

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DOS ENFERMEIROS  
DE SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
ACERCA DA ASSISTÊNCIA AOS USUÁRIOS DE  
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

**José Gilberto Prates**

**São Paulo  
2011**

**José Gilberto Prates**

**A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DOS ENFERMEIROS  
DE SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
ACERCA DA ASSISTÊNCIA AOS USUÁRIOS DE  
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

**Dissertação apresentada à Escola de  
Enfermagem da Universidade de São  
Paulo para obtenção do título de Mestre  
em Enfermagem**

**Área de Concentração: Cuidado em  
Saúde**

**Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Márcia Aparecida  
Ferreira de Oliveira.**

**São Paulo**

**2011**

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**

Prates, José Gilberto.

A representação social dos enfermeiros de serviços de urgência e emergência acerca da assistência aos usuários de álcool e outras drogas / José Gilberto Prates. – São Paulo, 2011.

152 p.

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

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira.

1. Enfermeiras (psicologia)
2. Serviço hospitalar de emergência
3. Transtornos relacionados ao uso de substâncias (enfermagem)
4. Reforma psiquiátrica. I. Título.

Nome: José Gilberto Prates

Título: A representação social dos enfermeiros de serviços de urgência e emergência acerca da assistência aos usuários de álcool e outras drogas

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Banca Examinadora

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

*O amor é eterno – sua manifestação pode modificar-se, mas nunca a sua essência.... Por meio do amor vemos as coisas com mais tranquilidade, e somente com essa tranquilidade, um trabalho pode ser bem sucedido”.*

*Vicent Van Gogh*

*Dedico esse estudo:*

*Aos usuários do Serviço de Saúde Mental que num determinado momento emergencial de suas vidas perderam o controle.*

*“A minha mãe **Honorina Alves Prates** (in memoriam), o começo de tudo, pelo carinho com que me educou, suas exigências fundamentaram o que eu sou e às minhas irmãs **Gilka e Gizelda** que compartilharam a minha vida e a minha sobrevivência.”*

*“A **Roseli** minha companheira, amiga e amante que me possibilitou ser pai da **Dani** e do **Du**, meus amores incondicionais.”*

## **AGRADECIMENTOS**

“**A Deus**, pelas oportunidades, por ser meu refúgio, minha fortaleza nas horas difíceis e pela fonte inesgotável de luz.”

“Agradecimento especial, à minha querida orientadora **Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira**, por esses anos de convivência e acolhimento a todos, sem distinção. Sua dedicação, serenidade, disponibilidade, tem me ajudado a superar os desafios desse percurso; você é especial para todos nós pelo seu jeito amigo, de ser, uma “Alma iluminada”. Gosto muito de ti e não há palavras para agradecer todo o incentivo, toda a compreensão, o carinho que tens para comigo propiciando a concretização de uma etapa da minha vida; muito obrigado”.

“Ao **Prof. Dr. Divane de Vargas** pelo carinho que tem dedicado a todos os participantes do grupo de pesquisa - GEAD; sua sabedoria, apoio e incentivo me ajudaram muito neste caminhar e me deram a oportunidade de aprender com suas experiências desde o início desta trajetória, durante a qualificação e até o presente momento; além de seu jeito feliz de acolher a todos; o meu muito obrigado”.

“A **Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marina Borges Teixeira** pela sabedoria, apoio e incentivo desde meus primeiros passos como enfermeiro; sou muito grato pela oportunidade de aprender com suas experiências, durante vários anos de minha vida. Suas orientações na qualificação ajudaram por demais a construção desse trabalho; muito obrigado”.

“A **Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Sonia Barros**; pelo apoio na minha carreira como enfermeiro”.

“**A Prof.<sup>a</sup> Ana Luisa Aranha e Silva**; pelo apoio no início de minha carreira como enfermeiro, sempre me orientando a contextualizar as práticas de assistir o outro e a entender a teia da reforma e das políticas de saúde mental”.

“Aos **Professores da EEUSP**, em especial àqueles do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica (**ENP**) que com dedicação se empenham em formar novos profissionais e possibilitam a contínua construção de novos saberes”.

“A eterna professora **Hideko Takeuchi Forcella (in memorium)**; como disse o amigo Mafú, você eternizou em nossos corações; um abraço e muito obrigado”.

“Aos Funcionários da EEUSP, em especial ao Serviço da Pós Graduação representado pela **Silvana Maximiliano**, do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica (ENP) representado pelo **Marcello Batista Pimentel** e Biblioteca representada por Alexandre de Oliveira Marques, Juliana Takahashi e Sônia Maria Gardim pela atenção dispensada”.

“A minha amiga **Paula Hayasi Pinho** que compartilhou essa caminhada lado a lado comigo, obrigado pela atenção, carinho, disponibilidade e auxílio precioso nessa fase da minha vida; muito obrigado”.

“A minha amiga **Heloísa Garcia Claro** pela atenção, carinho, disponibilidade e auxílio precioso nessa construção de saberes; o meu muito obrigado”.

“A todos os colegas do grupo de pesquisa do **GEAD**; por compartilhar as mesmas inspirações”.

“Aos **Enfermeiros** entrevistados, agradeço a todos aqueles que foram sujeitos desta pesquisa, ofereceram suas histórias, vivências, suas representações sociais para uma reflexão sobre atender usuários de álcool e outras drogas na emergência; muito obrigado”.

“Ao **Prof. Dr. Arthur Guerra de Andrade** e toda equipe do GREA pelo acolhimento tanto na disciplina como no grupo de pesquisa; obrigado”.



“A Divisão de Enfermagem do Instituto de Psiquiatria do HC – FMUSP representado pelos diretores **Cristina Emiko Igue, Alexandre C. Zolner e Jouce Gabriela de Almeida**. Pela amizade, carinho e incentivo para o meu crescimento profissional e a compreensão nos momentos de ausência no trabalho; muito obrigado”.

“A todos os **colegas** do Instituto de Psiquiatria do HC – FMUSP, em especial os **enfermeiros, técnicos, auxiliares e escriturários** da Divisão de Enfermagem, que compartilham minhas vivências no trabalho; muito obrigado”.

“A **Dr.<sup>a</sup> Edna Rodrigues** pelas orientações no meu caminhar profissional, principalmente, na Educação Permanente; obrigado”.

“As minhas aprimorandas dos últimos cinco anos em especial a **Josiane Penha** por compartilhar essa caminhada juntos; seu auxílio nessa construção de saberes foi fundamental; muito obrigado”.

“Ao meu amigo espiritual, **Daniel** você me faz feliz”.

“A todos os **pacientes** que tive a oportunidade de cuidar, razão do meu crescimento como pessoa; muito obrigado”.

“A todos que de algum modo contribuíram para essa conquista; muito obrigado”.

Prates JG. A representação social dos enfermeiros de serviços de urgência e emergência acerca da assistência aos usuários de álcool e outras drogas [Dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.

## RESUMO

Este estudo objetivou identificar e analisar a representação social dos enfermeiros de serviços de urgência e emergência acerca da assistência aos usuários de álcool e outras drogas. Foram realizadas quatorze entrevistas e para a análise dos discursos utilizou-se a abordagem qualitativa hermenêutica dialética, norteadas pelos pressupostos teóricos da Reforma Psiquiátrica brasileira. A análise dos dados possibilitou a construção de quatro categorias empíricas: Assistência de Enfermagem, Processo Saúde-Doença, Estigma e Educação Permanente. Os resultados apontam que assistir um paciente intoxicado ou em abstinência é algo que perturba a rotina de atendimento nos serviços de urgência/emergência, demonstrando a falta de preparo e o receio por parte dos profissionais para lidar com estas situações, fato que afeta não somente o atendimento a este público, como também a captação e o encaminhamento destes indivíduos, posteriormente, para serviços especializados como o Centro de Atenção Psicossocial em álcool e outras drogas. A concepção dos entrevistados acerca dos usuários de substâncias psicoativas encontra-se apoiada no modelo moral, que traz embutido o conceito de anormalidade, evidenciando o preconceito e o estigma relacionado a este público, sendo este um dos principais desafios a ser superado ao atender esta população, de forma que não se reproduza os cuidados relacionados à psiquiatria tradicional. Sobretudo, quando o uso abusivo de substâncias psicoativas é visto, pelos enfermeiros, como uma patologia que pressupõe o predomínio das estruturas biológicas sobre as psicológicas e sociais, baseado na teoria da multicausalidade. Portanto, qualificar os profissionais de saúde para o atendimento de situações tão prevalentes, como o uso de álcool e outras drogas, deve fazer parte de um conjunto de ações dos serviços de saúde, visando maior qualidade nos atendimentos a esta população na rede de atenção à saúde.

**Palavras-Chave:** Socorro de Urgência, Serviço Hospitalar de Emergência, Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias, Cuidados de Enfermagem.

Prates JG. The social representation of nurses from the emergency services and emergency assistance regarding the users of alcohol and other drugs [Dissertation]. São Paulo (SP): School of Nursing, University of São Paulo, 2011.

### **ABSTRACT**

This study aimed to identify and analyze the social representation of nurses from the emergency services and emergency assistance regarding the users of alcohol and other drugs. Fourteen interviews were conducted to examine the discourses, using a qualitative approach, the dialectical hermeneutics, guided by theoretical assumptions of the Brazilian Psychiatric Reform. The data analysis allowed the construction of four empirical categories: Nursing Care, Health-Disease Process, Stigma and Continuing Education. The results show that watching a patient intoxicated or in withdrawal is something that disturbs the routine care in emergency, demonstrating the lack of preparation and fear on the part of professionals to handle these situations, a fact that affects not only the care this individuals, but also their routing, subsequently, for specialized services such as the Center for Psychosocial Care in alcohol and other drugs. The conceptions of the interviewees about the users of psychoactive substances is supported by the moral model, which brings along the concept of abnormality, revealing the prejudice and stigma related to this population. This is one of the main challenges to be overcome to take care of this population, instead of reproducing the traditional psychiatry. Especially since the abuse of psychoactive substances is viewed by nurses as a condition which presupposes the predominance of biological structures over the psychological and social theory based on the multiple causes. Therefore, to train and qualify the health professionals to cope with situations as prevalent as alcohol and other drugs should be part of a set of actions of health services, seeking higher quality care for this population, basing the assistance on a network health care.

**Keywords:** Emergency Relief, Emergency Service, Hospital, Substance-Related Disorders, Nursing Care.

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO .....	14
1 INTRODUÇÃO .....	17
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	25
2.1 A atenção ao álcool e outras drogas e os serviços de urgência e emergência .....	25
2.2 O enfermeiro e o atendimento a usuários de álcool e outras drogas em serviços de urgência e emergência.....	32
2.3 Política nacional de álcool e outras drogas no Brasil .....	41
3 PERCURSO METODOLÓGICO .....	57
3.1 Tipo de estudo .....	57
3.2 Marco teórico conceitual .....	58
3.3 Categoria de análise .....	66
3.4 Campo da pesquisa .....	67
3.5 Sujeitos da pesquisa e procedimentos de coleta de dados .....	69
3.6 Análise dos dados .....	70
4 RESULTADOS .....	75
4.1 Caracterização dos sujeitos .....	75
4.2 Categorias .....	79
4.2.1 Assistência de enfermagem .....	79
4.2.2 Processo saúde e doença em álcool e outras drogas .....	102
4.2.3 Estigma/discriminação e álcool e outras drogas .....	113
4.2.4 Educação permanente relacionada ao cuidado em álcool e outras drogas e serviços de emergência .....	122
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	149
REFERÊNCIAS .....	132
APÊNDICES .....	149
ANEXO .....	151

APRESENTAÇÃO

---

## **APRESENTAÇÃO**

Como enfermeiro, trabalhador há mais de duas décadas na área da Saúde Mental e Enfermagem Psiquiátrica, sempre assistindo às pessoas que apresentam transtornos mentais. A idéia de realizar esta pesquisa surgiu a partir da experiência que tive durante os seis anos trabalhados no Pronto Socorro de um Hospital Geral da rede pública municipal de São Paulo, no qual também atendi usuários de álcool e outras drogas em urgência e emergência, seja por intoxicação ou por quadros graves de síndrome de abstinência.

Durante esse período de atuação pude observar que a equipe de enfermagem encontrava-se mobilizada para o atendimento das emergências clínicas, cirúrgicas e traumatizados do Pronto Socorro, no entanto, quando os atendimentos estavam relacionados às intoxicações exógenas por álcool e outras drogas, ou quando se referiam a quadros de abstinências, geralmente, os pacientes eram tratados com certa indiferença, era como se os usuários de substâncias psicoativas tivessem culpa de estar ali precisando de cuidados. Esta observação reforçava a minha motivação em entender o que realmente afetava a qualidade da assistência prestada por aqueles profissionais envolvidos no atendimento da população usuária de substâncias psicoativas.

Durante estes seis anos, vários treinamentos foram realizados em conjunto com os membros da equipe que prestavam atendimento direto aos

necessitados de cuidados emergenciais, porém, com pouca repercussão na melhoria da assistência prestada aos pacientes.

Essas inquietações contribuíram para a minha busca por capacitação, sobretudo, quando eu pensava na possibilidade de também repetir o que eu assistia e que de certa forma era considerado “normal” pelos trabalhadores de saúde. Fui fazer especialização na área de Saúde Mental, o que enriqueceu a minha vida profissional, pois muito do que eu observava e acabava fazendo por dedução, respeito ao ser humano e bom senso, estava de acordo com que era proposto por teóricos da área e pelos docentes do curso ora citado. Os anos se passaram várias idas e vindas aconteceram no cenário político da Saúde Mental no Brasil, entretanto, minhas indagações persistem e são motivos desta pesquisa:

- O preconceito direcionado aos usuários de substâncias psicoativas pode afetar o assistir dos enfermeiros?
- Porque só os treinamentos não melhoram a assistência dos enfermeiros dispensados a esta população?

Estas reflexões fomentaram o interesse para a realização deste estudo sobre a representação social dos enfermeiros de serviços de urgência e emergência acerca da assistência aos usuários de álcool e outras drogas.





## **1 INTRODUÇÃO**

O uso de Substâncias Psicoativas é um problema grave e mundial de saúde pública, o círculo vicioso tanto das drogas lícitas como das ilícitas envolve danos biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, culturais, ético-legais e morais. Estudos da Organização Mundial de Saúde (2004) apontam que os transtornos mentais por uso de substâncias psicoativas são os mais prevalentes entre os transtornos orgânicos e mentais, resultando em alto custo para a sociedade em âmbito mundial. Outro dado relevante é a associação do uso de álcool com graves problemas sociais, incluindo a violência, negligência infantil, abuso e absenteísmo no trabalho (World Health Organization, 2011). Nos Estados Unidos da América (EUA), 50% das mortes violentas estão relacionadas ao uso de álcool e em 33% dessas mortes as pessoas têm a faixa etária de 15 a 29 anos (Amaral, Malbergier, 2008). Quase 4% de todas as mortes no mundo são atribuídas ao álcool, maior que as mortes causadas por HIV/AIDS, violência ou tuberculose (World Health Organization, 2011).

Do uso social o álcool passou ao uso problemático, sendo a droga mais consumida no mundo. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2004), aproximadamente 2 bilhões de pessoas consomem bebidas alcoólicas. Seu uso indevido é um dos principais fatores que contribuem para a diminuição da saúde mundial, sendo responsável por quase 4% de todas as mortes e por 4% de todos os anos perdidos de vida útil. Quando

esses índices são analisados em relação à América Latina, o álcool assume uma importância ainda maior. Cerca de 16% dos anos de vida útil perdidos neste continente estão relacionados ao uso indevido dessa substância, índice quatro vezes maior do que a média mundial. São unânimes as pesquisas referentes aos efeitos nocivos do uso do tabaco e os notórios casos de violência familiar, de acidentes de trânsito, dentre outros problemas relacionados à ingestão de álcool (Amaral, Malbergier, 2008).

No cenário nacional, um abrangente estudo realizado em 2005 apontou que 12,3% das pessoas pesquisadas, com idades entre 12 e 65 anos, preenchem critérios para a dependência do álcool e cerca de 75% já fizeram uso de álcool alguma vez na vida. Os dados também indicam o consumo de álcool em faixas etárias cada vez mais precoces e sugerem a necessidade de revisão das medidas de controle, prevenção e tratamento (Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas, 2006).

Apesar desses percentuais, no que se refere às estratégias de atenção observa-se uma importante lacuna na história da saúde pública brasileira, na qual a questão das drogas foi sendo deixada para as instituições da justiça, da segurança pública, da pedagogia, da benemerência e das associações religiosas onde predominavam as “alternativas de atenção” de caráter asilar, baseadas em práticas de natureza medicamentosa, disciplinar ou de cunho religioso-moral, reforçando o isolamento social e o estigma (Brasil, 2007).

Entretanto, as conseqüências do uso abusivo de álcool e outras drogas são poderosos determinantes para a morbi-mortalidade no campo da

saúde pública, e nem sempre foram dimensionados adequadamente devido às atitudes ambivalentes e ao estigma associado ao uso e ao usuário, historicamente determinados e ainda prevalentes na sociedade. No caso das drogas ilícitas soma-se o caráter de ilegalidade do uso e o envolvimento do tráfico de drogas (Luis, Lunetta; 2005).

Nesse sentido, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição em 1988 e regulamentado pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90, o movimento pela Reforma Psiquiátrica (Brasil, 1990), o Seminário sobre Álcool e outras Drogas, realizado pelo Ministério da Saúde, em 2001 e o relatório da Conferência Nacional de Saúde Mental de 2001 reforçaram o que hoje é imperativo: a elaboração de estratégias e propostas para efetivar e consolidar a assistência integral aos usuários de álcool e outras drogas (Brasil, 2001).

No campo específico da assistência à saúde mental, desde o início do movimento de Reforma Psiquiátrica, no bojo da Reforma Sanitária, até a aprovação da Lei 10.216 em 2001, inúmeras transformações das práticas e saberes foram desenvolvidas, garantindo aos usuários de serviços de saúde mental - e, conseqüentemente, aos que sofrem por transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas - a universalidade de acesso e o direito à assistência integral; valorizando a territorialização, a partir da estruturação de serviços comunitários dispostos em redes sócio-assistenciais adequadas às complexas demandas dessa população: saúde, benefícios sociais, esporte, lazer, cultura, moradia, trabalho, educação, e outros (Brasil, 2001).

Nesse contexto de transformação assistencial, o chamado campo psicossocial apresenta-se como modelo de referência, considerando a determinação psíquica e sociocultural como fundamental à compreensão do processo saúde-doença, e tendo como horizonte a integralidade e a cidadania. Esse modelo orienta a organização da rede em saúde mental, desde as ações na atenção básica, os Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial (CAPS e NAPS), serviços de atenção psicossocial implantados maciçamente no Brasil, paralelamente à diminuição significativa de leitos em hospitais psiquiátricos e implantação de leitos em hospital geral.

Entretanto, é somente a partir de 2003 que o Ministério da Saúde (MS) apresentou uma Política Nacional específica para Álcool e Drogas, assumindo o compromisso de prevenir, tratar e reabilitar os usuários, considerando os Centros de Atenção Psicossocial em álcool e outras drogas (CAPSad) como dispositivos estratégicos e a política de Redução de Danos como ferramentas prioritárias nas ações de prevenção e promoção da saúde (Brasil, 2004a).

O Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, portanto, define como principais componentes da assistência: a atenção básica; a atenção nos CAPSad, ambulatorios 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 Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2004a).

Em 2004, a necessidade de articulação entre a rede de atenção à saúde mental e as equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), levou o Ministério da Saúde a realizar a primeira Oficina Nacional de Atenção às Urgências e Saúde Mental, em Aracaju, Sergipe, com o objetivo de assentar as primeiras bases para o diálogo e a articulação entre a Política Nacional de Atenção às Urgências e a Política Nacional de Saúde Mental, no sentido de fortalecer e ampliar as ações de saúde mental no SUS (Brasil, 2007).

Apesar dessa iniciativa, que propõe o matriciamento, a supervisão, a capacitação continuada, o atendimento compartilhado de casos e apoio à regulação, além de estabelecer um protocolo mínimo de atenção às urgências psiquiátricas, a realidade desses serviços ainda constitui um desafio. No caso dos usuários de substâncias psicoativas, o atendimento de emergência ocupa um espaço fundamental dada a sua alta prevalência nesses serviços, com destaque para os problemas relativos ao uso abusivo de álcool como acidentes de trânsito, tentativas de suicídio, além dos quadros de intoxicação seja por álcool seja por outras drogas.

É sabido que os profissionais da área não estão capacitados para lidar com o atendimento aos problemas relativos ao uso de álcool e outras drogas; soma-se ao fato o evidente predomínio do estigma e do estatuto de incapacidade e periculosidade tanto dos sujeitos com sofrimento mental como dos usuários de álcool e outras drogas na representação social, inclusive dos trabalhadores de saúde, que resulta muitas vezes num atendimento mais ideológico e moral marcado pela indiferença, pelo

preconceito, pelo julgamento, pelos sentimentos de impotência, de medo e de raiva no interior desses serviços.

É nessa perspectiva que se insere a discussão sobre a assistência prestada aos usuários de substâncias psicoativas nos serviços de urgência/emergência, tendo em vista que estes serviços assumem relevância para as transformações apresentadas pela política de atenção aos usuários de álcool e outras drogas.

Nesse sentido, o presente estudo tem como finalidade contribuir com a discussão sobre a assistência aos usuários de substâncias psicoativas nos serviços de urgência/emergência, buscando desvelar a representação social dos enfermeiros dos serviços de urgência/emergência no atendimento aos usuários de álcool e outras drogas, analisando a influência dessa categoria na qualidade do serviço prestado.

Portanto, nesta investigação sobre a representação social dos enfermeiros dos serviços de urgência/emergência no atendimento aos usuários de álcool e outras drogas, buscamos responder algumas questões como: o julgamento negativo dos profissionais direcionados a esta população interfere no atendimento prestado? O desconhecimento referente à temática que envolve o uso abusivo de álcool e outras drogas justifica o atendimento de baixa qualidade prestado no atendimento de emergência? As ações desenvolvidas nos serviços de urgência/emergência correspondem aos princípios da Reforma Psiquiátrica?

Para apreender essa realidade o **objetivo** delineado foi:

1. Identificar e analisar a representação social dos enfermeiros de serviços de urgência e emergência acerca da assistência aos usuários de álcool e outras drogas.

REVISÃO DA LITERATURA

---



## **2 REVISÃO DA LITERATURA**

### **2.1 A ATENÇÃO AO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E OS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

Segundo Calanca (1991), o recurso para assistência às drogas, inicialmente de cunho religioso ou médico, disseminou-se com o homem nas suas migrações, marginalizando-se ou tornando-se culturalmente aceitável. Em uma perspectiva histórica, pode-se dizer que a droga tornou-se um problema de saúde pública, atingindo simultaneamente o médico e os legisladores, a partir da metade do século XIX. O progresso da química industrial, da farmacologia e da medicina deu-lhe a sua dimensão moderna.

Inicialmente marginal concentrado em certas regiões do planeta, o fenômeno de consumo de álcool e outras drogas disseminou-se no mundo inteiro, predominando nos países industrializados da América e da Europa. Ambas as guerras mundiais vieram sucedidas por uma onda de consumo de drogas pesadas pelos adultos sem, contudo, constituir um problema social.

Após os anos 60, do século passado, a droga atinge uma população cada vez mais jovem, em um movimento de crítica a todo o sistema ocidental de valores (Calanca,1991).

