

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM -
MESTRADO**

ANDREA SANTOS DE ANDRADE

**A ATENÇÃO AO USO PROBLEMÁTICO DE ÁLCOOL NA REDE BÁSICA DE
SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DO INTERIOR PAULISTA – POSSIBILIDADES E
LIMITES NA PERCEPÇÃO DE GESTORES**

SÃO CARLOS

2012

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM -
MESTRADO

A ATENÇÃO AO USO PROBLEMÁTICO DE ÁLCOOL NA REDE BÁSICA DE
SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DO INTERIOR PAULISTA – POSSIBILIDADES E
LIMITES NA PERCEPÇÃO DE GESTORES

**Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-graduação em Enfermagem da
Universidade Federal de São Carlos
para obtenção do título de mestre em
Enfermagem**

Orientação: Prof^ª. Dr^ª. Carmen Lúcia Alves Filizola
Coorientação: Prof^ª Dr^ª Sônia Regina Zerbetto

SÃO CARLOS
2012

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

A553au

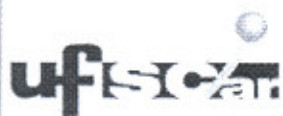
Andrade, Andrea Santos de.

A atenção ao uso problemático de álcool na rede básica de saúde de um município do interior paulista : possibilidades e limites na percepção de gestores / Andrea Santos de Andrade. -- São Carlos : UFSCar, 2012.
172 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2012.

1. Alcoolismo. 2. Enfermagem psiquiátrica. 3. Desinstitucionalização. 4. Reabilitação. 5. Atenção primária à saúde. 6. Serviços de saúde mental. I. Título.

CDD: 616.861 (20^a)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



FOLHA DE APROVAÇÃO

Aluna: ANDREA SANTOS DE ANDRADE

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DEFENDIDA E APROVADA EM 27/02/12
PELA COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof. Dr. Carmen Lúcia Alves Filizola
(Orientadora - PPGE_{nf}/UFSCar)

Prof. Dr. Bruno José Barcellos Fontanella
(DMed/UFSCar)

Prof. Dr. Sandra Cristina Pillon
(EERP/USP)

Presidente da Coordenação de Pós-Graduação
Prof. Dr. Anamaria Alves Napoleão

**Dedico a todas as pessoas que trabalham para
tornar melhor o mundo a seu redor, afinal...**

“Tudo vale a pena quando a alma não é pequena”

Fernando Pessoa

AGRADEÇO...

A Deus, pelas oportunidades de cada dia.

Ao meu pai pelo grande legado.

À minha mãe, pelo cuidado diário e pelas orações.

Ao João e à Régia, por serem verdadeiros irmãos.

À Letícia, por me ensinar a sorrir com as pequenas coisas.

Aos familiares que torciam à distância.

À Carmen e à Sônia, minha eterna gratidão pela oportunidade e pelo companheirismo.

Às amigas que foram especiais em cada etapa:

Sheila e Jaque, por me provarem que a vida reserva surpresas maravilhosas para os valentes!

À Priscila, por sempre me lembrar a ordem da vida – em primeiro lugar as primeiras coisas.

À Katlen, amiga das antigas, obrigada pela tradução!

À Secretaria Municipal de Saúde por me acolher e abrir as portas para a pesquisa.

Aos colegas de trabalho pela cumplicidade.

Aos gestores, que participaram deste trabalho.

À Universidade Federal de São Carlos, pelo ensino e rica oportunidade de pesquisa.

À banca, pelas preciosas contribuições.

E a todos os que me acompanharam nesta jornada e torceram por um final feliz!

