**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Valdemir Vieira

**A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO ENFERMEIRO ACERCA
DAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS AOS USUÁRIOS DE
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA**

**São Paulo
2010**

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Valdemir Vieira

**A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO ENFERMEIRO ACERCA
DAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS AOS USUÁRIOS DE
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Cuidado em Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre, sob a orientação da Professora Doutora Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira.

**São Paulo
2010**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER
MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO DE
PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Vieira, Valdemir

A representação social do enfermeiro acerca das práticas assistenciais aos usuários de álcool e outras drogas na estratégia de saúde da família / Valdemir Vieira. – São Paulo, 2010.
182p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profª Associada-Livre Docente Márcia
Aparecida Ferreira de Oliveira

1. Políticas públicas 2. Estratégia de Saúde da Família 3.
Usuários de Álcool e Drogas 4. Reforma Psiquiátrica 5. Política
Nacional de Álcool e Drogas I. Título

DEDICATÓRIA

Aos meus irmãos, Lu, Zézinho, Bel, Leila, Bete, Val e Josi que me motivaram, por meio de palavras ou gestos a prosseguir nesta caminhada e não me deixaram desistir dos meus sonhos...

À minha adorável Mãe que nos ensinou tudo isso e...

Ao meu Pai que certamente estaria muito feliz se estivesse aqui.

AGRADECIMENTOS

A Deus e a energia inefável que nos anima e nos move com desejos e inspirações de um mundo melhor.

Ao fantástico ser humano que o mundo colocou no meu caminho na graduação, na Universidade de Taubaté e que hoje não é apenas minha orientadora, é minha amiga que me anima, me motiva e que amo muito, Dra Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira: uma mulher para lá de especial. Muito obrigado por acreditar em mim e me possibilitar mudar alguns paradigmas, não apenas profissionais como pessoais também.

A minha amiga e irmã, Bianca Cristina Bueno da Silva que não mediu esforços me ajudando na concretização desse sonho.

A todos os meus amigos que me motivaram nessa trajetória, em especial a Cristina Rocha, Dr. Guilherme Brito e Dr. Renata e aos seus filhos Diogo, Guilherme e Carolina.

Aos meus colegas e amigos enfermeiros e médicos de toda a rede municipal de Lorena, tanto do pronto-socorro quanto da atenção básica, em especial, às minhas colegas da estratégia de saúde da família que participaram da entrevista.

À Secretaria Municipal de Saúde de Lorena, por ter possibilitado e entendido a importância deste trabalho, principalmente, por identificar a assistência aos usuários de álcool e outras drogas no município e, através disso, poder construir e implementar uma política pública de saúde para esses indivíduos.

Aos amigos que fiz dentro da EEUSP, principalmente do GEAD (Grupo de Estudos em Álcool e Outras Drogas) pelo companheirismo e apoio, não somente neste projeto, como em outros da minha vida.

A todos os outros professores da EEUSP que me ensinaram muito, motivaram, cobraram e que, direta ou indiretamente, contribuíram para essa realidade como o Dr. Divane de Vargas e Dra Luciana de Almeida Colvero que participaram da minha qualificação e contribuíram com seus apontamentos para a concretização deste estudo.

A todos os funcionários da EEUSP pela ajuda, orientação e motivação, principalmente ao Marcello Baptista e a Silvana Maximiano.

Aos meus sobrinhos, tios, cunhados e primos que vibram e torcem por mim.

Aos amigos da Câmara Municipal de Lorena, Flávia, Regina, Poti, Careca e Verusca, funcionários e vereadores que se sensibilizaram com a causa e a problemática do Álcool e Outras Drogas e entenderam que a bandeira é também uma política e, portanto, uma responsabilidade de todos nós.

HOMENAGEM PÓSTUMA

À Professora Hideko Takeuchi Forcella

Existem pessoas que apenas passam pela nossa vida, outras passam e permanecem por algum tempo, e existem aquelas, muito especiais que, independente do tempo que permanecem, se eternizam em nosso coração!

Era meu desejo que você participasse como examinadora deste estudo, porém, a necessidade da sua presença para outros trabalhos, em outras esferas, prevaleceu.

Foram poucos os nossos momentos juntos, entretanto, foram muitas as alegrias, a intensidade do convívio, e a leveza do aprendizado.

Por tudo isso, onde quer que você esteja... Muito obrigado!

RESUMO

Vieira Valdemir. A representação social do enfermeiro acerca das práticas assistenciais aos usuários de álcool e outras drogas na Estratégia de Saúde da Família. Dissertação (Mestrado). São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2010.

A assistência aos usuários de álcool e outras drogas deve ser contemplada na Atenção Básica por meio da Estratégia de Saúde da Família com a devida retaguarda de serviços especializados. Desta forma, o presente estudo objetivou identificar e analisar a Representação Social do Enfermeiro Acerca das Práticas Assistenciais aos Usuários de Álcool e Outras Drogas na Estratégia de Saúde da Família. Para a análise do significado da representação social do enfermeiro e suas práticas assistenciais, utilizou-se a pesquisa qualitativa e como categoria analítica a Representação Social, à luz dos referenciais da Reforma Psiquiátrica brasileira e da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Da apreensão das falas, emergiram três categorias empíricas: Processo de Trabalho, Processo de Saúde-Doença e Processo de Inclusão e Exclusão Social. Essas categorias permitiram maior compreensão teórica da realidade. As considerações finais centram-se na inexistência de um processo de trabalho sistematizado, em compreensões difusas e, por vezes, mistificadas do adoecer em álcool e outras drogas, no desconhecimento teórico-prático dos profissionais, na dificuldade no acesso aos serviços especializados, permeado pelo estigma social presente no fazer dos enfermeiros.

Palavras-Chave: Política de Saúde, Saúde Mental, Saúde da Família.

ABSTRACT

Vieira Valdemir.. The social representation of the nurse on care of the practices for users of alcohol and other drugs in the Family Health Strategy. Thesis of Master's degree. São Paulo: School of Nursing, University of São Paulo, 2010.

The assistance to users of alcohol and other drugs should be contemplated in Primary Care through the Family Health Strategy, with proper rearguard of specialized services. Thrus, this study aimed to identify and analyze the social representation of the Nurse Practice about the Assistance to Users of Alcohol and other Drugs in the Family Health Strategy. To analyze the significance of the social representation of nurses and their care practices, we used the qualitative research and as an analytical category we used the Social Representation, in the light of Brazilian Psychiatric Reform and of the Health Ministry Policy for Integral Attention to Alcohol and other Drugs users references. The speeches revealed three empirical categories: Work process, Health-Illnesses process and Social Inclusion and Exclusion process. These categories allowed greater theoretical understanding of the reality. The final considerations focus on the lack of a systematic working process, on diffuse understanding and, sometimes, a mystified view about the process of being sick due to the use of alcohol and other drugs, lack of knowledge about professional practices, difficulties accessing specialist services, permeated by social stigma from nursing professionals.

Key- words: Health Policy, Mental Health, Family Health.

ÍNDICE

Apresentação.....	09
I. Introdução.....	15
II. Objetivos.....	38
III. .Revisão da Literatura.....	40
IV. Caminho Metodológico.....	74
1. Marco Teórico-Conceitual.....	75
2. Categoria de Análise.....	89
3. Cenário da Pesquisa.....	96
4. Sujeitos da Pesquisa.....	100
5. Coleta de Dados.....	102
6. Análise dos Dados.....	103
7. Cuidados Éticos.....	104
V. Apresentação e Análise dos Dados.....	106
VI. Considerações Finais.....	155
VII. Referências.....	166
VIII. Apêndices e Anexos.....	178

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Desde minha formação na graduação em Enfermagem e Obstetrícia na Universidade de Taubaté, em 1998, percebi que a questão do álcool e outras drogas era um assunto pouco discutido, mesmo na disciplina de enfermagem psiquiátrica.

Como enfermeiro intensivista e de urgência/emergência, ao trabalhar com os casos de pacientes feridos por armas de fogo ou branca, vítimas de violências urbanas variadas, acidentados de trânsito, vítimas de tentativas de suicídio, entre outros casos, tanto nas UTIs, quanto nos Pronto-Socorros por onde passei, ao ouvir relatos de parentes, amigos e das próprias vítimas, na maioria das vezes, o uso de álcool ou outras drogas estava associado a esses casos. Questionava-me sobre o porquê de não haver uma política de saúde para os usuários de álcool e outras drogas no país e o que era pior, percebia que nós, enquanto profissionais, tínhamos um olhar estigmatizante e preconceituoso para esses pacientes, ainda que velado no nosso meio profissional.

Quando fui trabalhar na atenção básica, em 2002, na Estratégia de Saúde da Família (ESF), tive muitas dificuldades com esse público em questão e não havia um horizonte para a implementação das práticas, embora já houvesse sido aprovada a Lei 10.216 de 06 de abril de 2001, propondo a extinção gradativa dos manicômios e a criação de alternativas para o tratamento dos indivíduos com transtornos mentais, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), com uma modalidade para atenção

aos usuários de álcool e outras drogas – o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e drogas (CAPS ad).

Naquela época, entretanto, os profissionais da ESF na região do Vale do Paraíba-SP não tinham capacitação para o trabalho de saúde mental, alguns, como eu, tínhamos apenas passado pelo curso introdutório para trabalhar na ESF, que não abordava, efetivamente, a saúde mental, sobretudo, dos usuários de álcool e outras drogas, então, encaminhávamos os casos ao serviço de ambulatório.

Nesse momento, eu continuava de forma ainda mais intrigante a me questionar sobre a saúde mental e o problema do álcool e outras drogas e, ainda percebia nas comunidades toda uma dinâmica familiar e comunitária com relação ao tráfico de entorpecentes e a derrota das famílias e instituições para o narcotráfico; o início da popularização entre os usuários dessas comunidades de uma droga ainda pior, tanto do ponto de vista da dependência quanto da saúde física, o *crack*.

A realidade hospitalar, citada anteriormente, passou a ser leve frente à realidade que via agora, pois no hospital convivemos com os problemas do consumo dessas substâncias, atuamos profissionalmente segundo uma lógica de manutenção da vida e recuperação física das consequências advindas do uso do álcool e outras drogas, mas após a alta, o problema vai embora junto com o paciente e essa situação de uso, não resolvida, se mostra com toda sua força e implicações na comunidade.

Com relação ao alcoolismo, observei que o uso do álcool, por ser “lícito” e barato, era um problema visto pela comunidade pelo seu aspecto social (além dos físicos,

obviamente), que incomodava as pessoas ao encontrar os alcoolistas caídos pelas calçadas, ou embriagados pelas ruas com comportamentos que quebravam a norma social, porém, aceitável pelos moradores, enquanto, no contexto familiar o olhar prevalente era dicotômico; ora tornando a convivência nos lares em um ambiente de medo devido às violências cometidas pelos usuários, ora transformando-os em vítimas perplexas e impotentes diante de uma circunstância sem solução e sem perspectivas em relação às instituições de saúde locais, pois naquela época, nós, profissionais de saúde, também não dispúnhamos de referenciais técnicos para trabalhar a questão, apenas a alternativa ambulatorial de referência que nos causava dificuldade no acesso e ineficiência nos resultados.

Neste contexto, consegui com que os voluntários dos alcoólicos anônimos viessem para a unidade de saúde da família e, num esforço conjunto entre a equipe, familiares, usuários e esses voluntários, conseguimos alguns êxitos, embora pequenos, mais animadores e motivadores para o nosso exercício profissional.

Com relação aos usuários de drogas ilícitas, o problema era ainda mais complicado, pois havia os aspectos legais, penais e a rede de narcotráfico, a qual, por vezes, representava a principal fonte de renda de algumas famílias e em alguns casos (a minoria) com a permissão velada dos familiares.

Diante dessa complexidade em trabalhar essas questões, minha inquietação só fazia aumentar e nos anos seguidos, 2001, 2002 e 2003, vimos em Lorena-SP, cidade na mesorregião do Vale do Paraíba, o aumento dos homicídios tomando proporções assustadoras e dramáticas, com manchetes, cada vez mais frequentes nos noticiários

locais, pois a cidade chegou a ser considerada nesses anos, na proporção criminalidade/população, como uma das mais violentas do Estado de São Paulo e, inegavelmente, as drogas foram, sem dúvida, uma das causas desta situação.

Em 2005, com as mudanças no cenário político municipal, houve um incremento nas políticas sociais, na saúde com a expansão da estratégia de saúde da família que de 03 unidades foi para 10, em 2008.

Em 2007, foi implantado o CAPS no município e aumentaram as discussões dos profissionais de saúde e dos demais serviços da administração municipal, das instituições civis e religiosas local, com um trabalho de conscientização voltado para a prevenção, principalmente, dos adolescentes, população mais vulnerável.

Hoje, embora observemos que o número de homicídios tenha decrescido, e muito, na nossa cidade e região, percebemos que o aumento dos acidentes de trânsito, furtos e assaltos, bem como o atendimento aos usuários de álcool e outras drogas nos serviços de urgência/emergência aumentaram.

A política de saúde mental preconizada pela Reforma Psiquiátrica aponta para os serviços de base comunitária e territorializada como um dos principais dispositivos para a reorganização das práticas de saúde mental.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental reporta na atenção básica da estratégia da saúde da família como um dos serviços essenciais para essa nova

diretriz. Os colaboradores, profissionais da saúde na atenção básica, segundo essa lógica, são atores primordiais para a consolidação desse processo.

Diante disso, minha inquietude me levou a refletir este problema, e a pensar na atenção básica como um serviço essencial e mais humanizado na atenção aos usuários de álcool e outras drogas, na aproximação e conhecimento que a equipe tem desses usuários e na lógica da reorganização dessa atenção a partir da ESF, porém, o conhecimento dos enfermeiros com relação a essa clientela é fundamental. Assim, questiona-se: Os enfermeiros das ESF estão preparados para esse trabalho? Esses profissionais detêm o conhecimento para um referencial adequado? Como proporemos que a atenção básica seja a porta de entrada aos usuários de álcool e outras drogas e como os enfermeiros atuarão nesse processo?

Esta reflexão fomentou o interesse para a realização desse estudo, pensando na representação social do profissional enfermeiro de atenção básica como ator dessa nova estratégia de atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Portanto, este estudo tem por objeto a representação social do enfermeiro acerca das práticas assistenciais aos usuários de álcool e outras drogas na estratégia de saúde da família.

INTRODUÇÃO

I – INTRODUÇÃO

Conforme mencionado anteriormente, a problemática envolvendo os usuários de álcool e outras drogas, seus reflexos na sociedade e as dinâmicas dos serviços de saúde sempre me inquietaram.

Tanto na graduação quanto como profissional, trabalhando nos serviços de emergência ou saúde coletiva, senti minha própria dificuldade em trabalhar com esse público em questão, quer fosse pela falta de conhecimentos específicos devido à ausência de conteúdos programáticos envolvendo o tema na graduação, quer fosse por falta de um serviço específico ou um referencial que pudesse nortear as ações enquanto profissional.

Com o advento da reforma psiquiátrica, voltando o olhar para esses usuários com uma política de saúde específica para eles, as inquietações afloraram ainda mais, pois sabemos das dificuldades na construção dos processos das políticas públicas de saúde.

Este estudo se justifica partindo do princípio de que: sendo a atenção básica, por meio das unidades de saúde da família, a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde e, estando os enfermeiros na linha de frente dessas unidades, bem como na família e comunidade, e como a política de saúde para os usuários de álcool e outras drogas inseriu e elegeu esses profissionais como atores fundamentais na assistência, é de primordial importância conhecer a

representação das práticas assistenciais na tentativa de servir de instrumento para aprimorar e, conseqüentemente, consolidar essa política pública de saúde.

Assim, para ampliar o foco dessa problemática, discorreremos brevemente como todos esses aspectos se deram, fazendo um breve histórico para o entendimento de como se construíram essas políticas, bem como da evolução do uso de álcool e outras drogas, na tentativa de melhor entendermos seus agravos individuais e coletivos.

A partir daí trabalharemos a questão central do presente estudo na tentativa de desvelar a “Representação Social do Enfermeiro Acerca das Práticas Assistências aos Usuários de Álcool e Outras Drogas na Estratégia de Saúde da Família”.

***REFORMA SANITÁRIA E
REFORMA PSIQUIÁTRICA***

1- O MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA

A Saúde Pública foi duramente negligenciada durante o período ditatorial, que por muitos foi considerado o principal causador das atuais deficiências brasileiras no que diz respeito às políticas de saúde. Durante o início da ditadura militar não havia participação da população no que se referem às políticas públicas brasileiras, as atividades do Ministério da Saúde se restringia às atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças em caráter universal (Souza, 2002).

Segundo Souza (2002) o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) foi criado pelo regime militar, em 1974, pelo desmembramento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que hoje é o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) e tinha a finalidade de prestar atendimento médico aos que contribuíam com a previdência social, ou seja, aos empregados de carteira assinada e seus dependentes.

Apesar de ter estabelecimentos próprios para os atendimentos, o INAMPS mantinha convênios com a iniciativa privada com remuneração por procedimento, consolidando a lógica de cuidar da doença e não da saúde (Souza, 2002).

Em oposição técnica e política ao regime militar, nasceu dentro do movimento acadêmico, no início da década de 70, do século passado, o movimento da Reforma Sanitária brasileira.

De acordo com Faleiros et al. (2006) inspirado pela Revolução Sanitária Italiana, o Movimento Sanitário se afirmava dentro do Brasil. Foi um dos espelhos das necessidades do país, que teve como suporte intelectual, a construção de um saber militante calcado em grandes marcos teóricos, privilegiando as instituições e a organização do aparato institucional da saúde em detrimento do movimento real da sociedade. Firmou-se como uma luta desencadeada por trabalhadores e intelectuais, bem como alguns partidos políticos que representavam o pensamento progressista brasileiro.

De acordo com Souza (2002) o INAMPS passou por sucessivas mudanças com universalização progressiva do atendimento na década de 80, do século passado, já numa transição com o SUS e a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) foi aberta, em 17 de março de 1986, por José Sarney, o primeiro presidente civil após a ditadura, diferenciando das demais por ter sido a primeira CNS a ter a participação da sociedade. Foi um marco importante na propagação do movimento da Reforma Sanitária, daí resultou a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), um convênio entre o INAMPS e os governos estaduais, e formaram as bases para a seção “Dia da Saúde” da Constituição Brasileira de 5 de outubro de 1988.

Segundo Bertone (2002) a Constituição de 1988 definiu a saúde como "direito de todos e dever do Estado". O SUS foi implantado definitivamente com a Lei Orgânica da Saúde nº 8080 de 19 de setembro de 1990 e o controle social que assegura a participação popular na gestão do serviço foi garantido pela Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990.

“Políticas públicas podem ser definidas como conjuntos de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público. São também definidas como todas as ações de governo, divididas em atividades diretas de produção de serviços pelo próprio Estado e em atividades de regulação de outros agentes econômicos” (Lucchese, 2004).

De acordo com Lucchese (2004), a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 determina que a saúde é direito de todos e dever do Estado e as políticas públicas de saúde orientam-se conforme a Constituição Federal promulgada neste ano, pelos princípios de universalidade e equidade no acesso às ações e serviços e pelas diretrizes de descentralização da gestão, de integralidade do atendimento e de participação popular, na organização de um sistema único de saúde no território nacional.

2- O MOVIMENTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

O processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo da eclosão do “movimento sanitário”, nos anos 70, do século passado, que culminou com a criação e implantação do SUS, conforme mencionado anteriormente.

De acordo com o Ministério da Saúde (2005) o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria, marcada por movimentos nacionais e internacionais de intelectuais e trabalhadores com o objetivo de mudar a assistência vigente na época, anos de 1970, que era hospitalocêntrica asilar.

“Fundado, ao final dos anos de 1970, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, por um lado, e na eclosão, por outro, dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é maior do que a sanção de novas leis e normas e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde” (Ministério da Saúde, 2005).

Para o Ministério da Saúde (2005) a Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal,

nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios.

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (2005), a III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em dezembro de 2001, em Brasília, consolidou a Reforma Psiquiátrica como política de governo, conferindo aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência, defendendo a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas e estabelecendo o controle social como garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Soares e Tonázio (2005), citam que após 12 anos de tramitação no congresso nacional é aprovada a Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001, de autoria do Deputado Paulo Delgado, propondo a extinção gradativa dos manicômios e a criação de uma rede de serviços substitutivos para a assistência e tratamento dos indivíduos portadores de transtornos mentais, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), tendo como premissa o resgate social desses indivíduos e, conseqüentemente, a melhoria em sua qualidade de vida.

3 – SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

“Muito embora os CAPS(s) sejam estratégicos, não são os únicos tipos de serviços em Saúde Mental. Os serviços devem ser desenvolvidos dentro de uma rede de cuidados, tais como: residências terapêuticas, ambulatorios, centros de convivência, clubes de lazer e, principalmente, a atenção básica” (Ministério da Saúde, 2004).

A reorganização na atenção básica por meio da Estratégia da Saúde da Família (ESF) e dos novos serviços substitutivos em saúde mental como o CAPS, marca um progresso indiscutível da política do SUS.

De acordo com o Ministério da Saúde (1998), com a implantação da Estratégia de Saúde da Família em 1994, o Ministério da Saúde se propôs, além de reorganizar a prática na atenção básica, também a substituir o modelo tradicional de pouca eficiência na resolução dos problemas de saúde, priorizando ações de vigilância, prevenção, promoção e recuperação da saúde de forma integral e contínua, dentro de uma área de abrangência e como o próprio nome diz, num contexto familiar.

O relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental propõe a capacitação em saúde mental para a rede básica de saúde:

“Integração do programa municipal de saúde mental com o Programa de Agentes Comunitários PACS/ESF, garantindo o papel da equipe multidisciplinar de saúde mental na condição de assessoria, capacitação, consultoria, atendimento e supervisão das equipes dos referidos programas” (Brasil, 2002).

Quando não houver competência das equipes do PACS/ESF, os casos deverão ser redirecionados para serviços mais complexos:

“... normatizar e realizar programas de capacitação para as equipes de PACS/ESF, em parcerias das universidades com os órgãos do SUS, de forma a garantir o desenvolvimento de uma prática de saúde com integralidade e a incorporação dessas equipes à rede de saúde mental. Esta capacitação deverá contemplar tanto aspectos técnicos (relativos à promoção da saúde, assistência e reabilitação social), e relativos à humanização das práticas, quanto àqueles relacionados à mudança de concepção da comunidade acerca do sofrimento psíquico” (Ministério da Saúde, 2002).

Para Pereira, Machado e Nascimento (2008), a Estratégia de Saúde da Família mostra-se como um instrumento fundamental no processo de transformação da assistência em saúde mental, uma vez que possibilita maior aproximação entre o usuário, a família, os profissionais e toda a comunidade. No entanto, estando a Estratégia de Saúde da Família em desenvolvimento, a saúde

mental tem sido pouco contemplada nos programas de capacitação, dificultando a efetivação da assistência que tem o domicílio como espaço terapêutico, o que solicita a formação de rede de apoio e efetivas parcerias que se relacionem, visando à melhoria da qualidade de vida. Assim, há muito a ser pensado, enfrentado, ampliado e, principalmente, construído para a assistência em Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família.

Nesse panorama, além dos transtornos psíquicos, as equipes de saúde da família ainda têm as questões dos usuários e dependentes de álcool e outras drogas, presentes nas pessoas das comunidades de suas abrangências, fato que motivou o presente estudo.

BREVE HISTÓRICO SOBRE

O ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

4 – BREVE HISTÓRICO SOBRE O USO DO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.

4.1 Breve Histórico Sobre o Uso do Álcool

O uso excessivo de álcool é tão antigo quanto à história da humanidade. Quando “Noé, que era um agricultor, após o dilúvio plantou uma vinha. Tendo bebido vinho, embriagou-se, e apareceu nu no meio de sua tenda” (Gênesis, 9,20).

4.1.1 Na Pré-História

Na pré-história, os registros arqueológicos revelam que os primeiros indícios sobre o consumo de álcool pelo ser humano datam de aproximadamente 6000 anos a.C., sendo, portanto, um costume extremamente antigo e que tem persistido por milhares de anos. A noção de álcool como uma substância divina, por exemplo, pode ser encontrada em inúmeros casos na mitologia, sendo talvez um dos fatores responsáveis pela manutenção do hábito de beber, ao longo do tempo (Brasil, 2008).

4.1.2 Idade Antiga

Segundo Laranjeira e Pinsky (2005), na antiguidade, o consumo de álcool nas civilizações gregas e romanas é bem conhecido. Ele era utilizado tanto pelo seu valor alimentício, quanto para festividades sociais. Predominavam as bebidas

fermentadas como vinho e cerveja. Regava as festas a Dionísio (Grécia), Baco (Roma), mas não há registros que a embriaguez fosse constante.

Ainda, citando Laranjeira e Pinsky (2005), os mais antigos documentos da civilização egípcia descrevem o uso do vinho e da cerveja. A medicina egípcia, respeitada em toda a região mediterrânea, usava essências alcoólicas para uma série de moléstias, enquanto meio embriagado, contra dores e como abortivo. O vinho entre os egípcios era bebido em honra à deusa Isis. O consumo de cerveja pelos jovens era comum; muitos contos, lendas e canções de amor relatam os seus poderes afrodisíacos. O seu uso social e festivo era bem tolerado, embora, já no Egito, moralistas populares se levantassem contra o seu abuso "por desviar os jovens dos estudos". A embriaguez, no entanto, era tolerada apenas quando decorrente de celebrações religiosas, onde era considerada normal ou mesmo estimulada.

"Na Babilônia 500 a.C., a cerveja era ofertada aos deuses. Nas culturas da Mesopotâmia, as bebidas alcoólicas existiram, com certeza, no final do segundo milênio a.C.; aos poucos, a cerveja à base de cereais foi substituída por fermentados à base de tâmaras. Durante longos períodos, o consumo de vinho foi proibido para as mulheres, interdito do qual testemunham também os relatos bíblicos. O vinho é, até nos dias de hoje, parte integrante de cerimônias católicas e protestantes, bem como no judaísmo, no candomblé e em outras práticas espíritas" (Laranjeira e Pinsky, 2005).

