, sendo 47% de toda a população masculina e 12% da população feminina⁹. Dados de um estudo realizado com a população adulta nas 27 capitais estaduais brasileiras e Distrito Federal mostram uma prevalência média de fumantes ativos de 16,1%. A prevalência foi maior nos entrevistados do sexo masculino (20,5%) quando comparados àqueles do sexo feminino (12,4%) e foi particularmente alta entre aqueles com até oito anos de escolaridade¹⁰.

Quanto ao uso de álcool, os países do norte e leste europeu e de certas regiões da América apresentam os maiores níveis de consumo per capita de álcool, enquanto os menores valores são observados nos países do mediterrâneo¹¹. No Brasil, em 2007, 48% da população era abstêmia, 23% bebiam freqüentemente e 29% eram usuários pouco freqüentes¹². Quanto à dependência de álcool, em 2005, a prevalência estimada era de 12,3%¹³.

No atendimento específico ao usuário de álcool e tabaco, a atenção da equipe de saúde da família tem um papel de extrema importância, pois é no território vivido que se desenvolvem as condições para o surgimento da de problemas relacionados ao uso destas substâncias. Estes profissionais também têm maior acesso às famílias, e assim podem conhecer as condições de vida e descobrir as necessidades e possibilidades de atuação com estratégias de promoção da saúde e prevenção de agravos.

A inserção de práticas de saúde mental na atenção primária evidencia a busca pela regionalização e redirecionamento do cuidado, numa perspectiva de atenção integral e humanizada aos indivíduos, em articulação com profissionais e serviços já inseridos nos territórios. Recentemente, com a implantação dos NASFs – Núcleos de Apoio à Saúde da Família –, vislumbra-se a possibilidade de se ter profissionais de saúde Mental nessas equipes, o que evidencia uma mudança de perspectiva para a Saúde Mental na APS, buscando o compartilhamento do cuidado com as equipes de Saúde da Família⁶.

Além da ESF, existem outros dispositivos criados para ampliar o atendimento ao usuário de álcool e tabaco e ao dependente de substâncias psicoativas, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Trata-se de espaços de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida.

O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos¹⁴. O CAPS também tem como função a realização de atividades de matriciamento junto às unidades básicas de saúde localizadas na sua área de abrangência, assim como o NASF.

Existem diferentes tipos de CAPS, que atendem segmentos específicos da população: CAPS I e CAPS II - atendem adultos com transtornos mentais severos e persistentes; CAPS III - atendimento diurno e noturno de adultos com

transtornos mentais severos e persistentes; CAPSi: atende crianças e adolescentes; CAPSad: atende pessoas com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

Os CAPSad devem oferecer atendimento diário, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua. Possibilitam ainda intervenções preventivas precoces em pessoas que ainda não desenvolveram a dependência química, limitando o estigma associado a tal situação. Assim, a rede proposta se baseia nestes serviços comunitários, apoiados por leitos psiquiátricos em hospitais gerais e outras práticas de atenção comunitária, de acordo com as necessidades da população-alvo¹⁵.

Existem algumas especificidades quanto ao tratamento do tabagismo, que pode ser realizado em unidades básicas de saúde ou unidades especializadas. As duas grandes abordagens que têm recebido apoio graças às evidências obtidas pelos estudos e publicações sobre o grau de eficácia na cessação de fumar: a abordagem cognitivo-comportamental e o uso de alguns medicamentos¹⁶.

Apesar do reconhecimento da ESF como espaço importante para a construção da assistência ao usuário de tabaco e álcool, ainda encontram-se alguns empecilhos à sua plena estruturação, como a tendência à medicalização dos sintomas, não percepção dos diferentes padrões de uso do álcool e tabaco (uso de baixo risco e uso de risco) como um problema de saúde, a dificuldade de estabelecer de fato serviços de referência e contra-referência, sendo fortemente relacionados ao despreparo subjetivo dos profissionais para lidar com conteúdos ligados ao sofrimento psíquico e às necessidades subjetivas no cotidiano da assistência¹⁷.

No processo de autoconhecimento do profissional de saúde para a melhoria da qualidade da assistência prestada, torna-se importante a abordagem da relação entre o seu padrão de uso de álcool e tabaco, e a assistência prestada a usuários dos serviços de saúde. A partir do momento em que o profissional se reconhece como indivíduo usuário, ou abstinente, destas substâncias, sua percepção sobre as necessidades das pessoas usuárias pode ser modificada.

Existem poucos estudos que abordam o uso de álcool e tabaco entre profissionais atuantes na Atenção Primária em Saúde (APS), sendo que os encontrados referem-se, principalmente ao uso de tabaco. A maior ênfase das pesquisas é sobre o uso de álcool e tabaco entre estudantes universitários da área da saúde¹⁸⁻²¹. Além disso, não foram localizados estudos que avaliem a relação entre o padrão de uso de álcool e tabaco entre profissionais atuantes na APS e a assistência prestada usuários de serviços de saúde.

Torna-se importante estudar o padrão de uso de álcool e tabaco entre trabalhadores de saúde para melhor compreender a relação entre o seu uso e a assistência prestada aos usuários dos serviços de saúde nesta temática, melhorando assim o entendimento sobre como os fatores subjetivos das pessoas envolvidas no cuidado podem interferir na assistência por eles prestada.

Estudar o uso de drogas, especificamente por profissionais atuantes na ESF, pode contribuir para um aprofundamento no conhecimento sobre os fatores que influenciam a assistência, neste modelo assistencial que é recente na realidade brasileira. Também é possível fornecer subsídios para possíveis ações que contribuam para a melhoria da assistência prestada a pessoas usuárias de álcool e tabaco neste contexto assistencial.

Assim, este estudo pretende investigar a relação entre o padrão e significados do uso de álcool e tabaco entre profissionais de saúde e a assistência prestada nesta temática aos usuários dos serviços de Atenção Primária em Saúde (APS). Entende-se que o padrão de uso destas substâncias entre os profissionais de saúde poderia interferir na assistência prestada e nesta perspectiva nos interessa conhecer melhor esta relação.

Neste sentido, as perguntas que este estudo pretende responder são: Qual a prevalência e os fatores associados ao uso de álcool e tabaco entre trabalhadores da APS? Qual é o significado atribuído ao uso de álcool e tabaco por profissionais de saúde e à assistência prestada nesta temática na APS?

Objetivos

Geral

Descrever o padrão de uso de álcool e tabaco dos profissionais de saúde e analisar o significado atribuído pelos profissionais de saúde a este uso e à assistência prestada nesta temática na APS.

Específicos

1 - Descrever a prevalência e fatores associados ao uso de álcool e tabaco entre profissionais de saúde da APS;

2 – Analisar a relação entre os padrões de uso de álcool e tabaco e os significados atribuídos ao uso destas substâncias pelos profissionais de saúde da APS;

3 - Analisar os significados atribuídos à assistência prestada aos usuários de álcool e tabaco na APS;

4 - Identificar modelo teórico representativo dos significados do uso de álcool e tabaco entre profissionais de saúde da APS.

2. Revisão da Literatura

O marco teórico conceitual deste estudo foi construído a partir de considerações sobre os fatores relacionados ao uso de álcool e tabaco entre trabalhadores da saúde e fatores relacionados à assistência em saúde ao usuário de álcool e tabaco. A partir da revisão da literatura existente sobre o tema, foi possível identificar estes dois pontos como conceitos de sensibilização, essenciais para a formulação da teoria e análise conjunta dos dados.

2.1 - Fatores relacionados ao uso de álcool e tabaco entre profissionais de saúde

Atender às pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e tabaco é uma tarefa muito complexa, pois envolve, além de conhecimentos técnicos, uma vinculação pessoal, diretamente relacionada às crenças e percepções pessoais que os profissionais tem a respeito do uso destas substâncias²².

O processo de formação de vínculo entre o profissional de saúde e o usuário é complexo, pois inclui duas pessoas e suas representações mútuas, ou seja, como uma percebe a outra pelos processos de comunicação e aprendizagem. Todo o vínculo compreendido desta maneira pressupõe a existência de um emissor, um receptor, uma codificação e uma decodificação da mensagem. O vínculo é, contudo, um fenômeno existente nas duas pessoas envolvidas em cada relação e influenciado pelas vinculações vivenciadas anteriormente por estas²³.

Alguns estudos apontam o importante papel dos profissionais de saúde como modelos para as pessoas por eles atendidas²⁴⁻²⁵. Na perspectiva do uso de álcool e tabaco, este papel parece ainda mais relevante, pois, algumas pessoas podem ter dificuldades em aceitar que uma pessoa que seja usuária de álcool ou tabaco seja seu terapeuta²⁶⁻²⁸.

Apesar disso, há que se observar esta situação com bastante cuidado, já que além do papel de terapeuta, o profissional de saúde usuário de álcool ou

tabaco também é uma pessoa com inserção social por vezes semelhante à daquela que busca tratamento, portanto, sujeita às mesmas influências socioeconômicas, tão importantes na determinação do uso de substâncias psicotivas.

A importância do autoconhecimento do profissional de saúde, buscando identificar suas próprias crenças, valores e preconceitos em relação ao uso de álcool e tabaco, e aos usuários, adquire destacada relevância, pois estes aspectos podem estar pouco evidentes, mas podem se manifestar através do comportamento ou das abordagens no momento do cuidado, bem como na orientação ao usuário de drogas e seus familiares²⁹.

Com relação ao trabalho do médico de família e comunidade, um estudo apontou que estes profissionais passam por situações facilitadoras para dependência de drogas, como fácil acesso aos medicamentos, perda do tabu em relação a injeções, estresse no trabalho e em casa, auto-administração no tratamento para dor e para o humor, fadiga crônica, onipotência e padrão de prescrição exagerada. Os médicos trabalham de forma independente, com postura geralmente controladora, falsa sensação de que “podem cuidar de si mesmos, que sabem o que estão fazendo”³⁰.

Em um estudo realizado com médicos alemães, em 2006, foi encontrado um uso maior de álcool entre os homens, entretanto, em ambos os sexos, o consumo médio foi maior que o recomendado. Além disso, o uso de risco e uso abusivo de álcool também foram investigados, sendo um problema não apenas para a população em geral, mas também entre os profissionais de saúde³¹.

No mesmo estudo, os pesquisadores apontam que, quanto ao uso de tabaco, a prevalência de uso (25%) é menor que a encontrada tanto na Alemanha (30%) quanto em estudos realizados considerando a Europa (32%)³¹. Apesar disso, os autores apontam que o ensino médico sobre os riscos do tabagismo parecem não ser suficientes para levar a um comportamento não fumante.

Um estudo realizado com médicos, enfermeiros, dentistas e farmacêuticos norte-americanos, apontou que os dentistas apresentam um maior consumo de álcool, entretanto o padrão de uso dos enfermeiros

apresenta maior impacto no trabalho. O uso de álcool também está relacionado com a idade, às pessoas mais velhas apresentaram uma prevalência de dependência de álcool maior que os jovens³².

Um fator importante a ser considerado a respeito do uso de substâncias psicoativas por trabalhadores é o estresse. O uso de álcool pode ser considerado uma estratégia de “coping” ou enfrentamento (conjunto de estratégias utilizadas no intuito de promover a adaptação a uma circunstância estressora³³), utilizada no sentido de resolver situações aversivas no âmbito público ou privado. Também é um fator importante na iniciação e manutenção do uso de substâncias psicoativas, relacionando-se também com a recaída³⁴.

A reflexão sobre as características de consumo dessas substâncias por profissionais de saúde aproxima-os de seus clientes, considerando-os como seres humanos potencialmente influenciados pelas mesmas condições daqueles aos quais presta assistência de saúde.

2.2 - Fatores relacionados à assistência em saúde relacionada ao uso de álcool e tabaco na Atenção Primária em Saúde.

Os profissionais que prestam assistência à saúde mental são, além de indivíduos com treinamento específico na área da saúde, pessoas sujeitas a expressão de preconceitos e pré-julgamentos, correspondentes a sua história e sua determinada inserção social. Assim, ainda é predominante nestes profissionais o enfoque em ações curativas, centradas na doença e individuais, que desconsideram a realidade e o contexto sociocultural familiar, apesar das recentes modificações propostas pelo Sistema Único de Saúde³⁵.

No processo de formação e educação permanente em saúde, a temática do uso de álcool e tabaco é raramente abordada. Quando este assunto é trazido para discussão, normalmente é através de conteúdos estanques e reducionistas, focando no diagnóstico e tratamento medicamentoso, dificilmente questões relacionadas a fatores sociais, culturais e econômicos do uso destas substâncias são discutidos com estes profissionais³⁶.

De uma maneira geral, os usuários de substâncias psicoativas são vistos como pessoas possivelmente violentas, por conseguinte, há desejo de

distância social destes indivíduos³⁷. Os profissionais de saúde, por vezes, estão inseridos em ambientes de trabalho distintos daqueles em que vivem e onde estabelecem suas relações sociais, fato que exerce grande influência no modo como o profissional percebe o usuário de drogas que irá atender³⁸. Apesar de não compartilharem o mesmo ambiente de vivência diária, os profissionais de saúde são estimulados a desenvolver a empatia, como uma forma de ampliar a compreensão sobre os problemas dos usuários dos serviços.

Um estudo realizado em unidades básicas de saúde finlandesas, em 2003, apontou os principais motivos pelos quais os profissionais de saúde não questionam o uso de drogas durante os atendimentos: uso de drogas era visto como um assunto muito íntimo, não devendo ser abordado a não ser que o paciente questione; muitas vezes o profissional já sabe do problema, por relatos de familiares ou outros membros da equipe, mas sente que deve esperar uma abertura do paciente para tocar no assunto; os profissionais questionavam o uso de drogas de acordo com a aparência da pessoa; relataram ausência de conhecimento e ferramentas para avaliar o problema; baixa expectativa de resultado do tratamento e falta de tempo³⁹.

Outro estudo, realizado nos Estados Unidos da América em 2006, procurou identificar o conteúdo das orientações feitas por profissionais da saúde a pessoas que apresentam consumo abusivo de álcool. Os três temas que emergiram destas consultas foram: os pacientes falaram sobre o uso de álcool, mas os profissionais não exploraram estas informações; as orientações sobre uso de álcool foram vagas e/ou houve tentativas de contrastá-las com orientações relacionadas ao uso de tabaco, por ser mais comum e de fácil compreensão e por terem menor estigma social; o desconforto por parte do profissional foi evidente durante o período de orientação⁴⁰.

O estigma de ser usuário de álcool e tabaco pode causar o afastamento do indivíduo dos serviços de saúde devido ao enfrentamento crônico com situações estressantes nestes ambientes. Como uma barreira para o serviço de saúde, o estigma pode afetar a saúde física e mental dos usuários por impedir a entrada no serviço de saúde, reduzindo as chances de tratamento tanto da dependência quanto de possíveis comorbidades⁴¹.

Muitas pessoas que apresentam problemas relacionados ao uso de álcool e tabaco poderiam ter sua qualidade de vida melhorada através de um tratamento específico, porém nunca o iniciam ou interrompem precocemente. Um dos elementos que pode explicar esta situação é o ambiente social, em que um indivíduo evita a busca por serviços de saúde mental pelo medo de sofrer algum preconceito, pois conhece as crenças dos profissionais de saúde sobre sua condição⁴². As unidades de saúde da família são vistas pelos usuários como espaços destinados ao tratamento de doenças, ainda muito centrado na figura do médico⁴³. Como a dependência química ainda não é percebida como doença, mas sim como uma condição moral e de “escolha” própria, estes serviços ainda não são vistos como adequados a este tipo de tratamento.

De uma maneira geral, um dos primeiros serviços de saúde procurados pelos usuários de álcool e tabaco, mesmo que por causas clínicas relacionados direta ou indiretamente ao uso da substância, é a Estratégia de Saúde da Família (ESF), por ser um recurso de fácil acesso e próximo a sua residência. Entretanto, a atenção básica, nem sempre oferece condições favoráveis para realizar o atendimento ao usuário de drogas, por vezes, a falta de recursos e/ou capacitação acabam por prejudicar o desenvolvimento de uma ação integral pelas equipes⁴⁴. Embora os profissionais da ESF tenham suas atividades previamente estabelecidas, diante do fenômeno drogas, é possível que haja influência de seus padrões morais, sociais e culturais, fortemente enraizados em suas condutas⁴⁵.

Neste sentido, um estudo realizado no Brasil, em 2011, apontou que ainda não há clareza das equipes da ESF em relação a como deve ser o cuidado integral ao usuário que demanda atenção na área de saúde mental, e isso pode representar um obstáculo ao estabelecimento de uma rede de atenção efetiva⁶.

Devido às suas características intrínsecas, a assistência ao usuário de álcool e tabaco exige contato direto com a família e a comunidade, além de embasamento teórico que transite por vários campos do saber, de tal modo que a abordagem a esta questão não se dê de forma tangencial ou focal, desconsiderando os diversos aspectos que o tema encerra²².

Em estudo realizado com enfermeiros da região amazônica brasileira, Moretti-Pires (2011)³⁵ encontrou que o uso de álcool é visto apenas como uma doença e o enfoque principal da assistência é o tratamento da dependência, desconsiderando os demais padrões possíveis de uso do álcool como problemáticos. Também coloca que para os entrevistados, os indivíduos acometidos não têm domínio sobre suas ações e negam a doença. O estudo conclui que a falta de formação e educação permanente comprometem seriamente as ações relacionadas ao uso de álcool e outras temáticas na APS.

Ainda, a falta de conhecimentos sobre o tema pode ser atribuída às atitudes negativas, pois profissionais apresentam maior contato com esses usuários tendem a apresentar mais habilidades do que aqueles que tem pouco ou nenhum contato, além de mostrarem atitudes mais positivas e melhor conhecimento sobre a temática. Assim, as atitudes negativas podem estar relacionadas ao pouco interesse no ensino, durante a formação desses profissionais, e por não terem tido contato com essa problemática durante sua vida profissional⁴⁶.

2.3 - O Trabalhador da Estratégia de Saúde da Família

Nos últimos 30 anos houve uma profunda alteração na relação de trabalho no setor público de saúde. Na década de 70, a maioria dos empregos no setor eram oferecidos pelo governo federal, já nos anos 2000 65% das vagas encontravam-se nos municípios. O mercado de trabalho em saúde é um mercado com características próprias, configurando-se em um mercado de profissionais especializados, uma vez que em qualquer atividade exercida na saúde pressupõem-se profissionais com qualificação específica, seja ela formal ou empírica⁴⁷.

Apesar disso, de um modo geral, a lógica que orienta a organização do trabalho na saúde é semelhante ao modelo hegemônico que rege as relações de trabalho dos trabalhadores das demais áreas da economia, porém com algumas peculiaridades. O objeto e os instrumentos de trabalho são redefinidos constantemente, pois o processo de conformação do perfil de competências e

habilidades necessárias ainda está em formulação, por ser um campo relativamente novo de atuação profissional⁴⁸.

Na discussão sobre o processo de trabalho em saúde, há que se reconhecer a singularidade de se produzir em ato e na relação com o outro e considerar que a precarização/flexibilização das relações de trabalho na saúde pode afetar o vínculo, a responsabilidade, o envolvimento e o comprometimento do trabalhador, produzindo crise no processo de trabalho, comprometendo a eficácia e a eficiência dos serviços, ao ocasionar um trabalho desvinculado do seu objeto de trabalho – o ser humano, que sempre necessitará de cuidados solidários e comprometidos com a vida humana⁴⁹.

A ESF prevê a inserção do trabalhador na comunidade, tornando-o referência para atenção à saúde da população residente em sua área de abrangência. Dessa forma, os membros da equipe da ESF atuam diretamente com pessoas que vivem em diferentes realidades, podendo desencadear a sensação de impotência, frustração e ansiedade, colocando em risco sua saúde física e emocional do profissional devido às limitações que, em muitas situações, comprometem o cuidado de saúde almejado pelo trabalhador. Esse cenário complexo exige adaptação, conhecimento e competência para implementar o cuidado⁵⁰⁻⁵¹.

Para assistir a população e enfrentar o dinamismo dos problemas, os membros das equipes de saúde da família necessitam perfis profissionais próprios para esse tipo de atividade para reduzir o risco de gerar sofrimento e estresse⁵². Algumas destas características são a capacidade de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade e de articular os diversos setores envolvidos na promoção da saúde⁵³.

Apesar do reconhecimento destas necessárias características, o processo de formação dos profissionais que irão atuar na ESF ainda está centrada no modelo biomédico, que supervaloriza as especialidades, dando maior ênfase na doença que na saúde³⁶.

Em um estudo realizado com médicos da ESF em 2010, foi encontrado que a principal motivação para o desempenho desta função foi a possibilidade

de receber uma remuneração melhor, associada à insatisfação com o exaustivo trabalho anterior, quer em razão do excessivo número de consultas ou do ritmo intenso dos plantões da emergência⁵⁴.

A observação da realidade sanitária das USF realizada por Oliveira⁵⁵ aponta que uma das principais limitações da ESF são as condições de trabalho, tanto materiais quanto estruturais, que não condizem com as necessidades da população, nem com os ideais do SUS, comprometendo tanto a qualidade da assistência como a motivação dos profissionais que trabalham no PSF.

Dados de um estudo realizado pelo Ministério da Saúde (2004)⁴ apontam alguns indicadores da precarização do trabalho em saúde. Entre eles, destaca-se a questão do pequeno tempo de permanência dos profissionais nas equipes, fato que pode se constituir em fator limitante para o trabalho, dificultando desde a qualificação dos profissionais até o desempenho das ações, tendo em vista a necessidade de adesão e incorporação de novos valores e o exercício de novas práticas de saúde.

Uma das possíveis explicações para esta alta rotatividade pode ser a precarização dos vínculos trabalhistas. A fragilidade das modalidades de contratação pode comprometer a dedicação dos profissionais, com conseqüências negativas para a qualidade do trabalho das equipes de saúde, pois os profissionais não conseguem estabelecer vínculos efetivos com a população de referência devido à falta de tempo e motivação.

A política neoliberal de flexibilização da inserção do trabalhador no mundo do trabalho produz efeitos deletérios no SUS. Verifica-se um volume considerável de contratações de serviços por terceirização ou contratos temporários, que prejudicam o adequado desenvolvimento das atividades esperadas da ESF e geram insegurança para o trabalhador⁴⁷.

O trabalho precário em saúde tem sido identificado como um obstáculo para o desenvolvimento do sistema público de saúde. Essa questão compromete a relação dos trabalhadores com o sistema e prejudica a qualidade e a continuidade dos serviços essenciais prestados pelo SUS.

Alguns fatores foram apontados como possíveis contribuintes para a fixação profissional na ESF: melhor comunicação e proximidade entre nível local e gestão, estabilidade de vínculo empregatício por meio de concurso público, fixação dos recursos humanos, salários justos, flexibilidade do horário de trabalho, capacitação e treinamento para todos os profissionais, número adequado de usuários por equipe, divisão correta da área de atuação da equipe, coibir interferência político-partidária na contratação de profissionais, selecionar perfil e promover a identificação dos outros profissionais com a proposta de trabalho, valorização profissional, recursos materiais suficientes, educação permanente, autonomia do enfermeiro nas condutas, diminuir a cobrança e a pressão por produtividade/atingir cotas estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde, avaliação profissional por desempenho⁵⁶.

O processo de trabalho e o mundo de trabalho estão se transformando de forma significativa, alterando a forma de inserção e os vínculos de trabalho, a forma de remuneração e muito fortemente o modo de trabalhar configurando-se em arenas competitivas, individualizadas em ambientes pouco saudáveis para se trabalhar.

2.4 - Uso de Substâncias Psicoativas

O uso de drogas acompanha a história da humanidade desde os tempos mais remotos, sendo que a percepção das mesmas como benéficas ou nocivas varia em função da época, da cultura e dos padrões em que seu uso se insere. Neste sentido, é notável a diferença de significados atribuídos ao uso de diferentes tipos de substâncias, algumas tem seu uso permitido e até estimulado, enquanto outras são proibidas e carregadas de estigma⁵⁷.

Assim, o uso de substâncias psicoativas como configurado atualmente, não se instalou por acaso, mas em decorrência de interesses econômicos, políticos e até científicos, os quais, juntamente com o contexto histórico-cultural foram delineando o modo como a sociedade atual lida com este fenômeno⁵⁸.

2.4.1 - Uso de Álcool

O uso de álcool está associado a diversos fatores, desde econômicos, culturais, ambientais, biológicos, psicológicos e sociais, que atuam simultaneamente para influenciar a tendência de qualquer pessoa vir a usar álcool e isto se deve à interação entre o álcool, o sujeito e o meio em que está inserido. Estes fatores influenciam de diferentes maneiras o modo como as pessoas bebem, podendo apresentar-se como protetores ou de risco.

Neste sentido, é preciso compreender os modos moralizantes de representação do uso de álcool: seus efeitos sobre a construção das relações sociais e sua atribuição como fator dissolvente de unidades sociais fundamentais, como a família, ou perturbador do exercício de papéis básicos, como o de trabalhador e esposo⁵⁹.

Em consonância com esse pensamento, Mota (2004) defende que, embora o álcool, de certa forma, seja considerado um agente produtor de sociabilidade - um dos significados da bebida em nossa sociedade - ao qual se atribui um valor positivo, ele se torna, para uma parcela da população, um agente de dissociação, um fator que gera rupturas no campo das relações sociais, na família e no trabalho⁶⁰.

Com relação aos fatores associados ao uso de álcool no Brasil, foi encontrada associação entre alta renda e consumo abusivo de álcool⁶¹⁻⁶². Entretanto a maior parte dos estudos encontra altos níveis de consumo médio no nível socioeconômico mais elevado e altos níveis de uso abusivo em estratos de renda mais baixos⁶³⁻⁶⁴.

Além disso, as condições de trabalho também tem sido associada ao consumo de álcool. Resultados de uma pesquisa realizada em Hong Kong mostraram que estar empregado no setor industrial é fator de risco para uso abusivo de álcool⁶⁵. A cor da pele também apresenta associação com uso de álcool, e, de acordo com diversos estudos, ter a cor preta ou parda representa fator de risco para uso abusivo de álcool^{64, 66}.

O fator escolaridade influencia o consumo de álcool, sendo que as maiores prevalências de uso abusivo de álcool têm sido encontradas em pessoas com nível educacional mais baixo^{61, 66-67}. O estado civil também está

relacionado com o uso de álcool, apresentando um maior consumo as pessoas solteiras⁶⁵.

Em meados do século XX, ocorreu a ampliação dos conceitos e um melhor entendimento quanto aos problemas relacionados ao uso de álcool. A dependência passou a ser entendida como mais um dos problemas causados pelo uso excessivo do álcool, já que a maioria dos usuários não se tornava dependente, mas muitos sofriam outras consequências do uso⁶⁸.

Apesar desta ampliação de conhecimentos sobre a dependência de álcool, ainda existem muitas incertezas conceituais considerando os diferentes fatores que envolvem essa questão. Para se obter uma linguagem comum no diagnóstico de doenças, atualmente são utilizados sistemas com critérios úteis na padronização de observações clínicas. Na área de saúde mental, os sistemas diagnósticos utilizados são a Classificação Internacional de Doenças, na sua décima revisão (CID 10) e o Manual de Diagnóstico e Estatística, na quarta revisão (DSM IV).

Estes dois sistemas apresentam algumas semelhanças e diferenças, sendo que a CID 10 classifica os usuários com problemas em “uso nocivo” ou “dependência” e o DSM IV utiliza os termos “abuso” e “dependência”.

Assim, o uso nocivo pode ser descrito como um padrão de uso que causa prejuízo físico ou mental à saúde, que tenha causado dano real à saúde física ou mental do usuário, sem que os critérios para a dependência tenham sido preenchidos⁶⁹. O uso nocivo é definido como um padrão de uso que já está causando danos à saúde⁷⁰.

Já os critérios para a classificação de abuso, englobam também as consequências sociais e são descritos no DSM IV como: consumo contínuo, apesar dos problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes, causados ou aumentados pelos efeitos da substância; uso recorrente em situações nas quais isto representa um perigo físico; uso recorrente que resulta em negligência de obrigações do trabalho, escola ou casa e problemas recorrentes relacionados a questões legais⁷¹.

Também são utilizados com frequência outros termos acerca de problemas relacionados ao álcool, como uso e abuso. A palavra “uso” refere-

se a qualquer ingestão de álcool. O termo “uso de baixo risco de álcool” significa uso de álcool respeitando-se as orientações médicas e legais, não resultando em problemas relacionados ao álcool. Já o “uso de risco” pode ser definido como um padrão de consumo de álcool que pode trazer riscos de consequências danosas ao indivíduo, sem causar dependência. Estas consequências podem ser prejuízos à saúde física ou mental ou então consequências sociais para quem bebe e para a sociedade. O “abuso de álcool” é um termo geral usado para qualquer nível de risco, indo de uso de risco à dependência de álcool⁷⁰.

Quanto à dependência de substâncias, ambas as classificações utilizam critérios semelhantes, sendo possível uma comparação, conforme o Quadro 1:

Quadro 1 - Comparação entre os critérios para dependência do DSM-IV e CID-10.

DSM IV	CID 10
<p>Padrão mal-adaptativo de uso, levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativos, manifestados por três ou mais dos seguintes critérios, ocorrendo a qualquer momento no mesmo período de 12 meses:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos: <ol style="list-style-type: none"> (a) uma necessidade de quantidades progressivamente maiores para adquirir a intoxicação ou o efeito desejado; (b) acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade. 2. Abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos: <ol style="list-style-type: none"> (a) síndrome de abstinência característica para a substância; (b) a mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência. 3. A substância é freqüentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido. 4. Existe um desejo persistente ou esforços mal-sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso. 5. Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção e utilização da substância ou na recuperação de seus efeitos. 6. Importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso. 7. O uso continua, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância. 	<p>Três ou mais das seguintes manifestações ocorrendo conjuntamente por pelo menos um mês ou, se persistirem por períodos menores que um mês, devem ter ocorrido juntas de forma repetida em um período de 12 meses:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Forte desejo ou compulsão para consumir a substância. 2. Comprometimento da capacidade de controlar o início, término ou níveis de uso, evidenciado pelo consumo freqüente em quantidades ou períodos maiores que planejado ou por desejo persistente ou esforços infrutíferos para reduzir ou controlar uso. 3. Estado fisiológico de abstinência, quando o uso é interrompido ou reduzido, como evidenciado pela síndrome de abstinência característica da substância ou pelo uso desta ou similar para aliviar ou evitar tais sintomas. 4. Evidência de tolerância aos efeitos, necessitando de quantidades maiores para obter o efeito desejado ou estado de intoxicação ou redução acentuada destes efeitos com o uso continuado da mesma quantidade. 5. Preocupação com o uso, manifestado pela redução ou abandono das atividades prazerosas ou de interesse significativo por causa do uso ou do tempo gasto em obtenção, consumo e recuperação dos efeitos. 6. Uso persistente, a despeito de evidências claras de consequências nocivas, comprovadas pelo uso continuado quando o sujeito está efetivamente consciente (ou espera-se que esteja) da natureza e extensão dos efeitos nocivos.

Fonte: CID-10⁷⁰ e DSM-IV⁷²

Ambos os sistemas classificatórios refletem em seus critérios para dependência o conceito de Síndrome de Dependência do Álcool. O diagnóstico da Síndrome de Dependência do Álcool pode estabelecer níveis de

comprometimento ao longo de um contínuo, entre o nunca ter experimentado até o gravemente enfermo, considerando os aspectos do grau de dependência relacionado com o grau de problemas.

2.4.2 - Uso de Tabaco

Apesar de ser um hábito enraizado em tradições culturais e históricas distintas e ser um produto cuja comercialização movimentava grandes dividendos, recentemente o uso de tabaco começou a ser considerado como problema de Saúde Pública, e sua prática enfaticamente desaconselhada e restringida. Até duas décadas atrás, o hábito de fumar era tido como corriqueiro e sequer despertava interesse entre os profissionais de saúde; o tabagismo era considerado "um vício elegante", incentivado através da exibição de filmes clássicos, que exibiam personagens fumando voluptuosamente, em cenas dramáticas⁷³.

Entretanto, uma mudança neste perfil começa a ocorrer, pois as análises econômicas indicam que os ganhos auferidos com a taxação sobre a venda deste produto eram inferiores aos gastos com assistência médica, aposentadorias, diminuição da produção laboral e encurtamento da expectativa de vida dos trabalhadores. Uma rede heterogênea de atores e ações começou, nesse momento, a ser articulada para elaboração de estratégias para a diminuição da produção e consumo do tabaco⁷⁴.

Mundialmente, nos últimos 20 anos, vem se observando uma tendência de queda no consumo de tabaco, apesar do grande incremento ocorrido principalmente nos países desenvolvidos entre os anos 1975 e 1996, da ordem de cerca de 50%⁷⁵ (WORLD BANK, 2003).

Mesmo no seu pico, na década de 1980, o consumo per capita de cigarros sempre foi mais baixo no Brasil do que nos países da OCDE, como os Estados Unidos, o Canadá, a França, a Alemanha e a Itália. As taxas de prevalência do fumo no Brasil e o consumo de cigarros entre os adultos mostraram-se também inferiores às apresentadas por países vizinhos, o que pode ser resultado das políticas internas para controle do tabagismo

implementadas nos anos 90. Entretanto, o consumo ficou estável no país nos últimos anos, enquanto mostra-se inferior e continua a declinar no Chile⁷⁶.

Apesar desta queda, o tabagismo ainda é considerado a principal causa global prevenível de morbidade e mortalidade. Estimativas apontam que, em 2015, o tabaco será responsável por 10% dos óbitos globais e projeta-se mais de oito milhões de óbitos para 2030, dos quais 83% ocorrerão nos países emergentes⁷⁷. Dados recentes indicam que os custos atribuíveis ao tabagismo são responsáveis por perdas de US\$ 500 bilhões ao ano devido à redução da produtividade, adoecimento e mortes prematuras⁷⁸.

A evidência epidemiológica disponível aponta relação de causalidade entre o tabagismo e cerca de 50 doenças, das quais se destacam as cardiovasculares, cânceres e respiratórias. O fumo também é responsável por 29% e 8% das mortes por câncer em países desenvolvidos e emergentes, respectivamente⁷⁷⁻⁷⁸.

O diagnóstico do tabagismo é feito considerando-se uma série de questões, que envolvem a tolerância, a síndrome de abstinência, tempo diário gasto para o consumo da substância, prejuízo de relações sociais. Atualmente utilizam-se os critérios da CID-10 e DSM IV, conforme descrito no Quadro 1, para a avaliação individual e diagnóstico.

O uso do tabaco está relacionado a diversos fatores como os sócio-econômicos e demográficos. Diversos estudos apontam que a dependência do tabaco afeta prioritariamente os homens e pessoas na faixa etária dos 45 aos 64 anos de idade⁷⁸⁻⁷⁹. Dados mundiais e brasileiros apontam que existe uma relação entre a escolaridade e o uso de tabaco, ou seja, pessoas com pouca ou nenhuma escolaridade apresentam maior prevalência de tabagismo⁷⁵. Levando em conta a cor ou raça, no Brasil foram maiores os percentuais de fumantes dentre as pessoas que se declararam de cor preta ou parda do que dentre as que se identificaram como brancas (19,0% contra 15,3%). Também foram maiores as prevalências entre as pessoas com rendimento mais baixo⁷⁹.

Dados recentes dos Estados Unidos apontam que em 2010 19,3% dos adultos norte-americanos eram fumantes. De 2005 até 2010, houve uma

redução estatisticamente significativa no número de fumantes, a prevalência até então era de 20,9%⁸⁰.

No Brasil, estima-se uma prevalência de tabagismo entre adultos de 17,2%⁷⁹ para o ano de 2008, com 21,6% dos homens e 13,1% de mulheres, número que vem seguindo uma tendência mundial de diminuição nos últimos anos. A redução anual na prevalência do tabagismo tem sido de 0,6%, no Japão e de 0,8%, no Reino Unido(68). No Brasil, a prevalência do tabagismo em adultos com idade ≥ 18 anos era de 34,8% (1989) e caiu, em 14 anos, para 22,4% (2003), o que representa uma queda anual relativa de 2,5% e uma queda anual absoluta de 0,9%⁸¹.

O tabagismo vem sendo considerando um importante problema para a saúde pública e para a sociedade. Neste contexto, os profissionais de saúde tem papel muito importante nos programas antifumo, devendo ser mobilizados para uma atuação, principalmente, preventiva, com ações educativas junto à população, de modo a influenciar na diminuição do número de pessoas que se iniciam no tabagismo; além disso, podem agir, individualmente, junto aos fumantes para que deixem de fumar.

Um dos principais atributos do profissional de saúde é promover a saúde. Em geral, os profissionais de saúde são exemplos sociais, tendo a capacidade de influenciar os pacientes pelo que dizem e pelo comportamento que assumem em público⁸².

Em um estudo realizado em Portugal em 2004, observou-se uma prevalência de tabagismo entre médicos e enfermeiros de 20,5%, mostrando tendência à diminuição, mas mantendo-se superior à prevalência da população em geral⁸³. Este fato também se verifica em outros países, em que tanto os médicos como os enfermeiros fumam mais do que a população em geral⁸⁴.

3. Material e Método

3.1 - Abordagem Teórica

3.1.1 - Método Misto

A partir do reconhecimento da importância dos métodos qualitativo e quantitativo nas ciências humanas e sociais, tornou-se possível a expansão de uma nova perspectiva de pesquisa, o método misto. Estes procedimentos se desenvolveram em resposta à necessidade de esclarecer o objetivo de reunir dados quantitativos e qualitativos em um único estudo. Também são importantes para auxiliar pesquisadores a criar projetos mais simples, partindo de dados e análises complexas⁸⁵.

O uso de métodos mistos na área da saúde não é recente. Há quase 15 anos pesquisadores apontaram a importância de integrar métodos qualitativos e quantitativos em um mesmo projeto⁸⁶⁻⁸⁷. Mais recentemente, pesquisadores enfatizaram que dados quantitativos e qualitativos podem ser analisados conjuntamente, tanto na coleta de dados qualitativos antes dos quantitativos, em que as variáveis são desconhecidas, quanto ao usar dados qualitativos para expandir dados quantitativos coletados anteriormente⁸⁸⁻⁸⁹.

Conceitualmente, pode-se dizer que o método misto é o uso de duas ou mais estratégias, quantitativa e/ou qualitativa, dentro de um único projeto de pesquisa. Driessnack (2007) coloca que

“métodos mistos se refere a um único estudo que utiliza estratégias múltiplas ou mistas para responder às questões de pesquisa e/ou testar hipóteses”⁹⁰.

A lógica subjacente do método misto é que nem o método quantitativo nem o qualitativo são suficientes para capturar as tendências e detalhes de uma situação. Quando combinados, ambos os métodos permitem uma análise mais completa, atuando de forma complementar na compreensão da complexidade dos fenômenos estudados⁹¹.

Apesar do uso de métodos mistos ser recorrente na literatura da área das ciências humanas, existem algumas questões que devem apontadas. Um

dos principais debates envolvendo este método é a questão paradigmática, pois as duas estratégias, qualitativa e quantitativa, baseiam-se em paradigmas diferentes.

O método quantitativo é baseado no positivismo, onde a ciência é caracterizada pela pesquisa empírica, todos os fenômenos podem ser reduzidos a indicadores que representam a verdade. A posição ontológica é que só há uma verdade, uma realidade objetiva que existe independentemente da percepção humana. Epistemologicamente, o investigador e o objeto são entidades separadas, ou seja, o pesquisador seria capaz de estudar o fenômeno sem influenciá-lo ou ser influenciado por ele. O objetivo é medir e analisar relações causais entre variáveis⁹².

Já o método qualitativo, é baseado no paradigma interpretativo. Ontologicamente, existem múltiplas realidades ou múltiplas verdades e construções individuais da realidade, que é construída socialmente e em constante transformação. A questão epistemológica envolve não há acesso a realidade independente da mente humana. O investigador e objeto estão em uma relação interativa, assim os achados da pesquisa são criados no contexto da situação que permeia a coleta de dados⁹³.

Assim, apesar de as filosofias quantitativa e qualitativa terem contribuído para o desenvolvimento dos métodos mistos de pesquisa, o pragmatismo tem sido considerado o melhor fundamento filosófico para justificar a combinação de diferentes métodos em um único estudo⁹⁴⁻⁹⁵.

O pragmatismo é um conjunto de idéias caracterizadas por considerar o sentido de uma ideia como correspondendo ao conjunto dos seus desdobramentos práticos⁹⁶.

A palavra pragmatismo é derivada do termo grego “ação”, e significa que o valor de determinada idéia está relacionado com seu resultado prático⁹⁷. Como uma filosofia, inclui o uso da indução (ou descoberta de padrões ou acréscimo no entendimento sobre os significados que os indivíduos atribuem a determinados fenômenos, um profundo entendimento do contexto de pesquisa e a coleta de dados qualitativos), dedução (partir da teoria para o dado, a coleta quantitativa, teste de teoria e hipóteses, explanação de relações causais

entre variáveis, aplicação de controles para garantir a validade dos dados e a seleção de amostras suficientes para generalizar as conclusões) e captura (garantir o melhor de um conjunto de explicações para a compreensão de um resultado⁹⁸.

Charon⁹⁹ aponta que o pragmatismo possui quatro ideias principais, quais sejam:

- a verdade é possível para os seres humanos apenas através da percepção individual de cada um, ou seja, os indivíduos interpretam todas as coisas, nunca se vê algo realmente “cru”;

- o conhecimento para os seres humanos é julgado pela sua utilidade prática, bem exemplificado pela frase: “As pessoas veem o que querem ver e lembram o que querem lembrar” – o que as pessoas lembram é o que é útil em determinadas situações, tudo é julgado em termos de aplicabilidade;

- objetos encontrados também são definidos de acordo com sua utilidade, não apenas o conhecimento. A definição depende inteiramente dos objetivos individuais em cada situação;

- o entendimento sobre o ser humano deve ser inferido a partir do que o indivíduo faz e da ação no grupo social.

O pragmatismo permite o uso de diferentes opções metodológicas, cuja escolha deve estar baseada na sua propriedade de oferecer respostas às questões de pesquisa, além disso, múltiplos métodos podem ser usados para a coleta de dados¹⁰⁰⁻¹⁰¹.

Sale¹⁰¹ aponta que, apesar das possíveis diferenças paradigmáticas, os métodos quantitativos e qualitativos podem ser usados concomitantemente se o objetivo for a complementaridade, ou seja, cada método estudando um fenômeno diferente.

Os principais objetivos para se usar mais de um método para explorar um fenômeno são⁹⁰:

- Triangulação: convergência ou corroboração dos dados coletados ou interpretados a respeito de um mesmo fenômeno;

- Complementaridade: busca a compreensão de diferentes aspectos do fenômeno, fornecendo um leque maior de perspectivas;
- Desenvolvimento: usa resultados de um estudo a respeito de um determinado fenômeno para desenvolver outro método de estudo (ex.: criação de questionários);
- Iniciação: análise intencional de novas perspectivas para estudar um fenômeno de interesse;
- Expansão: aumento geral do escopo, amplitude ou alcance de um estudo.

A utilização do método misto implica atenção a alguns princípios, entre eles o reconhecimento e respeito ao referencial teórico primário do projeto e paradigma utilizado e o reconhecimento do papel fundamental do componente secundário⁹⁰. O referencial teórico primário pode ser tanto qualitativo quanto quantitativo, dependendo da pergunta a ser respondida e forma a parte principal do projeto. O componente secundário é utilizado para buscar uma perspectiva ou dimensão que não pode se alcançada apenas com a utilização da principal abordagem, pode refinar uma descrição ou também aprofundar um determinado aspecto dos dados coletados¹⁰².

Neste sentido, o método misto pode ser utilizado de diferentes maneiras, cada qual enfatizando diferentes aspectos. Um dos principais aspectos que deve ser observado é o momento da integração dos dados. Se não houver esta integração, o método não pode se considerado misto, mas sim dois estudos independentes sobre diferentes aspectos de um fenômeno. Esta integração pode se dar tanto na coleta de dados, na análise, na interpretação ou em alguma combinação de locais⁸⁵.

Quanto ao momento da coleta, as estratégias podem ser divididas em seqüencial ou concorrente. Na estratégia seqüencial, os dados são coletados em momentos diferentes, dependendo do objetivo do pesquisador. Já na estratégia concorrente, ou concomitante, os dados são coletados ao mesmo tempo. Também é importante ressaltar a prioridade de cada componente do estudo, que pode ser do método quantitativo ou do qualitativo, ou em alguns casos pode ser dado peso igual aos dois¹⁰³.

Creswell (2003)⁸⁵ aponta as principais estratégias utilizadas na pesquisa de métodos mistos:

- Explanatória seqüencial: tem duas fases distintas e seu principal objetivo é usar dados qualitativos para auxiliar na explicação e na interpretação resultados de um estudo primariamente quantitativo;

- Exploratória seqüencial: também com duas fases, a ênfase maior é dada ao componente qualitativo. O seu principal objetivo é usar dados e resultados quantitativos para auxiliar na interpretação de resultados qualitativos;

- Transformadora seqüencial: possui duas fases e a ênfase pode ser em qualquer dos métodos, desde que atenda a uma perspectiva teórica, que neste caso é mais importante que o método. Assim, o objetivo desta estratégia é utilizar métodos que melhor atendam a perspectiva teórica do pesquisador;

- Triangulação concomitante: usa dois métodos diferentes em uma tentativa de confirmar, fazer validação cruzada ou corroborar resultados dentro de um único estudo. Utiliza múltiplos métodos na tentativa de compensar pontos fracos;

- Aninhada concomitante: nesta estratégia o método de menor prioridade está aninhado no prioritário, podendo abordar uma questão diferente em busca de diferentes níveis de compreensão do fenômeno;

- Transformadora concomitante: é guiada por uma perspectiva teórica, se assemelha muito às estratégias de triangulação e aninhada, porém posiciona a pesquisa em uma estrutura transformadora.