No Brasil, o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas, promovido pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) em 2005, em parceria com o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID), da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), aponta que

12,3% das pessoas pesquisadas, com idades entre 12 e 65 anos, preenchem critérios para a dependência do álcool e cerca de 75% já beberam pelo menos uma vez na vida. Os dados também indicam o consumo de álcool em faixas etárias cada vez mais precoces e sugerem a necessidade de revisão das medidas de controle, prevenção e tratamento (Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas, 2006).

De acordo com este levantamento, a prevalência de uso na vida de qualquer droga, exceto tabaco e álcool, teve a maior porcentagem na região Nordeste, onde 27,6% dos entrevistados já fizeram uso de alguma droga. A região com menos uso na vida foi a Norte com 14,4%. No Brasil, o uso na vida para qualquer droga (exceto tabaco e álcool) foi de 22,8%. Esta porcentagem é, por exemplo, próxima ao Chile (23,4%) e quase metade dos EUA (45,8%) (Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas, 2006).

O uso na vida de álcool, nas 108 maiores cidades do País, foi de 74,6%, porcentagem inferior a de outros países (Chile com 86,5% e EUA, 82,4%). O menor uso na vida de Álcool ocorreu na Região Norte (53,9%) e o maior na Sudeste (80,4%). A estimativa de dependentes de Álcool foi de 12,3% para o Brasil sendo que no Nordeste as porcentagens atingiram quase 14%. Em todas as regiões, observaram-se mais dependentes de Álcool para sexo masculino. A relação entre o uso na vida e dependência mostrou que de cada quatro pessoas do sexo masculino que fazem uso na vida de álcool, uma delas torna-se dependente. A proporção para o sexo feminino foi de 10,1% (Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas, 2006).

O uso na vida de tabaco foi de 44,0% no total, porcentagem inferior ao do Chile (72,0%), EUA (67,3%). Quanto à dependência de tabaco, 10,1% preencheram critérios para um diagnóstico positivo. As maiores porcentagens de dependentes de tabaco apareceram na região Centro-Oeste com 11,5% (Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas, 2006).

O uso na vida de Maconha, nas 108 maiores cidades foi de 8,8%, resultado este, próximo aos da Grécia (8,9%) e Polônia (7,7%), porém abaixo dos EUA. (40,2%) e Reino Unido (30,8%). A Região Sudeste foi a campeã em porcentagens de uso na vida (10,3%); também apresentou a maior prevalência de dependentes de Maconha com 1,4%. A menor porcentagem de dependentes apareceu na Região Sul (Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas, 2006).

A prevalência de uso na vida de Cocaína nas 108 maiores cidades do País foi de 2,9%, sendo próxima à Alemanha (3,2%), porém bem inferiores aos EUA com 14,2% e Chile com 5,3%. A Região Sudeste foi aquela onde se verificaram as maiores porcentagens (3,7%) e a menor, no Norte com, aproximadamente 1% (Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas, 2006).

O uso na vida de *Crack* foi de 1,5% para as maiores 108 cidades do País, cerca de duas vezes menor que no estudo americano. O uso de Merla (uma forma de cocaína) apareceu na região Norte com 1,0%, a maior do Brasil (Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas, 2006).

O uso de Solventes foi de 6,1%, prevalência superior à verificada na Colômbia (1,4%) e Espanha (ao redor de 4,0%). Por outro lado, a prevalência do uso na vida de solventes nos EUA foi de 9,5%. A região

Nordeste teve as maiores porcentagens de uso dessas substâncias com 8,4% (Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas, 2006).

O uso na vida de medicamentos sem prescrição médica teve um fato em comum: mais mulheres usaram do que os homens, para qualquer das faixas etárias estudadas. Os estimulantes aparecem com 3,2% de usuários na vida. Os benzodiazepínicos com 5,6% menos que o observado nos EUA (8,3%) (Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas, 2006).

Diante das evidências explicitadas, o serviço de urgência e emergência assume um papel fundamental neste cenário, sobretudo por ser considerado uma das portas de entrada no sistema de saúde. Esse serviço é caracterizado pela capacidade das equipes para a preservação da vida, garantindo diagnóstico diferencial e tratamento eficiente reduzindo a mortalidade, morbidade e sequelas em qualquer especialidade. No entanto, na rotina diária, vivenciamos prontos socorros (PS) lotados como decorrência da insuficiência na atenção primária ou secundária.

As intoxicações e síndromes de abstinências por drogas psicoativas sejam elas lícitas ou ilícitas, são freqüentes nos PS, 50% dos casos são de baixo risco e o paciente deve apenas ser observado. Porém, quando não avaliado adequadamente, o paciente pode evoluir para uma complicação aguda grave em diversos sistemas como o: nervoso, digestivo, cardiovascular, endocrinológico e hematológico e, até mesmo, correr risco de vida. Assistir essas pessoas na emergência requer da equipe socorrista conhecimento clínico e psiquiátrico, além de empatia e acolhimento.

A enfermagem, em especial o enfermeiro, tem um papel fundamental no processo da prestação de cuidados na urgência e emergência aos usuários de álcool e outras drogas, normalmente essas pessoas chegam à sala de emergência em uma situação em que há risco significativo e eminente de morte ou lesão grave, exigindo intervenção terapêutica imediata, em minutos ou horas.

Stefanelli e Fukuda (2008) pontuam a importância de um enfermeiro especialista em Emergência com conhecimento clínico e psiquiátrico no atendimento às urgências e emergências, pois este profissional norteará o atendimento dentro da sala de emergência, garantindo uma boa evolução do quadro clínico e encaminhamento para um serviço especializado, após a alta do Pronto Socorro.

Rolim (1993) refere que o enfermeiro deveria ser o profissional cujos comportamentos se constituiriam em modelos a serem seguidos, visto que “o cotidiano se caracteriza por ser pragmático, empírico, ou seja, aquilo que é percebido como correto é visto como verdadeiro, portanto, deve ser imitado”.

O enfermeiro atuante na área de emergência deve compreender o seu papel de agente socorrista, cujo objetivo fundamental é compor a equipe de saúde a atender imediatamente o paciente, realizando o diagnóstico diferencial para o encaminhamento do mesmo às diversas especialidades, entretanto o enfermeiro acaba por centralizar-se em atividades burocrático – administrativas (Oliveira, Alessi, 2003).

Tanto que nos serviços de urgência e emergência, os enfermeiros são os que menos prestam atendimento direto aos pacientes e suas práticas caracterizam-se pelo gerenciamento intermediário que organiza e facilita o trabalho de toda equipe.

Constatou-se no estudo de Oliveira e Alessi (2003), que os profissionais não se sentem preparados para atuar em emergência, sobretudo quando há no atendimento a especialidade psiquiátrica. Tendo em vista que os profissionais da área de emergência, não estão adequadamente informados sobre as mudanças políticas que vêm ocorrendo na área da Saúde Mental e às diretrizes do Ministério da Saúde em relação à temática de álcool e outras drogas, fica evidente que o paradigma predominante em suas ações no PS, ainda é o modelo organicista. A predominância do modelo organicista como orientador da prática da enfermagem pode ser compreendido pela origem histórica desta profissão.

Para Minayo (2006), a significação do sujeito social em Marx leva em conta o fato de que os seres humanos não são árbitros totalmente livres de seus atos. Pelo contrário, a leitura de seu pensamento deixa claro que o produto da atividade prévia (crenças, valores, atitudes, contextos sociais) representa limitações sobre o leque de opções do presente. Ainda, quando a realidade é determinada por condições e estruturas anteriores, os seres humanos são capazes de deixar nela a sua marca transformadora.

Nesta mesma direção, Machado (2008) pontua a necessidade de uma atuação realista e competente do profissional enfermeiro e para tanto propõe para a prática:

- Atuação político-profissional diante da complexidade inerente à prática institucional, visando sua transformação;
- Acolhimento e escuta do sujeito a ser atendido, com a intenção de oferecer cuidados em sua condição de cidadão, incluindo o cuidado objetivo e sensível.

Para tanto a autora, acima citada, afirma que isso requer do profissional enfermeiro:

1. Atitude política - visando conhecer a realidade contemporânea de sua profissão (conectada com a situação econômica e política do país), discutindo a construção de sua atuação profissional em consonância com a condição de cidadania dos sujeitos que cuidará;
2. Pensamento crítico diante da realidade do país, considerando o cotidiano dos indivíduos no exercício da cidadania (moradia, emprego, acesso a serviços de saúde ou à educação, lazer, relações interpessoais, e outros);
3. Conhecimento teórico aprofundado que lhe permita optar por um referencial filosófico, teórico de intervenção, sempre revendo esta opção numa perspectiva crítica;
4. Investimento afetivo, cognitivo e cultural persistente, ampliando sua competência técnica, intelectual, política e emocional.

Estudar a temática da representação social dos enfermeiros dos serviços de emergências em álcool e outras drogas, da rede pública Municipal e Estadual de Saúde da cidade de São Paulo, implica em considerar além dos

aspectos Políticos de Saúde no Brasil, a desconstrução de culturas profissionais tecnicista onde o olhar do profissional é fixado somente na doença, deixando de lado a significância maior que é a cidadania (Barros, 2001).

Tal processo se torna mais complexo ao pensarmos a temática do adoecer psiquicamente co-relacionado ao homem e ao seu meio, um universo extremamente histórico dialético. “Visto ser uma experiência individual e subjetiva que pode ser inferida, mas não diretamente mensurável” (Barros, 2001).

A compreensão que se busca nesse trabalho é a concepção do enfermeiro acerca do seu trabalho, quanto às representações no atendimento das emergências em Álcool e outras Drogas no Pronto Socorro, bem como os processos históricos, sociais e as políticas que permeiam suas relações.

## 2.2 O ENFERMEIRO E O ATENDIMENTO A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Como visto anteriormente, as consequências do uso abusivo de álcool e outras drogas são determinantes para a morbi-mortalidade no campo da saúde pública, e nem sempre foram dimensionados adequadamente devido às atitudes ambivalentes e ao estigma associado ao



uso e ao usuário, historicamente determinados e ainda prevalentes na sociedade. No caso das drogas ilícitas soma-se o caráter de ilegalidade do uso e o envolvimento do tráfico de drogas (Luis, Lunetta, 2005).

E, é somente a partir de 2003 que o Ministério da Saúde (MS) apresentou uma Política Nacional específica para Álcool e Drogas, assumindo o compromisso de prevenir, tratar e reabilitar os usuários (Brasil, 2004b).

Provavelmente devido a recente trajetória, pouco se tem publicado sobre a atuação do enfermeiro na atenção aos usuários de álcool e outras drogas nos serviços de urgência/emergência, na literatura nacional e internacional.

Campos e Teixeira (2001) referem sobre a importância de capacitação técnica dos profissionais envolvidos, tanto no que diz respeito ao conhecimento sobre as substâncias psicoativas – seus efeitos, dosagens, danos, formas de utilização – bem como as propostas teóricas que pretendem compreender o porquê do uso, terapêuticas, fatores de risco e de proteção, populações vulneráveis e políticas públicas, dentre outros aspectos, indispensáveis a todos os profissionais que lidam com essa população específica.

Spricigo e Alencastre (2004) discutem a necessidade do profissional de saúde que trabalha com usuários de álcool e outras drogas, olhar para si mesmo: suas crenças, valores, preconceitos, escolha do enfoque teórico sobre a questão, engajamento e as contradições da prática, considerando que a concepção que os trabalhadores apresentam acerca do usuário de

substâncias psicoativas, influenciará a forma pela qual este se relacionará com o mesmo e determinará a qualidade e a efetividade da assistência prestada.

Neste sentido, afirmamos que o atendimento aos usuários de álcool e outras drogas é provavelmente aquele que gera maior mobilização por parte do profissional, independente da categoria profissional. Sobretudo, quando consideramos que o atendimento dessa situação é influenciado pela ambigüidade de valores, concepções e representações sociais predominantemente estigmatizadas do senso comum, que consideram tal questão como um problema moral relacionado à instabilidade emocional e falta de força de vontade dos usuários.

Contudo, Bucher (1992) afirma que a visão deficitária acerca do usuário de substâncias psicoativas é contraproducente quando se trabalha com dependentes de álcool/drogas, visto que não auxilia na compreensão do caso e não oferece instrumentos terapêuticos alternativos às medidas repressivas.

A experiência clínica ensina que a pessoa dependente de drogas/álcool não é “menos”, não é incompetente nesta ou naquela área, não é deficiente ou mesmo “irrecuperável”. Pois, a dependência de substâncias psicoativas corresponde a uma possibilidade humana, enquanto extremo dos processos de dependência que todo ser humano passa durante o seu amadurecimento, e o dependente químico, mesmo o mais decadente, continua detendo competências humanas, simbólicas, adaptativas e interpretativas, embora sendo um ser humano diferente, não no sentido de

uma diferença de qualidade, mas de uma diferença em consequência das opções que a vida o levou a efetuar (Bucher, 1992).

A influência do modelo moral na concepção referente aos usuários de álcool foi evidenciada por Vargas e Luis (2008) que identificaram o predomínio dessa concepção nas falas dos enfermeiros atuantes em Unidades de Atenção Básica Distritais de Saúde. Outro fator importante é que estes profissionais atribuem este problema à falta de vontade em parar de beber e conseqüentemente, assumem uma visão pessimista em relação ao prognóstico do alcoolismo pela crença na baixa probabilidade de recuperação.

Ao analisar a opinião dos enfermeiros sobre os usuários de substâncias psicoativas, Spricigo e Alencastre (2004) apreenderam as concepções de que o usuário de drogas é considerado um delinquente, ou um doente, ou uma vítima das desigualdades sociais, os autores apontam, ainda, que de uma forma direta ou indireta, todos os enfermeiros do estudo em algum momento, irão deparar-se com usuários de drogas.

Conseqüentemente, as concepções sobre os motivos pelos quais os indivíduos usam drogas resultam em ações variadas que vão desde o enquadramento do indivíduo como delinquente, como doente ou vítima das circunstâncias sociais, portanto, penalizando ou desvinculando o usuário de toda responsabilidade em relação à sua conduta (Spricigo, Alencastre, 2004).

Confirmando o exposto, Campos e Teixeira (2001) demonstram que as opiniões sobre o usuário de drogas estão, predominantemente, contidas

na visão que compreende o uso de drogas como provocado por uma doença e como vítimas das condições sociais. As duas visões aparecem como complementares, ou seja, o indivíduo apresenta uma doença que é ativada, desencadeada por fatores sociais e, mesmo nos casos de dependência, esta é produzida pela persistência desses fatores.

O desconhecimento e (ou) despreparo e a falta de treinamento, somada à influência do pensamento de segregação do modelo hospitalocêntrico, também foram apontados por Campos e Teixeira (2004) em um estudo sobre o atendimento num Pronto-Socorro Geral, em que demonstram a necessidade de formação, inclusive no ensino de disciplinas relacionadas à Psiquiatria no curso dos profissionais de saúde, em especial da área da enfermagem, que necessariamente devem estar adequadas às atuais diretrizes das políticas públicas para o setor que preconizam uma atenção humanitária e antimanicomial. O referido artigo, afirma inclusive que as reformulações propostas não foram acompanhadas pela capacitação das equipes na assistência junto aos pacientes.

No atendimento aos portadores de transtornos mentais, o espaço físico e sua localização também foram fatores de preocupação dos profissionais de enfermagem, sobretudo no que se refere às situações de fuga, atribuindo como função técnica, também a vigilância e a contenção desses pacientes. A necessidade de separação das especialidades, na visão destes profissionais, reforça a concepção conservadora que justificou o isolamento e a segregação dessa população por muitos anos (Campos, Teixeira, 2001).

Por outro lado, esse mesmo estudo, aponta o reconhecimento dos profissionais quanto à necessidade de capacitação e de um contato menos mecânico, justificado pela falta de tempo disponível ao atendimento.

Quanto aos sentimentos, Spricigo e Alencastre (2004), Campos e Teixeira (2004), Vargas e Luis (2008) confirmam a ambiguidade das expressões afetivas dos profissionais, que variam entre a aproximação e a disponibilidade, e o distanciamento e a indisponibilidade para prestar assistência. Sentimentos de dó e de pena caracterizam as primeiras, enquanto o medo, a raiva, a irritação e a impotência caracterizam as últimas. Estes sentimentos negativos são justificados pela visão de que os sujeitos usuários de substâncias psicoativas estariam fingindo ou forjando uma doença, produzindo uma sensação de estar sendo enganado em quem o está assistindo. A oscilação entre esses sentimentos polarizados, ora de dó, pena, ora de raiva, também caracteriza a fala dos profissionais, configurando por vezes num fator de desmotivação ou desinteresse na prestação do serviço.

Confirmando o exposto acima, Griffiths e Pearson (1988) já na década de 60 e 80, do século passado, apontavam que o preconceito social, a atitude negativa e a percepção estereotipada para com os bebedores-problema e os usuários de drogas são amplamente difundidas entre os profissionais de saúde, podendo levar à diminuição dos cuidados mínimos atribuído a este grupo de pacientes. Além disso, outros problemas de saúde podem estar relacionados e continuar sem tratamento.

Destarte, as atitudes e crenças negativas sobre o abuso de substâncias podem ser traduzidas em reações negativas e julgamentos inadequados em relação aos profissionais para com os usuários. Muitos profissionais de saúde percebem aqueles que abusam de substâncias psicoativas, como um "incômodo" e rotulam os pacientes como difíceis. Rotular um paciente contribui para a estigmatização e pode reduzir os seus sentimentos de auto-estima e estima dentro da comunidade (Griffiths, Pearson, 1988).

Mesmo quando os profissionais de saúde identificam e reconhecem os problemas relacionados ao álcool, ou às drogas eles são relutantes em responder apropriadamente. Enfermeiros tendem a ser moralistas, pessimistas e propensos a estereótipos percebendo os toxicod dependentes como fracos, em vez de doentes (Smith, 1992).

Kelly e May (1982) referem que as pessoas com problemas relacionados à bebida alcoólica são normalmente pacientes impopulares e são percebidos como ruidosos e manipuladores. Em geral, os estudos internacionais concluíram que as crenças e atitudes dos enfermeiros demonstram que estes são menos tolerantes em relação aos pacientes alcoólicos do que os não-alcoólicos. No entanto, esta atitude negativa não é peculiar à enfermagem, mas se aplica a todo um espectro de profissionais de saúde.

Ainda nesses estudos, há evidências que sugerem que os pacientes com um histórico de problemas de álcool foram classificados por psiquiatras como sendo menos complacentes, com pior prognóstico, menos propensos

a necessidade de internação hospitalar. Tais atitudes negativas comprometem as possibilidades da educação preventiva para a saúde, bem como a qualidade da assistência.

Rassol e Luis (2004) defendem o uso de vários métodos na identificação do uso de drogas ou álcool. Os métodos de rastreio podem ajudar a confirmar e apoiar a história do paciente. Estes incluem questionários, diários de beber, marcadores biológicos e físicos, exames que podem ser usados sozinhos ou em combinação.

Dentre esses métodos, o Questionário CAGE<sup>1</sup> foi identificado como o mais simples e suas quatro questões poderiam facilmente ser incorporadas na rotina do processo de avaliação. O CAGE foi utilizado no Brasil para a detecção de transtornos de uso de álcool em uma sala de emergência e, por meio deste instrumento foi possível descobrir que cerca de 16% da amostra apresentava uma prevalência de dependência de álcool, de acordo com o DSM-IV (Paz Filho, et. al., 2001).

Diante do exposto, consideramos a urgência/emergência como um importante espaço para a identificação de usuários abusivos de álcool e/ou drogas, possibilitando intervenções que se realizadas de forma adequada,

---

<sup>1</sup> O CAGE, elaborado na década de 70, do século passado é um questionário com a finalidade de detecção precoce do uso de álcool. Ele contém apenas quatro perguntas com respostas objetivas (sim/não), sendo amplamente utilizado devido à facilidade de aplicação e à boa aceitabilidade por profissionais e pacientes. Foi validado no Brasil em 1983, quando se propôs a aplicação das quatro questões do CAGE misturadas a outras dez questões sobre hábitos de saúde, visando facilitar a entrevista. A sigla CAGE resulta das palavras-chaves contidas em cada uma das questões: 1) Alguma vez o sr(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?(**C - Cut-down**); 2) As pessoas o(a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber? (**A - Annoyed**); 3) O sr(a). se sente culpado pela maneira com que costuma beber? (**G - Guilt**). 4) O sr.(a) costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca? (**E - Eye-opener**); As questões devem ser respondidas como *sim* ou *não* e respostas como "*de vez em quando*" são consideradas como *sim* (Corradi-Webster, Laprega, Furtado, 2005).

sem preconceitos e julgamentos podem transformar-se em tratamento para estes indivíduos, sem estigmatizá-los.

Por meio de uma análise preliminar da literatura referente a esta temática, percebemos a existência de desafios e obstáculos que precisam ser superados, quando pensamos em prestar cuidados de qualidade aos abusadores de substâncias. A negação dos trabalhadores da saúde e do público em geral no que se refere à existência do abuso de substâncias psicoativas, continua a ser um obstáculo à prestação de cuidados, de reconhecimento precoce e de educação em saúde eficaz.

A consequência da falta de formação adequada a todos os níveis de ensino é uma perpetuação do ciclo, que provavelmente, se apresenta como um dos fatores que resulta no reforço das atitudes negativas e as reticências dos cuidados de saúde profissionais, a fim de responder eficazmente aos usuários de substâncias psicoativas. Devido à magnitude dos problemas relacionados ao abuso de substâncias, uma mudança cultural se faz necessária em muitos dos paradigmas que tradicionalmente têm orientado o trabalho de profissionais da saúde e especialistas em saúde mental.

Consideramos primordial a formulação e a implantação de respostas mais adequadas às diversas facetas que o fenômeno social da dependência química apresenta, utilizando como instrumentos os resultados de pesquisas e investigações das diferentes áreas científicas, caso contrário corre-se o risco de recorrer à resposta mais antiga que a sociedade moderna tem encontrado; a resposta repressiva, que se orienta por um modelo jurídico-moral.



Frente às mudanças ocorridas nas políticas de saúde mental, a emergência psiquiátrica deve estruturar-se de modo a se adaptar às novas demandas, ampliando suas funções. Além de proporcionar suporte psicossocial, passou também a realizar a triagem dos casos de internação e a intervir em quadros agudos, estabilizando ou iniciando o tratamento definitivo em um paciente em crise.

Finalmente, a noção de desinstitucionalização e o conceito de reabilitação psicossocial utilizados pela política de atenção nacional, referem-se não apenas a uma mudança assistencial humanizada e integral, mas configura um modelo cuja compreensão do processo saúde-doença seja mais abrangente (psicossocial) objetivando a elevação do sujeito de sua condição de doente, para a condição de cidadão, tendo como horizonte a mudança na representação social dos fenômenos da loucura e do consumo de drogas, subvertendo o processo de reclusão a que foram submetidos esses sujeitos ao longo da história moderna.

### 2.3 POLÍTICA NACIONAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO BRASIL

A problemática das drogas é um fenômeno extremamente complexo. A saúde pública brasileira não se ocupava devidamente com o grave problema dos transtornos associados ao uso de álcool e outras drogas. Uma importante lacuna na história da saúde pública foi se desenhando e a questão das drogas, foi sendo deixada para as instituições da justiça, da

segurança pública, da pedagogia, das benemerências e das associações religiosas (Brasil, 2007).