4.1.3 Idade Média

Para Marques (2001), a comercialização do vinho e da cerveja cresce durante este período, assim como sua regulamentação. A intoxicação alcoólica (bebedeira) deixa de ser apenas condenada pela igreja e passa a ser considerada um pecado por esta instituição.

4.1.4 Idade Moderna

Ainda, citando Marques (2001), durante a Renascença passa haver a fiscalização dos cabarés e tabernas, sendo estipulados horários de funcionamento destes locais. Os cabarés e tabernas eram considerados locais onde as pessoas podiam se manifestar livremente e o uso de álcool participa dos debates políticos que mais tarde vão desencadear na Revolução Francesa.

Segundo Brasil (2008), com o advento do processo de destilação, introduzido na Europa pelos árabes nesse período, surgiram novos tipos de bebidas alcoólicas, que passaram a ser utilizadas. Nessa época, a bebida destilada passou a ser considerado um remédio para todas as doenças, pois “dissipavam as preocupações mais rapidamente que o vinho e a cerveja, além de produzirem um alívio eficiente da dor, surgindo, então, a palavra uísque (do gálico usquebaugh, que significa “água da vida”).

4.1.5 Idade Contemporânea

Para Edwards et al. (1994), o fim do século XVIII e o início da Revolução Industrial é acompanhado de mudanças demográficas e de comportamentos sociais na Europa. Após a Revolução Industrial, houve um grande aumento na produção, consumo e variedades de bebidas alcoólicas, a produção antes artesanal, passou a industrial, aumentando a quantidade no mercado, barateando o preço e, conseqüentemente, aumentando o consumo. É durante este período que o uso excessivo de bebida passa a ser visto por alguns como uma doença ou desordem.

Segundo Carlini-Cotrim (1995), nos Estados Unidos no final do século XVIII, o uso do álcool passou a ser considerado um problema, surgindo expressões como degenerado, subjugado à bebida e fracos de caráter. A cultura e religião protestantes começam a ver no consumidor um problema social. Dessa forma, podem-se distinguir duas fases: a primeira, que faz do bebedor uma vítima e a outra que transforma a vítima em vilão. O foco sai da bebida e passa ao bebedor.

De acordo com Marques (2001), ainda no início e na metade do século XIX alguns estudiosos passam a tecer considerações sobre as diferenças entre as bebidas destiladas e as bebidas fermentadas, em especial o vinho.

Neste sentido e segundo Viala-Artigues, Mechetti (2003), Pasteur em 1865, não encontrando germes maléficos no vinho declara que esta é a mais higiênica das bebidas.

Para Fortes (1975), durante o século XX, países como a França passam a estabelecer a maioria de 18 anos para o consumo de álcool e em janeiro de 1920, os Estados Unidos decreta a lei seca, houve uma proposta de coibição legal do uso de bebidas alcoólicas, chamada Lei Seca que proibia a fabricação, venda, troca, transporte, importação, exportação, distribuição e posse e consumo de bebida alcoólica. Teve a duração de 12 anos e seu fracasso deu-se devido a pressões econômicas que fácil e vitoriosamente se interpuseram, além de que o próprio consumidor encontrou uma forma sutil e prática para alimentar suas necessidades, o contrabando. Ainda, nos países onde predominam a Religião Islâmica, a produção e ingestão de bebidas alcoólicas são estritamente proibidas.

Os índios brasileiros produziam o *cauim*, uma bebida alcoólica feita da mastigação de mandioca, ou suco de frutos, fervidos em recipiente de cerâmica. Raminelli (2005) mostra a percepção de colonos e missionários quanto ao emprego da bebida nos rituais de tupis. A produção de caçhaça ou aguardente (popular pinga) no Brasil é relatada desde o início do cultivo da cana de açúcar, no século XVII.

Segundo Sáad (2001), durante o século XVIII e XIX o Brasil passou a ter alguns movimentos de repressão ao uso do álcool.

De acordo com Pereira (2009) citando Costa (2007), em 1923 foi fundada a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) por Gustavo Riedel, no Rio de Janeiro, com a finalidade de melhorar a qualidade da assistência dispensada aos doentes, com a renovação dos quadros profissionais e dos estabelecimentos psiquiátricos. Os médicos que constituíam a Liga tinham uma formação francesa, embora a prática fosse pautada na Psiquiatria alemã. O pensamento psiquiátrico vigente considerava o alcoolismo como uma doença hereditária e que deveria ser tratada e prevenida através de medidas eugênicas.

“No Brasil, os psiquiatras da Liga Brasileira de Higiene Mental acreditavam numa Psiquiatria universal, e a atitude preventista transformou a Psiquiatria em veículo de propaganda ideológica do nazismo. Aceito o pressuposto de que a eugenia era um conceito científico e, portanto, inquestionável os psiquiatras Brasileiros passaram a pedir a esterilização sexual dos indivíduos doentes, casamentos eugênicos, exames pré-nupciais eugênicos, pregar o desaparecimento da miscigenação racial, a exigir que se proibisse a migração de não-brancos, a solicitar a instalação de tribunais de eugenia e de salário-paternidade eugênico, entre outros. Assim, o alcoolismo tornou-se a causa de pobreza e decadência moral, porque tinha maior prevalência nas camadas mais pobres da sociedade” (Costa, 2007).

4.1.6 Atualidade

Hoje, as bebidas alcoólicas tem sua venda proibida para menores de 18 anos na maioria dos países como o Brasil e tem sua divulgação veiculada amplamente pela mídia. Para Ramos (2003), a opinião pública nas sociedades como fonte de informação e determinante de crenças e atitudes sobre determinado assunto é fundamental e, ao longo da história, a opinião pública tem deixado de ser difundida pelo encontro direto entre pessoas ou grupos e a mídia de massa se torna o mediador e divulgador de idéias sobre determinados eventos. A imprensa é o principal agente da opinião, tendo seu alcance e poder de influência aumentada.

Em um estudo sobre a mídia e drogas, Ronzani et al (2009) diz que:

“Foram pesquisados artigos sobre drogas em uma revista de circulação nacional, entre 1999 e 2003, através de análise de conteúdo. Foram encontrados 481 artigos. A subcategoria "consumo" foi a mais abordada, sendo as drogas mais citadas: cocaína (21%), maconha (19%), álcool (12%) e cigarro (12%). Quanto à categoria "saúde", o cigarro apresentou 57% dos artigos relacionados aos "malefícios do uso", enquanto o álcool foi caracterizado pela ambivalência (ocorrências iguais para benefícios e malefícios) e associado à dependência (23%); no tocante à cocaína, mais ocorrências relacionaram-se ao tráfico (30%). De modo geral, a cocaína e a maconha receberam

destaque da mídia, enquanto o álcool e solventes tiveram pouco destaque em comparação aos dados epidemiológicos de uso. Percebe-se que existe uma incompatibilidade entre o enfoque da mídia e o consumo de drogas no Brasil, fato que pode influenciar as crenças das pessoas sobre determinadas substâncias e as políticas públicas sobre drogas no Brasil” (Ronzani et al, 2009).

Segundo Brasil (1940), o código penal de 1940 trata de forma repressiva a questão do alcoolismo, fundamentando na punição a forma de expiação e recuperação, tratando a questão sob a responsabilidade da justiça que assume a responsabilidade pelo alcoolista e depois pelo usuário de drogas, condicionando-os como viciados, potencialmente inclinados para o mal e para o crime, devendo ser apartados do convívio social.

De acordo com Pereira (2009), citando Sáad (2001), na década de 1950, quando surge a dupla inserção do dependente como doente e marginal, desaparece a preocupação com o álcool para dar lugar às novas drogas ilegais que entram no país. “O viciado é doente e criminoso ao mesmo tempo”.

Ainda, de acordo com Sáad (2001), a Lei n 10.216, sancionada em 06 de abril de 2001, foi um divisor de águas em relação à atenção aos usuários de álcool e outras drogas, embora não tenha significado uma real mudança de paradigma, pois do ponto de vista da sociedade brasileira, percebe-se que a dependência de drogas se constitui um problema moral e de caráter.

4.2 Breve Histórico Sobre o Uso de Outras Drogas

De acordo com Martins (2007), perde-se nos tempos a tradição do consumo de drogas de acordo com a cultura de cada povo. Usadas para a nutrição física ou pelo poder curativo ou para alimentar sonhos ou alcançar o transcendente, influenciar o humor, buscar a paz, excitação ou para abstrair do mundo que o cerca e o perturba em dado momento da sua existência.

“Esses povos e culturas, em seus rituais, acreditavam entrar em contato com forças da natureza e suas divindades e o uso de plantas alucinógenas tem significado de ritual religioso, de cura ou, simplesmente, para provocar alucinações em diversas tribos indígenas de diversos países até hoje” (Martins, 2008).

De acordo com Brasil (2008), no Brasil, o Xamã (pajé), chefe religioso das tribos indígenas, consome alucinógenos para entrar em contatos com os espíritos que o ajudarão a curar doenças, proteger a comunidade contra ataques mágicos e propiciar bem-estar, boas caçadas etc. Os alucinógenos são propriedades coletivas e não individuais, e seu uso deve propiciar harmonia ao invés de desavença, paz ao invés de contestação.

Ainda de acordo com Brasil (2008), na década de 60, do século passado, com o movimento hippie, as drogas tiveram o seu uso popularizado. Essa revolta sócio-cultural contra os valores capitalistas sedimentados no cotidiano dessa nova ordem social colocava, em segundo plano, os sentimentos mais íntimos e as

necessidades místico-religiosas. Opondo-se ao alheamento da sociedade industrial, os hippies incluíram o uso de tais drogas em sua contestação à procura do "flower-power" (poder das flores), aumentando os seguidores desse movimento. Paradoxalmente, o comércio das drogas lícitas e ilícitas, representa um grande mercado consumidor e, no caso das drogas ilícitas, esse comércio é dominado pelo tráfico.

OBJETIVOS

II. OBJETIVO

O objetivo deste estudo é identificar e analisar a Representação Social do profissional enfermeiro acerca das práticas assistenciais ao usuário de álcool e outras drogas, na Estratégia de Saúde da Família.

REVISÃO DA LITERATURA

III-REVISÃO DA LITERATURA

1- EVOLUÇÃO E CONCEITO SOBRE A DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

De acordo com Sáad (2001), Nos Estados Unidos entre os séculos XVII e XVIII, o consumo de bebidas alcoólicas era muito elevado e considerado motivo de orgulho. Ao final do século XVIII, começam a surgir as descrições de pais de família chegando a casa embriagado, espancando esposa e filhos. Homens trabalhadores perdendo emprego e dinheiro por conta do consumo excessivo de bebidas alcoólicas e as discussões de que o alcoolismo seria uma doença.

De acordo com Room (1983), na primeira metade do século XIX consolidou-se o modelo de doença, que objetivava tratar as complicações advindas do uso crônico do álcool e debelar os preconceitos, os estigmas morais e a vergonha que acompanhavam esse contexto e, conseqüentemente dificultavam a busca pelo tratamento.

Jaffe (1993) diz que no final deste mesmo século alguns outros pesquisadores iniciaram uma discussão acerca do abuso de outras substâncias como os opiáceos, o café e o tabaco, sugerindo que esse comportamento poderia estar relacionado a uma vulnerabilidade individual, independente de ter sido herdada ou adquirida.

Foi no ano de 1952 com a primeira edição do DSM-I (Manual Diagnóstico e Estatístico das Desordens Mentais) da Associação Psiquiátrica Americana (APA) que o alcoolismo passou a ser tratado como doença.

No ano de 1967, o conceito de doença do alcoolismo foi incorporado pela Organização Mundial de Saúde à Classificação Internacional das Doenças (CID-8), a partir da 8ª Conferência Mundial de Saúde. No CID-8, os problemas relacionados ao uso de álcool foram inseridos dentro de uma categoria mais ampla de transtornos de personalidade e de neuroses. Esses problemas foram divididos em três categorias: dependência, episódios de beber excessivo (abuso) e beber excessivo habitual.

Inicialmente esses manuais relacionavam o uso abusivo do álcool a problemas psicológicos ou de personalidade, no entanto, os manuais subsequentes ampliaram os critérios que determinavam essa disfunção. Até então os critérios eram focados em questões apenas relativas ao psiquismo, a partir dessa ampliação passaram a serem levados em consideração os efeitos físicos do uso crônico do álcool e de outras substâncias psicoativas e psicotrópicas, com a introdução dos sintomas da abstinência.

Segundo Edwards e Gross (1976), a partir de 1970 a visão de que um indivíduo era reconhecido como “alcoólatra” ou “não-alcoólatra” foi ampliada por Edwards e Gross que propuseram o conceito de “Síndrome de Dependência do Álcool”, logo a dependência passou a ser entendida como um conjunto de sintomas e sinais decorrentes do uso disfuncional das substâncias.

Em 1977 a Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a definir a dependência de álcool como uma síndrome de gravidade contínua, e publicou um relatório no qual distingue duas categorias muito claras dessa disfunção: a dependência e o abuso. Em 1980 o DSM -III apresentou essa diferenciação tanto com relação ao álcool quanto a outras substâncias psicoativas.

Nos manuais subsequentes como o DSM-IV e a CID-10 o conceito de síndrome da dependência se consolidou, contudo ambos reduziram o número de sintomas para o estabelecimento do diagnóstico de dependência e aumentaram o período em que o indivíduo apresentava a sintomatologia, para determinar a instalação da síndrome.

O uso abusivo e a dependência de outras substâncias, estimulantes ou perturbadoras do Sistema Nervoso Central passaram a ser considerado e mais detalhadamente descrito nas versões mais recentes desses instrumentos diagnósticos, e a partir dos anos de 1960 o aumento dessas substâncias desencadeou o aumento dos estudos e pesquisas no que se refere a seus mecanismos de ação e possibilidades de tratamento.

Jaffe (1993) diz que, invariavelmente, o entendimento do uso abusivo do álcool e outras drogas está relacionado a uma multifatoriedade, se levarmos em consideração as interferências culturais, sociais, políticas e religiosas, contudo, apesar disso, em países como a Nigéria os problemas oriundos desse fenômeno, o uso do álcool, ainda são considerados a partir da visão mística, ou seja, pela influência dos maus espíritos.

Quanto às propostas de tratamento para a dependência de álcool e outras drogas, estas são inúmeras, e são consequência de uma evolução conceitual resultante de muitos estudos quanto à origem e assimilação desse fenômeno nas mais diversas culturas. A Psicologia e a Sociologia, bem como a Medicina, tem se ocupado desse tema.

Partindo do princípio de que a etiologia da dependência se dá em diversas dimensões, não poderíamos deixar de considerar o diagnóstico e os tratamentos senão pela mesma ótica.

Os tratamentos especializados ao uso abusivo de álcool e outras drogas se sistematizaram a partir do século XIX, quando a ênfase do tratamento era o modelo médico, muito embora os problemas relacionados ao uso do álcool tenham suas origens na Antiguidade, época em que as intervenções eram influenciadas pela religião e pelos rituais, e que os asilos eram as instituições depositárias.

Os “Alcoólicos Anônimos” sistema que tinha como proposta a participação do indivíduo em grupos de ajuda mútua surge nos Estados Unidos, por volta de 1935. Nessa época era reintroduzido o conceito de doença, em detrimento do conceito moral, que até então era predominante em muitos países. O movimento dos Alcoólicos Anônimos acompanhou essa transição, e embora no início fosse ligado ao Cristianismo, foi se adaptando a outras culturas e passou a ser, posteriormente, um coadjuvante importante de serviços de saúde na Europa e Estados Unidos (Makela, 1991).

Na década de 1940, o movimento da Temperança, os Alcoólicos Anônimos (AA) e o modelo médico influenciaram e formataram o tratamento aos dependentes de álcool, sendo comum a todos eles a premissa de que a abstinência era a única meta possível.

Sob a influência da Psiquiatria e da Neurologia, nos anos seguintes o modelo médico se expandiu e tornou-se preponderante, considerando também o papel da família e da sociedade no seu desenvolvimento, em decorrência disso a internação foi amplamente utilizada (Miller et al., 1991).

A partir dos anos de 1970 a proposta de tratamentos hospitalares deixou de ser a preferida devido a preocupações econômicas, passando os modelos de tratamentos ambulatoriais, por serem mais baratos, os oferecidos, principalmente aos pacientes mais jovens e em estágios iniciais do processo de doença (Edwards et al., 1977).

Na década seguinte levantaram-se discussões sobre novas propostas de tratamento em razão das mudanças sociais e econômicas, na tentativa de adequar as intervenções. Simultaneamente ocorre a expansão da terapia química aversiva, da terapia familiar sistêmica, das comunidades terapêuticas, das internações domiciliares e do acompanhamento terapêutico, entre outras abordagens.

Essa tendência mundial para o tratamento da dependência química é acompanhada pelo Brasil, e a utilização de psicoterapias breves é o que se

encontra em serviços especializados, que pesquisam a efetividade das intervenções, sendo a psicoterapia e a farmacoterapia iniciativas associadas nos centros nacionais de pesquisa e assistência (Marques, 2001).

“Assim, o tratamento do dependente depende, fundamentalmente, do conceito de dependência química adotado, de sua assimilação pela cultura e pela política, do tipo de substância utilizada, da motivação e da predisposição biológica do indivíduo, além da participação de sua família e dos grupos sociais que permeia. Sendo um fenômeno tão complexo, depende também de uma boa avaliação inicial de cada caso pelo serviço que, por meio de um diagnóstico cuidadoso, possa estabelecer um pareamento adequado com os vários tipos de tratamento existentes” (Marques, 2001).

2 – ASPECTOS GERAIS SOBRE ÁLCOOL E DROGAS

2.1- Produção e Consumo

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2001), o consumo de substâncias alcoólicas vem crescendo rapidamente em algumas regiões em desenvolvimento, tendendo para o agravamento de problemas sociais e de saúde, decorrentes a ele.

Segundo Brewer e Swahn (2005), o beber pesado episódico ou beber freqüente expõem o bebedor a situações de risco, tais como danos à saúde física, sexo desprotegido, gravidez indesejada, infarto agudo do miocárdio, overdose alcoólica, quedas, violência (incluindo brigas, violência doméstica e homicídios), acidentes de trânsito, comportamento anti-social na família e trabalho e dificuldades escolares, tanto em jovens como na população em geral, aumentando os danos relacionados ao álcool.

Para Meloni e Laranjeira (2004), alguns dados sobre produção e consumo de bebidas alcoólicas são importantes para entendermos panorama mundial. Alguns dados foram compilados pela própria indústria de bebidas.

Segundo esses dados, a China é o maior produtor e consumidor de destilados do planeta (725 milhões de litros de baijiu produzidos e comercializados), seguida pela Rússia, que ostenta um consumo estimado em

350 milhões de litros de vodka por ano. O Brasil ocupa, com sua cachaça, uma preocupante quarta colocação na ordem dos maiores produtores mundiais de destilados, com algo em torno de 200 milhões de litros comercializados ao ano, sendo 195 milhões consumidos no mercado interno, porém, a densidade populacional brasileira é muitas vezes inferior à asiática, os números anteriormente o que é um alerta sobre o potencial de riscos envolvendo a produção e o consumo de bebidas alcoólicas no Brasil.

“Esse aumento do consumo é devido a diversos fatores, incluindo, propaganda, preço e disponibilidade. Em nações em desenvolvimento, a produção de bebidas alcoólicas tende a ter um preço baixo. Evidentemente que esta é uma estratégia de marketing devido à baixa renda da população local, considerando que os custos com os gastos de fabricação são menores. Como resultado tem-se o acesso e consumo aumentados. No Brasil, um frasco de 1litro de pinga, com concentração de (álcool de 40%), custa U\$ 0,50, e uma lata de 350 ml da cerveja custa U\$ 0,20. Comparativamente, uma lata de 350 ml de cola (refrigerante) custa U\$ 0,40, e um frasco de 1 litro de leite custa U\$ 0,90. A disponibilidade física é outro fator igualmente importante, pois dados da indústria brasileira indicam que há 1 milhão pontos de venda de bebidas alcoólicas no país, aproximadamente um ponto de venda para cada 170 habitantes” (Laranjeira, 2006).

De acordo com Grunbaum et al. (2004), o beber pesado episódico (BPE) entre estudantes de graduação nos Estados Unidos tornou-se o maior problema de saúde pública em jovens residentes naquele país. Aproximadamente metade dos estudantes de graduação norte-americanos refere ser "bebedor freqüente" e aproximadamente 60% desses bebedores, sem idade permitida por lei para beber, tiveram pelo menos um episódio de beber pesado episódico no último mês.

Silveira et.al.(2008), cita estudo de Wilsnack et al. (2000), onde os dados de países europeus e escandinavos apresentaram porcentagens ainda maiores de BPE, embora o conceito de BPE varie entre os estudos, ou seja, de quatro ou mais até dez ou mais doses de álcool consumidas de uma só vez. A diferença nos critérios utilizados pode explicar as variações nas taxas de prevalência, que vão de 92% na Ucrânia a 8,8% em Israel, para os homens, e de 38,6% na Suíça a 3% em Israel, para as mulheres.

De acordo com Hibell et al.(2000), um importante estudo realizado em escolas de 18 países europeus apontou para um aumento da prevalência de beber pesado episódico, particularmente entre adolescentes de 15 anos de idade entre 1995 e 1999.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2004), no Brasil, o consumo per capita de álcool em 2004, incluindo o consumo não registrado, foi de 8,32 litros de álcool puro por adulto.

Para Aduaneiras (2007), a produção de cerveja lidera o mercado interno e externo de bebidas alcoólicas. Entre os produtos processados, a exportação de cerveja em 2005 ficou em 2º lugar, saltando em 125,1% com relação ao ano anterior. Os dois grandes pólos para as microcervejarias são: o Estado de São Paulo e a região Sul, nos quais a colonização europeia deixou de herança as técnicas de fabricação artesanal.

Com relação às drogas, segundo Coggiola (2008), a América Latina participa do narcotráfico na qualidade de maior produtora mundial de cocaína, e um de seus países, a Colômbia, detém o controle da maior parte do tráfico internacional (a pequena parte restante é dividida entre a máfia siciliana e a Yakuza japonesa). No Peru e na Bolívia, parte da produção de coca é legal e destina-se ao consumo tradicional (mastigação das folhas para combater os efeitos da altitude), à indústria (chás e medicamentos) e à exportação (o Peru exporta 700 toneladas de folhas de coca por ano para a Coca-cola) e a coca representa 75% do PIB boliviano.

Ainda, segundo Coggiola (2008), para os Estados Unidos, maior mercado consumidor da droga, bilhões de dólares têm sido gastos na guerra aos traficantes, e igual quantia tem sido perdida em consequência do vício dos cidadãos norte-americanos (gastos com reabilitação, perdas na produção, aumento da criminalidade etc.), mas por outro lado gera dividendo na ordem de 250 bilhões de dólares com a venda de insumos químicos ao narcotráfico pelas indústrias americanas.

Segundo Rodriguez et. al. (2008), o negócio das drogas só é superado pelo tráfico de armas e, atualmente, a droga é o principal problema mundial, assim, como o terrorismo. Em 2002 morreram aproximadamente 52 mil pessoas nos Estados Unidos devido as drogas e as perdas econômicas em produtividade passaram de 12 milhões de dólares.

De acordo com Pino (2003), a partir de 1989 aumentou sensivelmente o uso de drogas em Cuba, principalmente, nas províncias de Santiago de Cuba, Granma e Guantanamo que foram fortemente afetadas por esse problema, que de incipiente passou a ser preocupante. A idade média para o início do consumo é entre 14 e 25 anos e 85% dos consumidores são do sexo masculino.

Para Bastos et. al. (2008), num estudo sobre o consumo de álcool e drogas no Brasil com 5040 entrevistados de ambos os sexos entre 16 e 65 anos em 2005 concluiu que o álcool foi a substância mais frequentemente utilizada, com relato de uso regular, na vida, por 18% dos entrevistados. O consumo de drogas ilícitas foi referido por 9% dos entrevistados, especialmente, maconha e cocaína aspirada, com uso de drogas injetáveis infrequente. O uso de cocaína aspirada e de maconha (nos últimos 12 meses) declinou, comparados aos resultados de pesquisa similar realizada em 1998. Histórico de abuso sexual constituiu fator de risco do consumo de drogas e uso regular de álcool. Alguns dados importantes foram encontrados também tais com: o papel da religião formação do entrevistado, ser branco e do sexo feminino se mostraram protetores frente ao consumo regular de álcool, particularmente prevalente entre homens mais velhos.

As ausências de lazer e de práticas religiosas atuais se mostraram associadas ao consumo de drogas.

2.2 Aspectos sociais

Ainda os problemas sociais relacionadas ao álcool incluem: vandalismo; desordem pública; problemas familiares, como conflitos conjugais e divórcio; abuso de menores; problemas interpessoais; problemas financeiros; problemas ocupacionais, que não os de saúde ocupacional; dificuldades educacionais; e custos sociais.

De acordo com Meloni e Laranjeira (2004), o custo social relacionado ao álcool demonstra que o ambiente social no qual o álcool é consumido, conforme sua estruturação econômica e regras de convívio determinam diversos matizes de inserção do consumo alcoólico, ao mesmo tempo em que é diretamente influenciado pelos padrões de uso vigentes.

Outro estudo de Laranjeira e Hinkly (2002) corrobora com a afirmação acima, pois ao avaliar a relação entre privação social, violência e densidade de pontos de vendas de álcool em uma região periférica pobre da área metropolitana de São Paulo, a privação social está relacionada à enorme densidade de pontos de vendas de álcool e à grande violência urbana, ilustra claramente esta dinâmica.