Neste estudo foi utilizado o método explanatório seqüencial, por possibilitar um maior aprofundamento nos dados qualitativos.

3.1.2 - Teoria Fundamentada nos Dados e o Interacionismo Simbólico

A Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), ou Grounded Theory, é uma metodologia desenvolvida na década de 60 por sociólogos norte-americanos que construíram uma teoria a partir do fenômeno na realidade em que ele se insere, sendo que a construção teórica explica a ação no contexto social O

objetivo da TFD é conhecer o fenômeno social no contexto em que este ocorre, observando assim a inter-relação entre significados e ação e, a partir daí, desenvolvendo um modelo teórico¹⁰⁴.

Entretanto, um dos referenciais teóricos que vem sendo utilizado em conjunto com a TFD é o Interacionismo Simbólico (IS), que é uma perspectiva teórica centrada na interação entre as pessoas, entendendo por interação a ação, percepção, interpretação e reação das coisas na relação com o outro¹⁰⁵.

O IS teve origem no fim do século XIX com destaque para George Herbert Mead, que foi influenciado pelo pragmatismo filosófico e behaviorismo⁹⁹. Fundamenta a teoria na descrição do comportamento humano, cujo dado principal é o ato social, concebido como comportamento “externo” observável e também como atividade “encoberta” no ato.

Posteriormente, Blumer, aluno de Mead, iniciou escritos que apresentavam com maior clareza os pressupostos da abordagem interacionista¹⁰⁵, apontando três premissas básicas:

- a) os seres humanos agem em relação às coisas, tomando por base o significado que as coisas tem para ele no presente;
- b) o significado de tais coisas surge de uma interação social que a pessoa tem com seus iguais;
- c) esses significados são manipulados e modificados através de um processo interpretativo, usado pela pessoa para lidar com as coisas que ele encontra.

Charon⁹⁹ define quatro ideias centrais do IS da seguinte maneira:

Como o foco do IS é a natureza da interação, tem-se uma imagem mais ativa do ser humano, rejeitando a noção de passividade e pré-determinação;

O ser humano é entendido como agindo no presente, influenciado não pelo que aconteceu no passado, mas pelo que está acontecendo agora. O passado entra em ação quando é acionado no presente e aplicado a situações novas. É a interação entre passado e presente que define as ações;

Interação não é apenas o que acontece *entre* as pessoas, mas também o que acontece *dentro* das pessoas;

O IS define o ser humano como mais *ativo e imprevisível* do que outras perspectivas.

No IS o significado é o conceito central, onde as ações individuais e coletivas são construídas a partir da interação entre as pessoas, que definindo situações agem no contexto social a que pertencem¹⁰⁶.

O significado surge da interação de duas pessoas, ou seja, o significado que uma coisa tem para uma pessoa cresce da forma pela qual as outras pessoas agem em relação a ele com relação a essa coisa. O significado é formado dentro e através de atividades definidoras das pessoas quando interagem¹⁰⁵.

A ênfase na concepção interacionista de significado é sobre a interpretação consciente; o objeto passa a ter significado para a pessoa quando esta o considera conscientemente, reflete e pensa sobre ele, ou o interpreta. Esse processo se constitui internamente e de forma interativa, pois o ator seleciona, confere, suspende, reagrupa e transforma os significados à luz da situação onde se encontra e na direção que imprimiu à sua ação.

O Interacionismo Simbólico, fundamentado nessas premissas, permite o desenvolvimento de um esquema analítico da sociedade e das condutas humanas, que envolve idéias básicas relacionadas ao self, a símbolos e objetos, grupos humanos ou sociedades e a interação social¹⁰⁶.

O self é concebido como sendo social, através da interação com os significados do outro, na relação com o mundo, para permitir o seu controle, direção e manipulação da própria vida⁹⁹. A sociedade representa o contexto dentro do qual o self surge e se desenvolve, representando um processo social subjetivo¹⁰⁷.

Os símbolos são uma classe de objetos sociais usados para representar alguma coisa, sendo simbólico quando há um significado ou uma intencionalidade. Podem ser objetos físicos, ações humanas ou palavras, desde que possam ser descritos pela linguagem. São desenvolvidos socialmente através da interação, sendo arbitrariamente estabelecidos e mudados através da interação dos seres humanos¹⁰⁷.

Para Lopes (2005)

*Os símbolos são o que vemos e, como interpretamos, e o nosso mundo é de símbolos, a nossa realidade é simbólica; é através da interação simbólica que atribuímos os significados e desenvolvemos a realidade que agimos. Em suma, a sociedade nasce nos símbolos significantes do grupo*¹⁰⁶.

Os grupos humanos e sociedades podem ser definidos como processos dinâmicos, em que os indivíduos se alteram e provocam alterações nos outros. Para o IS, as normas sociais estão em constante negociação, pois o ser humano é considerado um membro atuante, vivenciando diferentes situações e se definindo e redefinindo de acordo com seus significados¹⁰⁷.

Um dos principais conceitos do IS é o de interação social. É um processo que forma o comportamento humano, pois ao entrar em contato com o outro, o indivíduo modifica seus significados, mas também provoca alterações nos significados alheios. Uma importante colocação trazida por Dupas é a de que “os outros não determinam o que nós fazemos, nós interagimos com eles e esta interação é que gera o que fazemos”¹⁰⁷.

A base do IS é a construção e re-construção de significados, que se dá sempre que o sujeito entre em uma nova interação simbólica. Os seres humanos agem em relação às coisas de acordo com o significado que elas tem e este significado está em constante mudança.

Com base no Interacionismo Simbólico, a TFD é capaz de indicar o caminho a seguir, em relação à organização, coleta e análise dos dados. Também objetiva captar o aspecto subjetivo das experiências sociais das pessoas¹⁰⁸.

Tomando a perspectiva interacionista de que a realidade muda constantemente e é negociada entre as pessoas, a TFD tem interesse nesse processo de mudança e os métodos de coleta e análise de dados refletem o comprometimento com a compreensão dos modos em que os fenômenos são socialmente construídos. A hipótese que permeia a TFD é que através de uma exploração detalhada, com sensibilidade teórica, uma teoria pode ser construída com os dados coletados.

Com relação à postura do pesquisador, um conceito importante é o da sensibilidade teórica. O pesquisador procura a teoria, trabalha com registro de

dados e registro de idéias para extrair os conceitos e ligações que podem gerar o *insight* teórico¹⁰⁹.

Destaca-se que a TFD não parte de teorias já existentes e, sim, se fundamenta a partir de dados da própria cena social sem a pretensão de refutar ou provar o produto de seus achados, mas, sim, acrescentar outras/novas perspectivas para elucidar o objeto investigado¹¹⁰.

Há também uma ênfase no conhecimento detalhado, comparação constante e a trajetória do fenômeno. A TFD aponta uma recusa em aceitar um dado posto *a priori*, provoca uma espécie de inquietação metodológica que leva o pesquisador a buscar características, condições, causas, antecedentes e conseqüências dos fenômenos que possam ser integradas em uma única teoria¹⁰⁹.

Esse referencial trabalha com conceito de amostragem teórica que se refere à possibilidade de o pesquisador buscar seus dados em locais ou através do depoimento de pessoas que indicam deter conhecimento acerca da realidade a ser estudada. Neste sentido, Dantas (2009) aponta que

*podem-se realizar pesquisas em mais de um campo de coleta de dados onde, mediante a interação e observação com demais profissionais, haja a possibilidade de coleta de dados. Ou, ainda, pode haver reestruturação dos instrumentos, com mudança no foco das perguntas (no intuito de especificar e explorar a realidade investigada), ou na forma como é questionada, de modo a se aproximar do entendimento dos sujeitos e, assim, esgotar o máximo de informações*¹¹⁰.

Quanto à análise dos dados, esta acontece em três etapas interdependentes, ou seja, a finalização de uma não impede o retorno posterior, pois o movimento é circular. As três etapas são: codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva. O processo de codificação visa à redução dos dados, a qual, permeada pelo processo de codificação, é fundamental para se chegar à teoria.

A codificação aberta é a primeira etapa do processo de análise dos dados, realizada manualmente, mediante leituras das entrevistas, submetendo-as ao processo de codificação, linha a linha, na qual são manifestadas palavras ou frases que expressam a essência do discurso dos participantes⁹⁰.

Já a codificação axial implica no reordenamento dos dados, sob novas formas, originando códigos conceituais, com o objetivo de reorganizar os códigos, em nível maior de abstração, em categorias. Após a construção dos códigos conceituais, procede-se à comparação, inter-relacionamento e interconexão de acordo com o modelo paradigmático¹⁰⁴.

Strauss (2008)¹⁰⁴ coloca que nesse modelo, os elementos podem ser definidos da seguinte forma:

o fenômeno é a idéia/evento/acontecimento central aos quais as ações e interações estão relacionadas; as condições causais são os elementos/situações que possibilitam surgimento do fenômeno; o contexto é a especificidade que envolve o fenômeno e o que condiciona a ação/interação; as condições intervenientes são constituídas pelo tempo, espaço, cultura, situação econômica e tecnológica, história, biografia pessoal, dentre outros; as estratégias de ação/interação são identificadas com o caráter processual (seqüência, movimento, mudanças, dentre outros), com um propósito, uma finalidade, sendo importantes também as não ações; e as conseqüências devem ser consideradas como o resultado/resposta, positiva ou negativa.

A última etapa da análise dos dados é a codificação seletiva. Trata-se do refinamento e integração das categorias, desvelando uma categoria que se considere como central, permeando todas as demais, a qual consistirá na teoria do estudo. Nessa, todo o potencial de abstração é empregado no âmbito teórico dos dados investigados/codificados, fazendo emergir a teoria da pesquisa¹¹⁰.

3.2 - Abordagens Metodológica

O presente estudo utilizou o método misto de pesquisa, portanto, com duas etapas, quantitativa e qualitativa. A escolha este método se justifica pela necessidade de maior aprofundamento dos dados obtidos em um estudo quantitativo, através da realização de uma etapa qualitativa.

Tratou-se de um estudo explanatório seqüencial, pois este desenho permite que os dados qualitativos sejam utilizados para explicar ou aprofundar resultados quantitativos anteriores¹¹¹.

Morse (1991)¹¹² aponta como exemplo um estudo em que o pesquisador precisa de dados qualitativos para explicar resultados significantes ou não significantes, discrepantes ou inesperados. Também pode ser usado quando é necessário criar grupos baseados em dados quantitativos e realizar um seguimento em uma pesquisa qualitativa¹¹³ ou para usar participantes de pesquisas quantitativas com determinadas características para formar uma amostra intencional em uma fase qualitativa¹¹¹.

No presente estudo, os dados do estudo quantitativo foram usados para identificar os municípios em que os trabalhadores inseridos na APS apresentassem diferentes padrões de uso de álcool e de tabaco, para posterior etapa qualitativa que investigou se os significados do uso individual destas substâncias interferem na assistência prestada nesta temática aos usuários dos serviços de saúde.

A partir da análise estatística descritiva dos dados, foi realizado o levantamento dos municípios convidados a participar da etapa qualitativa. Nesta fase, foram realizadas a observação direta e entrevistas semi-estruturadas com profissionais com diferentes padrões de uso e de municípios com diferentes características, com o objetivo de verificar se o padrão de uso interfere na assistência prestada nesta temática aos usuários dos serviços de saúde.

Também foi realizada a observação direta pela pesquisadora das condições de trabalho destes profissionais, destacando aspectos como vínculo com a comunidade, realização de ações voltadas a usuários de álcool e tabaco, entre outros que se mostraram importantes para uma melhor compreensão dos achados.

A Figura 1 aponta as diferentes fases da pesquisa, com os momentos de integração entre os dados quantitativos e qualitativos grifados:

Figura 1 – Desenho do estudo explanatório seqüencial.

O presente estudo está inserido no projeto “Análise da articulação entre os NASFs e a ESF na 6 SDR do Estado de Santa Catarina – Dos desafios às potencialidades para a efetivação do SUS”, cujo objetivo geral foi analisar se a atuação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) da 6ª Secretaria Regional de Desenvolvimento do Governo do Estado de Santa Catarina apresenta características e desempenho consoantes com as orientações do Ministério da Saúde para estes serviços. Para o alcance de tal objetivo, foram coletados dados qualitativos e quantitativos referentes a diversos aspectos da atuação das ESF e relacioná-los com a atuação das equipes do NASF.

O estudo foi realizado na Região do Alto Uruguai Catarinense (Figuras 1 e 2), na região central do Estado de Santa Catarina, junto a profissionais atuantes nas unidades de saúde da família dos municípios pertencentes a esta macro-região.

Figura 2 – Mapa de Santa Catarina e Região do Alto Uruguai Catarinense.

Figura 3 – Mapa da Região do Alto Uruguai Catarinense.

A seguir serão descritas detalhadamente as diferentes etapas do presente estudo.

3.2.1 - Etapa Quantitativa

A pesquisa quantitativa utiliza procedimentos sistemáticos para a descrição e explicação dos fenômenos, empregando a quantificação, tanto na coleta dos dados quanto na análise por meio de técnicas estatísticas. Aplica-se à dimensão mensurável da realidade, seus resultados auxiliam o planejamento de ações coletivas e produz resultados passíveis de generalização, principalmente quando as populações pesquisadas representam com fidelidade o coletivo¹¹⁴.

A etapa quantitativa terá como objetivo principal identificar os municípios com profissionais de saúde com diferentes padrões de uso álcool e tabaco para posterior estudo qualitativo. Além disso, foi realizada a estatística analítica para complementar a análise dos dados quantitativos, objetivando descrever a prevalência e fatores associados ao uso de álcool e tabaco entre trabalhadores da APS.

3.2.1.1 - Características do Estudo

Trata-se de um estudo exploratório transversal, desenvolvido com profissionais de saúde da região do Alto Uruguai do Estado de Santa Catarina.

3.2.1.2 - População e Amostra

A população do estudo foram os profissionais de nível superior (médicos, enfermeiros, odontólogos), nível médio (técnicos em enfermagem e auxiliar de consultório dentário) e nível fundamental (agentes comunitários de saúde) atuantes da Estratégia de Saúde da Família nos municípios Alto Bela Vista, Arabutã, Concórdia, Ipira, Ipumirim, Irani, Itá, Lindóia do Sul, Peritiba, Piratuba, Presidente Castello Branco, Seara.

Atualmente, os municípios da região possuem implantadas 33 equipes de saúde da família e 2 equipes de agentes comunitários de saúde (PACS) o que representa uma cobertura regional de 80,85%. Além disso, 9 municípios contam com equipes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família. As coberturas municipais e demais dados referentes às equipes estão na Tabela 2.

Tabela 1 - Tipo de unidades de ESF e Cobertura populacional por município.

Município	ESF c/ Saúde Bucal	Equipe de PACS	Cobertura de ESF (%)
Alto Bela Vista	1		109,3
Arabutã	1		101,5
Concórdia	10	1	56,4
Ipira	2		98,9
Ipumirim	3		92,6
Irani	4		100,0
Itá	3		105,6
Lindóia do Sul	1		100,6
Peritiba	1		99,3
Piratuba	2		103,8
Presidente Castello Branco	1		98,1
Seara	4	1	107,4
Total	33	2	80,9

Fonte: SIAB-Julho/2011

Ao todo, são 386 profissionais trabalhando nas equipes de saúde da família nos diferentes municípios. Dados sobre a distribuição dos profissionais e equipes estão detalhados na Tabela 3.

Tabela 2 – Número de Profissionais da ESF por município - 2012.

Município	Médico	Enfermeiro	Odontólogo	Técnico em Enfermagem *	Auxiliar de Consultório Dentário	ACS
Alto Bela Vista	1	1	1	2	1	5
Arabutã	1	1	1	2	1	10
Concórdia	10	10	10	20	10	62
Ipira	2	2	2	4	2	15
Ipumirim	3	3	2	6	2	16
Irani	4	4	2	8	2	24
Itá	3	3	1	6	1	17
Lindóia do Sul	1	1	1	2	1	10
Peritiba	1	1	1	2	1	7
Piratuba	2	2	2	4	2	15
Pres. Castello Branco	1	1	1	2	1	4
Seara	4	5	4	8	4	12
Total	33	34	28	66	28	197

*Estimativa, dado não localizado no SCNES. Fonte: SCNES – Competência 08/2011

Foi realizado um censo, ou seja, todos os profissionais destas localidades foram convidados a participar. Os dados analisados nesta

investigação foram provenientes do banco de dados gerado a partir do estudo ampliado.

Os gestores municipais de saúde da região estão cientes da realização do projeto, sendo que concordaram com a realização do mesmo e atuam como facilitadores no processo de contato com os profissionais.

As entrevistas foram realizadas por estudantes de graduação e pós graduação, devidamente treinados.

3.2.1.3 - Critérios de Exclusão e Inclusão

Os critérios de inclusão no estudo foram ser funcionário da secretaria municipal de saúde inserido na Estratégia de Saúde da Família ou no Núcleo de Apoio a Saúde da Família e aceitar responder ao questionário.

O critério de exclusão é estar em processo de desligamento das atividades durante o período da coleta de dados.

3.2.1.4 - Variáveis em Estudo

Variáveis Dependentes:

Uso de álcool

O uso problemático de álcool foi definido por meio do uso do questionário AUDIT. Este teste é composto por 10 questões que avaliam o uso recente de álcool, sintomas de dependência e problemas relacionados ao álcool. As respostas a cada questão são pontuadas de 0 a 4, sendo as maiores pontuações indicativas de problemas⁷⁰. O AUDIT foi validado em vários países, inclusive no Brasil, apresentando bons níveis de sensibilidade (87,8%) e especificidade (81%) para detecção do uso problemático de álcool¹¹⁵.

As três primeiras questões fazem referência à quantidade e frequência do uso regular ou ocasional do álcool; as perguntas 4, 5 e 6 investigam

sintomas de dependência e as quatro últimas tratam de problemas recentes na vida relacionados ao uso de álcool¹¹⁶.

O escore varia de 0 a 40 e o ponto de corte pode ser feito de diferentes modos. Uma pontuação igual ou superior a 8 indica a necessidade de um diagnóstico mais específico. Neste estudo, o uso não problemático foi definido pela pontuação igual ou inferior a sete pontos e o uso problemático foi considerado pela pontuação superior a oito pontos^{61, 117}.

Uso de tabaco

O uso de tabaco foi mensurado a partir das seguintes perguntas do questionário: “*Você fuma atualmente?*”. As respostas possíveis a esta pergunta foram “sim” ou “não”.

Variáveis Independentes

Variáveis Sócio-Demográficas

- Sexo: feminino ou masculino.
- Idade: Anos completos no momento da pesquisa.
- Etnia: branco, preto, pardo, outros.
- Religião: evangélico, católico, espírita ou agnóstico.
- Estado Civil: casado (a) ou morando com companheiro (a), solteiro (a), divorciado (a) ou viúvo (a).

Variáveis socioeconômicas

- Escolaridade: em anos de estudo;
- Profissão: enfermeiro, médico, odontólogo, técnico em enfermagem, auxiliar de consultório dentário e agente comunitário de saúde;
- Tempo na função atual: número de meses de trabalho na equipe de saúde da família atual;
- Vínculo empregatício: concurso público, emprego público, contrato temporário;

- Renda: em Reais;
- Outro emprego além da ESF: sim ou não;
- Afastamento trabalhista por doenças: sim ou não.

Condições de saúde:

- Transtorno Mental Comum: mensurado por meio do Self Reported Questionnaire – SRQ 20, com ponto de corte de 7¹¹⁸.

- Diagnóstico Médico de Transtorno Mental e do Comportamento: já ter recebido diagnóstico médico de transtorno mental e do comportamento na vida.

Foi realizada a estatística descritiva das características da população e das variáveis estudadas, também foram testadas as associações entre o uso problemático de álcool e dependência de tabaco e as variáveis independentes descritas acima.

3.2.2 - Etapa Qualitativa

A pesquisa qualitativa pode ser definida como um método em que não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual para a vida das pessoas, sendo indispensável saber o que os fenômenos da doença e da vida em geral representam para elas¹¹⁹.

O método qualitativo apresenta características próprias, voltadas à compreensão dos significados, entendendo que o que os fenômenos representam molda a vida das pessoas. Outra propriedade é o ambiente natural do sujeito como o campo inequívoco onde ocorrerá a investigação, sem o controle de quaisquer variáveis. O pesquisador é considerado um instrumento de pesquisa, pois usa seus órgãos do sentido para apreender os fenômenos em estudo. A questão da validade do método qualitativo também deve ser pontuada, pois as técnicas utilizadas para acessar os objetos de estudo permitem uma grande aproximação à essência do fenômeno. A generalização dos achados para os sujeitos envolvidos se torna possível a partir dos pressupostos iniciais revistos, ou melhor, dos conceitos construídos ou conhecimentos originais produzidos¹²⁰.

Nesta etapa, os profissionais de saúde dos municípios identificados na fase anterior do estudo foram novamente entrevistados com o objetivo de identificar a relação entre os padrões de uso de álcool e tabaco e a assistência prestada nesta temática aos usuários dos serviços de saúde.

Posteriormente, os dados qualitativos conjuntamente com os quantitativos permitirão o desenvolvimento de um modelo teórico representativo do significado do uso de álcool e tabaco entre trabalhadores da APS e sua relação com a assistência prestada.

3.2.2.1 Participantes

A população do estudo foi definida a partir dos padrões de uso de álcool e tabaco identificada na etapa quantitativa. Em cada município incluído na amostra buscou-se a maior variabilidade possível, tentando-se incluir os diversos padrões de uso de substâncias.

Os coordenadores de saúde da família de cada localidade foram contatados previamente pela coordenadora regional de saúde da família, que explicou brevemente os objetivos da pesquisa e identificou interessados. Posteriormente, a pesquisadora entrou em contato com os mesmos coordenadores para um maior detalhamento do processo.

Assim, os coordenadores indicaram os profissionais que participaram da coleta de dados, sempre respeitando os princípios da amostragem teórica.

O objetivo da amostragem teórica é identificar pessoas, acontecimentos e locais que potencializam as oportunidades de descobrir variações entre conceitos, densificando as categorias, suas propriedades e dimensões¹⁰⁴. A amostragem teórica compreende a etapa em que o pesquisador decide quais informações são necessárias e onde encontrá-las, direcionando seus questionamentos aos temas emergentes e importantes para o estudo.

Neste processo, o que realmente importa não é o tamanho da amostra, mas sim sua adequação. Uma amostra apropriada é composta por participantes que melhor representem ou tenham conhecimento sobre o

fenômeno. O tamanho pode ser aumentado com o objetivo de confirmar as informações colhidas dos participantes iniciais ¹²¹.

Outra etapa no processo de geração da teoria que foi realizada é a produção escrita de memorandos. Os memorandos são a externalização de idéias, por meio de registros escritos, sobre códigos e suas relações, levando ao nível mais abstrato conceitos que emergem do processo de análise dos dados ¹⁰⁸.

3.2.2.2 Coleta e Análise dos Dados

A coleta dos dados qualitativos foi realizada no primeiro semestre de 2012. Foram realizadas entrevistas em profundidade que buscaram respostas a partir da experiência subjetiva dos indivíduos, a fim de objetivar a compreensão de um problema ou situação ¹²⁰. A observação direta foi realizada pela pesquisadora durante o processo de realização das entrevistas, antes e depois.

As entrevistas foram semi-estruturadas, com roteiro construído pela pesquisadora e realizadas em local escolhido pelo participante, desde que este oferecesse a privacidade necessária para a garantia de qualidade das respostas. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas pela própria pesquisadora.

As entrevistas foram iniciadas com questões gerais, relacionadas ao uso de álcool e tabaco para facilitar a formação de vínculo com o entrevistado. Foram perguntas como: *“Você realiza atendimento a pacientes usuários de substâncias álcool e tabaco? Como você percebe o uso de SPA nesta comunidade?”*.

Além destas questões pré-definidas, foram incluídas outras de acordo com o surgimento de questões importantes durante a coleta de dados.

A partir do estabelecimento do vínculo, foram feitas questões voltadas à percepção do uso individual de SPA e a assistência prestada, a partir de questões como: *“Você tem alguma formação acadêmica específica para trabalhar com este público? Se sim, fale como foi. Se não, sente falta?”*; *“Como*

“você se sente quando está atendendo esses usuários? Pode comparar um atendimento a uma pessoa com algum outro problema de saúde comum aqui? A que você atribui o uso e/ou dependência de SPA? Como você percebe o processo de cessação do uso? É possível parar de usar? “Como você se sente frente ao usuário de SPA em busca de tratamento?, “O fato de beber e/ou fumar interfere no modo como você assiste as pessoas que buscam atendimento aqui?”, “Que papel estas substâncias têm no seu dia-a-dia?”.

O processamento e análise dos dados se deram de acordo com os princípios da TFD, ou seja, paralelamente à coleta. O primeiro passo da análise foi a própria transcrição dos dados, seguida da codificação dos mesmos e comparação constante.

Foi utilizado o processo de análise de dados proposto por Sousa¹²², apresentado na Figura 4. Trata-se de um modelo auto-explicativo, pois traz cada passo necessário ao desenvolvimento do modelo teórico final.

A codificação aberta e o primeiro agrupamento de códigos da codificação axial foram feitos com o auxílio do software de análise qualitativa Atlas.ti

Figura 4 - Processo de Análise de Dados na TFD¹²²

Os procedimentos de codificação são apresentados em três etapas que se complementam: codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva, conforme descritos com maiores detalhes na seção “Material e Métodos” deste projeto.

No processo de comparação constante, devem ser observadas quatro etapas, que não necessariamente acontecem de separadamente, mas num *continuum* durante a coleta: comparar incidentes aplicáveis a cada tema que surja dos dados; integrar temas e suas propriedades; delimitar a teoria e escrever a teoria¹²¹.

Para orientar o processo da codificação aberta, foi utilizado o software Atlas.ti 5.5, o que permitiu uma melhor visualização e organização das falas e categorias. No processo de codificação aberta, os dados foram fragmentados em pequenos trechos que reproduziam a ideia principal da fala, as unidades de análise.

Quadro 2 – Exemplo de Codificação Preliminar na TFD.

Dados Brutos	Código Preliminar
eles não falam, mas dá pra sentir o cheiro, até os dentes dá pra ver, daí eu tento falar pra parar de fumar, pra evitar, mas é difícil, né, bem complicado... (E. 5)	Abordando o Tabagismo na Unidade de Saúde da Família
Eles tem aquela mentalidade de que médico não pode beber, isso é uma coisa assim totalmente pessoal... mas eu acho que é mais por causa disso aí... a gente procura evitar dentro das festas do município... (E. 14)	Colocando-se como um exemplo de comportamento a ser seguido pela comunidade

Ao término do processo de codificação aberta foram identificados 152 códigos. Estes foram novamente agrupados para formar o total de 10 códigos conceituais, que serão exemplificados em diagramas:

Figura 5 – Diagrama do Código Conceitual “Abordando a Família do usuário de álcool” - Atlas.ti.

Na próxima etapa da análise dos dados foi realizada a codificação axial. Os códigos conceituais foram reanalisados e renomeados quando necessário, permitindo uma melhor compreensão dos dados encontrados. As relações entre os códigos foram novamente analisadas a fim de aprofundar a construção do modelo teórico.

Ao final do processo de codificação axial, foram encontrados os 5 códigos conceituais cujo objetivo foi compreender o fenômeno a partir das condições causais, intervenientes, de contexto, além das consequências e estratégias utilizadas.

A codificação seletiva foi finalmente realizada para a identificação da categoria central e modelo teórico paradigmático, que integrasse os códigos conceituais e apontasse o direcionamento do fenômeno.

Os dados foram validados em apresentações realizadas para especialistas da área na Universidade de Alberta/Canadá, durante período sanduíche realizado nesta universidade. Os achados preliminares também foram apresentados na 18 Qualitative Health Research Conference, realizada no período de 23 a 25 de outubro de 2012 em Montreal/Canadá. Foram realizadas discussões sobre o modelo teórico, que propiciaram uma revisão da relação dos códigos conceituais com o fenômeno identificado.

Considerações Éticas

Foram seguidos todos os protocolos previstos na legislação brasileira para pesquisa com seres humanos. As diversas fases do projeto foram realizadas apenas com os sujeitos que assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após amplo esclarecimento dos detalhes da pesquisa para cada um dos sujeitos. O projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, sob número de processo 1043 em 13 de dezembro de 2010 (Anexo 1).

4. Resultados

Os resultados do presente estudo serão apresentados a partir de uma caracterização geral dos municípios incluídos e perfil sócio demográfico dos participantes do estudo. Em um segundo momento, serão apresentados os achados referentes às questões epidemiológicas dos profissionais de saúde e resultados do estudo qualitativo.

4.1 Aspectos Históricos e Caracterização Geral dos Municípios

Os dados históricos aqui apresentados foram coletados junto à Associação dos Municípios do Alto Uruguai Catarinense (AMAUC)¹²³.

Esta região caracteriza-se por uma colonização iniciada no princípio do século XX, com a Guerra do Contestado merecendo destaque nesta questão. Em 1908 iniciava-se a construção de uma Estrada de Ferro, ligando São Paulo (SP) ao Rio Grande do Sul (RS), em terras contestadas, objetivando viabilizar o comércio gaúcho com o centro do país de uma forma mais eficaz e também como forma de delimitarem-se os limites territoriais entre o Brasil e a Argentina, evitando os então constantes conflitos.

Com o estabelecimento da construção da Estrada de Ferro, contrataram-se muitos trabalhadores, que mesmo após o término da ferrovia, permaneceram na região, estabelecendo violento convívio com os habitantes locais.

Objetivando colonizar mais rapidamente as terras recebidas em troca da construção da Estrada de Ferro, a Companhia responsável pela obra passou a expulsar os habitantes locais em 1911.

Entre 1912 e 1915 um movimento de revolta estabeleceu-se entre o Paraná e Santa Catarina, o movimento do Contestado. O movimento gerou muitos conflitos internos por isso tão logo celebrado o acordo entre o PR e SC, o governo Catarinense estabeleceu a divisão dos municípios, visando alcançar a integração territorial do Estado, e amenizar os conflitos existentes.

Assim, em 1917 foram criados os municípios de Mafra, Porto União e Cruzeiro, hoje Joaçaba, pela Lei Estadual 1.147 ao qual pertenciam todos os municípios que constituem hoje a AMAUC.

Para colonizar as terras, tentou-se trazer imigrantes europeus, mas devido às dificuldades que teriam que enfrentar, estes não se motivaram mesmo diante das facilidades oferecidas pelo Governo Brasileiro. Outra tentativa sem sucesso foi a de trazer habitantes do litoral catarinense, mas que por questões de clima e diferenças geográficas não alcançaria a adaptação dos agricultores.

Assim, iniciou-se uma grande campanha no sentido de atrair agricultores do Rio Grande do Sul, com a promessa de encontrarem terras com características geográficas bastante parecidas com as que possuíam e mais produtivas, além disso, era extremamente agradável e favorável a adaptação dos agricultores.

A consolidação do desenvolvimento ocorreu após a instalação das estradas de rodagem, que buscavam principalmente o escoamento agrícola e o extrativismo da madeira que era exportado para a Argentina através do rio Uruguai.

Posteriormente, o progresso acelerou-se pela emancipação dos municípios a partir de 1934, e a instalação de forte agroindústria em 1944 além do desenvolvimento de novos municípios na microrregião.

Atualmente a construção da hidroelétrica de Itá, contribui para um novo cenário no que tange o desenvolvimento, sobre tudo criando alternativas de renda no setor predominantemente agrícola da AMAUC. Dados sócio-demográficos dos municípios da região estão demonstrados na Tabela 1.

Tabela 3 – Dados Sócio-Demográficos dos municípios da AMAUC - 2012.

Município	Área (km ²)	População (IBGE, 2010)	IDH
Alto Bela Vista	103,59	2005	0,795
Arabutã	132,23	4193	0,812
Concórdia	254	68627	0,849
Ipira	150,3	4752	0,804
Ipumirim	247,07	7220	0,798
Irani	321,56	9534	0,798
Itá	165,46	6427	0,805
Lindóia do Sul	195,06	4642	0,819
Peritiba	96,41	2988	0,810
Piratuba	145,7	4786	0,806
Presidente Castello Branco	76,94	1794	0,832
Seara	160	16922	0,832
Total	2048,64	133890	0,813

Fonte: Associação dos Municípios do Alto Uruguai Catarinense¹²³.

Os municípios incluídos na amostra qualitativa foram Arabutã, Alto Bela Vista, Seara, Peritiba e Presidente Castello Branco, devido às características epidemiológicas dos profissionais de saúde atuantes nestas localidades.

A seguir será feita uma breve descrição de cada um dos municípios, incluindo características econômicas, sócio demográficas e do sistema de saúde, especialmente questões relacionadas ao atendimento ao usuário de álcool e/ou tabaco. Esta descrição visa um melhor entendimento dos achados que serão descritos no decorrer deste capítulo.

Como característica inerente a toda a região, destaca-se a colonização germânica. Com isso, observam-se certas peculiaridades, como o grande número de igrejas cristãs (principalmente católicas e luteranas), o uso da língua Alemã na comunicação diária e o grande número de festividades nas localidades rurais, como as festas dos padroeiros das igrejas e a Kerbfest.

A Kerbfest é uma grande comemoração realizada entre as famílias de uma comunidade. É realizada em maio, mês que também congrega o dia das mães e a colheita da soja – importante para a economia de toda a região. Assim, é uma oportunidade de diversão e celebração entre as comunidades. Atualmente, a festa tomou proporções maiores, sendo realizada na maioria dos municípios com um forte apelo ao consumo de bebidas alcoólicas.

Arabutã

O município tem 4193 habitantes, que na sua maioria são descendentes de alemães luteranos. A maior fonte de emprego é a agropecuária, especialmente avicultura e suinocultura, sendo que no meio urbano as principais oportunidades de renda estão relacionadas ao comércio e pequenas indústrias.

Possui uma unidade de saúde da família na região central e uma unidade avançada no interior do município. Também possui um hospital de pequeno porte. Possui Índice de Desenvolvimento Humano/2008 (IDH/2008) de 0,812 e um Índice de Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (IDSUS/2012) de 6,42.

O sistema de saúde municipal não realiza atendimento especializado para tratamento do tabagismo ou dependência de álcool. Quando necessário, realiza internação para desintoxicação alcoólica em outros municípios da região, em clínicas de tratamento prolongado ou em uma ala psiquiátrica de um hospital geral de Concórdia/SC.

Alto Bela Vista

O município tem 2005 habitantes na sua maioria descendentes de alemães. Uma característica sócio-econômica importante é a presença de terras alagadas pela represa de Itá no município, o que garante uma importante renda de royalties.

Possui uma unidade de saúde da família na região central da cidade e duas unidades avançadas no interior do município. Apresenta boa infraestrutura e equipamentos para exame de imagem nas unidades de saúde (fisioterapia, desfibrilador automático, ultrassom odontológico e geral). Possui IDH de 0,795 e um IDSUS de 6,99¹²⁴.

O sistema de saúde local não realiza atendimento especializado para tratamento do tabagismo ou dependência de álcool. Quando necessário, realiza internação para desintoxicação alcoólica em outros municípios da região, em clínicas de tratamento prolongado ou em uma ala psiquiátrica de um

hospital geral de Concórdia. Possui uma clínica para tratamento de dependentes químicos em seu território, porém não realiza internações neste local por ser muito próximo à residência os usuários, fato que dificulta a permanência pelo período recomendado.

Seara

O município tem 16.922 habitantes, cinco unidades de saúde da família, perfazendo 100% de cobertura. Além disso, possui um ambulatório de saúde mental que realiza atendimentos para os diversos transtornos mentais. Também possui um hospital de pequeno porte. Possui IDH de 0,892 e um IDSUS de 6,85¹²⁴. Realiza atendimento especializado para tratamento do tabagismo (INCA) sendo referência na região.

Não realiza atendimento especializado para tratamento de dependência de álcool pois possui grupos de Alcoólicos Anônimos no município. Quando necessário, realiza internação para desintoxicação alcoólica em outros municípios da região, em clínicas de tratamento prolongado ou em uma ala psiquiátrica de um hospital geral de Concórdia.

Peritiba

O município tem 2.988 habitantes, uma unidade de saúde da família que perfaz 100% de cobertura. Também conta com uma equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF/SC) atuando em conjunto com os demais membros da Saúde da Família.

Possui um hospital de pequeno porte que é referência para atendimentos de média complexidade para outros municípios na região. Tem IDH de 0,81 e IDSUS de 6,70¹²⁴. O Município tem como base principal da economia o setor primário, através da agropecuária, tendo como destaque a suinocultura, seguida pela produção de milho, bovinocultura de leite, avicultura e corte, feijão e apicultura.

Presidente Castelo Branco

De acordo com o Censo Populacional 2010, o município possui 1725 habitantes, apresentando uma redução de 17,6% na sua população¹²⁴. Possui um IDH de 0,832 e um IDSUS DE 7,04.

O sistema local de saúde conta com uma unidade de saúde, que abriga a equipe de saúde da família e demais setores da secretaria municipal de saúde, como vigilância sanitária e epidemiológica.

Como características econômicas, destacam-se a agropecuária, especialmente avicultura e suinocultura, além de plantação de milho. Recentemente foi descoberta uma fonte de água mineral, que será explorada comercialmente nos próximos anos.

4.2 Etapa Quantitativa

A coleta dos dados quantitativos aconteceu no mês de março de 2011 e foi realizada pelo responsável do projeto e um grupo de estudantes de graduação e pós graduação da área da saúde.

Foram realizadas 517 entrevistas com profissionais das seguintes categorias: agentes comunitários de saúde, técnicos em higiene bucal, auxiliares de consultório dentário, técnicos em enfermagem, enfermeiros, médicos e odontólogos.

A seguir, serão apresentados e discutidos os dados referentes às características sócio-demográfica e de condições de saúde dos profissionais (Tabela 4).

Percebe-se que a maior parte dos profissionais de saúde da região é do sexo feminino, auto referem ter cor branca, tem menos de 30 anos e não possuem outro emprego.

Também fica claro que a grande maioria dos profissionais são Agentes Comunitários de Saúde, fato que reflete a situação atual da Atenção Primária em Saúde no Brasil. Considerando-se os profissionais de nível superior, percebe-se uma equivalência entre enfermeiros, médicos e odontólogos,

também de acordo com as normativas do Ministério da Saúde relacionadas à composição mínima das equipes de saúde da família.

Tabela 4 - Perfil sócio-demográfico dos profissionais da ESF da região da AMAUC - 2011.

Variável	N (%)
Sexo	
Feminino	448 (86,8)
Masculino	68 (13,2)
Etnia	
Branca	468 (92,9)
Outras	36 (7,1)
Faixa Etária	
mín./30	216 (42,5)
31/40	168 (33,1)
40/máx.	124 (24,4)
Municípios	
Presidente Castello Branco	24 (4,7)
Alto Bela Vista	24 (4,7)
Irani	72 (14,0)
Concórdia	92 (17,8)
Ipumirim	68 (13,2)
Peritiba	24 (4,7)
Piratuba	48 (9,3)
Seara	56 (10,9)
Itá	44 (8,5)
Arabutã	16 (3,1)
Lindóia do Sul	24 (3,7)
Ipira	24 (3,7)
Profissão	
Enfermeiro	68 (13,2)
Médico	56 (10,9)
Agente Comunitário de Saúde	284 (55,04)
Dentista	52 (10,1)
Técnico em Enfermagem	44 (8,5)
Auxiliar de Consultório Dentário	12 (2,3)
Renda Categorizada	
menos de 930	316 (61,2)
931 - 3000	100 (19,4)
acima de 3000	100 (19,4)
Possui outro emprego	
Não	400 (78,1)
Sim	112 (21,9)

Com relação às condições de saúde dos profissionais, observa-se que, de maneira geral, 6,2% apresentam uso de álcool considerado problemático, 3,1% relataram algum tipo de transtorno mental no último ano e 17,8% puderam ser classificados como portadores de Transtorno Mental Comum.

Tabela 5 – Características da amostra relacionadas a condições de saúde dos profissionais da ESF da região da AMAUC - 2011.

Variável	N (%)
Uso Problemático de Álcool	
Não	484 (93,8)
Sim	32 (6,2)
Uso de tabaco na vida	
não	116 (23,0)
sim e gostei	308 (61,1)
sim e não gostei	80 (15,9)
Uso de Tabaco Atual	
Não	448 (91,1)
Sim	44 (8,9)
Transtorno Mental Comum	
Não	424 (82,2)
Sim	92 (17,8)
Diagnóstico Médico de Transtorno Mental e do Comportamento	
Não	496 (96,9)
Sim	16 (3,1)

Os principais achados significativos relacionados ao uso do tabaco foram o auto relato de cor de pele branca, ser enfermeiro, não possuir outro emprego e apresentar uso problemático de álcool. Estas características podem ser consideradas importantes na discussão dos fatores associados ao uso de tabaco entre profissionais de saúde.

Ainda, percebe-se um maior uso entre as mulheres, com idade acima de 40 anos e renda entre R\$ 900,00 e R\$ 3.000,00. Estas diferenças não podem ser consideradas significativas devido ao valor de p encontrado, e podem ser explicadas pelas características gerais da amostra. A grande maioria dos

profissionais de saúde atuantes da APS são mulheres, porém a minoria se enquadra nas outras duas categorias não significativas.

Outras características que são apontadas como significativas foram trabalhar em diferentes municípios e possuir transtorno mental comum ou diagnóstico médico de transtorno mental e do comportamento. Entretanto, essas diferenças devem ser analisadas cautelosamente devido à ausência de indivíduos fumantes em alguns municípios e entre os que apresentam problemas relacionados à saúde mental.

Com relação ao uso problemático de álcool os achados significativos na análise descritiva foram possuir outro emprego, uso de tabaco atual e ter diagnóstico médico de transtorno mental e de comportamento. Todas estas características estão associadas a um maior uso problemático de álcool entre os profissionais de saúde.

Outras variáveis que apresentaram valor de p significativo foram sexo, faixa etária, município de trabalho e profissão. Estas variáveis também devem ser analisadas cautelosamente devido à ausência de indivíduos com uso problemático de álcool em alguma categoria.

Já as variáveis que não se apresentam relacionadas ao uso de álcool nesta amostra foram a cor da pele, a renda e transtorno mental comum.

Tabela 6 - Análise Descritiva do Uso de Tabaco e Álcool dos profissionais da ESF da região da AMAUC - 2011.

	Uso de Tabaco	Valor de p	UPA	Valor de p
Sexo				
Feminino	9,4	0,34	7,1	<0,001*
Masculino	5,9		-	
Cor de pele				
Branca	8,3	0,06*	5,1	0,13
Outras	-		11,1	
Faixa Etária				
mín./30	9,4	0,69	9,3	<0,001*
31/40	7,5		7,1	
40/máx.	10,3		-	
Municípios				

Presidente Castello Branco	16,7	<0,001	16,7	<0,001
Alto Bela Vista	-		-	
Irani	11,8		11,1	
Concórdia	9,1		8,7	
Ipumirim	25,0		-	
Peritiba	20,0		16,7	
Piratuba	-		8,3	
Seara	-		-	
Itá	-		-	
Arabutã	25,0		-	
Lindóia do Sul	-		16,7	
Ipira	-		-	
Profissão				
Enfermeiro	18,8	0,03	5,9	0,08
Médico	7,1		7,1	
Agente Comunitário de Saúde	8,8		8,5	
Dentista	7,7		-	
Técnico em Enfermagem	-		-	
Auxiliar de Consultório Dentário	-		-	
Renda Categorizada				
menos de 930	8,00	0,31	6,3	0,5
931 - 3000	13,00		4,0	
acima de 3000	8,00		8,0	
Outro emprego				
Não	10,60	0,02	4,0	<0,001
Sim	3,60		14,0	
Uso Problemático de Álcool				
Não	7,83	<0,001	*	*
Sim	25		*	*
Uso de Tabaco Atual				
Não	*	*	5,4	<0,001
Sim	*	*	18,2	
Transtorno Mental Comum				
Não	10,9	<0,001*	6,6	0,42
Sim	-		4,4	
Diagnóstico Médico de Transtorno Mental e do Comportamento				
Não	9,3	<0,001*	5,7	0,002
Sim	-		25,0	

*Teste Exato de Fisher

4.3 Etapa Qualitativa

A coleta dos dados qualitativos ocorreu no mês de abril de 2012, nos cinco municípios citados anteriormente. Foram realizadas 39 entrevistas semi-estruturadas com profissionais das seguintes categorias: agentes comunitários de saúde, técnicos em enfermagem, enfermeiros, médicos, odontólogos, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos e assistentes sociais.

As falas referentes às entrevistas serão identificadas pela letra “E”, seguida do número da entrevista. Esta nomenclatura visa dificultar a identificação dos sujeitos, pois algumas categorias profissionais tiveram poucos participantes.

Apesar de a etapa quantitativa não ter abordado os profissionais dos Núcleos de Saúde da Família, considerou-se importante sua inclusão nesta fase pois estes também realizam atendimento a usuários de álcool e tabaco. Além disso, estão inseridos na definição de políticas públicas nas várias áreas de atuação da saúde da família.

As entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora, com o processo de comparação constante acontecendo concomitantemente com as entrevistas. Durante a realização das entrevistas, houve uma imersão aprofundada no campo de pesquisa, sendo que a comparação constante foi realizada a partir da escuta ativa das entrevistas e observação direta da realidade dos locais de coleta.

O processo de amostragem e sensibilidade teórica inerente à Teoria Fundamentada nos Dados é dependente da experiência pessoal e profissional do sujeito enquanto pesquisador, do conhecimento teórico bem como da imersão e questionamento dos dados levantados. Assim, pesquisadores menos experientes tendem a aumentar o número amostral buscando garantir o alcance dos objetivos propostos.

Outro motivo para a realização do grande número de entrevistas foi o pouco tempo destinado a coleta de dados. Para garantir a inclusão de possíveis percepções e significantes heterogêneas foram entrevistadas mais pessoas, permitindo uma análise mais fidedigna à realidade.