Neste sentido, a assistência ao usuário de álcool e outras drogas, historicamente, esteve vinculada ao modelo médico psiquiátrico ou religioso, que tinha sua ênfase nas internações e no “pecador”, estes modelos acabavam excluindo os usuários da sociedade, estigmatizando-os e eram pautados no modelo moral, além de não contemplar esta problemática multifacetada.

A primeira iniciativa para a assistência a usuários de álcool foi efetivada no Brasil por meio do Programa Nacional de Controle dos Problemas Relacionados com o Consumo do Álcool (PRONAL) (Brasil, 1987), no qual apresentava a atenção à saúde dirigida de forma específica para essa problemática, bem como a participação de diversos profissionais da saúde na assistência ao alcoolista e aos seus familiares. Entretanto, esse programa só foi implementado por gestores públicos no Distrito Federal e nos estados do Amazonas, Maranhão, Bahia, São Paulo e Rio Grande do Sul (Fornazier, Siqueira, 2006).

A Reforma Psiquiátrica brasileira teve seu início no bojo da Reforma Sanitária, porém seu processo foi intensificado no fim da década de 70, do século passado, e início da década de 80, do mesmo século e, foi marcado pela redemocratização do país e pela contestação do modelo de atenção psiquiátrica, o que conseqüentemente, propicia anos depois uma mudança na forma de atenção aos indivíduos portadores de sofrimento psíquico e influencia a mudança na atenção aos usuários de álcool e outras drogas.

É somente no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, que a lei Paulo Delgado é sancionada no país. Assim, a Lei Federal 10.216, de 06 de abril de 2001, redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais (Brasil, 2001).

Mas uma discussão sistemática do tema, referente ao uso abusivo de álcool e outras drogas, no campo da saúde pública e entre outros setores, só é efetivada a partir de 2003, ano em que o Ministério da Saúde edita um documento sobre a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (Brasil, 2004c).

Este documento apresenta as diretrizes para uma política e para a estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária, associada à rede de serviços de saúde e sociais, com ênfase na reabilitação e reinserção dos seus usuários. Ainda reforça que os cuidados oferecidos à população que apresentam problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas devem ser baseados em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial, devidamente articulados à rede assistencial em saúde mental e aos demais equipamentos de saúde. Tais serviços 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 (Brasil, 2004c).

A assistência aos usuários de álcool deve ser oferecida em todos os níveis de atenção, privilegiando os cuidados em dispositivos extra-hospitalares, como os CAPSs 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.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um serviço de atendimento em saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos, sendo um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Deve ser um local de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, nos quais o uso de drogas e álcool é secundário à condição clínica de transtorno mental e cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência em um dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida (Brasil, 2004a).

Para os indivíduos, cujo principal problema é o uso prejudicial de álcool e outras drogas se destinam os CAPSs ad, que devem oferecer atendimento diário a estes usuários, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada e de evolução contínua. Possibilita ainda intervenções precoces, reduzindo o estigma associado ao consumo e ao tratamento. Portanto, a rede proposta, se baseia nesses serviços comunitários, apoiados por leitos psiquiátricos em hospital geral e outras práticas de atenção comunitária como internação domiciliar e

inserção comunitária de serviços, de acordo com as necessidades desta população (Brasil, 2004a).

O conceito de redução de danos vem sendo consolidado como um dos eixos norteadores da política do Ministério da Saúde para o álcool e outras drogas. Originalmente apresentado de forma favorável na prevenção de doenças transmissíveis, esta estratégia assumida pelo Ministério da Saúde desde 1994, é internacionalmente reconhecida como alternativa pragmática e eficaz no campo da prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS, no campo do álcool e outras drogas, o paradigma da redução de danos se situa como estratégia de saúde pública que visa a reduzir os danos causados pelo abuso de drogas lícitas e ilícitas (Brasil, 2005a).

Portanto, a abstinência deixa de ser o único objetivo a ser alcançado, pois ao cuidar de vidas humanas, temos obrigatoriamente que lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que podem ser feitas pelo outro. As práticas de saúde devem acolher sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário e demandado, sempre estimulando a participação e o engajamento do usuário (Brasil, 2004c).

A Redução de Danos (RD) reconhece cada usuário em suas singularidades, traçando com ele estratégias que estão voltadas para a defesa de sua vida, pois tratar significa também aumentar o grau de liberdade, de co-responsabilidade daquele que se está tratando (Brasil, 2004c).

Ainda, a RD tem a preocupação de restituir ao sujeito sua história, devolvendo a sua autonomia e fazendo com que este seja responsável por seus atos, dando ao indivíduo um lugar para que este tenha o poder da fala ou a condição de modificar em ato, para que assim possa expressar por palavras o movimento de sua vida, permitindo senão curá-lo, ao menos torná-lo consciente de suas escolhas e, portanto, em condições de assumi-las, revertendo desta forma o processo de desumanização do uso de drogas e concedendo ao usuário a possibilidade de uma resignificação, passando a ter prioridade como ser humano (Brasil, 2004c).

Em 2005, foram criados mecanismos de financiamento para os leitos destinados ao álcool e outras drogas nos hospitais gerais (PT MS/GM n.º 1.612/05) e é aprovada pela primeira vez no país uma norma sobre a RD, retirando da clandestinidade institucional esta valiosa estratégia de abordagem dos problemas associados ao álcool e outras drogas (PT MS/GM n.º 1.028/05). Ainda em 2005, implantou-se o Pacto Nacional para Redução de Acidentes e Violência Associados ao Consumo Prejudicial de Álcool, sob a coordenação dos Ministérios da Saúde, Justiça, Secretaria Nacional Anti Drogas (SENAD) e Frente Nacional de Prefeitos. Também em 2005, foram criados incentivos financeiros para os CAPSs ad que desenvolvem ações de RD (PT MS/GM n.º 1.059/05) e os CAPSs I foram autorizados a cobrar do SUS pelos atendimentos às pessoas com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas (PT MS/SAS n.º 384/05) (Brasil, 2007).

Em 2006, foi sancionada a Lei 11.343<sup>2</sup>, que passou a vigorar no dia 6/10/2006. O projeto de lei teve início no Senado Federal, passando pela Câmara e voltando ao Senado. O governo brasileiro reuniu os diversos ministérios implicados (Justiça, Gabinete de Segurança Institucional, Saúde, Secretaria Especial de Direitos Humanos), para opinar e sugerir mudanças no texto da lei (Brasil, 2007).

Esta nova legislação substituiu as Leis 6.368/76 e 10.409/02, que definiam princípios e diretrizes das ações de prevenção e tratamento da dependência de álcool e outras drogas, além de conceituar crimes e penas relativos ao uso e tráfico de drogas (Brasil, 2007).

A nova lei contemplou os avanços possíveis. Um dos aspectos mais importantes é a exclusão do cárcere para o usuário de drogas, garantindo o direito dessas pessoas e também a condição fundamental para o desenvolvimento de ações de prevenção e tratamento na saúde pública (Brasil, 2007). A lei aproxima o uso pessoal de drogas de uma questão de saúde pública afastando-a do âmbito policial.

O desafio para a saúde pública a partir desta nova legislação é ampliar o acesso aos serviços de tratamento do SUS de forma a responder às demandas da população brasileira. Este esforço deve ser responsabilidade do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

---

<sup>2</sup> Dispõe sobre as ações de prevenção e tratamento da dependência de álcool e outras drogas e conceitua crimes e penas relativos ao uso e o tráfico de drogas

Para o Ministério da Saúde, uma política de prevenção, tratamento e de educação para o uso de álcool e outras drogas, necessariamente, deve ser construída na interface de programas do Ministério da Saúde, com outros ministérios, bem como com setores da sociedade civil organizada, sobretudo na discussão sobre a restrição de propagandas de bebidas alcoólicas (Pinho, Oliveira, Almeida, 2008).

Assim em 2007, é lançada oficialmente a Política Nacional sobre o Álcool, com estratégias para o enfrentamento dos problemas relacionados ao consumo abusivo de bebidas alcoólicas (Decreto n.º 6.117, de 22 de maio de 2007) (Brasil, 2007)<sup>3</sup>.

As medidas incluem a capacitação de garçons para a proibição da venda de álcool aos menores de idade e pessoas com sintomas de embriaguez, além do fornecimento de água potável gratuita nos estabelecimentos. O governo também incentivará os municípios a adotarem medidas para a restrição do horário de funcionamento de estabelecimentos que comercializam bebidas alcoólicas e proibirá a venda em postos de combustíveis localizados nas rodovias. A nova política prevê ainda, o incentivo à regulamentação e fiscalização da publicidade de bebidas alcoólicas. Porém, as ações concretas como a restrição ao horário das propagandas, estarão a cargo da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil, 2007).

---

<sup>3</sup> Disponível em: [http://www.normaslegais.com.br/legislacao/decreto6117\\_2007.htm](http://www.normaslegais.com.br/legislacao/decreto6117_2007.htm). Acesso em 10 de fevereiro de 2011.



O decreto que estabelece a Política Nacional sobre o Álcool, publicado no Diário Oficial da União, estabelece a ampliação do acesso de usuários de álcool ao SUS. Além disso, prevê projetos de capacitação de agentes de saúde para atuação em comunidades indígenas e programas de prevenção em assentamentos para a reforma agrária. O decreto não estabelece o investimento que será destinado à concretização das propostas, nem o prazo para a sua implementação (Brasil, 2007).

Ainda, em 2009, o Ministério da Saúde instituiu o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas do Sistema Único de Saúde – SUS (PEAD – 2009 – 2010), instituído pela Portaria nº 1190, de 04 de junho de 2009<sup>4</sup>; que será desenvolvido em 3 Etapas, sendo: I Etapa em 2009, II Etapa em 2010 e III Etapa em 2011 (Brasil, 2010).

O PEAD tem como objetivos: intensificar, ampliar e diversificar as ações orientadas para a prevenção, promoção da saúde e tratamento e redução dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial de substâncias psicoativas, de modo a prover uma resposta adequada, sensível ao ambiente cultural, aos direitos humanos e às peculiaridades da complexa clínica no âmbito de álcool e outras drogas, associando-se, no plano intersetorial, às demais políticas geradoras de inclusão e cidadania.

São prioridades do PEAD: os segmentos vulneráveis, nas faixas etárias de crianças, adolescentes e jovens, e os 100 maiores municípios brasileiros e 5 municípios da região de fronteira.

---

<sup>4</sup> Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/plano\\_emergencial\\_tratamento.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/plano_emergencial_tratamento.pdf)  
Acesso em 10 de fevereiro de 2011.

Em linhas gerais, as ações do PEAD devem orientar-se pelas seguintes diretrizes:

- Constituir-se como dispositivos públicos componentes da rede de atenção integral em álcool e outras drogas, que ofereçam ações de promoção, prevenção e cuidados primários no espaço da rua a usuários com problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas.
- Priorizar o direito ao tratamento de qualidade a todo usuário de álcool e outras drogas, ofertado pela rede de serviços públicos de saúde, assegurando o acesso a ações e serviços compatíveis com as demandas dos usuários.
- Promover ações que enfrentem as diversas formas de vulnerabilidade e risco, especialmente em crianças, adolescentes e jovens.
- Ter como eixo político o respeito às diferenças, a promoção de direitos humanos e da inclusão social, o enfrentamento do estigma.
- Atuar a partir do reconhecimento dos determinantes sociais de vulnerabilidade, risco e dos padrões de consumo, levando em consideração a estreita relação entre a dinâmica social e os processos de adoecimento.
- Assegurar o cuidado no território, na perspectiva da integralidade, do trabalho em redes, garantido uma atenção diversificada aos usuários de álcool outras drogas.

- Priorizar as ações dirigidas às crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade, haja vista a iniciação cada vez mais precoce do consumo de substâncias psicoativas e as graves repercussões do seu uso no desenvolvimento psicossocial dos jovens.
- Considerar a rede social de relacionamento da população alvo, como fatores de agravamento ou redução das condições de vulnerabilidade, isto é, levar em conta fatores de risco e de proteção, em cada contexto.
- Incentivar o trabalho de natureza interdisciplinar e enfoque intersetorial, considerando a complexidade que envolve os contextos de vida da população que vive em situação de rua, e a necessidade de ações de atenção integral aos usuários de psicoativos com tais características.
- Manter articulação permanente da rede de saúde e intersetorial visando à sensibilização dos serviços e profissionais da rede para o acolhimento com qualidade aos usuários de drogas em situação de rua.
- Garantir o alinhamento com as diretrizes da Política para Atenção Integral a Pessoas que Usam Álcool e Outras Drogas, do Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas, do Plano Integrado de Enfrentamento do Crack, da Política Nacional de Saúde Mental, da Política Nacional de DST/AIDS, da Política de Humanização e da Política de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

Devido à magnitude da problemática relacionada ao abuso de álcool e outras drogas, o Ministério da Saúde em 2010, cria também o Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e Outras Drogas (PIEC), instituído pelo decreto presidencial nº 7179, de 20 de maio de 2010<sup>5</sup>, que tem como fundamento a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de saúde, assistência social, segurança pública, educação, desporto, cultura, direitos humanos, juventude, entre outras, em consonância com os pressupostos, diretrizes e objetivos da Política Nacional sobre Drogas (Brasil, 2010).

São objetivos do Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e outras Drogas:

- I- estruturar, integrar, articular e ampliar as ações voltadas à prevenção do uso, tratamento e reinserção social de usuários de crack e outras drogas, contemplando a participação dos familiares e a atenção aos públicos vulneráveis, entre outros, crianças, adolescentes e população em situação de rua.
- II- estruturar, ampliar e fortalecer as redes de atenção à saúde e de assistência social para usuários de *crack* e outras drogas, por meio da articulação das ações do Sistema Único de Saúde - SUS com as ações do Sistema Único de Assistência Social – SUAS.

---

<sup>5</sup> Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm). Acesso em 12 de fevereiro de 2011.

III- capacitar, de forma continuada, os atores governamentais e não governamentais envolvidos nas ações voltadas à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários de *crack* e outras drogas e ao enfrentamento do tráfico de drogas ilícitas.

IV- promover e ampliar a participação comunitária nas políticas e ações de prevenção do uso, tratamento, reinserção social e ocupacional de usuários de *crack* e outras drogas e fomentar a multiplicação de boas práticas;

V- disseminar informações qualificadas relativas ao *crack* e outras drogas.

VI- fortalecer as ações de enfrentamento ao tráfico de *crack* e outras drogas ilícitas em todo o território nacional, com ênfase nos Municípios de fronteira.

A radicalidade do modelo pautado na abstinência, durante muitas décadas, levou o Ministério da Saúde a um olhar mais crítico, no sentido de ampliar as ações de enfrentamento ao grave cenário do uso de álcool e outras drogas por parte de uma população historicamente excluída, que tem a “rua” como seu lugar de existência em várias fases de sua vida.

Para tanto, uma parte integrante dos últimos planos citados, é o projeto dos Consultórios de Rua (CR)<sup>6</sup>, que constitui um importante dispositivo público componente da rede de atenção substitutiva em saúde mental, que busca reduzir a lacuna assistencial histórica das políticas de

---

<sup>6</sup> Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/consult\\_ rua17\\_1\\_11.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/consult_ rua17_1_11.pdf) . Acesso em 15 de fevereiro de 2011.

saúde voltadas para o consumo prejudicial de álcool e outras drogas por pessoas em situação de rua, por meio da oferta de ações de promoção, prevenção e cuidados primários no espaço da rua.

O CR visa substituir um modelo pautado na hegemonia do modelo biomédico, saindo da lógica da demanda espontânea e da abordagem única de abstinência.

A abordagem preventiva e de cuidado em saúde do CR permite a redução dos danos potenciais do uso de substâncias psicoativas. Sua característica mais importante é oferecer cuidados no ***próprio espaço da rua***, preservando o respeito ao contexto sócio-cultural da população.

O Consultório de Rua tem como princípios norteadores o respeito às diferenças, a promoção de direitos humanos e da inclusão social, o enfrentamento do estigma, as ações de redução de danos e a intersetorialidade. Deve, ainda, estar alinhado às diretrizes da Política para Atenção Integral a Pessoas que Usam Álcool e Outras Drogas, do Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas, do Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack*, da Política Nacional de DST/AIDS, da Política de Humanização e da Política de Atenção Básica do Ministério da Saúde (Brasil, 2010).

Este projeto foi iniciado em Salvador – BA, em 1999, com grande sucesso, sendo incentivada a implantação de 35 Consultórios de Rua, em 31 cidades brasileiras, abrangendo todas as regiões do território nacional.

Os Projetos já implantados demonstram resultados satisfatórios, com relevante produção de assistência primária, de prevenção, de melhora do

acesso aos serviços de saúde e de promoção de qualidade de vida. São experiências exitosas, a nível nacional, sob supervisão e avaliação científica, cujo repertório permite sua intensificação, ampliação e diversificação das ações orientadas para prevenção, promoção da saúde e redução dos riscos e danos sociais e à saúde. A diversificação de ofertas não baseadas exclusivamente na abstinência dessa população desassistida e vulnerável, permite ainda que se crie um movimento de aproximação entre ela e os serviços de saúde.

Considerando os pressupostos da Reforma Psiquiátrica brasileira, a influência deste novo paradigma de atenção em saúde mental, e conseqüentemente a política direcionada aos usuários de álcool e outras drogas, torna-se necessário conhecer, identificar e analisar a representação social dos enfermeiros atuantes nos serviços de urgência/emergência, a fim de analisar a influência da mesma, na qualidade da assistência prestada à população que faz uso abusivo de álcool e outras drogas.

PERCURSO METODOLÓGICO

---



### **3 PERCURSO METODOLÓGICO**

#### **3.1 TIPO DE ESTUDO**

O presente estudo foi realizado a partir da abordagem qualitativa de acordo com a natureza empírica dos dados e da escolha dos instrumentos para coleta e análise dos dados. Tal metodologia permite incorporar os aspectos históricos, culturais e ideológicos sob a ótica dos atores, de relações e para análise de discursos e de documentos (Minayo, 2006).

O método qualitativo permite desvelar processos sociais pouco conhecidos, propiciando a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação (Minayo, 2006).

A escolha do método de pesquisa qualitativa se deu pela “capacidade de incorporar significado e intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo estas estruturas sociais tomadas como construções humanas significativas desde seu advento quanto na sua transformação” (Minayo, 2006). O significado e intencionalidade que será o objeto deste estudo é o trabalho da enfermagem, a partir das perspectivas dos enfermeiros, seus atos e suas relações dentro do contexto da assistência às urgências e emergências aos usuários de álcool e outras drogas.

### 3.2 MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL

Utilizaremos como referencial teórico-conceitual a Reforma Psiquiátrica e seus pressupostos. Para Amarante (2003), a Reforma Psiquiátrica constitui-se num processo complexo composto por quatro dimensões que se articulam e se retroalimentam.

A dimensão epistemológica trata da revisão e reconstrução no campo teórico da ciência, da psiquiatria e da saúde mental, no sentido da retomada do contato com a existência do sofrimento.

Na dimensão da assistência, observamos a construção de novas ações e dispositivos de cuidados e de assistência com a implantação de serviços substitutivos como Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, Residências Terapêuticas – RTs, Centros de Convivência – CECCOs, Projetos de Geração de Renda e Cooperativas de Trabalho, entre outros (Amarante, 2003).

Na dimensão jurídica, encontra-se a Lei 10.216 de 2001, marco legal da Reforma Psiquiátrica, além da revisão de conceitos fundamentais na legislação civil, penal e sanitária como irresponsabilidade civil e periculosidade, e a transformação na prática social e política de conceitos como cidadania, direitos civis, sociais e humanos (Amarante, 2003).

A dimensão cultural refere-se a um conjunto amplo e diverso de iniciativas que se propõem a estimular as pessoas no sentido de rever

princípios, preconceitos, estigmas e opiniões formadas sobre a loucura (Amarante, 2003).

No Brasil, a experiência da Reforma Psiquiátrica surgiu tardiamente se comparada a países europeus como França e Inglaterra e aos Estados Unidos, onde esses processos vinham se consolidando desde o final da Segunda Guerra Mundial, com o objetivo principal de buscar a promoção da saúde mental como processo de adaptação social (Amarante, 1995). Entretanto, a experiência italiana confrontou-se com o modelo da comunidade terapêutica inglesa e a política de setor francesa, destacando o caráter apenas humanizante dos modelos assistenciais, que acabavam por reproduzir os mecanismos de exclusão e de controle social dos processos desviantes, mesmo nas instituições psiquiátricas não manicomiais. A Reforma Psiquiátrica italiana radicalizou o processo de desconstrução das instituições, saberes e práticas manicomiais, partindo da abolição do hospital psiquiátrico e da luta contra a ideologia médica que justificava a manutenção do controle e da exclusão social.

Na Reforma Psiquiátrica brasileira, o pensamento italiano teve grande influência na organização dos movimentos de saúde mental, desde a década de 1970; mas é a partir do final da década de 1980, com a Reforma Sanitária, que teve início a construção de políticas municipais de saúde mental baseadas na substituição do modelo hospitalocêntrico e na criação de serviços extra-hospitalares substitutivos à lógica manicomial (Fernandes; Scarcelli, 2005).

O movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, sob inspiração de outras experiências mundiais, passou por inúmeras desconstruções e invenções, até efetivar-se como política oficial do Ministério da Saúde para o campo da saúde mental. Nesse processo, foram implantados inúmeros dispositivos, programas e estratégias extra-hospitalares, a fim de compor um sistema de saúde mental, organizado numa rede de serviços implantados no território, cujos eixos norteadores são a desinstitucionalização, o controle social e a Reabilitação Psicossocial dos usuários.

O problema representado pelos transtornos mentais ocupa cada vez mais a agenda das políticas de saúde. Muitos países têm construído políticas de saúde mental comprometidas com o desenvolvimento de novas formas de cuidado, com a melhoria da qualidade de vida, garantia dos direitos de cidadania e combate às formas de violência, exclusão e estigma, de que são alvo as pessoas com transtornos mentais. Tais políticas têm se caracterizado pela redução significativa de leitos psiquiátricos e pela implantação de serviços baseados na comunidade, articulados e funcionando em rede (Mângia, 2008).

No Brasil, este movimento teve início no final da década de 80, do século passado, tendo 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.

Esta idéia de trajetória nos fornece uma visão dos percursos e caminhos que se entrecruzaram, referindo-se à existência e desenvolvimento de uma nova prática (Amarante, 2003).

As primeiras manifestações da reforma objetivaram a produção da transformação do modelo assistencial destinado às pessoas com transtornos mentais, modelo este que tinha como respaldo o paradigma psiquiátrico hospitalocêntrico (Vieira, 2010).

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 (Vieira, 2010).

Para Basaglia (1971), o indivíduo que entra no manicômio não assume o papel de doente, mas sim o de internado, que deve expiar uma culpa da qual não conhece as características nem a sentença. Existem profissionais da saúde, e toda a estrutura hospitalar, mas se trata somente de um local de custódia, onde a ideologia médica é um álibi para a legalização de uma violência.