No estudo de Mota e Oliveira (2002), verificou-se que as relações interpessoais dos sujeitos usuários de álcool e outras drogas estavam se

tornando cada vez mais superficiais e escassas, sendo o consumo da droga um parâmetro de realização pessoal por viverem de maneira competitiva com os indivíduos de seu convívio, resultando num vazio, que nada o preenchia, levando-os a comportamentos mais compulsivos, tão comuns na atualidade, entre os quais o uso da droga.

As consequências sociais do uso do álcool e outras drogas colocam esse produto, no mínimo, como um fator adicional ou mediador entre outros que contribuem para a ocorrência de determinado problema, conclusão similar àquela válida para problemas de saúde.

2.3 Aspectos de Morbidades e Comorbidades

São crescentes os números sobre doenças graves provocadas pelo consumo excessivo de bebidas alcoólicas, bem como a incidência de mortes decorrentes destas doenças. O álcool também assusta como causa básica de acidentes de trânsito, crimes e suicídios.

Ocampo, Bojorques e Cortéz (2009), estudaram a relação entre o consumo das substâncias psicoativas e o suicídio através de dados epidemiológicos entre os anos de 1994 e 2006 no México. Este estudo revelou que o suicídio estava presente em 8,7% das disfunções por causas violentas no período. Nos homens, quanto maior o número de uso de substâncias psicoativas, maior foi o relato da possibilidade de falecer por suicídio em comparação com os desejos de morrer por outras causas. Nas mulheres encontraram o mesmo resultado. Concluíram

que o consumo de substâncias psicoativas é um fator importante na vinculação com o suicídio nos sujeitos cuja causa de disfunção foi relatada pelo serviço médico forense mexicano. No Brasil, segundo Meloni e Laranjeira (2008), o suicídio é 58 vezes maior entre os alcoolistas quando comparado ao resto da população.

De acordo com o Ministério da Saúde (1987), o programa nacional de controle dos problemas relacionados com o consumo do álcool, estimou que no Brasil o alcoolismo seria: a terceira principal causa de absenteísmo ao trabalho; responsável pela ocupação de 9% a 32% dos leitos hospitalares, relacionado com até 75% dos acidentes de trânsito, 40% das consultas psiquiátricas e 39% das ocorrências policiais.

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde, Organização Mundial da Saúde (2001), o projeto sobre a carga mundial de doenças estimou que o álcool seja responsável por 1,5% de todas as mortes no mundo. Estima-se que os Estados Unidos da América gastem US\$ 148 bilhões anuais em tratamentos de doenças decorrentes do consumo de tais drogas onde aproximadamente 10% da população tem problemas relacionados ao alcoolismo.

Em um estudo realizado por Ribeiro et. al. (2003), com 175 pacientes sobre a avaliação e adesão de alcoolista ao Programa Ambulatorial de Atenção aos Dependentes Químicos, em Juiz de Fora - MG, os resultados mostraram que os dados demográficos sociais foram de 89,1% do sexo masculino, 77% com idade entre 31 e 50 anos, 47% eram casados ou mantinham uma relação estável, 80%

eram católicos e 70% não tinham o ensino fundamental completo. As comorbidades revelaram 41% para transtornos de personalidade, 56% para disfunções gastroenterológicas e 42% com transtornos do humor e ansiedade.

Rehn et. al. (2003), elencou problemas secundários ao uso de álcool como baixo peso ao nascimento em crianças de mães usuárias freqüentes de álcool, câncer bucal e orofaríngeo, câncer esofágico, câncer hepático, depressão unipolar e outras desordens psiquiátricas relacionadas ao consumo do álcool, epilepsia, hipertensão arterial, isquemia miocárdica, doença cérebro-vascular, diabetes, cirrose hepática, acidentes com veículos e máquinas automotoras, quedas, intoxicações, danos auto-infligidos e homicídios.

De acordo com Meloni e Laranjeira (2004), os resultados do estudo reportado pela OMS mostram que, para a população masculina, 5,6% de todas as mortes que ocorrem no planeta são atribuíveis ao consumo de álcool e 0,6% das mortes ocorridas entre as mulheres, concluindo-se que o álcool determina 3,2% da mortalidade global. Em 1990, a estimativa foi de 1,5%, tendo havido uma majoração que ultrapassou aquela cifra em mais que o dobro no período de dez anos, indicando, portanto, uma tendência nada auspiciosa.

É importante ressaltar a influência genética com um fator predisponente importante nesse aspecto. De acordo com Bau (2002), citando trabalhos de Cook e Gurling (1991); Pickens et al., (1991); McGue et al., (1992), a maioria dos estudos com gêmeos observou uma concordância maior entre os monozigóticos

em relação aos dizigóticos, sugerindo um efeito genético, principalmente, no caso do alcoolismo masculino de início precoce.

Ainda segundo Bau (2002), comparando o trabalho de Prescott e Kendler (1999), com gêmeos e o estudo de Kendler et al. (1992), com gêmeas em que os vários estudos de herdabilidade utilizando uma grande amostra de gêmeos com base na população geral do estado norte-americano de Virgínia estimou que a herdabilidade foi de aproximadamente 50-60%, tanto para homens quanto para mulheres.

“O reconhecimento da existência de uma herdabilidade significativa contribuiu para o entendimento do problema como uma doença específica com origem biológica. Os avanços no conhecimento da neurobiologia da dependência permitiram delimitar uma série de genes candidatos para a predisposição. Atualmente, iniciam-se os estudos sobre o papel de polimorfismos genéticos na resposta ao tratamento. A integração de abordagens clínicas, epidemiológicas e de genética molecular pode identificar grupos clínicos mais responsivos a abordagens terapêuticas específicas” (Bau, 2002).

Todos os problemas que o álcool e as outras drogas acarretam para o indivíduo, família e sociedade constituem um quadro expressivo, com grande repercussão na área da saúde e, devido a isso, insere-se no cotidiano de trabalho dos enfermeiros em qualquer unidade de trabalho, principalmente na saúde da

família que é a porta de entrada para o sistema de saúde, fazendo-se necessário olhar para as práticas assistenciais para essa população.

2.4 Outros Aspectos Relevantes sobre álcool e outras drogas.

Para a Organização Mundial da Saúde – OMS (2001), o consumo de drogas lícitas e ilícitas deve ser encarado de forma conjunta e como um problema de saúde pública, e não só criminal. Admite ser necessária uma maior coleta de dados para identificar a eficácia do uso de drogas em tratamentos médicos, bem como condena a veiculação publicitária das bebidas alcoólicas.

Ainda, segundo a OMS (2001), em relação ao Brasil, o consumo de álcool é o que mais preocupa a organização, pois a estimativa é que aproximadamente 12% da nossa população seja usuária pesada ou dependente. A OMS afirma ainda que e não tem como exigir, mas sugere ao Governo Federal que um primeiro caminho é controlar a publicidade sobre bebidas alcoólicas. Sobre maconha refere que não existem evidências da eficácia de seu uso médico. Em alguns países há a liberação no caso do tratamento de dores, por exemplo, causadas pelo câncer.

De acordo com o Escritório das Nações Unidas para Drogas e Crime UNODC (2008), 205 milhões de pessoas em todo o mundo usam algum tipo de droga, ilícita ou não. A mais comum é a maconha, seguida pelas anfetaminas, cocaína e derivados do ópio, como a morfina (UNODC, 2008).

Nos anos de 2001 e 2005, o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas CEBRID (2005) realizou o I e II Levantamento Domiciliar sobre Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, respectivamente, visando acompanhar o panorama geral de uso de álcool e outras drogas na sociedade brasileira e de notar possíveis flutuações na prevalência de uso dessas substâncias.

Para CEBRID (2005), a pesquisa indicou que o número de brasileiros, com idades entre 12 e 65 anos, dependentes de bebidas alcoólicas foi de 12,3%, o que corresponde à população de 5.799.005 pessoas. A comparação das duas pesquisas permitiu observar um agravamento nos indicadores de uso de álcool.

Ainda de acordo com CEBRID (2005), no I Levantamento Domiciliar, a prevalência de dependência de álcool foi de 11,2% na população geral, sendo de 17,1% entre homens maiores de 12 anos e de 5,2% na faixa dos 12 aos 17 anos (No II Levantamento a estimativa de dependentes de álcool foi de 12,3%, sendo de 19,5% entre homens e de 6,9% entre mulheres. Os dados também indicaram aumento do consumo de álcool em faixas etárias cada vez mais precoces. Em 2001, o número de dependentes na faixa de 12 a 17 anos foi de 5,2% contra 7% em 2005. O estudo constatou também que o maior número de dependentes de bebidas alcoólicas continua sendo do sexo masculino na faixa etária entre 18 e 24 anos, o percentual foi de 23,7% (2001) e 27,4% (2005). O número de pessoas que procuraram tratamento reduziu de 4% em 2001 para 2,9% em 2005, respectivamente de 1,9 milhão de pessoas para 1,4 milhão.

Segundo o Instituto para Políticas Públicas de Álcool e outras Drogas – Ippad (2007), o uso de álcool na vida, nas 108 maiores cidades do País, foi de 74,6%, porcentagem superior àquela encontrada no I Levantamento (68,7%). O menor uso na vida de álcool, segundo o II Levantamento Domiciliar, ocorreu na Região Norte (53,9%), ao passo que o maior foi na região Sudeste (80,4%). Desse modo, conclui-se que o uso de álcool contribui fortemente na etiologia e manutenção de vários problemas sociais, econômicos e de saúde enfrentados no Brasil.

Para o Ippad (2006), os levantamentos populacionais com estudantes de ensino fundamental e médio de 10 capitais brasileiras (estudos realizados nos anos de 1987, 1989, 1993 e 1997), a cerveja foi a bebida mais consumida, com cerca de 70% dos estudantes fazendo menção ao seu uso. A comparação desses levantamentos com estudantes permite concluir que o uso na vida de álcool se manteve estável, ao passo que o uso pesado (definido como sendo o uso de 20 vezes ou mais de álcool no mês anterior a pesquisa) aumentou na maioria das cidades investigadas.

Outros dados relevantes com relação ao uso de outras drogas do I levantamento da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD (2007), realizado com moradores de 107 cidades com população acima de 200 mil pessoas e foram encontrados: 6,9% dos entrevistados já fizeram uso de maconha pelo menos uma vez na vida; 2,3% já fizeram uso de cocaína pelo menos uma vez na vida; 0,7% já fizeram uso de *crack* pelo menos uma vez na vida; a merla,

um derivado de cocaína, apareceu na região Norte em 1% dos entrevistados; 5,8% dos entrevistados já fizeram uso de solvente pelo menos uma vez na vida.

Ainda segundo a SENAD (2007), o mais alarmante é o fato de que a idade de experimentação tem caído, revelando que o consumo de drogas entre crianças e adolescentes é uma realidade que exige medidas preventivas urgentes. Um dado que constata esta questão é a média de experimentação do álcool pela primeira vez. No Brasil, esta média é de 12,5 anos, o que é preocupante, visto que o fornecimento de bebidas alcoólicas a menores é proibido por lei.

Em síntese, o problema do uso indevido de substâncias psicoativas aumentou demasiadamente nas últimas décadas e, epidemiologicamente, se transformou num grave problema de saúde pública em quase todo mundo, e, no Brasil, não é diferente. Percebemos este reflexo nos diversos seguimentos da sociedade devido aos agravos sociais, pelo consumo ou tráfico com conseqüências para a saúde pública e toda a sociedade como discorrido anteriormente.

Segundo Bucker (1995), Carlini-Cotrim (1992), no Brasil, antes de 1980, praticamente não havia dados epidemiológicos acerca da questão do uso de álcool e outras drogas e muito pouco se pesquisava sobre o assunto, levando a equívocos devido à importação de modelos de outros países.

De acordo com Soares e Canoletti (2005), o advento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS foi um marco divisor deste problema, pois

devido a relação entre a epidemia da Aids e o uso compartilhado de seringas para os usuários de drogas injetáveis fez com que surgisse novas pesquisas e programas de prevenção da transmissão do HIV e de consumo de álcool e outras drogas.

3 – A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO E OS REFLEXOS NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Nessa perspectiva, o enfermeiro pode desempenhar importante papel no contexto atual da problemática do álcool e drogas e, estando ele trabalhando na estratégia de saúde da família, possivelmente será o primeiro profissional a ser acionado, ou pelo próprio usuário ou pelos familiares deste. Diante desse panorama, como estão as práticas assistenciais do enfermeiro para essa clientela?

De acordo com Carraro, Rassool e Luis (2005), o ensino formal na área de Enfermagem sobre o uso e abuso de álcool e outras drogas não corresponde às necessidades que o problema representa no cenário social e epidemiológico nos últimos anos. Os currículos de Enfermagem abordam o uso e abuso de substâncias lícitas e ilícitas, nas disciplinas que envolvem saúde mental, porém, a carga horária não tem permitido habilitar o enfermeiro para o desempenho adequado de suas funções nas práticas assistenciais desses indivíduos.

Para Pillon, Luis e Laranjeira (2003), os conhecimentos básicos sobre o álcool e outras drogas e de suas conseqüências não têm sido incluído no ensino geral dos enfermeiros, e, além disso, este conteúdo carece de uma direção consistente, tais como espaço mínimo nos currículos dos programas de enfermagem graduação.

“Existe a necessidade de inserir conteúdos específicos à temática na graduação em enfermagem, de modo a contemplar competência profissional para o enfermeiro exercer suas atividades no manejo dos dependentes químicos, pois os cuidados de enfermagem mostram-se prejudicados em decorrência da falta de conhecimentos sobre álcool e drogas” (Pillon, 2003).

Para Vargas (2001), os estudos nacionais e internacionais mostram que pouco se sabe sobre as atitudes e conhecimento dos enfermeiros com relação ao abuso de álcool e drogas e este fato deve motivar outros estudos que abordem este problema, auxiliando na construção de conhecimentos que poderão contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem dispensados para esses pacientes, tendo em vista que, a maioria dos enfermeiros pesquisados nos trabalhos mais recentes desta temática, considera a questão suficientemente relevante para constar nos currículos dos programas de graduação de enfermagem.

“A abordagem do ensino sobre álcool e drogas pode contribuir para a formação dos enfermeiros e para a capacitação dos profissionais que trabalham nessa nova área de atuação, porque esta é uma das questões que podem ser desenvolvidas para reforçar a formação profissional e, por conseguinte, contribuir para a maior qualidade dos cuidados de enfermagem (...). A responsabilidade da formação dos enfermeiros, bem como a complexidade das questões relacionadas com o álcool e drogas,

norteiam para a construção de novos conhecimentos relativos à prática clínica assumindo uma interação maior com a teoria” (Vargas, 2001).

De acordo com Pillon, Luis e Laranjeira (2003), essas questões devem ser reproduzidas no contexto da assistência de enfermagem. É necessário investir na educação e formação dos enfermeiros e na pesquisa sobre os fenômenos relacionados com o abuso de álcool e drogas integrando a política educacional e os conhecimentos de saúde com as transformações sociais, econômicas e culturais das sociedades.

De acordo com Vargas (2005), com relação às atitudes dos enfermeiros frente ao alcoolista a correlação entre dois estudos (Vargas, 2001; Pillon, 2003), indica que os enfermeiros eram favoráveis ao tratamento do alcoolista e que este indivíduo era visto como doente, porém, houve um predomínio negativo, em ambos os trabalhos, com relação a satisfação em trabalhar com essa clientela.

Mendoza e Pillon (2005), num estudo sobre a formação dos enfermeiros e os fenômenos das drogas na Colômbia, avaliaram os conhecimentos, atitudes e crenças de 159 alunos dos últimos semestre de graduação e concluíram que, esses alunos possuem preparação teórica sobre álcool e drogas, assumem atitudes positivas para atuar nessa questão, compreendem as relações entre a saúde internacional e a relação.

Em outro estudo realizado por Carraro, Rassool e Luis (2005), sobre a formação do enfermeiro e sua relação com o fenômeno das drogas, realizada com alunos do último período de Graduação em Enfermagem de cinco Instituições Federais de Ensino Superior do sul do Brasil, com 105 alunos para discutir as crenças e atitudes dos futuros enfermeiros com relação aos usuários de álcool e outras drogas, concluíram que os alunos compreendem que o conhecimento sobre o fenômeno das drogas é fundamental para o exercício da profissão e incorporam o cuidado às pessoas envolvidas com substâncias psicoativas ao papel do enfermeiro, porém, o mesmo estudo evidenciou também a desarticulação entre a teoria e a prática, conteúdos centrados nos modelos médico e moral, e dificuldades na comunicação interpessoal.

Para os autores acima, o ensino formal na área de Enfermagem sobre o uso e abuso de drogas parece não corresponder às reais necessidades que a temática vem impondo à sociedade nos últimos anos. Os currículos de Enfermagem têm contemplado de alguma forma, a abordagem do uso e abuso de substâncias lícitas e ilícitas, no entanto, este conteúdo é majoritariamente ministrado nas disciplinas que envolvem saúde mental, com uma carga horária que não tem permitido habilitar o enfermeiro para o desempenho adequado de suas funções no que tange a essa problemática (Carraro, Rassool, Luis, 2005).

Os estudos de Ramos et.al. (2001) e Pillon (2003), indicam a necessidade de inserir conteúdos específicos no decorrer da graduação em enfermagem, enquanto condição facilitadora para o enfermeiro exercer suas atividades no

manejo dos dependentes químicos, pois os cuidados de enfermagem mostraram-se prejudicados em decorrência da falta de conhecimentos sobre álcool e drogas.

Boni et.al. (2004) estudaram a questão com 86 alunos da graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo. Para 95% dos estudantes, o problema do uso de álcool e drogas representa um tema de grande interesse. A inclusão desses temas no curso de enfermagem torna – se uma condição facilitadora para a atuação do enfermeiro nessa área. Entre os principais resultados observaram algumas proximidades e outros distanciamentos das formulações da literatura especializada proposta para os principais conceitos em álcool e outras drogas como tolerância, abstinência e dependência. O ensino sobre essa temática está centrado na visão tradicional do modelo médico, e o tratamento direcionando pelas modalidades da proposta psiquiátrica com uma abertura para os aspectos sociais do problema. 93% dos alunos apontaram que os conteúdos sobre álcool e outras drogas deveriam ser inseridos no currículo de graduação, de forma a possibilitar aprendizagem destes temas face à problemática das drogas na atualidade.

Quanto à prática assistencial para Moraes (2003) a prática de profissionais dispostos a escutar, a respeitar o mundo de crenças de seus usuários de serviços e a compartilhar a responsabilidade do vínculo realizado, mostrará com certeza a maior eficácia e eficiência no atendimento.

“Os enfermeiros devem perceber os alcoolistas como pessoas sensíveis, com problemas emocionais e que estabelecendo um

relacionamento interpessoal mostrando interesse positivo, pode contribuir para seu restabelecimento. Portanto, se o profissional não sentir no alcoolista alguém que mesmo muitas vezes recusando, precisa de ajuda, dificilmente cuidará eficientemente” (Vargas, 2001).

De acordo com Carraro, Rassool, Luis (2005), o que os autores acima referem para a assistência aos alcoolistas, também se aplica aos dependentes de outras drogas e reiteram a questão:

“Os dados revelam que os alunos estão saindo da graduação com dificuldades, pré-conceitos e visões negativas sobre os usuários de álcool e drogas, pois, uma percentagem significativa dos respondentes refere-se aos alcoolistas e usuários de drogas como pessoas agressivas e desagradáveis de cuidar. As crenças e atitudes dos estudantes podem estar centradas nas experiências pessoais de cada um, ou calcadas na visão do modelo moral, o primeiro e o mais retrógrado de todos os modelos que tentam explicar o uso de substâncias psicoativas” (Carraro, Rassool e Luis, 2005).

4- POSSIBILIDADES ASSISTENCIAIS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

4.1 – Intervenções Breves

Devido à epidemiologia crescente para consumo de substâncias psicoativas, múltiplas estratégias de intervenção têm sido propostas nas últimas duas décadas na tentativa de reduzir os problemas associados, entre elas, a intervenção breve e redução de danos.

Wagner et al (1999) citado em De Micheli et al (2004), ressaltam a necessidade de se avaliar a efetividade das intervenções propostas para os usuários de álcool outras drogas, estabelecendo uma sistemática de intervenção que melhor se ajustem a essa população.

Para Moyer et al (2002) citado em De Micheli et al (2004), a intervenção breve é uma modalidade que tem despertado interesse por parte dos profissionais de saúde, devido aos bons resultados obtidos em sua aplicação e ao custo, muito mais barato do que os tratamentos intensivos. A intervenção breve refere-se a uma modalidade de atendimento com tempo limitado, cujo foco é a mudança de comportamento do paciente.

Marques e Furtado (2004) citam Barry (1999): “intervenções breves não devem ser confundidas com terapias breves, mas as duas formas de técnicas de

curta duração devem ser entendidas como partes de um continuum de cuidados, ao invés de aplicadas fora do contexto indicado ou para todos os problemas relacionados ao uso de substância (PRUS). As principais diferenças entre intervenções breves e terapias breves estão relacionadas à amplitude das metas de tratamento. As intervenções breves (IBs) objetivam, primariamente, detectar o problema e motivar o paciente a alcançar determinadas ações, como por exemplo, iniciar um tratamento ou, ainda, melhorar seu nível de informação sobre riscos associados ao uso de substâncias, por meio de um aumento de seu senso de risco e de auto-cuidado.

Marques e Furtado (2004) citam Babor e Higgins Biddle (2001), que diz que as IBs não exigem muito tempo e se incorporam com facilidade na consulta usual de médicos de família, enfermeiras e agentes de saúde comunitária, podem durar de cinco a 30 minutos, pelo menos, e são constituídas por uma curta seqüência de etapas que incluem a identificação e dimensionamento dos problemas ou dos riscos – geralmente através do uso de um instrumento padronizado de rastreamento, como o AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), por exemplo – e o oferecimento de aconselhamento, orientação e, em algumas situações, monitoramento periódico do sucesso em atingir metas assumidas voluntariamente pelo paciente.

Para Marques e Furtado (2004), o alcoolismo está entre os dez mais importantes problema de saúde selecionada para compor a lista de prioridades da Estratégia de Saúde da Família. A equipe de saúde da família é a unidade primeira na atenção e assistência em saúde da comunidade. Esta unidade é,

basicamente, composta por um médico, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. Especialistas podem ser solicitados a agir como consultores das equipes de saúde da família.

Ainda segundo Marques e Furtado (2004), a OMS tem como objetivo para o Brasil a implementação e o desenvolvimento de estratégias de treinamento para profissionais de saúde não-especialistas junto a Estratégia de Saúde da Família, implementando a execução das IBs nos serviços assistenciais territorializados.

Ainda conforme os autores acima citados, a comprovada efetividade das IBs justifica a sua implementação nos serviços assistenciais como parte integrante da rotina do atendimento oferecido. Um importante desafio a ser vencido é a capacitação de profissionais de saúde e o estabelecimento de uma eficiente rede integrada de serviços especializados que ofereçam retaguarda assistencial para a demanda de atendimento secundário e terciário que, inevitavelmente, será desvelada (Marques, Furtado 2004).

“Intervenções breves para problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas têm sido desenvolvidas e investigadas quanto a sua efetividade. Um corpo sólido de evidências fornece apoio para a recomendação de sua adoção em diferentes contextos de tratamento, especialmente aqueles voltados para usuários com padrão de consumo de risco ou diagnóstico de uso nocivo, não necessariamente dependente. Espera-se que os planejadores e gestores de serviços de saúde, especializados e

não-especializados, adotem as IBs como um recurso básico, efetivo e economicamente viável, para a assistência aos milhares de pacientes com problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas no país” (Marques e Furtado, 2004).

4.2 – Redução de Danos

Outra possibilidade de assistência e intervenção de Enfermagem, bem como dos demais membros da equipe da Estratégia de Saúde da Família é a Redução de Danos.

De acordo com Dias (2003), a Redução de Danos pode ser entendida por duas vertentes principais:

1) como uma estratégia para reduzir danos de HIV/DST em usuários de drogas.

2) como conceito mais abrangente que inclui ações no campo da saúde pública e de políticas públicas que visam a prevenir os danos antes que eles aconteçam.

Os profissionais da Estratégia de Saúde da Família podem desenvolver os procedimentos de Redução de Danos e desenvolver inúmeras atividades na comunidade como distribuir material informativo e educativo, realizar oficinas em instituições para discutir uso de drogas e sexualidade, facilitar o acesso a preservativos masculinos e femininos e a seringas limpas, ensinar formas de diminuir o risco, incluindo a negociação sexual com o parceiro sobre sexo seguro

e uso do preservativo, de forma participativa, com respeito às diferenças e com ética.

Hoje, a Redução de Danos constitui-se como uma estratégia de saúde pública, sendo apoiada pela Organização Mundial da Saúde - OMS e outros organismos das Nações Unidas. Para Bucker (1995), ao contextualizar a importância dessa estratégia defende que é inconcebível deter-se na prevenção a drogas, esperando alcançar resultados, enquanto danos maiores advindos do seu uso se espalham rapidamente.

A Portaria GM/MS nº 1.028 de 1º de julho de 2005 do Ministério da Saúde regulamenta e determina as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência.

Assim, de acordo com Conte et. al. (2004), a redução de danos apresentada como uma estratégia em saúde pública tem sua importância como contribuição ao campo social pelo fato de questionar os consensos, isso porque, apesar da proibição de algumas drogas, é preciso reconhecer diferentes relações de uso e estar disposto a escutar quem permanece envolvido com as drogas. Os tratamentos em geral não precisam e não devem ser considerados como uma pena para que tenham eficiência, eficácia e efetividade. O contrato de tratamento com quem vem encaminhado pela justiça pode reverter-se em algo terapêutico caso se consiga trabalhar o engajamento subjetivo do usuário, ou do toxicômano,

em relação ao seu ato, para que o tratamento venha a ser assumido como uma escolha.