Com duração média de 25 minutos, as entrevistas foram gravadas e transcritas pela própria pesquisadora. Também foram realizadas notas de campo, que auxiliaram na contextualização das falas.

Para uma melhor compreensão da descrição dos resultados qualitativos, será realizada a caracterização dos participantes da pesquisa.

Tabela 7 – Caracterização sócio-demográfica dos profissionais da ESF da região da AMAUC - Etapa Qualitativa - 2012

Variáveis	N	%
Município de Atuação		
Arabutã	8	20,5
Alto Bela Vista	8	20,5
Seara	5	12,8
Peritiba	10	25,7
Presidente Castello Branco	8	20,5
Sexo		
Feminino	29	74,4
Masculino	10	25,6
Faixa Etária (anos)		
até 30	22	56,4
31/40	9	23,1
41 e mais	8	20,5
Estado Civil		
Casado ou com companheiro	25	64,1
Solteiro	12	30,8
Viúvo	-	-
Divorciado	2	5,1
Escolaridade		
Fundamental Incompleto	3	7,7
Fundamental Completo	-	-
Médio Incompleto	-	-
Médio Completo	13	33,3
Superior Incompleto	1	2,6
Superior Completo	22	56,4
Profissão		
Agente Comunitário de Saúde	14	35,8
Técnico em Enfermagem	3	7,7
Enfermeiro	5	12,8
Médico	4	10,3
Odontólogo	4	10,3

Nutricionista	3	7,7
Psicólogo	2	5,1
Farmacêutico	2	5,1
Assistente Social	1	2,6
Fisioterapeuta	1	2,6
Tempo de Trabalho na profissão		
até 3 anos	7	18,0
mais de 3 anos	32	82,0
Tempo de Trabalho no município		
até 3 anos	12	30,8
mais de 3 anos	27	69,2
Uso de tabaco atual		
Não	37	94,9
Sim	2	5,1
Uso Problemático de Álcool		
Não	34	87,2
Sim	5	12,8

Pode-se observar que a maioria dos participantes foi do sexo feminino, jovens, casados e com ensino superior completo. Na sua maioria, os entrevistados eram agentes comunitários de saúde, fato que está de acordo com a realidade da Atenção Primária em Saúde onde esta categoria é a maioria dos trabalhadores.

A maior parte atua na profissão e no município há mais de três anos, situação que favorece um conhecimento ampliado da realidade local. Com relação ao uso de tabaco, a prevalência encontrada foi baixa, inclusive significativamente menor que a da realidade local e nacional. Encontrar os profissionais usuários de tabaco representou uma dificuldade e limitação do estudo, pois os mesmos encontravam-se dispersos nos 12 municípios avaliados na etapa quantitativa.

Considerando-se o uso problemático de álcool, a prevalência encontrada foi representativa da situação regional, porém foi menor que a da população em geral.

A seleção da amostra qualitativa a partir dos dados coletados na etapa quantitativa foi feita buscando-se respeitar a variabilidade dos padrões de uso de álcool e tabaco, comportando todas as possíveis diferenças. Assim, pode-se considerar que a amostra do estudo qualitativo foi condizente com o estudo

quantitativo, devendo-se ressaltar as dificuldades encontradas para localizar os usuários de tabaco.

4.3.1 Significados atribuídos ao uso de álcool e tabaco pelos profissionais de saúde

O uso de substâncias psicoativas é multideterminado, relacionado com a história de vida e questões genéticas e fisiológicas. Com o indivíduo profissional de saúde não poderia ser diferente, pois antes de assumir esta posição social ele é membro de uma sociedade e sofre as mesmas influências que as demais pessoas que não são da área da saúde.

Para compreender os significados atribuídos ao uso de álcool e tabaco e à assistência prestada buscou-se a percepção destes pelos participantes do estudo. Podem-se perceber algumas diferenças entre grupos de pessoas, principalmente entre os profissionais que usam e os que não usam as substâncias, conforme demonstrado na Figura 6.

Não foram observadas diferenças relacionadas especificamente ao uso de álcool ou tabaco, os relatos foram bastante semelhantes, independentemente da substância utilizada.

Figura 6 – Construção dos Significados atribuídos ao uso de álcool e tabaco.

Quanto aos significados atribuídos ao próprio uso de álcool e tabaco, percebem-se algumas diferenças. Para os profissionais que usam álcool e tabaco, o significado associado ao uso está relacionado a momentos de lazer, como uma forma de se “soltar” e relaxar do estresse do trabalho.

e o álcool tipo assim, é mais em festa, descontrair, se soltar um pouco, dançar mais, mais pra questão de se soltar eu acho, não por precisar beber... eu tenho em casa também, uísque, vinho, amarula, essas coisas, mas não bebo... bebo quando vai alguém e a gente faz alguma coisinha... E21
pra mim é um calmante (cigarro), assim... nem que seja só psicológico, né, que nem eu tenho consciência que isso é psicológico, que o cigarro vai me acalmar, e me acalma... por que eu penso nisso... então eu sei que ele faz mal, só que... é um calmante, me ajuda... E17

Os relatos apontam para um uso acompanhado por outras pessoas, pois o uso desacompanhado é apontado de forma não prazerosa.

Eu acho que assim, é mais pra descontração, se tiver que tomar sozinho, a não ser que tu seja dependente, fica sem graça...E14

Além disso, os profissionais consideram seu uso como normal, ou social. De uma maneira geral, não identificam problemas relacionados ao seu uso.

Ai eu bebo cerveja quando vou, sei lá, festinha, quando ta com amigos, mas é de vez em quando, (...) toma cerveja no bar, às vezes faz uma janta alguma coisa e toma um pouco, no inverno uma batidinha... rrsrs... mas é... eu fico tranqüila assim, sei lá... não me preocupo assim... E3

Entre os profissionais tabagistas, os significados apontam para o lado positivo do uso da substância. O tabaco seria um calmante, utilizado após situações estressantes, também como uma companhia ou um passatempo.

Eu moro sozinha, né, então o cigarro pra mim é uma companhia...mas é assim... to sem fazer nada em casa, fumo um cigarro, passa o tempo, coisa assim... E21

Assim, pode-se afirmar que entre os profissionais que usam as substâncias, o significado atribuído ao uso é positivo, ou seja, o uso do

álcool/tabaco é realizado para descontração e relaxamento, constituindo parte do cotidiano dos sujeitos.

O padrão de uso de álcool semelhante ao dos usuários dos serviços foi relatado com como uma “janela” para abordar o assunto de maneira mais empática, facilitando a compreensão do problema.

Eu acho que sim... por que, eu sou uma pessoa que gosto de fazer o uso do álcool com uma forma de degustar uma bebida, um vinho, espumante, eu adoro... e acho que o meu olhar pro meu paciente também eu compreendo, por que... ok eu não sou uma dependente química, eu tenho esse controle, eu posso ter esse controle... E29

Já entre os que não usam, percebe-se um significado mais negativo, com relatos direcionados aos danos provocados pelo uso das substâncias ou a situações familiares estressantes associadas ao consumo de álcool e tabaco.

que pra mim o álcool, a pior droga que existe é o álcool, sabe... claro, tem o crack, e coisa, que não são tão consumidos aqui, mas aqui na nossa região o álcool é a pior droga... então, assim, o álcool, eu vi famílias destruídas E17

Podem-se identificar duas maneiras pelas quais os significados atribuídos ao uso de álcool/tabaco dos profissionais de saúde interferem na assistência. A primeira pode ser resumida pela frase “Sigam o meu exemplo”, pois profissionais que não usam álcool/tabaco colocam o seu comportamento como um exemplo a ser seguido.

Desde que eu me formei eu tenho esse hábito e nunca passei daquilo, consigo me controlar, se eu consigo, por que outro fulano não consegue... nesse sentido eu pego firme... nesse sentido... E4

A segunda, fica caracterizada pela frase “Faça o que eu digo mas não faça o que eu faço”, mostrando que os profissionais de saúde que usam álcool/tabaco preferem não admitir seu uso perante a comunidade para também poderem ser considerados exemplos de comportamento. Este fato demonstra que os profissionais assumem um papel paternalista, que lhes é imposto socialmente.

Eu acho... só que assim, tem uma coisa, eu não fumo no posto, tento esconder o máximo o meu vício... eu fumo em casa, se

eu fumo antes de vir trabalhar eu tomo banho, troco de roupa, pra não ter cheiro... eu acho que é complicado tu falar pra alguém não fumar, sendo que tu ta com cheiro de cigarro ou ele te viu fumando... eu tento evitar o máximo assim... é que nem, faça o que eu digo mas não faça o que eu faço, né... E21

Entretanto, percebe-se que tanto para os profissionais que usam as substâncias quanto para os que não usam, o que importa é ser exemplo de conduta social para os usuários dos serviços. Entre os profissionais que utilizam álcool e/ou tabaco nota-se uma tendência de negação do uso para também poderem “cobrar” a abstinência dos usuários sem serem questionados quanto ao seu próprio uso.

Eu acho assim, a gente também trabalha no setor da saúde, eles cuidam muito disso, eles dizem que se a gente ta bebendo, como que a gente vai na casa deles depois dizer que eles não podem beber... E22
na comunidade a gente evita até por uma questão de exemplo né... depois como vou pegar no pé das pessoas eu também tava bebendo... E30

Já os que não usam as substâncias sentem que podem orientar os usuários a também não usarem, pois se eles conseguem os usuários também devem ser capazes de atingir a abstinência.

então eu acho que é uma coisa que atrapalha bastante... eu acho que eu não fumo por isso, assim, que eu acho que atrapalha, eu acho que os outros também podiam parar, né... **fazer que nem eu...** E16

A partir da identificação dos significados associados ao próprio uso de álcool e tabaco, pode-se proceder a identificação do fenômeno central em estudo, ou seja, como este significado se relaciona com a assistência prestada.

4.3.2 Descrição das Categorias e Subcategorias

A análise e comparação constante dos dados permitiram a construção de um modelo teórico explicativo da relação entre os significados do uso de álcool e tabaco dos profissionais de saúde e a assistência por eles prestada. Trata-se de uma relação que envolve, além do profissional de saúde e o

usuário dos serviços, os familiares, a comunidade toda a rede de pessoas com quem ambos se envolvem.

Seguindo os preceitos da Teoria Fundamentada nos dados, buscou-se nas categorias finais as relações entre o fenômeno e suas condições causais, condições contextuais, condições intervenientes, estratégias utilizadas e as conseqüências práticas. A descrição dos resultados será feita a partir desta estrutura.

Assim, objetivando aprofundar a discussão dessa relação, serão descritos os achados relacionados a como o profissional de saúde se relaciona com os usuários de álcool e tabaco, a partir do seu próprio uso (Quadro 3)

Quadro 3 – Categorias e subcategorias da TFD - 2012.

CONSIDERANDO O USO DE ÁLCOOL E TABACO NA COMUNIDADE
Percebendo diferenças de faixa etária e gênero no uso de álcool e tabaco
Percebendo diferenças entre o uso de álcool e de tabaco
Refletindo sobre o uso de álcool na comunidade
Refletindo sobre o uso de tabaco na comunidade
PERCEBENDO INFLUÊNCIAS NO SIGNIFICADO DA ABORDAGEM AO USUÁRIO DE ÁLCOOL E TABACO
Percebendo influências na abordagem ao usuário de álcool e tabaco
IDENTIFICANDO BARREIRAS NA FORMAÇÃO PARA PRESTAR ASSISTÊNCIA AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E TABACO
Sentindo-se capacitado para prestar assistência ao usuário de álcool e tabaco
UTILIZANDO ESTRATÉGIAS DE ASSISTÊNCIA AO USUÁRIO DE ÁLCOOL E TABACO
Abordando a família do usuário de álcool e tabaco
DEFININDO A ATUAÇÃO PROFISSIONAL RELACIONADA A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E TABACO
Identificando papéis dentro da equipe interdisciplinar
Identificando o próprio papel dentro da equipe interdisciplinar

4.3.2.1 Considerando o Uso de Álcool e Tabaco na Comunidade

O contexto em que se desenvolve o uso de álcool e tabaco pode ser considerando importante na forma como o indivíduo lida com seu próprio uso. Importante na medida em que este uso é construído socialmente, na interação que as pessoas tem na sociedade.

Os profissionais de saúde inseridos na APS interagem diretamente com a comunidade, tanto dentro das unidades de saúde quanto em situações

cotidianas. É nessa interação que podem ser influenciados por questões culturais inerentes da comunidade relacionadas ao uso das substâncias, como considerações de gênero e idade, papéis que as substâncias tem entre as pessoas do município, locais em que o uso ocorre entre outras.

Nas comunidades investigadas pode-se perceber uma forte influência da cultura germânica, bastante associada ao uso de álcool. Praticamente todas as cidades realizam alguma festividade onde ao uso de álcool é cultuado, reforçando o papel que a substância tem no estabelecimento de socialização. De maneira geral, o uso de álcool é percebido como parte importante da vida social, tendo seu uso estimulado pelos eventos sociais relacionados. Porém, a partir do momento em que o uso recreacional passa a ser percebido como dependência pelos demais, o indivíduo passa a ser discriminado e excluído socialmente.

Com relação ao uso do tabaco, são realizadas ações na tentativa de reduzir o uso, por exemplo, a adoção de leis de restrição do uso em ambientes fechados. Estas ações estão relacionadas a prevenção de patologias tabaco-relacionadas, que são identificadas como altamente preveníveis pelos profissionais de saúde. As ações facilitam aos indivíduos não fumantes a adoção de uma postura mais crítica com relação aos fumantes, inclusive solicitar o não uso do tabaco em determinadas circunstâncias.

Figura 7 - Considerando o uso de álcool e tabaco na comunidade.

4.3.2.1.1 Percebendo diferenças de faixa etária e gênero no uso de álcool e tabaco

Os profissionais de saúde conseguem identificar diferenças relacionadas a faixas etárias de maior uso de álcool e tabaco, assim como diferenças de gênero. Estas diferenças se referem a quantidade e tipo de substância ingerida, local de consumo e comportamento posterior.

Muitos relatos dos participantes apontam esta situação. Os profissionais relatam freqüentemente uma percepção de mudança no padrão de consumo da comunidade, relatando um uso mais aberto e irrestrito, sem sanções quanto ao uso em público ou próximo a menores de idade. Também relatam um maior uso por mulheres, enquanto que em outras épocas o principal consumidor era o homem.

4.3.2.1.1.1 Percebendo diferenças de gênero no uso de álcool e tabaco

As condições contextuais de uso de álcool e tabaco apresentam-se de maneiras diferentes entre homens e mulheres. Historicamente, o uso de substâncias psicoativas é maior entre os homens, sendo que esta percepção permanece na sociedade apesar das mudanças ocorridas nos papéis de homens e mulheres.

Eu acho que quem tem mais problema com álcool aqui são os homens... tem mulheres também, mas grande maioria são homens E6

(...) mas a gente não tem casos de mulheres assim que tem problema exagerado com bebida e fumantes assim, mulheres são poucas que a gente percebe que fumam, mais é em homens... E10

Entre os motivos apontados para um menor uso de álcool pelas mulheres está o fato de que as mulheres desejam ser exemplos de comportamento para os filhos e por que os seus maridos, de maneira geral, utilizam a substância de maneira exagerada.

As mulheres já ficam meio assim por que não gostam que os maridos bebam, aí ficam meio com pé atrás por causa dos filhos, né, as mães não gostam que os filhos bebam, né...

então pra evitar que eles bebam elas também não bebem (...)
do que eu vejo é mais nesse sentido, assim,... E14
É meio geral, as mulheres até que não bebem tanto, até por
que os maridos bebem demais... E13

Além destes fatores relacionados ao uso de álcool pelas mulheres, também está presente entre os profissionais de saúde, uma conotação moral do consumo.

às vezes até mulheres que bebem demais, e o pessoal acha isso anormal né, que o homem a gente vê bem mais, mas a questão de mulher a gente vê menos, só que não é o que a gente espera né, de uma mulher, um homem bêbado já fica feio, agora uma mulher fica mais feio ainda, né...

Já com relação ao uso de álcool e tabaco pelos homens, os motivos apontados pelos profissionais de saúde estão relacionados com a falta de opções de lazer e desemprego. Nota-se a associação entre o uso de álcool e tabaco e momentos de diversão e descontração.

os bares estão sempre cheios de pessoas, a maioria homens, fazendo uso de bebida alcoólica, cerveja ou cachaça e jogando baralho... é único lazer, tu passa agora de tarde, os bares da cidade estão cheios... E29

aí o pessoal aqui é muito de ir em camping, coisa assim, tem os grupos de amigos, faz janta e coisa assim, e bebe... ah, vamos jogar uma bocha, que aqui o pessoal joga bastante, tem campeonato, tem bebida no meio... E13

aí eles fazem os negócios que tem que fazer e vão na bodega... se tu for agora, tá cheio... eles começam a jogar baralho de tarde vão até de noite... E34

e são aquelas pessoas que não tem o que fazer, se tivessem uma ocupação maior, se eles percebessem que aquilo ali não é bom pra eles e tomassem uma atitude de ter uma ocupação, eu acho que ia diminuir bastante... E6

4.3.2.1.1.2 Percebendo diferenças de faixa etária no uso de álcool e tabaco

Torna-se importante considerar questões relacionadas a faixa etária em que o uso de álcool e tabaco é mais freqüente em determinada população, para assim melhor compreender a iniciação e evolução do uso e implementar ações específicas para os diferentes grupos.

Neste sentido, pode-se observar que o uso de tabaco é mais freqüente entre pessoas de mais idade ou idosos. Nos diversos municípios esta situação foi semelhante, mostrando que há uma tendência de redução do início do uso na região. Os relatos apontam para um uso por pessoas idosas, que iniciaram o uso do tabaco em uma época em que o consumo era fortemente incentivado nos diversos setores da sociedade.

no tabaco não na população jovem, mas na população de meia idade pra frente, é uma herança cultural isso, né... E9
 geralmente tem mais idade, e fumam há mais tempos, pessoas mais novas até tem menos... E11
 pessoas idosas mesmo... que utilizam o cigarro de palha, também tem do outro, mas tu percebe mais nos idosos o cigarro de palha... E12
 Meia idade... eu acho que adultos, assim a população na faixa dos 35 a 50 anos... E26
 São pessoas de mais idade... os jovens eu acho que fumam pouco... por que tem mais acesso a informação, tiveram mais acesso e não começaram a fumar... E28

Observa-se também uma tendência ao descrédito quanto à possibilidade da cessação do uso do tabaco por pessoas idosas. Os relatos partem do princípio de que estas pessoas usam o tabaco desde muito novas e agora são muito resistentes a qualquer abordagem para o encerramento do uso.

Mais de 60... e são os que não querem deixar de fumar... eles vão fumar até o fim, fumaram até agora, a vida toda... E23
 Eu vejo mais os idosos, mais de 60 anos, que não vão parar de fumar nunca... E29

Quanto ao uso de álcool, os relatos apontam para um uso maior entre os jovens nas comunidades por eles atendidas. Há uma maior preocupação dos profissionais com o uso nesta faixa etária, relacionando com possíveis danos futuros. Pode-se destacar a não percepção de problemas relacionados ao uso de álcool entre adultos, o que pode estar relacionado há uma maior aceitação do uso nesta idade.

já o álcool já é mais a partir da adolescência, ali por 17 ou 18 anos, já uma idade que começa a ser adulto, já tem esse costume de ver esse jovens já com álcool junto... E9

aqui nos jovens eu não percebo fumando, mas assim bebendo, claro que... no que a gente vê sem excesso, mas a bebida sempre ta presente, E10

Mais nos jovens... o consumo de álcool e fumo é elevado aqui no município... E30

A forma e o local em que os menores de idade consomem o álcool também aparecem nas falas. Os profissionais referem que o uso é indiscriminado, acontecendo ao ar livre e sem nenhum tipo de controle por parte dos pais ou autoridades responsáveis.

são muitos jovens, quando a gente sai o pessoal comenta que se passar no final de semana na praça, ou segunda feira de manhã, são copos, litros de vodca, de cachaça... E1

os jovens estão começando agora a encher a cara final de semana... tem essas turminhas que saem da escola tão indo fumar, acho que essa é uma evolução muito grande (...) ta aumentando muito... E1

Aparece também a questão cultural relacionada com o uso de álcool pela comunidade. Os profissionais colocam que o uso é freqüente e que é visto com naturalidade. Os demais moradores não percebem o consumo como algo problemático, faz parte do desenvolvimento natural dos jovens e do comportamento adulto.

eles vêem a questão da ingesta de álcool com naturalidade assim... sem nenhum preconceito... e o uso freqüente, uma vez por semana, é muito comum... tanto nos jovens quanto nas pessoas mais de idade... e tem uns barzinhos aqui que tem os freqüentadores assíduos e tem alguns alcoólatras na cidade... E28

é interessante isso, como é cultural né... mas é preocupante, por que ninguém liga muito, tudo é festa... E29

A questão da busca por atendimento na unidade de saúde também surge como uma questão contextual, determinada em parte pela faixa etária em que o indivíduo se encontra. De maneira geral, os mais jovens são vistos como menos preocupados com sua saúde, não identificando próprio consumo de álcool ou tabaco como um problema de saúde. Já da pessoa mais velha é esperado um comportamento mais voltado para a identificação de situações que possam trazer risco ao próprio bem estar.

o jovem tem mais saúde, tudo bem, faz uso de álcool e fuma, mas ta tranquilo, no outro dia ta bem né... então ele não procura atendimento pra isso né... E30

Eu acho que hoje em dia as pessoas estão mais conscientes, não os novos e adolescentes, pra eles é tudo festa... mas assim os mais velhos, estão bem mais conscientizados que tem que parar de tomar, de fumar, né,... E19

4.3.2.1.2 Refletindo sobre o uso de álcool na comunidade

O uso de álcool é uma questão que surge de diversas maneiras no cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde da APS. Muitas vezes passa despercebido ou camuflado por outras situações consideradas mais urgentes, não recebendo a devida atenção.

Apesar dessa invisibilidade, por vezes os profissionais se vêem obrigados a refletir sobre o tema, ou por que precisam atender um usuário embriagado, ou surge alguma situação que exige uma ação imediata relacionada ao uso de álcool.

Essa reflexão gira em torno de diversos pontos, mas normalmente começa com a pergunta: Por que as pessoas bebem tanto e desta maneira nesta comunidade? Estes questionamentos os levam a considerar o uso de álcool como um problema e a tentar compreender melhor como as pessoas se relacionam com a substância e buscar qual o papel que ela tem nas relações sociais, para assim poder oferecer uma assistência condigna com a realidade da comunidade.

4.3.2.1.2.1 Identificando as causas do uso de álcool na comunidade

Identificar as causas do uso de álcool em uma comunidade não é uma tarefa das mais simples. Os profissionais de saúde, de uma maneira geral, não apresentam respostas prontas nem tampouco definitivas para esta questão, porém conseguem fazer algumas distinções entre fatores envolvidos na sua gênese, como pode ser identificado nesta fala:

não sei por que as pessoas bebem sabe... bebem pra que, pra ficar feliz, mas bebem quando as coisas tão boas, bebem pra afogar as mágoas... no final... o que é... E18
Isso é uma pergunta que volta e meia eu me faço mesmo... por que no nosso município é assim? E30

Entre as causas para o uso abusivo de álcool nas comunidades em que atuam, os profissionais apontam a influência de amigos e necessidade de auto-afirmação; a influência da família, tanto na iniciação do uso quanto como um gatilho para o consumo nocivo; as questões culturais da região; as considerações a respeito da patologia e questões genéticas; o consumo do álcool como uma fuga da realidade e para a resolução de problemas; e também apontam a falta de opções de lazer.

A influência do grupo acontece desde a adolescência até a idade adulta, onde os membros impõem um padrão de comportamento considerado adequado para a situação. Se o indivíduo opta por não seguir este padrão, pode ser excluído ou vítima de comentários negativos.

Na adolescência e entre jovens adultos, percebe-se uma forte necessidade de auto-afirmação e pertencimento a um determinado grupo. Para tanto, os indivíduos assumem os comportamentos pré-determinados pelos pares.

Eu acho que algumas são por necessidade né, que nem o álcool, tem algumas que não conseguem mais ficar sem, outros tem uma turminha de amigos, um copo daqui outro copo dali, quando é adolescente às vezes... hoje em dia eu vejo muito eles dizendo: “ah se tu não fumar tu não é homem, se tu não beber tu não é homem”, E1

por que os teus amigos tão bebendo aí tu também bebe, por que se não eles excluem, deixam um pouco de lado, ou ficam soltando piadinhas, né... então é mais assim que eu percebo... E13

Não sei te responder isso direito... diversão, de repente por que o amigo toma, acaba exagerando, e no dia a dia e quando vê taí, já ta muito sério... E2

Freqüentemente, os profissionais apontam as relações familiares como um importante aspecto relacionado ao uso abusivo de álcool. Para eles, a influência da família se inicia no nascimento, o indivíduo percebe como seus pais e familiares usam o álcool e toma este comportamento como exemplar. O papel que o álcool tem nas relações, seria passado de geração em geração, exercendo um forte papel na constituição da pessoa adulta. Tanto em situações positivas quanto negativas, como por exemplo:

(...) de olhar, ter sempre em casa, olhar o seu pai tomando, e verificar que querendo ou não ele ta bem relacionado, ele teve sucesso na vida e você como jovem olhar aquilo ali e pensar que é tranqüilo, que pode ser feito... E9

por que assim a maioria deles já vem desde família, sabe, os pais fumavam, os pais já usavam álcool, e por ter várias festas de família... E11

e eu acredito que vem da família, que não tem uma estrutura boa, né, o pai e a mãe deixam largado, o pai e a mãe também que largam, né, não tem responsabilidade... acredito que vem da família mesmo, E19

Além da influência da família natal no desenvolvimento individual, também há a influência dos cônjuges e filhos na vida adulta. As pessoas podem apresentar problemas conjugais ou com filhos e usar o álcool como uma forma de lidar com a situação posta.

muitas vezes com a família ou emprego, mais é a tristeza, né, que a tristeza acontece na família às vezes né, não se entendem, algo assim... E7

É uma coisa social, no meio tem... quem sabe algum problema de relacionamento com filhos... E15

aqui na região eu acho que tem muitos problemas familiares, às vezes, de relacionamento, o pessoal as vezes que mora na roça não... eles tem muito problema conjugal, E28

Outro aspecto apontado pelos profissionais como causa do uso abusivo de álcool é a questão cultural. Cultura aqui sendo considerada como,

“aquele todo complexo que inclui o conhecimento, as crenças, a arte, a moral, a lei, os costumes e todos os outros hábitos e capacidades adquiridos pelo homem como membro da sociedade”.¹²⁵

De maneira bastante contundente, os profissionais afirmam que uma das principais causas do uso é a cultura, ou seja, a forma como as pessoas se relacionam com o álcool, o papel que a substância desempenha na interação com os outros. As falas a seguir deixam esta colocação mais clara,

acho que é mais a questão de cultura mesmo, essa questão de festas sempre, todas essas festas tem bebida, E10

meio que geral, eu acredito que seja cultura da cidade, não só daqui, mas na região... E32.

Exemplificando estas colocações, os profissionais de saúde colocam que as pessoas tem um padrão de vida bastante rígido e fechado, que não admite mudanças radicais. Ao se referir a este fato, eles colocam que as

peessoas são majoritariamente de origem germânica, e possuem o hábito de usar o álcool em diversas ocasiões sociais, desde festas importantes até encontros casuais (questões relacionadas a influência da cultura germânica serão discutidas com maior profundidade no decorrer deste texto). Uma fala que aponta neste sentido é

isso também, acho que tem a ver com a questão do alcoolismo e tabagismo na nossa região... por ser uma cultura bem rígida e fechada... E26

mas eu acho que é um hábito que vem sendo trazido em todas as gerações, assim, muita cerveja, alemão... E29

por que geralmente eles acham que aquilo ali não é o que faz mal, que não é a bebida que vai influenciar, que é a bebida que ta alterando, é um hábito que eles acham que eles precisam ter, E6

O meio social também é citado como influente no consumo de álcool. Além da influência da família, também surge o ambiente social da comunidade como favorecedor do uso, com diversas situações em que o uso é estimulado como festas e bares.

mas é bem complicado, acho que as pessoas influenciam um pouco sim... o meio que a pessoa convive... E33

aqui parece assim uma cultura, é bem difícil... por que parece que eles tem vício de ir na bodega... E34

A “fraqueza” também foi apontada como uma das causas de uso de álcool. Os profissionais relatam que pode ser uma questão de fraqueza do organismo ou psicológica que dá início ao problema, tornando-se um vício com o passar do tempo.

é uma fraqueza do organismo, psicológico, né, E3

as pessoas começam mais por fraqueza, né, antes de se tornar um vício eu acho que é mais por fraqueza, sei lá, né... E21

O uso de álcool também foi considerado enquanto doença. O início do uso se daria através de influências de amigos e familiares, passando para uma etapa patológica em que a dependência se instala. Além das determinações sociais, também está envolvida na gênese da doença a questão genética, como importante para explicar por que diversos membros da mesma família podem apresentar uso problemático de álcool.

Eu vejo, é uma doença, as pessoas acabam entrando por influência dos amigos acabam bebendo, e algumas pessoas conseguem dizer não, não tem esse ponto de equilíbrio de dizer não, tenho que parar... mas eu vejo que é uma doença...

E3

às vezes eu acho que alguns tem tendência, né a beber mais, ao vício, maior que o outro, daí acaba se viciando mais fácil...

E24

Eu não sei se é um pouco genético ou se é o convívio com outras pessoas, se é o meio que a pessoa convive que favorece a isso... E33

O uso de álcool enquanto uma estratégia de lidar com os problemas (coping) também está relacionado como causa do uso abusivo, segundo os entrevistados. A questão cultural é apontada como importante para a iniciação do uso, entretanto, a manutenção e agravamento estão associadas com a fuga e tentativa de resolução de problemas.

Fuga... a questão cultural é o pontapé inicial, depois vem a fuga e depois vem o vício... E4

Eu acho que no álcool é a tristeza, a depressão, se a pessoa tá ali isolada eu acho que ela vai beber, pra esquecer, se tá triste e vai beber esquece, mas só esquece naquela hora, E7

Eu penso de repente, por algum problema, daí cai na bebida, mas não vai resolver, né... mas de repente algum problema na família, algum desgosto... a pessoa começa a tentar achar algo que mude a vida dela, que de alegria ou prazer talvez... mas isso só tem põe mais pro fundo do poço, né, eles não entendem... E22

Enquanto estratégia de coping, o uso de álcool é percebido como mais uma entre tantas já utilizadas pelos indivíduos em atendimento.

acho que as vezes o álcool é o momento de talvez esquecer de tudo.... talvez tem gente que gosta de dormir, outros de comer e outros de beber... E33

Depois de instalada a dependência da substância, o profissional entende que o indivíduo vai em busca de desculpas para justificar o uso da substância.

que as vezes a maioria que eu percebo é como uma desculpa, né, principalmente o cigarro, tá estressado tá nervoso, fuma, ou precisa beber por que não tá dando certo, E3

Finalmente, é uma característica das pequenas cidades do interior do sul do Brasil a pouca oferta de opções de lazer. Em geral, as pessoas procuram festas de cunho religioso, fazem reuniões na casa de amigos ou vão

aos poucos bares disponíveis. Estes bares, normalmente, oferecem apenas lanches rápidos, refrigerantes e grande variedade de bebidas alcoólicas, sendo vistos nas comunidades como lugares mal freqüentados e próprios para o consumo de álcool e jogos.

Assim, os bares são a única opção disponível diariamente, em que o indivíduo pode ir sempre que deseja divertir-se. A relação deste contexto com o uso de álcool é legitimada na fala dos profissionais.

também tem pouca opção de lazer aqui, né, o pessoal se encontra pra beber só, nos bares, descontração... E28
tanto que tu pode passar qualquer hora do dia... os bares estão sempre cheios de pessoas, a maioria homens, fazendo uso de bebida alcoólica, cerveja ou cachaça e jogando baralho... é único lazer, E29
não sei, por que talvez não tenha... como é uma cidade pequena, não tem muita coisa pra fazer, não tem... E33

É interessante quando o profissional de saúde traz estas questões, pois evidencia a ampliação do seu olhar para outras dimensões relacionadas ao consumo de substâncias e mesmo dimensões que integram a construção social dos sujeitos. Contudo, há também a identificação de algo cuja determinação se encontra distante da ação do profissional de saúde, onde ele pode se perceber com muito pouco ou nenhum controle para modifica tal condição.

Por não existirem diferentes opções de lazer, os moradores destas comunidades acabam não desenvolvendo o hábito de freqüentar lugares não vinculados ao consumo de álcool. A diversão está altamente associada ao consumo da substância.

que a cidade, por ela ser pequena não tem muitos pontos diferentes... digamos que aqui tivesse um cinema, ou uma lanchonete, um lugar que tu possa ir sem ter que beber... eu acredito que não daria certo... por que a nossa população não tem esse hábito de ir no cinema, hábito de ir no teatro... eles já pensam numa festa como uma oportunidade pra beber cerveja... não pela festa, pela música... a bebida é o lazer que as pessoas tem no dia a dia... E34

Uma das características típicas destas localidades, é o trabalho na avicultura e suinocultura. Trata-se de um tipo de trabalho que pode ser considerado pesado, porém o agricultor se organiza e consegue ter algum

tempo livre, além de contar com a ajuda da família na realização das tarefas. Assim sendo, no tempo livre as pessoas costumam procurar os bares para encontrar com amigos e ter momentos de descontração associado ao uso de álcool.

a grande maioria dos que eu vejo assim que bebem geralmente é agricultor que ele vai lá, assim, tem que tirar leite da vaca ou alimentar os porcos, e depois eles não tem mais nada pra fazer... sabe então, não sei se de repente não é um sedentarismo ou um comodismo, que se criou esse hábito E6

Estes momentos de distração e descontração são uma forma que os indivíduos encontram para lidar com o estresse advindo do trabalho.

outra coisa é a satisfação, né, a festa, trabalha o dia inteiro, chega de noite querem ir pra uma bodega alguma coisa pra se distrair, né... E14

parece que não pode ter uma rodada, uma janta sem ter bebida.. então assim é difícil trabalhar com isso aqui... E34

Nestas últimas falas, percebe-se uma postura compreensiva do profissional diante do consumo de bebida alcoólica. Há um movimento de se colocar no lugar dos usuários e tentar também trazer justificativas para o uso.

A partir da identificação da influência de amigos e necessidade de auto-afirmação, influência da família, questões culturais da região, considerações a respeito da patologia e questões genéticas, consumo do álcool como uma fuga da realidade e para a resolução de problema e também a falta de opções de lazer como causas do uso de álcool na comunidade, os profissionais passam a compreender melhor o contexto em que o seu próprio uso acontece, e como este é influenciado pelo meio em que trabalham.

4.3.2.1.2.2 Refletindo sobre o uso de álcool na comunidade

A partir da identificação das causas do uso de álcool na comunidade os profissionais passam a refletir sobre esse uso. Considerações foram feitas sobre a possibilidade de cessação do uso pela comunidade como um todo, sobre a dependência do álcool, sobre o papel da comunidade na manutenção da abstinência do uso de álcool, sobre o preconceito em relação ao dependente de álcool ou ao usuário abusivo, sobre os problemas relacionados

ao uso de álcool. Chama atenção a ênfase dada ao uso nas reuniões dos grupos de idosos e de hipertensos e diabéticos.

Como parte importante da cultura das comunidades, os profissionais consideram que o uso de álcool não precisa ser abolido totalmente, mas que as pessoas devem usá-lo de maneira mais responsável e sempre considerando os riscos para a própria saúde.

agora a comunidade... total, eu acredito que não vai parar... por que daí envolve muitas pessoas, muitas ideias diferentes, e mesmo sendo uma cultura alemã, por exemplo, cada um tem a sua, sua forma de se alimentar e sua forma de fazer as suas coisas, então eu acho que extinguir não... com certeza dá pra diminuir, E12

não digo que a gente vai conseguir que toda a população pare de beber ou pare de fumar, mas se eles tiverem a consciência de saber que não faz bem, que não é um bom caminho... E13

A dependência de álcool é percebida como um problema na comunidade, porém são relatados poucos casos. Em geral, os profissionais relatam um ou dois casos nos municípios menores, enquanto alguns agentes comunitários de saúde relatam não terem casos no momento. O acompanhamento realizado é pontual, apenas em momentos em que o indivíduo solicita alguma atenção. Também é relatada a dificuldade individual de compreensão da dependência de álcool, apontando uma fragilidade na atenção prestada aos usuários dos serviços.

Olha a gente sabe de um ou dois casos, assim, não acompanho, digamos, a pessoa não tem muita proximidade assim, mas a gente sabe de que tem um caso, não são muitos, são poucos, E10

Assim, tem casos, né, mas o que eu vejo hoje em dia são casos de pessoas até mais idosas, que ao longo do tempo se tornaram dependentes... E13

é uma doença, uma coisa muito difícil, muito difícil de lidar, tratar... e de entender também, por que quem não passa por isso não sabe, então, assim... E21

É que o vício é uma coisa muito estranha, né, não sei, não sou viciado em nada, mas as vezes a pessoa não consegue largar, não tem... vai indo, e mais um copo e talvez mais outro... e vai fazendo mal, quando vê o organismo já necessita daquilo né... dia após dia vai tomando cada vez mais, cada vez mais... e acha que não tá fazendo mal... mascara os problemas... só vai perceber quando já tá no fundo do poço, quando a família ou amigos vem... E25

Ainda com relação à dependência de álcool, é colocado o importante papel da comunidade na manutenção da abstinência. É trazida a tona a co-responsabilidade da comunidade na manutenção do bem estar dos dependentes químicos em tratamento, pois em certas situações, os demais membros da comunidade oferecem álcool para as pessoas em abstinência, não reconhecendo o quão prejudicial é a sua atitude para o outro.

e a pessoa, vamos dizer na comunidade né, que tem que ajudar, que nem tem muita gente que oferece a bebida, dizem que não vai dar nada, os amigos, ao invés de ajudar eles estragam tudo né... E32

Uma importante característica das pequenas comunidades é a ausência ou diminuição das barreiras entre o público e o privado. As pessoas se conhecem há muito tempo, estabelecem relações extremamente íntimas, poucas coisas permanecem privadas por muito tempo.

Não é diferente com o uso de álcool, o indivíduo é aceito enquanto faz uso de acordo com as normas estabelecidas, o uso normal. A partir do momento que faz um uso discrepante, seja para um excesso ou para a abstinência, é visto como diferente, como estranho, podendo ser tratado de forma preconceituosa pelos demais.

e eu acho que um bebe e o outro bebe e acaba se igualando, na mesma categoria né... pra quem sai um pouco disso tem preconceito, um falando do outro... E25

mas a questão do álcool é bem... as vezes, tipo, é, eu acho que algumas pessoas realmente excluem, não vêem como uma doença, né, alguns comentários que a gente escuta bem ruins E3

as pessoas não querem se expor, tem vergonha... e não querem aparecer pros outros que são dependentes... E22

eu acredito que seja por ser um município pequeno, onde as pessoas não querem se expor, não querem admitir, e acham que vão parar quando quiserem, que é o discurso pronto que todos tem... E29

A busca por tratamento também pode ser prejudicada pelo preconceito, pois os usuários evitam assumir o uso por medo de alguma repressão ou comentários. Comparado com dependência por outras substâncias, o álcool é visto de maneira pejorativa pois provoca uma grande alteração do

comportamento, prejudicando as interações sociais do indivíduo. Assim, o uso abusivo acaba sendo encoberto, tanto pelo usuário quanto pela comunidade, sendo revelado apenas em situações extremas.

eu acho que isso é uma coisa bem fechada... até por causa de assumir que é alcoólatra ou assumir que ta bebendo muito, acho bem difícil até por ser uma cidade pequena, medo de alguma repressão, não sei, não é comentado... ninguém fala muito sobre isso não... meio escondido... E24

é uma coisa difícil pra pessoa também né, e acaba envergonhando as outras pessoas também né é um vício diferente do que você comer chocolate... por que você não vai ficar alterado comendo chocolate... mas já o álcool sim... então é um pouquinho diferente, né... e pra pessoa eu acho que sim, por que pra ela assumir, e dar até o primeiro passo pra pedir ajuda pra alguém, tem uma certa barreira... E33

Os profissionais colocam que as atividades voltadas para o tratamento da dependência química tem pouca procura, pois os usuários não querem se expor aos profissionais de saúde e aos outros participantes.

até foi iniciado um grupo, tinha iniciado um grupo, só que foi por água abaixo, por que tem uma resistência muito grande pra eles aceitarem isso... E23

como a cidade é muito pequena, é difícil o povo aderir ao programa... de inicio acho que teve dois ou três que participaram, acabam desistindo até por que todo mundo conhece todo mundo né... E25

mas por ser um município pequeno, a gente acha que, a nossa percepção é que eles tem receio de vir... por que as outras pessoas comentam depois né... E26

se a gente abrir pra população inteira eles não vem por causa da vergonha e por ser uma cidade pequena.. E30

Além da dependência química, foi identificado também o uso problemático de álcool nas comunidades. Os problemas relacionados ao uso de álcool giram em torno de violência em festas e problemas de trânsito. Entretanto, estas situações não são vistas como um problema de saúde pública pelos profissionais, pois representam poucos casos no nível municipal.

a questão da pessoa que ta ali na rua cambaleando de um lado pro outro e vem um carro as vezes tem que parar ou ter q desviar do próprio bêbado né E1

todo final de semana faz uma confusão, aí volta pra casa e lá não se sabe o que acontece, ou aquele que bate o carro e todo mundo fica sabendo... E4

os casos que a gente tem mais assim são de pessoas que bebem direto, durante a semana, que chama mais atenção... mas assim, até por eu não conviver aqui eu não sei desses casos assim, de problemas... mas ninguém comenta disso aqui no posto, assim, acho que não é um problema... pra mim não é um problema.. E33

Muito freqüente nos pequenos municípios, são os grupos de terceira idade, ou grupos de idosos. São reuniões mensais realizadas com o intuito de diversão, com dança e jogos. Além disso, sempre são realizados almoços ou lanches, e são servidas bebidas incluindo bebidas alcoólicas.

As equipes das unidades de saúde aproveitam estes momentos em que estão todos reunidos para realizar ações educativas de saúde. O uso do álcool é abordado nestas situações, geralmente relacionado a interação medicamentosa com anti-hipertensivos ou hipoglicemiantes.

Não são realizadas ações educativas específicas para a redução ou cessação do uso do álcool. Os profissionais relatam um sentimento de estarem falando de algo que as pessoas não querem ouvir no momento, e temem a perda do vínculo com o grupo para futuras abordagens de outros temas também importantes.

tem uma preocupação muito grande com os grupos de idosos,... eles se reúnem toda quarta feira e o consumo de bebida, cerveja é muito alto... então eles vem no grupo de hipertensos e depois já vão tomar cerveja... E25
eu sempre cito como os grupos de idosos que eu vou a maioria são diabéticos ou hipertensos, eu sempre passava pra eles no final, os 10 mandamentos da pessoa pra controlar a pressão alta e coisa, um deles é evitar o álcool e outro é não fumar... E10

4.3.2.1.2.3 Apontando as principais características do uso de álcool na comunidade

O consumo de álcool nas comunidades investigadas apresenta determinadas características específicas, relacionadas ao fato de que são municípios de pequeno porte, cuja economia baseia-se na pecuária e de imigração predominantemente alemã. Assim, o uso de álcool é realizado em bares, festas e em comemorações nos domicílios; a bebida mais consumida é

a cerveja; e existe a percepção de que o consumo é feito em grande quantidade pela maior parte das pessoas é considerado normal. Além disso, o sucesso das festas nas comunidades é avaliado pela quantidade de garrafas de cerveja vendida, havendo inclusive uma “competição” para ver quem consome mais.