RESUMO

A nova configuração da atenção ao uso de risco, abuso e dependência do álcool no Brasil, desenvolveu-se no bojo das mudanças decorrentes da Reforma Psiquiátrica. A atual organização do sistema de saúde brasileiro tem, dentre suas diretrizes, as unidades de atenção primária como uma das portas de entrada dos usuários para os serviços de saúde. Assim, a Estratégia Saúde da Família tem sido apontada como campo privilegiado para o desenvolvimento de ações de identificação e cuidado aos usuários de álcool. As recentes políticas públicas nacionais que abordam a problemática dispõem de medidas para atenção integral e redução dos danos sociais, à saúde e à vida, causados pelo uso de álcool, em seus diversos padrões de consumo. Frente à Política Nacional sobre o Álcool, pergunta-se o quanto suas diretrizes vêm sendo colocadas em prática pelos gestores municipais de saúde, quais os limites e as possibilidades de sua implementação. Esta pesquisa qualitativa teve por objetivo analisar a percepção dos gestores de saúde e saúde mental de um município do interior paulista, responsáveis pelos serviços relacionados à temática, sobre a atenção ao uso de risco, abuso e dependência do álcool. Utilizou-se como pano de fundo, para tal análise, o referencial da Reforma Psiquiátrica e a Política Nacional sobre o Álcool. Considerou-se relevante também, contextualizar o município por meio da consulta a documentos e de informações coletadas junto aos gestores. Para analisar a percepção dos gestores sobre a atenção ao uso, abuso e dependência do álcool na atenção básica, realizou-se entrevistas semiestruturadas com doze deles. Todos os preceitos éticos foram observados. Os dados foram analisados segundo a análise de conteúdo, categoria temática proposta por Bardin. A análise das entrevistas resultou em quatro categorias temáticas: A concepção dos gestores sobre a Síndrome da Dependência do Álcool (SDA); Fatores favoráveis ao desenvolvimento de ações relacionadas à problemática do álcool: das potencialidades do município à implementação das ações; Principais fragilidades e limites para o desenvolvimento de ações relacionadas à problemática do álcool; O enfrentamento da problemática do álcool pelo poder público: percepções, expectativas e sugestões. Ao refletir sobre as concepções dos gestores sobre o alcoolismo constatou-se a forte influência do modelo de doença. Da análise das possibilidades e limites apreendeu-se que as potencialidades do município estão relacionadas, principalmente, à gestão pública municipal, à secretaria municipal de saúde, dentro da qual destaca-se o trabalho do CAPS ad, e a outros segmentos sociais. Conforme relatado, as maiores fragilidades estão associadas ao despreparo daqueles envolvidos no desenvolvimento das ações e no cuidado de saúde mental nas unidades básicas de saúde. Destaca-se ainda o histórico de tratamento nos moldes manicomial que continua exercendo forte influência sobre os saberes e práticas inclusive dos familiares e trabalhadores da saúde, que ainda manifestam preconceito referente à temática. Ao expressarem suas expectativas para a efetividade das ações os gestores apontaram várias sugestões, destacando-se a necessidade de planejamento e avaliação das ações com a implantação de práticas fundamentadas em protocolos de atenção e a capacitação dos trabalhadores da saúde na temática. Constatou-se, finalmente, que o município tem vivenciado um processo de mudanças no cuidado à pessoa que faz uso de risco de álcool, aproximando-se dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica e das diretrizes da Política Nacional sobre o Álcool. Entretanto, sua implantação enfrenta limitações de ordem cultural, histórica, estrutural, social e política. Assim, as práticas desenvolvidas encontram-se inseridas num campo de tensão, onde ainda coexistem dois modelos: o psicossocial e o tradicional o que retarda o processo de mudanças.

Palavras-chave: Desinstitucionalização. Reabilitação. Alcoolismo. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The new structure of attention to the risky use, abuse and alcohol dependence in Brazil, was developed inside the resulting changes from the Psychiatric Reform. The current organization of the Brazilian health system has, among its guidelines, the units of primary care as the one of the access for users of health services. In this context, the Family Health Strategy has been identified as a distinguished field in the development of actions to identify and care alcohol dependents. Recent national policies that address the issue provide measures of comprehensive care to alcoholics, in addition to social, health and life harm reduction caused by abusive consumption of alcohol. Faced with the National Policy on Alcohol, it is questioned how policies have been put into practice by local health managers, as well as what the limits and possibilities of its implementation are. This qualitative study aimed to assess the perceptions of managers of the Department of Health, from a city of Sao Paulo State, which are responsible for health care services related to the subject, on the attention to the use, abuse and alcohol dependence. It was used as a background to this assessment, the reference of the Psychiatric Reform and the National Policy on Alcohol. To this end, it was also considered important to contextualize the municipality through consultation of documents and information given by the managers. To assess the perception of managers on the attention to the risky use, abuse and alcohol dependence in primary care, it was carried out semi-structured interviews with twelve of them. All ethical considerations were observed. Data were analyzed according to the content analysis, which is a thematic category proposed by Bardin. The assessment of interviews resulted in four themes: The thinking of managers on Alcohol Dependence Syndrome (ADS); Factors favoring the development of actions related to alcohol issues: from the potential to the implementation of actions; Fragility and limits for the development of actions related to alcohol issues; Tackling alcohol issues by the government: perceptions, expectations and suggestions. When reflecting on the managers opinions about alcoholism, it was evidenced strong influence on the model of the disease, and no association was found to the relevant question of its syndrome nature. From the analysis of the possibilities and limitations it can be clearly seen that the potentialities of the municipality are primarily related to municipal public administration, the municipal health department, in which stands the work of CAPS ad, and other social groups. As reported, the major fragilities are associated with the unpreparedness of the ones involved in the development of mental health services in primary care, including alcohol issues. It is also of great significance, the history of treatment based on psychiatric hospital models, which continues to have strong influence on the knowledge and practices particularly from family members and health workers, who still have some prejudice on the subject. When expressing their expectations for the effectiveness of actions, managers pointed out several suggestions highlighting the need for planning and evaluating actions with the implementation of practices based on care protocols and capacitating workers. It was finally observed that the city has been experiencing a process of change in care to the person making abusive use of alcohol, approaching the assumptions of the Psychiatric Reform and the National Policy on Alcohol. However, its implementation faces limitations in the cultural, historical, structural, social and political order. Thus, the developed practices are inserted in a field of tension where there are still two coexisting models: a psychosocial and a traditional, which slows down the process of changes.