Essas possibilidades precisam e devem ser inseridas no trabalho dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família, porém, o profissional precisa estar capacitado e despido de idéias pré-concebidas.

***CAMINHO
METODOLÓGICO***

IV – CAMINHO METODOLÓGICO

1. REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL: A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.

1.1- A Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Utilizaremos como referencial teórico-conceitual a Reforma Psiquiátrica e seus pressupostos. Como citado anteriormente, os movimentos da reforma psiquiátrica têm um percurso estreitamente ligado aos da reforma sanitária.

No Brasil, no final da década de 80 do século passado, insurgiu o Movimento da Reforma Psiquiátrica. Esse movimento teve três períodos importantes, denominados como trajetória no movimento da Reforma Psiquiátrica, sendo:

- 1 – Trajetória alternativa: referente aos últimos anos da década de 1970.
- 2 – Trajetória Sanitarista: do início da década de 1980 até a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental.
- 3 – Trajetória da Desinstitucionalização ou da desconstrução/invenção.

“... a idéia de trajetórias permite uma visualização de percursos, de caminhos que, muitas vezes, se entrecruzam, se sobrepõem. A trajetória refere-se mais à existência e desenvolvimento de uma

tradição de uma linha prático-discursiva do que de determinada conjuntura” (Amarante, 2001).

As primeiras manifestações do movimento foram no sentido de propor a produção de alternativas para a transformação do modelo assistencial destinado às pessoas com transtornos mentais, modelo este que tinha como respaldo o paradigma psiquiátrico hospitalocêntrico.

Esse paradigma transforma a loucura em doença, produzindo demandas por tratamento e assistência, distanciando o louco do seu convívio sob a alegação de que são perigosos para a sociedade.

“... aquele que entra no manicômio não assume o papel de doente e sim o de internado, que deve expiar uma culpa da qual não conhece as características nem a sentença, nem a duração de sua expiação. Há médicos, aventais brancos, enfermeiros e enfermeiras, como se tratasse de um hospital, mas na realidade, se trata somente de um lugar de custódia, onde a ideologia médica é um álibi para a legalização de uma violência, que nenhuma organização está destinada a controlar...” (Basaglia, 1974).

A Reforma Psiquiátrica brasileira teve forte influência das experiências de países como os Estados Unidos, França, Inglaterra e, principalmente, pela Psiquiatria Democrática Italiana. O movimento foi amplamente apoiado por trabalhadores de Saúde Mental, usuários e familiares. A inclusão desses

pacientes no convívio social e a garantia de seus direitos foram as principais reivindicações.

Desconstruindo e construindo novos paradigmas, produzindo rupturas em vários segmentos e aumentando as alianças com outros setores da sociedade, como o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), por exemplo, que foram de primordial importância naquele contexto. Além disso, para Amarante (2001), o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental também trouxe a discussão sobre a psiquiatrização do social e uso da psiquiatria como instrumento técnico-científico de controle social.

A Trajetória Sanitarista inicia-se no início dos anos 1980 e foi importante por trazer outros atores nesse cenário e outros segmentos da sociedade brasileira. No contexto da criação de novas propostas de políticas de saúde, esses atores e os do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental vão ocupando o aparelho estatal em substituição das antigas lideranças administrativas, elaborando novas propostas, produzindo e reproduzindo novas concepções, mudando os paradigmas do antigo sistema de saúde.

Para Amarante (2001), a Trajetória Sanitarista que, sob o paradigma de uma nova proposta na produção dos serviços de saúde, culminou com a criação do Sistema Único de Saúde, assegurado pela Constituição de 1988, no campo da reforma psiquiátrica termina quando ocorre a I Conferência Nacional de Saúde Mental. Essa Conferência ocorreu após grandes discussões acerca dos caminhos da Reforma Psiquiátrica, promovida por encontros municipais e estaduais. Devido

a isto podemos afirmar que a trajetória sanitária foi um período de grandes reflexões e embates decisivos para delinear os novos caminhos da Reforma Psiquiátrica.

De acordo com o Ministério da Saúde (1988), o relatório final da I Conferência Nacional de Saúde Mental contemplou as seguintes recomendações, dentre outras: participação da sociedade civil na elaboração, implementação e tomadas de decisão nas políticas de saúde mental e a prioridade dos investimentos para os serviços extra-hospitalares.

O II Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental, na cidade de Bauru, teve por lema: “Por uma sociedade sem manicômios”, e, de acordo com Amarante (2001), além de surgir a idéia de instituir o dia 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, esse lema voltou com as discussões acerca das violências praticadas nos manicômios, ganhando espaço nos meios sociais, assim:

“... utiliza a expressão manicômio, tradicionalmente reservada ao manicômio judiciário, para denunciar que não existe diferença entre este ou um hospital psiquiátrico qualquer” (Amarante, 2001).

Em 1987, é criado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial, com o objetivo de serviço substitutivo a realidade hospitalocêntrica, denominado Prof. Luis da Rocha Cerqueira, em São Paulo. Em 1989, ocorre a intervenção na casa de Saúde Anchieta em Santos e, em seguida, a criação dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS).

Conforme Nicácio (2003), no ano de 1989 foi proposto o Projeto de Lei 3.657/89 de autoria do Deputado Federal Paulo Delgado, dispondo sobre a extinção gradativa dos manicômios e a criação de serviços substitutivos, além de regulamentar a internação compulsória. Em 1990, a Declaração de Caracas (OMS/OPAS) dispôs sobre a necessidade de reestruturação da assistência psiquiátrica na América Latina.

Em 1992, a II Conferência Nacional de Saúde Mental encontrou um cenário com um Sistema Único de Saúde em implantação que trazia suas doutrinas e princípios bem elaborados. Os diferentes atores desta conferência trouxeram para as discussões os seguintes temas: Rede de atenção em Saúde Mental; Transformação das leis e cumprimento das mesmas e Direito à atenção e à cidadania.

Assim, o relatório final da II Conferência ressaltou a garantia dos direitos de cidadania das pessoas em sofrimento psíquico e a transformação da assistência em saúde mental em uma rede de serviços substitutivos à realidade hospitalocêntrica (Ministério da Saúde, 1994).

Finalmente, e de acordo com o Ministério da Saúde (2004), o Projeto de Lei Paulo Delgado foi aprovado sob a forma de Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, estabelecendo a diminuição progressiva dos hospitais psiquiátricos e normalizando e

regulamentando a expansão da rede de Centros de Atenção Psicossocial em todo o território nacional.

Com o lema “Cuidar, sim. Excluir, não”, a III Conferência Nacional de Saúde Mental, em dezembro de 2001, efetivou a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social.

Desta forma a Reforma Psiquiátrica deixa de ser um movimento e transforma-se e uma estratégia assistencial e uma política de saúde aos que portadores de transtornos mentais que busca a transformação das práticas, dos saberes e do modo como a sociedade se relaciona com a loucura.

Neste contexto, Amarante (2003), estabelece quatro dimensões para a Reforma Psiquiátrica na atualidade, sendo elas:

- 1 – Dimensão Epistemológica ou teórico-conceitual: Trata do campo da produção de saberes e conhecimentos.
- 2 – Dimensão Técnico-assistencial: Aqui se estabelece qual o modelo assistencial é mais adequado para uma determinada concepção da loucura.
- 3 – Dimensão Jurídico-político: O mais importante é rediscutir e redefinir as relações sociais e civis no que tange à cidadania, direitos humanos e sociais.
- 4 – Dimensão sociocultural: Pretende transformar o lugar que a loucura ocupa na nossa sociedade e diz respeito às estratégias e ações que visam transformar a concepção de loucura no imaginário da sociedade.

A assistência em saúde mental deve ocorrer numa rede de cuidados, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) se ocupam, principalmente, dos transtornos graves e persistentes, ficando os transtornos menos graves a cargo da Atenção Básica e o hospital geral com leitos para transtornos mentais graves como retaguarda em internação.

Na atualidade, os principais desafios da Reforma Psiquiátrica de acordo com o Ministério da Saúde (2005), entre outros, são a acessibilidade, a equidade (que também são os desafios do SUS) e a formação de recursos humanos. Podemos destacar que:

“Estima-se que 3% da população necessitam cuidados contínuos em saúde mental, em função de transtornos severos e persistentes (psicoses, neuroses graves, transtornos de humor graves, deficiência mental com grave dificuldade de adaptação). A magnitude do problema (no Brasil, cerca de 5 milhões de pessoas) exige uma rede de cuidados densa, diversificada e efetiva.

Cerca de 10 a 12% da população não sofrem transtornos severos, mas precisam de cuidados em saúde mental, na forma de consulta médico-psicológica, aconselhamento, grupos de orientação e outras formas de abordagem.

O modelo hospitalocêntrico (e também o dos ambulatórios de especialidades), por ser concentrador de recursos e de baixa cobertura, é incompatível com a garantia da acessibilidade.

Sem a potencialização da rede básica ou atenção primária de saúde, para a abordagem das situações de saúde mental, não é possível desenhar respostas efetivas para o desafio da acessibilidade.

Transtornos graves associados ao consumo de álcool e outras drogas (exceto tabaco) atingem pelo menos 12% da população acima de 12 anos, sendo o impacto do álcool dez vezes maior que o do conjunto das drogas ilícitas. A criminalização do consumo agrava a vulnerabilidade dos usuários de drogas, exigindo uma articulação efetiva e inventiva entre a rede de cuidados e outras políticas setoriais, como justiça, segurança pública, trabalho, educação, ação social. Sem esta articulação e cooperação intersetorial, um acesso efetivo à prevenção e ao tratamento não está assegurado.

A qualidade do atendimento deve ser garantida em todas as regiões do país, mesmo as mais carentes e distantes dos centros universitários, e pode ser assegurada através de um forte programa de capacitação, supervisão e formação de multiplicadores. O distanciamento entre as instituições de

formação e pesquisa e a saúde pública, no Brasil, agrava as carências de formação e qualificação de profissionais (Ministério da Saúde, 2005).

Ainda, segundo o Ministério da Saúde (2005), a formação dos recursos humanos também é outro desafio para o processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica brasileira, pois se exige cada vez mais da formação técnica e teórica dos trabalhadores, muitas vezes desmotivados por baixas remunerações ou contratos precários de trabalho, fato que também motivou o presente estudo.

1.2 Política Nacional de Atenção aos Usuários de Álcool e outras Drogas.

A atual Política Nacional do Ministério da Saúde Brasileiro para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas foi instituída por meio da Portaria nº 2.197/GM, em 14 de outubro de 2004 (Brasil, 2004c).

Segundo o ministério da Saúde (2005), a saúde pública brasileira não se deteve frente ao grave problema da prevenção e tratamento de transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas. Outros setores da sociedade, tais como a justiça, segurança pública, pedagogia, benemerência, associações religiosas que se ocupavam dessa problemática. Diante desse vácuo nas políticas de saúde e dado a complexidade da questão, emergiram, em todo o território nacional, outras alternativas de atenção, centrada num tratamento intra muros medicalizante ou com propostas religiosas que preconizavam a abstinência, sendo uma rede, na maioria das vezes filantrópicas, porém, relevante e apontava

para a necessidade de uma política pública de saúde clara e resolutiva para um problema com tantas dimensões sociais.

Historicamente, no Brasil, o tema do uso do álcool e de outras drogas sempre foi associado à criminalidade e práticas anti-sociais e à oferta de tratamentos restringia-se na exclusão dos usuários do convívio social. Os serviços públicos disponíveis eram ambulatoriais ou hospitalares, além de ser em número muito reduzido. Não havia uma política de alcance nacional, no âmbito da saúde pública.

“É somente em 2002, e em concordância com as recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que o Ministério da Saúde passa a implementar o *Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas*, reconhecendo o problema do uso prejudicial de substâncias como importante problema da saúde pública e construindo uma política pública específica para a atenção às pessoas que fazem uso de álcool ou outras drogas, situada no campo da saúde mental, e tendo como estratégia a ampliação do acesso ao tratamento, a compreensão integral e dinâmica do problema, a promoção dos direitos e a abordagem de redução de danos” (Ministério da Saúde, 2005).

De acordo com Pinho (2009), sustentando-se nessa concepção, iniciou-se a construção de uma rede de assistência baseada em dispositivos extra-

hospitalares de atenção psicossocial, localizada no território e articulada com outros setores sociais. Uma rede que objetiva a reabilitação psicossocial e a reinserção social dos sujeitos que apresentem problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Os dispositivos se referenciam na lógica ampliada de redução de danos, realizando uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos e de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica.

“A necessidade de definição de estratégias específicas para a construção de uma rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas, com ênfase na reabilitação e reinsersão social, levou o Ministério da Saúde a instituir, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas, no ano de 2002. Diante da diversidade das características populacionais existentes no País e da variação da incidência de transtornos causados pelo uso abusivo e/ou dependência de Álcool e outras drogas, o Programa organiza as ações de promoção, prevenção, proteção à saúde e educação das pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas e estabelece uma rede estratégica de serviços extra-hospitalares para esta clientela, articulada à rede de atenção psicossocial e fundada na abordagem de redução de danos” (Ministério da Saúde, 2005).

De acordo com o Ministério da Saúde (2004a), as políticas públicas voltadas para o uso de drogas são de responsabilidade da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), criada em 1998 e subordinada ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República. A secretaria coordena o nível estratégico de atividades de restrição da oferta de substâncias que causam dependência física ou psíquica, e de redução de demanda, entendida como prevenção ao uso indevido, além de aspectos da recuperação de dependentes (Brasil, 2004a).

Em 2006, a SENAD passa a ser denominada Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; que coordena medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social dos usuários e dependentes de substâncias químicas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas e define crimes (Brasil, 2006a).

Conforme Brasil (2007), no dia 22 de maio de 2007, o Presidente da República assinou o decreto nº 6.117 que instituiu a Política Nacional Sobre o Álcool, enfatizando a sustentação de estratégias para o enfrentamento coletivo dos problemas relacionados ao consumo de álcool, elegendo a intersetorialidade e a integralidade de ações para a redução dos danos sociais, à saúde e à vida causada pelo consumo desta substância, bem como as situações de violência e criminalidade associadas ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas na população brasileira.

De acordo com Brasil (2004a), a assistência aos usuários de álcool deve ser oferecida em todos os níveis de atenção, privilegiando os cuidados em

dispositivos extra-hospitalares, como os CAPS ad, devendo também estar inserida na atuação da **Estratégia de Saúde da Família (ESF)**, **programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**, Programas de Redução de Danos e da Rede Básica de Saúde.

“Os CAPSad – Centros de Atenção Psicossocial para Atendimento de Pacientes com dependência e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas – são os dispositivos estratégicos desta rede, e passam a ser implantados, sobretudo, em grandes regiões metropolitanas e em regiões ou municípios de fronteira, com indicadores epidemiológicos relevantes. De fato, o desenvolvimento de ações de atenção integral ao uso de Álcool e drogas deve ser planejado de forma a considerar toda a problemática envolvida no cenário do consumo de drogas. Desta forma os CAPSad, assim como os demais dispositivos desta rede, devem fazer uso deliberado e eficaz dos conceitos de território e rede, bem como da lógica ampliada de redução de danos, realizando uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos, e de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica” (Ministério da Saúde, 2005).

Como na assistência aos pacientes com transtornos mentais, a assistência aos usuários de álcool e outras drogas também requer a organização de uma rede diversificada, complexa, com abordagens diversas e na perspectiva da

integração social do usuário de acordo com o nível de complexidade de cada serviço. Assim, temos a estratégia de saúde da família como porta de entrada para esses usuários, o CAPS ad como retaguarda especializada e leitos em hospital geral para os casos de urgência/emergência, além de outros dispositivos sociais como os grupos de ajuda e as comunidades terapêuticas. Esta rede ainda está em formação, ainda muito distante das necessidades da demanda, e que busca recuperar o tempo perdido pela saúde pública no enfrentamento da questão.

2 – CATEGORIA DE ANÁLISE

Ao se definir como objetivo para esse estudo desvendar a “Representação social do Enfermeiro Acerca das Práticas Assistenciais aos Usuários de Álcool e Outras Drogas na Estratégia de Saúde da Família”, com vistas a entender o nosso atual processo de trabalho para posterior reorientação de nossas ações de suporte para esse público em questão, estabelecemos o método qualitativo à luz das Representações Sociais como aquele que permitiria, de maneira mais adequada, a compreensão desses significados.

Assim, segundo Jodelet (1986) é a representação social desenvolvida no próprio processo de interação social, particularmente, naquelas situações relativas à difusão dos conhecimentos artísticos e científicos. As representações sociais poderiam ser consideradas, num sentido mais amplo, como uma forma de pensamento social, da mesma forma que esse pode ainda ser concebido como a realidade que é formulada pelos sujeitos dos diversos segmentos de uma sociedade. São esses significados compartilhados que possibilitam a construção de perspectivas comuns.

Esse método se refere à experiência com base na qual ele é produzido, servindo para entender e agir sobre o mundo e sobre os outros. Ela deve ser entendida como um conteúdo mental estruturado, sendo cognitivo, afetivo e simbólico, sobre um fenômeno social relevante. Esse fenômeno assume determinada forma de imagens e metáforas, sendo compartilhado pelo coletivo.

O campo de pesquisa na representação social ocorre por meio de imaginação cultural, que dá realidade às coisas que dão realidade ao mundo social.

Assim toda representação social é a representação de alguma coisa, algo ou alguém e tem a função de transformar algo não familiar ou a própria não familiaridade, em familiar, entretanto, tem um papel na dinâmica das relações sociais e nas práticas. Têm no saber prático as seguintes funções: saber prático do senso comum; a função identitária; a função de orientação; a função justificadora (justificativa dos comportamentos).

O campo de estudo nas representações sociais consiste em dois grandes debates. Primeiramente as modalidades de conhecimentos práticos orientados para a compreensão do mundo e em segundo, emergem as construções com caráter expressivo, elaborações de sujeitos sociais sobre objetos socialmente valorizados, sendo descritas como estruturas cognitivo-afetivas, não podendo ser reduzidas ao seu conteúdo cognitivo. Os estudos na representação social têm como objetivo entender a construção de teorias na interface entre explicações cognitivas, investimentos afetivos e demandas concretas derivadas das ações do cotidiano.

Para Minayo (1992), a pesquisa qualitativa é vista como um processo integral de estudo que permite compreender o conhecimento da pessoa e o desenvolvimento de seu entendimento do mundo, enfocando e incorporando a exploração dos significados e da intencionalidade como inerente aos atos, às

relações e às estruturas sociais, além das crenças, percepções, conceitos, valores e atitudes que permeiam essas relações.

Ainda para Minayo (2008), para entender a metodologia das pesquisas qualitativas, é importante entender o legado das Ciências Sociais e menciona Emmanuel Wallerstein (1999), fazendo uma caminhada pelas raízes desse campo de conhecimento que tem em seus fundadores, pais como Durkheim, Weber e Marx, contribuindo a trilogia que apresentam contribuições e evidenciam formas diferentes de ver o mundo e interpretá-lo.

As Ciências Sociais avançaram muito, diversificando seus temas abordados e suas teorias, porém, segundo a autora:

“Esses três autores são referências clássicas das várias correntes de pensamento, demonstrando que nenhuma teoria da sociedade é neutra e que qualquer estudo tem, implícitas ou explícitas, marcas teóricas de filiação. Pode se dizer também que nenhuma das linhas de pensamento sobre o social tem o monopólio de compreensão da totalidade” (Minayo, 2008).

Sob essa ótica, Minayo (2008) cita Garcia (1983), dizendo que ele já advertia que nenhuma das correntes de pensamento desvincula a medicina com a estrutura social, porém, as diferenciações se explicitam na interpretação de *como* se dá essa vinculação e em que grau de autonomia ou dependência se situa o fenômeno saúde-doença como manifestação biológico-social. As diferentes

visões de mundo presentes nas interpretações da realidade refletem a dificuldade do pensamento de apreender e compreender o objeto “social” e, em consequência, a saúde em toda a sua complexidade e articulações.

Para Spinik (1994), a abordagem das representações sociais do cuidar na perspectiva qualitativa torna-se, então, uma opção preferencial nesse estudo a medida que a sua significação depende, essencialmente, da compreensão do processo saúde-doença na visão dos profissionais entrevistados, em torno dos usuários de álcool e outras drogas e como tudo isso se articula na dinâmica com o processo de trabalho no cotidiano da comunidade e família e o próprio cliente, através da própria linguagem dos profissionais e seus termos.

“... formas de conhecimento que se manifestam como elementos cognitivos, imagens, conceitos, categorias e teorias, mas que não se reduzem jamais aos componentes cognitivos. Sendo socialmente elaboradas e compartilhadas, contribuem para a construção de uma realidade comum, que possibilita a comunicação. Deste modo, as representações são, essencialmente, fenômenos sociais que, mesmo acessados a partir do seu conteúdo cognitivo, tem de ser entendidos a partir do seu contexto de produção, ou seja, a partir das funções simbólicas e ideológicas a que servem e das formas de comunicação onde circulam” (Spinik, 1994).

Para Moscovici (1976), os conjuntos de conceitos, afirmações e explicações que são as Representações Sociais devem ser considerados como verdadeiras “teorias do senso comum”, pelas quais se procede à interpretação e a construção das realidades sociais.

Assim, como todos nós temos uma “teoria” para determinado assunto, a mobilização das representações sociais faz parte da vida em sociedade e, por seu poder convencional e prescritivo sobre a realidade, terminam por constituir o pensamento em um verdadeiro ambiente onde se desenvolve a vida cotidiana”.

Segundo Sá (1993), a semelhança de nossos pronunciamentos com os de outros grupos dos quais participamos demonstra que pensamos juntos sobre um mesmo assunto. A esse fato denominamos como uma explicação psicossociológica da origem dessa forma de pensamento social, a qual Moscovici denominou de “Representações Sociais”.

De acordo com Moscovici e Hewstone (1988), as representações sociais constituem a realidade social num ambiente social. Esses ambientes se constroem e se reconstroem cotidianamente, em função de pensamentos e conhecimentos individuais que entram em contato uns com os outros. Nesse contato ocorre a modificação desses pensamentos e conhecimentos que, por sua vez, se modificam em outros contatos entre as pessoas, constituindo em conhecimentos particulares, comunicando os indivíduos, criando informações e tornando o desconhecido em algo familiar, de acordo com as categorias da nossa cultura, através da ancoragem e da objetivação.

“A ancoragem é o processo de assimilação de novas informações a um conteúdo cognitivo-emocional preexistente e a objetivação é a transformação de um conceito abstrato em algo tangível. A memória predomina sobre a lógica e o passado sobre o presente. As representações sociais em conjunto com o psiquismo colocam questões básicas a concepção de práticas sanitárias, pois contêm a marca da história pessoal do sujeito” (Sawaia, 1994).

De acordo com a literatura, a representação social descreve uma análise ampla e detalhada, marcada por argumentos sobre a complexidade da relação sujeito, realidade, intersubjetividade e objetividade, rompendo com a dualidade ciência, verdade e senso comum (ilusão), propondo o conhecimento científico como um ato possível de sujeitos históricos em interação e, propondo também aos métodos, o entendimento desses limites.

Desta forma, a escolha por esta categoria de análise se justifica porque a Representação Social é uma construção do sujeito enquanto sujeito social, ou seja, sujeito que nem apenas é produto de determinações sociais e nem produtor independente, uma vez que as representações são construções resultantes dos contextos no qual emergem.

Sendo assim, esta categoria foi utilizada, entendendo que os pensamentos, ações e sentimentos expressos pelas profissionais enfermeiras da estratégia de

saúde da família nas práticas assistenciais aos usuários de álcool e outras drogas servem para explicar, justificar e questionar essa realidade.

3. CENÁRIO DA PESQUISA

O cenário desta pesquisa foi a Estratégia de Saúde da Família do município de Lorena – SP. Atualmente, nesta cidade, existem 10 unidades da Estratégia de Saúde da Família.

3.1 CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE A CIDADE DE LORENA.

3.1.1 Breve Histórico

Lorena é um município do estado de São Paulo, na Mesorregião do Vale do Paraíba. A cidade teve sua origem num povoado construído no final do século XVII, nasceu em função da travessia do Rio Paraíba, feita pelos bandeirantes e viajantes que demandavam as Minas Gerais - era o famoso "Porto de Guaypacaré".

Em 14 de novembro de 1788 foi elevada à Vila com o nome de Lorena, por decreto do Capitão-General, então Governador de São Paulo, Bernardo José de Lorena, mais tarde Conde de Sarzedas, razão por que foi dado à cidade o nome atual. Segundo o IBGE a cidade conta hoje com aproximadamente 82.770 habitantes.

3.1.2 Economia

A cidade se destaca por estar estrategicamente localizada entre os principais centros consumidores do país (São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte) e por contar com a infra-estrutura necessária para o suprimento de importantes matérias primas, bem como para o escoamento de produtos para o exterior.

Conta com excelente infra-estrutura ferroviária e rodoviária, a rodovia Presidente Dutra, distante 180 Km de São Paulo e 220 km do Rio de Janeiro e a rodovia Lorena-Itajubá no sul de Minas Gerais.

Lorena está estrategicamente localizada nas proximidades de 4 dos 9 principais portos do Brasil, quais sejam, Santos, Sepetiba, Rio de Janeiro e São Sebastião.

3.1.3 Educação

Lorena possui um campus da Universidade de São Paulo (USP), onde está a Escola de Engenharia de Lorena (EEL), antiga Faenquil, uma instituição de âmbito nacional com qualidade no ensino e no ramo das pesquisas nas áreas correlatas a Engenharia Química e suas vertentes, foi a pioneira no Pró-Alcól.

A cidade conta também com o Centro Universitário Salesiano de São Paulo- Unidade Lorena, que está em mais de 20 países e conta com cursos altamente

graduados no ENAD e a FATEA (Faculdades Integradas Tereza D'Ávila), onde desde 2002 tem a faculdade de Enfermagem, entre outras.