O consumo de bebida alcoólica é realizado predominantemente em bares, locais abertos diariamente e sempre disponíveis. Além do álcool, nestes lugares também pode-se encontrar alguns lanches e são pontos de encontro para realização de atividades de descontração, como jogos de baralho.

aqui na cidade o consumo é exagerado, de bebida alcoólica... não só em eventos, mas diariamente, tu passa num bar e ta sempre lotado.... E30

daí eles fazem os negócios que tem que fazer e vão na bodega... se tu for agora, ta cheio... eles começam a jogar baralho de tarde vão até de noite... E34

Como característica geral da região pode-se citar o grande número de festas realizadas. Estas festas podem ter caráter religioso ou não, mas sempre é enfatizado o uso de álcool. Apesar de os municípios serem de pequeno porte, cada comunidade rural realiza ao menos uma festa anual, então sempre há uma festa acontecendo em algum lugar da cidade ou do município vizinho.

eu vejo que as festas hoje não acontecem sem o consumo de álcool, algumas festas de escola já houve venda de bebidas, hoje ta diminuindo isso.... mas eu não vejo as festividades separadas, parece que não sabem fazer uma festa ou reunião sem haver o consumo de bebida alcoólica.... E8

no interior geralmente eles usam sábado e domingo que se encontram, pra isso... fazem festa... geralmente tem festa no interior E11

todas as festas que se faz, festa de comunidade, igreja, interior, o consumo de cerveja é muito alto... E26

Estas festividades são de extrema importância para os municípios, não apenas na questão cultura, mas também econômica. Muitas delas atraem pessoas de fora, que vem para consumir bens e trazer recursos para a cidade. Assim, estas festas acontecem com incentivo do poder público municipal, há uma grande mobilização de toda a comunidade para receber bem os visitantes, inclusive com decoração temática nas ruas e casas. Este fato acaba fazendo com que ações que visem a redução do consumo de álcool se tornem

ambíguas, pois de um lado está a equipe da saúde realizando ações de educação em saúde sobre o álcool e de outro a comunidade e demais setores públicos enfatizando e estimulando o uso.

mas aqui, nós temos uma festa da cerveja na cidade... então, não só nós aqui, mas nos outros municípios que tu for tu vai ouvir também... não é exclusivo nosso, mas temos isso, é difícil pra nós fazermos um trabalho educativo pro não beber, não se deve beber, sendo que nós culturalmente festejamos o dia da cerveja (...) então é esse um detalhe, que a gente como profissional ta pensando numa linha mas a sociedade ta indo pra outra, a sociedade quer outra... E9

O consumo também acontece nas residências, em festas particulares e comemorações privadas. Sempre há o consumo de bebidas alcoólicas, independente do motivo da reunião.

peçoal faz uma janta assim, de família, sempre tem bebida, onde tem comida tem bebida. E13
o encontro, qualquer tipo de encontro de familiares ou amigos tem que ter álcool. E28

Com relação ao tipo de bebida mais consumido, os relatos apontam para a cerveja, porém com um maior consumo de aguardente entre pessoas com menor poder aquisitivo e que já apresentam sinais claros de dependência.

problemas de pacientes alcoolistas, que vem pra tratamento é mais com bebida destilada... cerveja geralmente é porta de entrada, mas depois não é ela que leva aos danos...ate por que as pessoas não tem um poder aquisitivo alto então eles bebem a pinga que é mais barata... E26

O consumo de álcool em grande quantidade é considerado normal pelos moradores dos municípios, não sendo identificados grandes problemas relacionados ao usuário não dependente. Esta forma de uso não é abordada pelas equipes de saúde no cotidiano do atendimento nem as pessoas trazem este tema para os profissionais. Já o usuário que apresenta a dependência química do álcool é mau visto pela comunidade, sendo tratado com preconceito e é excluído dos círculos sociais que anteriormente freqüentava.

eles acham normal, é assim mesmo, beber cerveja é normal... é bom, é tranquilo, eu paro quando eu quiser... E26

Olha, eles sabem, vamos supor, pessoal sabe dos problemas que pode causar, mas enquanto não trouxer problema pra família, ou outra pessoa, eles acham isso normal mesmo... E23 mas eles acham que é normal, nem se queixam disso... pra eles isso não é um problema... só usam bastante... o pessoal tem o costume né, de beber, se você falar pra eles pararem de beber eles nem ligam, pra eles não tem problema nenhum... E 28

Eles vêem assim, como se tem um bêbado ali, eles não dão o mínimo valor, né, o pessoal não quer ajudar E7

Outra característica interessante do uso de álcool nesta região é o fato de que o sucesso de uma festa é avaliado pela quantidade de garrafas de cerveja vendidas. As instituições promotoras dos eventos incentivam as pessoas a consumirem o álcool em grande quantidade, assim a festa será bem sucedida e os lucros serão grandes. Não há a menor alusão há um uso controlado, nem por parte dos organizadores nem por parte do poder público.

então as vezes eu escutava que festa boa é onde se vende mais(...) o pessoal vem pra cá pra beber, nas festas, é visto como coisa normal, coisa boa... E3

e aqui, por exemplo, não sei se alguém já comentou, mas uma coisa que é bem interessante, que eu nunca tinha visto até vir morar aqui, nas festas de interior, são vendidas pela venda da cerveja... sucesso da festa é o número de caixas de cerveja vendidas... E29

nas festas aqui é uma competição de qual festa vendeu mais engradado de cerveja... parece que ficou uma competição, se bebe pouco a festa não tava boa (...) quem tá promovendo a festa quer que todo mundo beba né... quem gosta é que tá tendo benefício, tá tendo lucro com isso né... se o pessoal bebe, eles vão ter lucro, em cima do problema do outro... E30

A discussão sobre as características do consumo de álcool nas comunidades permite a identificação de pontos de ação e orienta a definição de políticas públicas sobre o tema. Os profissionais de saúde inseridos nestas comunidades interagem com estas características e adequam seu próprio padrão de uso a partir delas, definindo a atuação profissional própria para cada situação vivenciada.

4.3.2.1.2.4 Falando sobre a influência da cultura alemã no uso de álcool da comunidade

A imigração germânica da região é percebida como uma forte influência para o consumo de álcool. Os imigrantes trouxeram consigo diversos hábitos e tradições, como a gastronomia, danças típicas, festas tradicionais e o consumo e produção de cerveja. Poucas famílias continuam a produzir cerveja artesanalmente, entretanto o consumo continua como uma tradição, sendo passado de geração em geração.

As festas típicas da comunidade germânica também estão fortemente relacionadas ao consumo de cerveja. Entre as mais comuns na região e no estado de Santa Catarina e Rio Grande do Sul estão o Kerbfest e a Oktoberfest.

Os profissionais apontam que a cultura alemã como uma das causas do uso de álcool na comunidade, uma tradição perpetuada nas famílias.

a maioria de origem alemã onde, culturalmente, os avós deles que hoje estão aqui ou não, faziam uso e até fabricavam, é comum de eles ter essa situação, então, eu vejo que cultura mesmo... E9

Alemão, toma cerveja e chope, em qualquer lugar do mundo, tu sabe né, que cada 15 dias tem um evento aqui com chope, cerveja, todo mundo toma... E4

Pode ser... eu vejo, talvez não específico do município, mas como da outra vez a gente comentou meio que geral né... um pouco a colonização, que acaba... principalmente da parte das cervejas... a colonização alemão que puxa bastante E32

As festas tradicionais, como o Kerbfest e a Oktoberfest, também influenciam o consumo de álcool nas comunidades, pois são um dos poucos eventos sociais e de lazer disponíveis para as pessoas. Nestes momento, há o culto à cerveja e o consumo é incentivado pelos membros mais velhos das famílias.

A nossa região é uma região culturalmente propensa ao uso de álcool... tanto que as nossas festas típicas são todas de chope, tem Kerbfest... E26

a colonização alemão que puxa bastante, daí o que tem, é Kerbfest, que é bem tradicional e não se pensa só na alimentação, vem muito junto a bebida... E32

Além disso, estas festas são um atrativo turístico regional, atraindo pessoas de cidades vizinhas e de outras regiões. Tornam-se importantes não apenas culturalmente, mas também economicamente.

É grande sim, vem gente de todos os municípios aqui perto... e são 3 dias que o pessoal se passa... E27
tem a própria questão da festa, que é a festa que leva o município a se destacar na região, né, o culto ao álcool, o chope... E29

A influência da cultura alemã nos costumes das comunidades também afeta a forma como os profissionais de saúde percebem o uso de álcool, tanto o consumo próprio, quanto dos usuários dos serviços. Os profissionais estão inseridos nesta realidade e muitas vezes também sofreram as mesmas influências nas suas famílias de origem.

4.3.2.1.2.5 Percebendo o uso de drogas ilícitas na comunidade

Quanto ao uso de drogas ilícitas, os profissionais colocam que existem alguns casos, mas são poucos. Por se tratar de cidades de pequeno porte, em geral as pessoas sabem quem são os usuários e como o uso acontece.

Por este mesmo motivo, cidades pequenas, muitas vezes é ainda mais difícil fazer a abordagem. Os profissionais também fazem parte da comunidade, conhecem as famílias e tem receio de quebrar o vínculo existente ao abordar um tema considerado tabu pela sociedade em geral.

por que drogas ilícitas a gente já tentou também, e foi menos ainda, teve mais dificuldade ainda de chegar na população... E26
até com questão de outras drogas que tem aí, tem bastante gente que é usuário, e a gente não consegue abordar... E30

Na percepção dos profissionais de saúde, as drogas consumidas são o crack e a cocaína, em festas privadas ou até locais públicos. O uso é feito principalmente por jovens do sexo masculino, com bom poder aquisitivo.

Como em qualquer lugar, o crack também a gente já ouviu falar... tem também aí uma meia dúzia de doentes que vão, internam, voltam, aí, se envolvem em pequenos delitos, passam uns dias na jaula... voltam, todo mundo sabe quem

são... cidade pequena... E4

muito, e é um público bem característico, assim... jovens, que tem pais com bom poder aquisitivo e que acabam consumindo em festas, se encontram pra fazer janta, e trazem a droga, o revendedor pra dentro de casa pra vender... E26

Cocaína tem bastante, vão pras festas, e maquia pelo álcool né, que eles cheiram, bebem muito e não ficam bêbados... e é interessante ter contato com esses pacientes por que eles te relatam coisas que a gente acha que só tem nos livros, né aí tu vê, se depara com tudo isso... tipo, preparam a droga, o que misturam, de como vendem... e outras coisas... E29

Assim, o uso de drogas ilícitas representa um desafio ainda maior para os profissionais, pois muitas vezes eles sequer sabem como a substância é preparada ou quais são os efeitos. Por fazer parte da mesma comunidade, tem representações semelhantes sobre o uso destas drogas, o que pode bloquear uma abordagem ampliada destas situações.

4.3.2.1.3 Refletindo sobre o uso de tabaco na comunidade

O tabagismo é uma condição de saúde ainda freqüente, cuja prevalência vem diminuindo ao longo dos anos¹²⁶. Essa diminuição se deve a uma série de fatores podendo-se citar a criação de legislação federal que restringe a publicidade, restrição de locais de consumo e oferta de tratamento pela rede pública de saúde aos fumantes atuais.

No âmbito da APS brasileira, o uso do tabaco é um tema importante, pois é fator de risco para diversas patologias que podem levar a morte ou incapacidade permanente. O Instituto Nacional do Câncer (INCA), em parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde, oferece capacitação para os profissionais de saúde da APS atuarem no tratamento do tabagismo, através de atividades grupais baseadas na Terapia Cognitivo Comportamental e uso de medicação específica quando necessário.

Os profissionais de saúde estão diretamente envolvidos na abordagem do indivíduo usuário de tabaco, normalmente são os primeiros a identificar o uso e tem papel extremamente importante na cessação. De maneira geral, conseguem identificar as causas e principais características do uso do tabaco

na sua comunidade e também a forma como as pessoas interagem com o tabaco ou com o usuário.

Entretanto, quando comparado com as considerações feitas a respeito do uso do álcool, percebe-se que o uso de tabaco não os mobiliza da mesma maneira. As considerações feitas sobre o uso do tabaco foram mais pontuais e não se pode perceber tanto julgamento moral, quanto os relatos sobre o uso de álcool. Isto pode, sugerir que para eles é mais fácil lidar com o uso de tabaco que com o uso de álcool, como colocado nesta fala,

É menos importante, o tabaco você não fica bêbado, você fica normal, só que o álcool é diferente, o tabaco é mais na brincadeira mesmo, não é tão sério ou outra droga né... E7

4.3.2.1.3.1 Considerando a influência da legislação anti tabaco no consumo

A legislação anti tabaco representou um importante passo na redução do uso de tabaco. Apesar da existência da legislação federal, alguns municípios criaram suas próprias leis para tratar do assunto, buscando legitimização da comunidade sobre o tema. Com isso, as cidades assumiram uma importante posição na cessação do consumo de tabaco.

Entretanto, o processo de criação e implantação da lei não foi necessariamente harmonioso em todas as localidades. Diversos obstáculos foram enfrentados até a plena aceitação, como resistência por parte da câmara de vereadores ou da própria população.

no começo eu achei que a gente ia ser apedrejada e depois foi acalmando tanto agora já tá tudo certo, a população entendeu que é um benefício pra eles né... mas tem que estar sempre falando, por que eles vão esquecendo, esquecendo... mas não foi tão difícil começar aqui... E34
nós temos uma lei pra não fumar em locais, mas ainda não foi votada na câmara, por divergências de onde e como fazer isso aqui, pois são poucos locais que teriam pra esse encontro da população que é fumante... E9

Apesar das dificuldades iniciais com a aceitação da restrição do uso do tabaco em locais fechados, os efeitos práticos podem ser observados. Os

profissionais relatam uma visível diminuição do número de fumantes e também recebem retornos positivos dos não fumantes.

nós temos a lei do fumo, nós também fomos fazer a campanha nos bares, daí então eles ficam meio ressabiados, por que tem que ir fora fumar... eles saem de onde eles tão e tem que ir fora fumar... então com a lei teve bastante gente ali que parou de fumar por isso né... E31

há uns 3 anos atrás o pessoal ainda fumava dentro dos bares e bailes, hoje não se fuma mais, hoje você vai numa bodega e não vê as pessoas fumando, vão pro lado de fora, os passivos também diminuíram em função dos ativos fumarem fora... E8

Pela percepção dos profissionais de saúde, a legislação a respeito do uso de tabaco exerce influência no consumo pois limita as possibilidades de uso e cria um obstáculo para o fumante. Também cria possibilidades para um diálogo mais aberto com os usuários, pois abre espaço para a abordagem do assunto dos mais diferentes cenários, inclusive nos bares.

4.3.2.1.3.2 Identificando as causas do uso de tabaco na comunidade

A identificação das causas do uso do tabaco nas comunidades amplia a compreensão do fenômeno, permitindo a adoção de medidas efetivas para o controle. Nas comunidades investigadas, o profissionais de saúde relatam que as causas da iniciação do uso estão relacionadas a influências de amigos e familiares, além de ser uma questão cultural.

As influências de amigos são relatadas principalmente entre adolescentes, para quem o pertencimento ao grupo é uma questão talvez mais importante que os cuidados com a saúde.

fumo na verdade é a má companhia, as vezes ta ali e só você que nunca fumou, todos os seus amigos oferecem, e pega o vicio, e quando vê você ta incluído nessa também, né, é a má companhia, eu acho... E7

as pessoas relatam que começavam a fumar por causa de um cigarro, que viu alguém fumando, ou alguém ofereceu, e aí foram se viciando, bem precocemente, por volta de 13 ou 14 anos, pessoas fumando a 50 anos... E8

Com relação à família, a iniciação é relatada como sendo passada de pai para filho, porém apenas entre pessoas mais velhas e que fumam há muito tempo.

nas pessoas mais velhas acredito que é por influencia, por que

antigamente era bem comum isso passar de pai pra filho, né, aqui... as vezes por solidão, medo, que ficam sozinho, meio abandonado, a família as vezes não se interessa muito.. E16

O fato de a cultura ser bastante rígida e fechada, também é apontada como uma das causas do uso, não apenas do tabaco, mas também do álcool. Seria uma válvula de escape emocional, pois as pessoas tem dificuldade em expressar seus sentimentos e utilizariam as substâncias como uma forma de relaxamento.

isso também, acho que tem a ver com a questão do alcoolismo e tabagismo na nossa região... por ser uma cultura bem rígida e fechada... é meio que uma válvula de escape assim, na minha percepção, pelo menos... E26

Percebe-se que as causas identificadas pelos profissionais para o uso de tabaco estão bastante associadas a questões culturais e familiares, ambas situações que envolvem mudanças profundas de comportamento. Essas mudanças não se relacionam apenas ao indivíduo, mas a toda a comunidade, sendo um trabalho de longo prazo.

4.3.2.1.3.3 Apontando as principais características do uso de tabaco na comunidade

Como características observadas do uso de tabaco na comunidade, há a percepção da diminuição da iniciação do uso pelos jovens nos últimos anos e os locais normalmente procurados pelos usuários.

Um dos reflexos da diminuição da iniciação do consumo de tabaco é que a maioria dos usuários de tabaco pertence a uma faixa etária mais avançada, enquanto os jovens fazem um uso considerado recreativo.

O que eu acho que menos pessoas, quer dizer hoje eu não sei como que ta a relação dos jovens, em relação a escola assim, mas eu acho que o que aconteceu menos pessoas tão buscando.... E8

Com relação ao local de uso do tabaco entre os mais jovens, os relatos apontam para as praças das comunidades. São locais abertos, normalmente com espaços para brincadeiras com crianças e recreação das famílias. Assim, há a convivência da comunidade para o consumo, pois todos sabem o que e como acontece.

O ponto é a praça, né, é o ponto... a amizade, festa, som, aqui, junto com aquilo tem o fumo e álcool e drogas... E7

Já entre as pessoas de mais idade, fumantes de longa data, o local mais escolhido são os bares. Apesar da proibição do uso em locais fechados, estes continuam sendo o ponto de encontro dos usuários de álcool e tabaco, onde além de beber e fumar, eles podem jogar, mesmo que os fumantes tenham que sair do ambiente para fazer uso.

4.3.2.2 Percebendo influências no significado da abordagem ao usuário de álcool e tabaco

Os significados atribuídos ao uso de álcool e tabaco foram discutidos anteriormente neste capítulo. Cabe agora discutir como estes significados são construídos historicamente e como são modificados a partir da interação com o outro, para então compreender como podem interferir na assistência prestada aos usuários dos serviços.

Como influência primeira na vida dos indivíduos, aparece a família. É na família que se estabelecem as primeiras relações e os primeiros ensaios para a vida adulta. Na interação com os familiares, os indivíduos começam a imprimir sentidos às situações cotidianas, é onde se aprende o valor que as coisas tem na vida. Com relação ao uso de álcool e tabaco não é diferente, é na família que se aprende o lugar que essas substâncias tem na vida social e nas conseqüentes interações.

Além da família, também existe a influência dos amigos e da comunidade no uso, que pode modificar a forma como o indivíduo aprendeu a se relacionar com as substâncias a partir da família. Estas modificações

acontecem a partir das interações e do desejo de pertencimento a um grupo ou de transmitir uma mensagem pelo próprio comportamento.

Os sentimentos relacionados ao uso das substâncias também pode interferir na forma como o profissional aborda a questão com os usuários. Estes sentimentos podem tanto facilitar quanto impedir uma atenção ampliada do tema. Finalmente, são percebidas formas de como o próprio uso de álcool afeta a assistência prestada.

Figura 8 – Percebendo influências no significado da abordagem ao usuário de álcool e tabaco.

4.3.2.2.1 Percebendo influências na abordagem ao usuário de álcool e tabaco

As influências relacionadas ao significado da abordagem do usuário de álcool ou tabaco são associadas a sentimentos vivenciados no cotidiano do trabalho em saúde; ao uso das substâncias por colegas de trabalho e importância do pertencimento ao grupo; à própria percepção do uso de álcool e tabaco enquanto experiência individual e com origens na família; ao uso das substâncias na comunidade e à importância da manutenção do vínculo efetivo com a comunidade, respondendo às suas expectativas.

4.3.2.2.1.1 Relatando sentimentos associados ao próprio uso de álcool ou tabaco

Falar sobre sentimentos é uma tarefa complexa, inclusive para os profissionais de saúde. Sobre sentimentos relacionados a um tema estigmatizado e sobre o qual existem diversos tabus é muito difícil. Ao serem questionados sobre a própria relação com o uso de substâncias como se

sentem em relação a elas, observou-se uma certa dificuldade por parte dos participantes, sendo que parecia mais fácil falar sobre os usuários do que sobre si mesmos.

Abordar a temática do uso de álcool e tabaco nas unidades de saúde é reconhecida como uma das atribuições dos profissionais de saúde. Entretanto, os mesmos referem que é complicado tocar neste assunto, pois é considerado da esfera privada, não devendo ser abordado a não ser que os problemas sejam muito evidentes. Também há uma tentativa de se colocar no lugar do outro, imaginando como seria se fosse abordado para a cessação do uso de alguma substância, apontando a capacidade de empatia do profissional para com os usuários.

é um assunto mais difícil de conversar com as pessoas... E16
 é bem difícil trabalhar com isso... como é que tu vai dizer pra não beber.... E34
 eu fico imaginando pensa se alguém chegasse pra mim e dissesse que eu tenho que parar de beber... E15

Uma das influências mais fortes relacionada principalmente ao uso de álcool é o trauma. Muitos profissionais relataram já terem vividos situações de muito sofrimento devido a dependência de álcool de algum familiar, normalmente pai ou avô. Estes sentimentos de sofrimento podem provocar desde empatia com os familiares até um certo afastamento e negação para atender as pessoas acometidas. É perceptível pelas falas que essa história pregressa afeta a forma como a assistência é prestada pois os profissionais tem uma visão pré-concebida do usuário, associando o comportamento dos usuários ao dos seus familiares e temendo desfechos negativos.

eu acho que eu tenho um trauma assim, disso, sabe daí tanto que os poucos casos que eu atendo eu sempre relaciono a isso E15
 eu já sofri muito com bebida de álcool, por que meu avo que era alcoólatra, tem um cunhado que é alcoólatra, então a gente vê muita desavença, E20
 então elas (esposas) vem me contar, as coisas e eu tento ajudar do jeito que eu posso, mas só da minha experiência pessoal mesmo... é isso que eu consigo fazer, por que fica esse trauma.. E34

Os sentimentos associados ao uso de álcool e tabaco estão relacionados ao cotidiano de assistência, podendo ser considerados facilitadores ou barreiras no atendimento. Ao ponderar sobre o desempenho profissional nesta área, deve-se sempre considerar esta história pregressa, e como indivíduo se sente para atender tal clientela. Se estes fatores não forem considerados, arrisca-se o bom atendimento e também a satisfação no trabalho do profissional envolvido.

4.3.2.2.1.2 Apontando os limites profissionais para a assistência ao usuário de álcool e tabaco

Dentre os fatores que influenciam a assistência ao usuário de álcool e tabaco estão os limites profissionais, aqui descritos como o escopo de ações pelo qual cada profissional é responsável legalmente. Estas delimitações, apesar de descritas em códigos de ética e demais documentos, nem sempre são claras no cotidiano do mundo do trabalho e são influenciadas pela segurança que o profissional sente para prestar a assistência a determinado grupo populacional.

Com relação ao uso de substâncias, esta situação fica bastante evidente, pois a maioria dos profissionais entrevistados acredita que o atendimento ao dependente químico é atribuição exclusiva da área da Psicologia e Enfermagem. Uma assistente social coloca que também é sua atribuição legal, mas como está inserida da Secretaria Municipal de Saúde não tem tanta relação, pois quem realiza este trabalho é a Secretaria de Assistência Social.

tem que fazer o que corresponde a você e que você sabe né, mas é que não tem como a gente fazer tudo, as vezes a pessoa precisa de um pouco além do que você pode oferecer...E6

Daí quem faz, quem tem algum programa relacionado a isso já é o psicólogo.. daí já, na minha parte já não, é com o psicólogo... E12

essa parte do alcoolismo e tabagismo, claro que eu tenho a ver também por que eu sou assistente social, mas tem mais a ver com o Centro de Referência em Assistência Social (CRAS). E15

e eu acho que quem ainda fala mais sobre isso é a enfermagem... tem também a psicologia aqui... mas eu assim

nas palestras nunca toquei nesse assunto... E13
 Sim, aqui... quem é encarregada é a enfermeira e a psicóloga...
 E25

Apesar da lógica do trabalho em equipe interdisciplinar ser fortemente apregoadada na Estratégia de Saúde da Família, quando o assunto é dependência química ainda se percebem algumas fragilidades. Os limites de atuação de cada profissional estão cada vez mais fluidos em diversas áreas, com profissionais atuando interdisciplinarmente em diversas situações, porém esta ainda não é a realidade do atendimento para usuários de álcool e tabaco nos pequenos municípios.

Uma das causas apontadas para esta dificuldade é o sentimento de falta de capacitação na área. Os profissionais relatam que dificilmente participam de treinamentos na área e sentem que poderiam fazer mais se tivessem maiores oportunidades de aprendizado na área. Este tema será discutido com maior profundidade no próximo item deste capítulo.

4.3.2.2.1.3 Percebendo fatores relacionados ao próprio uso de álcool e tabaco

Existem diversos fatores que podem estar relacionados ao padrão de uso de álcool e tabaco de uma pessoa, entre eles influências familiares ou de amigos, imposições profissionais. No caso dos profissionais de saúde da APS, a forma como a comunidade percebe o uso de substâncias também é fator importante a ser considerado.

Entre os profissionais de saúde, existem diversos limitantes para o consumo de álcool. Os relatos apontam questões relacionadas a saúde, medo de possíveis consequências e tentativa de preservar a imagem profissional dentro do município.

Existe um importante discurso de que o uso de álcool deve ser feito dentro de limites, sendo que cada indivíduo deve se capaz de identificar o seu e jamais ultrapassá-lo.

só que uma coisa que tu não pode ter ultrapassando os limites,
 né tem que ser tudo, tem que saber a quantidade que tu pode

beber, né E1

mas a gente tem muito isso... de pensar muito no que vai fazer... faço o uso semanalmente, sempre em casa... nada exagerado, E9

mas é muito pouco, quando o pessoal insiste e insiste, então ta, vou beber um pouco... mas nunca exagerar... não to nem inventando, é assim mesmo... normalmente é isso... E32

Outro motivo que limita o uso de álcool é o medo. São relatados sentimentos com relação ao que pode acontecer, sem definição específica do motivo do medo. Outro relato aponta para o medo por ter casos na família e por ser muito exigente consigo mesma, demonstrando a necessidade de ter um comportamento adequado à norma social vigente.

mas eu tenho muito medo por que a gente vai de carro, do que pode acontecer. O álcool é um medo, o ideal seria se não bebesse, né, E7

Eu sou bem exigente comigo mesma, assim, por eu ter casos na família eu fico muito medrosa, sabe... E26

Os fatores citados anteriormente são importantes na definição do padrão de uso de álcool dos profissionais, entretanto, um fator muito citado é o não uso da substância dentro do município de trabalho. Neste momento, cabe dizer que os profissionais evitam usar o álcool na presença de colegas de trabalho e de pessoas da comunidade, como uma forma de preservação da imagem profissional. Maiores comentário sobre o tema serão feitos ainda neste texto.

se tu perguntar pra alguma das pessoas que trabalha comigo, se já me viram em público bebendo, ninguém viu.... E4

É uma situação assim, que tem que ter o auto controle, né, saber até onde tu pode ir, pode beber mas também não pode ultrapassar o teu limite, por isso que eu procuro evitar aqui no município... E14

naquele momento eu queria preservar a imagem de enfermeiro, a população nos enxerga como enfermeiro, mesmo não estando de jaleco ou não estando na unidade... então era esse momento que eu queria preservar... E9

A própria percepção do uso do álcool também pode influenciar a forma como o profissional faz a abordagem ao usuário. São as suas próprias concepções relacionadas ao tema que vem a tona quando há a necessidade de fazer um atendimento, o profissional define a situação e estabelece um

plano de ação a partir das experiências anteriores, sejam elas positivas ou negativas.

Em algumas falas há uma conotação bastante pejorativa do uso e do usuário, colocando que qualquer forma de consumo como um problema que deve ser combatido, e cujas consequências sempre acaba “sobrando” pra saúde pública.

Ah, é um mal né, que deveria ser combatido até por acaba causando atrito coma família, e deveria ser feito alguma coisa, né... E5

se eu não bebo eu não sou obrigada a conviver com quem bebe todo dia, né, eu acho muito desagradável isso (...) e são aquelas pessoas que não tem o que fazer, se tivessem uma ocupação maior, se eles percebessem que aquilo ali não é bom pra eles e tomassem uma atitude de ter uma ocupação, eu acho que ia diminuir bastante... E6

e acaba sobrando pra saúde pública né... isso vai dando problemas e mais problemas... E25

Também percebe-se certa confusão com o conceito de dependência, pois uma entrevistada aponta que “é complicado falar em dependência por que quase todo mundo tem o hábito de beber todos os dias...” (E6).

Aqui nota-se que os profissionais exigem dos usuários o mesmo tipo de comportamento que eles apresentam, colocando que se o indivíduo souber beber não haverá problemas.

eu acho assim, eu não sou contra, não acho que a pessoa não deva beber nunca, mas tem que saber beber, né, tem pessoas que não sabem, mais ou menos isso... E15

Já quanto ao uso de tabaco, a percepção que os profissionais de saúde tem sobre o uso é que está diminuindo consideravelmente entre os jovens, pois as estratégias de redução do consumo, como a legislação anti tabaco, estão inibindo o consumo. Também estão provocando uma certa exclusão do fumantes das redes de socialização, pois os não fumantes sentem-se mais empoderados para pedir que a pessoa não fume.

por que hoje assim não se percebe mais nos bares, não há mais pessoas dentro fumando... E8

eles vão se sentindo mal, por que se vão numa festa, quem é fumante já fica meio excluído, né, de fora, então... o jovem de

hoje não quer saber de cigarro... E14

Quanto a percepção sobre o usuário, os relatos apontam uma conotação também pejorativa, colocando em pauta a questão de que o uso de tabaco é uma escolha individual e a pessoa deve estar ciente das conseqüências dos seus atos. Além disso, a questão do cheiro também é trazida como um desconforto sentido pelo profissional para realizar a assistência.

foi o que ela escolheu né, a pessoa, cada um deve saber de si,né... E17

por que o cheiro era insuportável... eu não gosto e não tolero fumaça ou cheiro de cigarro... e já tive que pedir isso pra uma pessoa por que o cheiro fica impregnado em tudo né... E32

Ainda com relação ao uso de tabaco, a maioria dos profissionais entrevistados relatou não ser fumante atual nem nunca ter experimentado a substância. Entretanto, alguns relataram ser ex-fumantes ou ter feito uso recreativo durante o período em que esteve na universidade.

Dentre os profissionais que não usam o tabaco, os relatos apontam o não uso por motivos de saúde e pelos problemas futuros que pode causar.

eu vejo que é uma coisa que não tem necessidade nenhuma, que nem precisaria existir, que não faz falta nenhuma, né, nem nunca ter experimentado cigarro, mas não faz falta, pelos problemas que já causa né... E11

Entre os fumantes, o cigarro é utilizado como uma válvula de escape, como um relaxante. A quantidade de cigarros utilizada varia de acordo com o estado emocional.

fumo 6 cigarros por dia, tipo assim, eu fumo depois do almoço, daí eu fumo o primeiro cigarro... tem dias assim que acontecem coisas e imprevistos assim, sabe, que te magoa, tu fica assim aquela ansiedade, então assim, se eu fumar um cigarro isso me acalma um pouco, eu consigo dormir melhor... E17

Depende a época, tem épocas que eu fumo mais, uma carteira por dia, assim, bastante... tem épocas que varia muito do meu humor, sabe... E21

Assim como relatado sobre o uso de álcool, o uso de tabaco também não é feito na comunidade em que o profissional atua. De maneira geral, o uso

é feito em casa ou em locais não freqüentados por usuários dos serviços de saúde, numa tentativa de tentar esconder o consumo.

Assim, tem muitos que nem sabem que eu fumo... tanto que eu não fumo em público, assim, então tem muitos que nem sabem que eu fumo... maioria assim, um que outro que sabe...E17
só que assim, tem uma coisa, eu não fumo no posto, tento esconder o máximo o meu vício... eu fumo em casa, se eu fumo antes de vir trabalhar eu tomo banho, troco de roupa, pra não ter cheiro.... E21

Agindo desta maneira, o profissional de saúde acredita preservar sua imagem profissional. Por conviver na mesma comunidade e muitas vezes morar muito próximo da unidade de saúde, os profissionais sofrem influências culturais e familiares semelhantes às dos usuários, com o diferencial de trabalharem na área de saúde e muitas vezes realizarem ações de controle do uso de álcool e tabaco.

O uso de álcool dos profissionais de saúde também pode afetar a forma como o profissional aborda os usuários da substância. De maneira geral, os profissionais utilizam o álcool em ocasiões especiais, como jantares com amigos ou festas esporádicas; como uma forma de relaxamento, para descontração; ou fazem uso eventual e relatam que o álcool não ocupa um papel de importância no seu cotidiano, não faz falta.

Entre os profissionais que relatam que usam o álcool de forma esporádica, normalmente o uso é feito por pressão dos amigos, quando em festas ou encontros em que as outras pessoas estão bebendo.

É difícil, até tomo alguma coisa, não vou te dizer que nunca tomo nada, até tomo um pouco de cerveja, as vezes... mas é a mesma coisa que se não existisse, não fazia falta... E16
Eu assim, pra passar né, o pessoal as vezes ta ali da casa ta bebendo, né, um pouquinho, mas tudo moderado né, acho que assim, experimentar um pouquinho... assim, em casa sim, daí a gente ta em casa, na casa da gente né, pode fazer o que quiser... E22

O álcool também é visto como um incômodo ou um empecilho para a realização de atividades que exijam alto grau de concentração, como cursos ou estudos mais aprofundados.

ou eu to trabalhando ou estudando, sempre tem alguma coisa pra fazer... por que se eu bebo, o tempo que eu to bebendo já fica inutilizado depois no dia seguinte... aí não posso me dar ao luxo de beber né... e eu não gosto de beber também né... não sinto falta né... e eu bebo assim, quando meus amigos vem de fora pra cá e passam o fim de semana, num churrasco, aí eu bebo um pouco... E28

Em outras situações, o álcool provoca reações desagradáveis, sendo evitado por este motivo.

eu não passo muito bem, não sei por que, me dá uma taquicardia... umas coisas assim, que eu não sei do que se trata... acho que o meu corpo não gosta mesmo... E32
se eu bebo qualquer coisa eu começo a passar mal, me dá uma tremedeira... eu fiz redução no estomago... aí não consigo comer muita coisa... então álcool é bem complicado.. E34

Entre os profissionais que usam o álcool, os motivos para o consumo são confraternização em ocasiões especiais e descontração e relaxamento após o trabalho.

O uso em ocasiões especiais como festas e jantares privados com amigos ou familiares e se dá semanal ou mensalmente. São reuniões privadas, onde os indivíduos ficam mais a vontade pois não se sentem observados pela comunidade.

eu bebo cerveja quando vou numa festinha, com amigos, mas é de vez em quando, as vezes faz uma janta alguma coisa e toma um pouco, agora no inverno uma batidinha E3
Olha, eu bebo não sempre, esporadicamente, quando a gente se reúne com os amigos, faz uma janta, em casa, sempre em casa... E25
Olha, muito pouco... nem dá pra dizer que é uma vez por semana... já foi mais, no tempo de faculdade... mais é em casa mesmo quando a gente faz alguma coisa, E30
Raramente, tipo umas exceções, tipo uma janta com amigos, uma festa, mas dificilmente... mais em final de semana, mas não todos, também só se tem alguma ocasião assim mais especial... E33

Os profissionais que relatam um uso mais freqüente, com o objetivo de relaxamento e descontração, também o fazem ou em casa ou em ambientes

mais privados, sem a presença da comunidade. Colocam que é um uso normal, como de qualquer outra pessoa.

Mas pra eu desligar um pouco, se divertir, dar risada, nada de anormal, né, mais pra isso mesmo, pra desligar um pouco... E5
Eu bebo mais assim, como relaxante muscular, assim, pro relaxamento das tensões assim, do estresse do dia a dia, não procuro nenhuma grande realização assim no álcool, acho que não fica bom... não é um estado natural, não é natural...E18
toma um pouco, mais pra descontrair mesmo... não que precise tomar assim, mas é bom, descontrair... ta num grupo, um toma o outro toma também... é bom... E24

Ao serem questionados sobre o uso de álcool na comunidade, os profissionais colocam que preferem não utilizar, ou que, quando utilizam, o fazem de maneira controlada, sem exageros. Os motivos apontados para tal comportamento são que os usuários dos serviços prestam muita atenção no uso de substâncias dos profissionais, os tomando como exemplos. Os profissionais temem perder o respeito conquistado e não poder mais falar sobre o assunto pois também fazem uso e foram vistos consumindo.

Eu não sou muito de ir não, mas eu procuro evitar até por que acaba sendo muito visado.. já aconteceu casos de tu ir numa festa, tu nem beber, só tu ta com um copo de cerveja e o pessoal já acha que tu ta... então eu procuro evitar esse tipo de coisa... eu evito até pra não ficar mal falado, E14
assim eu tenho um cuidado muito grande, por que não desvincula nunca né, como que eu vou depois pra escola, dar uma orientação pros adolescentes, dizer que não pode beber se eles me virem bebendo por aí... perde o respeito né... eu não bebo aqui não... só em ambiente assim bem fechado...E26

Um importante ponto levantado foi a especificidade do pequeno município, onde todos se conhecem há muito tempo. Nestas comunidades há uma grande preocupação com a opinião alheia, com a posição social que cada um ocupa. Assim, os profissionais colocam que uma das razões pelas quais não usam as substâncias nestas comunidades é por que são muito pequenas todos se conhecem.

por que até procuro evitar, querendo ou não, a gente trabalha num município pequeno que todo mundo se conhece E10
Se eu bebo, eu sou comedido por que o pessoal fica de olho no médico da cidade... se ta bebendo mais de dois copos já ficam olhando e comentando que o médico ta bebendo... então eu bebo muito pouco aqui... E28

Eu acho que sim... principalmente lugar pequeno... talvez lugar maior não... mas lugar pequeno onde as pessoas se conhecem, fica muito a coisa pessoal... num ambiente maior, numa cidade maior, isso passaria despercebido... agora aqui eu acho que não passa despercebido não... E32

Ainda relacionado com o fato de se tratar de pequenos municípios está a questão da identificação. Os indivíduos referem um grande receio de ficarem rotulados pelo uso de substâncias, como maus profissionais.

Se tu for num ambiente, numa festa alguma coisa e tomar uma ou tomar uma caixa de cerveja, já ta rotulado. Então eu não bebo aqui, nem em eventos eu participo... Não adianta, médico tomou uma lata de cerveja ou uma caixa de cerveja ta rotulado, então, não dá... E4

Olha, eu trabalho aqui e eu acho que não é muito interessante misturar álcool... por mais que eu beba uma lata só, ou um copo, sabe, é alto... as pessoas associam, fazem um mal juízo... criam um rótulo de ti, que não é bom pra um profissional... então aqui é menos freqüente... eventualmente... mas eu procuro evitar muito... E18

Por vezes, a intenção é de aumentar o vínculo com a comunidade ao participar das festividades locais, mostrar o que há além do profissional de saúde. Nestas situações, o uso de álcool é realizado, porém sempre sem exagero para evitar más impressões.

Bem complicado, por que como as vezes a gente participa desses eventos, dessas festas, até pra mostrar que a gente não é só enfermeiro, a gente é ser humano, quando a gente chega nesses locais eu evito o máximo consumir bebida alcoólica, em grande quantidade... e ser exposto pra todos, né, então a gente faz uso mas moderadamente, nada de exagero... E9

Entretanto, os profissionais relativizam esta situação, apontando que pode ser inválido o discurso de que não se deve consumir álcool ou tabaco se este discurso não vier associado de um comportamento semelhante. Assim, em determinadas situações os profissionais assumem que usam as substâncias e até as utilizam na comunidade, porém sempre enfatizando que fazem o uso da forma como orientam nas unidades de saúde.

não adianta você fugir daquilo que você é, você quer mostrar

pra eles que “por que eu não tomo eu posso cobrar”... então pra não ter esse atrito, mas mostrar que a gente faz uso de forma racional, o paciente também confiar naquilo que você vai orientar pra ele mais tarde, se ele vier a precisar... E9
 ai a gente pensa, “ah, não vamos consumir pra eles verem que a gente não consome”... tu quer prevenir que a pessoa não consuma, mas você consome, então você tem que ter aquela ideia de ver o que é equilibrado... então é complicado... saber onde fica essa linha que separa, mas a gente tenta fazer da forma social, que não saia embriagado... por que se não vão dizer, o cara fala pra mim e ele consome... então.. E12

Assim, pode-se perceber que entre os fatores que influenciam o uso de álcool e tabaco dos profissionais de saúde nas comunidades em que trabalham estão a forma como os profissionais utilizam as substâncias, os limites individuais, a percepção que a comunidade tem do seu uso de álcool e tabaco e as implicações que este uso tem na assistência prestada.

4.3.2.2.1.4 Identificando influências familiares na forma como percebe o uso de álcool e tabaco

A família exerce uma forte influência na definição do sujeito, pois é neste ambiente que acontecem as primeiras interações e os primeiros ensaios para a vida adulta. Com relação ao uso de substâncias, também é entre a família que se aprendem as primeiras concepções acerca do uso e primeiras experiências. Estes conceitos iniciais podem perdurar ao longo da vida, imprimindo a forma como o indivíduo irá se relacionar com as substâncias e suas impressões a respeito do uso.

Estes conceitos são determinantes da assistência, pois torna-se complicado mudar a concepção que foi formada ao longo da vida pela família. O padrão de uso também é determinado neste ambiente, a questão cultural é muito forte e acaba prevalecendo sobre os conhecimentos científicos adquiridos durante a formação enquanto profissional de saúde.

por mais que a gente estuda, aprende que é uma doença, o que tu traz de casa, que é um bêbado, né, fica muito, tu não vive aquilo, tu não consegue ver a pessoa, não tem como. E3
 sou filho e neto de alemão, na minha família todo mundo bebe, todo mundo que eu conheci até hoje bebe, praticamente todo dia, nunca ninguém teve problema de alcoolismo, nunca ninguém bateu carro, nunca ninguém bateu em mulher, nunca

ninguém teve cirrose, é um outro tipo de atitude. Agora ficar sem, não ficam... E4

Os casos de dependência química na família são fortes fatores que podem determinar o padrão de uso da substância. Ter vivenciado situações difíceis entre a família pode estar relacionado tanto a uma postura mais compreensiva e empática, quanto a uma atitude mais negativa, que pode chegar a total incapacidade técnica e psicológica de atender usuários de álcool ou tabaco.

eu me coloco um pouco no lugar, sabe (...)eu acho que a gente acaba, fica mais solidário nessa questão sabe (...)quem presta assistência a esses pacientes trata as vezes ou grosseria, trata de um jeito como se a pessoa fosse culpada por estar assim... acaba não entendendo a situação (...)o meu contato com o álcool me ajuda nisso, eu acho também, do jeito que eu atendo os pacientes, os familiares e tudo... E21

eu tenho o sogro que é alcoólatra também... então eu mais ou menos sei o que vem por aí... é uma coisa muito triste, uma pessoa ser tão dependente de álcool ou de cigarro, que não te traz nada... só te prejudica... E27

o que eu passei na minha família, a minha mãe divorciada, meu pai alcoólatra e fumante... fica um trauma né... fica uma coisa que você não sabe como lidar (...)por isso que é complicado, eu não sei mesmo como lidar... aí eu ter essa história e ter que lidar com esse tipo de situação pra mim é muito difícil, eu não consigo mesmo... então eu não sei como lidar com isso, eu não to preparada... nem como profissional nem como pessoa... E34

Esta questão deve ser considerada quando o profissional for alocado para trabalhar com pessoas dependentes de substâncias, pois pode representar um sofrimento muito grande e resultar em uma assistência de baixa qualidade. Entre as pessoas entrevistadas, aproximadamente a metade relatou ter casos de dependência química na família, e também relataram que quando se deparam com uma situação que envolve o uso de substâncias, sempre lidam com o indivíduo como se fosse seu familiar.

eu tenho meu sogro com problema com álcool, acho que até conhecer ele eu também tinha um pouco dessa questão “bebe por que quer”... e eu vejo que é uma doença, então, começa a ver diferente quando tem alguém mais próximo, e é diferente, maioria assim... a gente percebe que existe, que tem assim a doença... E3

Além da dependência química, os profissionais relatam o uso problemático de álcool e tabaco nas suas famílias. Este uso causa preocupação, pois é entendido como um precursor da dependência química, ou como um possível causador de problemas de saúde incapacitantes futuros.

Eu tenho meu irmão que, assim, ele não ainda não chega a estar viciado, mas ele toma assim praticamente diariamente E1
Mas é bem complicado, as conseqüências depois somos nós de repente que... digamos um câncer de pulmão, diabetes, sobra pra gente cuidar, por que a gente vai se preocupar, a gente nunca vai abandonar, a gente cobra, né, mas é bem complicado... E2

Também há relatos de situações em que o familiar conseguiu abandonar o uso da substância. Normalmente, esta cessação ocorreu em clínicas de reabilitação com internações de longa permanência, no caso do álcool; ou a partir de uma iniciativa individual, no caso do tabaco.

4.3.2.2.1.4 Percebendo como o próprio uso de álcool ou tabaco influencia a assistência prestada

Os fatores que influenciam o uso de álcool e tabaco dos profissionais de saúde que foram discutidos até o momento levam o indivíduo a um consumo que pode ser considerado social ou até a mesmo a abstinência do uso. A percepção de como o próprio uso influencia a assistência pode ser um ponto de reflexão para uma auto avaliação de como o profissional vem prestando a assistência aos usuários.

O profissional de saúde pode considerar o seu padrão de uso de álcool como um parâmetro para a orientação dos usuários dos serviços de saúde. Ao perceber o seu próprio uso como normal e adequado, passa a esperar que os clientes tenham um comportamento semelhante ao seu, e pode ter dificuldades em aceitar que as outras pessoas não consigam manter um uso sem risco.

se eu tenho 43 anos, desde que eu me formei eu tenho esse hábito e nunca passei daquilo, consigo me controlar, se eu consigo, por que outro fulano não consegue... nesse sentido eu

pego firme... nesse sentido... E4

A vontade é de falar um monte de coisa, né... de falar tudo que prejudica, falar monte de coisas, assim, tu não fala tudo numa vez, mas a vontade é de falar tudo de uma vez só... E11

Também observa-se que alguns profissionais preferem não atender os usuários que apresentam um uso de álcool exacerbado, quando eles próprios não usam a substância, e acreditam que suas ações terão pouca ou nenhuma influência no padrão de uso.

Desde que eu não tenha que conviver com quem bebe muito, tudo bem... eu fico meio assim com esses que ficam todo dia bebendo, não acho legal, mas isso é uma opinião minha, nem por isso eu vou tratar diferente, desde de que ele não venha pra ser atendido comigo totalmente alcoolizado, por mim, a vida é dele, não tem como eu mudar, mas se me prejudicasse eu me incomodaria sim... E6

Entretanto, alguns profissionais que fazem uso de álcool expressam influências diferentes. As colocações são acerca de uma maior empatia com relação a quem consome, pois tentam se colocar no lugar do outro e compreender qual o papel do álcool no dia a dia, nas relações e interações sociais.