No Brasil do final dos anos 1980, aconteciam processos como a redemocratização do país e pressões dos movimentos sociais acerca da luta pelos direitos humanos. Estes eventos culminaram na construção da "Reforma Psiquiátrica", que obteve sucesso na consolidação de uma nova Política de Saúde Mental. Esta se caracteriza, principalmente, como: a redução de leitos e o maior controle sobre os hospitais psiquiátricos; a

criação de rede de serviços substitutivos; a aprovação de nova legislação em saúde mental – a Lei nº. 10.216, de 6 de abril de 2001 – e a criação de dispositivos de apoio aos processos de desinstitucionalização, além da introdução da saúde mental na pauta de prioridades da educação permanente para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 1987, acontece a I Conferência Nacional de Saúde Mental, após grandes discussões acerca dos caminhos da Reforma Psiquiátrica, promovidas por encontros municipais e estaduais. Em um período de intensas mudanças políticas no país, esta conferência foi parte do início da discussão das mudanças necessárias na assistência psiquiátrica no Brasil.

De acordo com o Brasil (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 (Vieira, 2010).

A expansão de leitos psiquiátricos no Brasil atingiu seu ápice em 1985, com 123.355 leitos credenciados ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que representavam 23,57% do total de leitos oferecidos no Brasil, ocupando o primeiro lugar em oferta por especialidade (Mângia, 2008).

Neste período, são de especial importância o surgimento do primeiro CAPS no Brasil, na cidade de São Paulo, em 1987, e o início de um processo de intervenção, em 1989, da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de

maus-tratos e mortes de pacientes. É esta intervenção, com repercussão nacional, que demonstrou de forma inequívoca a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico. Neste período, são implantados no município de Santos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionam 24 horas, são criadas cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações. A experiência do município de Santos passa a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. Trata-se da primeira demonstração, com grande repercussão, de que a Reforma Psiquiátrica, não sendo apenas uma retórica, era possível e exeqüível (Vieira, 2010; Brasil, 2005).

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 (Brasil, 2010).

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.

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 (Brasil, 1994).

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 (Brasil, 2004).

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 portadores de transtornos mentais que busca a transformação das práticas, dos saberes e do modo como a sociedade se relaciona com a loucura (Vieira, 2010).

Em síntese, a assistência em saúde mental deve ocorrer numa rede de cuidados. Esta rede deve ser articulada, cuidando do indivíduo nas suas diferentes necessidades. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) se ocupam, principalmente, dos transtornos graves e persistentes. Transtornos mais simples podem ser cuidados nas Unidades Básicas de Saúde e



Estratégia de Saúde da Família. O hospital geral deve possuir leitos para atendimento de crises, bem como estrutura dos serviços de urgência e emergência, dando suporte ao indivíduo em momentos de maior fragilidade.

Atualmente, um dos maiores desafios para a Reforma Psiquiátrica é a avaliação dos serviços, bem como maior articulação intersetorial para garantir a integralidade da assistência. Podemos citar, de maneira mais específica, que deve ocorrer a articulação entre os três níveis de gestão do SUS para a construção do conjunto de condições – sanitárias, institucionais, técnicas, econômicas, jurídicas, políticas – para a efetivação destes processos (Barros, Bichaff, 2008).

Podemos afirmar, ainda, que é necessária a elaboração e implementação de processos formativos de educação permanente, em parcerias com as universidades, que visem à qualificação das equipes dos serviços de saúde e de saúde mental de base comunitária/territorial, de apoiadores/cuidadores de Serviços Residenciais Terapêuticos, e de participantes de projetos intersetoriais para ampliação e potencialização da capacidade de atenção e de reabilitação psicossocial de pessoas com histórico de institucionalização em hospitais psiquiátricos (Barros, Bichaff, 2008).

No presente estudo, buscamos articular o pressuposto da Reforma Psiquiátrica no que tange ao atendimento prestado aos usuários de álcool e outras drogas nos serviços de urgência/emergência, utilizando a representação social como categoria analítica.

### 3.3 CATEGORIA DE ANÁLISE

#### ***Representação Social***

Segundo Minayo (2006), representação social é uma expressão filosófica que significa a reprodução de uma percepção anterior da realidade ou do conteúdo do pensamento. No campo das pesquisas sociais pode ser considerada uma categoria de pensamento, de ação e de sentimento que explicam a realidade, sendo, portanto, consideradas como parte da construção da realidade revelando a visão de mundo de determinada época.

Para Gramsci a representação social possibilita a compreensão da “combinação específica das idéias das classes dominantes e das concepções dos grupos subalternos numa relação de dominação, subordinação e resistência entre os dois pólos permanentes” (apud Minayo, 2006, p. 232).

Portanto, as representações sociais são contraditórias, ilusórias e verdadeiras, podendo ser consideradas matéria-prima para a análise do social e para a ação pedagógica e política de transformação por retratarem a realidade. Nesse sentido, se torna fundamental a linguagem do senso comum, visto como forma de conhecimento e de interação social (Minayo, 2006).

O entendimento de que as representações sociais manifestam-se em condutas podendo ser institucionalizadas, será importante para

análise dos conceitos e práticas direcionadas aos usuários de álcool e outras drogas nos serviços de urgência e emergência.

### 3.4 CAMPO DA PESQUISA

O cenário desta pesquisa foram os Prontos Socorros dos Hospitais “**Doutor José Soares Hungria – Pirituba**”, localizado no bairro de Pirituba, Secretaria Municipal da Saúde e “**Hospital Geral de Taipas**”, localizado no bairro de Taipas, Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo. A escolha destes hospitais se justifica pelo fato do pesquisador ter conhecimento da dinâmica do atendimento no PS, das duas Instituições, além do Hospital de Taipas ser considerado referencia em álcool e outras drogas para a região.

O primeiro, localizado no Bairro de Pirituba município de São Paulo, no Estado de São Paulo é um hospital de atendimento geral considerado de Médio Porte, com 80 leitos.

O Hospital Geral de Taipas é resultado de um dos projetos do Programa Metropolitano de Saúde da Secretaria do Estado de Saúde e da grande reivindicação da população local, por meio do Conselho de Saúde<sup>7</sup>.

O Hospital tem a capacidade para 220 leitos, localiza-se na região noroeste do Município de São Paulo, mais precisamente no Bairro Parada de Taipas, sub-Distrito de Pirituba.

---

<sup>7</sup> Disponível em: <http://www.hgtaipas.com.br/home/>. Acessado em 10 de dezembro de 2010.

Situado numa das regiões mais carentes em recursos de saúde do Município, o Hospital Geral de Taipas serve aos sub-distritos de Perus, Jaraguá, Pirituba e parte da Vila Brasilândia, regiões que se caracterizam pela grande extensão geográfica (758.000 habitantes), com núcleos populacionais formados em sua maioria de baixa renda, além de extensa área rural (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010).

Os dois Hospitais são de médio porte e seus serviços de Urgência e Emergência são executados no Pronto Socorro dos respectivos Hospitais.

As Urgências e Emergências de Álcool e outras Drogas também são atendidas no Pronto Socorro desses respectivos Hospitais pela equipe multiprofissional que são eles, Médicos, Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

### **Pirituba/Taipas**

Os Bairros de Pirituba /Taipas pertencem às subprefeituras de Pirituba e Perus. Os seus Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,841 (esse dado leva em conta três aspectos fundamentais: riqueza, educação e expectativa de vida). A renda *per-capita* é de R\$ 1.122,00 e sua população residente é de 163.696 habitantes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010).

Esses índices de IDH citados acima são muito baixos, confirmando uma característica desses moradores de ter baixa renda, viver em habitações coletivas, os chamados cortiços e favelas.

Em relação às atividades econômicas o bairro é um misto de residencial e comercial, ressaltando-se a predominância de produtos como roupas, tecidos e eletroeletrônicos.

### 3.5 SUJEITOS DA PESQUISA E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Os sujeitos desta pesquisa foram os enfermeiros, de ambos os sexos, de diferentes faixas etárias, que trabalham em emergências em álcool e outras drogas em pronto socorro da rede pública, na zona norte da capital de São Paulo.

Anteriormente à realização da coleta de dados, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP-EEUSP), conforme a Resolução nº 196, de 10/10/1996, a qual dispõe sobre as normas de pesquisa envolvendo seres humanos (Conselho Nacional de Saúde, 1996). O projeto obteve a aprovação por meio do processo nº 917/2010 (Anexo I).

Após a aprovação no CEP-EEUSP, foi feito contato prévio com os serviços citados no local de estudo, para explicitar os objetivos da pesquisa.

Os entrevistados foram orientados acerca da finalidade da pesquisa, da garantia do anonimato, do sigilo dos dados obtidos, além da possibilidade da não participação na pesquisa, em qualquer fase da mesma, o que não implicaria em qualquer prejuízo ao seu trabalho. Solicitamos a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. (Apêndice I).

A coleta de dados foi realizada nos meses de outubro, novembro e dezembro de 2010, por meio de entrevista semi-estruturada baseada em um roteiro contendo questões relacionadas aos objetivos desta pesquisa (Apêndice II).

Os dados foram coletados pelo pesquisador, no próprio ambiente de trabalho do enfermeiro pesquisado, mantendo o sigilo e a privacidade do mesmo. O tempo de duração das entrevistas variou entre 45 e 60 minutos.

As entrevistas gravadas foram imediatamente transcritas na íntegra, a fim de garantir a fidedignidade das informações. Posteriormente, a análise empírica foi realizada com base no modelo de análise da Hermenêutica Dialética.

### 3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Após a transcrição das entrevistas, o material transcrito foi relido inúmeras vezes, procedimento definido como “leitura flutuante”, que permite apreender as idéias centrais dos sujeitos da pesquisa sobre o tema em foco (Minayo, 2006). Desta forma, os relatos foram organizados e buscou-se uma classificação inicial dos dados, de acordo com a semelhança dos temas surgidos.

Nesta fase do tratamento dos dados, as falas foram submetidas a uma correção, suprimindo-se alguns vícios de linguagens ocorridas repetidamente, como: assim, né, então, tá. Esta medida foi adotada para

melhor apresentação e fluência na leitura, os colaboradores da pesquisa foram identificados com a sigla E (de entrevistado) com o respectivo número da entrevista.

O procedimento eleito para análise dos dados foi o modelo da Hermenêutica Dialética apresentada por Minayo (2006). Para a autora, a hermenêutica possibilita a compreensão a partir do entendimento dos textos dos fatos históricos, da cotidianidade e da realidade, enquanto a dialética estabelece uma atitude crítica, ao estudar o dissenso, a mudança e os macro-processos.

Sendo assim, o método hermenêutico-dialético:

“... É o mais capaz de dar conta de uma interpretação aproximada da realidade. Essa metodologia coloca a fala em seu contexto para entendê-la a partir do seu interior e no campo da especificidade histórica e totalizante, em que é produzida...”(Minayo, 2006, p. 168).

Para Minayo (2006), o método hermenêutico-dialético compreende dois níveis de interpretação:

- Nível das determinações fundamentais: que já deve estar estabelecido na fase exploratória da investigação. Trata-se do contexto sócio-histórico dos grupos sociais que constitui o marco teórico-fundamental para a análise.
- Nível de encontro com os dados empíricos: baseia-se no encontro com os fatos surgidos durante a pesquisa de campo; é o estudo da realidade em toda sua dinâmica.

Para a operacionalização da análise foram seguidos três passos:

- **Ordenação dos dados:** compreendeu a sistematização de todos os dados recolhidos. Nessa etapa foram feitas a transcrição das entrevistas, a sistematização das leituras de documentos, as anotações das observações realizadas durante a pesquisa de campo e a organização dos relatos.
- **Classificação dos Dados:** por meio de leituras exaustivas da bibliografia e dos relatos transcritos, emergiram interrogações e reflexões importantes que num segundo momento foram norteadoras da construção das categorias empíricas, que estão na análise do material. Nesta fase, é importante ter claro 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:** por meio da articulação entre os dados coletados e os referenciais teóricos da pesquisa, foi realizada a análise com base nos objetivos estabelecidos. Nesta fase se deu “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, 2006, p. 359).

As categorias empíricas, que de acordo com Minayo (2006), são responsáveis por captar as contradições no aspecto empírico da realidade a ser pesquisada, assim, foram identificadas quatro categorias: 1- Assistência



de Enfermagem; 2-Processo Saúde e Doença; 3– Estigma/Discriminação; 4–  
Educação Permanente.

RESULTADOS

---

## 4 RESULTADOS

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Foram entrevistados quatorze enfermeiros trabalhadores nos serviços descritos anteriormente. Estes possuem idade média de 40 anos. A frequência absoluta de cada faixa etária estabelecida apresenta-se no Quadro 1:

Quadro 1: Frequência absoluta nas determinadas faixas etárias

<b>Idade</b>	<b>Frequência Absoluta</b>
<i>Menos que 30 anos</i>	2
<i>Entre 31 e 35 anos</i>	2
<i>Entre 36 e 40 anos</i>	4
<i>Entre 41 e 45 anos</i>	3
<i>Mais que 46 anos</i>	3

Fonte: Dados coletados, 2010.

Quanto aos anos decorridos desde a aquisição do título de enfermeiro, os sujeitos distribuem-se conforme ilustra o Quadro 2:

Quadro 2: Anos decorridos desde a formação como enfermeiro

<b>Tempo de Formação</b>	<b>Frequência Absoluta</b>
<i>Menos que 5 anos</i>	2
<i>Entre 5 a 10 anos</i>	4
<i>Entre 11 a 15 anos</i>	5
<i>Mais de 16 anos</i>	3

Fonte: Dados coletados, 2010.

Dos sujeitos, apenas dois são enfermeiros a menos de 2 anos, o que sugere experiência no cuidado em enfermagem pelos sujeitos da pesquisa.

Encontra-se divisão semelhante ao tempo decorrido desde a formação quanto ao tempo de atuação como enfermeiro, como observado no Quadro 3:

Quadro 3: Tempo de atuação como enfermeiro

<b>Tempo de Atuação como Enfermeiro</b>	<b>Frequência Absoluta</b>
<i>Menos que 5 anos</i>	3
<i>Entre 5 a 10 anos</i>	3
<i>Entre 11 a 15 anos</i>	5
<i>Mais de 16 anos</i>	3

Fonte: Dados coletados, 2010.

Novamente, observamos evidência de experiência na atuação em enfermagem por parte dos sujeitos, uma vez que apenas três dos quatorze entrevistados possui menos de 5 anos de atuação na enfermagem.

Quanto ao número de vínculos empregatícios de cada enfermeiro, apenas três dos entrevistados possuem somente um vínculo, como o observado no Quadro 4:

Quadro 4: Número de vínculos empregatícios dos enfermeiros

<b>Nº de vínculos empregatícios</b>	<b>Frequência Absoluta</b>
1	3
2	9
3	1
4	1

Fonte: Dados coletados, 2010.

Podemos identificar por meio da análise do quadro acima que a maior parte dos enfermeiros entrevistados (onze) possui múltiplos vínculos empregatícios, o que dificulta a prática de atividades de lazer e cultura, o que pode sugerir uma diminuição da qualidade de vida deste profissional, e,

assim tornar o ambiente de trabalho mais estressante. Outra consequência de uma ampla jornada de trabalho é a ausência de tempo livre para dedicar-se à atualização profissional (Vilarinho, Lisboa, 2010).

Quanto ao sexo, os sujeitos estão distribuídos como se segue:

Quadro 5: Distribuição dos sujeitos de acordo com o sexo

<b>Sexo</b>	<b>Frequência Absoluta</b>
Masculino	5
Feminino	9

Fonte: Dados coletados, 2010.

Na enfermagem é comum encontrar mais indivíduos do sexo feminino do que masculino, assim como foi o caso deste estudo. Segundo Coelho (2005), o predomínio de profissionais de gênero feminino nesta profissão tem origem histórica, datada do início do Século XX, em que a medicina e a religião se aliam, exigindo da mulher o papel de mãe, esposa, educadora e cuidadora. Profissões ligadas ao cuidado e à educação foram, durante muito tempo, consideradas estritamente femininas, ocorrendo uma mudança neste perfil nos últimos anos, com a inserção do gênero masculino nestas ocupações (Coelho, 2005).

Nenhum dos indivíduos possui especialização em álcool e drogas, e apenas cinco deles possuem formação em atendimento de emergência, como pode ser observado no Quadro 6:

Quadro 6: Especialização dos enfermeiros entrevistados

<b>Especialização em Álcool e Drogas</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Formação em Atendimento de Emergência</b>	<b>Frequência Absoluta</b>
Sim	0	Sim	5
Não	14	Não	9

Fonte: Dados coletados, 2010.

Apesar de nenhum dos sujeitos possuir formação específica em álcool e drogas, é esperado que este conteúdo seja abordado pelos cursos de especialização e formação em emergência, uma vez que a prevalência de procura por este tipo de serviço é crescente. Entretanto, apenas cinco dos sujeitos possuem formação em emergência, indicando um baixo número de mão de obra especializada nesta área. Este fato pode ter origem nas longas jornadas de trabalho dos profissionais enfermeiros apresentadas anteriormente, não proporcionando tempo para a formação dos mesmos.

O baixo número de sujeitos especializados é um fato ainda mais alarmante quando aliado ao dado apresentado anteriormente de que doze dos quatorze sujeitos entrevistados possuem mais de dois anos decorridos de sua formação como enfermeiros.

Dos quatorze enfermeiros, onze atendem usuários de Álcool e outras drogas em serviços de urgência e emergência a mais de 2 anos, como pode ser observado no Quadro 7:

Quadro 7: Tempo de atendimento de usuários de álcool e outras drogas

<b>Tempo que atende</b>	<b>Frequência Absoluta</b>
<i>Menos que 2 anos</i>	3
<i>Entre 2 a 7 anos</i>	5
<i>Entre 8 a 10 anos</i>	4
<i>Mais de 11 anos</i>	2

Fonte: Dados coletados, 2010.

Os dados sugerem experiência dos enfermeiros frente ao indivíduo em situação de emergência decorrente do consumo de substâncias psicoativas. O fato de este atendimento ser frequente nas unidades de urgência e emergência remete a uma necessidade de preparo, tanto do ambiente físico, quanto de pessoal e medicamentoso, para o recebimento destes indivíduos.

## 4.2 CATEGORIAS

### 4.2.1 Assistência de Enfermagem

O trabalho constitui mediação entre o homem e a natureza, mediação que provoca transformações requeridas por necessidades humanas. É o ato humano pelo qual os homens, em sociedade, produzem e reproduzem sua existência; e apesar de todas as transformações sofridas ainda permanece com esta potencialidade de objetivação, criação e recriação da natureza humana (Pezuzzi, 1998).

O processo de trabalho é determinado pela necessidade de superação de uma condição anterior do ser humano e o produto desse

processo é o ser humano ampliado pelos instrumentos de trabalho acrescido da prática que anteriormente não possuía (Gonçalves apud Silva, 1997).

A essência do trabalho em enfermagem é o cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou na comunidade, desenvolvendo atividades de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, atuando em equipes. O profissional desta equipe também se responsabiliza pela coordenação de setores para a prestação da assistência e promovendo a autonomia dos pacientes por meio da educação em saúde (Rocha, Almeida, 2000).

O cuidado e assistência de enfermagem se definem na preservação do potencial saudável dos cidadãos, dependendo, acima de tudo, de uma concepção ética que contemple a vida como um bem valioso em si. Sendo um conceito de amplo espectro, incorpora diversos significados. Cuidar significa solidarizar-se, evocando relacionamentos compartilhados entre indivíduos em comunidades, ora, dependendo das circunstâncias e da doutrina adotada, transmite uma noção de obrigação, dever e compromisso social (Silva, Porto, Figueiredo, 2008; Souza, Sartor, Padilha, Prado, 2009).

O cuidado significa, também, desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção e se concretiza no contexto da vida em sociedade. Cuidar implica colocar-se no lugar do outro, agindo empaticamente, quer na dimensão pessoal, quer na social. É um modo de estar com o outro, no que se refere a questões especiais da vida e das relações sociais. Compreender o valor do cuidado de enfermagem requer uma concepção ética que contemple a vida como um bem valioso em si, partindo inicialmente da valorização da própria



vida para respeitar a do outro, em sua complexidade, e suas escolhas. As ações de enfermagem devem sempre ter um objetivo final e importantíssimo de emancipação do indivíduo. Portanto, é necessário fazer e construir junto com o mesmo, e não por ele (Silva, Porto, Figueiredo, 2008; Souza, Sartor, Padilha, Prado, 2009).

Para um cuidado de enfermagem nas condições acima descritas, deve-se ajudar outra pessoa a obter autoconhecimento, controle e auto cuidado.

O cuidado é parte integrante da vida humana, e nenhuma vida pode subsistir sem ele. Nas últimas duas décadas o cuidado tem sido estudado mais a fundo por diversos interessados, cada qual procurando trazer suas contribuições no sentido de possibilitar uma melhor compreensão acerca de seus diferentes conceitos (Silva, Porto, Figueiredo, 2008; Souza, Sartor, Padilha, Prado, 2009).

Foi identificado por meio dos discursos dos profissionais de enfermagem em serviços de urgência e emergência que a assistência a indivíduos com problemas decorrentes do uso de álcool e drogas é frequente nas instituições onde trabalham.

*“...eu atendo as consultas de rotina, as urgências e emergências que aparecem, atendo a ginecologia e a obstetria e atendo tudo, parada, intoxicação, hipoglicemia e até os “pitis” da vida que você possa imaginar...” E1.*

*“ tem dias (...) agitados quando tem pacientes psiquiátricos ou alcoolizados ou drogados” E2.*

*“...o paciente intoxicado chega na emergência, no Pronto Socorro, a gente não tem um médico que fica na emergência, então os primeiros atendimentos é do enfermeiro, acolhe o paciente, designa um auxiliar para chamar o médico, monitoriza o paciente, afere os sinais vitais, punciona um acesso venoso, aqui a gente tem liberdade para isso, por que a gente sabe rotina, ficamos aguardando a medicação prescrita pelo médico, preparamos o material de “intubação” caso o paciente precise...” E5.*

*“ ...a gente atende vários tipos de pacientes como posso exemplificar, não vou falar que é drogaditos, dependentes químicos mas tem uma certa porcentagem, não posso dizer quanto, mas são vários por dia que eu atendo.” E7.*

*“ A gente atende intoxicação etílica outros tipos de drogas, cocaína e maconha e intoxicação exógena por outros motivos” E10.*

*“ atendemos Parada Cardio Respiratória (PCR), alcoolismo, emergência hipertensiva e atendimentos de alta complexidade”... E13.*

*“... principalmente pacientes alcoolizados porque envolve um número maior de funcionários”... E12.*

*“...Às vezes eles chegam infartados, tem usuários que vem com muita dor no peito, a cocaína afeta o coração por causa da taquicardia, fica na emergência monitorizado....o usuário de cocaína não é agitado, chega referindo a dor ...quando chega agitado é porque ele está com dor”... E1.*

*“...Os alcoolistas não chegam agitados, chegam com traumatismo de crânio encefálico pois eles entram em abstinência e caem e convulsionam”... E4.*

*“...Eles são muito agressivos e chegam tendo um infarto, tem usuário de cocaína que vem com muita dor no peito”... E1.*

Podemos perceber, por meio dos discursos acima, que a situação de atender um paciente intoxicado, em abstinência ou com transtornos de ordem mental é algo que perturba a rotina de atendimento nos serviços, uma vez que fica evidenciado no discurso do enfermeiro E2 que este atendimento é algo que "agita" o local de trabalho. Na literatura, encontramos dados que corroboram esta informação, uma vez que, ainda que haja produção científica significativa sobre associação de uso de drogas e entrada de pacientes em serviços de emergência, pouco disto é disseminado na assistência, mostrando falta de preparo e receio por parte dos profissionais para lidar com estas situações (Reis, Figlie, Laranjeira, 2006).