O município conta com mais de 5000 (cinco mil) alunos na graduação levando-se em consideração o somatório das três escolas superiores.

No ensino médio conta com uma série de Escolas Técnicas estaduais e privadas abrangendo diversas áreas, com destaque para o Colégio Técnico com ênfase em química (COTEL), mantido dentro das instalações da USP.

Na educação básica Lorena se destaca entre as melhores da nação, superando índices considerados ideais pela ONU, ganhando diversos prêmios do governo federal e de organismos internacionais.

3.1.4 Saúde

Lorena está na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal desde 04 de maio de 1998. Hoje conta com:

- Um hospital geral privado.
- Santa Casa de Misericórdia, quase toda reformada, inclusive com Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto com 10 leitos e neonatal para 10 recém natos, atendendo as demandas do SUS micro-regionalmente sendo referência na assistência hospitalar para os municípios de Piquete e Canas, uma clínica médica com 44 leitos com um setor de Unidade Semi-Intensiva anexo com 5 leitos, clínica cirúrgica com 26 leitos, entre outros serviços. No ano de

2008 foi realizada com sucesso a 1ª cirurgia para correção de Aneurisma de Aorta Abdominal.

- Pronto-Socorro municipal de atendimento geral e pediátrico, com 6 especialidades médicas no atendimento 24 h, sendo clínica geral, cirurgia, anestesia, ginecologia e obstetrícia, ortopedia e pediatria, além dos serviços técnicos de Enfermagem, laboratório de análises clínicas e radiodiagnóstico.
- 4 Unidades Básicas de Saúde; 10 equipes de Saúde da Família.
- Um Centro de Atenção Psicossocial CAPS I.
- 2 unidades de Ambulatórios de Especialidades.
- 1 farmácia de manipulação municipal.

Atualmente, o governo estadual, por meio da Secretaria de Estado da Saúde, beneficiou o município com uma unidade do Ambulatório Médico de Especialidades que será referência para 17 municípios da sub-região de Guaratinguetá do Departamento Regional de Saúde – DRS 17 de Taubaté.

4. SUJEITOS DA PESQUISA

O projeto de pesquisa foi enviado à Secretaria de Saúde do município para análise por meio de um pedido de solicitação (Apêndice I) e, após aprovação, foi realizada uma reunião com as profissionais enfermeiras responsáveis pelas unidades, ocasião em que foi explicada a importância da pesquisa, a não obrigatoriedade da participação e escolhidos a data e o horário para a realização da entrevista com as mesmas em suas respectivas unidades de trabalho.

Das 10 profissionais enfermeiras que participariam da pesquisa, uma encontrava-se em licença maternidade fora do município e outras em licença médica, impedidas de realizar suas atividades, logo não puderam ser entrevistadas.

Dessa forma apenas 08 profissionais participaram da realização da pesquisa.

4.1 Caracterização das Colaboradoras

Elencaremos as características das colaboradoras deste estudo. Como mencionado anteriormente, das 10 profissionais enfermeiras que participariam da pesquisa, apenas 08 profissionais realizaram a pesquisa.

Todas as 08 colaboradoras do presente estudo são mulheres, com idade entre 23 e 31 anos (média de idade de 27 anos).

O tempo de formação profissional das colaboradoras varia de 2 anos a 7 anos (média de 4 anos de formação profissional).

O tempo de trabalho das colaboradoras na Estratégia de Saúde da Família varia de 08 meses a 07 anos (média de 04 anos) e o tempo de trabalho na mesma equipe varia de 8 meses a 05 anos e 06 meses (média de 02 anos).

Das 08 colaboradoras, 07 possuem pós-graduação *Latu Sensu* em Saúde Coletiva com ênfase em Saúde da Família. Todas as colaboradoras trabalham em jornada de trabalho de 40 horas semanais.

5. COLETA DE DADOS

Após os contatos preliminares com a Secretaria Municipal de Saúde de Lorena, explicitando os objetivos da pesquisa e após a aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, deu-se início ao processo de coleta de dados, por meio de entrevista semi-estruturada com perguntas abertas e fechadas (Apêndice II). Cada enfermeira foi contatada para que escolhesse o dia e a hora mais adequados para a entrevista, em sua unidade de atuação.

A entrevista foi composta de duas partes: a primeira trata-se das perguntas fechadas com dados dos sujeitos e a segunda parte foi composta de perguntas abertas para identificar a representação do enfermeiro acerca das práticas assistenciais aos usuários de álcool e outras drogas na sua unidade. De posse das respostas, iniciamos a análise dos dados, respeitando os procedimentos éticos necessários.

6. ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados a partir da proposta da interpretação qualitativa dos dados proposta por Minayo (1992).

A operacionalização da análise compreende três passos:

- Ordenação dos dados: compreende a sistematização de todos os dados recolhidos. Nessa etapa deve-se fazer a transcrição das entrevistas, sistematização das leituras de documentos, anotações das observações realizadas durante a pesquisa de campo, organização dos relatos em determinada ordem que supõe um início de classificação.
- Classificação dos Dados: segundo Minayo (2008), aqui é preciso compreender que os dados não existem por si só, eles são construídos a partir do questionamento que fazemos sobre eles, com base nos fundamentos teóricos.
- Análise Final: é o momento onde se estabelece a articulação entre os dados coletados e os referenciais teóricos da pesquisa, para encontrar os fundamentos às questões e objetivos formulados. É nessa fase que se dá “o verdadeiro momento dialético através do movimento incessante que se eleva do empírico para o teórico e vice-versa, que dança entre o concreto e o abstrato, entre o particular e o geral, visando o concreto pensado” (Minayo, 2008).

7. CUIDADOS ÉTICOS

Quanto aos aspectos éticos, este estudo obedeceu as normas da Resolução nº. 196 de 10/10/1996, do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre as normas de pesquisa envolvendo seres humanos.

Para que os entrevistados tivessem os seus direitos resguardados, este estudo foi submetido:

1 - À análise e aprovação da Comissão de Ética em pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob o parecer nº 815/2009 de 24 de junho de 2009 (Anexo I).

2 - A autorização institucional do Secretário Municipal de Saúde da cidade de Lorena, pedindo a autorização para a realização do referido estudo com os Profissionais Enfermeiros das Unidades de Saúde da Família do município (Apêndice I).

3 - Foi facultada aos sujeitos da pesquisa a possibilidade de participarem ou não do estudo, sendo que no caso de o mesmo não querer participar ficou claro que isto não lhe acarretaria nenhum prejuízo.

4 - Foi disponibilizado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice III), o qual foi lido e esclarecido junto com cada um dos colaboradores,

garantindo o seu anonimato. Após a leitura, tal termo foi assinado pelos participantes e o pesquisador.

***APRESENTAÇÃO E
ANÁLISE DOS DADOS***

V – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Da operacionalização dos dados coletados, que tem o objetivo de identificar e analisar “A Representação do Enfermeiro Acerca das Práticas Assistenciais em Álcool e Drogas” por meio da entrevista realizada com esses profissionais da Estratégia de Saúde da Família da cidade de Lorena-SP, que estão vivenciando no cotidiano do seu trabalho e também da realidade da sua população adscrita emergiu três categorias empíricas, a saber:

1 – Categoria Processo de Trabalho nas Unidades de Saúde da Família no contexto assistencial aos usuários de álcool e outras drogas.

2 – Categoria Processo Saúde-Doença na perspectiva das concepções e intervenções históricas permeadas pelas percepções das pesquisadas na dimensão do adoecer em álcool e outros drogas.

3 - Categoria Inclusão e Exclusão Social envolto aos conceitos dinâmicos e questões paradigmáticas como o preconceito e o estigma social desvinculada das políticas de saúde mental de inclusão e geração de renda, preconizadas.

Essas categorias foram construídas com base nos elementos fornecidos pelos profissionais que são sujeitos da pesquisa, possibilitando maior amplitude na compreensão teórica da realidade e, estas foram balizadas pela categoria analítica da Representação Social.

1- CATEGORIA PROCESSO DE TRABALHO

Na análise da categoria processo de trabalho, evidenciou-se a temática, a saber:

Produção dos cuidados de enfermagem, gerência e assistência: rotinas das unidades, visitas domiciliares e expectativas quanto ao trabalho com pacientes de álcool e outras drogas.

Nessa perspectiva, os enfermeiros que trabalham na Estratégia de Saúde da Família têm como instrumento diferencial, além de outras funções, a visita domiciliar. É fundamental discorrer sobre essa atividade para que possamos entender o processo de trabalho e sua importância no contexto álcool e drogas.

1.1 Breve Histórico da Visita Domiciliar e sua aplicação na atualidade

“Cabe à enfermagem comunitária, assistir ao ser humano, dentro da família e da comunidade, direta ou indiretamente, através da enfermeira e de pessoal auxiliar, para atender às necessidades humanas básicas e intervir na história natural da enfermagem em todo os níveis de prevenção” (Horta, 1979).

“A história do surgimento das visitas domiciliares permite observar o quanto ela se confunde com o nascimento da enfermagem em saúde pública e sua relação com a história da saúde pública no

mundo, o que nos leva a refletir sobre novos desdobramentos do cuidado em enfermagem” (Souza, Lopes, Barbosa, 2004).

A vida em comunidade sempre gerou os maiores problemas de saúde enfrentados pelos homens. Desde a Grécia Antiga (443 a.c) que a assistência às famílias era realizada por médicos que percorriam as cidades, indo de casa em casa, orientando as pessoas quanto à importância de um ambiente saudável, com condições de higiene e sanitárias adequadas, os cuidados quanto ao armazenamento da água e dos alimentos, alívio da incapacidade e do desamparo. Para eles, a saúde estava relacionada a “pensamentos sadios” (Rosen, 1994).

Em Londres, entre os anos de 1854 e 1856, antes do surgimento das enfermeiras visitadoras, as mulheres da comunidade, embora sem muita instrução, eram as responsáveis pelas visitas domiciliares e por esse trabalho recebiam um salário do Estado para orientar e educar as famílias carentes, quanto aos cuidados de saúde. A responsabilidade pelo treinamento dessas mulheres, chamadas visitadoras sanitárias, ficava a cargo da sociedade de Epidemiologia de Londres. O sistema se mostrava uniforme, sendo assim os dirigentes dos distritos sanitários observaram que, ao se empregar mulheres de educação superior, tais como: médicas, enfermeiras e parteiras diplomadas, haveria uma otimização na assistência aos pobres (Rosen, 1994).

“O aparecimento do serviço de enfermeiras visitadoras no Brasil é marcado com o objetivo da prevenção (Nogueira, Fonseca, 1977). Em 1920, Amaury de Medeiros introduz na escola de enfermagem

da Cruz Vermelha um curso de visitadoras sanitárias. Neste mesmo ano foi criado o serviço de visitadoras como parte do serviço de profilaxia da tuberculose. Tal iniciativa marca a inclusão da visita domiciliar como atividade de saúde pública, uma vez que o serviço referido fazia parte do Departamento Nacional de Saúde Pública” (Souza, Lopes e Barbosa, 2004).

Segundo Rosen (1994), em setembro de 1890, no hospital de Alienados, na cidade do Rio de Janeiro, foi criada a Escola Profissional de Enfermeiros. As elites intelectuais da época afirmavam que a transformação do Brasil em uma grande nação dependia, necessariamente, da melhoria das condições de saúde da população. Dentro desse contexto, em 1918, Carlos Chagas, então diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública incentivou a criação de diversos cursos e escolas, entre elas a de Enfermeiras Visitadoras, criada com apoio da Fundação Rockefeller, em 1923.

Segundo Nogueira e Fonseca (1977), a assistência prestada pelas enfermeiras visitadoras priorizava os aspectos educativos de higiene. Nesse mesmo período criaram-se os centros de saúde, que tinham como objetivo o tratamento da tuberculose, hanseníase e diminuição da mortalidade infantil. Nesta assistência, desempenhavam papel preponderante as visitas domiciliárias executadas por pessoal de nível médio (Souza, Lopes e Barbosa, 2004).

Ainda, segundo Souza, Lopes e Barbosa (2004), no contexto da Enfermagem de Saúde Pública, a visita domiciliar se caracterizaria como um dos instrumentos

mais eficientes para se trabalhar com a comunidade e com as famílias na promoção e diagnóstico de suas necessidades de saúde.

De acordo com Araújo (2000), assistir as famílias no desempenho de suas atividades que contribuindo para a promoção e recuperação da saúde de seus membros, são funções da enfermagem de saúde pública.

“A visita domiciliar como atividade dirigida à família enseja um tipo de ensino voltado à solução de problemas de vivência em situações da vida real, no ambiente familiar” (Costa, 1997).

“A Visita Domiciliar é um dos instrumentos mais indicados à prestação de assistência à saúde, do indivíduo, família e comunidade e deve ser realizada mediante processo racional, com objetivos definidos e pautados nos princípios de eficiência. Apesar de antiga, a Visita Domiciliar traz resultados inovadores, uma vez que possibilita conhecer a realidade do cliente e sua família *in loco*, contribuir para a redução de gastos hospitalares, além de fortalecer os vínculos cliente – terapêutica – profissional” (Souza, Lopes e Barbosa, 2004).

As autoras acima citadas ainda afirmam que a visita domiciliar deve possuir um olhar holístico por parte dos profissionais com o objetivo de contribuir para a mudança de padrões de comportamento, promovendo a prevenção de doenças e garantindo qualidade de vida.

Segundo Fonseca e Bertolozzi (1997), a visita domiciliar permite uma aproximação com os determinantes do processo saúde-doença no âmbito familiar. É um instrumento que possibilita à enfermeira identificar as inter-relações familiares, como se estabelecem os vínculos de solidariedade entre eles e como contribuem para o processo de cuidado, cura ou recuperação de um de seus membros. A prática da visita domiciliar favorece a compreensão das funções sociais, econômicas e ideológicas e de reprodução da força de trabalho da família na sociedade.

No Brasil, a Estratégia de Saúde da Família - ESF, implantado no país pelo Ministério da Saúde em 1994, tem o objetivo de reorganizar o atendimento a saúde a partir da atenção básica e preconiza como uma de suas importantes atividades a Visita Domiciliar que é uma excelente oportunidade para os enfermeiros identificarem, dentro do contexto familiar, as necessidades das pessoas que moram na área de abrangência da unidade de forma geral, bem como a dos pacientes usuários de álcool e outras drogas e de seus familiares.

Como função peculiar na Estratégia da Saúde da Família, a atividade de visita domiciliar das enfermeiras entrevistadas aparece como rotina de trabalho de forma geral e pouco significativa com relação às práticas assistenciais ao cliente usuário de álcool e outras drogas.

“... uma das minhas funções é realizar visitas domiciliares...”

(E.1.3); (E.3.3); (E.4.3); (E.6.2); (E.7.2).

*“... tenho um dia para as consultas de hipertensos e diabéticos, gestantes, puericultura, preventivo, geral e visitas domiciliares”.
(E.5.1).*

“... uma de minhas práticas assistenciais em relação ao usuário de álcool e outras drogas consiste em ir até a família para conseguir apoio para o cliente na tentativa de procura de ajuda...” (E.1.17).

“... dentro das minhas práticas assistenciais desenvolvo o acompanhamento e suporte ao usuário e aos familiares pelas visitas domiciliares dos profissionais e agentes comunitários que repassam as dificuldades...” (E.5.9).

“... nas minhas práticas assistenciais, busco sempre o diálogo nas visitas domiciliares...” (E.7.8).

1.2 A Administração de Enfermagem na Estratégia de Saúde da Família

A enfermagem contemporânea, devido ao seu dinamismo, às necessidades de adequações funcionais e tecnológicas, às exigências, cada vez maiores, de desenvolvimento e qualificação pessoal e profissional, geradas por uma realidade social que se reconstrói constantemente, passa por um repensar e uma redefinição de suas funções, objetivando maior qualidade na prestação de assistência a saúde.

Segundo Azevedo (2000), é no contexto desses novos paradigmas que as novas perspectivas da enfermagem, das políticas de saúde e do trabalho gerencial devem se situar. As fortes implicações sócias políticas, econômicas e culturais do Sistema Único de Saúde compõem um cenário no qual a gerência no trabalho do enfermeiro é uma característica essencial no enfrentamento dos desafios propostos por esse novo sistema de saúde. Modificações tão relevantes apresentam não só novas demandas para a profissão como encerram novas determinações na própria organização e dinâmica de seu processo de trabalho administrativo.

A necessidade de reconstrução dos modelos de gestão faz emergir novas abordagens gerenciais como a gerência participativa e os programas de qualidade que preconizam, a descentralização das decisões e a participação de todos os elementos da equipe de trabalho, trazendo à luz as oportunidades de participação efetiva nas discussões e o aprimoramento do processo de trabalho. As equipes possuem mais autonomia no desenvolvimento de novos projetos e métodos de trabalho, formulam políticas de pessoal e sugerem novas diretrizes para a organização (Fernandes et al, 2003).

“... Ao chegar na unidade às 07h00, verifico as condições da mesma para confirmar a ordem do local. Resolvo os problemas surgidos durante o trabalho em conjunto com os outros funcionários como os problemas no acolhimento e burocráticos...”
(E.1.1).

...”Realizo estudo de caso com o médico, os agentes comunitários de saúde da micro-área e auxiliares de enfermagem, na tentativa de um atendimento, ou melhor, de uma direção ao caso exposto” (E.1.16).

“... Alguns períodos da agenda são destinados exclusivamente para supervisão e gerência, também reuniões com membros da equipe (...) e educação continuada com os funcionários” (E.2.4).

Os esforços de todos os membros da equipe são necessários para alcançar as metas previstas pela direção ou chefia. Aos poucos, a palavra administração está caindo em desuso, sendo substituída pelas palavras gerência ou gestão.

Esta crise do paradigma gerencial tradicional é baseada nos ensinamentos de Taylor, Fayol e seus seguidores modernos, que consideram uma boa organização a que possui um organograma detalhado, com ênfase na divisão do trabalho, no planejamento das funções, na descrição de cargos, nos manuais de tarefas e procedimentos, o que gera estruturas fixas, permanentes e rígidas (Greco, 2004).

O planejamento e a organização tradicional são limitados, com baixa influência na produtividade, porém, ainda é necessário para as organizações. O que se preconiza é a importância de ser ir mais além aos dias atuais em detrimento das exigências gerenciais modernas, aliando a flexibilidade na

organização e nas condições de adaptação necessárias frente à mutação contínua da realidade atual.

Na enfermagem, nos dias de hoje, gerência de unidade consiste na previsão, provisão, manutenção, controle de recursos materiais e humanos para o funcionamento do serviço (Greco, 2004). O que se pode notar nas seguintes falas:

“... Resolvo a parte burocrática, administrativa e funcional da unidade diariamente”.(E.1.6)

“... Em meu trabalho desenvolvo as três ênfases da enfermagem: assistência, gerência e educação”. (E.2.1); (E.4.1); (E.5.2).

“... Geralmente, no início do dia priorizo a supervisão das salas e presença dos funcionários, me certificando que o trabalho será desenvolvido durante o dia sem nenhuma interferência ou falta de insumos ou recursos humanos...” (E.2.3).

“(...) um protocolo específico para assistência de enfermagem na área de álcool e drogas também seria fundamental”.(E.2.9).

A gerência do cuidado que consiste no diagnóstico, planejamento, execução e avaliação da assistência, passando pela delegação das atividades, supervisão e orientação da equipe também é fundamental (Greco, 2004).

“... Faço o atendimento individual aos clientes diariamente dependendo da sua classificação na atenção básica, pois as agendas são divididas de acordo com saúde adulto, saúde criança saúde mulher, hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus...”(E.1.2).

*“... Realizo grupos tanto na comunidade, quanto em unidade”.
(E.1.4).*

“...Faço também o atendimento de clientes eventuais (sem agendamento)”. (E.1.7).

“... O meu cotidiano é planejado e organizado conforme o preconizado pelo Ministério para o Programa de Saúde da Família, ou seja, cada dia da agenda é destinado a atividades que atendam os grupos de risco (gestantes, idosos, crianças, hipertensos, diabéticos e mulheres)”. (E.2.2); (E.7.1).

“... Na minha rotina realizo procedimentos de enfermagem, tais como: Consultas de enfermagem para os grupos (gestante, criança, hipertensos e diabéticos), coleta de papanicolau, visitas domiciliares, supervisão da equipe e agentes comunitários de saúde”. (E.3.1); (E.4.2); (E.5.1); (E.7.7).

“(...) faço vacina, avaliação e realização de curativo quando necessário”. (E.5.2).

“... Começo o dia com a verificação da temperatura da geladeira da sala de Vacina, faço coleta de exames bioquímicos, realizo atendimento à gestante e atendimento à demanda espontânea”. (E.6.1).

“... No início do dia realizo a leitura do termômetro da sala de vacina, observo a agenda do médico e a minha, faço o acolhimento das consultas de encaixe do médico e inicio as consultas de enfermagem do dia”. (E.8.1).

Assim, os enfermeiros compreendem que administrar é cuidar e quando planejam, organizam, avaliam e coordenam, eles também estão cuidando (Vaghettil et al, 2004).

A função gerencial pode ser conceituada como sendo um instrumento capaz de política e tecnicamente, organizar o processo de trabalho com o objetivo de torná-lo mais qualificado e produtivo na oferta de uma assistência de enfermagem universal, igualitária e integral (Greco, 2004).

A gerência tem sido colocada como área estratégica para a transformação das práticas de saúde, pela sua posição intermediária entre as estruturas centrais,

com poder de definição de diretrizes políticas e a prestação direta de serviços (Melo e Nascimento, 2003).

Portanto, a gerência pode ser encarada como um instrumento para a efetivação das políticas, pois ela pode favorecer a manutenção ou a transformação de um determinado contexto (Aguilar et al, 2005).

Muitos são os esforços e avanços da Estratégia de Saúde da Família na assistência à saúde da população. Podemos exemplificar a partir do tratamento de pacientes hipertensos que atingiu índices surpreendentes, bem como o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, porém, ao contrário de outras ações desenvolvidas pelos profissionais da ESF em outras áreas de atenção à saúde, que já há tempo vem se mostrando de maneira clara e objetiva, o que se observa cotidianamente é que muito pouco se aborda quando se trata da prática assistencial aos pacientes usuários de álcool e outras drogas pelos profissionais de enfermagem nas ESF(s), como podemos perceber nas falas que se seguem quando questionados a respeito de suas práticas assistenciais em relação ao usuário de álcool e outras drogas:

“... Converso com cliente e levanto os fatores que levaram à dependência, oferecendo apoio emocional, mostrando, ou melhor, deixando o cliente ciente que ele pode ter o controle da situação. Vou até a família para conseguir apoio para o cliente na tentativa de procura de ajuda. Levanto com ele os malefícios que causam o

álcool e drogas a sua saúde, levantando pontos negativos quanto ao uso. Agendo a avaliação médica para cliente, ofereço alternativas de grupos de apoio na comunidade para tratamento de substâncias (álcool + drogas) e em caso de surto, ou melhor, crises devido ao uso abusivo de substâncias encaminham para o pronto socorro” (E.1.15).

“... Seria relevante que a enfermeira pudesse atuar mais diretamente em relação aos usuários de álcool e outras drogas, mas existe pobreza de estudos nessa área e treinamentos e eu gostaria muito de ser mais útil nessa área”. (E.2.10)

“... Faço o acolhimento, desenvolvo ações educativas e estímulo sua integração social e familiar, quando necessário encaminho ao CAPS”. (E.3.6).

“... Sempre procuro orientá-los, mas há um certo limite em que posso intervir, já que o acesso a eles é bem complicado”. (E.4.8).

“... Tenho pouca prática e pouca experiência com esses pacientes, mas conseguimos identificar através da observação e do acompanhamento da família”. (E.5.6).

“... Trabalho com a educação Permanente, abordando o assunto para a estratégia de saúde da família. Trabalho também com o

grupo de futebol e com o grupo de crianças, além disso, faço a abordagem do tema na sala de espera”. (E.6.5).

“... Nossa assistência é feita através de consultas médicas e de enfermagem, busca de diálogo nas visitas domiciliares e na realização de orientação com relação às casas de recuperação existentes, além de dar apoio as famílias desses usuários”. (E.7.7).

“... Realizo a anamnese: tento entender o porquê desse uso nocivo de drogas, faço o exame físico céfalo-caudal, faço o diagnóstico da causa e porque e minha intervenção se estende à família e outros profissionais caso seja necessário”. (E.8.7).

Segundo Pillon e Luis (2004), alguns estudos indicam a necessidade de programas e conteúdos específicos no decorrer da graduação em enfermagem, pois um problema de grande epidemiologia requer profissionais preparados e, é condição facilitadora para o enfermeiro exercer suas atividades no manejo dos dependentes químicos e alcoolistas, pois conforme indicaram os resultados desses estudos, os cuidados de enfermagem mostraram-se prejudicados em decorrência da falta de conhecimentos sobre álcool e drogas.

Para Moraes (2003), o desconhecimento sobre as especificidades que envolvem o uso de drogas e da dependência química, dos técnicos de saúde é produto de uma formação acadêmica e profissional que super estima e super

valoriza as normas e regras em detrimento das atitudes sociais e valores éticos mais adequados a culturas determinadas.

No Brasil, as substâncias psicoativas não tem sido área de interesse de pesquisa entre os enfermeiros, embora o uso abusivo de álcool tenha aparecido nos resultados de estudos com outros focos (hipertensão, acidentes de trabalho) caracterizando uma situação de comorbidade (Pillon e Luis, 2004).

“Quando um alcoolista chega para atendimento, independente do serviço que procure, é provável que seu primeiro contato dê com o enfermeiro e demais profissionais da equipe de enfermagem, sendo assim, as atitudes que esse profissional apresentar frente a este paciente poderão afetar diretamente o curso do tratamento subsequente” (Vargas, 2005).

Assim, percebemos que os profissionais de enfermagem da saúde da família, sentem a necessidade de capacitação para atenderem as demandas de usuários de álcool e outras drogas como forma de atenuar a deficiência da abordagem da temática na graduação.