Eu entendo assim, que de uma forma, como eu também faço uso social, eu entendo as pessoas que bebem, por que é uma coisa muito corriqueira, do dia a dia, social mesmo... eu entendo como que eles se sentem em contato com o álcool, eu bebo, lá de vez em quando... então tem mais empatia assim, eu sei que não tá assim algo do outro mundo né... é uma coisa do dia a dia, comum né... E28

Eu acho que sim... por que, eu sou uma pessoa que gosto de fazer o uso do álcool com uma forma de degustar uma bebida.... e acho que o meu olhar pro meu paciente também eu compreendo, por que... do quão difícil deve ser pra elas ter aquela substância que é super saborosa, e ter que dizer não... por que tem todo o prazer da droga associado, eu acho que sim, interfere sim... acho que eu tenho essa capacidade de empatia, né, me coloco no lugar deles... E29

Estas influências aparentemente contraditórias mostram como o uso de álcool individual dos profissionais de saúde pode afetar a assistência ao usuário. Entre os profissionais que não usam a substância, percebe-se uma

atuação mais rígida e centrada no próprio comportamento enquanto exemplar. Já entre os que usam o álcool, nota-se uma maior tentativa de se colocar no lugar do outro, de empatia e compreensão global da situação.

Com relação ao uso de tabaco, também percebe-se que o consumo modifica a forma como a assistência é prestada, porém de maneira diferente que em relação ao uso do álcool. O profissional de saúde que não utiliza o tabaco se coloca como um modelo de comportamento, sentindo maior segurança em orientar os usuários a não usar e seguir o seu exemplo.

então eu acho que é uma coisa que atrapalha bastante... eu acho que eu não fumo por isso, assim, que eu acho que atrapalha, eu acho que os outros também podiam parar, né... fazer que nem eu... E16

eu não vou fazer diferença se a pessoa é fumante ou não... o que eu posso fazer é só pedir pra pessoa não fumar antes de vir pro atendimento, por que vai me deixar mais tranqüila e menos estressada de ter que conviver com um odor que eu não gosto... E32

Já entre os tabagistas, percebe-se nas falas a necessidade de esconder o uso, pois se os usuários souberem que o profissional de saúde também consome o tabaco, a qualidade da orientação pode ficar prejudicada. Além disso, ao tocar no assunto com o usuário das unidades de saúde, o profissional fumante relata um sentimento de ambigüidade, pois está falando sobre um comportamento que também tem.

Entretanto, o fato de esconder o uso da comunidade e dos colegas de trabalho parece aumentar a confiança do profissional para dar orientações, pois se as demais pessoas não souberem do uso, não poderão julgá-lo.

por que eu fumo, mas eu não incentivo ninguém a fumar, assim eu acho que cada um deve saber de si... então eu respeito muito o livre arbítrio, a pessoa sabe o que é melhor pra ela... mas eu não me sinto impotente de falar sobre isso já que eu faço isso... sabe, assim por mais que eu não tenha conseguido, eu incentivo bastante as pessoas que nunca, eu sempre dizia pra nunca colocarem um cigarro na boca... E17

eu acho que é complicado tu falar pra alguém não fumar, sendo que tu ta com cheiro de cigarro ou ele te viu fumando... então acho que interfere bastante... eu assim não sinto tanto, por que eu não mostro que eu fumo, tanto que as pessoas que trabalham comigo também não sabem... mas se eu tiver que falar pra alguém não fumar eu fico com aquilo na cabeça... E21

O padrão de uso de álcool e tabaco pode ser considerado um dos fatores que influencia a assistência ao usuário de álcool e tabaco. Os profissionais que não usam são mais restritivos na abordagem, enfatizam a abstinência. Já os que usam álcool e tabaco demonstram mais empatia, são menos restritivos na abordagem. Entretanto, estes profissionais tem dificuldades em assumir o uso de substâncias na comunidade, apesar de orientarem os clientes a não usarem a substância. Além disso, evitam usar a substância em locais próximos da comunidade, pois temem perder a moral e não mais poder orientar que as pessoas deixem de usar a substância.

4.3.2.2.1.5 Mantendo o relacionamento com a comunidade

A manutenção de um vínculo de longo prazo com a comunidade é outro fator que influencia o significado da abordagem do uso de substâncias pelos profissionais de saúde. A forma como o tema é tratado e como o profissional se posiciona para abordar o assunto podem afetar consideravelmente a impressão que a comunidade tem da equipe de saúde.

Falar sobre o uso de álcool e tabaco é considerado da esfera íntima, sendo que os usuários normalmente não falam sobre o assunto em um primeiro contato ou espontaneamente. Cabe ao profissional identificar o melhor momento para fazer a abordagem, ou mesmo, solicitar o auxílio de outro colega que possua maior vínculo com a família.

Alguns profissionais relatam que se sentem a vontade para abordar o uso de álcool e tabaco com os usuários pois trabalham há muito tempo na comunidade e já conhecem as famílias. Também sabem como devem iniciar a conversa para não afastar a pessoa nem quebrar o vínculo construído por toda a equipe.

Eu falo, assim, por essa questão mesmo, que como eu sou daqui eu conheço todo mundo, então a gente é amigo né... tem uma abertura pra chegar e falar as coisas... E30
como faz dois anos que eu to aqui, queira ou não queira a gente acaba conhecendo as famílias, né... assim de como era no início até agora, eu já to mais envolvida né... então, pelas pessoas, que a gente tem um fluxo grande de pessoas no

consultório... E33

Alguns profissionais colocam que sentem dificuldade para abordar o assunto com as pessoas, por ser um tema mais complexo. O receio é de quebrar o elo de confiança criado com dificuldade e ao longo do tempo. Para manter o modelo de atendimento que os profissionais julgam ser adequado, eles preferem não abordar ou abordar o assunto de maneira indireta.

é uma população de mais idade, a gente sente esse receio de as vezes quebrar esse elo de confiança, esse vínculo que a gente vem construindo nesse período por um modelo de atendimento que a gente entende ser necessário... E9

Entre as Agentes Comunitárias de Saúde, a abordagem do uso de substâncias pode ser um processo ainda mais delicado. Faz parte do trabalho destas profissionais voltar mensalmente nas mesmas casas, assim ao sentirem que precisam tratar de um tema delicado e que pode comprometer o andamento das visitas domiciliares, elas se sentem receosas.

como a gente volta todo mês na casa das pessoas é mais complicado, é difícil você falar e ao mesmo tempo manter uma amizade com a pessoa, entende... então eu acho um assunto mais complicado, E16

A maior facilidade ou dificuldade para abordar o uso de substâncias também sofre influência de como o profissional de saúde vê o usuário de álcool. O usuário pode ser entendido como ativo no processo e como parte integrante do tratamento proposto, mas normalmente é percebido de maneira simplista, como uma pessoa que sofre e também traz sofrimento para a família e amigos

Que é bem triste... principalmente pra família... pra pessoa também, mas principalmente pra família... talvez algumas famílias não vão aceitar, outras não conseguem ajudar... deve ser bem complicado pra família e pra sociedade... mas pra família é pior, de querer ajudar e não conseguir, ou de negar que não existe...E24

O usuário também é visto como uma pessoa sem muitas opções, que acabou fazendo escolhas ruins na vida, ou optou pelo álcool para lidar com uma situação problemática e não conseguiu mais parar de usar.

De repente uma pessoa que não teve muito o que escolher na vida, de repente se botou ali por um problema e esse problema acabou passando e ele agora continua no uso...E22
ainda se fosse uma coisa boa, que te trouxesse algum benefício, mas nada... só te faz mal... e não é só pra pessoa, é pra quem ta ao redor também né... nesse caso eu vejo que é uma doença, que faz muito mal... E27

Além disso, do usuário crônico de álcool é esperada a falta de responsabilidade com a vida e com a família, é uma pessoa com a qual não se pode contar, apesar do grande potencial demonstrado por alguns.

Normalmente, tu pensa assim, uma pessoa que já há anos bebe, por exemplo e não se preocupa muito nem com o trabalho nem com compromisso... tu pensa, que a pessoa podia estar desenvolvendo atividades e acabar deixando de lado, estragando uma parte da vida, eu penso... E32
O que me intriga no dependente químico, droga ou álcool, tudo junto, é que me parece que são pessoas que tem um alto potencial que não conseguem explorar isso... E18

Além de os profissionais fazerem considerações sobre o uso de álcool da comunidade, as pessoas atendidas nas unidades de saúde também prestam atenção no comportamento dos profissionais. No item anterior deste capítulo foi discutido o fato de que os profissionais não usam o álcool na comunidade para não perder o “moral” de poder falar sobre o assunto.

Aqui será comentado como estas informações chegam até a unidade de saúde, ou seja, como os profissionais ficam sabendo da opinião dos usuários sobre seu uso de substâncias.

As pessoas podem relatar terem visto os profissionais usando álcool para outros colegas, assim a equipe fica sabendo como é vista pelas pessoas que atende.

Já aconteceu de paciente chegar e falar que viu outras pessoas bebendo, e não foi legal... eles comentam com a gente que viram a fulana ou sicrana bebendo... no final de semana... e como a cidade é pequena... E33

Os próprios profissionais também se sentem observados, em diversas ocasiões sociais. Alguns até deixam de freqüentar determinados locais por se sentirem alvo de comentários e observações.

mas o paciente vê... isso é certo que vê... não tem como agente negar... por mais que eu soubesse que não estava ali como enfermeiro, a população ainda enxerga nós como enfermeiro, mesmo não estando de jaleco ou não estando na unidade... E9

Já, já, teve sim, tanto é que fiquei bem chateado, com esse tipo de coisa... agora fim de semana, eu sou livre pra fazer o que eu quiser... entoa eu também não aceito esse tipo de coisa... E14

Manter o vínculo com a comunidade é uma tarefa extremamente importante para as equipes de saúde da família, pois é nesta base que se podem desenvolver as ações em saúde. Assim, para preservar o relacionamento com a comunidade, os profissionais acabam abordando situações consideradas íntimas de maneira mais indireta, para assim poder continuar a ter acesso às famílias para abordar outras questões também importantes.

4.3.2.3 Identificando barreiras na formação para prestar assistência ao usuário de álcool e tabaco

Além do contexto em que o indivíduo vive e das suas motivações pessoais terem influência na forma como os significados atribuídos ao uso de álcool e tabaco dos profissionais de saúde interferem na assistência prestada aos usuários dos serviços de saúde, também a que se considerar a interferência da formação acadêmica nesta área.

A formação do profissional de saúde na área de saúde mental acontece de forma superficial na maioria das universidades e centros de formação. De maneira geral, são realizadas aulas teóricas e algumas visitas a hospitais psiquiátricos ou Centros de Atenção Psicossocial. Estas atividades práticas desacompanhadas de uma reflexão crítica, podem desenvolver barreiras para a atuação profissional em saúde mental, pois nestes ambientes os alunos podem se deparar com situações graves que não representam a maioria dos casos relacionados à saúde mental.

Estas lacunas na formação acadêmica podem levar a um desinteresse na área, pois a impressão causada pela observação dos serviços sem a devida reflexão pode criar preconceitos e receios relacionados tanto a sintomatologia psiquiátrica (alucinações, delírios, agressividades, etc.) quanto a possibilidade de melhora dos pacientes.

Além disso, observa-se nos últimos anos a priorização de outras demandas para a atuação da Atenção Primária em Saúde, como saúde da mulher e criança e doenças crônicas. A saúde mental não está incluída nas prioridades programáticas, assim são oferecidas poucas oportunidades de educação permanente em saúde ou especialização voltadas para as necessidades específicas da APS.

Assim, como os profissionais recebem pouco aporte teórico e prático de saúde mental durante a graduação e também não tem oportunidades de se aperfeiçoar na área enquanto atuantes na APS, a lacuna da formação perdura e aprofunda as dificuldades enfrentadas pelos portadores de transtornos mentais e dependência química na busca por tratamento de qualidade.

Entretanto, quando os profissionais se deparam com situações em que precisam tomar alguma providência relacionada a saúde mental, eles acabam buscando informações por conta própria. Essa busca de informações pode ocorrer em cursos privados ou palestras, mas normalmente ela ocorre em sítios da Internet, onde a informação nem sempre é de qualidade e não baseada em evidências científicas fortes.

Os tópicos abordados pelos profissionais de saúde quando questionados sobre o próprio preparo técnico para trabalhar com questões relacionadas a saúde mental e dependência química foram a lacuna na formação e de que maneira busca informações sobre o tema quando necessário (Figura 9).

Figura 9 –Identificando barreiras na formação para prestar assistência ao usuário de álcool e tabaco.

4.3.2.3.1 Sentindo-se capacitado para prestar assistência ao usuário de álcool e tabaco

A questão da formação para o atendimento ao usuário de álcool e tabaco tem recebido pouco enfoque nos cursos de graduação. Ainda assim, o pouco aporte teórico recebido normalmente se refere à dependência química de drogas lícitas e ilícitas, não abordando questões como o uso problemático das substâncias enquanto um problema de saúde.

Neste sentido, o profissional acaba atuando apenas em casos de dependência química já instalada, prejudicando as ações de promoção de saúde e prevenção de complicações. Esta atuação também acaba sendo baseada no senso comum ou em informações sem o devido embasamento científico, o que compromete a qualidade da assistência.

4.3.2.3.1.1 Apontando questões relacionadas a própria formação para abordar o uso de álcool

A formação para a abordagem do usuário de álcool surge como um fator importante na definição da assistência. Os profissionais colocam que sentem-se despreparados para fazer a abordagem adequada, e por vezes sentem que perdem oportunidades em que os usuários estão mais propensos ao tratamento por não saberem identificá-las.

a gente percebe que as vezes por essa falta de conhecimento e de preparo a gente as vezes perde algumas pessoas que teriam interesse de fazer tratamento... E3

Apesar da importância da educação permanente em saúde para os profissionais de saúde na área da dependência química ser relatada por vários indivíduos, eles colocam que tem poucas oportunidades de capacitação. Em geral as poucas capacitações realizadas são feitas dentro do próprio município, com enfoque para os Agentes Comunitários de Saúde. Já os profissionais de nível superior buscam oportunidades em outros municípios que realizam trabalhos exitosos na área.

Não, não, nada disso...desse assunto assim não, que eu lembre não, pelo menos desde que eu to trabalhando não teve nada... E19

Fora daqui não. E aqui no município sim, a enfermeira e o médico já fizeram capacitações pros agentes sim... E1

Nós fizemos um treinamento, acompanhamos o trabalho de Seara, que funciona muito bem, e daí era esse nosso interesse fazer semelhante a de Seara... E3

Entre os profissionais que relataram já terem feito capacitações na área, os relatos apontam cursos pontuais, que não garantem a continuidade do treinamento nem oferecem maior aporte de infra-estrutura e seguimento. Uma profissional relatou ter feito um curso a distância, oferecido por uma instituição nacional.

De álcool teve algumas palestras, cursos assim, mas nada que de um amparo uma estrutura pra gente conseguir lidar com a situação, coisas pontuais, sem uma sequência... mas era mais pra drogas do que pra álcool... E3

Já tive sim, eu já fiz, que veio através do governo do estado e eu fiz um curso a distância bem bom, que a gente procurou através da SENAD... esse teve várias pessoas que fizeram daqui, alguns conselheiros de direitos, assistente social...E26

Com relação ao preparo acadêmico, os profissionais relatam que tiveram poucas oportunidades durante a graduação, e as poucas eram mais teóricas, sem atividades práticos em serviços voltados à saúde mental.

mas capacitação, nem aqui no posto nem na graduação, nada... foi só um geral, né, mas nada muito específico aprofundando né... E27

e na faculdade eu tive, acho que uma aula sobre isso, mas bem geral assim... nem lembro, acho que foi em psiquiatria, nem lembro... mas era pouca coisa que eu vi né... e a gente só assistia, não participava muito... na verdade, na minha formação teve pouca coisa né... relacionado a isso... E28

Essa falta de preparo teórico-prático dos profissionais, pode deixá-los inseguros para realizar a assistência, como colocado por uma enfermeira

eu deixei bem claro pro prefeito que eu não sou capacitada pra trabalhar com drogas, com fumo e cigarro um pouco, por que eu fiz o treinamento em Florianópolis, então eu me sinto mais tranqüila, e é uma coisa que não me mexe assim como o álcool... E34

Neste sentido, percebe-se a fragilidade destes momentos educativos, pois os profissionais de nível superior relatam que não tem treinamento adequado para trabalhar o assunto, e mesmo assim se vêem impelidos a capacitar os profissionais de nível básico e médio.

A formação inadequada, associada a experiências e crenças pessoais negativas relacionadas ao consumo de álcool e tabaco podem criar uma certa resistência dos profissionais em atuar e se aperfeiçoar nesta área.

Não, nunca fiz nenhuma capacitação.. não me chama a atenção essa área... acho que lidar com a cultura da população é meio difícil, uma coisa que não me chama atenção por que a gente não vai conseguir mudar nunca... acho que não é por aí que vai mudar....E14

é um assunto que eu nunca estudei a fundo assim, eu oriento do que eu procurei, nesse meio tempo assim também não me aprofundi nisto, to sendo bem sincera, não me aprofundi nisto.... E33

Percebe-se assim, que a dificuldade em realizar capacitações e aperfeiçoamentos especializados na área pode intervir negativamente na assistência prestada, limitando-a aos poucos conhecimentos adquiridos durante a graduação ou em cursos de educação a distância esporádicos.

4.3.2.3.1.2 Relatando como busca informações teóricas sobre uso de álcool e tabaco

Apesar da ausência ou limitação de espaços formais de educação permanente em saúde na área da saúde mental e dependência química, por vezes os profissionais sentem a necessidade de buscar maiores

conhecimentos na área, normalmente por que precisam atender uma situação específica.

A busca de informações teóricas sobre uso de álcool e tabaco ocorre, principalmente, através de acesso a sítios na Internet aleatórios. Esta procura não apresenta sistematização nem é direcionada a sítios que trazem recentes evidências científicas, mas sim feita de forma aleatória, de acordo com a capacidade do profissional.

Como eu te falei, o que eu oriento é isso daí, não tenho um estudo mais aprofundado, talvez eu poderia até estar orientando, mais coisas, enfim, quando preciso eu vou pra internet, pesquiso, né, a meu critério... quando aparece alguma situação diferente eu vou atrás, mas capacitação a gente nunca teve... E13

se tivesse uma capacitação, talvez pra abordar o paciente, ter um conhecimento maior, por que a gente conhece da literatura, alguma coisa, por que a gente tá sempre estudando na Internet, mas não tenho conhecimento específico do tabaco e do álcool pra abordar E30

Os profissionais também apontam nas falas a importância de realizar capacitações na área, e como a sua falta interfere na assistência prestada aos usuários dos serviços. Um maior conhecimento teórico sobre o assunto auxiliaria na identificação das pessoas que apresentam problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas e também traria maior segurança para realizar as orientações com embasamento científico e não de senso comum, ou do que é veiculado na mídia.

talvez até por isso que a gente tem mais dificuldade de falar sobre isso né... E11

ajudaria, por que talvez as palavras certas, perguntas certas, por que as vezes é difícil a gente falar pra uma pessoa sobre um assunto que muitas vezes nem a gente tem muito conhecimento pra poder explicar pra pessoa.... por que chegar lá e dizer que vai destruir a vida, e não sei o que... a pessoa já sabe e sabe se explicar melhor ainda, né... talvez pra voltar a visão da gente, o olhar da gente diferente... E16

Alguns profissionais também colocam que, apesar de sentirem a necessidade de uma capacitação na área, esta não seria mais importante do

que aperfeiçoamentos em outras áreas da saúde, e também que nunca realizaram capacitações pois esta não é sua área de maior interesse.

Da capacitação... eu estudo muito... eu acho que tudo faz falta... mas não que isso me faça mais falta do que... é tão importante quanto qualquer outra área...eu não conheço essa realidade, sabe... eu não sei quão grave é esse problema no Brasil... E18

Eu acho que ajudaria, por que o que eu sei a respeito, muito do que eu sei, foi por que eu fui atrás por conta, estudar... agora pegar a fundo um assunto assim, não é muito a minha área de maior interesse né... E28

De maneira geral, os profissionais da APS sentem-se pouco ou não preparados para abordar o usuário de álcool ou tabaco. Este sentimento relaciona-se a influências pessoais, como percepção do próprio uso de álcool e dos usuários, e também a poucas oportunidades de aperfeiçoamento profissional na área. Ao se depararem com situações complexas, os profissionais acabam buscando informações aleatórias para a resolução da situação em questão, sem se envolver em cursos mais longos.

4.3.2.4 Utilizando estratégias de assistência ao usuário de álcool e tabaco

A descrição dos resultados até o presente momento, apresentou as condições contextuais que influenciam o uso de álcool e tabaco da comunidade e dos profissionais de saúde, as condições que causam o presente padrão uso das substâncias e sua como a assistência é influenciada pelo uso e algumas condições intervenientes na assistência, como a questão da formação profissional na área.

Com base no acima exposto, os profissionais buscam estratégias de ação, para realizar a abordagem ao usuário de álcool e tabaco. Logo, estas estratégias estão fortemente influenciadas pelo contexto em que o profissional vive e as expectativas sociais de seu comportamento, bem como por influências familiares e da própria forma como se relaciona com as substâncias.

As estratégias de assistência ao usuário de álcool e tabaco resultantes, demonstram a capacidade de o profissional lidar com diversas questões

internas e externas ligadas a uma temática repleta de estigma. Como colocado nas falas descritas anteriormente, além de profissionais de saúde, eles também são indivíduos pertencentes às mesmas comunidades, expostos aos mesmos padrões de avaliação e convivência que os usuários dos serviços, por isso também podem apresentar as mesmas concepções a respeito do tema que os demais membros da comunidade.

Assim, as estratégias de assistência resultantes são a conjunção de conhecimentos científicos e concepções individuais, que permitem a alguns profissionais abordagens mais ampliadas e a outros, abordagens mais restritas.

Pode-se colocar que a assistência prestada considerando-se a família dos usuários, pois trata-se de um pilar fundamental no suporte ao indivíduo e exige abordagem dos serviços de saúde. Também deve-se considerar a abordagem feita ao próprio indivíduo e como ele se coloca para falar sobre o tema, além das diferentes estratégias utilizadas para abordar o usuário de álcool e de tabaco.

Figura 10 – Utilizando estratégias de assistência ao usuário de álcool e tabaco.

4.3.2.4.1 Abordando a família do usuário de álcool e tabaco

A abordagem à família do usuário de álcool e tabaco é considerada de fundamental importância no tratamento para a cessação do uso. Por vezes, tanto a família quanto o usuário necessitam atenção especial e diferenciada, por apresentarem sinais de sofrimento psicológico distintos.

Na lógica da Estratégia de Saúde da Família, todos os indivíduos envolvidos na situação devem ser abordados, oferecendo-se assistência específica para todas as situações que ofereçam risco global à saúde. No caso da assistência para o usuário de álcool e tabaco não é diferente, por vezes a família pode ser uma forte aliada e por outras pode necessitar de tanto apoio e assistência quanto o próprio usuário.

Estas diferenças devem ser consideradas quando da abordagem dos usuários neste nível de atenção, pois nem sempre a família está apta para auxiliar no tratamento.

4.3.2.4.1.1 Falando sobre a abordagem à família do usuário de álcool e tabaco

Ao abordar a família do usuário de álcool ou tabaco, o profissional de saúde se depara com situações normalmente conflitantes, onde os indivíduos atingiram o limite por eles tolerado, principalmente no caso da dependência de álcool. Os casos relacionados à dependência de tabaco costumam ser relatados como menos inquietantes, pois a aceitação do tratamento costuma ser mais fácil.

Quando se trata de abordar uma família que possui um membro com problemas relacionados ao uso de álcool, os profissionais relatam que a procura pelo tratamento normalmente é feita pelo parceiro devido à ocorrência de algum problema mais grave. Esses problemas podem estar relacionados a questões de saúde, violência doméstica ou até problemas financeiros.

é bem complicado, geralmente quem fala alguma coisa são as mulheres, esposas, aí a gente orienta, procura... ou vai com ele junto, conversa com ele em casa, né, procura recurso... E11 quando a gente tem queixa, na maioria das vezes é a família que procura, algum problema que acontece dentro de casa, e os agentes e da comunidade a gente fica sabendo de situações, então a gente vai direto na casa... em parceria com o CRAS, com a psicóloga do NASF, a gente tenta ir lá no ponto e resgatar a família como um todo, trazer pra acompanhamento, E26

Em determinadas situações, os profissionais se sentem frustrados com a assistência às famílias. Relatam que as famílias relatam os problemas mas não seguem as orientações oferecidas, nem aceitam que se fale com o parceiro sobre a situação, para a busca de uma solução. Os familiares desabafam, contam todos os problemas, mas não conseguem agir para resolvê-los.

o paciente dificilmente vem, é mais a família aí a gente conversa... elas vem mais pra falar, não querem tua ajuda nada, só querem desabafar, reclamam, aí tu orienta, o que tem que fazer, aí elas dizem não mas eu não quero... já teve situações que elas vem e elas falam, mas elas não querem tomar nenhuma atitude...E3

Também é apontada a importância de incluir todos os membros da família no tratamento, devido a um grande componente social envolvido na dependência química.

e casos de alcoolismo, eu sempre procuro conversar com a família toda... porque uma coisa social, no meio tem... quem sabe algum problema de relacionamento com filhos, e tal, né... eu sempre procuro ouvir todas as partes, assim, acho que é mais ou menos isso... E15

Neste sentido, percebe-se que os profissionais consideram a inclusão das famílias nas estratégias de assistência aos usuários de álcool e tabaco, porém, sentem que por vezes os familiares não estão aptos a participar ativamente do processo.

4.3.2.4.1.2 Considerando barreiras e características das famílias dos usuários de álcool e tabaco

Abordar uma família que possui um membro com problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas pode ser uma tarefa desafiadora. Conforme colocado anteriormente, trata-se de uma estratégia de assistência utilizada quando o profissional sente algum receio para abordar o usuário diretamente.

Entretanto, abordar a família também pode ser algo complexo, pois além da situação social e de saúde exigir profissionalismo, o profissional pode ter

vivido experiências semelhantes na própria família, e utilizá-las como referência para realizar a aproximação. Esta situação pode causar sofrimento psicológico, e criar uma barreira para futuras abordagens.

Os profissionais relatam que a participação da família é essencial para o sucesso do tratamento, porém, percebem que nem sempre os seus membros estão aptos a participar.

por que as vezes os colegas e a família também não são solidários, meio forçam a pessoa a voltar a beber né... uma coisa que eu percebi é que quando a família apóia muito a pessoa, dá certo... por que se a família também não é muito estruturada, não dá certo... eu acho que a pessoa que tem esse tipo de vício precisa de um apoio a mais... E33

muitas vezes, por causa do excesso de trabalho, a família não tem tanto tempo pra ajudar, e a pessoa fica sozinha e fica depressiva né... E31

Outra barreira apontada pelos profissionais para iniciarem uma conduta a partir da família, é o receio de que os familiares possam ser vítimas de situações violentas. Em certos casos, os membros das famílias relatam situações bastante complicadas para os profissionais de saúde, em caráter de sigilo. Nestes casos, eles se vêem em um dilema ético, pois se abordarem o usuário dizendo que o familiar fez alguma denúncia, podem estar colocando sua segurança em risco.

daí que é o mais difícil né... por que se a gente vem aqui e fala pra equipe e depois ele descobre que foi a mulher que falou disso pra gente, é ela que vai sofrer né... eles podem fazer alguma coisa com a mulher e a família, aí é que é mais complicado... E31

Outras barreiras apontadas para uma melhor abordagem das famílias, são a resistência com relação a efetividade do tratamento, a chamada “co-dependência”

muitas vezes a gente quer ajudar, mas daí nem a família apóia, é complicado, vai deixando... E3

em geral, quando a gente precisa da ajuda da família, tem muito aquilo da co-dependência.. eles querem que a pessoa pare, mas ao mesmo tempo, eles tem um ganho secundário... com a dependência do outro né... mulheres muito... Eu não sei assim, te dizer, mas ... parece que elas querem que tenham pena delas... por que elas fazem muito pouco pra ajudar... só

reclamam, mas na hora de vir ... desestrutura toda a família assim... E29

Também foram apontadas dificuldades para falar no assunto. Muitas famílias negam o problema, não dando abertura para o profissional iniciar a orientação. Além disso, há o receio da quebra do vínculo estabelecido com a família, pois ao abordar estes temas, o profissional de saúde pode estar entrando numa área considerada mais íntima e sobre a qual os familiares não querem falar.

Fumo e álcool é um assunto muito difícil, a gente percebe que a aceitação das pessoas... as vezes pra umas a gente até comenta um pouco mais... mas a gente percebe que é muito difícil eles aceitarem... sobre só outros assuntos a gente fala tranquilo... fumo e álcool geralmente é muito difícil... eu não me sinto muito bem, por que querendo ou não eles estão na casa deles e você tá lá... não gosto de comentar muito desse assunto... por causa dessa aceitação que a gente vê que não tem... que eles não gostam, então é um assunto que eu gosto de falar, E16

mas também tem famílias que a gente não tem abertura, né, que as vezes a própria mulher esconde, né... e tem famílias que eles dão abertura pra você conversar como se fosse falar de outra coisa qualquer, como se não houvesse nada de mais... E20

Estas barreiras são apontadas como motivos para a limitação da assistência, tanto às famílias quanto aos usuários. Cada família reage de maneira diferente, devendo sempre ser considerada como elemento importante na abordagem do usuário de substâncias psicoativas.

4.3.2.4.2 Percebendo diferenças entre o uso de álcool e de tabaco

Apesar das semelhanças apontadas entre o uso de álcool e tabaco, como por exemplo a dificuldade relatada em abordar o assunto com as famílias, existem algumas diferenças. Os profissionais relatam que a aceitação da abordagem para a cessação do uso é diferenciada, bem como os efeitos provocados pelas substâncias.

São substâncias distintas, com diferentes perspectivas e papéis sociais. Entretanto, ambas representam desafios para os sistemas de saúde, por serem

causas de adoecimento previsíveis e com potencial de causar grande sofrimento, tanto aos usuários quanto aos familiares e comunidades.

4.3.2.4.2.1 Comparando a abordagem do usuário de álcool com o de tabaco

Com relação a comparação entre a abordagem realizada para o usuário de álcool e para o de tabaco, existem algumas diferenças. De maneira geral, os profissionais colocam que sentem mais dificuldade em abordar o usuário de álcool, pelo receio da agressividade.

Acho que é do álcool... entre o cigarro e o álcool, o álcool é mais complicado sim... cigarro não, cigarro a pessoa fuma, assim né, é menos complicado de chegar, né, mas eu acho que ainda é o álcool, o mais complicado... E19
O álcool é mais complicado de falar... por que você não sabe qual é a reação da outra pessoa.. se ela não te der abertura e você tocar no assunto... Tabaco eles são mais abertos pra conversar, é mais tranquilo... E20

Há também os profissionais que percebem que as consequências do uso de álcool e de tabaco são diferentes. O álcool está relacionado a danos permanentes mais sérios, que podem ser agravados com o passar do tempo e com um consumo maior. Já o tabaco é mais estável, o uso não aumenta ou se modifica com o passar do tempo.

as implicações são diferentes, por que o cigarro é, ele também causa os seus problemas assim, mas ele parece meio que dá uma estancada numa certa altura, e o álcool ele é um problema que vai acrescentando... E18

O atendimento propriamente dito realizado ao usuário de álcool e de tabaco é realizado de diferentes maneiras. As diferenças identificadas estão mais relacionadas ao atendimento prestado a portadores de outras patologias, como hipertensão ou diabetes, do que entre o uso de álcool e tabaco em si.

um diabético, quando ele vem, ele já sabe o que ele tem que fazer... agora você atender um dependente químico... e entrar nessa parte é muito difícil, tu nunca sabe o que levou ele a ser dependente, essa parte eu acho muito difícil e impor limites nessa parte, de quando tem dependência química eu acho

muito difícil... E27

Sim, tem diferença sim... a gente tem mais receio né, que mexe mais com o pessoal da pessoa né... e o fumo e o álcool é uma coisa que você escolhe, né, é mais difícil de trabalhar sim... E22

Alguns procedimentos, especialmente na área de odontologia, tornam-se mais complexos quando realizados em usuários de substâncias. É necessário uma atenção especial por parte do profissionais.

Tem, tem bastante diferença... É mais difícil pra você fazer uma restauração, mais difícil pra você atender... então você vê muita diferença na pessoa que fuma pra pessoa que não fuma... assim como no álcool também... E12

Assim, percebe-se que a assistência realizada ao usuário de álcool e tabaco, apesar de possuir várias semelhanças, também possui algumas peculiaridades relacionadas a cada substância. Os sentimentos relacionados a abordagem da família dos usuários são semelhantes, entretanto, ao se depararem com o usuário propriamente dito, os profissionais relatam que por vezes a assistência é diferenciada, especialmente quando comparada a prestada a portadores de outros problemas de saúde.

4.3.2.4.2.2 Falando sobre as diferenças percebidas entre o uso da substância álcool com a substância tabaco

Apesar de os profissionais de saúde relatarem que a abordagem da família e assistência ao usuário de álcool e tabaco são bastante semelhantes, o mesmo não pode ser dito sobre a percepção do uso. O consumo de álcool ainda representa uma situação social mais impactante que o uso de tabaco, pois apresenta maior estigma entre a comunidade.

Ainda que o tabaco represente uma importante causa de morbi mortalidade, reconhecida pelos profissionais de saúde, a aceitação do usuário dependente é maior que do indivíduo dependente de álcool. A identificação do usuário de tabaco também parece ser mais fácil, pois como o uso é feito de

maneira mais indiscriminada, ao acessar a unidade de saúde o cheiro ainda pode estar presente.

o álcool ainda é mais freqüente que o tabaco... , por que eu acho que a bebida ela é mais devastadora E8
o fumante se abre, já fala que fumou... mas o usuário de álcool ele já é mais fechado... por que o fumante, abriu a boca tu já sabe que é fumante, não tem como escapar né... o que usa álcool, se ele não bebeu antes de vir no consultório não tem como saber né... E30

A dependência de álcool também é considerada mais difícil, de tratamento mais complexo que do tabaco, em parte devido a negação do problema por parte do usuário. Em geral, o usuário de tabaco assume mais facilmente a dependência que o de álcool.

o cigarro até sim, eles assumem, aceitam e dizem que não conseguem parar, mas a bebida é difícil a pessoa dizer, assumir... acho que é um vício bem difícil, não sei, até mais difícil talvez que o fumo... não sei se é igual... mas eu acho que é um vício mais difícil assim, do que os outros... E33

Com base nos relatos, percebe-se que os profissionais de saúde procuram fazer uma abordagem indiferenciada aos usuários de álcool e de tabaco, bem como com as famílias. Entretanto, quando é feita a comparação da percepção que tem sobre o uso das duas substâncias, o uso de álcool parece ser mais estigmatizado, apresentando maiores dificuldades para o tratamento em situações de dependência.

4.3.2.4.3 Prestando assistência aos usuários de álcool e tabaco

Enquanto estratégia para lidar com o tema do uso de álcool e tabaco na unidade de saúde, a assistência propriamente dita é influenciada diretamente pelas concepções individuais dos profissionais de saúde, bem como pelo contexto em que o uso acontece e com a sua capacidade teórica e prática.

O tema da assistência realizada foi bastante citado em todas as entrevistas, configurando-se em uma preocupação para os profissionais de saúde. A identificação dos serviços de atendimento locais e de referência foi relatada, bem como as barreiras percebidas para a realização da assistência.

Também foram citadas quais as estratégias utilizadas para a abordagem, tanto do usuário quanto dos familiares.

4.3.2.4.3.1 Identificando os serviços de atendimento a usuários de álcool e tabaco no município

Entre os serviços de saúde que prestam assistência aos usuários de álcool e tabaco dentro dos municípios, encontram-se as unidades básicas de saúde e os hospitais locais. Além disso, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família foi citado como tendo um importante na assistência, pois entende-se que esta deve ser feita de maneira interdisciplinar e colaborativa entre as diversas áreas do setor saúde.

São identificadas poucas pessoas que buscam assistência devido ao uso de substâncias psicoativas, em geral a abordagem é feita a partir da identificação de um problema de saúde mais sério, pois os profissionais normalmente sabem quem são os usuários problemáticos.

mas que tem problema não são tantos, tem mas não são tantos. E a gente já sabe quem são... E4
 Eu não sei como é, mas eu acho que não deve ser muita busca, pessoal assim, de iniciativa própria, pra que pare, é uma coisa que eu acho que não acontece... E8
 Tem épocas... um resolve parar, aí começa a tentar incentivar os outros... E10

As possibilidades de tratamento no próprio município em geral são escassas, principalmente relacionadas ao uso de álcool. Nenhum município possuía algum programa voltado especificamente para esta questão, sendo que o atendimento era feito de acordo com a demanda para internações em clínicas de reabilitação, nos casos de dependência. Já o tratamento para o tabagismo era feito em um dos municípios, sendo referência regional e estadual, mas nos demais nenhuma ação era realizada. Para o tabagismo, alguns municípios estavam aguardando o treinamento oferecido pelo governo estadual, e outros não possuíam profissionais em número suficiente para oferecer o tratamento conforme preconizado.

Apesar de os municípios não desenvolverem nenhuma ação específica na área, muitos já contam com os Núcleos de Apoio de Saúde da Família (NASF). Os NASFs foram criados com o intuito de trabalhar de forma conjunta e interdisciplinar com as equipes de saúde da família já existentes. No estado de Santa Catarina, todos os NASFs devem contar com ao menos um profissional da área de saúde mental, para dar apoio e matriciamento às ações nesta área.

Apenas um dos municípios ainda não contava com a equipe completa do NASF, os demais já tinham a estratégia implementada, porém há menos de um ano. Percebe-se uma grande expectativa com relação ao trabalho deste grupo, não apenas na área da saúde mental, mas também nas outras áreas temáticas de atuação da ESF.

então eu acho que é mais fácil assim, né não só dependência química como você também abordar outros temas né, eu acho que fica mais fácil de você conseguir chegar num objetivo do que individual né E6

o NASF participa das nossas ações... os pacientes passam pela gente pra chegar neles né... ainda não é o ideal... até por que o NASF surgiu sem ter nenhum preparo da equipe, os profissionais que foram contratados nem sabiam o que era isso... aos poucos a gente ta colocando as coisas no lugar, mas demora um pouco né... até todo mundo entender o que tem que fazer... E26

Por ser uma estratégia de trabalho relativamente nova, os NASF ainda estão em fase de definição de prioridades. Não foram relatadas ações específicas voltadas ao atendimento de usuários de álcool e tabaco, pois estas temáticas não tem sido colocadas como prioridades.

Que eu vejo assim, o trabalho que a gente fez até hoje eu vejo que não foi um assunto colocado em primeiro plano, né.. E13

Apesar de ainda não ser uma prioridade, os profissionais da ESF e do NASF reconhecem a importância e a contribuição que uma equipe interdisciplinar pode oferecer nesta área, apontando que ações devem ser pensadas para o futuro.

Eu acho que tem sentido, né, acho que o principal foco no NASF é a prevenção, então eu acho interessantíssimo, E13

o NASF pode trabalhar mais específico, formar grupos só de tabagistas ou só de alcoolistas, e tentar trabalhar com esse tipo de pessoa... dar um apoio melhor e centrar mais... E30

Como forma de organizar as ações futuras na área do uso de substâncias psicoativas, o planejamento surge como importante ferramenta. Ações feitas sem o devido cuidado e organização podem levar ao descrédito da população e frustração dos profissionais.

a partir do momento que você se envolve num projeto tem que se dedicar pra isso, se não tu descibiliza a população, que foi o que aconteceu com o projeto do tabaco,... hoje pra retomar vai ter que trabalhar bem, se é pra trabalhar bem a gente vai ter que ter um bom projeto... E8

Algumas ações de educação em saúde vem sendo realizadas de maneira pontual nas comunidades, normalmente em escolas envolvendo adolescentes e crianças. Estas atividades são vistas como essenciais, pois podem prevenir o consumo de risco no futuro.

eu acho que a pessoa tem que aprender desde pequena que a bebida não presta né... E15
e quando a gente faz atividade de educação em saúde nas escolas daí a gente sempre foca nisso também, E26

Além das atividades com crianças, em um município também foram realizadas atividades educativas alusivas ao Dia do Homem. Nesta oportunidade, foi abordado o uso problemático de álcool e tabaco e as conseqüências para a saúde.

Teve um grupo ano passado do dia do homem, que foi sobre alcoolismo e tabagismo né... foi legal, teve um grupo de manhã e outro de tarde, a mesma palestra... E28

Por tratar-se de municípios de pequeno porte, existem algumas dificuldades e particularidades para a formação de grupos de educação em saúde. Como estratégia, os profissionais utilizam os recursos já existentes na comunidade, momentos em que as pessoas já estão habituados a se reunir, como clubes de mães e grupos de terceira idade. Assuntos relacionados ao

uso de substâncias psicoativas não chamam muita atenção, pois, como já foi debatido anteriormente, o consumo é considerado cultural e parte do dia a dia.

difícilmente a gente consegue montar um grupo assim, que não tem um atrativo muito bom, sabe, como a cidade já é pequena... tem que aproveitar os recursos que já tem né... no fim a gente tentou, até pedimos da parte deles, os assuntos que eram de interesse... que eu lembre esse assunto não foi nenhuma vez citado ou comentado no grupo... E13

Alguns resultados destas ações de educação em saúde, mesmo que pontuais, podem ser percebidos. Ao realizarem palestras sobre o uso de substâncias psicoativas nos grupos, os profissionais percebem que alguns indivíduos consideraram as informações recebidas e mudaram alguns hábitos. Na atividade realizada do Dia do Homem, foi percebido um aumento da procura por atendimento médico relacionado ao tema e maior procura nas atividades educativas do ano seguinte.

a gente percebe que pra alguns entrou por um ouvido e saiu pelo outro, e outros entenderam, podem até fazer o uso mas de forma moderada, não sistematicamente todo dia e em grande quantidade... a gente percebe que houve algumas mudanças... E9

a atividade do Dia do Homem eu acho que interessou bastante... na semana seguinte, teve alguns que vieram fazer exames por isso... do fígado, por que viram na palestra... mas eu acho que o pessoal gostou, por que esse ano teve mais gente, o tema foi outro, mas eles gostaram da iniciativa, eu acho... E28

Como resultados da assistência em geral, os profissionais apontam várias situações diferenciadas. De maneira geral, os desfechos são considerados negativos, pois muitos usuários iniciam o tratamento ou recebem a orientação e não atingem a meta estabelecida. As principais causas relacionadas aos serviços de saúde apontadas são a descontinuidade no tratamento e a alta rotatividade profissional das equipes de ESF. Entretanto, eventualmente ocorrem sucessos, indivíduos que conseguem atingir os objetivos do tratamento, o que traz uma forte sensação de satisfação pessoal e profissional.

Entre os pontos negativos apontados como resultados obtidos, estão as freqüentes recaídas, principalmente no caso dos usuários de álcool. Além disso, a pouca participação da comunidade nas atividades realizadas também inibe a criação de novos grupos ou iniciativas para o tratamento.

a taxa de recaída pro caso do fumante é menor que do que bebe, quem parou de fumar, muitos menos voltam a fumar que o álcool, por que as circunstancias sociais... E4
até foi quando que foi iniciado um grupo de dependência química aqui no município, mas não deu muito certo... E22
mas daí disseram que tava com um problema, que já foi tentado antes e não teve muita aceitação pra isso... o pessoal que fuma não vinha aqui no grupo, numa palestra coisa assim, eles não comparecem muito... E28

A falta de continuidade no tratamento foi apontada como um dos motivos para os resultados negativos. O seguimento da assistência é considerado importante para a manutenção do novo hábito adquirido, pois quando o indivíduo interrompe o uso de uma substância psicoativa e retorna para o meio comunitário, podem-se restaurar antigos comportamentos que desencadeavam o consumo.

Assim, os profissionais consideram importante a realização de atividades para manter o tratamento, porém não conseguem efetivá-las por questões relacionadas a organização do serviço e prioridades de atendimento.

só que daí o grupo parou, eu tinha várias pessoas da minha microárea que tinham parado, mas eu acho que nenhum persistiu, todos voltaram... trabalho ta sendo feito né, não é por falta de orientação, não ta dando resultado, teria quer estar vendo onde que ta o erro né, E1
a gente percebe que falta essa continuidade, faz o tratamento, a desintoxicação, volta a rotina, volta a beber... aquela vez q foi tentado não teve, não teve divulgação, não tinha muita organização, teria que a gente saber bem, né, como montar o grupo, como fazer ele funcionar, fazer as pessoas participarem. E3
a gente já tentou, enquanto serviço de saúde realizar em vários momentos, grupos de apoio aos pacientes usuários de álcool, de cigarro e outras drogas também... mas também não teve adesão da comunidade... E26

Também apontada como um dos motivos para os resultados negativos, aparece a alta rotatividade profissional das equipes de saúde da família. Os

profissionais acabam realizando treinamentos específicos ou iniciando atividades que não tem seguimento após sua saída. A ausência de seguimento normalmente é provocada por falta de trabalho interdisciplinar, ou seja, o profissional atua sozinho, sem a participação dos demais membros da equipe.

só que daí o médico q começou o trabalho acabou saindo do posto, e a grande maioria voltou a fumar depois, que daí a gente não deu mais a continuidade...acabou morrendo por ali, era uma coisa que ele organizou, aí acabou morrendo junto... E3

Entretanto, quando algum usuário do serviço de saúde atinge o objetivo proposto do tratamento, é relatada uma intensa satisfação profissional e pessoal. Nos relatos percebe-se uma forte conotação compassiva, condizente com a percepção dos profissionais de que o uso de álcool é de difícil controle, sendo considerado vitorioso o indivíduo que atinge a abstinência.

mas eu vejo muita gente que fala que parou de fumar por causa do grupo, que participaram e tal... Eu acho que sim, tem um funcionamento bem bom, pelo que os pacientes relatam, né, E21
eu acho um trabalho bem gratificante assim... e os pacientes dão um retorno, tipo que ficaram mais uma semana sem beber, que tão bem em casa, relacionamento ta melhor... quando da certo, não tem preço que paga né... E29
quando você consegue afastar alguém do álcool é uma vitória, né, por que não são só as pessoas que se prejudicam vão levando a família inteira junto né... E31

Assim, ações planejadas e que contam com o envolvimento de toda a equipe tem maiores possibilidades de operar mudanças na comunidade. Os serviços disponíveis para atendimento destas demandas apresentam diversas dificuldades para implementar ações efetivas, sendo importante a realização de diagnósticos locais para identificar os pontos a serem melhor trabalhados.