Estes dados são preocupantes, uma vez que o uso de álcool e outras drogas corresponde a 90% das entradas em serviços de emergências por causas psiquiátricas. Encontra-se na literatura, ainda, que a prevalência do uso de álcool representa uma parcela substancial dos pacientes atendidos na emergência, estimando-se que 110 milhões de visitas a salas de emergência nos Estados Unidos da América (EUA) a cada ano sejam relacionadas ao abuso de álcool, sendo 24 a 31% de todos os pacientes tratados na emergência. Dada esta prevalência, espera-se que os profissionais estejam preparados para realizar os cuidados necessários, e não considerá-los algo estranho à sua rotina de trabalho (Moraes, 2008; Segatto, Pinsky, Laranjeira, Rezende, Vilela, 2007).

Esta estranheza pode ser justificada, também, pelo dado encontrado na literatura de que a maior parte dos enfermeiros não é capacitado para atuar junto a usuários de álcool e outras drogas, fato que afeta não somente o atendimento a este público, como também a captação e encaminhamento destes indivíduos, posteriormente, para serviços especializados como CAPSad. Quando o enfermeiro tem contato com o conteúdo relacionado ao atendimento de emergências relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, este se dá de maneira tradicional, centrado no conteúdo teórico, sem aproximação com a prática (Gonçalves, Tavares, 2007),

Visualizamos também uma maneira preconceituosa do enfermeiro E1 de se referir ao indivíduo em sofrimento mental, banalizando seus sintomas, uma vez que os denomina de "*pitis*". A literatura aponta barreiras entre os profissionais para lidar com o usuário de álcool e outras drogas e o paciente em situação de transtorno mental. Esta dificuldade de manejo é atribuída, muitas vezes, à falta de tempo, formação acadêmica insuficiente, medo de incomodar o paciente, e crença de que este tipo de indivíduo não responde de maneira positiva às intervenções propostas (Segatto, Pinsky, Laranjeira, Rezende, Vilela, 2007).

Os profissionais enfermeiros, em sua rotina de trabalho, realizam uma série de procedimentos técnicos, trabalhando com conceitos como Classificação de Risco para administrar os casos e priorizar atendimentos.

A Classificação de Risco vem sendo utilizada em diversos países, inclusive no Brasil. Para essa classificação foram desenvolvidos diversos protocolos, que objetivam, em primeiro lugar, não demorar em prestar

atendimento àqueles que necessitam de uma conduta imediata. Por isso, todos eles são baseados na avaliação primária do paciente, já bem desenvolvida para o atendimento às situações de catástrofes e adaptada para os serviços de urgência.

A Classificação de Risco é realizada por profissional de enfermagem de nível superior, que se baseia em consensos estabelecidos para avaliar a gravidade ou o potencial de agravamento do caso, assim como o grau de sofrimento do paciente. Os protocolos de classificação são instrumentos que sistematizam a avaliação – que, em muitos casos, é feita informalmente pela enfermagem (Brasil, 2009).

A Classificação de Risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento.

Com a crescente demanda e procura dos serviços de urgência e emergência observou-se um enorme fluxo de “circulação desordenada” dos usuários nas portas do Pronto Socorro, tornando-se necessário a reorganização do processo de trabalho desta unidade de forma a atender os diferentes graus de especificidade e resolutividade na assistência realizada aos agravos agudos de forma que, a assistência prestada fosse de acordo com diferentes graus de necessidades ou sofrimento e não mais impessoal e por ordem de chegada (Abbês, Massaro, 2011).

Os procedimentos técnicos são as intervenções de enfermagem mais valorizadas pelos profissionais, dado confirmado pela literatura, uma vez que as principais ações dos enfermeiros são solicitação de exames laboratoriais,

encaminhamentos para atendimentos especializados, realização de curativos e administração de medicamentos e aferição de sinais vitais (Gonçalves, Tavares, 2007).

Percebemos a valorização destes procedimentos nos fragmentos de discurso abaixo, que demonstra que quando recebido um paciente que é identificado como em intoxicação, os enfermeiros seguem uma rotina pré-estabelecida de atendimento ao paciente:

*“(...) então os primeiros atendimentos é do enfermeiro, acolhe o paciente, designa um auxiliar para chamar o médico, monitoriza o paciente, afere os sinais vitais, punciona um acesso venoso, aqui a gente tem liberdade para isso, porque a gente sabe a rotina, ficamos aguardando os medicamentos prescritos pelo médico, preparamos o material de intubação caso o paciente precise”(...)E5.*

*“...na sala de observação já tem um protocolo: hidratação, alimentação e às vezes quando começa entrar em franca abstinência, entra com os medicamentos da área, diazepam (...) às vezes quando tem um rebaixamento total leva para Sala de Emergência”... E10.*

*“...dependendo do grau que chega o paciente, às vezes ele chega com história de abuso de drogas ilícitas, mas normalmente ele está com arritmia, mas ele não precisa ser contido, porque ele não tem alteração do nível da consciência. Agora, tem aqueles que beberam demais, tem alteração da consciência aí precisa ser contido”... E12.*

*“...Ele tem que estabilizar o paciente, e ele tem que manter a integridade física de quem tá trabalhando também, por que a maioria dos usuários de droga que chega pra gente é do projeto luz, a maioria é usuário de crack e eles são muito agressivos.E*

*você tem que atuar dos dois lados; visar o bem do paciente e da sua equipe também”... E1.*

*“...Geralmente uma anamnese breve é feita, se o paciente é alérgico a medicação, alguma coisa clínica que pudesse tornar o caso mais agudo, tem que orientar o que será feito com o paciente”... E12.*

Nos discursos acima, os enfermeiros demonstram domínio do conhecimento para realizar os primeiros atendimentos ao indivíduo assistido na emergência que fez uso prejudicial de drogas. Este dado mostra que o profissional enfermeiro é uma peça chave na assistência emergencial a estes indivíduos. Podemos encontrar concordância com esta informação também na literatura, que nos diz que os cuidados de enfermagem em emergência relacionada ao uso de álcool e outras drogas são uma conquista, uma vez que se pode observar autonomia na prática destes profissionais (Gomes, Oliveira, 2005).

Entretanto, por mais que o enfermeiro demonstre habilidade técnica para lidar com as questões relacionadas ao primeiro atendimento a este indivíduo, não encontramos referência nos discursos à uma postura acolhedora em relação ao mesmo, de modo a dar conta de outras necessidades da pessoa assistida, relacionando-se terapêuticamente com esta. A prática acolhedora de enfermagem em situações de emergência por uso de drogas tem muito a crescer, uma vez que, atualmente, é pouco valorizada até mesmo pelos enfermeiros (Gonçalves, Tavares, 2007).

No caso específico da saúde mental, o enfermeiro deve ser capaz de compreender o problema da pessoa que sofre e entender os efeitos de suas atitudes, além da habilidade para intervir neste contexto assistencial. A relação interpessoal constitui ferramenta importante para o enfermeiro, que deve ser capaz de identificar, descrever e avaliar o efeito dos cuidados que dispensa ao paciente, à família e à comunidade. Este cuidado tem a finalidade de promover a saúde mental, prevenir ou enfrentar a experiência da enfermidade (Brusamarello, 2009).

Encontramos aspectos que corroboram a visão descrita acima acerca do papel do enfermeiro no discurso abaixo:

*“...O papel do enfermeiro é ter uma formação suficiente para olhar para uma pessoa e ver que ele é usuário de álcool e droga, não é preconceito e nem discriminação, mas pelas características da pessoa, né?”... E4.*

Este profissional, além das atividades ligadas intrinsecamente à assistência, também realiza procedimentos administrativos e burocráticos das instituições, além de atividades de liderança da equipe:

*“...faço a escala diária dos funcionários do Pronto Socorro, Emergência, faço as evoluções, transferência, faço classificação de risco, diagnóstico e assumo um Posto de atendimento no Pronto Socorro”... E4.*

*“...passo visita aos pacientes discuto casos com os demais enfermeiros, (...) lidero as ações naquele momento”... E14.*



As atividades administrativas burocráticas visam uma assistência com qualidade, pois organizam e dinamizam o trabalho do enfermeiro. No entanto, devemos tomar cuidado para que estas atividades não sejam predominantes, e o enfermeiro seja apenas um elemento transmissor de ordens emanadas do corpo clínico e administrativo, voltando-se apenas para a determinação de tarefas a serem cumpridas, colocando em segundo lugar a atenção aos pacientes (Barros, 2001). Observamos este tipo de pensamento nos discursos abaixo:

*“...o papel do enfermeiro é ficar na coordenação dos procedimentos, pois o enfermeiro já sabe o que vai acontecer”...  
E5.*

*“...No meu ponto de vista o enfermeiro é o capitão maior, me desculpa ele é o mandante”...E10.*

Ao contrário do percebido nos discursos citados, a liderança é uma habilidade que pode ser construída por profissionais que almejem uma posição de destaque no mercado de trabalho. Pelos princípios de sua formação, o enfermeiro tende a desenvolver, quase que de forma inevitável, habilidades de liderança, principalmente em virtude das tarefas que lhe são exigidas. É necessário que este desempenho, seja em instituições hospitalares ou em atividades de saúde comunitária, o papel de líder, uma vez que está diretamente envolvido com análise crítica, identificação de problemas, tomada de decisões, planejamento e implementação de

cuidados, alocação de outros profissionais da equipe de enfermagem e motivação dos profissionais da equipe de saúde, por exemplo. A visão desejável do enfermeiro, considerando estes aspectos, seria de liderança, e não apenas de coordenação ou delegar funções, como parece ser percebido pelos enfermeiros (Sousa, Barroso, 2009).

A realidade da enfermagem em papel de liderança por intermédio de sua postura vinculada ao cuidado ainda está em processo de desenvolvimento e aprimoramento. O modelo administrativo que predominou até o final do Século XX fundamentava-se na prescrição e normatização de tarefas para o cuidado, as quais eram estritamente racionais e quase isentas de aproximação empática com o outro, seja esse outro o cliente ou um membro da equipe de enfermagem (Sousa, Barroso, 2009).

No contexto hospitalar, compete ao enfermeiro o gerenciamento da assistência de enfermagem prestada ao paciente, sendo sua ação direcionada para o desenvolvimento de atividades administrativas, assistenciais, educativas e de pesquisa, com o objetivo de aprimoramento da prática profissional (Sousa, Barroso, 2009).

O enfermeiro deve, entretanto, desempenhar uma gerência voltada para as transformações, ou seja, inovadora, tendo como eixo norteador a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem e ainda buscar estratégias que possibilitem maior satisfação para a equipe de enfermagem no seu dia a dia de trabalho. A liderança consiste em um recurso fundamental para implementar as mudanças requeridas na atuação da

equipe de enfermagem (Sousa, Barroso, 2009; Galvão, Trevizan, Sawada, 1998).

Encontramos uma definição mais próxima deste conceito de liderança no discurso de um dos enfermeiros:

*“...o enfermeiro tem a função de gerenciar a equipe, mesmo no pronto socorro, fazer plano de cuidados, mesmo que você não tenha tempo hábil, você tem que orientar. Observar se o paciente pode sair das contenções, se o médico não está sedando demais o paciente. Uma coisa que eu acho muito importante é a família e é o enfermeiro que acaba tendo este contato”... E12.*

No discurso acima, o enfermeiro demonstra preocupação para orientar tanto o paciente quanto a equipe, além de planejar intervenções e contato com a família, não restringindo o seu papel somente às atividades burocráticas, mas agindo como um importante ator no cuidado dos indivíduos atendidos por sua equipe.

Esta equipe é composta não somente de profissionais de enfermagem. O enfermeiro está inserido na equipe multidisciplinar, que é composta por profissionais da saúde, bem como outros profissionais, como seguranças, secretários, membros das equipes administrativas, entre outros. Embora seja mais comum encontrar referências nos discursos dos enfermeiros a interações com os auxiliares de enfermagem e médicos (tanto clínicos quanto psiquiatras), verificamos no discurso abaixo que o enfermeiro reconhece a importância destes profissionais para o atendimento aos usuários.

*“...os nossos seguranças colaboram com a gente...” E1.*

Ainda acerca da equipe multidisciplinar, identificamos, no discurso abaixo, um problema que o enfermeiro percebe na atuação da equipe.

*“... quando é clínico que medica, não medica com a mesma prescrição do psiquiatra, ele prescreve haldol, já o psiquiatra coloca mais alguma coisa, o clínico só haldol e fenergan IM, que na maioria das vezes não faz efeito...” E2.*

O enfermeiro percebe diferentes propostas pela equipe médica em relação as abordagens medicamentosas, o que pode sugerir falta de protocolos institucionais ou até mesmo falta de uma interação maior entre os membros da equipe multiprofissional, que não tem oportunidade de discutir as intervenções empregadas e a eficácia das mesmas.

Quanto ao local de atendimento adequado aos indivíduos em situação de emergência por consumo de álcool ou outras drogas, alguns enfermeiros entendem que as salas de emergência devem ser o local para o primeiro atendimento, porém, acreditam que o paciente, depois de estabilizado, deve ser encaminhado a um serviço especializado, como podemos perceber abaixo:

*“... eu acho que num primeiro momento, ele deve ser atendido no pronto socorro porque o estado fisiológico dele está alterado, a droga não afeta só o desequilíbrio neurológico, afeta o restante do sistema...” E1.*

*“...eles só são atendidos no Pronto Socorro porque não tem outro lugar, mas se tivesse um lugar especializado para álcool e outras drogas, seria muito melhor...” E4.*

*“...acho que pela grande incidência todos os Prontos Socorros devem ter estruturas para estar atendendo devido a incidência grande, porém o tratamento em si deveria ser em um lugar específico, com gente especializada, treinada para isso, porque a gente que é da área de urgência e emergência, acaba desconhecendo alguns sinais e sintomas que o paciente vem a apresentar...” E5.*

*“...acho que deve ser atendido em qualquer lugar, desde um pronto socorro mais simples até um hospital de grande porte, mas tem que ter um atendimento diferenciado, porque tem outras patologias ali no meio e não é agradável para os outros pacientes este tipo de situação, eles ficam agitados e acabam contaminando os outros, se tivesse um tipo de atendimento especializado, seria muito melhor...” E6.*

*“... deveria ter um local para esse atendimento, porque o paciente de outra patologia geralmente fica assustado com ele, você pega um paciente com infarto e chega um paciente com síndrome de abstinência, com delírio, gritando, vai comprometer a saúde dos outros. Tem que ter um espaço separado para o atendimento, pode ser no mesmo Pronto Socorro, mas separado...” E10.*

*“...olha, eu acho que a gente recebe o paciente não por álcool e droga, mas pelas suas consequências. Então eu acho que o primeiro atendimento deve ser aqui mesmo, mas para dar seguimento em um lugar especializado, com pessoas que saibam trabalhar com eles...” E8.*

*“... eu acho que tem que ser atendido no Pronto Socorro, mas acho que tem que ser um pessoal treinado. Você vai atender no*

*geral, e quando chega esses casos, você não dá o valor que tem que dar e nós não temos a visão especializada da coisa. Você trata como os demais. Eu acho que tem que ter um diferencial, não damos a atenção específica...” E11.*

*“... o Pronto Socorro não tem uma planta adequada para receber esse tipo de paciente...” E12.*

*“... eu acho que na intoxicação, o paciente deve ser atendido no Pronto Socorro, porque ele tem alterações e precisa de um clínico, mas a abstinência no Pronto Socorro é o pior lugar para tratar, porque o que vai ser feito é dar calmante ou ansiolítico para resolver o problema, isso não adianta, ele sai com o mesmo problema...” E12.*

*“... eu acho que após o tratamento do paciente ele deve ser levado para o CAPS, que faz este tratamento...” E1.*

*“... o primeiro atendimento deve ser aqui mesmo, mas para dar seguimento em um lugar especializado...” E8.*

De acordo com a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, os serviços especializados como CAPSad devem possuir estrutura para desintoxicação, porém, quando o indivíduo apresentar alterações clínicas importantes, este deve ser encaminhado a um pronto-socorro ou serviço de emergência, onde deverá ser estabilizado e encaminhado novamente a um serviço especializado da rede. Entretanto, observa-se nos discursos dos enfermeiros o encaminhamento após estabilização como algo que deveria ser feito, e não como algo já estabelecido no fluxo destes pacientes. Este dado nos sugere

que os indivíduos sofrem intervenções pontuais sem receber nenhum outro tratamento posterior. Alguns, inclusive, referem que o paciente acaba retornando às unidades para uma nova intervenção pontual, não sendo inserido na rede assistencial (Brasil, 2003).

*"...não tem porque a gente tratar aqui e devolver para a sociedade, eles fazem tudo de novo, não tem lugar para tratamento..." E7.*

Os enfermeiros reconhecem que são necessários atendimentos emergenciais a estes, como também sugerem que os indivíduos devem ser encaminhados a serviços especializados, o que, como percebido acima, não parece acontecer na realidade dos serviços onde trabalham, mostrando uma lacuna na articulação da rede de atenção integral a estes indivíduos.

Na literatura, encontramos dados que corroboram estes discursos, uma vez que diversos serviços de emergência não possuem articulação com a rede de serviços, se cristalizando como uma referência em si mesmo. Os pacientes tendem dar novas entradas nestes serviços, participando de um ciclo que só pode ser quebrado quando a emergência é articulada com o serviço especializado (Sousa, Silva, Oliveira, 2010).

Encontramos ainda que quando os serviços de urgência e emergência estão integrados com os serviços extra-hospitalares, estes promovem aumento da qualidade do sistema de saúde como um todo, e um melhor atendimento das necessidades dos indivíduos, diminuindo o custo

dos atendimentos e o número de re-admissões dos indivíduos a serviços de urgência e emergência (Del-Ben, Marques, Sponholz, Zuardi, 1999).

Em decorrência da falta de abordagem dos conteúdos relacionados ao uso de álcool e outras drogas nos currículos dos cursos de graduação, bem como a falta de preparo dos serviços de urgência e emergência destes profissionais, muitos enfermeiros verbalizam a falta de conhecimento para atuar frente a esta problemática.

Além do conhecimento técnico acerca das alterações e encaminhamentos a serem feitos com os pacientes, espera-se que os enfermeiros estejam preparados para relacionar-se como o mesmo, como parte do processo de cuidado na área da saúde mental. Os enfermeiros demonstram falta de conhecimento acerca de importantes conceitos que são previstos pelo ensino de graduação em enfermagem, como relação terapêutica, medidas terapêuticas e comunicação terapêutica.

*“...causa irritação, e como lidar com essa irritação? Porque ninguém é de ferro. É complicado, ou você dá atenção ao paciente ou o familiar, porque se deixo de dar atenção ao paciente eu apanho dele...” E2.*

*“... se eu estiver irritada eu prefiro sair de perto, é uma forma da gente conseguir passar a bola, mando para uma pessoa que tem mais paciência...” E9.*

*“...nem todas as pessoas estão preparadas para atender este tipo de paciente, assim muitos ficam nervosos...” E2.*



*“...precisa de treinamento, desde como lidar com a família até como lidar com pessoas que usam álcool e drogas, porque não é fácil, não é uma simples patologia, eles sabem que não presta, mas vão atrás...” E9.*

A relação terapêutica é aquela que se estabelece entre o membro da equipe terapêutica, os familiares e todo o grupo de pacientes. Uma vez estabelecida, torna-se uma ferramenta de trabalho importantíssima para que o profissional possa intervir junto ao paciente. Uma relação, para ser terapêutica, necessita de um início de confiança, de aceitação e de comunicação clara. A comunicação verbal com o paciente portador de transtorno mental nem sempre é muito fácil, e algumas técnicas podem auxiliar para favorecer o autoconhecimento do paciente na mesma medida em que você o compreende (Oliveira, Claro, 2011; Taylor, 1992; Oliveira, 1994; Brasil, 2003a).

Para que a relação seja terapêutica, é necessário que o enfermeiro reconheça o seu cliente como um ser humano único, importante, que carrega consigo esperanças, medos, alegrias, tristezas como todas as outras pessoas. É preciso também compreender que o seu cliente vive toda uma situação peculiar de problemas e reações frente à vida. A interação deve acontecer de modo que o cliente seja convidado a desenvolver e refletir um entendimento sobre suas respostas emocionais bem como analisar o provável significado de alguns aspectos de seu comportamento. A presença do enfermeiro como terapeuta é mais proveitosa ao cliente se o profissional se relacionar de um modo diferente das interações sociais que

ele já vivenciou (Oliveira, Claro, 2011; Taylor, 1992; Oliveira, 1994; Brasil, 2003a).

Para que este processo de interação terapêutica ocorra de maneira satisfatória, o enfermeiro dispõe das Medidas Terapêuticas. As medidas terapêuticas são ferramentas para a atuação em saúde mental, e estas têm o objetivo de instrumentalizar o enfermeiro para que este possa auxiliar os clientes, individualmente ou em grupos, a desenvolverem um autoconceito mais positivo, um padrão mais gratificante de relações sociais, e um papel mais satisfatório na sociedade. Para isto, são necessários os seguintes componentes: empatia, aceitação, disponibilidade, envolvimento emocional, apoio e estabelecimento de limites (Oliveira, Claro, 2011; Taylor, 1992; Oliveira, 1994; Brasil, 2003a).

A comunicação terapêutica é fundamental para o relacionamento enfermeiro-paciente. Trata-se de um processo em que o enfermeiro conscientemente usa a comunicação verbal e não verbal com o objetivo de ajudar o cliente (Oliveira, Claro, 2011; Oliveira, 1994).

Além do desconhecimento dos enfermeiros acerca das ferramentas para o cuidado nesta área como a comunicação e relação terapêutica (que não foram citados em nenhum momento pelos enfermeiros) percebemos também uma desvalorização dos conceitos teóricos que direcionam o atendimento de enfermagem ao indivíduo que fez uso prejudicial de álcool e outras drogas:

*“...a pior área que tem da saúde é a psiquiatria, cada dia um vem com uma teoria bonita, mas ninguém quer,,,” E2.*

O tema família em enfermagem, saúde mental e álcool e drogas parece ter sido mais discutido pela literatura, na atualidade. Os trabalhos têm adotado a visita domiciliária ou o grupo de familiares, como principais meios para a intervenção e pesquisa (Galera, Luis, 2002).

Entretanto, as intervenções com a família aparecem, muitas vezes, desconectadas de um plano terapêutico singular, limitando-se a reuniões pontuais com alguns familiares. Podemos visualizar traços deste problema nos discursos abaixo, uma vez que o enfermeiro demonstra impotência e falta de preparo para intervir com a família (Galera, Luis, 2002).