“... As minhas intervenções são limitadas, pois falta treinamento e capacitação. Um protocolo específico para a assistência de enfermagem nessa área também seria fundamental”. (E.2.9)

“... Seria relevante que a enfermeira pudesse atuar mais diretamente em relação aos usuários de álcool e outras drogas, mas existe pobreza de estudos nessa área e treinamentos. Eu gostaria muito de ser mais útil nessa área”. (E.2.10).

“Os profissionais de saúde muitas vezes encontram dificuldades no reconhecimento de problemas relacionados ao álcool e outras drogas e não sabem agir perante os pacientes com esses transtornos. Outras vezes, a falta de conhecimento dificulta na atuação”. (E.3.7).

“Tenho dificuldade em convencer os próprios usuários em reconhecer a necessidade de não usar as substâncias. O acesso é restrito até por falta de prática profissional”. (E.4.10).

“Seria importante maiores capacitações, cursos e reciclagem sobre o tema”. (E.5.13).

“Tenho dificuldade em lidar como drogadito em crise e faltam materiais para os grupos como folders e cartazes”. (E.6.6).

“Minha dificuldade é convencer o usuário dos malefícios do álcool e drogas”. (E.7.8).

“(...) É muito triste ver o usuário e sua família desmoronando a cada dia que passa e não poder fazer nada”. (E.7.11).

“Tenho dificuldade em conseguir trabalhar em conjunto com as famílias dos usuários”. (E.8.9).

A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas preconiza que a assistência a esses usuários deve ser oferecida em todos os níveis de atenção, privilegiando os cuidados em dispositivos como os Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS ad), além disso, a atenção a esses usuários deve ser contemplada pela atuação integrada dos programas de saúde da família, agentes comunitários de saúde e serviço de redução de danos e da rede básica de saúde (Ministério da saúde, 2003).

A Política de Redução de Danos baseia-se nos modelos teóricos sócio-cultural e geopolítico estrutural que consideram a problemática das drogas como uma questão social, cujas intervenções têm por objetivo principal minimizar os efeitos danosos das drogas, buscando a melhoria do bem-estar físico e social dos usuários e ajudá-los a atuar socialmente (Spricigo, 2004).

Nessa abordagem são realizados trabalhos de campo nas ruas, em hospitais e em prisões, buscando tornar mais acessíveis os serviços de saúde e propiciar oportunidades de reabilitação social (UNIFESP, 2004).

“O CAPS ad é um serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas. Esse serviço oferece atendimento diário aos pacientes que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua; o CAPS ad deve ser apoiado por leitos psiquiátricos em hospital geral e outras práticas de atenção comunitária como internação domiciliar e inserção comunitária de serviços” (Ministério da Saúde, 2003).

Embora a política esteja estabelecida, ainda existe muito por se fazer, tanto na assistência aos usuários de álcool e outras drogas na Estratégia de Saúde da Família, quanto nos demais dispositivos como o Caps ad e os leitos em hospital geral, como observamos nos discursos a seguir:

*“Existe uma grande dificuldade de serviços de referências para encaminhamentos de clientes com dependência de substâncias (álcool, drogas) para tratamento, acompanhamento e reabilitação”.
(E.1.19).*

“Devemos encarar o uso de substâncias nocivas à saúde com grande seriedade, pois é um problema este de saúde pública e que temos que tentar achar uma solução para que haja uma melhora

na qualidade de vida dos nossos usuários e que estes possam ser melhor assistidos na luta contra a dependência”. (E.1.20).

“... Encaminho conforme orientação médica ao psicólogo e comunico com assistente social, além de exames clínicos”. (E.5.10).

“É necessário que haja um serviço de referência para que sejam encaminhados e tenham um tratamento psicológico e de desintoxicação com um acompanhamento mais rápido”. (E.5.12).

“... Temos grande dificuldade no apoio das casas de recuperação, pois sempre estão com o número de vagas reduzidas”. (E.7.9).

2 – CATEGORIA PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Nesta categoria discorreremos sobre os aspectos históricos do processo de saúde doença e da representação desse processo nos discursos das entrevistadas.

2.1 O Conceito de Saúde e Doença

Várias teorias interpretativas se desenvolveram no decorrer da história da assistência à saúde. Esses conceitos foram mudando de acordo com a evolução e conhecimentos das sociedades nos diferentes momentos históricos, surgindo diversas interpretações sobre o processo saúde-doença na busca das interferências causais para a doença.

Uma dos primeiros conceitos reporta à concepção mística ou mágico-religiosa sobre a doença, que os antepassados julgavam como um fenômeno sobrenatural, ou castigo dos deuses. Atribuía as doenças como uma forma de castigo imposta aos seres humanos por desobedecerem a uma ordem divina maior.

Segundo Canguilhem (1978), predominava na antiguidade, especialmente entre os assírios, egípcios, caldeus e hebreus, a concepção ontológica, que atribuía às enfermidades uma só causa, sempre externa ao ser humano e com existência própria - um mal, sendo o ser humano, no qual essa entidade maléfica

se agregou, um receptáculo de um elemento natural ou de um espírito sobrenatural que lhe causaram a doença, sem qualquer participação ou controle do organismo no processo de causa.

Scliar (2007) diz que para os antigos hebreus, a doença não era necessariamente devida à ação de demônios, ou de maus espíritos, mas representava, de algum modo, um sinal da cólera divina, diante dos pecados humanos. A enfermidade era em razão do pecado, quase sempre em forma visível, como no caso da lepra. Por se tratar de doença contagiosa sugeria que houvera contato entre corpos humanos que praticavam atitudes pecaminosas. Deus é também o Grande Médico: "Eu sou o Senhor, e é saúde que te trago" (Êxodo 15, 26); "De Deus vem toda a cura" (Eclesiastes, 38, 1–9). A doença era sinal de desobediência ao mandamento divino.

Ainda, algumas culturas, como os índios das Américas era (e ainda é) o xamã, o feiticeiro tribal, o responsável por convocar os espíritos do bem, capazes de erradicar os maus espíritos, por meio de rituais, expulsando-os, reintegrando o doente ao universo que tem vida própria, onde o Sol e a Lua são os olhos, os ventos, a respiração, as pedras, os ossos (homologação antropocósmica). O xamã passa por um longo treinamento que inclui abstinência sexual e alimentar; nesse período aprende as canções xamanísticas e *“utiliza plantas com substâncias alucinógenas que são chamarizes para os espíritos capazes de combater a doença”* (Scliar, 2007).

Atualmente, percebemos no meio profissional, a influência religiosa no conceito saúde-doença. Ao questionar uma das entrevistadas sobre o que representa o uso nocivo de álcool e outras drogas, responde:

“O uso de álcool e outras drogas representa para mim um desrespeito à vida. Uma ofensa contra o nosso Criador...” (E.2.5).

Oliveira e Egry (2000), citando Facchini (1994) dizem que:

“A hegemonia da interpretação mágico-religiosa não impediu o desenvolvimento da observação e da prática empírica, cuja acumulação resultou em sistemas teóricos empiricistas vinculados a uma concepção dinâmica da causalidade, identificável nas antigas medicinas hindu e chinesa”... “Há, por assim dizer, uma naturalização da doença em que o ser humano deixa de ter papel passivo, podendo ativamente buscar diferentes procedimentos terapêuticos para a restauração de suas forças vitais” (Oliveira e Egry, 2000).

De acordo com Scliar (2007), Hipócrates, o pai da medicina (460–377 a.C.) por meio dos escritos atribuídos a ele e que formam o *Corpus Hipocraticus*, trás uma visão racional da medicina, bem diferente da concepção mágico-religiosa antes descrita. O texto de Hipócrates intitulado *‘A doença sagrada’* começa com a seguinte afirmação: *“A doença chamada sagrada não é, em minha opinião, mais*

divina ou mais sagrada que qualquer outra doença; tem uma causa natural e sua origem supostamente divina reflete a ignorância humana".

“Hipócrates postulou a existência de quatro fluidos (humores) principais no corpo: bile amarela, bile negra, fleuma e sangue. Desta forma, a saúde era baseada no equilíbrio desses elementos. Ele via o homem como uma unidade organizada e entendia a doença como uma desorganização desse estado. A obra hipocrática caracteriza-se pela valorização da observação empírica, como o demonstram os casos clínicos nela registrados, reveladores de uma visão epidemiológica do problema de saúde–enfermidade. A apoplexia, dizem esses textos, é mais comum entre as idades de 40 e 60 anos; a tísica ocorre mais freqüentemente entre os 18 e os 35 anos. Essas observações não se limitavam ao paciente em si, mas a seu ambiente. O texto conhecido como ‘*Ares, águas, lugares*’ discute os fatores ambientais ligados à doença, defendendo um conceito ecológico de saúde–enfermidade. Daí emergirá a idéia de miasma” (Scliar, 2007).

De acordo com Souza e Oliveira (1998), a ascensão do regime feudal marca a idade média como a idade das trevas, que sob a ótica da saúde é muito apropriada. Esta época foi marcada por grande epidemia de pestes, num momento em que o ocidente não estava preparado para essas doenças. Os princípios hipocráticos são mantidos enquanto concepção teórica, mas a prática

clínica é abandonada. Por outro lado, a medicina árabe e a medicina judaica, que acrescentaram ao acervo grego conhecimentos de farmacologia e cirurgia, principalmente, estavam fora do alcance da cristandade européia.

Sob a influência do Cristianismo, segundo Scliar (2007), têm-se a volta da prática religiosa. A doença era vista como purificação. Uma forma de atingir a graça divina, que incluía, desde que merecida, a cura. As epidemias eram consideradas castigo divino para os pecados do mundo ou resultavam da ação de inimigos. Numerosos judeus foram jogados na fogueira sob a acusação de terem provocado a Peste Negra; das doenças endêmicas, a mais temida era a lepra, cujos doentes eram segregados só podendo entrar nas cidades em feriados especiais, usando vestes características e sendo anunciados com cornetas ou matracas. É também na Idade Média que surgem os primeiros *hospitais*, os *hospícios* ou *asilos*, nos quais os pacientes recebiam mais conforto espiritual que tratamento adequado. A ineficácia dos procedimentos mágicos ou religiosos era compensada com a caridade.

“A influência da religião cristã manteve a concepção da doença como resultado do pecado e a cura como questão de fé; o cuidado de doentes estava, em boa parte, entregue a ordens religiosas, que administravam inclusive o hospital, instituição que o cristianismo desenvolveu muito, não como um lugar de cura, mas de abrigo e de conforto para os doentes. Mas, ao mesmo tempo, as idéias hipocráticas se mantinham, através da temperança no comer e no beber, na contenção sexual e no controle das paixões.

Procurava-se evitar o *contra naturam vivere*, viver contra a natureza”. (Scliar, 2007)

Com o crescente número de epidemias na Europa, retorna as preocupações com a causalidade das doenças infecciosas, tornando-se mais evidente a noção de contágio entre os homens.

Oliveira e Egry (2000), citando Banta e Dahuce (1993) dizem que:

“Sob a poderosa influência do paradigma cartesiano, a ciência médica desenvolveu-se rapidamente durante os séculos XVII e XIX. Experimentou considerável progresso com o desenvolvimento da Anatomia Humana, a partir das cuidadosas observações de Vesalius na dissecação de cadáveres. Seu estudo possibilitou o surgimento de uma nova disciplina, a Fisiologia, que buscava explicar o funcionamento normal do corpo humano. Um sistema classificatório para as doenças foi uma das maiores contribuições dos primeiros estágios da medicina científica, originário de uma outra disciplina científica, a Patologia. Os projetos terapêuticos de então eram ainda bastante limitados e, ainda que fizessem uso de drogas, antes de 1700 não eram conhecidas mais que duas dúzias de substâncias eficazes”.

Para Souza e Oliveira (1998), após a Revolução Francesa, se dá uma crescente urbanização nos países europeus e após a revolução industrial inglesa

ocorrida em meados do século XVIII, mudando o sistema de produção, agora fabril, fazem emergir o pensamento e explicação social na causalidade das doenças, relacionando-as com as condições de vida e trabalho das populações.

“No início do século XIX, a França era o país mais avançado em teoria política e social, permeando a medicina francesa com o espírito de mudança social. Durante este período, os métodos disponíveis para estudar os problemas sociais de saúde eram o empirismo racional, a observação crítica e os levantamentos. A análise estatística vai surgir a partir de 1820. Muitos dos estudos estavam interessados na questão da mortalidade e no efeito de fatores como classe social, ocupação, raça, prisão e falta de saneamento adequado sobre a saúde” (Souza e Oliveira, 1998).

“Mas a ciência continuava avançando e no final do século XIX registrou-se aquilo que depois seria conhecido como a revolução pasteuriana. No laboratório de Louis Pasteur e em outros laboratórios, o microscópio, descoberto no século XVII, mas até então não muito valorizado, estava revelando a existência de microorganismos causadores de doença e possibilitando a introdução de soros e vacinas. Era uma revolução porque, pela primeira vez, fatores etiológicos, até então desconhecidos, estavam sendo identificados; doenças agora poderiam ser prevenidas e curadas” (Scliar, 2007).

Segundo Salum; Bertolozzi e Oliveira (1998), esses conhecimentos advindos da "*revolução científica*" desencadeada pela Bacteriologia, e na crença da sua eficácia, fez a medicina trilhar um novo rumo, desprezando as considerações sociais.

Nessa época, surgia também a epidemiologia, baseada no estudo pioneiro do cólera em Londres, feito pelo médico inglês John Snow, e que se enquadrava num contexto de "contabilidade da doença" (Salum, Bertolozzi e Oliveira, 1998).

Para Souza e Oliveira (1998), a teoria unicausal, em que cada doença tem o seu agente etiológico e a cura se dá a partir de sua descoberta e combate químico, torna-se insuficiente, abrindo espaço para as concepções multicausais, sem, contudo recuperar a idéia da causa social.

Os avanços da biologia e da teoria ecológica para as doenças infecciosas mostram a interação entre agente e hospedeiro em ambiente composto (físicos, biológicos e sociais), formando o pensamento do modelo ecológico multicausal que, nesse momento, sofre grande influência da matemática e das ciências sociais. Críticas ao modelo ecológico discorrem sobre a redução naturalista na interpretação das relações sociais que o homem estabelece com a natureza e com os outros homens, na produção de sua vida material e cultural. Todos os elementos da relação são colocados num mesmo plano a – histórico e intemporal e, assim, a vida humana fica reduzida a sua condição animal (Souza e Oliveira, 1998).

Oliveira e Egry (2000) concluem:

“Vê-se, portanto, que as concepções sobre a saúde e a doença são limitadas pelo desenvolvimento teórico-conceitual da ciência e, sobretudo, por condicionantes ideológicos que tornam determinadas opções conceituais mais legítimas e mais potentes que outras. Ancora-se em marcos teóricos e filosóficos distintos e expressam-se modelos de causalidade que, por sua vez, desdobram-se em formas de registro, mensuração, análise, interpretação e intervenção correspondentes. E tratam a diversidade conceitual e metodológica resultante das transformações dos marcos de inferência causal ao longo da história da constituição desses saberes - das crenças mágico-religiosas, passando pelo empirismo racional, até à ciência moderna”.

A Organização das Nações Unidas (ONU) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgam a partir de 1948 o conceito de saúde na carta de princípios de 07 de abril do mesmo ano (desde então o Dia Mundial da Saúde), reconhecendo o direito universal à saúde e a obrigação do estado em sua promoção e proteção. Diz que: *"Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade"*.

Os possíveis ganhos em abrangência dessa definição trazem consigo o risco de que o conceito torne-se, assim, finalidade de toda atividade humana e não de uma atividade orientada para a saúde (Oliveira e Egry, 2000).

Barreto e Carmo (1994) distinguem a teoria do germe, a dos estilos de vida, a ecologia ou ambiental e a teoria genética. A dos germes aponta para a bacteriologia e todos os avanços nessa área, como o programa de imunizações, medicações antimicrobianas, esterilização e a grande dimensão de estudos nessa área. A teoria dos estilos de vida associa as doenças ao modo de vida, aos hábitos e aos comportamentos de risco das pessoas tais como: o estresse, a vida sedentária, a alimentação inadequada, a drogadição e até as práticas sexuais, aí se encaixando, por exemplo, a AIDS e as doenças sexualmente transmissíveis. As intervenções são voltadas para medidas individuais de proteção à saúde e à adoção de estilos de vida mais saudáveis, com o devido estímulo e apoio de programas de educação em saúde. Dentro dessa concepção, a informação e os programas de educação, mais gerais ou mais específicos, aparecem como uma alternativa importante de intervenção no processo saúde-doença. O meio ambiente especialmente, aquele deteriorado pelos processos de industrialização, é tido como o desencadeador da doença na teoria ambiental e as intervenções remetem à organização da produção e de utilização da tecnologia. A teoria genética vem ganhando força conforme as divulgações dos trabalhos do genoma humano, remetendo a teoria ontológica, pois o código genético seria a razão para as doenças.

Para Scliar (2007), esses conceitos traduzem a maneira de pensar do mundo em determinadas épocas, ou seja:

“Saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas. O mesmo, aliás, pode ser dito das doenças. Aquilo que é considerado doença varia muito. Houve época em que masturbação era considerada uma conduta patológica capaz de resultar em desnutrição (por perda da proteína contida no esperma) e em distúrbios mentais. A masturbação era tratada por dieta, por infibulação, pela imobilização do "paciente", por aparelhos elétricos que davam choque quando o pênis era manipulado e até pela ablação da genitália. Houve época, também, em que o desejo de fuga dos escravos era considerado enfermidade mental: a drapetomania (do grego *drapejes*, escravo)”.

De acordo com Oliveira e Egry (2000), a compreensão acerca dos determinantes da saúde das populações, assim como a discussão e a formulação de políticas de saúde têm sido grandemente prejudicadas pela perpetuação de instrumentos de interpretação incompletos, obsoletos ou equivocados.

Evans e Stoddart (1990) corroboram com essa fala ao afirmarem que: *“É negligenciado o fato de que pessoas estejam adoecendo e morrendo em*

consequência de processos que não estão diretamente conectados com a assistência à saúde”.

Desta forma, discorreremos brevemente sobre a representação do processo saúde doença nas questões que envolvem os usuários de álcool e outras drogas para os profissionais enfermeiros entrevistados.

Conforme mencionado anteriormente, o uso de álcool pelos seres humanos data da pré-história. A partir da revolução industrial, o aumento da produção e das variedades de bebidas fez com que o consumo aumentasse drasticamente. Sendo de comércio livre e de preço acessível, sua popularização se difundiu em quase todas as culturas do globo. Assim, na medida em que ocorre o aumento do consumo, começam a aparecer os sintomas do seu uso prejudicial.

Hoje, segundo alguns levantamentos, aproximadamente 12 % da população adulta consomem, abusivamente, bebidas alcoólicas. Esta epidemiologia alarmante e todas as consequências já citadas culminaram com a construção de políticas para esse público em questão.

Com relação às entrevistas e os conceitos elencados no texto de saúde-doença, podemos perceber que: a própria definição de alcoolismo traduz os conceitos discorridos anteriormente.

Alcoolismo é uma doença primária, crônica, com fatores genéticos, psicossociais e ambientais que influenciam seu desenvolvimento e

manifestações. Frequentemente pode ser fatal. Caracteriza-se por uso contínuo ou periódico e descontrole na ingestão de bebidas a despeito das conseqüências adversas e distorções na mente.

“Apesar de sua grande aceitação social o consumo de bebidas alcoólicas, quando excessivo, passa a ser um problema de saúde pública...” (E.1.8).

“... o consumo de outras drogas é muito mais sério ainda, principalmente quando leva o indivíduo a dependência...” (E.1.9)

“... tanto o álcool como qualquer outra droga causam danos à saúde física e mental do indivíduo, além dos inúmeros acidentes de transito, de trabalho e da violência associados a esses episódios...” (E.1.10)

“(...) o consumo, a longo prazo, provoca um quadro de total dependência, o que é lamentável para um ser humano”. (E.1.11)

“... Entre as possíveis conseqüências podemos mencionar a desintegração familiar, a depressão, comportamentos agressivos, violência, homicídios e, em casos extremos, o suicídio”. (E.1.12).

“É difícil identificar um motivo apenas que os levam a iniciar o uso”. (E.4.7).

“... o uso nocivo representa aquele que traz prejuízo a si próprio, a sua família e sociedade”. (E.5.3).

“... o uso nocivo tira a capacidade do individuo responder por si conscientemente”. (E.5.4).

“... alguns familiares se queixam do ente querido que utiliza álcool e drogas, das mudanças que ocorrem quando o mesmo faz uso”. (E.5.7).

Há uma tendência do dependente a negar a dependência ou tentar minimizá-la, alegando uma enganosa idéia de que pode controlar consumo de álcool.

“Uma das dificuldades em trabalhar com essa clientela consiste na não aceitação do cliente em assumir seu vício, sua dependência e, em muitos casos, a não aceitação da família em relação à situação apresentada”. (E.1.24).

“A não aceitação do paciente na adesão do tratamento e de que ele precisa de ajuda, são minhas maiores dificuldades com eles”. (E.5.11).

“... A maior dificuldade consiste no cliente perceber que tem uma doença e aceitá-la”.(E.8.11)

A concepção mágico-religiosa da antiguidade que retornou na idade média, faz parte do repertório, ainda hoje, de alguns profissionais, como podemos perceber na fala de uma das entrevistadas:

“O uso de álcool e outras drogas representa para mim um desrespeito à vida. Uma ofensa contra o nosso criador...” (E.2.5).

Outras falas das entrevistadas enquadram na teoria dos estilos de vida citado acima, onde remete as doenças ao modo de vida, aos hábitos e aos comportamentos de risco das pessoas tais como: o estresse, a vida sedentária, a alimentação inadequada, a drogadição:

“Nós, seres humanos, a partir de um determinado momento de nossa vida, passamos a experimentar as mais diversas substâncias que a natureza coloca a disposição, dentre elas o álcool e outras drogas, que passamos a encarar como possibilidades de solução para nossos obstáculos”. (E.1.13).

“Alguns conflitos tais como influencia do grupo de amigos, busca pelo desconhecido, curiosidade, fuga das dificuldades, contradição dos valores estabelecidos pelos familiares e outros, identifico como necessidades que levam o individuo a consumir e possivelmente tornar-se dependente do álcool e outras drogas”. (E.1.14).

Em síntese, falar do uso de drogas não é falar apenas de uma questão biológica, é falar de um indivíduo integral, para o qual as drogas possuem uma representação específica. O tratamento da dependência química na atualidade, bem como as intervenções visando a promoção à saúde e a prevenção do uso de drogas, devem romper com o modelo cartesiano, apesar das dificuldades ainda vivenciadas, e assumir que reduzir o fenômeno da drogadição em nossa realidade é algo que depende da interação entre vários grupos, exigindo mudanças substanciais na organização social, diminuindo drasticamente as desigualdades presentes neste contexto. Também são necessárias mudanças na formação dos profissionais que lidam com essa questão, além das alterações na forma de encarar o paciente ou o indivíduo que apresenta maior vulnerabilidade em relação à droga, encarando os mesmos como seres ativos, que possuem saberes e fazeres próprios, diretamente implicados no processo saúde e doença.

3 – CATEGORIA PROCESSO DE INCLUSÃO/ EXCLUSÃO SOCIAL

No presente estudo procuramos estabelecer um paralelo entre a representação social dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família em relação às práticas assistenciais aos usuários de álcool e outras drogas e as diferentes dimensões paradigmáticas acerca do tema inclusão e exclusão social.

3.1 As Origens e Conceituações do termo Exclusão Social e suas dimensões

A exclusão social é um tema que surgiu com grande força e repercussão na França, no final do ano de 1992, quando o número de desempregados ultrapassava os três milhões. Antes das eleições francesas de 1993, os governantes socialistas discutiam a situação dos menos afortunados socialmente. Incorporado pela política essa questão foi amplamente discutida e difundida em todos os setores do cenário político quando da eleição presidencial francesa de 1995. A questão da exclusão transformou-se, então, em uma questão social por excelência, e segue assim até os nossos dias (Castel, 1999).

Sendo assim, a utilização deste conceito, embora recente, muitas são as dificuldades de análise e conceituação científica, devido a imprecisão do próprio conceito, que por vezes é utilizado tanto em discursos políticos quanto no senso comum, como sinônimo para os termos: marginalização, pobreza, estigmatização, desigualdades, segregação (Rodrigues, 2007).

Em termos simplificados, o francês Castel define exclusão social como o ponto máximo atingível no decurso da marginalização, sendo este, um processo no qual o indivíduo vai progressivamente se afastando da sociedade através de rupturas consecutivas com a mesma (Costa, 1984).

Para Peter Townsend (1979), indivíduos excluídos são aqueles que acumulam um conjunto de riscos e dificuldades, através de histórias de vida que reforçam diferentes tipos de rupturas, perdas e privações, agravadas pelos mecanismos sociais prévios ou posteriores ao processo de ruptura.

Os processos de exclusão traduzem as deficiências ou insucessos sociais conduzindo igualmente a uma ruptura dos laços simbólicos (Xiberras, 1996).

Castel (1990) ainda diz que a fase extrema da exclusão social é caracterizada não só pelas rupturas sociais e com o mercado de trabalho, mas por rupturas familiares, afetivas e de amizade.

A fala de uma entrevistada corrobora a idéia do autor acima:

“As pessoas com história de alcoolismo e abuso de drogas ilícitas vão perdendo os vínculos que construíram com a família, amigos, trabalho, cônjuge, filhos, isso por inverterem os valores de vida e passarem a ter outras necessidades”.(E.3.4)

Room (1995) traz uma contribuição positiva ao debate ao afirmar que o que distingue a “tradição” britânica da “escola” francesa no estudo da situação dos indivíduos e grupos desfavorecidos é que a primeira se ocupa, sobretudo, de aspectos *distributivos* (pobreza).