4.3.2.4.3.2 Falando sobre os serviços de referência para atendimento de usuários de álcool e tabaco

Como colocado anteriormente, os municípios apresentam apenas atividades pontuais não padronizadas relacionadas ao atendimento do usuário

de álcool e tabaco. Os profissionais sentem que poderiam fazer mais, porém o tema não era uma prioridade na época da coleta dos dados.

e o que preocupa assim é que não se está fazendo nada hoje no momento, se faz mas o mesmo tempo... E8
não temos nenhum trabalho voltado ao fumo, mas já é uma preocupação nossa... E9

Com relação ao tratamento do tabagismo, não existem serviços de referência fora dos municípios, ou seja, se os serviços locais de saúde não oferecem o tratamento, os usuários ficam totalmente desassistidos.

Já com relação ao uso do álcool, existem serviços de referência do Sistema Único de Saúde para a realização da desintoxicação. Trata-se de hospitais com alas psiquiátricas, onde os indivíduos podem permanecer por cerca de 20 dias, retornando então para o domicílio.

Entretanto, como os municípios não realizam ações para acolher estas pessoas no retorno da hospitalização e dar seguimento ao tratamento, por vezes estes indivíduos são internados em clínicas de reabilitação para dependentes de álcool. Estas clínicas ficam localizadas em outros municípios da região, porém a uma grande distância. O tempo de internação é variado, ficando em torno de 4 a 6 meses.

aí quando é caso que, junto com o médico, entende já que é caso de internação, não tá dando mais conta aqui, aí geralmente os nossos pacientes vão pra outro município, que é a clinica mais próxima assim... E26

A avaliação feita pelos profissionais das internações em clínicas de reabilitação é controversa. Por um lado, eles consideram que o indivíduo necessita deste afastamento temporário para sua recuperação e que quando deseja ir, o resultado pode ser positivo. Entretanto relatam que com a ida para a clínica a família acaba passando por dificuldades financeiras, pois normalmente o homem é o provedor da família e todo o recurso vai para o pagamento da estadia.

é longe, as vezes grande permanência, as vezes essas pessoas que precisam da internação são provedores das famílias, então isso atrapalha bastante por que parte desse recurso vai pro seu tratamento, então a família fica... fica

fragilizada financeiramente, E9

Ah, aí a gente encaminha quando eles querem ir né... tem bom resultado quando vão, mas a maioria não quer ir... E28

Apesar de ser considerada uma estratégia importante de recuperação, quando não a única, os profissionais a percebem como ineficiente. Os relatos de recaídas após internação são freqüentes, gerando uma frustração do profissional, indivíduo e família.

a gente tem vários casos aqui de pacientes aqui do município que foram e ficaram internados, e voltou pra casa, conseguiu agüentar um mês, um pouquinho mais talvez e depois não agüentou mais... E33

A principal causa apontada para as freqüentes recaída, é a falta de acompanhamento do usuário no retorno, além da ausência de ações específicas com família durante a internação. Quando o indivíduo retorna acaba se defrontando com os mesmos problemas e situações sociais, o que pode desencadear o retorno ao consumo nos mesmos padrões anteriores.

mas pelo que eu vejo, assim, as pessoas são encaminhadas, voltam pro meio, pra família, que é onde muitas é o desencadeador do problema, voltam pra aquela situação anterior que viviam e que não mudou nada, aí a própria até lidar com as angústias e com ansiedades, voltam a recair na bebida... E8

por isso que eu acho que o grupo de apoio pros pacientes que voltam da internação seria muito importante... por que ajuda muito...eu vejo que os pacientes voltam muito bem das clínicas, ficam um tempo bem mesmo... mas passa uns meses e eles voltam pra bebida... E34

Os serviços de referência utilizados para casos de álcool e tabaco são utilizado para sanar deficiências locais. No caso do tabaco, não há esse tipo de serviço fora do município, sendo uma séria deficiência do sistema. Para o uso crônico de álcool, existem os hospitais de referência para desintoxicação e as clínicas de reabilitação.

4.3.2.4.3.3 Encontrando estratégias de abordagem

Para abordar o usuário de álcool e tabaco o profissional lança mão de diversas estratégias. Considerando os relatos das dificuldades enfrentadas, como falta de formação e de priorização do tema nas políticas públicas, são necessárias novas formas de iniciar o assunto com os usuários.

Ao identificar serviços e estratégias para a abordagem, o profissional mobiliza experiências prévias e as utiliza para definir a nova situação. Ao se deparar com o indivíduo que necessita atenção para estas questões, o profissional de saúde precisa considerar a motivação para a mudança de comportamento e quais são as melhores formas de conduzir o caso.

Para garantir os objetivos estabelecidos, os profissionais consideram de extrema importância que o usuário busque o tratamento, pois apesar da importância da família no processo, é o indivíduo que terá que modificar seu modo de vida.

é que a pessoa também tem que estar empenhada, não adianta as vezes as pessoas que convivem querer, se a pessoa não aceita... E33

depende da pessoa, que tem que vir e pedir, querer parar de fumar ou de tomar, é a pessoa que tem que vir... então daí a pessoa tem que vir ali e pedir pra equipe daqui encaminhar né... por que nós não podemos chegar aqui e dizer que a pessoa ta bebendo, é a pessoa que tem que vir... E31

Assim, considerando a motivação do usuário e o próprio preparo para lidar com estas situações os profissionais selecionam estratégias para a abordagem. Dentre as diversas possibilidades utilizadas pelos profissionais de saúde estão a abordagem mais sutil e compreensiva, iniciando a conversa com outros assuntos para depois falar sobre o uso da substância; outros se sentem mais seguros para fazer uma fala mais rígida, sem muitos rodeios. Também tentam incluir as famílias e as esposas, buscando seu apoio para iniciar o tratamento.

Muitos profissionais buscam utilizar uma abordagem mais sutil, sem tratar da questão do uso de álcool ou tabaco em um primeiro contato. Falam sobre outros assuntos e tentam criar um vínculo mais forte antes de abordar,

por receio de uma possível reação agressiva ou negação para seguir o tratamento.

a gente não chegou pra impactar, dizendo “não, vocês não podem, vocês não devem” mas a gente colocou uma pulguinha atrás da orelha deles... não adiantava a gente chegar e impor pra eles uma determinada situação e que eles iriam se totalmente contra... E9

se eu falar que ele não pode mais beber a pessoa pode ficar nervosa... não vou falar isso, vou falar outras coisas e incluir junto a questão do álcool né... por que se você chegar direto, falando do álcool, ele vai ficar na defensiva e não vai adiantar... E27

Nestes casos, a abordagem tende a ser mais compreensiva, considerando todas as questões sociais e familiares envolvidas no processo.

então a gente tem que ser compreensivo, né, sabe, tem que entender que é uma doença, E21

eu acho que a abordagem é feita de uma forma diferente, assim, a forma de explicar a doença pra ele, eu digo que é uma doença crônica que tem tratamento, mas eu acho que tem um jeitinho diferente... mas eu tento criar um vínculo maior, né, cuidar mais, conversar mais, criar um vínculo mais afetivo até com o paciente, tentar conquistar, por que eu vou ter que convencer ele a se tratar né.. às vezes a gente tem que tentar entender a situação de vida daquela pessoa... E28

A família também pode ser considerada como uma estratégia para alcançar o usuário, pois os membros conhecem melhor a história de vida da pessoa, sabem o que já foi tentado em termos de cessação de uso e também tem interesse na questão. A partir das intervenções com as famílias os profissionais conseguem estabelecer um plano de ação com metas para os usuários.

aí tu vai tentando entender o que é, por que a pessoa bebe, né, encaminhar, ver que condutas eles já tomou, o que... conversar com familiares, uma conduta mais ou menos assim, né, não tem muito um programa assim de tratamento de alcoolismo aqui.. pelo menos aqui não, que eu saiba... E18

mas quando a família quer, junto com o paciente, aí a equipe se junta... E aí cada família tem um plano de intervenção diferente, por que daí depende do contexto, né... E26

Enquanto membros da família do usuário de álcool e tabaco, os companheiros (as) representam importantes aliados no tratamento. De maneira especial, os profissionais citam as esposas, pois identificam que a maioria dos usuários crônicos de álcool e tabaco são homens. As esposas são vistas como aliadas, pois normalmente são elas que informam sobre os problemas vivenciados na família.

então quando eu faço visita numa casa, daí normalmente as mulheres que falam dessas coisas pra gente né... por que os homens é difícil falar... E31

então as vezes a esposa vem, comenta alguma coisa, ou vem a mãe e comenta alguma coisa, então daí depois quando eu atendo esse paciente, eu tento dar uma orientação diferenciada... E33

Alguns profissionais relatam que se sentem seguros e a vontade para abordar os usuários com maior rigidez, por acreditar que este tipo de abordagem é mais efetiva.

Alguns profissionais de repente tem a tendência de tratar com mais pudor, mais dó, eu faço o oposto, eu trato com mais rigidez, eu pego mais firme, por que eu vejo que é alguém que precisa de uma linha, precisa de um ramo, precisa de um guia... E4

eu já fui bem mais de ir pelas beiradas assim... hoje eu já sou bem mais direta, já tenho mais segurança com isso... aprendi fazendo, com a experiência né... a gente aprende o que é o alcoolismo, como é a questão neuroquímica, agora o trabalhar com isso, prática é só fazendo mesmo... E29

Percebe-se assim, que as estratégias utilizadas para realizar a abordagem ao usuário de álcool e tabaco são bastante variadas, e são dependentes do grau de conhecimento e experiência que o profissional sente. Como importantes aliados, são citados os membros da família, em especial as esposas.

4.3.2.4.3.4 Encontrando barreiras para a assistência aos usuários de álcool e tabaco

São diversas as barreiras encontradas pelos profissionais de saúde para a realização da assistência ao usuário de álcool e tabaco. Entre elas, a dissociação entre a saúde da família e saúde mental, falta de tempo e

sobrecarga de trabalho e a falta de integração entre a equipe, foram apontadas como as mais relevantes.

Além disso, os profissionais sentem receio de fazer a primeira abordagem, por medo da reação. Relatam que acham difícil falar sobre o assunto, por ser uma questão cultural muito forte e algo de que as pessoas em geral gostam muito.

agora pra falar sobre alcoolismo e tabagismo já é mais difícil...
é difícil você chegar e dizer você tem que controlar mais, você
tem que... é difícil, é bem complicado... E11
Não é fácil você chegar numa pessoa que você sabe que é
uma coisa que ele gosta... E23

Um fator dificultador é a dissociação entre a saúde mental e saúde da família, que já foi citada anteriormente enquanto falta de priorização da área nas ações de saúde coletiva. Além disso, alguns municípios possuem setores separados, que trabalham apenas a saúde mental sem integração com os demais setores.

é que aqui é separado a saúde mental, psicóloga, e tal, os
grupos, então acaba desvinculando um pouco da gente, aqui...
E21

A sobrecarga de trabalho também é um empecilho para a realização de atividades assistenciais específicas para os usuários de substâncias psicotivas. Por terem diversas ações prioritárias para realizar, acaba sobrando pouco tempo para as demais ações necessárias.

e aqui é o mesmo grupo de profissionais que vai atender mais
uma demanda... não que não dê, sempre dá, a gente sempre
faz, agora é sempre um algo a mais pra dividir na agenda que
já tá cheia... E26

A falta de tempo também é um limitador da assistência aos usuários de álcool e tabaco, pois como a demanda por atendimento generalizado normalmente é grande nas unidades de saúde e os profissionais não conseguem abordar todas as situações com a devida profundidade.

nem sempre dá pra se conversar tanto com o paciente né...
aqui no posto são muitos atendimentos no turno... então não dá

pra gastar muito tempo só com um paciente... por isso as vezes é difícil conversar muito com o paciente... E28

As barreiras apontadas pelos profissionais de saúde para a realização das ações na área de saúde mental são importantes e devem ser consideradas, principalmente quando da contratação de novos profissionais. A sobrecarga de trabalho e falta de tempo são problemas recorrentes, que inviabilizam diversas ações.

4.3.2.5 Definindo a atuação profissional relacionada a usuários e álcool e tabaco

O contexto em que o profissional atua e vive, as situações que influenciam seu padrão de uso de álcool e tabaco, além da capacitação para o atendimento ao usuário de álcool e tabaco atuam na definição das estratégias utilizadas na assistência ao usuário de álcool e como o profissional define o próprio papel.

A definição que o profissional faz da própria atuação profissional relacionada ao uso de álcool e tabaco está relacionada tanto a perspectivas futuras quanto a experiências prévias. Estas vivências anteriores não são relacionadas apenas ao âmbito profissional, mas também a situações familiares e de vida social. É a partir destas experiências e da forma como a situação presente se apresenta que ele age, e define uma nova situação. Assim, a atuação profissional leva em conta não apenas os acontecimentos passados, mas também as perspectivas futuras em relação ao presente.

Considerando isso, é possível a tentativa de identificação do papel de cada profissional dentro da equipe, nem sempre clara dentro de um grupo multiprofissional. Ao apontar o papel de cada um, o profissional tenta definir limites na atuação, conseguindo compreender qual o seu papel em cada situação.

A identificação do próprio papel e das responsabilidades atribuídas pela equipe envolve diversos sentimentos, que podem tanto facilitar quanto criar barreiras à atuação. Ao conseguir identificar o próprio papel dentro do grupo e

da comunidade, o profissional assume uma postura individual relacionada a assistência nesta temática, considerando questões inerentes ao seu próprio uso e comportamentos percebidos como apropriados.

Figura 11 – Definindo a atuação profissional relacionada a usuários e álcool e tabaco.

4.3.2.5.1 Identificando papéis dentro da equipe interdisciplinar

Ao identificar o próprio papel na assistência ao usuário de álcool e tabaco dentro da equipe multiprofissional, o profissional mobiliza informações referentes a experiências prévias e expectativas de futuro, conseguindo assim também definir o papel dos demais colegas de trabalho.

Também define as próprias atribuições enquanto membro do grupo, elaborando estratégias de trabalho que envolvem tanto orientações aos usuários e familiares, quanto ações interdisciplinares.

4.3.2.5.1.1 Apontando o papel de cada profissional na assistência ao usuário de álcool e tabaco

Enquanto integrantes de uma equipe multiprofissional, é importante que cada profissional consiga definir minimamente seu próprio papel no grupo, para não haver atividades repetidas ou conflitos. Em determinadas situações, esta definição fica comprometida pela dificuldade de identificar as melhores condutas e quem deve ser responsável por cada etapa.

Na temática do uso de álcool e tabaco essa dificuldade de identificação de papéis é bastante recorrente. Como os profissionais relatam que se sentem pouco capacitados para o atendimento, também tem dificuldades para perceber

quais as suas atribuições específicas e quais as atribuições dos demais colegas.

Enquanto membros da equipe de saúde e assistência social, os assistentes sociais possuem um importante papel na abordagem das famílias e dos usuários de álcool e tabaco. A seguinte fala remete a percepção que um assistente social tem de seu papel.

Eu acho que a AS tem que dar todo o suporte, a assistência é social, não vai envolver só o paciente, por isso eu acho interessante quando a gente trabalha a família como um todo
E15

Os demais membros da equipe também percebem a importância deste profissional na abordagem, principalmente no que tange a questões sociais e família. Em certos casos, são procurados para dar suporte na atenção interdisciplinar.

até que a gente tem uma parceria com o CRAS que quando tem um problema assim em relação a dependência, cigarro ou bebida, coisa assim, sempre vai uma das meninas junto, que nem uma psicóloga ou coisa assim... vai junto na visita pra conversar... daí é mais tranquilo... E24
principalmente o serviço social toma a frente nesses casos... e daí depois busca a gente de novo quando consegue uma abertura... E26

Com relação ao trabalho dos fisioterapeutas, estes não percebem que sua atuação possa ser influente no padrão de uso substâncias psicoativas, principalmente álcool. Já o tabaco é visto como um fator de risco para o agravamento de condições respiratórias, por isso é mais abordado por estes profissionais.

Do tabaco é preventivo em função da DBPOC, principalmente disso... poderia muito trabalhar em cima pra evitar aquele DBPOC que precisa respirar e não consegue, aquele paciente muito grave... e do etilista em si... não tem muita coisa... seria interessante abordar o fato de que, alcoolizado pode sofrer acidente, trauma, e que até aqui eu não tinha pensado nisso antes... Normalmente eu não abordo... que nem te falei, eu não tinha pensado nisso, que a fisio podia fazer alguma coisa...
E32

Os nutricionistas percebem seu papel na assistência enquanto relacionado com os problemas alimentares decorrentes principalmente do uso de álcool. A bebida é vista como um substituto ao alimento, podendo trazer conseqüências em termos nutricionais também. Além disso, há a questão da mudança de hábitos, pois tanto um indivíduo que precisa diminuir ou parar de beber quanto o que precisa mudar um hábito alimentar passam por dificuldades semelhantes.

Eu acho q sim, primeiro lugar tem que mudar os hábitos dos pacientes... então o que eu faço com eles é assim mudar os hábitos pra que aquele horário aonde ele iriam beber coloquem a alimentação no lugar... nesse sentido eu acho que a gente consegue orientar eles, mas é isso aí... E6

É que se for consumido em excesso, digamos, pode substituir o alimento, daí no caso, pode dar carência de nutrientes, sei lá, a partir do momento que ele vai diminuindo, retirando o álcool mostrar pra ele o sabor que tem, que ele não tinha antes, que ele não conhecia antes... E27

Os farmacêuticos entrevistados percebem sua atuação mais voltada para as necessidades de medicamentos dos usuários. Identificam um grande consumo de medicações relacionadas a sintomatologias secundárias ao uso de álcool, como problemas digestivos.

O consumo exagerado de omeprazol, um medicamento pra estomago... muito... apesar que aqui a cultura do município é a cultura alemã né... então tem bastante comilança né... mas a bebida é o principal... E25

Entre os odontólogos, há a percepção de que a odontologia está um pouco a parte das demais áreas de atuação da ESF. Sua atuação está mais voltada para questões específicas da boca, sem uma preocupação maior com a integralidade do atendimento.

Na verdade a odontologia não se envolve muito com isso, né... é, falo por mim e pelo que eu conheço dos meus colegas dentistas não falam muito disso... Eu acho que a odontologia tá um pouco distante de tudo assim, é meio isolada da saúde da família, deveria ser um pouco mais integrada assim com as coisas, E5

De maneira geral, os profissionais oferecem orientações generalizadas para os usuários de álcool e tabaco apenas quando percebem algum problema

na boca. São preocupações a respeito de câncer bucal, manchas nos dentes e halitose, principalmente. Além disso, consideram a abordagem do tabagista mais freqüente, pois as alterações odontológicas são mais visíveis.

Sim, tá ligado com várias patologias... álcool e fumo... o fumo também desenvolve não só câncer, também desenvolve problema na gengiva, ou no dente, deixa mais amarelo... O tabaco tu consegue trabalhar mais fácil, por que o tabaco você mostra, por que tá amarelado, ou tá ficando retenção de placa que tá escurecendo, e assim vai... já o álcool ele demora um pouco pra começar a te dar efeitos na boca, E12

sempre tentar orientar melhor pra tentar largar, deixar, diminuir... abordo de uma forma geral pro corpo todo e nos dentes, na gengiva, manchas né, câncer bucal, então eu abordo mais ou menos isso né... E30

mas eu acho que sim, que tem pessoas que escutam e que aceitam assim... eu acho que tá super relacionado, a higiene bucal, com o corpo todo né... é isso que a gente sempre tenta colocar pra eles, no geral... E33

Os profissionais da enfermagem percebem que sua atuação é prejudicada pela falta de tempo e sobrecarga de atividades. Relatam um acúmulo de tarefas, sobrando pouco tempo para abordar o uso de álcool e tabaco de forma rotineira, ficando sua atuação mais focada em problemas.

a equipe de enfermagem sempre recebe esses pacientes, faz a avaliação de sinais vitais, acolhimento na recepção... é muito mais focado em problemas mesmo, do que em prevenção... mas nós não temos ainda dia e agenda pra consulta de enfermagem... então isso ainda é um déficit nosso... mas a gente faz, quando tem oportunidade de atender individualmente, de avaliar direitinho, eu pergunto sim... mas é pouco, bem pouco... é uma luta... E26

Já entre os psicólogos, a percepção é que existe um certo preconceito em relação a profissão, mas que a atenção aos usuários sempre acaba “sobrando” para eles. Quando os demais recursos, tanto comunitários quanto de serviços de saúde se esgotam, os indivíduos e famílias procuram este profissional.

Sinto, muito isso... eu tenho as vezes assim... ainda que agora melhorou, primeiro todo preconceito em relação ao nosso trabalho, que a psicóloga é pra louco então eu não vou... mas a questão do alcoolismo mesmo parece que é bem isso, primeiro vai no padre, depois na benzedeira, depois o médico não deu jeito, aí vai pro psicólogo... é o que eu penso... E29

Assim, percebe-se entre os relatos dos próprios profissionais que há uma incerteza quanto ao que é de competência de cada membro da equipe. Por vezes, os profissionais não conseguem identificar o que é esperado da sua profissão, o que pode afetar a assistência prestada.

4.3.2.5.1.2 Identificando o próprio papel dentro da equipe interdisciplinar

A partir da identificação das próprias atribuições profissionais e dos colegas, torna-se possível uma melhor definição do próprio papel dentro da equipe. Ao tentar perceber os limites de cada profissional, pode-se compreender o que é esperado de cada área e estabelecer ações baseadas nisso. Entretanto, há uma dificuldade no estabelecimento destes limites, o que leva a uma indefinição do que cada um deve fazer, acarretando em uma maior dissociação entre saúde mental e as demais áreas prioritárias da ESF.

Os limites são apontados como importantes para prestar uma assistência de qualidade. Os profissionais procuram identificar o que lhes cabe e procurar auxílio de colegas para sanar suas limitações.

tem que fazer o que corresponde a você e que você sabe né, mas é que não tem como a gente fazer tudo, se você não tem como, as vezes a pessoa precisa de um pouco além do que você pode oferecer... E6

As disciplinas apontadas como mais atuantes nesta área são a Enfermagem e a Psicologia. São recorrentes os relatos de que quem é responsável pelo atendimento dos usuários de álcool e tabaco são estes profissionais.

Daí quem faz, quem tem algum programa relacionado a isso já é o psicólogo.. E12
e eu acho que quem ainda fala mais sobre isso é a enfermagem... tem também a psicologia aqui... E13
eu acho que pelo menos o psicólogo tem que ter... pra conversar com a pessoa, né, tipo todo dependente químico depois vai precisar de acompanhamento psicológico, eu acho que é primordial, E15

Em determinadas situações a identificação de limites pode ser prejudicada pelo sentimento de que não sabe exatamente como atuar nesta área. Ou seja, o profissional não se sente capacitado para oferecer assistência, assim, encaminha o indivíduo para outro colega que se sente mais seguro. Mesmo assim, em determinadas situações são perdidas oportunidades de se fazer uma abordagem mais intensiva do consumo, que poderia resultar em um tratamento mais eficaz.

então a gente percebe que as vezes por essa falta de conhecimento de preparo a gente as vezes perde algumas pessoas que teriam interesse de internar E3

A insegurança na abordagem também é percebida quando os profissionais afirmam que, por vezes, não abordam o uso de álcool ou tabaco pois não sabem como prestar assistência, ou por que não sabem como fazer para encaminhar para um serviço de referência ou quem poderia auxiliar. Assim, os profissionais preferem não abordar o tema por receio de criar uma necessidade que não terão como satisfazer.

eu acho que ali é realmente não cutucar a ferida e depois não saber como dar uma continuidade... não to por dentro de como funciona, então as vezes tu falha ali, por que aí eles tem que passar por mais uma pessoa e aí eles desistem, E3
então as vezes eu acho melhor não falar do que falar de alguma coisa que eu não sei né... E33

Também é identificada a falta de iniciativa por parte dos colegas para realizar ações voltadas ao consumo de álcool e tabaco. Estas ações são compreendidas como intrinsecamente interdisciplinares, dependentes da dedicação de toda a equipe, porém os relatos apontam que a iniciativa de iniciá-las depende de alguém tomar a frente e começar.

parte de alguém tomar a iniciativa, já pensei assim, eu sei que é um grande desafio, gostaria de trazer isso aqui pro município, mas depende da dedicação de toda uma equipe, que as vezes é difícil... mas acho também que de repente falta um trabalho nosso de equipe, de trabalhar esse tema, talvez se a gente fosse fazer isso mais intensamente, as pessoas sentiriam mais a vontade pra vir buscar também o tratamento... Alguém ter a iniciativa... E8

A ausência de um trabalho realmente interdisciplinar nesta área também prejudica a abordagem dos usuários e a identificação dos papéis. Como a abordagem é baseada em problemas identificados, não de forma preventiva, não se percebe uma atuação mais planejada.

A identificação do próprio papel dentro da equipe interdisciplinar é dependente de diversos fatores, como segurança para oferecer orientações e preparo acadêmico. Por sentirem a falta destes fatores, por vezes os profissionais não conseguem perceber como atuar, o que pode prejudicar a assistência aos usuários.

4.3.2.5.1.3 Utilizando estratégias de trabalho

Dentre as estratégias de trabalho encontradas para abordar o uso de álcool e tabaco nas comunidades, muitas delas envolvem a participação de diversos membros das equipes, e também exigem a organização de estratégias específicas de orientação e trabalho. Mesmo reconhecendo a falta de preparo para trabalhar nesta área, os profissionais criam estratégias para tentar facilitar a abordagem junto às famílias, buscando resultados mais satisfatórios na assistência.

Ao perceber a necessidade de apoio de outros membros da equipe para abordar o consumo de álcool e tabaco, muitas vezes os profissionais se deparam com dificuldades relacionadas a falta de integração do grupo. Em muitos casos não há planejamento das ações, cada profissional realiza o que considera ser a sua parte na assistência, sem discussão de caso entre todos.

E aqui não existe um trabalho muito em equipe, a gente não tem reuniões, não planeja junto, cada um por si... mas o que eu acho que seria necessário um trabalho em equipe, acho que não caberia só a mim, mas um trabalho interdisciplinar, multiprofissional... até intersetorial, saúde, assistência social... não tem como fazer individual... eu acho assim que não se consegue dar conta sem equipe até por que são outros conhecimentos né... E8

Ao realizar as ações, mesmo que de maneira isolada e sem integração, os profissionais acabam buscando diferentes estratégias para realizar as

orientações para os usuários e famílias. Estas estratégias são utilizadas para abordar o assunto de um modo que não quebre o vínculo com o usuário, pois este tema é considerado um “tabu”, tanto por profissionais quanto pelos usuários.

Dentre as estratégias utilizadas estão a identificação dos usuários pelas agentes comunitárias de saúde, bem como seu encaminhamento para a equipe nas unidades, aproveitar aberturas dadas pelos usuários, realizar campanhas educativas nas escolas e discutir os casos localizados com os demais membros da equipe.

primeiro eu encaminho pro posto, por que se ele tava pedindo ajuda a gente tem que ajudar... encaminhar pro doutor, se é preciso encaminhar pra psicóloga também.... aí eles vem o que dá pra fazer... E23

então a gente orienta, busca uma informação com psicólogo, assistente social, a gente vai levando o conhecimento né... do fumo, nós já fizemos campanha do tabagismo, na escola, comércio, reunimos as pessoas, tipo tudo orientando as pessoas, por que tem bastante na cidade...E31

Assim, percebe-se que mesmo tendo dificuldades teórico-práticas relacionadas a assistência ao usuário de álcool e tabaco, os profissionais acabam buscando estratégias de ação, tanto individuais quanto com a colaboração de outros membros da equipe. Esta colaboração é percebida como muito importante na abordagem destas situações, porém reconhecida como ainda insuficiente para a resolução dos problemas da comunidade.

4.3.2.5.2 Percebendo sentimentos relacionados ao uso de álcool e tabaco

A atuação profissional voltada ao tema do uso de álcool e tabaco sofre influências diversas, advindas da relação que o profissional estabelece com a substância, além de experiências anteriores, tanto pessoas quanto profissionais, que interferem na forma como o profissional se posiciona frente ao usuário. Os sentimentos relacionados a este usuário também refletem na forma como o profissional encara a assistência.

Os sentimentos relacionados ao indivíduo e à necessidade de assistência expressa por ele, são variados e estão profundamente relacionados às experiências prévias. Vão desde sentimentos compassivos até sentimentos negativos, de descrédito quanto à efetividade da assistência prestada.

A identificação das influências nos significados do próprio uso de álcool e tabaco, da interferência também exercida pelo contexto em que atua e vive, das barreiras percebidas para a assistência e dos sentimentos e estratégias utilizados para abordar o usuário, influenciam na postura assumida pelo profissional para lidar com estas questões.

4.3.2.5.2.1 Percebendo sentimentos relacionados ao usuário de álcool e tabaco

Os sentimentos relacionados ao usuário de álcool e tabaco interferem diretamente na assistência prestada. São sentimentos em geral negativos, como medo, indiferença e impotência, que afetam a capacidade do profissional considerar o indivíduo como um todo, capaz encontrar soluções para os problemas relacionados ao consumo das substâncias.

Os relatos apontam que a falta de conhecimento teórico e prático pode gerar ansiedade no momento de realizar a abordagem. Assim, quando precisam abordar um usuário, por que é parte do trabalho que eles devem fazer, eles podem solicitar ajuda de colegas ou familiares dos usuários.

eu acho que eu não tenho preparo assim, sozinha pra conversar com alcoolista, por que é bem complicado, eu sempre peço ajuda pro psicólogo, aí a gente faz visita em equipe, tenta conversar... E15

A gente aborda por que é o trabalho da gente... só que eu acho bem complicado de entrar nas famílias assim... Eu acho, que eu me sentiria um pouco apreensiva, não sei te dizer bem como... E24

Além da falta de preparo técnico, os profissionais podem ter vivenciado situações familiares difíceis relacionadas ao tema, o que os faz sempre retomar esta experiência prévia como referência para o estabelecimento de novas relações com os usuários.

é bem complicado assim... não sei como proceder, eu não sei como trabalhar com isso... não sei... eu digo assim, eu não sei, não sei, já digo que não sei fazer... eu acho que a gente tem que jogar limpo, não é por que a gente é profissional que a gente não vai ter sentimento, não vai ter história... E34

Há também a questão da reciprocidade, ou seja, se o usuário está disposto a conversar sobre o assunto, busca apoio profissional, a conversa acontece de forma mais natural e sem tanta ansiedade.

Eu me sinto a vontade até, mas também tem uma coisa que é a troca, se eu perguntar e ver que a pessoa já tá mais a vontade, ela acaba contando, beleza... agora se eu pergunto e eu vejo que a pessoa meio desvia do assunto, tu vê que a pessoa não quer conversar sobre isso, um certo incomodo pra ela, né, então... E13

De maneira geral, os sentimentos são negativos, há um certo receio de abordar esta temática devido a incerteza da reação do indivíduo. Por vezes a abordagem é feita apenas por ser parte do trabalho e por que é realmente necessária.

parece que a gente não tem como chegar certo na pessoa pra falar... mas a gente fala, vai fazer o que... tem que fazer, tem que fazer né... E22

a gente já fica assim meio ressabiado de fazer esses levantamentos, E19

Eu me sinto frustrado, por que eu vejo que eles nem querem ouvir sabe... E25

Alguns profissionais relatam que se sentem a vontade para abordar o assunto, sem temer as possíveis reações dos usuários. Entretanto, também relatam que o atendimento os afeta, que é um tema complicado pois situações de grande sofrimento do usuário e da família.

não tenho nenhum pré julgamento assim... bem tranquilo, entendo como um doente que precisa de apoio da equipe pra ser recuperar... afeta o nosso estado, a gente sente aquele peso nas costas, mas daí a equipe desabafa um com o outro e a coisa vai... E26

Essa dificuldade sentida em falar sobre o uso do álcool e tabaco deve-se em parte ao fato de que o consumo é considerado um aspecto da vida privada de cada um. Tocar neste assunto pode ser uma intromissão em algo muito particular, muito íntimo do indivíduo, por vezes é a maneira que ele encontrou para lidar com seus problemas.

Eles falam que tu quer mandar demais na vida, mandar demais nas coisas íntimas assim, da pessoa, sabe... E11

As pessoas não aceitam muito, eles acham assim, que cada

um cuida da sua vida, que isso é parte da vida deles, que a gente não tem nada a ver com isso... é difícil aceitação da gente ir lá falar, é difícil... E16

Em determinadas situações, os profissionais relatam que sentem certa indiferença quando se deparam com situações relacionadas ao uso ou intoxicação por álcool e situações públicas. Não se sentem a vontade ou responsáveis por realizar alguma ação nestas questões.

quando tu ta numa festa, que alguém ta caindo, tu te esquiva, ninguém vai ajudar, só se for da família ou muito próximo... E3

O medo é também um sentimento recorrentemente associado ao usuário de álcool e tabaco. Medo de uma possível reação mais agressiva, da quebra do vínculo e de consequências para o próprio trabalho

a gente sente mais medo né... eu acho assim... por que eles não admitem, né... tem pessoas que não, mas tem uns que ficam agressivos se a gente fala disso... por que depois pode prejudicar o nosso serviço né... nós podemos orientar, ir lá e tudo, mas vai que um dia ele ta alcoolizado, daí quem vai sofrer as consequências somos nós né... tem coisas que a gente não deve dizer pra não correr risco... E31

Assim, percebe-se que os profissionais possuem sentimentos negativos relacionados aos usuários, o que acaba afetando a expectativa de resultados da assistência prestada. A palavra “complicado” surge frequentemente nos relatos, sendo associada às dificuldades para a condução dos casos e resultados esperados.

4.3.2.5.2.2 Percebendo sentimentos relacionados à assistência ao usuário de álcool e tabaco

Os sentimentos relatados com relação ao usuário de álcool e tabaco influenciam diretamente os associados à assistência nesta área. Como os profissionais percebem os usuários de maneira negativa, a assistência acaba também tendo esta conotação.

Assim, os sentimentos relacionados à assistência são de compaixão e dó, de preocupação e frustração.

eu tenho dó, e acho que a partir dali eu comecei a ver com mais compaixão E3
preocupada por que a gente sabe o que possa acontecer com essa pessoa, e assim, sei lá, cria um pouco de expectativa pra você, será que vai dar certo ou será que não vai, E10
a gente parece que tá num mato sem cachorro... parece que falta informação mesmo, as que tem as vezes são desencontradas... E18

Estes sentimentos acabam também influenciando as expectativas que os profissionais tem com relação ao tratamento prestado. Muitas vezes os usuários buscam soluções rápidas, e quando percebem que não irão encontrá-las desistem da assistência. Isto causa frustração nos profissionais, que se sentem também impotentes para realizar uma atuação mais efetiva.

por que eles tinham aquela expectativa de que iam vir aqui e encontrar a pílula mágica... eu só acho que é um trabalho mais frustrante... eu me sinto mais frustrada muitas vezes por que o resultado que eu espero, a expectativa que eu coloco nem sempre a gente alcança assim, como deveria... E29
então você fica preocupado e frustrado pro que sabe que não vai aderir ao tratamento... E25
mas depende, as vezes tem aquele paciente que a gente cansa né... tem paciente chato, que você tá investindo, investindo, junto com toda a equipe e ele não dá retorno nenhum... E26

Assim, em um processo dinâmico e contínuo, os sentimentos relacionados ao usuário e à assistência interagem, sendo reformulados a medida em que novas interações com novos usuários acontecem. Neste processo, a assistência ao usuário acontece a partir de estratégias utilizadas e da forma como o profissional se define enquanto cuida dor. É influenciada pelo contexto em que o profissional atua e pelas pessoas com quem convive, pelo seu passado e relações prévias, pelas barreiras que encontra para realizar a assistência.

4.3.2.6 Fenômeno central e Modelo Paradigmático Final

A partir da análise constante dos dados obtidos neste estudo, foi construído um modelo teórico centrado no fenômeno “Respondendo à expectativa social de que o profissional de saúde deve ser um modelo de comportamento”, que representa como os significados atribuídos ao uso de álcool e tabaco pelos profissionais de saúde interfere na assistência prestada.

O significado atribuído ao próprio uso de álcool e/ou tabaco pelos profissionais de saúde é de que eles devem responder à uma expectativa social de serem modelos de comportamento. Este significado interfere na assistência prestada pois os profissionais tentam se adequar às expectativas sociais e poder “exigir” um comportamento “adequado” dos clientes das unidades de saúde. Ao assumir a postura de modelo de comportamento, o profissional atende às expectativas e assim pode fazer as orientações e “exigir” um comportamento “adequado” dos clientes das unidades de saúde.

Interfere também por que ao se adaptar às expectativas sociais da comunidade em que atuam, os profissionais de saúde podem “exigir” que os clientes também assumam o mesmo padrão de conduta, ou seja, também respondam às expectativas que os profissionais de saúde tem – que eles evitem o consumo de álcool e tabaco.

por que, como eu sou médico eu tenho que dar o exemplo... com que moral eu vou tentar argumentar alguma coisa se eu to na mesma vala na opinião das pessoas, né... E4
Eles tem aquela mentalidade de que médico não pode beber, isso é uma coisa assim totalmente pessoal... E14
Eu acho assim, a gente também trabalha no setor da saúde, eles cuidam muito isso, eles dizem que se a gente ta bebendo, como que a gente vai na casa deles depois dizer que eles não podem beber... E22

O exemplo, neste contexto, pode ser compreendido como uma questão de afirmação profissional, na medida em que o indivíduo tenta afirmar uma posição hierárquica na relação com o usuário dos serviços de saúde. O profissional se coloca como um modelo moral a ser seguido e deve esconder seus comportamentos “desviantes”.

A escolha da profissão pode influenciar o uso de substâncias psicoativas. Ao optar por uma carreira na área da saúde, o indivíduo pode se sentir “empoderado”, com a missão de promover a saúde e, assim, assumir uma postura de modelo de comportamento esperado pela sociedade. Neste contexto, o profissional pode tanto deixar de usar álcool e tabaco, quanto esconder que utiliza, por acreditar que esta é a melhor conduta a ser tomada, a mais aceita. Além disso, acreditam que se os seus clientes descobrirem o seu uso, podem deixar de confiar e seguir suas condutas.

Considerando-se que os profissionais referem que não se sentem capacitados para abordar o assunto com os usuários de álcool e tabaco, pode-se considerar que a única abordagem possível é a do senso comum/religiosa/moral, ou seja, que devem ser modelos de comportamento.

Talvez esta seja a melhor maneira que estes profissionais encontram para assistir a estas pessoas, por acreditar que uma aproximação baseada na aceitação do seu próprio consumo não é possível, nem apropriada para o tratamento e alcance da abstinência. Esta aceitação envolve o fato de que, além de ser profissional de saúde, também é uma pessoa inserida na sociedade da mesma maneira que os usuários dos serviços, exposto a conceitos morais e culturais semelhantes.

Com base nisso, o profissional se define enquanto prestador de assistência aos usuários de substâncias psicoativas, tendo sentimentos e expectativas envolvidas.

Trata-se de uma situação complexa, em que o profissional precisa interagir consigo mesmo, suas influências pessoais e também com as necessidades dos usuários dos serviços. Como colocando anteriormente, eles não se sentem apenas profissionais de saúde, mas também seres humanos inseridos na mesma sociedade, sofrendo influências bastante parecidas com a dos indivíduos a quem atendem.

Figura 12 – Modelo Paradigmático: Respondendo à expectativa social de que o profissional de saúde deve ser um modelo de comportamento.

5. Discussão

O presente estudo permitiu analisar o padrão de uso de álcool e tabaco dos profissionais de saúde e analisar o significado atribuído pelos profissionais de saúde a este uso e à assistência prestada nesta temática na APS. A forma como este uso interfere no cuidado prestado foi abordada a partir de um levantamento das características quantitativas do padrão de consumo, que embasou a busca dos significados atribuídos ao uso das substâncias e a assistência prestada pelos profissionais.

Primeiramente, cabe apontar as características relacionadas às condições de saúde geral destes profissionais. Foi avaliada a presença de Transtornos Mentais Comuns (TMC) na amostra estudada e diagnóstico médico prévio de transtornos mentais e de comportamento.

Identificou-se que cerca de 18% dos profissionais de saúde apresentam TMC, enquanto que apenas 3,1% relataram já terem recebido diagnóstico médico de transtorno mental e do comportamento.

Esta relação aponta para uma característica comum entre os profissionais de saúde, a de ter dificuldade em identificar os próprios problemas de saúde e não procurar recursos médicos para tratá-los. Entre os motivos identificados para esta situação estão questões relacionadas a confidencialidade e à necessidade de parecer saudável para colegas, supervisores e pacientes¹²⁷.

Já com relação ao uso de substâncias psicoativas, observou-se que o padrão de uso problemático de álcool e tabaco entre os profissionais de saúde atuantes da Atenção Primária em Saúde difere do padrão observado para a população como um todo. A prevalência de uso problemático de álcool neste estudo foi de 6,2%, enquanto que a estimada para a população geral é de 18%¹²⁸. Com relação ao uso de tabaco, a prevalência encontrada foi de 8,9%, enquanto que o esperado para a população como um todo é de cerca de 14%¹²⁶.

Estes resultados refletem achados de outros estudos internacionais, que também apontam que o consumo de álcool e tabaco por profissionais de saúde

é menor que da população em geral³². Além disso, o uso de substâncias psicoativas também tem sido considerado um mecanismo de enfrentamento (coping), utilizado pelos profissionais de saúde para lidar com situações estressantes^{31, 129}.

Os profissionais de saúde são incumbidos de realizar orientações e cuidados referentes a manutenção da saúde das populações. Assim, muitos deles passam a adotar hábitos de vida considerados saudáveis por terem um maior conhecimento sobre o assunto. Além disso, também o fazem como uma forma de aumentar a confiabilidade das pessoas nas orientações oferecidas.

Entretanto, a que se considerar um possível viés de amostragem, relacionado ao local de trabalho. Pode-se inferir que os trabalhadores com problemas relacionados ao uso de álcool e tabaco preferam buscar oportunidade de emprego em cidades maiores, para assim evitar o estigma relacionado às substâncias.

No detalhamento dos dados relacionados a sexo e profissão, deve-se observar que pode ter havido um viés de amostragem, considerando-se que a grande maioria dos profissionais de saúde da APS entrevistados foram mulheres e agentes comunitárias de saúde. Este dado condiz com a atual realidade dos serviços públicos de saúde nacionais, onde a maior parte é composta por pessoas do sexo feminino e agentes comunitários de saúde¹³⁰.

Assim, as principais características sócio-demográficas dos profissionais que fazem uso problemático de álcool são: mulheres, pessoas que não declararam a cor da pele branca, com idade inferior a 30 anos, agentes comunitárias de saúde, que possuem mais de um emprego e que usam tabaco.

O maior consumo de álcool entre pessoas de pele não branca é recorrente na literatura sobre o assunto^{62, 128}. Este padrão se repete entre os profissionais de saúde, mostrando que o fato de ter maiores conhecimentos sobre o assunto não é suficiente para modificar as questões culturais envolvidas no uso de álcool.

Neste sentido, o maior consumo entre os jovens também segue a tendência da população em geral¹²⁶. Um estudo realizado com profissionais de saúde norte-americanos mostrou a mesma tendência, apontando uma redução

no consumo de risco com a idade¹³¹. Assim como na população geral, os profissionais de saúde mais jovens também estão mais sujeitos a consumirem o álcool de maneira abusiva, reduzindo o consumo com o passar do tempo.

Outro fator que pode estar relacionado ao alto consumo de álcool entre adultos jovens é a fase de transição que estão vivendo. Esta fase é caracterizada por muitas mudanças, como entrada no mercado de trabalho e início da vida adulta, deixando-os mais vulneráveis para o início e manutenção do uso de álcool¹³².

Os profissionais que trabalham em mais de um local também apresentaram um consumo de álcool maior. Estudos mostram que o aumento do estresse relacionado ao trabalho pode levar a problemas de saúde mental, inclusive o consumo de substâncias psicoativas¹²⁹. Como já colocado anteriormente, o uso de álcool pode ser considerado um mecanismo de enfrentamento deste estresse, uma forma de o profissional lidar com situações difíceis no dia-a-dia.

A relação entre o consumo concomitante de álcool e cigarros é consistente com a pesquisas anteriores e com a literatura internacional^{8, 133}. O uso de tabaco também tem se mostrado um importante preditor de alto consumo de álcool em ambientes ambulatoriais¹³⁴. Entre os possíveis fatores causadores esta associação, pode-se citar questões farmacológicas, psicológicas e sócio-culturais.

Considerando-se os fatores farmacológicos, o etanol e a nicotina apresentam efeitos que são parcialmente opostos e as pessoas costumam usá-los para reforçar os efeitos um do outro¹³³. Já quanto aos fisiológicos, repetidos usos de nicotina podem estimular o uso de álcool e a nicotina reduz os efeitos indesejados do uso de álcool¹³⁵⁻¹³⁶.

Quanto aos fatores psicológicos, traços de personalidade, como impulsividade e busca de sensação de saciedade, estão relacionados ao uso de tabaco e álcool, assim como eventos estressantes na vida e estresse crônico estão associados com o desenvolvimento da dependência de ambas as substâncias¹³⁷.

Os fatores sócio-culturais podem ser explicados por diferentes motivos. Na medida em que o uso de tabaco e o uso de álcool são culturalmente classificados em categorias semelhantes, por vezes como comportamentos transgressivos, há uma influência social que tende a permitir ou vincular a sua utilização. O uso de tabaco também está associado com os locais em que se consome álcool, como bares, restaurantes e boates, reforçando seu uso associado⁸.