*“...Às vezes a família ao ver o paciente sendo contido ou fazendo algum outro procedimento fica agitada e precisa ser medicada...” E2.*

*“... a família também fica saturada...” E9.*

*“...Geralmente a família não fica muito, com exceção das mães, as mães eu sempre vejo aí, e se deixar elas ficam mesmo, agora, esposa, filhos, pai e amigos geralmente vem, dão uma olhada e já era...” E10.*

*“...existe uma rejeição grande da família e sociedade e pela maioria das pessoas que atende, por achar que tem casos mais importantes tipo... casos clínicos como Infarto Agudo do Miocárdio, Traumatismo Crânio Encefálico, porque isso é uma coisa que você provoca, apesar da pessoa não ter noção do que está fazendo, mas é provocado...” E11.*

*“...A família não pode ser omissa nesse momento, tem que acompanhar e guiar esse tratamento...” E1.*

*“...acho que família tem que estar envolvida nesse tratamento também. Por quê? Porque usuários de drogas tem que ter apoio da família, porque sozinho ele não vai sair nunca. Eu falo isso porque eu tive com meu marido que apoiaram um sobrinho dele que estava exatamente neste mundo e a família estava querendo sair fora. Aí eu falei: gente se vocês saírem o menino vai morrer nesse mundo de drogas, a gente tem que se unir para cuidar dele. Mas é muito difícil para a família...” E1.*

*“...o familiar muitas vezes tem que ser medicado também. Quando o psiquiatra chega, tem que fazer uma ficha para os dois e os dois serem medicados, porque Às vezes a agitação é dele é tão grande de ver o paciente sendo contido e fazendo os procedimentos que ele tem que ser medicado...” E2.*

*“...Então você acha que como profissional de saúde, o familiar está cansado...” E9.*

Apesar de serem capazes de perceber a importância da família no processo de cuidado com o indivíduo, os enfermeiros não discorrem sobre maneiras de realizar intervenções com a mesma, utilizando, novamente, de ferramentas para o cuidado disponíveis à equipe de enfermagem, como acolhimento da família, uso de técnicas de comunicação e relação terapêutica.

Para acolher o indivíduo e sua família, é necessária uma atitude humanizada e receptiva dos profissionais ao receber, escutar e tratar as

demandas dos usuários. Esta atitude implica em uma relação de interesse mútuo, confiança e apoio (Schmidt, Figueiredo, 2009).

O conceito de acolhimento transforma as relações entre os profissionais e usuários e dentro da própria equipe, transformando-as em interações democráticas, que estimulam a participação, autonomia e decisão coletiva. O acolhimento utilizado como técnica é a aplicação do saber profissional na produção de respostas ao usuário. Quando se trata da equipe multiprofissional, há a articulação dos saberes interdisciplinares, buscando superar a fragmentação na busca de construção de novas respostas às demandas dos usuários (Schmidt, Figueiredo, 2009)

O acolhimento mal sucedido do usuário e de sua família em serviços de urgência e emergência implica no não entendimento de suas verdadeiras necessidades, e na perda da oportunidade de intervenção nos momentos mais agudos.

A família faz parte da rede social do indivíduo, podendo constituir uma forte rede de apoio para que sejam resgatados elementos da vida do sujeito. É importante levantar elementos de estresse e suporte dos vínculos familiares, a fim de sugerir e participar de intervenções que objetivem resgatar ou renovar as relações (Moura, Kantorski, 2004).

A hospitalização ou atendimento de emergência pode fragilizar laços familiares, fazendo com que a família se desestruture e tenha dificuldades em acolher, novamente, o membro acometido. Portanto, faz-se necessário acolher os familiares, criando espaços para que estes sejam ouvidos e

orientados, com o objetivo maior de reabilitar o indivíduo (Galera, Luis, 2002; Moura, Kantorski, 2004).

#### 4.2.2 Processo Saúde-Doença em Álcool e Outras Drogas

Desde o final dos anos sessenta, do século passado, a polêmica referente ao caráter da doença aumentou, discutindo-se se a doença é essencialmente biológica, ou social. Na história da psiquiatria, a relação com a doença mental esteve muito mais focada na definição de diagnósticos e condutas terapêuticas, do que nas possíveis causas para o surgimento da doença e as possibilidades de cura, que acabaram se tornando perguntas secundárias, mas que geraram e ainda geram, dúvidas na sociedade como um todo (Brunello, 1998).

O entendimento e os conceitos sobre o significado de saúde e de doença podem auxiliar na busca de respostas para essas questões que ainda estão presentes, uma vez que esses conceitos interferem diretamente no modo de compreender o processo saúde-doença.

Para Canguilhem (1995) a saúde consistiria em limites de tolerância às infidelidades do meio social. Como este é dinâmico, comporta acontecimentos, esta infidelidade é sua história. Assim, a saúde seria a possibilidade de agir e reagir, de adoecer e se recuperar e, aponta que a doença é uma nova dimensão de vida.

Porém, conceituar “saúde” é sem dúvida uma tarefa difícil, pois os conceitos aparecem frágeis, não tão bem delimitados. Gadamer (1997)

compreende este processo como um mistério. A doença está relacionada à história do indivíduo e deste com a sociedade, ela é uma perturbação experimentada pelo indivíduo, uma exceção que o afasta das suas relações vitais em que ele estava habitualmente vivendo. Esta experiência, da doença, relaciona-se ao estado anterior da saúde, que estando “esquecida” ou não chamando a atenção, impõe o estabelecimento de valores padronizados. Ora, a doença, então, não pode existir sem a saúde.

Historicamente, a noção de saúde tem sido traduzida, sobretudo, como a ausência de doenças (Bentham, citado por Lewis, 1986) e como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade" (Organização Mundial da Saúde, citado por Lewis, 1986). Estas perspectivas, embora pareçam diferir, conduzem para análises reducionistas, uma vez que, para elas: as doenças decorrem de determinismos biológicos; o foco é centrado no indivíduo; e, a ausência de doenças é o “marcador” da saúde.

A maioria dos enfermeiros entrevistados aceita a condição dos usuários de álcool e outras drogas como uma patologia, uma doença que pressupõe o predomínio das estruturas biológicas sobre as psicológicas e sociais, que corresponderá a uma determinada forma de intervenção, conforme evidenciado nos discursos abaixo:

*"...eu acho que o uso descontrolado de droga é doença..." E1,*

*"...Enxergo como uma doença, o organismo pede e as pessoas lidam com a vontade de maneira diferente..." E3.*

*“...Eu acho que é uma doença porque tem diagnóstico...” E4.*

*“...Eu acho que é doença pelos sinais e sintomas que ele apresenta, mas ao mesmo tempo, sei lá....” E5.*

*“...Eu acho que é doença mesmo, é incontrolável, ele precisa daquilo, sendo doença a gente tem que atender mesmo. Fazer um trabalho mais direcionado, prevenir, sei lá....” E9.*

*“...é uma doença e tem cura, já vi tantas pessoas que eram dependentes, alguns amigos morreram, outros mataram, outros vivem jogados e dois abandonaram o vício, conheço muita gente que era dependente...” E8.*

*“...bebeu o dia inteiro e agora vem aqui.....ele entrou às 18h50m no plantão noturno e foi embora comigo no outro dia às 14h, eu falei para ele você precisa parar de beber aquele líquido branco...eles levam na brincadeira porque não sabem da gravidade da doença...” E7.*

Os colaboradores justificam a concepção de que o uso abusivo de drogas é uma doença baseando-se nos sinais e sintomas, bem como nos diagnósticos e na cura da doença. O que é comprovado por Silva (1997), ao discutir que a concepção de saúde-doença multifatorial na perspectiva da teoria de multicausalidade, ainda está presente na forma de reinterpretar as situações vivenciadas no curso da doença mental, considerando que, a teoria citada é hegemônica e está presente nas ações de saúde na sociedade ocidental contemporânea. Para Sawaia (1994), essa questão está



ainda muito presente uma vez que, em geral, as respostas são muitas vezes reducionistas e deterministas.

Essas respostas reducionistas e deterministas, baseadas na teoria da multicausalidade, embasam a concepção de que o abuso de substâncias psicoativas é uma doença, pautando-se no modelo médico ou de doença, que segundo Pillon e Luis (2004) baseia-se na suposição de que esta dependência é uma entidade nosológica distinta e progressiva, com origens e manifestações físicas necessitando de tratamento médico. Nesse modelo, o comportamento do uso da substância é visto como progressivo, incurável e a causa da doença esta relacionada aos fatores genéticos, biológicos, estruturais de natureza química.

Esse modelo implica em aceitar que o uso da substância exerce papel de doença e que o indivíduo, portanto, espera ser tratado como doente.

A maioria dos indivíduos que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas é diagnosticada como dependente químico. A síndrome da dependência é definida como um conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após o uso repetido de uma substância psicoativa, associado ao desejo poderoso de consumir a droga e à dificuldade de controlar seu consumo (Assumpção, 1994). A confirmação, no cotidiano prático dos enfermeiros, desta definição pode ser comprovada nos discursos abaixo:

*“...Na minha opinião é doença , eles são dependentes químicos, a maioria deles acha que não , acha que é mais um movimento de balada de sair e curtir , mas eles não conseguem sair depois que estão dentro...” E11.*

*“...Eles têm uma doença, é dependência química, eles começam a usar por brincadeira e não consegue mais parar...” E12.*

*“...Ele é doente. Ele não vai usar ou beber porque quer, tem alguma coisa que o atrai. Ele depende do álcool ou da droga para viver. Eu vi no Globo Repórter o menino dizendo: - eu já sei o meu caminho, sou usuário de “crack”, esse “crack” vicia, acabou com a minha família e o caminho é o caixão. Mesmo assim ele não conseguia parar, só conseguem quando estão sendo tratados...” E7.*

Para os entrevistados, a doença esta associada à dependência química, que é entendida como uma “brincadeira sem consequências” no início do consumo, passando a ser um problema que causa o descontrole do indivíduo no futuro.

Mas a partir do final da década de sessenta, do século passado, reflexões importantes subsidiaram a discussão referente ao processo saúde-doença e, a partir delas, ficou evidente a importância dos processos psicossociais na promoção da saúde, como a pobreza, condições de trabalho, moradia, alimentação, costumes, práticas de saúde e outros (Sawaia, 1994). Porém, ainda há observações contraditórias a esse respeito na literatura científica, pois, é possível encontrar a conceituação tradicional tanto da doença como de suas causas sob a ótica social vista como um fator biológico (Laurell, 1993), conforme visualizado nos discursos acima. Um exemplo disso, é que muitas pesquisas sobre o papel dos fatores psicossociais nas diversas etiologias baseiam-se na concepção estática de saúde como um estado de completo bem estar físico e mental, de equilíbrio

e estabilidade que pode ser interrompido pela doença causada tanto por agentes bacteriológicos e microorgânicos, como pelos “psicossociais” (Sawaia, 1994).

Portanto, embora existam evidências quanto às limitações biológicas da doença e da prática que a sustenta, ainda é necessário o emprego de estratégias para demonstrar que a doença tem efetivamente um caráter histórico e social (Laurell, 1993).

Ao compreender o uso de drogas como um fenômeno multifacetado, que envolve aspectos genéticos, influências do ambiente e o estado psicológico dos indivíduos, concordamos com Silva (1997) ao pontuar que a superação da visão hegemônica da multicausalidade somente será possível com a realização de uma mudança por meio da compreensão do processo saúde-doença mental na perspectiva da determinação social, ou seja, levando em consideração o processo saúde-doença mental pelo seu caráter histórico e não apenas porque está socialmente determinado e, afirma que o vínculo entre o processo social e o processo biológico é dado por processos particulares influenciados pelos coletivos, que são ao mesmo tempo sociais e biológicos (Laurell, 1993).

Compreender o processo saúde-doença mental nessa perspectiva auxilia o indivíduo e/ou grupo de indivíduos a conviver com o adoecimento psíquico e lidar com as metáforas sociais e as contradições relativas a esta.

Ressaltamos que a dependência não é igual ao uso. A grande preocupação é para aquele uso que se reconhece como patológico e que não permite ao indivíduo qualquer chance de escolha. Dessa forma, admite-

se que o uso de drogas pode servir a dois propósitos: gerar prazer e aliviar o sofrimento de uma situação insuportável. Os entrevistados compreendem o uso de drogas inserido neste contexto:

*“...O usuário de droga e até mesmo o de álcool (...) geralmente tem uma desestruturação na família, passa por problemas, mas tem como prevenir (...) na verdade ele buscou o uso dessa droga e se viciou. Não é porque ele quer, acho que tinha que prevenir lá no início, na formação da personalidade. Às vezes ele percebe que esta fazendo mal, que ele não esta bem, mas não consegue largar, é uma dependência. Não enxergo como uma falta de ocupação, enxergo como uma doença...” E3.*

*“...São pessoas que precisam de tratamento e não tiveram a oportunidade, talvez, de ter um momento de auto-realização, então acabam fugindo para outras coisas..” E4.*

*“...Acho que é doença, porque acaba sendo uma coisa psicológica devido à fuga, a pessoa tem um problema na vida dela e acaba se desvirtuando por algum motivo, seja ele qual for. É um comportamento patológico mesmo..” E6.*

Caraciolo (2007) ao abordar o perfil dos usuários de drogas, afirma que embora não exista uma personalidade típica, é possível dizer que apresentam características comuns. Em geral, estes sujeitos expressam uma estrutura psíquica muito frágil, por vezes imatura, difícil de ser trabalhada e compreendida. Normalmente são influenciáveis, insatisfeitos com o mundo e sem identidade real. Frequentemente têm baixa tolerância à frustração e à dor, e o imediatismo é característica habitual desta população.

Assim como na literatura científica, a concepção dos entrevistados afirma que o usuário de substâncias psicoativas possui uma desestruturação psíquica e falta de auto realização, utilizando-se das drogas ou do álcool para fugir desta sensação de desconforto; algumas características evidentes e comuns a esta população.

Para alguns indivíduos, a droga passou a exercer um papel central na sua vida, na medida em que, por meio do prazer, ela preenche lacunas importantes, tornando-se indispensável para o funcionamento psíquico dos mesmos.

Neste sentido, os entrevistados afirmam que o uso abusivo de substâncias psicoativas é uma doença e como tal, necessita de apoio familiar:

*“...A família tem que se manter unida nesse tratamento, porque ele esta doente, é uma patologia...” E11.*

*“...Eu acho que é um doente, ele não consegue manter um controle e se a família não estiver apoiando, ele vai morrer por uma dessas causas: ou porque esta devendo muito para o traficante, ou pelo mundo das drogas...” E10.*

De acordo com os discursos acima, a família na visão dos profissionais é vista como um núcleo de apoio. Frequentemente, nos serviços de urgência/emergência a família é representada por um membro familiar que assume a condição de cuidador e defende os interesses

familiares, embora carregue nas suas manifestações discursivas o peso e o ônus suportivo da situação (Miranda et al; 2006).

Em uma pesquisa realizada com familiares, foi revelado o desgaste dos mesmos com a problemática relacionada ao uso de substâncias psicoativas, seja pela precarização das condições de vida, seja pela ruptura das relações afetivas e da parentalidade. Os familiares também apontam a dificuldade no manejo e na convivência com o usuário, assim como a agressividade como provável desfecho das dificuldades da convivência familiar.

Diante do exposto, concordamos com Smeltezer e Bare (2001), ao afirmar que a família é um sistema dinâmico, visto que a incapacidade de um membro, afeta todos os outros membros da convivência familiar e apenas com a incorporação desta no tratamento do usuário, pode o sistema familiar adaptar-se à mudança em um de seus membros. Este fato requer da família reajustes para manter-se adequada e ajustada aos desequilíbrios decorrentes deste processo.

Destarte, entendemos que a busca de novas tecnologias frente a Lei nº 10.216 de 2001, se constitui como um mecanismo de consolidação da Reforma Psiquiátrica e da melhoria da convivência familiar e adesão da mesma nos recursos psicoterapêuticos e dos processos de trabalho do profissional enfermeiro nos serviços de urgência e emergência psiquiátrica. Portanto, do ponto de vista dos cuidados direcionados à família, reconhecemos que as interações do profissional enfermeiro com um indivíduo, são também interações indiretas com a família dele.

A aprovação da Lei nº 10.216, em 2001, propiciou a transformação das práticas e saberes antimanicomiais já em desenvolvimento, garantindo aos usuários de serviços de saúde mental e, conseqüentemente, aos que sofrem por transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas; a universalidade de acesso e direito à assistência, bem como à sua integralidade, valorizando a territorialização do atendimento, a partir da estruturação de serviços mais próximos do convívio social de seus usuários, configurando redes assistenciais mais adequadas às variadas demandas desse segmento da população como: assistência à saúde, benefícios sociais, esporte, lazer, cultura, moradia, trabalho, educação e outros.

Entretanto, alguns profissionais não reconhecem a aprovação da Lei como algo positivo, pois acreditam que neste contexto, os usuários de substâncias psicoativas perderam a vergonha de se posicionar, bem como de serem vistos como cidadãos de direito, conforme discurso:

*“...Na questão do uso, o paciente faz uso e volta para Pronto Socorro. Isso por causa da sociedade que tem um trabalho voltado para isso, antes eles tinham vergonha de falar, hoje não! Chegam aqui e falam: - olha, eu sou usuário e você tem que fazer o que eu quero. Eu que faço atendimento de porta, por ex. esses dias chegou um que era corintiano e queria passar na frente dos outros, sendo que não havia necessidade, então começou a gritar: - sou corintiano e sou drogado!!!! Os pacientes sabem mais dos direitos deles, do que nós dos nossos, é um trunfo para eles...” E5.*

Podemos inferir que nesta concepção encontra-se latente a idéia de que o usuário de substâncias psicoativas ainda é visto como um pecador,

um “vagabundo” sem direitos, que se utiliza do recurso legal para obter vantagens.

Portanto, esta concepção esta apoiada no modelo moral, que desconsidera as várias faces da problemática relacionada ao abuso de substâncias psicoativas, tendo sua ênfase na lógica do isolamento (internação) e da recuperação moral e ética do usuário, o que acaba excluindo estes indivíduos da sociedade, estigmatizando-os e recorrendo à resposta mais antiga que a sociedade moderna tem encontrado, a saber, a resposta repressiva, que se orienta por um modelo jurídico-moral.

Podemos afirmar que os enfermeiros entendem que o abuso de drogas é um comportamento que promove o desencadear de diversos problemas, afetando a saúde da pessoa e conseqüentemente a dinâmica familiar, constituindo-se assim como um problema de saúde.

De fato, a maior parte dos dependentes de drogas em geral possui momentos de crise, onde são necessários procedimentos emergenciais para uma rápida reversão de situações como crise de abstinência, agitação e inquietação psicomotora, crises convulsivas e outros. Essas necessidades devem ser atendidas prontamente, em serviços de emergências (Luis, Lunetta, Ferreira, 2008).

Esta categoria nos mostrou que os enfermeiros entendem o processo saúde-doença do indivíduo que faz uso abusivo de drogas, baseados na corrente positivista. Tanto que reconhecem a necessidade de atendimentos emergenciais a estes, como também o aspecto crônico deste fenômeno, sugerindo que os indivíduos sejam encaminhados a serviços especializados,



o que, como percebido em um dos discursos, não parece acontecer na realidade dos serviços onde trabalham, mostrando uma lacuna na intersetorialidade e na atenção integral a estes indivíduos.

O processo saúde-doença é um dos pontos centrais para os profissionais da saúde que buscam promover saúde, cuidando para que as pessoas possam ter, tanto quanto possível, uma boa qualidade de vida, mesmo quando as limitações se estabelecem. Para essa relação especial com os usuários do serviço, seja de emergência ou não, é necessário o aprendizado do uso dos instrumentos e das tecnologias para o cuidado que compõe a formação desses profissionais.

#### 4.2.3 Estigma/Discriminação e Álcool e Outras Drogas

Atualmente, passamos por um momento histórico singular: se por um lado, presenciamos a tentativa de apagar, naturalizar ou mesmo neutralizar as supostas marcas distintivas que funcionam ou funcionavam para distribuir os territórios, os raios de ação, os direitos e os deveres dos indivíduos, por outro lado, observamos na mesma medida o movimento inverso que se materializa na exigência de um posicionamento demarcado, a explicitação das concepções, da opção política, sexual, e outros. Qual é a sua “tribo”? Qual é o seu “estilo”? Qual será a sua “loucura”? Seu “diagnóstico”? A definição prévia ao contato com o outro em que se tenta determinar “de que lado você está”, “quem você é”, aparece como exigência na

contemporaneidade, aspecto que acaba fortalecendo algo que esse mesmo discurso tenta eliminar: o estigma e o preconceito (Veiga-Neto, 2001).

O estigma é um conceito que vem sendo estudado há muitos anos. Até hoje, o termo estigma é usado para definir uma característica diferente do “normal” e é comumente associada a doenças e condições médicas. Muitas condições sofrem com o estigma, pois além de ser necessário lidar com os sintomas da doença, é preciso considerar as crenças e mitos que a cercam e que resultam na perpetuação do estigma na sociedade (Rusch, Angermeyer, Corrigan; 2005).

Desde a década de 70, do século passado, Velho (1978) já discutia que na sociedade brasileira contemporânea há, pelo menos, dois tipos de acusação em que se pode perceber como a idéia de doença mental funciona como elemento explicativo e exorcizador. Essas categorias são as de drogado e subversivo. O drogado seria, por definição médica, um doente. A partir daí, constrói-se todo um discurso sobre a anormalidade do consumo de drogas e sobre as conseqüências nefastas para o indivíduo e para a sociedade deste hábito, vício, dependência, e outros. A procura de drogas já indicaria a existência de problemas psicológicos graves e sua utilização agravaria ou criaria novos sintomas de patologia. O chamado drogado é questionado diretamente ao nível de sua moral. As dimensões básicas envolvidas são suas atitudes e comportamento em relação à família e ao trabalho.

Ainda segundo o autor, o drogado é visto como o indivíduo que foge ou cumpre mal suas obrigações, sendo, portanto, um elemento improdutivo

e parasitário, um anormal. Em uma sociedade em que se dá grande ênfase ao desenvolvimento e crescimento econômicos, o uso de substâncias psicoativas é encarado como obstáculo ao progresso e à acumulação.

O estigma — que pressupomos cercar os indivíduos que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas — se estende para além do indivíduo, passando para as pessoas que se relacionam diretamente com eles, seus familiares ou amigos, ou indiretamente como os profissionais da área da saúde, permitindo também à sociedade considerá-los uma pessoa diferente. O exposto é confirmado nos discursos abaixo, quando os entrevistados relatam que o usuário de substâncias psicoativas ao chegar nos serviços de urgência/emergência é visto como um paciente que incomoda, ou ainda, como “essa gente”:

*“...Chegou um usuário de álcool e drogas a equipe já olha assim: veio para incomodar, e não é bem assim...” E8.*

*“... normalmente quando essa gente chega, vem acompanhado pelo bombeiro, ou pela polícia, ou pelo resgate. Eles já chegam para nós contidos, agitados e agressivos...” E1.*

O discurso relacionado com “essa gente” traz embutido o conceito de anormal, definido como aquele que se desvia de normas e estas são constantemente variáveis, trata igualmente daquele ou daquela que gera surpresa ou inquietação. Seria o que se comporta diferente, o que mora de maneira diferente, o que come de maneira diferente, o que vive de maneira

diferente, o que possui hábitos e costumes diferentes, ou seja, o usuário de substâncias psicoativas (Veiga-Neto, 2001).

Ao trabalharmos com o conceito de anormalidade, caímos na armadilha da definição do que é normalidade: quem é ou poderia ser considerado normal? Aquele que segue a norma, a regra que é usual, que não possui deformidades, problemas físicos ou mentais; no qual o comportamento é considerado aceitável e comum: em última instância, na atualidade, aquele que conseguiu “encaixe”, “classificação”, escapou da ambiguidade, alocando-se em um grupo identitário reconhecível?