“... esses indivíduos muitas vezes são incapazes de prover e suprir seus próprios meios de subsistência e suas necessidades básicas”. (E.3.5)

Ao passo que a francesa se interessa mais pelos aspectos *relacionais* (exclusão social).

“Entre as possíveis conseqüências podemos mencionar a desintegração familiar, a depressão, comportamentos agressivos, violência, homicídios e, em casos extremos, o suicídio”.(E.1.12)

Esta distinção parece ter algum fundamento, e tem a ver com os conceitos de sociedade subjacentes a cada uma daquelas tradições. No caso britânico, a “visão liberal de sociedade, segundo a qual a sociedade era vista, pelas elites intelectuais e políticas relevantes, como uma massa de indivíduos atomizados, envolvidos na competição no âmbito do mercado”, ao passo que no caso francês, “a sociedade é vista, pelas elites intelectuais e políticas, como uma hierarquia de estatuto ou como um número de coletividades, ligadas por conjuntos de direitos e obrigações mútuos que estão enraizados em alguma ordem moral mais ampla” (Room, 1995).

“Assim, enquanto o conceito de pobreza tem uma vertente basicamente econômica, entendida como ausência de recursos ou de rendimentos, o conceito de exclusão social refere-se a um processo complexo e multidimensional, com efeitos progressivos e cumulativos nos indivíduos e nos grupos, nos espaços locais e regiões, assim como na sociedade em geral” (Rodrigues, 2000).

Pobreza e exclusão reforçam-se mutuamente. Um indivíduo excluído do mercado de trabalho estará impedido ao acesso a bens e serviços socialmente relevantes como habitação, saúde, lazer e não configurará uma identidade social no trabalho, na família, na comunidade, ficando excluído das relações sociais e do mundo das representações a elas associadas (Rodrigues, 1999).

“A pobreza poderia na linha de Townsend ser analisada sob duas óticas distintas, embora complementares: uma perspectiva objetiva caracterizada pelo seu potencial mensurável e passível de ser claramente definida, por um lado, e uma perspectiva subjetiva, por outro, que resulta das experiências vividas, das normas e valores apreendidos pelos indivíduos e da carga valorativa que o indivíduo atribui a sua condição, passível de condicionar a construção da sua própria auto-estima” (Rodrigues, 2000).

“De igual modo, ao definirmos ‘exclusão social’ é preciso ter, implícita ou explicitamente, uma idéia do que significa o seu

oposto, correntemente designado por 'inclusão social', 'integração social' ou 'inserção social'... a sua definição relevará, em certa medida, do que dissermos da 'exclusão'. Ao colocar o problema da 'exclusão social' em termos de *falta de acesso a sistemas sociais básicos*, a definição proposta ajuda a identificar os *mecanismos de exclusão* que a sociedade comporta, dando indicação do sentido das mudanças sociais necessárias para eliminar (ou reduzir substancialmente) o problema. Por outro lado, a mesma definição valoriza as consequências da exclusão social sobre os indivíduos excluídos, as quais podem chegar ao extremo, a levar à perda de identidade pessoal. Torna-se, assim, claro que o combate á exclusão social requer atuações aos mais diversos níveis, desde o individual até ao nacional (ou supranacional)" (Costa,1984).

"Todos os indivíduos necessitam de: satisfação de suas necessidades fisiológicas, segurança, respeito, auto-estima, amor e inclusão familiar e social".(E.2.6)

Dentro desse contexto paradoxal de inclusão e exclusão a fala da mesma entrevistada acima deixa bem clara a dicotomia existente quando diz que para o indivíduo ser incluído é condição que peça ajuda, do contrário continuará na condição de excluído.

“... Claro que esses indivíduos também tem a necessidade de ajuda peculiar para vencer o vício, desde que solicitem tal ajuda”.(E.2.7)

“A inclusão social remeterá para o duplo movimento que leva, por um lado, as pessoas, famílias e grupos em situação de exclusão social e de pobreza a iniciar processos que lhes permitam o acesso aos direitos de cidadania e de participação social e, por outro lado, as instituições a oferecerem as essas pessoas, famílias e grupos reais oportunidades de iniciar esses processos, disponibilizando-lhes os meios, dando-lhes apoio” (Rodrigues, 1999).

“Esses indivíduos necessitam de ajuda familiar e profissional para conseguirem pelo menos amenizar o uso nocivo dessas drogas, precisam sentir apoio nas pessoas”.(E.8.6)

A exclusão social evoca uma ruptura entre o indivíduo e a sociedade, propiciando uma quebra na própria unidade social. A pobreza e a exclusão aparecem, algumas vezes, associada ao surgimento de classes perigosas ou marginais que põem em risco a estabilidade e a normalidade sociais (Rodrigues, 1999).

Sob a égide desta perspectiva, encontramos nos usuários de álcool e outras drogas, uma população marginalizada e excluída socialmente, sobretudo no que

se refere aos dispositivos dos serviços de saúde, já preconizados e regulamentados pelas políticas nacionais de saúde.

“O Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, no âmbito do SUS, define como principais componentes da assistência: a atenção básica; a atenção nos CAPS-AD, ambulatoriais e outras unidades hospitalares especializadas; a atenção hospitalar de referência e a rede de suporte social (associações de ajuda mútua e entidades da sociedade civil), complementar à rede de serviços colocados à disposição pelo SUS” (Ministério da Saúde, 2004).

Embora seja uma política de saúde regulamentada, o que observamos através da coleta de dados é que a consolidação dos serviços preconizados pelo Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas está muito aquém de ser uma realidade para todos os usuários que necessitam ou buscam serviços especializados como CAPS ad ou leitos para desintoxicação em hospital geral.

Este fato constitui-se também em uma condição de exclusão social para esta população em questão, pois lhe restringe o acesso aos serviços essenciais e necessários à sua recuperação e reabilitação, como perceberemos nos seguintes discursos das entrevistadas:

“Existe uma grande dificuldade de serviços de referências para encaminhamentos de clientes com dependência de substâncias (álcool, drogas) para tratamento, acompanhamento e reabilitação”. (E.1.19).

“É necessário que haja um serviço de referência para que sejam encaminhados e tenham um tratamento psicológico e de desintoxicação com um acompanhamento mais rápido”. (E.5.12).

Segundo Pillon et. al (2003), a preocupação com a formação acadêmica do enfermeiro voltada para assistência aos pacientes usuários de álcool e outras drogas refletem a falta de preparo dos enfermeiros para lidar com essa clientela vinculada a falta de conhecimentos suficientes sobre o assunto recebido durante a graduação.

A afirmação dos autores acima também se traduz como fator excludente na realidade dos usuários de álcool e outras drogas devido ao próprio desconhecimento e despreparo técnico dos profissionais enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família, que carecem de formação e capacitação para atender e intervir num problema de grande epidemiologia e dimensões e que aumenta de forma progressiva na sociedade contemporânea, como se comprova nas falas subseqüentes:

“... As minhas intervenções são limitadas, pois falta treinamento e capacitação. Um protocolo específico para a assistência de enfermagem nessa área também seria fundamental”. (E.2.10)

“... Seria relevante que a enfermeira pudesse atuar mais diretamente em relação aos usuários de álcool e outras drogas, mas existe pobreza de estudos nessa área e treinamentos. Eu gostaria muito de ser mais útil nessa área”. (E.2.11).

“Os profissionais de saúde muitas vezes encontram dificuldades no reconhecimento de problemas relacionados ao álcool e outras drogas e não sabem agir perante os pacientes com esses transtornos. Outras vezes, a falta de conhecimento dificulta na atuação”. (E.3.7).

“O acesso a eles é bem complicado”.(E.4.9)

“O acesso é restrito, até por falta de prática do profissional”.(E.4.11).

O preconceito e o estigma geram outra dimensão que também se caracteriza como fator de exclusão social nas práticas assistenciais do enfermeiro com os usuários de álcool e outras drogas.

A Organização Mundial da Saúde (2001) define o estigma como um sinal de vergonha, infortúnio ou reprovação, que resulta em ser um indivíduo rejeitado,

feito em objeto de discriminação e excluído da participação em diversas áreas da sociedade.

Segundo Goffman (1978) o estigma tem um caráter profundamente depreciativo diferenciando um indivíduo de outros, sendo na verdade uma linguagem de relações e não de qualidades propriamente ditas. O estigma acaba por justificar todos os preconceitos impostos ao indivíduo, mascarando sua identidade social, confirmando, assim, a normalidade do outro.

Heller (2000) em sua obra “O Cotidiano e a História” aponta que os preconceitos são provocados pelas integrações sociais em que vivem os homens, sobretudo pelas classes sociais. Como obra da própria integração social, os preconceitos “servem para consolidar e manter a estabilidade e a coesão da integração dada”. Isso significa que, quando ameaçados em sua coesão, os grupos fabricam os preconceitos sociais.

Assim, compreende-se que a discriminação e o preconceito implicam numa maneira de se relacionar em que está subjacente a desvalorização ou a negação da identidade do outro e da supervalorização e afirmação da identidade daquele que discrimina. O preconceito, de forma geral, apresenta atribuição negativa, de descrédito na sociedade, estando vinculado à discriminação e à exclusão social. Nessa dinâmica de inclusão e exclusão as relações se estabelecem conforme a identificação e estranhamento entre as pessoas. Essas relações não são marcadas apenas pelas diferenças ou semelhanças, mas também estão em jogo

as “relações hierárquicas e poderes de raiz históricos com atributos fundadores, que demandam para si a definição do que é bom e do que é ruim, do que é belo, do que é feio, do que tem valor e do que não o tem” (Batista e Bandeira, 2002).

No cotidiano de trabalho dos enfermeiros e suas relações com os usuários de álcool e outras drogas, identificamos que o estigma e o preconceito, perpetuados no inconsciente coletivo da sociedade, os conduzem a essa relação de identificação e estranhamento conforme cita o autor acima, levando-os muitas vezes, a referir-se a eles (usuários) e sua condição de forma altamente preconceituosa e estigmatizante, como podemos perceber no discurso abaixo:

“Para mim o uso (usuário) de álcool e drogas representa um desrespeito com a vida, ofensa contra o nosso Criador. Um câncer que impede nosso completo desenvolvimento físico, mental, espiritual e social, transformando as pessoas em seres incompletos e inúteis a sociedade”.(E.2.5)

As atitudes estigmatizantes e preconceituosas percebidas nos profissionais enfermeiros têm suas raízes desde a graduação, como pode ser confirmado pelo estudo realizado por Vargas (2005) que levantou os principais motivos que levam o aluno do último ano do curso de enfermagem a aceitar ou rejeitar o paciente alcoolista. O trabalho detectou que na concepção da maioria dos estudantes, os alcoolistas são chatos, irritantes, nojentos, são enganadores, falsos e mentirosos. Não desejam realmente se

recuperar, são inseqüentes e irresponsáveis, são covardes, não lutam por si, não assumem o tratamento e exigem mais que os outros pacientes.

“Uma das dificuldades para lidar com esses pacientes é a não aceitação dele na adesão do tratamento e de que ele precisa de ajuda”. (E.5.11)

“Minha maior limitação em trabalhar com essa clientela é a não aceitação do cliente em assumir seu vício, sua dependência”. (E.1.17).

Em síntese, no caso do uso de álcool e outras drogas é necessário considerar e buscar entender qual o significado na mesma na vida de cada indivíduo, uma vez que as histórias de vida são diferenciadas. Além disso, cada um possui formas específicas de representar o processo saúde e doença, o que implica em olhar para a subjetividade inerente nessa situação, vislumbrando também, os sentimentos, desejos, as necessidades desse indivíduo, o qual necessita ser encarado como um ser ativo no seu projeto de vida, exigência de novo paradigma da saúde na atualidade.

CONSIDERAÇÕES

FINAIS

VII - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das discussões que foram feitas ao longo deste estudo, este capítulo tem o objetivo de concluir, pontuando alguns fatores considerados relevantes na “Representação Social do Enfermeiro Acerca das Práticas Assistenciais aos Usuários de Álcool e Outras Drogas na Estratégia de Saúde da Família.”

A fala das profissionais e as experiências no município de Lorena podem não refletir toda a realidade das práticas assistenciais do enfermeiro com os usuários de álcool e outras drogas nas unidades de Saúde da Família do país, porém, ao levarmos em consideração toda a literatura encontrada, acreditamos que essas práticas assemelham-se ao fazer dos enfermeiros nas diversas regiões do país.

A priori é de fundamental importância a efetivação da inclusão da saúde mental na atenção básica como é preconizado pelo Ministério da Saúde, saindo do isolamento dos serviços especializados e inserindo no contexto social das comunidades, onde estão as Unidades de Saúde da Família que é o acesso primeiro aos serviços de saúde e onde residem os portadores de transtornos mentais e, no caso deste estudo, dos usuários de álcool e outras drogas. Esta efetivação, certamente quando estiver concretizada, mudará os paradigmas pré-concebidos dos profissionais que não são da saúde mental, das famílias, da comunidade e, principalmente, dos próprios usuários de álcool e outras drogas que usam o serviço.

Sabemos das enormes dificuldades e do longo caminho ainda a ser percorrido. Os primeiros passos já foram dados com a Reforma Psiquiátrica, criação dos serviços substitutivos e a elaboração de políticas nacionais para álcool e outras drogas, pois a dimensão dos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas é diversa e desafiadora, como vimos na revisão da literatura, as dimensões epidemiológicas de morbidades, comorbidades e mortalidades (por quaisquer motivos, inclusive acidentes diversos e homicídios) geram prejuízos financeiros, sociais e individuais incomensuráveis.

A literatura também expõe outros desafios para a efetivação com resolutividade da política nacional para os usuários de álcool e outras drogas, como a oferta de serviços e, principalmente, a capacitação dos recursos humanos.

Esse entendimento corrobora com os resultados de outros estudos citados sobre a formação do profissional Enfermeiro. Vários estudiosos apontam a questão da deficiência técnico-teórica na graduação de Enfermagem como sendo uma das principais dificuldades na operacionalização dos trabalhos com essa população em questão.

Na análise dos dados foi possível verificar esses fatos, usando a categoria analítica da Representação Social, conforme descrito neste estudo, por meio da fala das entrevistadas, de acordo com as seguintes categorias:

Categoria Processo do Trabalho: Verificamos a ausência assistencial na rotina dos profissionais, pois relatam o cotidiano das atividades separado por ações gerenciais, assistenciais e educativas, sendo que nas duas últimas ações, verificamos a inexistência de consultas de enfermagem e trabalho educativo em grupo para os usuários de álcool e outras drogas, diferentemente do que acontece com outros usuários do serviço, como diabéticos, hipertensos, gestantes, por exemplo.

No trabalho das visitas domiciliares, outra possibilidade interessante de abordagem e trabalho para os profissionais enfermeiros da saúde da família, tanto com os familiares quanto com os usuários, também identificamos não haver menção laboral em álcool e outras drogas.

Nas questões gerenciais, encontramos a rotina administrativa muito presente como checagem das condições da unidade, funcionários, materiais, entre outras, porém a gerência participativa, embora discretamente, já faz parte da realidade com discussões na equipe para a resolução dos problemas da unidade e também nos casos de saúde de resoluções mais complexas.

Percebemos também que existe um trabalho engessado e limitado, condicionado às exigências e protocolos do Ministério da Saúde e circunscrito a eles, o que leva ao entendimento que não havendo protocolo ministerial para atendimento aos usuários de álcool e outras drogas, não se pode ou não se é necessário desenvolver serviços a essa clientela.

Nesse aspecto, entendemos que existe um grande prejuízo, principalmente aos usuários, se levarmos em conta os excelentes índices alcançados com a implantação da estratégia de saúde da família, com o decréscimo dos índices de morbi-mortalidade, principalmente infantil, dos hipertensos e diabéticos, para citar alguns exemplos.

As poucas práticas assistenciais relatadas limitaram a conversas com usuário ou familiar. Algumas entrevistadas referiram-se, esporadicamente, ao encaminhamento e orientação aos grupos de apoio ou outros serviços. Não houve menção de práticas como a intervenção breve ou a política de redução de danos, importantes instrumentos como fora descrito na revisão da literatura, principalmente devido à aproximação desses profissionais e o resto da equipe com os usuários de álcool e outras drogas.

Os profissionais entrevistados também referiram encontrar grandes dificuldades e limitações em trabalhar com os usuários de álcool e outras drogas devido à falta de conhecimento, treinamento e capacitação e que sentem que é relevante essa proposta, o que corrobora com as literaturas que enfocaram a formação do enfermeiro.

Identificamos que os profissionais se ressentem da falta de serviços e de outros profissionais especializados para encaminhamento dos usuários, demonstrando, claramente, a necessidade do aprimoramento desses profissionais para acolher e desenvolver trabalhos efetivos, bem como da necessidade da

expansão da rede de serviços para essa população em questão para que a política nacional de álcool e drogas seja uma realidade consolidada.

Em síntese, a Estratégia da Saúde da Família traz em seu eixo um movimento que permite reorientar as práticas nas Unidades Básicas de Saúde, por meio de um projeto legitimado nacionalmente, compatível com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, reafirmando a universalização, a descentralização, a integralidade e a participação da comunidade.

Essa reengenharia trazida pela Estratégia da Saúde da Família na Atenção Básica leva à reflexão de que esse nível de atenção, quando assumido de forma integral e resolutiva, exige dos profissionais que nele atuam um arsenal de habilidades, atributos e recursos bastante diversificados. Dessa forma, requer como pressuposto operacional, a cooperação entre aqueles que o executam, visando integralidade do atendimento, e o saber técnico específico para viabilizar a resolubilidade das ações.

Categoria Processo Saúde-Doença: Verificamos a inter-relação entre os referenciais teóricos utilizados: a historicidade do uso do álcool e outras drogas, a evolução do conceito de dependência de álcool e outras drogas e do conceito saúde-doença. Verificamos ainda que as diversas concepções acerca desses conceitos através da história permanecem difusas nos discursos das entrevistadas.

Entendimentos que a dependência resulta de um uso contínuo, de danos à saúde física e mental, bem como aos problemas de acidentes de trânsito, trabalho e violência foram pontuados.

Identificamos que as entrevistadas vislumbram os problemas que acontecem no seio da família, sobretudo, pelas queixas dos familiares com relação às mudanças de comportamento, e as comorbidades psiquiátricas tais como: depressão, comportamentos agressivos que levam as consequências como violência, homicídios e suicídio, o que corrobora com as referências teóricas utilizadas.

O entendimento com relação às causas que levam ao uso abusivo ou dependência não foi relatado, entretanto, houve menção da dificuldade de identificar um motivo apenas que leva o indivíduo a iniciar o uso, o que sugere a concepção multifatorial para o uso de álcool e outras drogas.

Conforme descreve a literatura, a negação do usuário quanto ao uso ou a dependência também foi percebida na análise dos dados bem como a negação do problema pelos familiares, fato que prejudica a ação profissional, pois acarreta na negação de ajuda e também de tratamento.

A concepção mágico-religiosa da antiguidade também fez parte do repertório, pois encontramos representação do uso de álcool e outras drogas associados à religião ou como sendo uma negação à divindade.

Concluimos também, nessa categoria, que existe um déficit teórico e da prática na formação do enfermeiro durante a graduação, bem como de um programa de capacitação profissional, pois a inexistência destes determina a distorção da representação do processo saúde-doença; os dados demonstram um saber empírico e, em alguns casos, mistificado e difuso da doença.

Em síntese, é possível concluir que discutir o uso prejudicial do álcool e outras drogas na atualidade é discutir a questão do processo saúde e doença, tanto em termos conceituais, de formação e de atuação dos profissionais na área da saúde, quanto no que se refere à questão do tratamento e da promoção à saúde, pois sofrem uma influência direta do contexto histórico, cultural e social, o que pode ser verificado quando analisamos os principais aspectos da evolução do homem, desde a Antiguidade até hoje, uma vez que essas questões sempre permearam a vida humana.

Categoria Inclusão e Exclusão Social: ao analisar esta categoria tivemos o cuidado de entender os vários processos e a evolução dos conceitos de inclusão e exclusão social para correlacioná-los com a representação social do enfermeiro em suas práticas aos usuários de álcool e outras drogas.

Esta cautela, em especial, se justifica devido ao fato do processo de inclusão e exclusão social não ser apreendido em todas as suas nuances. Este processo não se dá fora, mas dentro do próprio sistema onde o indivíduo se insere; não está fora, mas dentro dos serviços de saúde disponíveis; não se estabelece de forma desconectada, mas dentro de uma rede de apoio multifacetada.

Assim, entendemos que, muitas vezes, uma linha muito tênue separa o processo de incluir, acolher, trazer a questão para a nossa rotina de trabalho e para o centro das discussões, e o seu oposto, a exclusão e a indiferença quanto a essa questão.

Diante das questões apresentadas, identificamos, por meio da literatura e do discurso das profissionais que:

Apesar do conceito de exclusão social ser relativamente novo, esse processo é distinto e antigo. Emprestado para o discurso político, foi justamente na tentativa de implementação das diversas políticas públicas e, principalmente, na de atenção aos usuários de álcool e outras drogas que identificamos um dos maiores fatores de exclusão.

Verificamos na pesquisa que os serviços preconizados no Programa de Atenção Integral de Álcool e Outras Drogas estão muito aquém de ser uma realidade na universalidade descrita nos princípios do Sistema Único de Saúde, o que se configura como uma ausência do Estado, caracterizando um fator determinante na exclusão social dos usuários. Ainda, há falta de profissionais e serviços especializados para atender essa demanda, como o CAPS ad e leitos em hospital geral.

Identificamos que, novamente, o pouco conhecimento do enfermeiro tem como consequência direta a ausência de um trabalho sistematizado nas unidades de saúde da família. Esse fato cria uma condição de exclusão a esses indivíduos,

pois os usuários estão desprovidos de serviços especializados, e a atenção primária, que deveria fazer o diagnóstico precoce, por meio de um rastreamento e ações como as intervenções breves e a redução de danos e o encaminhamento responsável, não o faz.

Apresentamos o preconceito com atributos negativos e de descrédito social, vinculando-o à discriminação e exclusão social. Em se tratando de uma pré-concepção, entendemos que o fato de encontrarmos profissionais de enfermagem com preconceitos para com os usuários de álcool e outras drogas se deve ao fato da sociedade ainda vê-los como marginais e não como doentes. Essa concepção que está dentro das relações sociais é levada para dentro do serviço, visto que o profissional também é um indivíduo que mantém relações sociais.

Finalmente, podemos afirmar que a Estratégia da Saúde da Família assume um pressuposto operacional vislumbrando duas perspectivas que merecem ser trabalhadas: a primeira diz respeito à intervenção externa, ou seja, a incorporação e apropriação da noção de território, da orientação por problemas e atividades intersetoriais; a segunda de natureza interna ao processo de trabalho, que exige o trabalho em equipe (cooperativo), da construção de vínculos entre usuários e trabalhadores e a co-responsabilidade sanitária, possibilitando a construção de um modelo mais racionalizador, ético e humanizado.

Enfim, faz-se necessário à incorporação de novas tecnologias ao novo processo de trabalho, apostando no diagnóstico sensível à subjetividade, às relações de afeto, aos códigos familiares subliminares, ao acolhimento, ao vínculo

e à responsabilização, ampliando a pauta técnica para a pauta ética, baseada em solidariedade, humanização e cidadania. Esse é o desafio!

REFERÊNCIAS

VII – REFERÊNCIAS

- Aduaneiras Informações sem fronteiras [homepage na Internet]. Brasil; ano. Exporta produtos mais caros, de carnes a cerveja. Disponível em: http://www.aduaneiras.com.br/noticias/noticias/default.asp?noticia_id=75348.
- Aguiar AB, Costa, RSB, Weirich CF, Bezerra ALQ. Gerência dos serviços de enfermagem: um estudo bibliográfico. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 07, n. 03, p. 319 - 327, 2005. Disponível em http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_3/ok/original_09.htm.
- Amarante PDC (coordenador). Loucos pela vida. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001.
- Amarante PDC. A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In: Amarante PDC (coordenador). Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Nau; 2003.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington: American Psychiatric Press; 1994.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3th ed. Washington: American Psychiatric Press. 1977.
- Araújo MRN. et al. Saúde da Família: cuidado no domicílio. Revista Brasileira de Enfermagem. v.53, n. especial, p.117-122. 2000.
- Azevedo SC. O processo de gerenciamento x gestão no trabalho do enfermeiro. 2000. 24p. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Faculdade de Enfermagem, Universidade do Rio Grande do Norte, Natal (RN).
- Babor TF, Higgins-Biddle JC. Brief intervention for hazardous and harmful drinking: a manual for use in primary care. Geneva: World Health Organization; 2001.
- Bandeira L, Batista AS. Preconceito e discriminação como expressões de violência. Estudos Feministas; 2002.
- Banta D, Dahuze BR. Health care technology and its assessment: an international perspective. Oxford, Oxford University Press, 1993. cap.2, p.13-57.
- Barreto ML, Carmo EH. Situação de saúde da população brasileira: tendências históricas, determinantes e implicações para as políticas de saúde. Informe Epidemiológico SUS. v. III, n. 34, 1994.
- Barry KL. Brief interventions and brief therapies for substance abuse. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment; 1999.

Basaglia F. O homem no pelourinho. 1974 (mimeo). Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1974.

Bastos FI, Bertoni N, Hacker MA. Consumo de álcool e drogas: principais achados de pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005. Rev. Saúde Pública vol. 42 suppl.1 São Paulo. Junho, 2008.

Bau CHD. Estado atual e perspectivas da genética e epidemiologia do alcoolismo. Ciênc. saúde coletiva vol.7 nº 1. São Paulo 2002.

Bertone, AA. As idéias e as práticas: a construção do SUS. (dissertação) UERJ, 2002.

Bonil R, Pillon SC, Santos EC, Camata MW, Macieira MS. Os conteúdos álcool e drogas no ensino de enfermagem da UFES: uma análise crítica. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 06, n. 01, p.38-46, 2004. Disponível em www.fen.ufg.br.