Já com relação ao uso de tabaco, a maior parte dos usuários é do sexo feminino, enfermeiros e que apresentam uso problemático de álcool. Cerca de 77% dos participantes relataram já terem experimentado o tabaco e 61,1% gostaram da experiência.

Diferentemente do encontrado neste estudo, a frequência de fumantes na população geral brasileira e na literatura internacional é maior entre os homens¹²⁶, inclusive entre profissionais de saúde³¹. Tal fato pode ser explicado pela maior presença de mulheres nesta amostra, devido à composição das equipes de saúde da família.

O maior uso de tabaco por enfermeiros é congruente com outros estudos internacionais. Em estudo realizado comparando o uso de tabaco por enfermeiros e farmacêuticos norte americanos, o tabagismo foi aproximadamente duas vezes maior entre os enfermeiros¹³⁸. Outro estudo do mesmo autor, apontou que os enfermeiros usam mais tabaco que farmacêuticos, médicos e cirurgiões dentistas¹³⁹.

A análise da comparação destes dados leva a questionamentos sobre a natureza do trabalho da enfermagem nos sistemas de saúde, tanto nacionais quanto internacionais. Não foram encontrados estudos nacionais que permitam tal comparação, mas pode-se levantar questionamentos para pesquisas vindouras, por exemplo, explorando os diferentes níveis de estresse vivenciados por enfermeiros e pelos demais profissionais.

O uso problemático de álcool está fortemente ligado ao consumo de tabaco, tanto na população em geral quanto entre os profissionais de saúde, conforme apresentado em profundidade anteriormente.

A partir da análise dos dados quantitativos, observa-se que a prevalência de uso de álcool e tabaco entre os profissionais de saúde é menor

que na população em geral. Entretanto, entre os que consomem, as características são semelhantes às da população de uma forma generalizada.

Até o momento, discutiu-se a prevalência do uso problemático de álcool e tabagismo entre os profissionais de saúde na Atenção Primária em Saúde e fatores associados, além de terem sido feitas comparações deste uso com o da população em geral. No entanto, percebe-se que a relação entre este consumo e a assistência prestada aos usuários das unidades de saúde ainda não está bem estabelecida na literatura nacional e internacional.

Neste estudo de métodos mistos, utilizou-se os dados quantitativos para identificar o padrão de consumo das substâncias e identificar municípios com profissionais com diferentes padrões de uso. Assim, pode-se aprofundar o entendimento de como os significados atribuídos ao próprio uso de álcool e tabaco interferem na assistência prestada.

Na etapa qualitativa, foi usada a Teoria Fundamentada nos Dados para coleta e análise dos dados, que serão discutidos a partir das premissas do Interacionismo Simbólico^(99, 140, 141).

O significado do uso de substâncias psicoativas pelos profissionais de saúde é construído socialmente, na interação do mesmo com a sua família, seus amigos, colegas de trabalho e comunidade em que vive e/ou trabalha. Esta construção apresenta algumas peculiaridades no que tange ao uso ou não de álcool e/ou tabaco.

Os fatores que levam os indivíduos ao consumo de substâncias psicoativas são variados, assim como o são os fatores que os levam a não consumir. Como colocado anteriormente, a prevalência de consumo é menor entre os profissionais de saúde do que entre a população como um todo, o que pode ser explicado pelo fato de que estas pessoas possuem um maior conhecimento técnico sobre o assunto, compreendendo as consequências do uso na própria saúde³².

Assim, observam-se algumas diferenças nos significados atribuídos ao uso de álcool e tabaco por profissionais que fazem uso e pelos que não fazem. Os profissionais que usam as substâncias relatam que o fazem para relaxar e descontraír, porém acreditam que a população da comunidade em que atuam não deve saber desse uso. Já os que não usam relatam que percebem as

substâncias como prejudiciais e nocivas a sua saúde e acreditam que seu comportamento pode ser modelo para a comunidade. Neste momento, pode-se acrescentar o fenômeno central deste estudo a figura 6, pois a partir dos significados atribuídos é que se estabelece a conduta profissional (Figura 13).

Figura 13 – Construção dos significados atribuídos ao uso de álcool e tabaco e modelo paradigmático.

Apesar de os significados para os dois grupos serem diferentes, os mesmos apontam para a questão do "modelo de comportamento". Mesmo entre os profissionais que usam as substâncias, percebe-se a necessidade de esconder e negar o consumo, para manter a aparência de uma pessoa saudável e poder oferecer as orientações sem se contradizer³¹.

Estes significados fazem parte da construção da identidade profissional relacionada à assistência ao usuário de álcool e tabaco. Sofre influências da própria família e comunidade em que está inserido, além do contexto em que atua profissionalmente. Também está relacionado à formação acadêmica obtida, seja durante a graduação ou mesmo em capacitações realizadas nos

locais de trabalho. A realização de capacitações específicas influencia na segurança sentida para abordar o tema com os usuários e seus familiares.

Com base nisso, os profissionais escolhem estratégias de atuação condizentes com seu preparo e segurança, e assim, definem o tipo de assistência que podem prestar.

O contexto de atuação profissional é marcado por diversas condições relacionadas ao consumo de substâncias psicoativas. De uma maneira geral, pode-se dizer que os profissionais de saúde percebem um maior consumo problemático de álcool entre os homens mais jovens, enquanto que situações de dependência química são observadas entre pessoas com maior idade.

Com relação ao uso de tabaco, os principais usuários identificados são também os homens, entretanto, com idade mais avançada. É percebida uma redução da iniciação do consumo entre os mais jovens, atribuída às campanhas locais e nacionais anti-tabagismo.

Pode-se inferir a partir dos relatos dos profissionais de saúde, que a sua percepção está de acordo com os dados nacionais de uso de tabaco e álcool¹²⁶. O fato de que apesar de não haverem estudos epidemiológicos específicos para estas localidades não impossibilita a identificação dos grupos com os quais devem ser realizadas as ações preventivas nesta área.

Outra questão bastante freqüente nos relatos, é a causalidade do uso de álcool nas comunidades. São apontadas questões referentes a falta de opções de lazer, colonização germânica na região e produção de bebidas alcoólicas nas residências.

O uso de locais que favorecem o consumo de álcool como principal opção de lazer também esteve associado a maiores prevalências de uso da substância em estudo realizado com adultos brasileiros¹⁴². Tal fato está em consonância com a modulação dos padrões de consumo pelos costumes e valores sociais da comunidade em questão, em que os pontos de encontro e de socialização são os bares.

A colonização predominantemente germânica também é apontada como um forte fator influenciador do consumo de álcool, principalmente cerveja. Os primeiros imigrantes da região também costumavam produzir a bebida

alcoólica nas residências, propiciando uma maior familiaridade com os seus efeitos desde muito cedo. Este tipo de colonização é predominante em todo o sul do Brasil, influenciando a forma como as pessoas nesta região se relacionam com as bebidas alcoólicas¹⁴³.

Neste sentido, o fato de algumas famílias preservarem a tradição da fabricação da própria cerveja ou aguardente, também parece influenciar na forma como a comunidade consome a bebida. Apesar de serem poucas que ainda mantêm a tradição, o fato demonstra a importância da bebida no hábito alimentar local, incrementando o seu papel nas relações sociais.

O uso de tabaco na região também é influenciado por questões contextuais, como a legislação anti-tabaco, questões culturais e a forma como a comunidade percebe o uso da substância.

A legislação anti-tabaco é apontada como uma das causas da redução no consumo entre os jovens e adultos. Esta legislação limita os locais para o consumo, bem como modifica a carga tributária, tornando o produto mais caro. Além disso, juntamente com esta legislação vem a possibilidade de tratamento pelo sistema público de saúde, o que também contribui para a redução da prevalência de tabagismo.

A percepção dos profissionais de saúde está em consonância com dados nacionais referentes ao tema¹⁴⁴. Observa-se uma consistente redução no consumo do tabaco no Brasil nos últimos 20 anos, resultante das campanhas educativas e maior oferta de tratamento na rede pública, o que coloca o país em posição favorável em relação a países europeus e asiáticos¹⁴⁵.

Considerando-se as condições contextuais em que se desenvolve o uso de álcool e tabaco pelos profissionais de saúde, pode-se inferir que a interação com a família, com colegas de trabalho, professores e com os próprios usuários dos serviços de saúde definem e redefinem constantemente as perspectivas e símbolos relacionados ao consumo das substâncias pelos profissionais de saúde.

É através da interação simbólica com outras pessoas e comunidades que os profissionais de saúde constroem o significado do seu uso de álcool e

tabaco e desenvolvem conceitos que guiam as ações. A cada nova interação com outros usuários, os significados relacionados ao uso de substâncias se alteram, podendo ser reforçados pela afirmação de que o uso é realmente nocivo e que as pessoas esperam que o profissional não use, esperam um comportamento exemplar.

Dentre as condições envolvidas na causalidade do fenômeno “Respondendo à expectativa social de que o profissional de saúde deve ser um modelo de comportamento”, podem-se considerar os sentimentos associados aos próprio uso de álcool ou tabaco e também os limites profissionais percebidos na assistência ao usuário de álcool e tabaco. Também percebe-se uma constante preocupação em manter o relacionamento com a comunidade, tentando não abordar temas “tabus” para não quebrar o vínculo estabelecido.

Fatores de ordem familiar e da vida pessoal também podem interferir na forma como o profissional de saúde se relaciona com os usuários dos serviços de saúde. As primeiras interações que começam a formar os significados do uso das substâncias psicoativas costumam acontecer nos ambientes familiares e com amigos. Ao se tornar profissional de saúde, o indivíduo também modifica sua identidade, assumindo uma postura diferenciada com relação ao uso de substâncias.

Ao se deparar com o atendimento ao usuário de álcool e tabaco, o profissional de saúde apresenta sentimentos relacionados a suas experiências e interações anteriores. Os relatos apontam para sentimentos que envolvem conflitos anteriores na própria família, que envolvem o uso de substância, contribuindo para que o profissional não se sinta preparado para atuar nestas situações e possa desenvolver uma relação empática com os usuários.

Resultados semelhantes foram encontrados em um estudo realizado com enfermeiros brasileiros, em que sentimentos como medo e insatisfação foram relacionados com a assistência ao usuário de álcool¹⁴⁶. Outro estudo realizado na Inglaterra, apontou que os enfermeiros consideram este tópico como o mais difícil para abordar na sua prática assistencial¹⁴⁷.

Estes sentimentos deveriam ser considerados quando da alocação dos profissionais para determinadas tarefas dentro da equipe. Se o indivíduo tem

sentimentos negativos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, estes deveriam ser abordados antes de o profissional ser designado a prestar assistência nesta área.

O receio da quebra do vínculo com o usuário também é uma questão importante que influencia o modo como o profissional aborda o assunto. Pode ser considerado uma condição que influencia diretamente na forma como o profissional se posiciona para oferecer a assistência, pois dependendo da forma como tocar neste tema o vínculo pode ser quebrado²³.

Em um estudo realizado com médicos britânicos, encontrou-se que estes profissionais não incluem o questionamento sobre o uso de álcool na rotina de trabalho, por considerarem o uso de álcool como um tema da esfera privada, que não deve ser abordado³⁹. Em outro estudo realizado com enfermeiros do mesmo país, foi relatado que o receio de reações negativas dos pacientes impede uma abordagem ampliada do assunto na APS¹⁴⁷.

A formação da identidade profissional e identificação dos seus limites, também está relacionada à forma como o profissional se coloca para atender os usuários de álcool e tabaco. O processo de formação da identidade se dá pela reflexão ativa, buscando conectar mudanças pessoais e sociais que sirvam de subsídio para a construção e exploração do self¹⁴⁸.

No Interacionismo Simbólico, a formação da identidade profissional é fruto da interação social, que é modificada na medida em que acontece – não possui regras fixas. Assim, a formação da identidade se dá no contato com os outros, não apenas sobre processo individuais, pois a partir do momento em que o indivíduo participa de diferentes esferas, ele passa a adotar papéis que representam essas instituições¹⁴⁹.

A Identidade também pode ser considerada a forma como chamamos o *self*. Localização social percebida do indivíduo, onde uma pessoa está situada em relação aos outros, como ela é “anunciada” para os outros. Como os outros (grupos de referência) me rotulam, assim eu acabo me rotulando⁹⁹. Estas identidades se tornam centrais para as pessoas através do tempo, quando a interação social as reconfirma¹⁵⁰.

Ao considerar-se o indivíduo que passa a ser socialmente identificado como profissional de saúde, pode-se pensar no surgimento de uma nova identidade. Ao assumir este papel, exige-se também uma nova postura, socialmente condizente com o ser profissional de saúde.

A identidade do indivíduo enquanto profissional de saúde é construída através da interação social com os grupos de referência, como usuários dos serviços de saúde, colegas de trabalho e família. Envolve as expectativas que estes grupos tem com relação ao comportamento e atribuições de um profissional de saúde e é reconfirmada ao longo do tempo, conforme as interações ocorrem.

No caso dos profissionais de saúde, a partir do momento em que passam a conviver com diferentes grupos de referência, quais sejam usuários dos serviços, colegas de trabalho ou família e amigos, o self passa a ser definido através da interação com estas pessoas. Ou seja, o profissional de saúde passa a responder a partir das expectativas destes grupos e passa a definir seu self a partir desta perspectiva, normalmente mostrando um diferente lado do self para cada grupo.

Ao tornar-se profissional de saúde, o indivíduo passa a se definir através das expectativas que os colegas de trabalho e usuários tem. Ao identificar-se como profissional de saúde, o indivíduo passa a olhar-se de maneira diferente, procurando atender as expectativas que os outros sujeitos tem, como portar-se de maneira adequada para ser exemplo de comportamento para os usuários.

A falta de capacitação na área relatada pela maioria dos profissionais também contribui para o desenvolvimento do fenômeno central deste estudo. Ao não se sentir seguro por não possuir conhecimentos técnicos e científicos no campo, os profissionais utilizam o senso comum para estabelecer a assistência. Neste sentido, é reforçada a necessidade de se colocar como um exemplo a ser seguido pela comunidade.

Tal situação também foi relatada em estudos feitos tanto a nível nacional quanto internacional¹⁵¹⁻¹⁵². Um estudo realizado com médicos norte-americanos indicou que eles se sentiam mais seguros para abordar o tema e adotar uma postura mais compreensiva após treinamento¹⁵³. Outro estudo feito com

enfermeiros britânicos apontou que para melhorar a assistência e garantir a continuidade do tratamento, elas deveriam ser melhor treinadas e acompanhadas no seu cotidiano de trabalho¹⁴⁷.

Na enfermagem brasileira, tal situação não é diferente. Em estudo realizado com 319 enfermeiras, estudantes e professores de enfermagem, 70% relataram terem recebido pouco ou nenhum treinamento para a abordagem do uso de álcool 95% relataram nunca terem recebido informações sobre a assistência de enfermagem nestas situações¹⁵⁴.

Considerando-se que os profissionais referem que não se sentem capacitados para abordar o assunto com os usuários de álcool e tabaco, e que este dado é consistente com a literatura, pode-se considerar que a única abordagem possível é a do senso comum, ou seja, de que devem ser modelos de comportamento.

Talvez esta seja a melhor maneira que estes profissionais encontram para assistir a estas pessoas, por acreditar que uma aproximação baseada na aceitação do seu próprio consumo não é possível, nem apropriada para o tratamento e alcance da abstinência. Esta aceitação envolve o fato de que, além de ser profissional de saúde, também é uma pessoa inserida na sociedade da mesma maneira que os usuários dos serviços, exposto a conceitos morais e culturais semelhantes.

Mesmo com todas as evidências de que os profissionais não possuem os conhecimentos necessários para a atuação com usuários de álcool e tabaco, a situação prática parece não se alterar. Torna-se imprescindível a inclusão e priorização de temas relacionados à Saúde Mental e Dependência Química nos cursos de graduação e pós-graduação Lattu Sensu brasileiros.

O contexto em que se desenvolve a atuação profissional e pessoal, as influências familiares, de amigos e da comunidade, bem como a formação obtida pelo profissional de saúde permitem o estabelecimento de significados associados ao uso de álcool e tabaco e a assistência prestada nesta área. Estes significados, levam o profissional a adotar um modelo de comportamento que julgam ser esperado socialmente, e assim, estabelecer estratégias de assistência compatíveis.

Estas estratégias envolvem ações diferenciadas a usuários de álcool ou tabaco, devido às diferentes percepções culturais envolvidas com as substâncias, bem como a diferenças no mecanismo de ação. Também abarcam questões relacionadas à assistência prestada tanto às famílias quanto aos usuários, que por vezes requerem ações diferenciadas.

Álcool e tabaco são as duas substâncias psicoativas mais consumidas no mundo, na maioria dos países são legalizadas e socialmente aceitas. Mas apesar das similaridades, possuem diferentes propriedades farmacológicas, e provocam diferentes reações no organismo, que levam a diferentes percepções culturais e sociais. O álcool provoca maiores alterações de comportamento, apresentando maior estigma e julgamento moral entre os profissionais de saúde que o tabaco¹⁵⁵.

Neste estudo, os profissionais relataram maiores dificuldades para abordar o usuário de álcool em relação ao usuário de tabaco, principalmente devido ao medo de reações agressivas. Este achado reflete a literatura nacional e internacional, que mostra que os profissionais sentem-se mais a vontade para falar sobre o tabaco e também relatam maior crença nos possíveis resultados, quando comparado com o álcool¹⁵⁵⁻¹⁵⁷.

Historicamente, o uso de álcool apresenta maior estigma quando comparado com o uso de tabaco. Os prejuízos relacionados ao tabagismo são comumente mais associados com problemas físicos, como cardiopatias e câncer; enquanto que o uso de álcool está mais associado com alterações de comportamento, como agressividade^{156, 158}.

O estigma associado ao uso de álcool e tabaco pode afastar os usuários dos serviços de saúde, pois os mesmos podem se sentir inferiorizados e com receio de que sua situação não seja bem compreendida⁴¹. Goffman coloca que a pessoa estigmatizada pode se sentir insegura quanto ao que os outros pensam a seu respeito, e evitar situações de confronto¹⁴¹.

Da mesma forma que o estigma pode afastar os usuários, também pode prejudicar a comunicação profissional de saúde/usuário, pois ambos podem ter dificuldade em abordar o assunto por não saber que tipo de reação o outro terá⁴⁰.

Apesar das diferenças observadas e relatadas entre a atenção ao usuário de álcool e de tabaco, em ambas situações os profissionais relatam um desconforto e insegurança para realizar a assistência. Ao se deparar com pessoas que apresentam uma situação estigmatizante, os profissionais de saúde procuram novas formas de se colocar na relação, podendo desenvolver novos conceitos sobre o tema ou mantendo idéias e crenças anteriores, a depender do grau de interação estabelecido.

A abordagem realizada pelo profissional de saúde aos usuários de álcool e tabaco pode ser feita de maneira direta ou indireta. O modo indireto ocorre quando o primeiro contato não é feito com o indivíduo, mas com algum familiar ou pessoa próxima.

Por vezes este primeiro contato indireto é feito para que o profissional possa conhecer melhor a situação e traçar um plano de ação. Entretanto, a procura de tratamento também pode ser primeiramente feita pelos familiares, uma vez que o usuário da substância pode não reconhecer a necessidade procurar um serviço de saúde.

Neste estudo, a assistência a família foi relatada como o principal primeiro contato, sendo realizado pelos (as) companheiros (as) ou filhos. A busca por atenção normalmente é feita pelo familiar, para depois ter-se o contato com o indivíduo que apresenta problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas.

Os relatos também apontam este momento como de muito sofrimento, tanto para o profissional quanto para os familiares. Ao buscar atendimento no serviço de saúde, o familiar já lançou mão de todas as suas estratégias conhecidas para enfrentar a situação e normalmente já se encontra esgotado emocionalmente.

A assistência à família do usuário de substâncias psicoativas é considerada importante e parte fundamental no tratamento. Os modelos explicativos do uso de álcool e outras drogas costumam incluir os familiares como parte da gênese do uso problemático, bem como integrantes no processo de tratamento¹⁵⁹.

Seja qual for o modelo de atenção que oriente as ações em saúde, a literatura mostra que o tratamento deve fundamentar-se em aspectos biológicos, psíquicos e sociais, sendo capaz de responder às particularidades do indivíduo, do grupo, do tipo de droga e do ambiente sociofamiliar¹⁶⁰.

Os profissionais percebem como indispensáveis os cuidados aos familiares, mas avaliam como realizados aquém do que esperam e do que pensam ou sabem estar recomendado nas políticas de atenção aos usuários de drogas. Algumas vezes, a família é vista pelos profissionais como um suporte, como um apoio para o usuário em tratamento, enquanto que elas próprias demonstram suas expectativas de serem ouvidas, de compartilhar suas angústias, de serem o foco da atenção¹⁶¹.

Além do atendimento às famílias, os profissionais também atendem diretamente os usuários de álcool e tabaco. A assistência é prestada nas unidades de saúde ou nos hospitais locais e, quando necessário, são utilizadas clínicas de reabilitação (para casos de dependência de álcool e outras drogas).

Os serviços de média e alta complexidade utilizados para o tratamento da dependência de álcool e outras drogas ficam localizados fora dos municípios, o que acaba se tornando uma barreira para o acompanhamento e adequado planejamento da alta hospitalar. Estes serviços são considerados, pelos entrevistados, de baixa efetividade, pois os relatos apontam para uma grande prevalência de recaídas após os longos períodos de internação.

As comunidades terapêuticas centram seu modelo de atuação na noção de doença, na meta da abstinência, no busca do controle sobre a adição, operando dispositivos médico-terapêuticos e morais. Schneider (2010) coloca que,

*Nas raízes desta concepção, encontra-se uma perspectiva subjetivista, moralista e psicopatologizante, constituindo-se em visão ahistórica e pouco crítica da produção social em torno do uso de drogas, pautada numa racionalidade de predomínio metafísico, ainda que mesclado com outras racionalidades como a científica*¹⁶².

A baixa resolutividade das comunidades terapêuticas foi apontada em estudo realizado em uma capital brasileira. Foram incluídos 21 serviços, dos

quais a maioria não possuía planos terapêuticos nem critérios de avaliação e inclusão de indivíduos para tratamento. Também foi identificado o forte financiamento público, realizado sem nenhum tipo de avaliação da qualidade dos serviços prestados¹⁶³. Em outro estudo, encontrou-se que 50% dos internos já haviam passado por outras internações em clínicas semelhantes¹⁶⁴.

São poucos os estudos que avaliam a efetividade destas clínicas, e os poucos existentes mostram resultados pouco satisfatórios. A percepção dos profissionais de saúde aponta para a necessidade de freqüentes internações para uma pequena melhora, por vezes temporária. Fica clara a necessidade de realização de estudo de avaliação do tratamento realizado nestes ambientes, onde é investido orçamento público e a esperança de indivíduos e familiares.

Além disso, os profissionais relatam dificuldades estruturais nos municípios para realizar o atendimento, pois não contam com adequado treinamento e infra-estrutura para realizar atividades em grupo ou atendimentos individualizados. Por vezes, relatam que preferem não abordar o assunto por não saber como conduzir os casos.

Já a assistência ao tabagista normalmente é realizada dentro do próprio município, através do Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Entretanto, apenas um município participante deste estudo realiza as ações preconizadas, sendo referência regional e estadual na área.

Os demais municípios não realizam as ações do programa por dificuldades de pessoal ou treinamento. Como a implantação do programa requer treinamento específico de médicos, psicólogos e enfermeiros, a alta rotatividade comum na ESF acaba desfalcando as equipes já treinadas, impossibilitando a continuidade da assistência.

Dentre as estratégias utilizadas para falar sobre o assunto tentando transpor as barreiras percebidas, são citadas a abordagem indireta, ou ao familiar e a atuação em equipes interdisciplinares do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

A atuação interdisciplinar é uma das premissas básicas da ESF e do recém criado NASF. Um dos principais pontos de atuação do NASF é a saúde

mental, privilegiando assim os espaços para discussão de casos e planejamento do tratamento neste âmbito⁵³.

Entre as barreiras relatadas para prestar a assistência, são relatadas a falta de tempo, falta de infraestrutura nas unidades de saúde, a dissociação entre a saúde mental e a saúde da família e a sobrecarga de trabalho. Conforme foi discutido anteriormente, os profissionais também relatam receio de abordar o tema para não quebrar o vínculo de confiança com os usuários, por se tratar de um assunto da esfera íntima.

Estas barreiras são relatadas em outros estudos já realizados nesta área^{147, 151}. Apesar da proximidade que a APS proporciona com a comunidade, muitos profissionais não se sentem suficientemente seguros para abordar um assunto tão delicado, tanto para si próprios quanto para os usuários. A própria percepção que o profissional tem do seu uso de álcool e tabaco também afeta a forma como ele se porta frente aos usuários¹⁶⁵.

Assim, o padrão de uso de álcool e tabaco do profissional de saúde modifica a assistência final prestada, pois altera a compreensão da situação do usuário, a forma como ele faz a abordagem. Entretanto, existem outras condições não relacionadas diretamente com o profissional de saúde que também influenciam a assistência. Entre as condições estão questões financeiras, prioridades programáticas, falta de capacitação, falta de percepção de que o uso de substâncias é um problema de saúde pública.

Figura 14 - Fatores que também influenciam a assistência ao usuário de álcool e outras drogas

Além da adoção de estratégias de ação, o fenômeno “Respondendo à expectativa social de que o profissional de saúde deve ser um modelo de comportamento” também provoca consequências, tanto na aspecto pessoal quanto no profissional. Os indivíduos constroem sua identidade profissional e se colocam junto à comunidade e colegas a partir dela, que também é constantemente reconstruída na interação social.

O processo de definição da atuação profissional relacionada a esta temática está relacionado com a formação que o profissional tem para atuar; suas experiências anteriores, com as quais interage cada vez que se depara com novas situações e com o contexto em que está inserido e adaptações culturais necessárias para assumir a postura profissional esperada.

Entre as diferentes profissões que formam as equipes de saúde na APS podem ocorrer conflitos de identificação de papéis. Algumas fronteiras profissionais parecem não estar claras, e por vezes, profissionais de diferentes áreas assumem as mesmas atividades como inerentes da sua profissão, ou nenhum profissional identifica determinada ação como de sua competência.

No caso da assistência ao usuário de álcool e tabaco, os relatos apontam para uma predominância da segunda situação. Vários entrevistados colocaram que não realizam a assistência direta ao usuário de álcool e tabaco pois não sabem como dar continuidade no tratamento, ou por que acreditam que a responsabilidade é de outra área. As profissões mais citadas como atuantes e responsáveis nesta área foram a Enfermagem e a Psicologia.

O acúmulo de experiência da Enfermagem dentro da ESF permite uma ampliação da inserção e a relevância do enfermeiro, nas atividades de planejamento, execução e avaliação das ações assistenciais, administrativas e educativas, fundamentais ao desenvolvimento da estratégia¹⁶⁶. Assim, o enfermeiro é visto como um profissional que tem uma visão ampliada da comunidade e das ações realizadas pela equipe, sendo um agregador de conhecimentos.

Backes (2012) aponta que a enfermagem, por ter o cuidado como essência e especificidade profissional, tem a possibilidade de transitar pelos diferentes campos de conhecimento, bem como pelas diferentes realidades

sociais. Também apresenta grande possibilidade de contribuir para a construção de um saber interdisciplinar, além de estabelecer canais efetivos de comunicação com os diversos setores sociais e, dessa forma, possibilitar estratégias mais eficazes e resolutivas de cuidado em saúde¹⁶⁷.

Apesar da recente inserção do psicólogo na APS, percebe-se que este campo de conhecimentos é fundamental para a visão integral que se busca. O psicólogo é visto como a principal referência dentro das equipes para o tratamento de transtornos mentais. No entanto, estes profissionais apresentam dificuldades relacionadas a formação para a atuação nesta área, além de problemas de infra estrutura, falta de reconhecimento por parte dos demais profissionais sobre o papel da Psicologia e falta de priorização dos atendimentos por parte dos gestores¹⁶⁸.

Esta dificuldade de identificação de responsabilidades dentro da Saúde Pública vem sendo discutida desde os primórdios do Sistema Único de Saúde. Campos (1997) sugere a utilização dos conceitos de Campo e Núcleo, com a finalidade de melhor definir os papéis de cada um. Por Campo, entende-se os saberes e conhecimentos comuns a vários profissionais ou especialidades. Já o conceito de Núcleo se refere a conhecimentos específicos de cada área¹⁶⁹.

Os sentimentos que o profissional relaciona com esta assistência também podem ser considerados como conseqüências do fenômeno. A partir do momento em que ele se coloca como um modelo de comportamento, surge uma nova responsabilidade junto a comunidade e colegas, e com isso o receio em falhar. Além disso, as experiências anteriores, tanto as positivas quanto as negativas, também tomam lugar nesta interação, influenciando a forma como o profissional conduzirá o processo.

Os relatos apontam para sentimentos de impotência, medo, agressividade, intromissão na vida íntima, expectativa e falta de interesse. Também foi bastante usada a palavra “complicado”, quando questionados sobre a assistência e as possibilidades na APS no nível municipal.

Estes sentimentos também foram relacionados por profissionais de saúde à esta temática em outros estudos^{151, 156, 170}. Este fato mostra que os

sentimentos negativos estão bastante presentes na assistência ao usuário de álcool e tabaco.

Kaner (2006), coloca que o consumo de substâncias psicoativas é um tema complexo e emotivo para os profissionais de saúde. Para alguns, compartilhar o mesmo padrão de uso pode ser uma abertura para facilitar a discussão sobre o tema, enquanto outros podem reconhecer situações de risco apenas em pessoas que tenham um padrão de uso pior que o deles próprios¹⁶⁵.

De acordo com o colocado até o presente momento, pode-se considerar que o fenômeno central “Respondendo à expectativa social de que o profissional de saúde deve ser um modelo de comportamento”, encontra-se associado às condições causais, contextuais, de intervenção e também está relacionado às estratégias e conseqüências supracitadas. Cabe agora uma melhor discussão deste fenômeno com o referencial teórico abordado, o Interacionismo Simbólico, a partir dos autores Charon⁹⁹ e Goffman¹⁴⁰.

Os símbolos aqui utilizados, uso de álcool e tabaco, são a perspectiva usada para compreender como o uso de álcool e tabaco influencia a forma como o profissional atende o usuário das substâncias⁹⁹.

O símbolo associado ao uso de álcool e tabaco é que este uso é nocivo para a saúde e quem usa substâncias psicoativas é visto como alguém que não se preocupa com a própria saúde. Os profissionais da saúde acreditam que devem comunicar uma imagem de auto cuidado, de que seguem as orientações que fazem, logo consumir álcool e tabaco deve ser evitado ou negado perante a população atendida.

O uso de álcool e tabaco pode ser um símbolo a partir do momento em que com o próprio uso o profissional intencionalmente comunica algo para a comunidade. No caso dos dados coletados, percebe-se que os profissionais não usam álcool e tabaco ou evitam fazê-lo na comunidade em que trabalham para comunicarem a ideia de que são modelos de comportamento, que não fazem uso de uma substância nociva para a saúde. Este é o símbolo que desejam ter associado ao seu uso de álcool e tabaco. O que os profissionais, tanto os que usam álcool e tabaco quanto os que não usam, querem comunicar

para a comunidade é o comportamento socialmente aceito e desejado, e cientificamente estimulado, de que são modelos de comportamento.

O significado associado ao uso de substâncias é construído ao longo da vida, através de interações simbólicas em diversas situações sociais. Ao se tornar profissional de saúde, o indivíduo assume uma nova postura frente a diversas situações corriqueiras para pessoas não envolvidas na área da saúde, como evitar o uso de álcool e tabaco em frente aos usuários para servir como exemplo. Esta situação denota a assunção de uma nova perspectiva frente ao uso de substâncias, com o indivíduo assumindo uma nova posição social, mudando simbolicamente a partir da interação com a sociedade (tornando-se profissional de saúde) e com os usuários dos serviços de saúde.

Relembrando a discussão sobre o self, trata-se do objeto social no qual o sujeito vê a si próprio a partir da percepção que os outros tem dele. O ser humano se percebe como um objeto social a parte, fora de si. Os indivíduos se percebem e se definem a partir das respostas que os outros dão às suas ações. A maneira pela qual as outras pessoas se dirigem ao indivíduo define o self, o indivíduo se define da maneira que é definido pelos outros e age de modo apropriado para satisfazer estas expectativas.

Ao declarar que o ser humano possui o self, Mead tem em mente que o ser humano pode ser alvo de suas próprias ações⁹⁹. Uma das funções centrais do self é ser objeto de interação simbólica. O ser humano pode comunicar consigo mesmo da mesma maneira que é capaz de se comunicar com os outros, sendo assim capaz de pensar, apontar coisas para si mesmo, interpretar uma situação. O ser humano pode representar para si mesmo aquilo que deseja representar para os outros.

Já o self-concept é a totalidade de pensamentos e sentimentos que os indivíduos tem a respeito de si mesmo enquanto objeto. É o que o indivíduo enxerga quando olha para si mesmo, que é razoavelmente estável ao longo do tempo mas também pode ser alterado de acordo com as interações simbólicas. O julgamento do self é uma parte do self-concept e se dá a partir do que o indivíduo pensa que os outros enxergam nele e a imaginação do julgamento que a outra pessoa faz dele. O que a pessoa pensa e sente por si própria resulta da interação, do julgamento que os outros fazem dela.

O self, enquanto objeto social, é definido e redefinido infinitamente através da interação, que pode acontecer através dos grupos de referência. Um indivíduo tem tantos “lados” do self quanto grupos de referência com os quais ele se importa, mostrando os diferentes lados do self dependendo do grupo em que está inserido no momento. Os grupos de referência influenciam o self de diferentes maneiras, a partir do momento que o indivíduo passa a conviver mais com um grupo que com outro, essa influencia se destaca sobre as outras.

Nessa definição do self, o profissional de saúde se defronta com a expectativa social de ser um modelo de comportamento para a população em geral. Assim, passa a assumir uma postura condizente com esta posição quando em contato com usuários dos serviços de saúde, em alguns casos abolindo comportamentos não “desejados” ou “corretos”, e em outros casos os omitindo do grupo de referência. Já quando em contato com outros grupos de referência, como colegas de trabalho, família e amigos, pode ter outro comportamento, não mais necessitando assumir a postura de modelo social.

A capacidade de auto julgamento está relacionada com o julgamento que as pessoas ou grupos de referência fazem. Se o grupo tem uma expectativa de que um bom profissional de saúde deve ter determinado comportamento, o indivíduo em questão vai tentar assumir este comportamento e se julgar a partir das expectativas do grupo. O profissional se vê a partir do ponto de vista dos grupos sociais nos quais participa, podendo mudar o comportamento para se adequar às normas características do grupo.

Um esclarecimento dever ser feito, não é exatamente *o que* os outros pensam que afeta o julgamento individual, mas sim *como* indivíduo percebe esse julgamento. Assim, o indivíduo pode exagerar, ignorar ou alterar a forma como é visto para se ajustar melhor ao que pensa de si mesmo. Em algumas situações, as pessoas podem até mesmo escolher grupos de referência que exaltem ou ignorem determinadas características individuais.

O indivíduo define a si mesmo enquanto membro de um grupo social, usa expressões que considera importantes e que considera que os outros membros do grupo social também consideram importantes.

As pessoas podem ser influenciadas pelas outras a partir do momento em que “aceitam” a definição feita delas. O poder entra como um importante fator para a aceitação da definição, pois o outro pode não aceitar a definição feita, mas se quem fez a definição tem algum poder, o outro tende a aceitar. Assim, quanto maior for a influência que a comunidade e sua cultura tem sobre o profissional de saúde, mais este tentará se encaixar nos padrões esperados.

Considerando-se o conceito de Mente, que é ação, ação que usa símbolos e os direciona para o self, é a tentativa do indivíduo de fazer alguma coisa, de agir no mundo. A definição de situações sociais, atribuição de sentido às palavras de outras pessoas. Entender os outros em uma situação é realizar atividades com a mente.

É importante considerar não apenas o que os outros estão dizendo para o indivíduo mas também o que ele está comunicando para os outros. No processo de comunicação, é preciso compreender o que a outra pessoa está fazendo, se fazer entender e interpretar o que a outra pessoa está dizendo para mudar a forma de agir.

Assumir o papel do outro é uma das mais importantes ações da Mente, sendo crucial para o desenvolvimento do Self. No IS, assumir o papel do outro é tomar a perspectiva do outro, ver o mundo a partir desta perspectiva e direcionar o Self de acordo. É importante para entender o outro e ser entendido pelo outro. O indivíduo direciona suas ações de acordo com o que ele pensa que o os outros vão pensar delas.

Neste sentido, o profissional de saúde direciona suas ações para satisfazer o que ele acha que as pessoas com quem se relaciona esperam, procura ter um comportamento de acordo com o que acredita ser esperado socialmente. Assim, os profissionais identificam a definição que os usuários tem deles e agem de acordo para atender esta definição.

Enquanto seres humanos, os profissionais de saúde escolhem o que mostrar para os outros na interação, dependendo da definição que tem da situação e das pessoas com quem interagem. Por reconhecer a importância de como os outros os vêem em determinadas situações, eles tentam controlar o que apresentam na interação.

Para Goffman, a sociedade está organizada no princípio de que qualquer indivíduo que possua determinadas características tem o direito moral de esperar que os outros as valorizem e os tratem de uma determinada maneira. Assim, os profissionais de saúde enquanto detentores de um determinado poder, esperam que os usuários dos serviços os respeitem, assumindo determinadas definições de si mesmos para manter este poder, controlando assim a impressão que causam nos outros.

O ser humano está sempre desempenhando um papel. Este papel, pode ser algo em que ele realmente acredita ou pode ser adequado ao que o público alvo espera/deseja (cínico). O cínico não é necessariamente ruim, as pessoas podem realmente esperar e precisar o desempenho daquele específico papel por aquele ator. Esta “máscara” representa a concepção que o ser humano tem de si mesmo, o verdadeiro “self” ou o que gostaria de ser.

O profissional de saúde desempenha um papel na sociedade, é esperado um determinado padrão de comportamento – que não inclui o uso de substâncias psicoativas ou comportamentos desviantes. O adequado desempenho deste papel exige que os profissionais escondam ou evitem determinados comportamentos dos usuários dos serviços de saúde.

Os indivíduos tendem a esconder ou subestimar atividades e fatos que são incompatíveis com uma versão idealizada de si mesmo e seus produtos. Assim, alimentam a impressão de que a rotina que eles apresentam no seu cotidiano de trabalho é a sua única rotina, que eles apresentam o mesmo comportamento em todos os âmbitos da vida. Goffman também coloca que um indivíduo tem tantos selves sociais quanto grupos com os quais se importa, em cada um apresentará um self diferente.

Goffman coloca que a impressão de realidade passada por um indivíduo é delicada e frágil e pode ser destruída com um pequeno lapso. Considerando-se a impressão que os profissionais de saúde desejam passar para os usuários dos serviços, cabe apontar que é exigido um grande esforço pessoal para manter a imagem, pois a qualquer momento ou deslize todo o trabalho pode ser perdido.

Alguns tipos de representação são socialmente aceitas e estimuladas, não causando hostilidade quando descobertas (doença, raça, ex-detento). Outras são vistas com mais rigor quando descobertas, causando espanto.

Goffman também traz o conceito de mistificação, em que o temor envolvido na relação entre profissional de saúde e comunidade permite ao profissional um certo espaço para o desenvolvimento de um “personagem” com comportamentos ideais, que não serão questionados pelos usuários.

Enquanto um estudo de método misto seqüencial explanatório, cabem algumas considerações quanto aos resultados obtidos. De acordo com este desenho, a primeira fase quantitativa do estudo foi desenhada com o objetivo de subsidiar a identificação dos participantes da segunda fase, ou qualitativa.

Apesar da maior ênfase do estudo ser na etapa qualitativa, a etapa quantitativa permitiu um maior conhecimento sobre o perfil epidemiológico dos profissionais de saúde atuantes na APS, bem como o conhecimento sobre o padrão de uso de álcool e tabaco.

Estas informações se mostraram fundamentais para o adequado delineamento da etapa qualitativa, pois permitiram um melhor direcionamento para a escolha dos participantes e também dos municípios que agrupavam a maior variabilidade de padrões de uso. Escolher adequadamente os municípios foi importante, pois apesar de serem culturalmente semelhantes e geograficamente próximos, eles guardam diferenças organizacionais que poderiam alterar substancialmente as respostas obtidas na segunda etapa.

Assim, encontrou-se que a prevalência de uso de álcool e tabaco entre os profissionais de saúde é menor que na população em geral. Entretanto, entre os que consomem, as características são semelhantes às da população de uma forma generalizada.

A relação entre o uso de substâncias psicoativas e a assistência prestada aos usuários se baseia na expectativa de modelo de comportamento esperado pela comunidade. Os profissionais de saúde fazem um uso menos prevalente, e quando o fazem é de forma discreta, para não quebrar o vínculo estabelecido com a comunidade.

6. Considerações Finais

A pesquisa desenvolvida buscou descrever o padrão de uso de álcool e tabaco dos profissionais de saúde e analisar o significado atribuído pelos profissionais de saúde a este uso e à assistência prestada nesta temática na APS. O uso das metodologias quantitativas e qualitativas, integradas pelo Método Misto, bem como o emprego da Teoria Fundamentada nos Dados embasada no referencial teórico do Interacionismo Simbólico permitiram o desenvolvimento de um modelo explicativo de como o significado atribuído ao uso de álcool e tabaco e à assistência prestada.

A teoria substantiva encontrada neste estudo é válida para a amostra estudada, no respectivo contexto. Entretanto, aponta sinais da prática diária dos profissionais de saúde que podem ser encontrada em outros cenários.

Foi possível identificar que o profissional de saúde vivencia um processo interativo de constante ressignificação dos seus conceitos a respeito do próprio uso de substâncias psicoativas, que o levam a responder a uma expectativa social de ser modelo de comportamento para a comunidade, evitando o consumo de álcool e tabaco.

Trata-se de uma questão complexa, que pode estar relacionada a qualquer comportamento ou estado considerado não desejável, por exemplo também espera-se que uma nutricionista tenha um peso adequado, ou que a casa de um bombeiro não pegue fogo. De uma maneira geral, os indivíduos esperam ter alguém cujo comportamento seja um modelo para poder seguir.

Pode-se colocar que os profissionais de saúde são indivíduos inseridos na mesma sociedade que os usuários dos serviços de saúde a quem prestam assistência, estando assim expostos a informações e influências muito semelhantes. O fato de terem freqüentado um curso que lhes confere formação específica para atuar na área da saúde altera a forma como percebem o próprio processo de saúde e doença, porém não o suficiente para mudar questões culturais muito arraigadas, como o uso de álcool, tabaco e hábitos alimentares.

Os resultados encontrados mostram que um profissional de saúde mais capacitado e que se sente mais seguro para abordar estas questões com a comunidade, também tem um diferente comportamento relacionado ao uso de álcool e tabaco.

Assim, são necessários maiores estudos sobre esta relação entre ser profissional de saúde e ao mesmo tempo um indivíduo da comunidade como outro qualquer, abordando as formas e estratégias utilizadas para lidar com estas questões.

Também é importante a replicação deste estudo em outros contextos, para uma melhor identificação de fatores complicadores e facilitadores envolvidos na assistência ao usuário de álcool e tabaco. Estes estudos podem direcionar o desenvolvimento de estratégias educativas e de modificação na formação dos profissionais de saúde para a atuação na APS.

Além disso, conclui-se que o contexto em que o profissional de saúde vive e atua influencia diretamente na construção dos significados atribuídos ao próprio uso de substâncias psicoativas. Desta forma, também interfere na forma como o profissional constrói a assistência, com base nas expectativas das pessoas com quem convive e interage.

As experiências anteriores, relações com familiares e colegas também são condições que fazem com que o profissional de saúde responda às expectativas sociais a ele impostas. São as interações que vem sendo realizadas ao longo da vida que configuram as percepções atuais que os profissionais tem a respeito do seu papel social em relação ao uso de álcool e tabaco, e estas percepções podem sempre se alterar, de acordo com novas interações.

Estas novas interações podem ser direcionadas para propiciar novos aprendizados e modificações na forma como o profissional de saúde assiste aos usuários de álcool e tabaco. Ao oferecer ambientes de capacitação capazes de levá-los a uma reflexão profunda sobre suas percepções, é possível a obtenção de modificações no modo como percebem a assistência, alterando assim a assistência prestada.

Ao designar um profissional para atuar com possíveis usuários problemáticos de álcool e/ou tabaco, também deve-se considerar suas experiências prévias relacionadas ao tema e sua prontidão para abordar estes temas. Pessoas que viveram situações negativas na família ou entre amigos, tendem a apresentar sentimentos que podem prejudicar ou mesmo impedir a assistência a pessoas com problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas.

Assim, ao organizar uma equipe para atuar num serviços desta natureza, os gestores devem considerar a prontidão dos profissionais para realizar esta assistência. Se estas questões não forem consideradas, corre-se o risco de trazer sofrimento para o profissional, bem como uma atuação desqualificada.

Uma adequada definição de atribuições de cada categoria profissional também pode auxiliar na melhoria da assistência. Pela sua característica interdisciplinar, a ESF congrega profissionais de várias áreas do conhecimento em uma mesma equipe, por vezes realizando atividades semelhantes.

Para não haver sobreposição de tarefas, que podem levar a mal entendidos, a equipe deve delimitar os papéis de cada profissional *a priori*, ou seja, assim que os profissionais forem contratados. Trata-se de uma tarefa complexa mas possível, pois muitas vezes há uma falta de compreensão do que o outro faz e qual pode ser sua contribuição, até mesmo para os supervisores e gestores.

Uma das dificuldades para a adequada definição de atribuições é a ausência de um Plano de Cargos e Salários na maioria dos municípios brasileiros. A gestão de recursos humanos na área da saúde deveria ser individualizada, pois a atuação em equipes requer uma gestão mais próxima e que defina mais claramente o que é esperado de cada categoria.