Na dinâmica das relações sociais, quando mantemos contato com um indivíduo, formulamos hipóteses a respeito do seu caráter, da sua conduta, das suas preferências. Tendo como base essa premissa, é possível pensar que, quando um indivíduo assume uma identidade diante de um determinado grupo social ou desempenha um papel, solicita de seus observadores que acreditem na impressão sustentada perante eles, no caso dos usuários de substâncias psicoativas, a impressão que se tem é de que esta população não faz nada para sair desta situação, bem como que são sempre os mesmo, ou seja, o grupo dos anormais, conforme discurso abaixo:

*“... como posso falar.... ele não faz nada para melhorar isso, sabe o que se passa, sabe da doença, sabe que tem tratamento, que tem clínica de desintoxicação, e se você parar para observar, são sempre os mesmos pacientes. Acho que eles encontram uma facilidade nesta situação...”. E5.*

O preconceito é algo que emerge na fala do entrevistado, como algo que provoca indignação, o estigma evidencia algo que extrapola uma atitude de prejulgamento, como “sinal infamante, indigno e desonroso, mancha infamante na reputação de alguém” pressupõe a contaminação, o contágio, a transmissão, tornando urgente e necessário o isolamento do agente contaminador. Tanto que no relato abaixo, o entrevistado deixa claro que tanto ele, como a sociedade vêem o usuário de álcool e outras drogas como um bicho, que faz uso destas substâncias porque quer:

*“...a gente trata, a gente não, a sociedade trata esses pacientes como se fossem um bicho, eles usam drogas porque eles querem, não é visto como doença...” E7.*

Na contemporaneidade, Goffman (1988) ratifica que o conceito de estigma é aplicado a todos os casos em que uma característica observável é salientada e interpretada como “um sinal visível de uma falha oculta, iniquidade ou torpeza moral proporcionando ao indivíduo um sinal de aflição ou um motivo de vergonha”. Com base nessa definição, é possível concluir que a pessoa portadora desse traço é facilmente identificável como menos desejável, inferior, ruim e perigosa. O conceito indica, portanto, a inferioridade do caráter ou fraqueza moral do indivíduo que porta essa marca, designação atribuída pelos demais membros da sociedade, funcionando como elemento que predetermina a conduta do sujeito. Neste sentido, podemos afirmar que o estigma é um conceito central em relação aos pacientes portadores de sofrimento psíquico, independente de ser

usuário de substâncias psicoativas ou não, essa população é vista como louco, conforme discurso abaixo:

*“...Por falta de preparo ouvem falar, aquele é paciente psiquiátrico e acham que todo paciente psiquiátrico é louco ....No pronto socorro um paciente em surto e outro que está em crise hipertensiva, o primeiro com certeza irá atrapalhar a recuperação do outro paciente...” E3.*

O que determina se uma condição é estigmatizante ou não é a representação que possui no contexto das relações e dos diferentes grupos nos quais o indivíduo estigmatizado circula e mantém relações. O estigma, tal como nos apresenta Goffman (1988), é, na realidade, um tipo especial de relação entre atributo — o que é próprio e peculiar a alguém — e estereótipo — a idéia ou convicção classificatória preconcebida sobre alguém ou algo — resultando de expectativa, hábitos de julgamento ou generalizações. Nesse sentido, um atributo que estigmatiza alguém pode confirmar a normalidade de outrem.

Nas doenças mentais, o estigma provém do medo do desconhecido e de falsas crenças que originam a falta de conhecimento e a não compreensão da situação. O estigma nestes casos isola o indivíduo em relação aos outros, como se fosse uma pessoa marcada por antigas crenças da doença.

No contexto dos serviços de urgência/emergência, o enfermeiro é considerado um profissional indispensável para o tratamento do usuário

prejudicial de álcool e outras drogas. As atitudes deste profissional podem influenciar no relacionamento com o paciente, e conseqüentemente favorecer ou atrapalhar o seu trabalho (Vargas, Labate, 2005).

Entretanto, muitas vezes o enfermeiro não está preparado para atuar frente a essa problemática. Um dado amplamente disseminado na literatura é referente à pouca atenção ao conteúdo de uso prejudicial de álcool e outras drogas no currículo do profissional de enfermagem. Normalmente, os conteúdos relacionados a este tema fazem parte dos currículos das disciplinas de Saúde Mental, e a carga horária dispensada a eles não corresponde à necessidade dos enfermeiros, contribuindo para a perpetuação do estigma atribuído a esses pacientes (Vargas, Labate, 2005; Vieira, 2010).

Sem dúvida, o enfermeiro é o profissional que possui maior contato com o indivíduo que experiêcia uma situação de emergência relacionada ao consumo de substâncias. O relacionamento entre estes deve favorecer a construção de um ambiente terapêutico. Entretanto, a realidade encontrada na literatura revela que o profissional enfermeiro possui representações negativas com relação a esta população, vendo este indivíduo como desviado, ou moralmente errado, idéias que são difundidas há muitas décadas, bem como que permeiam o senso comum.

Estes apontamentos da literatura podem ser confirmados no discurso do entrevistado, quando este relaciona a falta de auto cuidado ao uso de álcool e drogas, justificando este comportamento aos pacientes portadores de transtorno mental como a esquizofrenia:

*“...Você vê que a pessoa não tem o auto-cuidado, porquê? Porque ela tem alguma coisa que degrada este auto-cuidado, e o que é? Só pode ser o álcool e a droga. A não ser o paciente psiquiátrico, esquizofrênico, que tem uma paranóia que faz com que ele não se cuida, mas em geral é álcool e droga...” E4.*

Para Bucher (1992), o fenômeno do consumo e da dependência de drogas, simplesmente pelo fato de ser uma prática humana, antes de ser um problema farmacológico, policial ou psiquiátrico, necessita de uma abordagem multidimensional, para que se chegue a uma compreensão global que desemboque em ações acuradas dentre os diversos usuários.

Como evidenciado abaixo, os profissionais enxergam o uso prejudicial de álcool e outras drogas como algo que poderia ser controlado pelo indivíduo, e que esta falta de controle lhes beneficia, uma vez que os indivíduos encontram "facilidades" nestas situações. O indivíduo é encarado como um perturbador, como alguém que procura aquilo que lhe prejudica. Rotular o indivíduo como fraco e dependente, e culpá-lo por sua fraqueza de caráter é uma concepção extremamente prejudicial para o relacionamento com o indivíduo (Vargas, Labate, 2005):

*“...Com a legislação em Saúde Mental, não sei se estou certa, todo mundo faz muito por eles e eles nada por eles. Nós os cercamos de cuidados, disso, daquilo, mas eles mesmos se acomodaram nesta posição. Eu sei que quimicamente eles são dependentes, acabam ficando viciados, mas acho que 50% deles acabam sendo favorecidos com isso...” E5.*



Condenar e rejeitar o dependente de álcool/drogas como marginal, é fruto de preconceitos ou pressuposições moralistas acerca do livre-arbítrio, do “esforço de boa vontade”, da fraqueza do caráter, da rebeldia delinqüente, da preguiça.

Neste sentido, a visão deficitária que a medicina mantém a respeito do “doente mental”, do perverso ou do dependente químico, não se atenta para a originalidade de sua organização de vida, sua procura alternativa, seu desejo de mudança, os sonhos que parcialmente realiza. Assim, a dependência química deve ser entendida como uma estratégia de vida que detém características próprias, atraentes, sedutoras, desafiantes e também aniquiladoras (Bucher, 1992).

Este indivíduo não deve ser visto como alguém que cometeu uma falha moral, mas como alguém vítima de uma doença. Sendo assim, é importante que o enfermeiro examine as suas atitudes acerca do uso de álcool e outras drogas, oferecendo cuidados sem julgamento, uma vez que é responsável em várias situações pelos cuidados do paciente (Vargas, Labate, 2005).

Consideramos importante a sociedade repensar seus valores sociais, que muitas vezes são responsáveis pela estigmatização dos usuários de substâncias psicoativas e do louco. Os serviços de saúde mental devem organizar encontros que incentivem a população a debater as questões sobre a loucura e sobre os usuários de álcool e outras drogas, no sentido de descobrir qual a melhor forma de compreender estes fenômenos,

possibilitando a inclusão social desta população e conseqüentemente a sua Reabilitação Psicossocial.

Romper com estes padrões adctivos e estereotipados requer ainda suportes sociais mais compreensivos e tolerantes para a questão, além dos cuidados e suportes emanados dos serviços de saúde mental e psiquiátrico.

#### 4.2.4 Educação Permanente Relacionada ao Cuidado em Álcool e Outras Drogas e Serviços de Emergência

Uma das grandes queixas dos profissionais de enfermagem é a falta de formação relacionada à assistência aos usuários de álcool e outras drogas como um todo. É de se esperar, portanto, que o enfermeiro possua lacunas em seu conhecimento a respeito do manejo deste indivíduo em situações de urgência e emergência.

Os profissionais que atendem usuários de álcool e outras drogas, quando possuem alguma formação acerca desta problemática, esta é centrada nas alterações da fisiologia, não fornecendo ao indivíduo recursos para lidar com as situações que encontram nos serviços, uma vez que este atendimento envolve dimensões conjunturais (Cruz, Silva Filho, 2005).

É um grande engano considerar que os aspectos relacionados ao uso de álcool e outras drogas não deva ser abordado em serviços de urgência e emergência. Visto o volume de evidências que demonstram que o consumo de substâncias pode implicar em uma série de conseqüências clínicas, além de conseqüências como risco de danos, acidentes, problemas no trabalho,

violência doméstica, afogamento, suicídio e outros problemas sociais e legais que podem levar o indivíduo às salas de emergência, necessitando de atenção clínica ou até mesmo cirúrgica (Segatto, Pinsky, Laranjeira, Rezende, Vilela, 2007).

Sem dúvida, é necessário investir em uma maior exploração destes temas nos cursos de graduação, porém, outro recurso que deve ser associado a isto é a Educação Permanente.

A Educação Permanente em Saúde constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho para que exista atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Há necessidade de disseminar capacidade pedagógica por dentro dos serviços, entre seus trabalhadores e os gestores de ações, estabelecendo uma rede-escola em saúde (Ceccim, 2005).

Considerando o acima exposto, surge a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), como uma proposta de ação estratégica que visa transformar e qualificar as práticas de saúde, e a organização das ações e dos serviços de saúde, por meio da formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde. Esta Política foi instituída pela Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, e alterada pela Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, que dispôs novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Brasil, 2011).

A educação permanente, como estratégia sistemática e global, pode abranger em seu processo diversas ações específicas de capacitação,

desde que estas tenham um objetivo maior de contribuir para o desenvolvimento de novas competências, como a liderança, a gerência descentralizada, a auto-gestão e gestão de qualidade, articuladas à estratégia geral de mudança institucional (Brasil, 2009).

Podemos afirmar que qualificar os profissionais de saúde para o atendimento de situações tão prevalentes, como o uso de álcool e outras drogas deve fazer parte de um conjunto de ações dos serviços de saúde, visando maior qualidade dos atendimentos aos indivíduos que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas dentro da rede assistencial, o que vai de acordo com o exposto pelo Ministério da Saúde na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Como parte deste conjunto de ações, os serviços devem organizar treinamentos, capacitações e palestras relacionadas a esta temática, incluindo também o manejo com a família. Os próprios entrevistados percebem a necessidade destas ações, como podemos observar nos discursos abaixo:

*“...Eu acho que deveria ter mais palestras sobre como atender estes pacientes e acho que os psiquiatras não estão preparados para atender psiquiatria, nós o chamamos e eles dizem para restringir o paciente e não querem medicar, nem conversar sem o paciente ser medicado, e até isso acontecer, os funcionários já apanharam muito...” E2.*

*“... precisa de treinamento, desde como lidar com a família até como lidar com pessoas que usam álcool e drogas, porque não é*

fácil, não é uma simples patologia, eles sabem que não presta, mas vão atrás...” E9.

*“...a escola é muito pobre e as informações que dão a respeito desses pacientes são muito pequenas, e até o estágio de psiquiatria é muito ruim, não é abordado como é o de Unidade de Terapia Intensiva, Pronto Socorro, Pediatria e assim por diante. Você acaba aprendendo sozinho...” E14.*

*“...Muitas vezes, principalmente se tiver em abstinência alcoólica tem que ter treinamento para atender...” E9.*

*“...sabe que eu não sei qual o cuidado com paciente intoxicado por cocaína, porque a gente é mais prática, pensamos logo - vamos puncionar...” E9.*

*“...Como quebrar o estigma? Com treinamento já, cheguei a estar em um atendimento e pensar, meu “Deus” o que eu faço agora?...” E9.*

De acordo com os relatos acima, percebemos que os treinamentos e capacitações assumem um papel fundamental no desenvolvimento da prática destes profissionais, visto que os próprios entrevistados reconhecem a carência de informações, desde a graduação.

Neste sentido Peres e Ciampone (2006), afirmam que os cursos de licenciatura em enfermagem precisam rever sua abordagem, ampliando-a para a capacitação do enfermeiro também exercer o processo educativo informal, presente nas relações do dia a dia do trabalho em saúde, imprimindo a esse processo a disposição para aprender a aprender constantemente.

Para tanto, os profissionais de saúde devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação quanto na sua prática. Desta forma os profissionais devem aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e treinamento.

Alguns entrevistados, ainda, relatam nervosismo e sentimento de medo ao realizar o atendimento emergencial para a população usuária de substâncias psicoativas, conforme relatos abaixo:

*“...Tem alguns profissionais que tem medo, e o enfermeiro tem que estar preparado, ainda mais quando você trabalha numa unidade que tem rotatividade grande de funcionários, alguns têm medo, por falta de preparo...”. E3.*

*“...Toda vez que a gente transfere um paciente que está agitado aqui no pronto socorro, antes ele é medicado e estabilizado, só então o psiquiatra pede vaga para outros hospitais, a parte pior é quando chegam no pronto socorro, porque os hospitais não recebem pacientes em fase crítica, agressivo, agitado, ansioso.....Então o primeiro atendimento tem que ser no pronto socorro mesmo. Assim pra gente é muito difícil, porque nem todos estão preparados para atender esse tipo de paciente e ficam muito nervosos...” E2.*

A falta de preparo é apontada pelos profissionais enfermeiros como uma constante no cotidiano dos serviços de urgência e emergência, sobretudo quando estes atendem os usuários de substâncias psicoativas. Muitas vezes, o desconhecimento para lidar com determinadas situações traz sentimentos de medo e nervosismo, neste contexto podemos entender estes sentimentos na perspectiva do estigma que é imposto aos usuários de

álcool e outras drogas, que permanece inalterado no imaginário do senso comum, tendo em vista que a influência deste conceito tem apresentado um importante impacto, tanto para a definição das políticas públicas, quanto para ações de prevenção e tratamento (Ronzani, Furtado; 2010).

A moralização e os estereótipos atribuídos aos usuários podem influenciar direta ou indiretamente nos resultados e na qualidade da prevenção e tratamento do uso de álcool e outras drogas, por este motivo a Educação Permanente assume um papel primordial no sentido de modificar a concepção, dos enfermeiros dos serviços de urgência/emergência, relacionada ao estigma.

Ressaltamos que os profissionais de saúde dentro do seu âmbito devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção e reabilitação da saúde. Tanto a nível individual como coletivo, cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e continua com as demais instâncias do sistema de saúde. Sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para estes. Portanto, os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e princípios de ética e bioética , tendo em conta que a responsabilidade do enfermeiro não se encerra com o ato técnico. Mas sim, com a resolução do problema da saúde; a atenção à saúde não se constitui diretamente como objeto de trabalho desenvolvido pela gerência, mas pode ser entendida como finalidade indireta do trabalho gerencial da saúde.

Neste sentido, os profissionais reconhecem que a formação na graduação é incipiente, colocando em dúvida até mesmo procedimentos relacionados à administração de medicamentos:

“...Eu acho que eles (enfermeiros) só estão capacitados para distribuir psicotrópicos, e mesmo assim, acho que o controle é fraco, porque chegam pacientes com intoxicação exógena porque tomou a medicação em excesso...” E4.

Nesta situação, a Educação Permanente poderia sanar algumas lacunas que acompanham o enfermeiro, muitas vezes, há muito tempo, sobretudo, se os profissionais enfermeiros desenvolverem competências apoiadas em uma base sólida de conhecimentos. Dentre estes conhecimentos que, associados à aquisição de habilidades permitem identificar e acessar informações determinantes para a atenção à saúde com padrões de qualidade reconhecidos para a fundamentação de suas atitudes.

Os entrevistados parecem confundir o atendimento ofertado no serviço de urgência/emergência com tratamento especializado, que deve ser realizado após o momento crítico em que o paciente chegou ao serviço, preferencialmente por uma equipe multiprofissional. No trabalho em equipe multiprofissional, os enfermeiros deverão estar aptos a assumir posições de liderança, tendo sempre em vista o bem estar do paciente e da comunidade em geral.

“...Tem que ter um especialista de cada área, um cuida de uma coisa , e outro cuida de outra, tem que ver o que a pessoa esta



mais habilitada a fazer. Esses pacientes da saúde mental tem que ter uma equipe multiprofissional para se sentirem úteis...” E7.

“...Até mesmo o preparo da equipe você aprende na faculdade depois perde o treino , falta educação continuada para isso...” E12.

A Educação Continuada citada por um dos entrevistados é uma das modalidades de educação no trabalho. Caracteriza-se por possuir um público alvo multiprofissional, ser voltada para uma prática institucionalizada, focar os problemas de saúde e ter como objetivo a transformação das práticas técnicas e sociais, ser de periodicidade contínua, utilizar metodologia centrada na resolução de problemas e buscar como resultado a mudança (Mancia, Cabral, Koerich; 2004).

Entretanto, o envolvimento do enfermeiro no processo de educação permanente só acontece com a aquisição contínua de habilidades e competências que estejam de acordo com o contexto epidemiológico e com as necessidades dos cenários da saúde, para que resultem em atitudes que gerem mudanças qualitativas e quantitativas no processo do trabalho da enfermagem (Peres, Ciampone; 2006).

Pouco se encontra na literatura sobre experiências de serviços de saúde em capacitações acerca do atendimento emergencial de usuários de álcool e outras drogas. Isto reflete, mais uma vez, a falta de interesse no investimento nesta área.

A prática de enfermagem a estes indivíduos deve, sem dúvida, ser mais humana, sensível e destituída de preconceitos. Esta assistência só

será possível com o estabelecimento de três fatores inter-relacionados: mudança de atitudes, busca de conhecimento e aperfeiçoamento das habilidades. Cada vez mais, o usuário prejudicial de álcool e outras drogas faz parte do cotidiano dos serviços de urgência e emergência, sendo extremamente necessárias estas mudanças (Vargas, Labate, 2005, Vieira, 2010).

Destarte, a capacitação e o aperfeiçoamento dos profissionais são considerados por Cruz e Ferreira (2001) fundamental, pois atualmente, a insuficiente formação dos profissionais de saúde acaba por privilegiar os aspectos biológicos ou os psicodinâmicos, deixando uma lacuna que impede a compreensão da dimensão sócio-cultural da dependência química.

Finalizando, a educação permanente pode ser viável sob o enfoque de atualização contínua, quando busca inovar e suprir as necessidades de atualização do trabalho, desde que a instituição de saúde se comprometa juntamente com os profissionais a serem agentes facilitadores de ações de educação permanente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A problemática do uso abusivo de álcool e outras drogas, atualmente, tem mobilizado a sociedade, a vários questionamentos no âmbito da saúde, educação e segurança. Dependendo do olhar de cada profissional, esse fenômeno ganha proporções diferentes e acaba muitas vezes dificultando a implantação das políticas públicas de saúde necessárias no País.

A temática de álcool e outras drogas e o cenário epidemiológico recente no Brasil, tem mostrado uma expansão do consumo de algumas substâncias, especialmente álcool, cocaína (pasta – base , *crack*, merla) e inalantes que, associado ao contexto de crianças, adolescentes e jovens em situações de vulnerabilidade, tem nos últimos anos mobilizado os profissionais da saúde a formular explicações e tentativas de construções de vários modelos de atendimento aos usuários de uma forma geral.

As políticas de saúde mental estão alinhadas à necessidade de intensificar as ações orientadas para a prevenção, promoção à saúde, tratamento e redução dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial de substâncias psicoativas. Sendo assim, surge a ideia de um serviço de saúde, articulado com uma rede social que tem como lógica o modelo de assistência do Sistema único de Saúde (SUS); referendado pela universalidade, integralidade, equidade, controle social, descentralização e hierarquização.

Os serviços de urgência e emergência dos hospitais gerais, em articulação com a rede territorial, são os locais preconizados pela política

nacional, para a assistência a episódios de crise decorrente do uso de álcool e outras drogas. Consideramos que apesar de todo esforço que caracteriza a composição de diversos equipamentos, os profissionais socorristas que atuam nestes serviços, sujeitos deste estudo, não estão preparados para essa proposta de atendimento. Estes afirmam que os equipamentos não estão articulados em rede, o que dificulta a continuidade de atendimento dos usuários de álcool e outras drogas.

Temos em vista que a necessidade do usuário de álcool e outras drogas no atendimento emergencial, seja por intoxicação da droga ou por crise de abstinência, não se encerra no atendimento agudo dos sinais e sintomas, mas sim numa avaliação mais concisa em que uma equipe interdisciplinar possa acolher esse usuário num ambiente terapêutico, buscando uma hipótese diagnóstica e encaminhá-lo com responsabilidade compartilhada para um tratamento.

Observamos, nos discursos dos enfermeiros entrevistados, que não há consonância entre o conhecimento teórico e a prática de assistir aos usuários de drogas psicoativas nos serviços de urgência e emergência do pronto socorro, no hospital geral.

As equipes socorristas estão capacitadas e mobilizadas para atender emergência clínica, cirúrgica, ortopédica, dentre outras. Em relação às intoxicações exógenas, por substâncias psicoativas lícitas ou ilícitas ou qualquer situação semelhante, afirmam estar despreparados. Sendo assim, os usuários de álcool e outras drogas, ao chegarem ao pronto socorro de um

hospital geral, não são vistos como indivíduos que precisam de atendimento imediato.

Afirmam ainda que o estigma que acompanha qualquer indivíduo, envolvido com substâncias psicoativas parece dificultar o atendimento, mesmo se tratando de urgência ou emergência.

As diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde no que diz respeito à morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, às ações preventivas ao consumo de álcool e outras drogas previstas no Programa Saúde na Escola, e a necessidade de abordagens preventivas e de promoção da saúde dirigidas às crianças desde a primeira infância, às portarias que redefinem e ampliam a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, e ao Programa “Mental Health Gap Action Program”, da Organização Mundial da Saúde, parecem programas isolados que não atingem os profissionais de saúde que atuam nos serviços de urgência e emergência em hospital geral (Brasil, 2010).

Na literatura, encontramos dados que corroboram estas informações, uma vez que, ainda que haja produção científica significativa sobre associação de uso de drogas e entrada de pacientes em serviços de emergência, pouco é disseminado na assistência, o que caracteriza a falta de preparo e receio por parte dos profissionais para lidar com estas situações (Reis, Figlie, Laranjeira, 2006).

Diante das discussões que foram feitas no decorrer desse estudo podemos pontuar alguns fatores considerados relevantes na “Representação

social dos enfermeiros de serviços de urgência e emergência acerca da assistência aos usuários de álcool e outras drogas”.