Brasil. Decreto-lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos decreta a seguinte Lei do Código Penal. [legislação na Internet]. Brasília; 1942. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/Decreto-Lei/Del2848.htm>.

Brasil. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. [legislação na Internet]. Brasília; 2006a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2004-2006/2006/Lei/L11343.htm

Ministério da Saúde (BR). A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Série E. Legislação de Saúde. Brasília: Brasil. 2004a.

Ministério da Saúde (BR). Política nacional do álcool. [legislação na internet]. 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2007-2010/2007/Decreto/D6117.htm.

Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 2.197/GM de 14 de outubro de 2004. Dispõe sobre a Política Nacional de atenção aos usuários de álcool e outras drogas. [legislação na internet]. Brasília; 2004c

Brasil. Presidência da República. Senad - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. <http://www.senad.gov.br>.

Brewer RD, Swahn MH. Binge drinking and violence. JAMA 294: 616-618, 2005.

Bucher R. Prevenindo contra as drogas e DST/ AIDS: populações em situação de risco. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/ AIDS. Brasília, 1995.

Bucher R. Prevenindo contra as drogas e DST/AIDS: cartilha do educador. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1995. 28 p.

Canguilhem G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1978.

Carlini-Cotrim B. [homepage na Internet]. São Paulo Summus; 1995. Drogas na escola: prevenção, tolerância e pluralidade. Disponível em: http://pedagogia.incubadora.fapesp.br/portal/DISCIPLINAS%20-%20Elie%20Ghanem/CARLINICOTRIMBeatrizDrogasNaEscolaPreven_c3_a7_c3_a3oToler_c3_a2nciaEPluralidadeInAQUINOJGOrgDrogasNaEscolaAlternativasTe_c3_b3ricasEPr_c3_a1ticasS_c3_a3oPauloSummus1998P1930

Carlini-Cotrim B. A escola e as drogas: realidade brasileira e contexto internacional. [Tese]. São Paulo: Departamento de Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica; 1992.

Carraro TE, Rassool GH, Luis MAV. A formação do enfermeiro e o fenômeno das drogas no Sul do Brasil: atitudes e crenças dos estudantes de enfermagem sobre o cuidado. Rev. Latino-Americana de Enfermagem vol.13. no.spe, Ribeirão Preto, outubro, 2005

CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas. II Levantamento sobre Drogas Psicotrópicas no Brasil. 2005. Disponível em: http://www.unodc.org/pdf/brazil/II%20Levantamento%20Domiciliar%20Dr%20Elisado%20Carlini_alterado2.pdf

Coggiola O. O Comércio de Drogas Hoje. [homepage da Internet] Brasil, 2008 [Consultado em 22 de novembro de 2008]. Disponível em: <http://www.oohodahistoria.ufba.br/04coggio.html>

Conte M, Mayer, RTR, Sbruzzi, CRC, Menezes CB, Alves GT, Queiroz R e Braga P. Redução de danos e saúde mental na perspectiva da atenção básica. Boletim da Saúde, Porto Alegre. Vol 18, nº 1, 2004.

Cook CCH & Gurling HMD. Genetic factors in alcoholism, pp. 182-210. In TN Palmer (org.). The molecular pathology of alcoholism. Oxford University Press, Nova York, 1991.

Costa J. Visitação Domiciliária - Base para o ensino de Enfermagem na comunidade. Rev. Enf. Novas dimensões, 1997.

Costa JF. História da psiquiatria no Brasil. Um corte ideológico. Garamond Universitária. 5ªed. 2007. 140p.

De Micheli D, Fisberg M, Formigoni MLOS. Estudo da efetividade da intervenção breve para o uso de álcool e outras drogas em adolescentes atendidos num serviço de assistência primária à saúde. Trabalho realizado nos departamentos de Psicobiologia e Pediatria da Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP. Rev Assoc Med Bras 2004.

Dias JC. Redução de Danos: posições da Associação Brasileira de Psiquiatria e da Associação Brasileira para Estudos do Álcool e Outras Drogas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 5, p. 341-348, 2003.

Edwards G, Gross MM. Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. *Br Med. J.*, 1976.

Edwards G, Orford J, Egert S, Guthrie S, Hawer A, Hesman C, Mitcheson M E Taylor C. Alcoholism: a controlled trial of treatment and advice. *J Stud alcohol*. 38: 1004-1031, 1977.

Edwards G, Taylor CA. A test of the matching hypothesis: alcohol dependence, intensity of treatment, and 12-month outcome. *Addiction*, 89: 553-561, 1994.

Evans RG, Stoddart GI. Producing health, consuming health care. *Soc.Sci. Med.*, v.2, n. 31, p. 1347-63, 1990.

Facchini LA. Por que a doença? : a inferência causal e os marcos teóricos de análise. In: Rocha LE, Rigoto RM, Buschinelli JTP. (org.) *Isto é trabalho de gente? vida, doença e trabalho no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1994.

Faleiros VP, Silva JFS, Vasconcellos LCF, Silveira RMG. A construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo. Brasília, Ministério da Saúde, 2006

Fernandes MS et al. A conduta gerencial da enfermeira: um estudo fundamentado nas teorias gerais da administração. Ribeirão Preto, São Paulo: *Revista Latino-americana de Enfermagem*. V 11, n. 4, p. 161-167, 2003.

Fonseca RMGS, Bertolozzi MR. A epidemiologia social como instrumento de intervenção em saúde coletiva e em enfermagem em saúde coletiva. (Texto resumido do curso Epidemiologia Social, ministrado durante o I Encontro Internacional de Enfermagem: Educação e Saúde), Santa Maria, 21p, Outubro de 1997.

Fortes JRA. Conceito e definição de alcoolismo. In: A. e Gatto BCF. *Alcoolismo*, São Paulo: Savier, 1975.

Garcia J. Medicina e sociedade: as correntes de pensamento no campo da saúde. In: ED Nunes (org). *Medicina social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global; 1983

Goffman E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.

Greco RM. Ensinando a administração em enfermagem através da educação em saúde. Brasília, Distrito Federal: *Revista Brasileira de Enfermagem*.V. 57, n.4, p.504-507, 2004.

Grunbaum JA, Kann L, Kinchen S, Ross J, Hawkins J, Lowry R, et al. - Youth risk behavior surveillance – United States, 2003. MMWR Surveill Summ 53: 1-96, 2004.

Heller A. O cotidiano e a história. 7ª ed. São Paulo: Editora Paz e Terra; 2000.

Hibel B, Andersson B, Ahlstrom S, Balakireva O, Thoroddur B, Kokkevi A, et al. - The 1999 ESPAD report: The European school survey project on alcohol and other drugs. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and Council of Europe, Pompidou Group, 2000.

Horta WA. Processo de Enfermagem. São Paulo: EPU/ EDUSP, 1979.

IPPAD. Instituto de Prevenção e Pesquisa em Álcool e outras Dependências. Artigo: Senad lança ações de prevenção às drogas. 2006. Disponível em: http://www.ippad.com.br/ippad/site/principal/material.asp?var_chavereg=164.

IPPAD. Instituto de Prevenção e Pesquisa em Álcool e outras Dependências. Artigo: Dados epidemiológicos sobre o uso de álcool no Brasil - Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID). 2007. Disponível em: http://www.ippad.com.br/ippad/site/principal/material.asp?var_chavereg=188

Jaffe JH. The concept of dependence. Historical reflections. Alcohol Health & Research World. 17: 188-189, 1993.

Jodelet, D. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. In: Moscovici, S. (org). Psicología Social. Barcelona: Paidós, 1986, v.1.

Kendler KS, Heath AC, Neale MC, Kessler RC & Eaves LJ. A population-based twin study of alcoholism in women. Journal of the American Medical Association 268:1.877-1.882, 1992.

Laranjeira R, Hinkly D. Avaliação da densidade de pontos de vendas de álcool e sua relação com a violência. 36(4):455-61 Rev Saúde Pública – USP 2002.

Laranjeira R, Pinsky I. Conhecer e Enfrentar o Alcoolismo. 5 ed. São Paulo: Contexto, 2005

Laranjeira, R. [homepage na Internet]. São Paulo; 2006. Avaliar e Tratar a Abstinência do Álcool. Associação brasileira de estudos do álcool e outras drogas. Disponível em: <http://www.abead.com.br/tratamento/exibTratamento/?codigo=1>. São Paulo; 2006.

Lucchese, P. Políticas Públicas em Saúde BVS Saúde Pública Brasil e Bireme/OPAS/OMS, 2004

Makela K. Internacional Comparisons of alcoholics anonymous. Alcohol Health & Research World. 15: 228-229, 1991

Marques ACPR, Furtado EF. Intervenções breves para problemas relacionados ao álcool. Rev. Bras. Psiquiatr. v.26 supl.1 São Paulo maio, 2004.

Marques ACPR. O uso do álcool e a evolução do conceito de dependência de álcool e outras drogas e tratamento. Revista IMESC, nº 03, 2001. pp.73-86

Martins, AGL. História Internacional da Droga. 2007
<http://www.encod.org/info/HISTORIA-INTERNACIONAL-DA-DROGA>.

McGue M, Pickens, RW & Svikis DS. Sex and age effects on the inheritance of alcohol problems: a twin study. Journal of Abnormal Psychology 101:3-17, 1992.

Melo MLC, Nascimento MAA. Treinamento introdutório para enfermeiras dirigentes: possibilidades para gestão do SUS. Brasília, Distrito Federal: Revista Brasileira de Enfermagem.V. 56, n.6, p.674-677, 2003.

Meloni JN, Laranjeira R. Custo social e de saúde do consumo do álcool. Rev. Bras. Psiquiatr. vol.26 supl.1 São Paulo, Maio, 2004.

Mendoza EV, Pillon SC. La formación de enfermeras y el fenómeno de las drogas en Colombia: conocimientos, actitudes y creencias. Rev. Latino-Americana de Enfermagem vol.13, no.spe, Ribeirão Preto, outubro, 2005.

Miller NS, Chappel J. History of disease concept. Psychiatr. Ann 21: 1-8, 1991

Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 1992

Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

Ministério da Saúde (BR) Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. 2ªed. Brasília, 1998.

Ministério da Saúde (BR). I Conferência Nacional de Saúde Mental – Relatório Final. Brasília (DF); 1988.

Ministério da Saúde (BR). II Conferência Nacional de Saúde Mental – Relatório Final. Brasília (DF); 1994.

Ministério da Saúde (BR). Legislação em Saúde Mental 1990-2004. Brasília, Distrito Federal, 2004..

Ministério da Saúde (BR). Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2003.

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.028, de 1º de julho de 2005. Publicada no DOU. Edição nº 126 de 04/07/2005.

Ministério da Saúde (BR). Programa nacional de controle dos problemas relacionados com o consumo do álcool – PRONAL. Ministério da Saúde. Brasília, 1987.

Ministério da Saúde (BR). Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília (DF); 2005.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília, 2004. p.74.

Ministério da Saúde. III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 2002,p.76.

Moraes SHP. Ouvindo o silêncio: enfermagem na redução de danos com troca de seringas no município de Ribeirão Preto - SP. [Dissertação] Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP;2003.

Moraes SHP. Ouvindo o silêncio: enfermagem na redução de danos com troca de seringas no município de Ribeirão Preto - SP. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): EERP/USP; 2003.

Moscovici S, Hewstone M. De la ciencia al sentido común. In: Moscovici S. Psicologia Social II: pensamiento y vida social, psicologia social y problemas sociales. Barcelona: Paidós; 1988.

Moscovici S. La psychanalyse, son image et son public (1961). Paris: Presses Universitaires de France; 1976.

Mota TD, Oliveira MAF. Álcool e outras drogas: preconceito e estigma na visão do usuário. [relatório de pesquisa]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002.

Moyer A, Finney J, Swearingen C, Vergub P. Brief Interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and nontreatment seeking populations. *Addiction*, 2002

Nicácio MFS. Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a intervenção de serviços de saúde mental [Tese]. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2003.

Nogueira MJC, Fonseca RMGS. da. A visita domiciliária como método de assistência de enfermagem à família. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, v.11, n.1, pp. 28-50, 1977.

Ocampo R, Bojorquez I, Cortés M. Consumo de sustancias y suicidios en México: resultados del sistema de vigilancia epidemiológica de las adicciones, 1994-2006. *Salud pública Méx* vol.51 no.4 Cuernavaca July/Aug. 2009.

Oliveira MAC, Egry EY. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. *14 Rev. Esc. Enf. USP*, v.34, n.1, p. 9-15. 2000.

Organização Mundial da Saúde – OMS – Organização Pan-Americana da Saúde –OPAS. Relatório sobre a saúde no mundo. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Suíça; 2001.

Organização Mundial da Saúde. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

Organização Mundial da Saúde. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-8. Porto Alegre: Artes Médicas, 1967.

Pereira MAO, Machado MP, Nascimento SABG. Inserção da saúde mental no programa saúde da família com oficinas de sensibilização:Relato de experiência. *Rev. Cienc. Cuid. Saúde*; 2008, Jan/Mar;7(1):59-64.

Pereira MO. Análise da política do Ministério da Saúde do Brasil para a atenção integral dos usuários de álcool e outras drogas. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

Pickens RW et al. Heterogeneity in the inheritance of alcoholism. A study of male and female twins. *Archives of General Psychiatry* 48:19-28, 1991.

Pillon SC, Luis MAV, Laranjeira R. Nurses' Training on dealing with alcohol and drug abuse: a question of necessity. *Rev Hosp Clin Fac Med. São Paulo*, 2003.

Pillon SC, Luis MAV, Laranjeira R. Nurses training on dealing with alcohol and drug abuse: a question of necessity. *Rev Hospital Clínicas Faculdade de Medicina*, 2003.

Pillon SC, Luis MAV. Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática da enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem*. In press 2004.

Pillon SC. O uso do álcool e a educação formal dos enfermeiros. [tese]. São Paulo: UNIFESP/EPM; 2003.

Pinho PH. Os desafios na atenção aos usuários de álcool e outras drogas e a reabilitação psicossocial [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009.

Pino C. Drogas y motivaciones. Conferencia. Taller sobre Drogas. Instituto Superior de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba, 2003.

PNAD. Política Nacional sobre Drogas. Nova Política Nacional sobre Drogas. 2005. Disponível em:
www.almg.gov.br/eventos/imagens/politica_nacional_antidrogas.

Prescott CA & Kendler KS. Genetic and environmental contributions to alcohol abuse and dependence in a population-based sample of male twins. *American Journal of Psychiatry* 156:34-40, 1999.

Raminelli R. Da etiqueta canibal: beber antes de comer. In: Venâncio RP, Carneiro H. *Álcool e drogas na história do Brasil*. Belo Horizonte: Alameda Casa Editorial; 2005.

Ramos A. *Introdução à psicologia social*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

Ramos LH, Pillon SC, Cavalcante MB, Luiz MAV, Padredi F, Laranjeira RR. O ensino sobre dependência química em cursos de graduação de enfermagem no Brasil, 1998. *Rev Acta Paul Enfermagem*, 2001.

Rehn J, Room R, Monteiro M, Gmel G, Graham K, Rehn N, et al. Alcohol as a Risk Factor for Global Burden of Disease. ;9:157-64. *Eur Addict Res*, 2003

Ribeiro MS, Alves MJM, Guirro UBP, Baldi BG. Alcoolismo: a influência do reconhecimento da co-morbidade na adesão de pacientes ao programa terapêutico. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Vol 53 (2): 124-132, 2004.

Rodrigues EV (co-autor). A pobreza e a exclusão social: teorias, conceitos e políticas sociais em Portugal. In *Sociologia*, n.º 9. Faculdade de Letras Universidade do Porto. Porto; 1999.

Rodrigues EV. O Desenvolvimento como projecto. In *Interagir - Diagnóstico social do lugar de Soutelo*, POEFDS, Centro Social Soutelo; 2007

Rodrigues EV. O Estado-Providência e os processos de Exclusão Social: considerações teóricas e estatísticas em torno do caso português. In *Sociologia*, n.º 10. Faculdade de Letras Universidade do Porto. Porto; 2000.

Rodríguez MV, Núñez BC, Rodríguez RCP, León IM. Aspectos medicolegales de reclusos encausados por delitos relacionados con drogas ilícitas [artículo en línea]. *MEDISAN* 2008; 12(2).
<http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol12_2_08/san04208. Cuba, 2008

Ronzani TM, Fernandes AGB, Gebara CFP, Oliveira AS, Scoralick NN, Lourenço LM. Mídia e drogas: análise documental da mídia escrita brasileira sobre o tema entre 1999 e 2003. *Ciência e saúde coletiva*. Vol.14 no.5. Rio de Janeiro, Nov./Dec. 2009.

Room R. Sociology and disease concept of alcoholism. In: Smart RG, Glaser FB, Israel Y, Kalant RE and Schmidt W. Eds. *Research advances in alcohol and drug problems*. V. 7. New York: Plenum Press, 1983.

Rosen G. Uma história da saúde pública. São Paulo: UNESP / HUCITEC – ABRASCO; 1994.

Sá CP. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: Spinik MJ. O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense; 1993.

Sáad AC. Tratamento para dependência de drogas: uma revisão da história e dos modelos. In: Cruz MS, Ferreira SMB. Álcool e drogas – usos, dependência e tratamentos. Rio de Janeiro: Edições IPUB – Cuca; 2001.

Salum MJL, Bertolozzi MR, Oliveira MAC. O coletivo como objeto do conhecimento e da prática de enfermagem: as continuidades e discontinuidades da história. São Paulo, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1998. /mimeografado/

Sawaia BB. Representação e ideologia: o encontro desfetichizador. In: Spinik MJ. O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense; 1993.

SENAD. I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

Silveira CM, Silveira CC, Silva JG, Silveira LG, Andrade AG, Andrade LHS. Epidemiologia do beber pesado e beber pesado episódico no Brasil: uma revisão sistemática da literatura. Rev. psiquiatr. clín. vol.35 suppl.1 São Paulo, 2008.
Soares CB, Canoletti B.; Drug consumption prevention programs in Brazil: analysis of the scientific production from 1991 to 2001, Interface - Comunic. Saúde, Educ. 9(16): 115-29, 2005.

Soares TC e Tonázio CHS in: Todo mundo tem um pouco: parâmetros para a atuação do enfermeiro no Centro de Atenção Psicossocial-Caps. Revista Técnico-Científica Nursing. Ano 8,nº81,p.76.2005. Brasília, Ministério da Saúde. Lei nº10.216 de 06 de abril de 2001,

Souza C R, Lopes SCF, Barbosa MA. A contribuição do enfermeiro no contexto de promoção à saúde através da visita domiciliar. Revista da UFG, Vol. 6, No. Especial, dez 2004 on line (www.proec.ufg.br)

Souza, RR. O Sistema Público de Saúde Brasileiro in Ministério da Saúde, Brasília, 2002 p.11-15,

Spinik MJ. O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense; 1993.

Spricigo JS, Alencastre MB. O enfermeiro de unidade básica de saúde e o usuário de drogas - um estudo em Biguaçu - SC. Rev Latino-am Enfermagem 2004 março-abril; 12(número especial):427-31.

Spricigo JS, Carraro TE, Cartana MHF, Reibnitz KS. Atenção ao usuário de drogas: um espaço para o enfermeiro. *Texto e Contexto Enferm.* 2004; 3:296-302. Universidade Federal de São Paulo. Programa de orientação e atendimento a dependentes: o que é a redução de danos e a redução de riscos. Disponível em <http://www.unifesp.br/dpsiq/proad/redução.htm>.

UNODC. Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC-Brasil e Cone Sul). Relatório Mundial sobre Drogas 2008.

Vaghetti H. et al. Percepções dos enfermeiros acerca das ações administrativas em seu processo de trabalho. Brasília, Distrito Federal: Revista Brasileira de Enfermagem.V. 57, n.3, p.316-320, 2004.

Vargas D. A construção de uma escala de atitudes frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista: Um estudo psicométrico. 2005. 199.f. Tese (doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

Vargas D. Atitudes de enfermeiros de hospital geral frente ao paciente alcoolista. 2001. 147f. Dissertação. (Mestrado em enfermagem psiquiátrica)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

Viala-Artigues J, Mechetti C. [homepage on the Internet]. 2003. Histoire de alcool les temps modernes partie 2. Available from: < <http://www.alcoologie.org/Histoire-de-l-alcool-archeologie.html> >.

Wagner FE, Brown SA, Monti PM, Myers MG, Waldron HB. Innovations in adolescent substance abuse intervention. *Alcohol Clin Exp Res* 1999. In: Rev Assoc Med Bras 2004.

Wallerstein I. El legado de la sociologia, la promesa de la ciencia social. Caracas: Nueva Sociedad; 1999.

Wilsnack RW, Vogeltanz ND, Wilsnack SC, Harris TR - Gender differences in alcohol consumption and adverse drinking consequences: cross-cultural patterns. *Addiction* 95: 251-265, 2000.

World Health Organization (WHO) - Global Status Report on Alcohol. Geneva: World Health Organization, 2004.

Xiberras M. As teorias da exclusão – para uma construção do imaginário do desvio, Instituto Piaget. Lisboa; 1996

APÊNDICES E ANEXOS

VIII. APÊNDICES E ANEXOS

Apêndice I

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL
Universidade de São Paulo
Escola de Enfermagem

Lorena, _____ de 2009.

Ilmo. Srº Secretário Municipal de Saúde da cidade de Lorena

Vimos solicitar autorização para Valdemir Vieira, aluno do programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para realizar a pesquisa intitulada “**A representação social do acerca das práticas assistenciais em álcool e drogas no Sistema Único de Saúde**” (título provisório), que tem por finalidade a obtenção de título acadêmico, nível mestrado.

Na oportunidade, esclarecemos que, conforme projeto anexo, a pesquisa será realizada com os profissionais Enfermeiros vinculados a este serviço.

A pesquisa tem por finalidade contribuir com a discussão sobre a Política nacional em álcool e drogas e a reorganização do modelo assistencial a partir da atenção básica no modelo da estratégia da saúde da família desta secretaria, servindo para posteriores estudos para a efetivação da assistência a essa população.

Os objetivos são: Identificar a representação social do profissional enfermeiro da estratégia de saúde à família com relação às práticas assistenciais ao usuário de álcool e outras drogas no sistema único de saúde; Identificar a representação social do profissional Enfermeiro das unidades de saúde da família da cidade de Lorena acerca dos seus conhecimentos para a implementação da reorganização na atenção dos usuários de álcool e outras drogas; verificar a articulação entre as equipes de saúde da família com a equipe de saúde mental do centro de atenção psicossocial; analisar o comprometimento das equipes de saúde da família com os pressupostos da reforma psiquiátrica.

Agradecendo antecipadamente, colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos que forem necessários.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira

Professora Associada - Livre-docente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil
e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Ilmo Srº. Fernando Rezende

Secretário Municipal de Saúde de Lorena

Apêndice II

ROTEIRO DA ENTREVISTA

IDENTIFICAÇÃO

Iniciais do nome:

Idade:

Sexo: () masc. () fem.

Ano de Formação:

Cursos de Especialização:

Quantos anos na Estratégia de Saúde da Família?

Quantos anos está nessa equipe?

- 1. Descreva um dia do seu trabalho.**
- 2. O que representa para você o uso nocivo de álcool e outras drogas?**
- 3. Como você identifica as necessidades desses indivíduos?**
- 4. Descreva suas práticas assistenciais em relação ao usuário de álcool e outras drogas.**
- 5. Em sua opinião, quais seriam os limites/dificuldades e possibilidades das intervenções que objetivam suas práticas assistenciais aos usuários de álcool e outras drogas?**
- 6. Gostaria de tecer alguma consideração final?**

Apêndice III

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

I – Identificação do sujeito da pesquisa

Nome do entrevistado: _____

II – Dados sobre a pesquisa

Título da Pesquisa: Representação social do enfermeiro acerca das práticas assistenciais em álcool e drogas no Sistema Único de Saúde.

Pesquisador: Valdemir Vieira. Coren-SP 84187 tel: (12) 9173 8808.

Cargo/Função: Aluno do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

III – Registro das explicações do pesquisador ao participante sobre a pesquisa:

O presente estudo tem por finalidade contribuir com a discussão sobre a representação social do Enfermeiro das unidades de saúde da família e sua atuação no atendimento dos alcoolistas e dependentes de outras drogas na atenção básica.

A coleta de dados será por meio de questionário.

Solicito que concordem responder o questionário para posterior análise dos dados.

Comprometo-me a retornar os resultados da pesquisa em forma de oficina a ser realizada na Secretaria Municipal de Saúde de Lorena, a fim de poder contribuir eficazmente com o trabalho dos profissionais de todas as equipes pesquisadas.

IV – Consentimento livre e esclarecido:

Lorena, _____ de 2009.

Declaro que os objetivos e detalhes desse estudo foram-me completamente explicados. Entendo que não sou obrigado a participar do estudo e que posso interromper a minha participação, a qualquer momento, sem ser prejudicado.

Meu nome não será utilizado nos documentos pertencentes a este estudo e a confidencialidade dos meus registros será garantida. Desse modo, concordo em participar do estudo e cooperar com o pesquisador.

Pesquisado:

Assinatura: _____

Pesquisador:

Assinatura: _____

Telefone para contato com Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: 11-30617548.

Anexo I

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
 Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
 Tel.: (11) 3061-7548/8858 – Fax: (11) 3061-7548
 São Paulo – SP – Brasil
 E-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 24 de junho de 2009.

Ilmo. Sr.
 Valdemir Vieira

Ref.: Processo nº 815/2009/CEP-EEUSP

Prezado Senhor,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto “**Representação social do enfermeiro acerca das práticas assistenciais em álcool e drogas no Sistema Único de Saúde**”, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analisado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Maria Fat Fernandes
 Prof.ª Dr.ª Maria de Fátima Prado Fernandes
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
 Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

05/07/09 *Valdemir Vieira*