Com base nos resultados obtidos e da discussão feita com a literatura recente nesta área, pode-se fazer as seguintes recomendações:

- Valorizar e compreender que os significados atribuídos ao uso de álcool e tabaco pelos profissionais de saúde podem afetar a forma como a assistência é prestada na APS;

- Considerar a percepção dos profissionais de saúde sobre o próprio uso de álcool e tabaco quando da definição de políticas públicas nesta área e alocação de recursos humanos;
- Promover processos de educação permanente em saúde no contexto da APS, com propostas específicas para a formação permanente em saúde mental e dependência química;
- Reformular os currículos dos cursos de graduação da área da saúde com vistas a um melhor preparo teórico-prático para a atuação na APS e Saúde Mental;
- Priorizar a Saúde mental nas políticas públicas de APS, ampliando os investimentos em ações de promoção a saúde, prevenção de agravos e recuperação;
- Discutir a ampliação da equipe básica da ESF com ao menos um profissional de saúde mental fixo;
- Incentivar os municípios a implantarem os Núcleos de Apoio a Saúde da Família, como uma importante estratégia de matriciamento e conseqüente melhoria da assistência;
- Incentivar pesquisas que investiguem outros fatores facilitadores e barreiras em outros contextos culturais da APS;
- Realizar estudos de intervenção que levem a criação de propostas concretas de ações para a melhoria da assistência.

Este estudo trouxe avanços na discussão dos fatores facilitadores e das barreiras existentes para a assistência aos usuários de álcool e tabaco no contexto da Atenção Primária em Saúde. A partir dos resultados encontrados, pode-se propor ações e recomendações que ampliem a capacidade deste nível de atenção para atuar nesta área, reduzindo assim suas conseqüências sociais vivenciadas atualmente.

Enquanto limitações deste estudo, pode-se apontar que os resultados obtidos na etapa quantitativa são derivados de um estudo transversal, portanto, não pode-se inferir relações causais a partir destes dados. Seriam necessários estudos longitudinais específicos para que fosse possível inferir as razões

pelas quais os profissionais de saúde apresentam um comportamento diferenciado em relação ao consumo de álcool e tabaco quando comparados com a população em geral. As inferências feitas nesta análise foram baseadas na literatura mais atual encontrada sobre o assunto.

Além disso, também a que se considerar que a amostra quantitativa foi prioritariamente feminina e de Agentes Comunitários de Saúde. O viés relacionado ao gênero pode ser explicado pela maior prevalência de mulheres trabalhando na APS atualmente. Com relação aos ACS, esta categoria profissional perfaz a maioria dos trabalhadores da APS, tendo uma maior representatividade na amostra final.

Optou-se por fazer a análise conjuntamente, não sendo analisados separadamente os dados de profissionais de nível superior, médio e ACS. Esta decisão foi tomada devido às características do estudo qualitativo, que visava uma compreensão ampliada dos significados relacionados a todos os profissionais de saúde envolvidos na APS. Pelas características interdisciplinares da mesma, tornou-se inviável separar as análises por grupos de categorias profissionais.

Outro ponto que pode ser colocado, foi o fato de que a análise aconteceu após o término da coleta dos dados. Segundo os preceitos da Teoria Fundamentada nos Dados, a análise dos dados deve acontecer de maneira simultânea à coleta, para que o fenômeno possa emergir no decorrer do processo. Apesar de a análise ter ocorrido em um segundo momento, foram tomados todos os cuidados necessários para garantir a qualidade dos dados coletados, com profunda imersão da pesquisadora no ambiente de coleta, e envolvimento posterior com os municípios pesquisados.

7. Referências Bibliográficas

1. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002.
2. Breilh J. Community medicine under imperialism: a new medical police? *Int J Health Serv.* 1979;9(1):5-24.
3. Mendes EV. A Atenção Primária à Saúde no SUS. Fortaleza: Escola da Saúde Pública do Ceará; 2002.
4. Brasil. Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: Monitoramento da Implantação e Funcionamento das Equipes de Saúde da Família - 2001/2002. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
5. Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2003;8:569-84.
6. Arce VAR, Sousa MFd, Lima MdG. A práxis da Saúde Mental no âmbito da Estratégia Saúde da Família: contribuições para a construção de um cuidado integrado. *Physis: Revista de Saúde Coletiva.* 2011;21:541-60.
7. Onocko-Campos RT, Furtado JP. [Public health and mental health: methodological tools to evaluate the Brazilian Network of Referral Centers for Psycho-Social Care (CAPS) in the Brazilian Unified Health System]. *Cad Saude Publica.* 2006 May;22(5):1053-62.
8. Room R. Smoking and drinking as complementary behaviours. *Biomed Pharmacother.* 2004 Mar;58(2):111-5.
9. Mackay J, Eriksen M. The Tobacco Atlas. Hong Kong: WHO; 2002.
10. Malta DC, Moura EC, Silva SA, Oliveira PPVd, Silva VLdCe. Prevalência do tabagismo em adultos residentes nas capitais dos estados e no Distrito Federal, Brasil, 2008. *Jornal Brasileiro de Pneumologia.* 2010;36:75-83.
11. WHO WHO. Alcohol, gender and drinking problems: perspectives from low and middle income countries. Genève: World Health Organization; 2005. p. 241.
12. Laranjeira R. I Levantamento Nacional Sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira. Brasília: SENAD; 2007.
13. Carlini EA, Galduróz JCF. II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: Estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. SÃO PAULO: CEBRID/UNIFESP; 2006. p. 445.
14. Brasil. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
15. BRASIL. A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
16. Brasil. Programa Nacional de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco - Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer/Ministério da Saúde; 2001.
17. Breda MZ, Rosa Wde A, Pereira MA, Scatena MC. [Two strategies with shared challenges: psychosocial rehabilitation and the family health program]. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2005 May-Jun;13(3):450-2.
18. Pedrosa AAdS, Camacho LAB, Passos SRL, Oliveira RdVCd. Consumo de álcool entre estudantes universitários. *Cadernos de Saúde Pública.* 2011;27:1611-21.
19. Pillon SC, Santos MAd, Gonçalves AMdS, Araújo KMd, Funai A. Fatores de risco, níveis de espiritualidade e uso de álcool em estudantes de dois cursos

- de enfermagem. SMAD Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas. 2010;6:493-513.
20. Wagner GA, Andrade AGd. Uso de álcool, tabaco e outras drogas entre estudantes universitários brasileiros. *Revista De Psiquiatria Clínica*. 2008;35:48-54.
 21. Reed MB, Wang R, Shillington AM, Clapp JD, Lange JE. The relationship between alcohol use and cigarette smoking in a sample of undergraduate college students. *Addict Behav*. 2007 Mar;32(3):449-64.
 22. Spricigo JS, Alencastre MB. [The nurse from health unit and the drug user: one analysis in Biguacu-SC]. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2004 Mar-Apr;12 Spec No:427-32.
 23. Rodrigues Junior B, Teixeira RB, Chevitarese L, Aroucha BN, Jorge RR, Caldas DM. A importância do vínculo entre profissional e paciente na Estratégia de Saúde da Família: um relato de caso. *Revista Rede de Cuidados em Saúde*. 2010;4(2).
 24. Barengo NC, Sandstrom HP, Jormanainen VJ, Myllykangas MT. Attitudes and behaviours in smoking cessation among general practitioners in Finland 2001. *Soz Präventivmed*. 2005;50(6):355-60.
 25. Frank E, Breyan J, Elon L. Physician disclosure of healthy personal behaviors improves credibility and ability to motivate. *Arch Fam Med*. 2000 Mar;9(3):287-90.
 26. Rosseel JP, Jacobs JE, Hilberink SR, Maassen IM, Allard RH, Plasschaert AJ, et al. What determines the provision of smoking cessation advice and counselling by dental care teams? *Br Dent J*. 2009 Apr 11;206(7):E13; discussion 376-7.
 27. Ohida T, Sakurai H, Mochizuki Y, Kamal AM, Takemura S, Minowa M, et al. Smoking prevalence and attitudes toward smoking among Japanese physicians. *JAMA*. 2001 May 23-30;285(20):2643-8.
 28. Saito A, Nishina M, Murai K, Mizuno A, Ueshima F, Makiishi T, et al. Health professional's perceptions of and potential barriers to smoking cessation care: a survey study at a dental school hospital in Japan. *BMC Res Notes*. 2010;3:329.
 29. Lopes GT, Lemos BKdJ, Lima HBd, Cordeiro BRC, Lima LdSV. Concepções de acadêmicos de enfermagem sobre usuários de drogas. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2009;62:518-23.
 30. Alves HN, Surjan JC, Nogueira-Martins LA, Marques AC, Ramos Sde P, Laranjeira RR. [Clinical and demographical aspects of alcohol and drug dependent physicians]. *Rev Assoc Med Bras*. 2005 May-Jun;51(3):139-43.
 31. Voigt K, Twork S, Mittag D, Gobel A, Voigt R, Klewer J, et al. Consumption of alcohol, cigarettes and illegal substances among physicians and medical students in Brandenburg and Saxony (Germany). *BMC Health Serv Res*. England2009. p. 219.
 32. Kenna GA, Wood MD. Alcohol use by healthcare professionals. *Drug Alcohol Depend*. 2004 Jul 15;75(1):107-16.
 33. Gherardi-Donato ECdS, Luis MAV, Corradi-Webster CM. A Relação Estresse, Uso de Álcool e Trabalho. In: Rossi AM, Perrewé PL, Meurs JA, editors. *Stress e qualidade de vida no trabalho: stress social - enfrentamento e prevenção*. São Paulo: Atlas; 2011. p. 42-53.
 34. Goeders NE. The impact of stress on addiction. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2003 Dec;13(6):435-41.

35. Moretti-Pires RO, Ferro SB, Buchele F, de Oliveira HM, Goncalves MJ. [Family health nurse in the Amazon: concepts and management of themes regarding alcohol use]. *Rev Esc Enferm USP*. 2011 Aug;45(4):926-32.
36. Moretti-Pires RO, Corradi-Webster CM, Furtado EF. Consumo de álcool e atenção primária no interior da Amazônia: sobre a formação de médicos e enfermeiros para assistência integral. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2011;35:219-28.
37. Link BG, Struening EL, Rahav M, Phelan JC, Nuttbrock L. On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *J Health Soc Behav*. 1997 Jun;38(2):177-90.
38. Oliveira JFd, Paiva MS, Valente CLM. Representações sociais de profissionais de saúde sobre o consumo de drogas: um olhar numa perspectiva de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006;11:473-81.
39. Aira M, Kauhanen J, Larivaara P, Rautio P. Factors influencing inquiry about patients' alcohol consumption by primary health care physicians: qualitative semi-structured interview study. *Fam Pract*. 2003 Jun;20(3):270-5.
40. McCormick KA, Cochran NE, Back AL, Merrill JO, Williams EC, Bradley KA. How primary care providers talk to patients about alcohol: a qualitative study. *J Gen Intern Med*. 2006 Sep;21(9):966-72.
41. Ahern J, Stuber J, Galea S. Stigma, discrimination and the health of illicit drug users. *Drug Alcohol Depend*. 2007 May 11;88(2-3):188-96.
42. Rusch N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *Eur Psychiatry*. 2005 Dec;20(8):529-39.
43. Ogata MN, Machado MLT, Catoia EA. Saúde da família como estratégia para mudança do modelo de atenção: representações sociais dos usuários. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2009;11(4).
44. Trad LAB, Bastos ACS. The socio-cultural impact of the family health program: an evaluation proposal. *Cad Saude Publica*. 1998 Apr;14(2):429-35.
45. Barros MA, Pillon SC. Assistência aos usuários de drogas: a visão dos profissionais do Programa de Saúde da Família. *R Enferm UERJ*. 2007;15(2).
46. Soares J, Vargas Dd, Oliveira MAFd. Atitudes e conhecimentos de profissionais de saúde diante do álcool, alcoolismo e do alcoolista: levantamento da produção científica nos últimos 50 anos. *SMAD Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*. 2011;7:45-52.
47. Machado MH. Trabalhadores da saúde e sua trajetória na reforma sanitária. In: Lima NTea, editor. *Saúde e democracia: história e perspectivas para o SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 257-81.
48. OPAS. Organização do Cuidado a partir de Problemas: Uma Alternativa Metodológica para a Atuação da Equipe de Saúde da Família. Brasília: Organização Panamericana da Saúde; 2000.
49. Junqueira TdS, Cotta RMM, Gomes RC, Silveira SdFR, Siqueira-Batista R, Pinheiro TMM, et al. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. *Cadernos de Saúde Pública*. 2010;26:918-28.
50. Trindade LdL, Lautert L, Beck CLC. Coping mechanisms used by non-burned out and burned out workers in the family health strategy. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2009;17:607-12.

51. Silveira SG, Grisotti M. Trabalho e Saúde: um estudo sobre o processo saúde-doença dos servidores de um hospital universitário. *Saúde & Transformação Social*. 2011;2(1):18-27.
52. Takemoto MLS, Silva EM. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2007;23:331-40.
53. Brasil. *Cadernos de Atenção Básica: Diretrizes para o Núcleo de Apoio a Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
54. Silva ACdMAe, Villar MAM, Cardoso MHCdA, Wuillaume SM. A estratégia saúde da família: motivação, preparo e trabalho segundo médicos que atuam em três distritos do município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brasil. *Saúde e Sociedade*. 2010;19:159-69.
55. Oliveira SFd, Albuquerque FJBd. Programa de saúde da família: uma análise a partir das crenças dos seus prestadores de serviço. *Psicologia & Sociedade*. 2008;20:237-46.
56. Barbosa SP, Aguiar AC. Fatores Influentes na Permanência dos enfermeiros na Estratégia de Saúde da Família em Ipatinha - Minas Gerais - Brasil. *Revista de Atenção Primária em Saúde*. 2008;11(4):380 - 8.
57. Nunes LM, Jóluskin G. O uso de drogas: Breve análise histórica e social. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*. 2007(4):230-7.
58. Adorno RdCF. Uso de álcool e drogas e contextos sociais da violência. *SMAD Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*. 2008;4:00-.
59. Neves DP. [Alcoholism: indictment or diagnosis?]. *Cad Saude Publica*. 2004 Jan-Feb;20(1):7-14; discussion 5-36.
60. Mota LA. *A dívida da sobriedade: a ajuda mútua nos grupos de alcoólicos anônimos*. São Paulo: Paulus; 2004.
61. Barros MB, Botega NJ, Dalgalarondo P, Marín-León L, de Oliveira HB. Prevalence of alcohol abuse and associated factors in a population-based study. *Rev Saude Publica*. 2007 Aug;41(4):502-9.
62. Almeida-Filho N, Lessa I, Magalhães L, Araujo MJ, Aquino E, Kawachi I, et al. Alcohol drinking patterns by gender, ethnicity, and social class in Bahia, Brazil. *Rev Saude Publica*. 2004 Feb;38(1):45-54.
63. Malyutina S, Bobak M, Kurilovitch S, Nikitin Y, Marmot M. Trends in alcohol intake by education and marital status in urban population in Russia between the mid 1980s and the mid 1990s. *Alcohol Alcohol*. 2004 2004 Jan-Feb;39(1):64-9.
64. Costa JS, Silveira MF, Gazalle FK, Oliveira SS, Hallal PC, Menezes AM, et al. [Heavy alcohol consumption and associated factors: a population-based study]. *Rev Saude Publica*. 2004 Apr;38(2):284-91.
65. Kim JH, Lee S, Chow J, Lau J, Tsang A, Choi J, et al. Prevalence and the factors associated with binge drinking, alcohol abuse, and alcohol dependence: a population-based study of Chinese adults in Hong Kong. *Alcohol Alcohol*. 2008 May-Jun;43(3):360-70.
66. Kerr WC, Greenfield TK, Bond J, Ye Y, Rehm J. Age-period-cohort modelling of alcohol volume and heavy drinking days in the US National Alcohol Surveys: divergence in younger and older adult trends. *Addiction*. 2009 Jan;104(1):27-37.
67. Pomerleau J, McKee M, Rose R, Haerpfer CW, Rotman D, Tumanov S. Hazardous alcohol drinking in the former Soviet Union: a cross-sectional study of eight countries. *Alcohol Alcohol*. 2008 2008 May-Jun;43(3):351-9.

68. Corradi-Webster CM, Laprega MR, Furtado EF. [Performance assessment of CAGE screening test among psychiatric outpatients]. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2005 Nov-Dec;13 Spec No:1213-8.
69. WHO WHO. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research. Geneve: WHO; 1993.
70. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test Guidelines for Use in Primary Care. 2 ed. Gêneve: Worl Health Organization; 2001.
71. Mewton L, Teesson M, Slade T, Cottler L. Psychometric Performance of DSM-IV Alcohol Use Disorders in Young Adulthood: Evidence From an Australian General Population Sample. *J Stud Alcohol Drugs*. 2011 Sep;72(5):811-22.
72. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4 ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.
73. Ramadam ZBA. Tabagismo: dos fundamentos ao tratamento. *Revista De Psiquiatria Clinica*. 2008;35:35-6.
74. Rosemberg F. Pandemia do tabagismo: enfoques históricos e atuais. São Paulo: Secretaria da Saúde, Centro de Vigilância Epidemiológica; 2002.
75. World B. Tobacco & Health in the Developing World. A Background Paper for the High Level Round Table On Tobacco Control and Development Policy. . Bruxela: Organized by the European Commission in collaboration with the World Health Organization and the World Bank.; 2003.
76. Iglesias R, Jha P, Pinto M, Silva VLC, Godinho J. Controle do Tabagismo no Brasil. Washington: Banco Mundial; 2007.
77. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med*. 2006 Nov;3(11):e442.
78. Shafey O, Eriksen M, Ross H, Mackay J. The Tobacco Atlas. 3 ed. Atlanta: American Cancer Society; 2009.
79. INCA. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - Tabagismo 2008. Rio de Janeiro: IBGE, Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer; 2009.
80. CDC. Vital Signs: Current Cigarette Smoking Among Adults Aged ≥18 Years — United States, 2005–2010. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2011 Sep 9;60:1207-12.
81. Monteiro CA, Cavalcante TM, Moura EC, Claro RM, Szwarcwald CL. Population-based evidence of a strong decline in the prevalence of smokers in Brazil (1989-2003). *Bull World Health Organ*. 2007 Jul;85(7):527-34.
82. Rebelo L. O médico de família e a dependência tabágica: uma oportunidade de ouro para intervir na qualidade de vida do paciente. *Rev Port Clin Geral*. 2004;20(1):75-84.
83. Costa AD. Tabagismo em médicos e enfermeiros da cidade do Porto: Motivação para deixar de fumar e grau de dependência tabágica. *Rev Port Clin Geral* 2006;22:27-38.
84. Fernandez-Ruiz ML, Bayle MS. Prevalencia de consumo de tabaco entre las médicas y las enfermeras de la comunidad de Madrid. *Rev Esp Salud Publica*. 1999;73(3):355-64.
85. Creswell JW. Procedimentos de Métodos Mistos. Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto Porto Alegre: Artmed; 2007.
86. Stange KC, Zyzanski SJ. Integrating qualitative and quantitative research methods. *Fam Med*. 1989 Nov-Dec;21(6):448-51.

87. Blake RL. Integrating quantitative and qualitative methods in family research. *Family Systems Medicine*. 1989;7(4):411-27.
88. Redsell SA, Atkinson PJ, Nathan D, Siriwardena AN, Swift JA, Glazebrook C. Preventing childhood obesity during infancy in UK primary care: a mixed-methods study of HCPs' knowledge, beliefs and practice. *BMC Fam Pract*. 2011;12:54.
89. Brown N, Newbury-Birch D, McGovern R, Phinn E, Kaner E. Alcohol screening and brief intervention in a policing context: A mixed methods feasibility study. *Drug Alcohol Rev*. 2010 Nov;29(6):647-54.
90. Driessnack M, Sousa VD, Mendes IAC. An overview of research designs relevant to nursing: Part 3: Mixed and multiple methods. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2007;15:1046-9.
91. Creswell JW, Fetters MD, Ivankova NV. Designing a mixed methods study in primary care. *Ann Fam Med*. 2004 Jan-Feb;2(1):7-12.
92. Moreira H, Caleffe LG. Abordagens à pesquisa. *Metodologia da pesquisa para o professor pesquisador*. Rio de Janeiro: DPSA; 2006.
93. Guba EG, Lincoln YS. Competing paradigms in qualitative research. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: SAGE; 1994. p. 105-17.
94. Datta L. Multimethod evaluations: Using case studies together with other methods. . In: Chelimsky E, Shadish WR, editors. *Evaluation for the 21st century: A Handbook*. Thousand Oaks, CA: SAGE; 1997. p. 344-59.
95. Howe K. Getting over the quantitative-qualitative debate. *American Journal of Education*. 1992(100):236-57.
96. Teddlie C, Tashakkori A. *Foundations of mixed methods research: Integrating quantitative and qualitative approaches in the social and behavioral sciences*. Thousand Oaks CA: SAGE; 2009.
97. Welford C, Murphy K, Casey D. Demystifying nursing research terminology. Part 1. *Nurse Res*. 2011;18(4):38-43.
98. O'Cathain A, Nicholl J, Murphy E. Structural issues affecting mixed methods studies in health research: a qualitative study. *BMC Med Res Methodol*. 2009;9:82.
99. Charon M. *Symbolic interactionism: an introduction, an interpretation, an integration*. Califórnia: Prentice-Hall; 1989.
100. Patton MQ. *Qualitative research and evaluation methods*. 3 ed. Thousand Oaks, CA: SAGE; 2002.
101. Sale J, Lohfeld L, Brazil K. Revisiting the quantitative-qualitative debate: Implications for Mixed-Methods Research. *Quantity & Quality*. 2002;36:43-53.
102. Morse J. Principles of mixed methods and multimethod research design. In: Tashakkori A, Teddlie C, editors. *Handbook of mixed methods in social & behavioral research*. Thousand Oaks: SAGE; 2003.
103. Onwuegbuzie AJ, Teddlie C. A framework for analyzing data in mixed methods research. In: Tashakkori A, Teddlie C, editors. *Handbook of mixed methods in social & behavioral research*. Thousand Oaks: SAGE; 2003.
104. Strauss A, Corbin J. *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. 2 ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2008.
105. Blumer H. *Symbolic Interactionism. Perspective and Method*. Berkeley: University of California Press; 1998.

106. Lopes CH, Jorge MS. [Symbolic interactionism and the possibility to the interactive care in nursing]. *Rev Esc Enferm USP*. 2005 Mar;39(1):103-8.
107. Dupas G, de Oliveira I, Costa TN. [The importance of symbolic interactionism in nursing practice]. *Rev Esc Enferm USP*. 1997 Aug;31(2):219-26.
108. Glaser BG, Strauss AL. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies of Qualitative Research*. 3 ed. New York: Aldine Transaction; 2008.
109. Morse JM, Richards L. *Readme first for a user's guide to qualitative methods*. Thousand Oaks: SAGE; 2002.
110. Dantas CdC, Leite JL, Lima SBSd, Stipp MAC. Grounded theory - conceptual and operational aspects: a method possible to be applied in nursing research. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2009;17:573-9.
111. Creswell JW, Plano Clark VL, Gutmann M, Hanson W. Advanced mixed methods reserachs designs. In: Tashakkori A, Teddlie C, editors. *Handbook of mixed methods in social and behavioral research*. Thousand Oaks: SAGE; 2003. p. 209-40.
112. Morse JM. Approaches to qualitative-quantitative methodological triangulation. *Nurs Res*. 1991 Mar-Apr;40(2):120-3.
113. Morgan DL. Practical strategies for combining qualitative and quantitative methods: applications to health research. *Qual Health Res*. 1998 May;8(3):362-76.
114. Richardson RJ. *Pesquisa Social: métodos e técnicas*. São Paulo: Atlas; 1999.
115. Lima CT, Freire AC, Silva AP, Teixeira RM, Farrell M, Prince M. Concurrent and construct validity of the audit in an urban brazilian sample. *Alcohol Alcohol*. 2005 2005 Nov-Dec;40(6):584-9.
116. Campa Magallón TeJ, Robazzi ML. [Alcohol consumption among industrial workers in Monterrey, Mexico]. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2005 2005 Sep-Oct;13 Spec No:819-26.
117. Mendoza-Sassi RA, Béria JU. Prevalence of alcohol use disorders and associated factors: a population-based study using AUDIT in southern Brazil. *Addiction*. 2003 Jun;98(6):799-804.
118. Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *Br J Psychiatry*. 1986 Jan;148:23-6.
119. Turato ER. [Qualitative and quantitative methods in health: definitions, differences and research subjects]. *Rev Saude Publica*. 2005 Jun;39(3):507-14.
120. Duarte J. Entrevista em Profundidade. In: Duarte J, Barros A, editors. *Métodos e Técnicas de pesquisa em comunicação*. São Paulo: Atlas; 2006. p. 62-83.
121. Bowen GA. Naturalistic inquiry and the saturation concept: a research note. *Qualitative Research*. 2008 February 1, 2008;8(1):137-52.
122. Sousa FGMd. *TECENDO A TEIA DO CUIDADO À CRIANÇA NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE: DOS SEUS CONTORNOS AO ENCONTRO COM A INTEGRALIDADE*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2008.
123. AMAUC. Associação dos Municípios do Alto Uruguai Catarinense. Concórdia2011 [cited 2011 02/10/2011]; Available from: <http://www.amauc.org.br/home/>

124. IBGE. IBGE Cidades. IBGE; 2011 [cited 2012 05/11/2012]; <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>].
125. Tylor E. Primitive cultures. New York: Harper Torchbooks; 1958.
126. BRASIL. VIGITEL BRASIL 2011: VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS POR INQUÉRITO TELEFÔNICO. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
127. Lindo JL, LaGrenade J, McCaw-Binns A, Eldemire-Shearer D. Health status and health maintenance practices among doctors and nurses at two hospitals in Jamaica. *West Indian Med J*. 2009 Dec;58(6):539-45.
128. Reisdorfer E, Buchele F, Pires RO, Boing AF. Prevalence and associated factors with alcohol use disorders among adults: a population-based study in southern Brazil. *Rev Bras Epidemiol*. 2012 Sep;15(3):582-94.
129. Shaw MF, McGovern MP, Angres DH, Rawal P. Physicians and nurses with substance use disorders. *J Adv Nurs*. 2004 Sep;47(5):561-71.
130. Ursine BL, Trelha CS, Nunes EdFPA. O Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família: uma investigação das condições de trabalho e da qualidade de vida. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. 2010;35:327-39.
131. Kenna GA, Lewis DC. Risk factors for alcohol and other drug use by healthcare professionals. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2008;3:3.
132. Andrade AGd, Oliveira LGd. Principais conseqüências em longo prazo relacionadas ao consumo moderado de álcool. . In: Andrade AGd, ANTHONY J, editors. *Álcool e suas conseqüências: abordagem multiconceitual*. Barueri: Minha Editora; 2009.
133. De Leon J, Rendon DM, Baca-Garcia E, Aizpuru F, Gonzalez-Pinto A, Anitua C, et al. Association between smoking and alcohol use in the general population: stable and unstable odds ratios across two years in two different countries. *Alcohol Alcohol*. 2007 2007 May-Jun;42(3):252-7.
134. Kranzler HR, Amin H, Cooney NL, Cooney JL, Burleson JA, Petry N, et al. Screening for health behaviors in ambulatory clinical settings: does smoking status predict hazardous drinking? *Addict Behav*. 2002 Sep-Oct;27(5):737-49.
135. Lê AD, Corrigan WA, Harding JW, Juzysch W, Li TK. Involvement of nicotinic receptors in alcohol self-administration. *Alcohol Clin Exp Res*. 2000 Feb;24(2):155-63.
136. Chen WJ, Parnell SE, West JR. Nicotine decreases blood alcohol concentration in neonatal rats. *Alcohol Clin Exp Res*. 2001 Jul;25(7):1072-7.
137. Little HJ. Behavioral mechanisms underlying the link between smoking and drinking. *Alcohol Res Health*. 2000;24(4):215-24.
138. Kenna GA, Wood MD. Substance use by pharmacy and nursing practitioners and students in a northeastern state. *Am J Health Syst Pharm*. 2004 May 1;61(9):921-30.
139. Kenna GA, Wood MD. Prevalence of substance use by pharmacists and other health professionals. *J Am Pharm Assoc (2003)*. 2004 Nov-Dec;44(6):684-93.
140. Goffman E. *The Presentation of Self in Everyday Life*. New York: Anchor Books; 1959.
141. Goffman E. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. New York: Touchstone; 1986.

142. Bastos FI, Bertoni N, Hacker MA. [Drug and alcohol use: main findings of a national survey, Brazil 2005]. *Rev Saude Publica*. 2008 Jun;42 Suppl 1:109-17.
143. Raphaelli CdO, Azevedo MR, Hallal PC. Associação entre comportamentos de risco à saúde de pais e adolescentes em escolares de zona rural de um município do Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2011;27:2429-40.
144. Malta DC, Moura EC, Silva SA, Oliveira PP, Silva VL. Prevalence of smoking among adults residing in the Federal District of Brasília and in the state capitals of Brazil, 2008. *J Bras Pneumol*. 2010 Jan-Feb;36(1):75-83.
145. Barreto SM, Giatti L, Casado L, Moura L, Crespo C, Malta DC. [Smoking exposure among school children in Brazil]. *Cien Saude Colet*. 2010 Oct;15 Suppl 2:3027-34.
146. Rosa MSG, Tavares CMdM. A temática do álcool e outras drogas na produção científica de enfermagem. *Escola Anna Nery*. 2008;12:549-54.
147. Lock CA, Kaner E, Lamont S, Bond S. A qualitative study of nurses' attitudes and practices regarding brief alcohol intervention in primary health care. *J Adv Nurs*. 2002 Aug;39(4):333-42.
148. Giddens A. *Modernidade e Identidade*. Rio de Janeiro: Zahar; 2002.
149. Domingues JM. *Teorias Sociológicas do Século XX*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2001.
150. Zanatta MS. *As identidades possíveis na articulação entre a família e o trabalho: um estudo a partir de casais colegas de trabalho [Dissertation]*. Porto Alegre: UFRGS; 2008.
151. Tsai YF, Tsai MC, Lin YP, Weng CE, Chen CY, Chen MC. Facilitators and barriers to intervening for problem alcohol use. *J Adv Nurs*. 2010 Jul;66(7):1459-68.
152. O'Donovan G. Smoking prevalence among qualified nurses in the Republic of Ireland and their role in smoking cessation. *International nursing review*. 2009 Jun;56(2):230-6.
153. Seale JP, Shellenberger S, Boltri JM, Okosun IS, Barton B. Effects of screening and brief intervention training on resident and faculty alcohol intervention behaviours: a pre- post-intervention assessment. *BMC Fam Pract*. 2005 Nov 4;6:46.
154. Pillon SC, Laranjeira RR. Formal education and nurses' attitudes towards alcohol and alcoholism in a Brazilian sample. *Sao Paulo Med J*. 2005 Jul 7;123(4):175-80.
155. Ronzani TM, Higgins-Biddle J, Furtado EF. Stigmatization of alcohol and other drug users by primary care providers in Southeast Brazil. *Soc Sci Med. England*2009. p. 1080-4.
156. Aira M, Kauhanen J, Larivaara P, Rautio P. Differences in brief interventions on excessive drinking and smoking by primary care physicians: qualitative study. *Prev Med*. 2004 Apr;38(4):473-8.
157. Griffiths RD, Stone A, Tran DT, Fernandez RS, Ford K. Drink a little; take a few drugs: do nurses have knowledge to identify and manage in-patients at risk of drugs and alcohol? *Drug Alcohol Rev*. 2007 Sep;26(5):545-52.
158. Lesch OM, Walter H, Wetschka C, Hesselbrock M, Hesselbrock V. *Alcohol and Tobacco: Medical and Sociological Aspects of Use, Abuse and Addiction*. Germany: SpringerWien New York; 2011.

159. Pillon SC, Luis MAV. Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática da enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2004;12:676-82.
160. Schenker M, Minayo MCdS. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2003;8:299-306.
161. Moraes M. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008;13:121-33.
162. Schneider DR. [The horizon of rationality about drug dependency in health services: implications to the treatments]. *Cien Saude Colet*. 2010 May;15(3):687-98.
163. Spohr B, Leitão C, Schneider DR. Caracterização dos serviços de atenção à dependência de álcool e outras drogas na região da Grande Florianópolis. *REvista de Ciências Humanas - UFSC*. 2006(39):219-36.
164. Sabino NDM, Cazenave SdOS. Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas. *Estudos de Psicologia (Campinas)*. 2005;22:167-74.
165. Kaner E, Rapley T, May C. Seeing through the glass darkly? A qualitative exploration of GPs' drinking and their alcohol intervention practices. *Fam Pract*. 2006 Aug;23(4):481-7.
166. Costa RKS, Miranda FAN. O enfermeiro e a Estratégia Saúde da Família: contribuição para a mudança do modelo assistencial. *REvista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. 2008;9(2).
167. Backes DS, Backes MS, Erdmann AL, Buscher A. [The role of the nurse in the Brazilian Unified Health System: from community health to the family health strategy]. *Cien Saude Colet*. 2012 Jan;17(1):223-30.
168. Paulin T, Luzio CA. A Psicologia na Saúde Pública: desafios para a atuação e formação profissional. *Revista de Psicologia da UNESP*. 2009;8(2).
169. Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. . In: MERHY EE, ONOCKO R, editors. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 229-66.
170. Anderson P, Kaner E, Wutzke S, Wensing M, Grol R, Heather N, et al. Attitudes and management of alcohol problems in general practice: descriptive analysis based on findings of a World Health Organization international collaborative survey. *Alcohol Alcohol*. 2003 Nov-Dec;38(6):597-601.

8. Anexos

ANEXO 1 - APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CERTIFICADO Nº 1043

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584/GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

APROVADO

PROCESSO: 1043

FR: 374539

TÍTULO: ANÁLISE DA ARTICULAÇÃO ENTRE OS NASFs E A ESF NA 6ª SDR DO ESTADO DE SANTA CATARINA - DOS DESAFIOS ÀS POTENCIALIDADES PARA A EFETIVAÇÃO DO SUS

AUTOR: Rodrigo Otávio Moretti Pires, Rodrigo Otávio Moretti-Pires

FLORIANÓPOLIS, 13 de Dezembro de 2010.

Coordenador do CEPSH/UFSC

ANEXO 2 - QUESTIONÁRIO DO ESTUDO QUANTITATIVO

Análise da articulação entre os NASFs e a ESF na 6 SDR do Estado de Santa Catarina – Dos desafios às potencialidades para a efetivação do SUS

Questionário Sócio-Demográfico

1. Profissão

- (1) Enfermeiro
- (2) Médico
- (3) Agente Comunitário de Saúde
- (4) Cirurgião Dentista
- (5) Técnico de Enfermagem
- (6) ACD
- (7) THD
- (8) Outra

2. Sexo

- (1) Feminino
(2) Masculino

3. Idade

_____|____ anos

4. Grau de Escolaridade (completo):

- (1) ensino fundamental
(2) ensino médio
(3) ensino superior
(4) especialização
(5) mestrado
(6) doutorado

5. Tempo de trabalho neste serviço (em anos):

- (1) Menos de 1 ano
- (2) Entre 1 e 5 anos
- (3) Entre 6 e 10 anos
- (4) Mais de 10 anos

6. Seu salário atual neste emprego corresponde a seguinte faixa:

- (1) menos de R\$ 465,00
- (2) entre R\$ 465,00 e R\$ 930,00
- (3) entre R\$ 930,00 e R\$ 1.860,00
- (4) entre R\$ 1.860,00 e R\$ 3.000,00
- (5) entre R\$ 3.000,00 e R\$ 5.000,00
- (6) mais de R\$ 5.000,00

7. Há quanto tempo você trabalha neste município?

- (1) Menos de 1 ano
(2) Entre 1 e 5 anos
(3) Entre 6 e 10 anos
(4) Mais de 10 anos

8. Você tem outro emprego além deste?

- (0) Não
(1) Sim

9. Quantos filhos tens, que dependam financeiramente de ti?

- $$\begin{pmatrix} 1 \\ 2 \end{pmatrix}$$

- (3) 3
- (4) mais de 3
- (5) não tenho dependentes

10. Quantos empregos remunerados tens atualmente?

- (1) 1
- (2) 2
- (3) 3
- (4) mais de 3

11. Teu cônjuge trabalha remuneradamente?

- (0) não
- (1) sim
- (2) não tenho cônjuge

12. Tempo de trabalho semanal total, entre todos os empregos (em horas)

- (1) Menos de 20 horas
- (2) Entre 20 e 40 horas
- (3) Entre 40 e 60 horas
- (4) Mais de 60 horas

13. Marque o número de vezes que adoceste, em cada um dos grupos de doenças:

- () Doenças infecciosas e parasitárias
- () Neoplasias
- () Doenças do sangue e órgão Hematopoéticos
- () Doenças endócrinas e metabólicas
- () Doenças nutricionais
- () Transtornos mentais e comportamentais
- () Doenças da pele e tecido subcutâneo
- () Doença bucal
- () Doenças do sistema nervoso
- () Doenças do olho e Doenças do ouvido
- () Doenças do aparelho circulatório
- () Doenças do aparelho respiratório
- () Doenças do aparelho digestivo
- () Doenças osteomusculares
- () Doenças do aparelho geniturinário
- () Gravidez, parto e puerpério
- () Sintomas, sinais e achados inespecíficos
- () Lesões e envenenamento
- () Causas externas de morbidade
- () Acidente de trabalho
- () Causas administrativas
- () Outros _____
- () Não adoeci nos últimos 12 meses

14. Nos últimos 12 meses te levaram a afastamento trabalhista?

- (1) sim
- (0) Não me afastei nos últimos 12 meses

Questionário sobre o Uso de Tabaco

15. Alguma vez experimentou cigarro/tabaco?

- (1) Sim, e gostei
- (2) Não
- (3) Sim e não gostei

16. O (a) Sr.(a) fuma atualmente?

- (1) Sim
- (0) Não

Questionário “Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)”

17. Com que frequência o(a) Sr.(a) consome bebidas alcoólicas?
- (0) Nunca
 - (1) Mensalmente ou menos
 - (2) 2 a 4 vezes por mês
 - (3) 2 a 3 vezes por semana
 - (4) 4 ou mais vezes por semana
18. Pense em um dia em que o(a) Sr.(a) bebe. Quantas doses de sua bebida mais utilizada o(a) Sr.(a) bebe?
- (0) 0 ou 1
 - (1) 2 ou 3
 - (2) 4 ou 5
 - (3) 6 ou 7
 - (4) 8 ou mais
19. Quantas vezes o(a) Sr.(a) toma mais que 6 doses em uma mesma ocasião?
- (0) Nunca
 - (1) Menos do que uma vez ao mês
 - (2) Mensalmente
 - (3) Semanalmente
 - (4) Todos ou quase todos os dias
20. Quantas vezes o(a) Sr.(a) achastes que não conseguirias parar de beber depois de ter começado?
- (0) Nunca
 - (1) Menos do que uma vez ao mês
 - (2) Mensalmente
 - (3) Semanalmente
 - (4) Todos ou quase todos os dias
21. Quantas vezes depois de ter bebido, o(a) Sr.(a) deixou de fazer alguma coisa que normalmente faria?
- (0) Nunca
 - (1) Menos do que uma vez ao mês
 - (2) Mensalmente
 - (3) Semanalmente
 - (4) Todos ou quase todos os dias
22. Quantas vezes o(a) Sr.(a) precisou beber pela manhã para se sentir bem depois de ter bebido na noite anterior?
- (0) Nunca
 - (1) Menos do que uma vez ao mês
 - (2) Mensalmente
 - (3) Semanalmente
 - (4) Todos ou quase todos os dias
23. Quantas vezes o(a) Sr.(a) se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?
- (0) Nunca
 - (1) Menos do que uma vez ao mês
 - (2) Mensalmente
 - (3) Semanalmente
 - (4) Todos ou quase todos os dias
24. Quantas vezes o(a) Sr.(a) não foi capaz de lembrar o que aconteceu depois de ter bebido?
- (0) Nunca
 - (1) Menos do que uma vez ao mês

- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Todos ou quase todos os dias

25. Já aconteceu do(a) Sr.(a) ferir ou magoar alguém ou de se ferir ou se magoar por causa de ter bebido?

- (0) não
- (2) sim, mas não nos últimos 12 meses
- (4) sim, nos últimos 12 meses

26. Algum parente, amigo, médico ou outro profissional já ficou preocupado com a forma que o(a) Sr.(a) bebe ou sugeriu que diminuísse?

- (0) não
- (2) sim, mas não nos últimos 12 meses
- (4) sim, nos últimos 12 meses

Questionário “Self Report Questionnaire (SRQ20)”

27. Tem dores de cabeça freqüentes?

- (1) sim
- (0) não

28. Tem falta de apetite?

- (1) sim
- (0) não

29. Dorme mal?

- (1) sim
- (0) não

30. Assusta-se com facilidade?

- (1) sim
- (0) não

31. Tem tremores nas mãos?

- (1) sim
- (0) não

32. Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?

- (1) sim
- (0) não

33. Tem má digestão?

- (1) sim
- (0) não

34. Tem dificuldade de pensar com clareza?

- (1) sim
- (0) não

35. Tem se sentido triste ultimamente?

- (1) sim
- (0) não

36. Tem chorado mais do que de costume?

- (1) sim
- (0) não

37. Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?

- (1) sim

(0) não

38. Tem dificuldades para tomar decisões?

(1) sim

(0) não

39. Seu trabalho lhe causa sofrimento?

(1) sim

(0) não

40. Sente-se incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?

(1) sim

(0) não

41. Tem perdido o interesse pelas coisas?

(1) sim

(0) não

42. Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?

(1) sim

(0) não

43. Tem tido a idéia de acabar com a vida?

(1) sim

(0) não

44. Sente-se cansado(a) o tempo todo?

(1) sim

(0) não

45. Tem sensações desagradáveis no estomago?

(1) sim

(0) não

46. Você se cansa com facilidade?

(1) sim

(0) não

47. Sente que alguém quer lhe fazer mal?

(1) sim

(0) não

48. Ouve vozes que não sabe de onde vêm? Ou que outras pessoas não podem ouvir?

(1) sim

(0) não

ANEXO 3 - Guia para a coleta de Dados Qualitativos

1 – QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

1. Número da Entrevista:	
2. Município:	Data:
3. Profissão:	
4. Sexo: () Feminino () Masculino	
5. Idade:	
6. Escolaridade: () Fundamental Incompleto () Fundamental Completo () Médio Incompleto () Médio Completo () Superior Incompleto () Superior Completo	
7. Estado Civil () Casado ou com companheiro () Solteiro () Viúvo () Divorciado	
8. Tempo de Trabalho na profissão:	
9. Tempo de Trabalho no município:	
10. Fuma atualmente? () Sim () Não	
AUDIT – ÚLTIMO ANO!	
11. Com que frequência o(a) Sr.(a) toma bebidas alcoólicas? (0) Nunca → QUESTÃO 19 (1) Mensalmente ou menos (2) De 2 a 4 vezes por mês (3) De 2 a 3 vezes por semana (4) 4 ou mais vezes por semana	
12. Quantas doses de álcool o(a) Sr.(a) toma normalmente ao beber? (0) 0 ou 1 (1) 2 ou 3 (2) 4 ou 5 (3) 6 ou 7 (4) 8 ou mais	
13. Com que frequência o(a) Sr.(a) toma cinco ou mais doses de uma vez? (0) Nunca → <i>se a soma das questões 11 e 12 for 0, pule para questão 19</i> (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias	
14. Quantas vezes, desde, <i>abril</i> do ano passado, o(a) Sr.(a) achou que não conseguiria parar de beber depois que começou? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias	
15. Quantas vezes, desde <i>abril</i> do ano passado, o(a) Sr.(a), por causa do álcool, não conseguiu fazer o que o que deveria ter feito? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias	
16. Quantas vezes, desde <i>abril</i> do ano passado, o(a) Sr.(a) precisou beber pela manhã para poder se sentir	

bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias
17. Quantas vezes, desde <i>abril</i> do ano passado, o(a) Sr.(a) se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias
18. Quantas vezes, desde <i>abril</i> do ano passado, o(a) Sr.(a) não conseguiu lembrar o que aconteceu devido à bebida? (0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias
19. O(a) Sr.(a) já causou ferimentos ou prejuízos ao Sr(a) mesmo ou a outra pessoa depois de beber? (0) Não (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses (4) Sim, nos últimos 12 meses
20. Algum parente, amigo ou médico já se preocupou com o fato de o(a) Sr.(a) beber ou pediu que o(a) Sr.(a) parasse? (0) Não (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses (4) Sim, nos últimos 12 meses

2 – ROTEIRO PARA ENTREVISTA:

- Como você percebe o uso de álcool e tabaco nesta comunidade?
- Você realiza atendimento a pacientes usuários de substâncias álcool e tabaco?
- Existe algum tipo de tratamento no município ou região? Como funciona?
- Você tem alguma formação acadêmica específica para trabalhar com este público?
- Se sim, fale como foi. Se não, sente falta?
- A que você atribui o uso e/ou dependência de álcool e tabaco?
- Como você percebe o processo de parada do uso? É possível parar de usar?
- **Que papel estas substâncias têm no seu dia-a-dia?**
- **Como você se sente frente ao usuário de SPA em busca de tratamento? Pode comparar um atendimento a uma pessoa com algum outro problema de saúde comum aqui?**
- **Fale a primeira coisa que vem na sua cabeça quando alguém busca tratamento para uso de álcool ou tabaco...**
- **E com relação ao seu uso...**
- **Você acha que o modo como você usa o álcool e/ou fuma interfere no modo como você assiste as pessoas que buscam atendimento para estes problemas de saúde aqui?**
 - Como?
 - Em que circunstâncias?
 - Exemplifique