O discurso dos enfermeiros entrevistados e as experiências vivenciadas no dia a dia nos dois hospitais, cenários dessa pesquisa, representam a realidade das práticas assistenciais dos enfermeiros com os usuários de álcool e outras drogas nas salas de urgências e emergências do pronto socorro do hospital geral. Porém ao levarmos em consideração toda a literatura encontrada no percurso do estudo, somos levados a acreditar que essas práticas assemelham-se com o fazer do enfermeiro em todas as regiões do país.

Essa constatação é de fundamental importância para contextualizarmos que as ações propostas pelas políticas do Ministério da Saúde em relação ao atendimento dos usuários de álcool e outras drogas em situação de urgência e emergência no hospital geral, e que os princípios da reforma psiquiátrica, não estão incorporados na prática desses profissionais. Assim, consideramos que essas constatações certamente fomentarão novos valores e possibilitarão a mudança de paradigma, tanto dos profissionais da saúde envolvidos, em especial, os enfermeiros socorristas que atuam nas salas de urgência e emergência nos prontos socorros dos hospitais gerais, como das famílias, comunidade e sociedade em geral.

Sabemos o quanto as mudanças são difíceis bem como trata-se de um longo caminho a ser percorrido para alcançarmos uma melhora significativa na assistência aos usuários de álcool e outras drogas, tanto na

atenção primária, secundária e terciária. Porém, acreditamos que com a Reforma Psiquiátrica brasileira, a criação dos serviços substitutivos, e a formulação de políticas nacionais para álcool e outras drogas, os profissionais poderão desenvolver uma assistência pautada na integralidade do cuidado, proporcionando melhora na qualidade dessa assistência por meio de alguns conceitos, tais como: acolhimento, vínculo, responsabilidade compartilhada e atenção em rede.

Os recentes noticiários que versam sobre o abuso de substâncias psicoativas, nos mostram a dimensão do problema, quando apontadas as questões epidemiológicas de morbidades, comorbidades e mortalidades (por quaisquer motivos, inclusive acidentes de trânsito, suicídios e homicídios); gerando enormes prejuízos a todas as camadas da sociedade, apontando uma demanda ainda maior para o futuro.

Assim, o desconhecimento dos enfermeiros colaboradores do estudo acerca da temática e dos dados citados acima, demonstram um atendimento aquém do desejado nos serviços de urgência e emergência do pronto socorro, no hospital geral. Os próprios enfermeiros nos apontam alguns fatores que causam este cenário: a falta de formação relacionada à assistência aos usuários de álcool e outras drogas, o desconhecimento sobre o manejo em situações de urgência e emergência, lacunas entre a articulação da rede de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas e estigma presente em relação a esta população.

Cruz e Silva Filho (2005), afirmam que profissionais que atendem usuários de álcool e outras drogas, quando possuem alguma formação



acerca desta problemática, esta é centrada nas alterações da fisiologia, não fornecendo ao indivíduo recursos para lidar com as situações que encontram nos serviços, uma vez que este atendimento envolve dimensões conjunturais.

Segatto, Pinsky, Laranjeira, Rezende e Vilela (2007), descrevem que é um grande engano considerarmos que os aspectos relacionados ao uso de álcool e outras drogas não devem ser abordados em serviços de urgência e emergência levam a um atendimento ineficaz, uma vez que existe um volume de evidências que demonstram que o consumo de substâncias pode implicar em uma série de consequências clínicas, além de outros danos, acidentes, problemas no trabalho, violência doméstica, afogamento, suicídio e outros problemas sociais e legais que podem levar o indivíduo às salas de emergência, necessitando de atenção integral.

Sem dúvida, há necessidade de um grande investimento relacionado a conteúdos sobre álcool e outras drogas nos cursos de graduação dos profissionais da saúde, sobretudo, nos cursos de graduação em enfermagem. Ainda de acordo com os sujeitos deste estudo, destacamos a importância da Educação Permanente para a melhoria assistencial. Não podemos deixar de destacar, entretanto, que o ensino de conteúdos da temática na graduação e na Educação Permanente se complementam.

Assim, a Educação Permanente em Saúde constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho para que exista atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Há necessidade de disseminar capacidade pedagógica no interior dos serviços,

entre seus trabalhadores e os gestores de ações, estabelecendo uma rede-escola em saúde (Ceccim, 2005).

Para tanto, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que visa transformar e qualificar as práticas de saúde por meio da organização das ações e dos serviços de saúde, da formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde (Brasil, 2011), deveria ser de fato implantada nos serviços de saúde, possibilitando a capacitação e transformação dos profissionais e conseqüentemente da assistência.

Em síntese, a representação dos enfermeiros em relação a assistência aos usuários de álcool e outras drogas estão pautadas em primeiro lugar, na crença de que o assistir a um paciente intoxicado ou em abstinência é algo que perturba a rotina de atendimento nos serviços de urgência/emergência, na falta de preparo, no receio por parte dos profissionais para lidar com estas situações. Estes fatores, em conjunto, afetam não somente o atendimento a esta população, como também a adesão e a responsabilidade compartilhada de um tratamento eficaz aos indivíduos em serviços especializados, como o Centro de Atenção Psicossocial em álcool e outras drogas.

Em segundo lugar, a assistência se baseia no modelo moral, que traz embutido o conceito de anormalidade, evidenciando o preconceito e o estigma relacionados a esta população, sendo este um dos principais desafios a ser superado ao atender esta população, de forma que não se reproduzam os cuidados relacionados à psiquiatria tradicional. Este desafio se reforça, uma vez que o uso abusivo de substâncias psicoativas é visto,

pelos enfermeiros, como uma patologia que pressupõe o predomínio das estruturas biológicas sobre as psicológicas e sociais, baseado na teoria da multicausalidade.

Em terceiro lugar, a representação está vinculada à qualificação dos profissionais de saúde para o atendimento de situações tão prevalentes, como o uso de álcool e outras drogas, e que esta deve fazer parte de um conjunto de ações dos serviços de saúde, visando maior qualidade nos atendimentos a esta população na rede de atenção à saúde.

Ao término desse estudo que, com certeza, não se esgotará, tanto pela relevância do tema, como também pela complexidade do fenômeno, se faz necessário, neste momento, unir as novas tecnologias do saber e do assistir com a sensível subjetividade do viver, de trabalhar as relações, do afeto, dos códigos familiares subliminares, do acolhimento das pessoas, da empatia, do vínculo e das relações interpessoais – símbolo do cuidar do outro, pautado na ética, na solidariedade, na humanização e na cidadania. Desta forma, a assistência aos usuários de álcool e outras poderá ser eficiente, uma vez que a associação destes conceitos representa o ato de cuidar!

REFERÊNCIAS

---

## REFERÊNCIAS

Abbês C, Massaro A. Acolhimento com Classificação de Risco. Associação Beneficente de Campo Grande. Santa Casa de Campo Grande. Disponível em: [http://www.sbcg.org.br/Material%20Oficina%20%20Conteudos%20do%20CD/PROTOCOLOS%20ACOLH%20CLASS%20RISCO/qualisus\\_ACOLHIMENTOCOMCLASSIFICA\\_ODERISCO1.doc](http://www.sbcg.org.br/Material%20Oficina%20%20Conteudos%20do%20CD/PROTOCOLOS%20ACOLH%20CLASS%20RISCO/qualisus_ACOLHIMENTOCOMCLASSIFICA_ODERISCO1.doc).

Amaral RA, Malbergier A. Effectiveness of the CAGE questionnaire gamma-glutamyl transferase and mean corpuscular volume of red blood cells as markers for alcohol-related problems in the work place. *Addictive Behaviors*. 2008;33:772-78.

Amarante PDC, coordenador. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.

Amarante PDC, organizador. Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Nau; 2003.

Assumpção FB Jr. Psiquiatria da infância e da adolescência. São Paulo: Livraria Santos; 1994.

Barros S, Egry EY, O louco, a loucura e a alienação institucional: O ensino de enfermagem psiquiátrica sub judice. Taubaté: Cabral Editora Universitária, 2001.

Barros, S; Bichaff, R, organizadoras. Desafios para a desinstitucionalização. Censo Psicossocial dos Moradores em Hospitais Psiquiátricos do Estado de São Paulo; SES-SP. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. 2008.

Basaglia F. Scritti (1968-1980): dall' apertura del manicomio all' nuova legge sull'assistenza psichiatrica. Torino: Giulio Einaudi; 1982. Riabilitazione e controllo sociale. P. 199-208. Tradução livre por Ana Luisa Aranha e Silva. Texto apresentado ao Comitê Internacional Contra o Sofrimento Mental, Helsinki, 1971.

Brasil. Lei n.10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 09 abr. 2001. Seção 1:3

Brasil. Lei n.8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [citado em 2009 set. 23] Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>. 1990.

Brasil. Lei n.8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. [citado em 2009 set. 23] Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm). 1990.

Brasil. Ministério da Saúde. III Conferência Nacional de Saúde Mental (cuidar sim, excluir não). Efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e políticas de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília; 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Dapes. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde; 2004a.

Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: Ministério da saúde, 2009a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Ministério da Saúde. 2ª ed. rev. ampl. - Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. Profissionalização de auxiliares de enfermagem: cadernos do aluno: saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

Brunello, M I B Loucura: um processo de desconstrução da existência. Rev.Ter. Ocup. Univ. São Paulo. 9(1):14-19, jan/abr, 1998.

Brusamarello T, Guimarães AN, Paes MR, Borba LO, Borille DC, Maftum MA. Cuidado de enfermagem em saúde mental ao paciente internado em hospital psiquiátrico. Cogitare Enferm 2009 Jan/Mar; 14(1):79-84.

Bucher R. Drogas e drogadição no Brasil. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.

- Calanca A. A toxicomania entre doença e delinqüência. In: Bergeret J, Leblanc J. Toxicomanias: um enfoque pluridimensional. Porto Alegre: Artes Médicas; 1991. p. 55-60.
- Campos CJG; Teixeira MB. O atendimento do doente mental em pronto-socorro geral: sentimentos e ações dos membros da equipe de enfermagem. Rev Esc Enf USP 2001; 35(2). p. 141-9.
- Canguilhem G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1995.
- Caraciolo JMM, Shimma E, organizadoras. Adesão da teoria a prática: experiências bem sucedidas no Estado de São Paulo. São Paulo: Centro de Referência e Treinamento DST/Aids; 2007.
- Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. 2005;10(4):975-986.
- Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas.. II Levantamento domiciliar sobre uso de drogas no Brasil: Estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país – 2005. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina; 2006.
- Coelho EAC. Gênero, saúde e enfermagem. Rev. bras. enferm.2005;58(3):345-348.
- Corradi-Webster CM, Laprega MR, Furtado EF. Avaliação do desempenho do caged com pacientes psiquiátricos ambulatoriais. Rev Latino-am Enfermagem 2005 novembro-dezembro; 13(número especial):1213-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13nspe2/v13nspe2a17.pdf>.
- Cruz MS, Silva Filho JF. A formação de profissionais para a assistência de usuários de drogas e a constituição de um novo habito de cuidado. J Bras Psiquiatr 2005;54(2):120-6.
- Del-Ben CM, Marques JMA, Sponholz JA, Zuardi AW. Mental health policies and changes in the emergency services profile. Rev. Saúde Pública. 1999;33(5): 470-476.
- Fernandes MIA, Scarcelli IR. Psicologia e políticas públicas de saúde: da construção de modelos à implementação de práticas. In: Amarante PDC, organizador. Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 2. Rio de Janeiro: Nau; 2005. p. 67-90.
- Fráguas Junior RJ. Alcoolismo no hospital geral. In: Fortes JRA, Cardo WN. Alcoolismo: diagnóstico e tratamento. São Paulo: Sarvier; 1991. p. 272-81.
- Gadamer HG. O mistério da saúde: o cuidado da saúde e a arte da medicina. Lisboa, Edições 70, 1997.
- Galera SAF, Luis MAV. Principais conceitos da abordagem sistêmica em cuidados de enfermagem ao individuo e sua família Rev. Esc. Enferm. USP 2002;36(2):141-147.

Galvão CM, Trevizan MA, Sawada NO. Liderança do enfermeiro no século XXI: algumas considerações. *Rev Esc Enferm USP*. 1998;32(4):302-6.

Gemignani S; Carli D; Bonamigo V; Degaspari MJC. Intoxicações agudas atendidas no Pronto-Socorro de hospital público. *Perspectiva Médica*. 1999; jan/dez; 10:23-6.

Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

Gomes AMT; Oliveira DC. Estudo da estrutura da representação social da autonomia profissional em enfermagem. *Rev. Esc. Enferm USP* 2005;39(2):145-53.

Gonçalves SSPM; Tavares CMM. Atuação do enfermeiro na atenção ao usuário de álcool e outras drogas nos serviços extra-hospitalares. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2007;11(4):586-92.

Griffiths R; Pearson B. Working with drug users. Hants: Wildwood House; 1988.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo populacional 2004. [citado em 2010 jun. 22]. Disponível em: [HTTP://WWW.ibge.gov.br/](http://www.ibge.gov.br/)

Kelly MP; May D. Good and bad patients: a review of the literature and a theoretical critique. *J. Adv Nurs* 1982; 7:147-56.

Koga M; Furegato AR. Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar. *Cienc Cuid Saude* 2002;1(1):69-73.

Laurell, A C A saúde doença como processo social. In: Nunes, E D (org) *Medicina social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo. Global. P.133-158, 1993.

Lewis A. Saúde. In: Silva B, organizadora. *Dicionário de ciências sociais*. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1986. p.1099-101.

Luis MAV, Lunetta ACF, Ferreira PS. Protocolo para avaliação da síndrome de abstinência alcoólica por profissionais de enfermagem nos serviços de urgência: teste piloto. *Acta Paul Enferm* 2008;21(1):39-45

Luis MAV; Lunetta ACF. Álcool e outras drogas: levantamento preliminar sobre a pesquisa produzida no Brasil pela enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005; nov-dez; 13 (número especial): 1219-30.

Machado, AL. Centros de Atenção Psicossocial: tempos de realidade e ilusão. In: Luis, MAV, organizador. *Os novos e velhos desafios da saúde mental*. Ribeirão Preto (SP): DEPCH/EERP/USP, 2008.

Mancia JR, Cabral LC, Koerich MS. Educação Permanente no contexto da enfermagem e da saúde. *Rev. Bras. Enferm*. 2004; Set-out; 606-10.

Mângia EF. Psiquiatria institucional: do hospício à reforma psiquiátrica *Cad. Saúde Pública* 2008;24(3)711-713.



Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 5º ed. São Paulo: Hucitec; 2006.

Miranda FAN, Simpson CA, Azevedo DM, Costa SS. O impacto negativo dos transtornos do uso e abuso do álcool na convivência familiar. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 08, n. 02, p. 222 - 232, 2006. Disponível em: [http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_2/v8n2a07.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a07.htm).

Moraes M. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. Ciênc e Saúde Coletiva, 2008;13(1):121-133.

Moura LS, Kantorski LP, Galera SA. O transtorno psíquico: avaliação e intervenção em família. Boletim da Saúde 2004;18(1)127-140.

Oliveira MAF. O relacionamento terapêutico na prática do enfermeiro: uma reflexão crítica. São Paulo, 1994. 241p. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Oliveira MAF; Claro HG . O papel do enfermeiro na atenção psicossocial a adultos com saúde mental comprometida. In: Leite MMJ. Martini JG. Felli VE, organizador. Programa de Atualização em Enfermagem - PROENF Saúde do Adulto. 1 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011, v. 5, p. 23-60.

Oliveira, AGB. Alessi, NP. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v.4, n.3, Jun, 2003.

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

Paz Filho GJ; Sato LJ; Tuleski M; Takata SY; Ranzi CCC; Saryhashi SY; Spandini B. Emprego do questionário CAGE para detecção de transtorno de uso de álcool em pronto-socorro. Rev Assoc Med Bras. 2001; 47:65-9.

Peduzzi, M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação. Campinas, 1998 Tese (doutorado) Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1998.

Peres AM, Ciampone MHT. Gerência e competências gerais do enfermeiro. Texto e contexto e enferm. 2006; 15(3):492-9.

Pillon, SC; Luis MAV. Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas para a enfermagem. Rev Latino-am Enfermage. 2004; 12(4):676-682.

Pinho PH. Oliveira MAF. Almeida MM. A reabilitação psicossocial na atenção aos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas: uma estratégia possível? Rev Psiq Clin (USP impresso). 2008; 35:82-88.

Rassol GH; Luis MAV. Substance abuse in psychiatric emergency settings in Brazil: potential for recognition and brief interventions. Texto contexto Enferm. 2004; 13(2):255-63.

- Reis AD; Figlie NB; Laranjeira R. Prevalence of substance use among trauma patients treated in a Brazilian emergency room. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2006;28(3):191-5.
- Rocha SMM; Almeida MCP. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. *Rev. Latino-am Enfermagem* 2000;8(6):96-101.
- Rolim MA. As representações sociais acerca do doente mental atendido em emergências psiquiátricas [tese]. São Paulo: Departamento Materno-Infantil e Psiquiátrico, Universidade de São Paulo; 1993.
- Ronzani TM, Furtado EF. Estigma social sobre o álcool. *J Bras. Psiquiatr.* 2010, 59 (4): 326-32.
- Rusch N, Angermeyer MA, Corrigan PW. Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry.* 2005; 20:529-39.
- Sawaia BB. Análise psicossocial do processo saúde-doença. *Rev. Esc. Enf.* 28(1):105-110, 1994.
- Schmidt MB, Figueiredo AC. Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental. *Rev. latino am. psicopatol. fundam.* 2009;12(1)130-140.
- Scivoletto S; Boarat, MA; Turkiewics G. Emergências psiquiátricas na infância e adolescência. *Rev Bras Psiquiatr* 2010;32(S2):112-12.
- Segatto ML; Pinsky I; Laranjeira R; Rezende FF; Vilela TR. Triagem e intervenção breve em pacientes alcoolizados atendidos na emergência: perspectivas e desafios. *Cad. Saúde Pública* 2007;23(8)1753-1762.
- Segatto ML; Silva RS; Laranjeira R; Pinsk O. impacto do uso de álcool em pacientes admitidos em um pronto-socorro geral universitário. *Rev Psiq Clín.* 2008;53(4):138-43.
- Silva ALA O projeto copadora do CAPS: do trabalho de reproduzir coisas à produção de vida. Dissertação (Mestrado), Escola de Enfermagem, USP, São Paulo, 161p. 1997.
- Silva RCL, Porto IS, Figueiredo NMA. Reflexões acerca da assistência de enfermagem e o discurso de humanização em terapia intensiva. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2008 mar; 12 (1):156 – 9.
- Smeltzer SC; Bare BG. Brunner/Suddart – Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, 2001.
- Smith GB. Attitudes of nurse managers and assistant nurse managers toward chemically impaired colleagues. *Image: J Nurs Scholarship* 1992; 24:295-300.
- Sousa FSP, Silva CAF, Oliveira EN. Serviço de emergência psiquiátrica em hospital geral: estudo retrospectivo. *Rev Esc Enferm USP* 2010; 44(3):796-802.

- Sousa LB, Barroso MGT. Reflexão sobre o cuidado como essência da liderança em enfermagem. Esc. Anna Nery Rev. Enferm;13(1):181-187, jan.-mar. 2009.
- Souza ML, Sartor VVB, Padilha MICS, Prado ML. O Cuidado em Enfermagem - uma aproximação teórica. Enfermagem Virtual. 2009 mar. Disponível em: <http://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos/7775/o-cuidado-em-enfermagem-uma-aproximacao-teorica/pagina-1>.
- Souza RSS; Siqueira MM. O processo de enfermagem na assistência a pacientes com dependência de álcool. J Bras Psiquiatr 2005;54(3):228-233.
- 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): 427-32.
- Stefanelli, M.C, Fakuda, I.M.K, Arantes, E.C, Malbergier, A. Amaral, R.A Enfermagem Psiquiátrica em suas dimensões assistenciais Ed, Manole 1ª edição, 2008. p601- 23.
- Taylor CM. Fundamentos de enfermagem psiquiátrica de Mereness. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992.
- Vargas D, Labate RC. Atitudes de enfermeiros de hospital geral frente ao uso do álcool e alcoolismo. Rev Bras Enferm 2006;59(1):47-51.
- Vargas D; Luis MAV. Alcohol, alcoholism and alcohol addicts: conceptions and attitudes of nurses from district basic health centers. Rev. Latino-Am. Enf [online]. 2008;16(n.spe):543-50.
- Veiga-Neto, A. Incluir para excluir. In: Larrosa J, Skilar C. Habitantes de babel: políticas e poéticas da diferença. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.
- Velho G. Duas categorias de acusação na cultura brasileira contemporânea. In: Figueiras S. Sociedade e doença mental. Rio de Janeiro, Campus, 1978. p. 37-45.
- Vieira V. 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.
- Vilarinho RMF, Lisboa MTL. Diabetes mellitus: fatores de risco em trabalhadores de enfermagem. Acta paul. enferm. 2010;23(4)557-561.
- World Health Organization (WHO). Global status report on alcohol and health. Geneva, WHO, 2011. xii, 286 p. Disponível em: [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/msbgsruprofiles.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf).



## APÊNDICES

### Apêndice I

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

##### I – Identificação do sujeito da pesquisa

Nome do entrevistado: \_\_\_\_\_

##### II – Dados sobre a pesquisa

**Título da Pesquisa: A Representação Social dos Enfermeiros de Serviços de Urgência e Emergência acerca da Assistência aos Usuários de Álcool e outras Drogas.**

**Pesquisadora:** José Gilberto Prates      COREN: 55404      Fone: 84331529

**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 dos enfermeiros de Serviços de Urgência e Emergência acerca da Assistência aos usuários de Álcool e outras Drogas, refletindo criticamente sobre as intervenções realizadas nestes serviços, no sentido de desvelar os saberes e o olhar deste profissional ao cidadão usuário de álcool e outras drogas no momento do atendimento. A coleta de dados será realizada por meio de entrevista semi- estruturada.

Solicito que concorde com a gravação da entrevista, para posterior transcrição e análise dos dados.

##### IV – Consentimento livre e esclarecido:

São Paulo, \_\_\_\_\_ de 2010.

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: 11-30667548

## **Apêndice II**

### **ROTEIRO DE ENTREVISTA**

1. Iniciais do nome:
2. Idade:
3. Sexo:
4. Há quanto tempo você é formado como enfermeiro(a)?
5. Há quanto tempo você atua como enfermeiro(a) ?
6. Possui especialização em Saúde Mental ou em Álcool e outras Drogas?
7. Possui formação de especialista em Atendimento de Emergência?
8. Há quanto tempo você atende usuários de álcool e outras drogas em urgência e emergência aqui no Pronto Socorro?
9. Quantos vínculos empregatícios possui?
10. Descreva um dia típico de seu trabalho.
11. Descreva o seu trabalho no atendimento ao usuário de álcool e outras.
12. Em sua opinião qual o papel do enfermeiro(a) em saúde mental atendendo emergências em álcool e outras drogas?



## ANEXO



### UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000  
Tel.: (011) 3061-7548/8858 - Fax: (011) 3061-7548 -  
São Paulo - SP - Brasil  
e-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 02 de junho de 2010.

Ilm.<sup>a</sup> Sr.<sup>a</sup>  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira

Ref.: Processo nº 917/2010/CEP-EEUSP

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto “**A representação Social dos Enfermeiros de Serviços de Urgência e Emergência acerca da Assistência aos Usuários de Álcool e outras Drogas**”, 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 Prado Fernandes*

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