Keywords: Deinstitutionalization. Rehabilitation. Alcoholism. Health Primary Care.

LISTA DE QUADROS

Páginas

QUADRO 1: Distribuição dos gestores, segundo a categoria profissional, sexo e idade. 47

QUADRO 2: Distribuição dos gestores, segundo a categoria profissional e o número de pós-graduações concluídas. 48

QUADRO 3: Distribuição dos gestores, segundo a categoria profissional e os cursos realizados na temática do álcool. 49

QUADRO 4: Distribuição dos gestores, segundo a categoria profissional/tempo de conclusão da graduação/tempo de atuação na profissão. 50

QUADRO 5: Distribuição dos gestores, segundo a categoria profissional e atuação no cuidado ao alcoolista. 50

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	09
INTRODUÇÃO	11
- Delimitando o objeto de estudo.....	14
CAPÍTULO 1 – REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	17
1.1 O processo da Reforma Psiquiátrica e as políticas públicas sobre o álcool	17
- Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica no Brasil - Contextualização	22
- A questão da problemática do álcool na Atenção Primária à Saúde.....	28
- Uso problemático do álcool e políticas públicas.....	31
1.2 Referencial Metodológico	42
- Local.....	42
- Procedimentos éticos.....	42
- Sujeitos da Pesquisa e Procedimentos	42
- Instrumento de Coleta de Dados - as entrevistas	43
- Tratamento e análise dos dados	44
CAPÍTULO 2 – CONTEXTUALIZANDO O ESTUDO	46
2.1 Uma breve descrição do município	46
2.2 Perfil dos gestores municipais	47
CAPÍTULO 3 – A PROBLEMÁTICA DO ÁLCOOL NA PERCEPÇÃO DE GESTORES DE EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR PAULISTA	51
3.1 Apresentação dos resultados	51
Categoria Temática 1 - A concepção dos gestores sobre a Síndrome da Dependência do Álcool (SDA)	54
Categoria Temática 2 - Fatores favoráveis ao desenvolvimento de ações relacionadas à problemática do álcool: das potencialidades do município à implementação das ações	60
Categoria Temática 3 - Principais fragilidades e limites para o desenvolvimento de ações relacionadas à problemática do álcool	82
Categoria Temática 4 - O enfrentamento da problemática do álcool pelo poder público: percepção, expectativas e sugestões	103
3.2 Discussão das percepções dos gestores à luz do referencial teórico	115
CAPÍTULO – CONSIDERAÇÕES FINAIS	149
REFERÊNCIAS	153
APÊNDICE A – Roteiro de Caracterização dos Gestores	169
APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista	170
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	172
ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética	173

APRESENTAÇÃO

Iniciei minha experiência com a pesquisa no segundo ano da graduação, junto à Profª Carmen, militante da Reforma Psiquiátrica brasileira, por meio de quem tive a oportunidade de trabalhar como colaboradora/voluntária em duas pesquisas em saúde mental, com resultados significativos. A primeira tratava-se do levantamento de recursos sociais de apoio à família de pessoas com transtorno mental que incluiu a rede pública de atenção à saúde mental do município. Este trabalho resultou na elaboração de um folheto que foi disponibilizado nas Unidades de Saúde para divulgação da rede de saúde mental e outros recursos sociais de apoio do município de estudo. Na segunda pesquisa buscamos compreender a experiência de familiares alcoolistas participantes do grupo de auto ajuda Al-Anon que resultou na publicação de um artigo científico.

Essas experiências foram gratificantes e me sensibilizaram para a necessidade de lutar pela humanização do cuidado às pessoas em sofrimento psíquico e pela melhoria das condições da atenção nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

No terceiro ano da graduação, tive outra oportunidade de ampliar meus conhecimentos, agora em Saúde Coletiva, através da realização de uma pesquisa científica, junto à Profª Maria Lúcia, sobre as ações e concepções dos gestores quanto à implementação da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no SUS, nos municípios da micro-região de São Carlos. Passei a me interessar pelo universo das políticas públicas em saúde e, em sequência, realizei o trabalho de conclusão de curso sobre a identificação de estratégias para implementação da política Humaniza-SUS no município de São Carlos. Como resultado, tive a oportunidade de organizar a 1ª Oficina sobre Humanização da Saúde da rede de cuidados à saúde de São Carlos. Reunimos nesta ocasião mais de 60 trabalhadores da rede pública de atenção à saúde, incluindo gestores, para sensibilização quanto à importância do tema.

Este processo de construção de saberes nos campos da Saúde Mental e da Saúde Coletiva, influenciou minha percepção da vida pessoal e profissional. Trabalhar pela humanização do cuidado, com ênfase na atenção integral à saúde das pessoas que utilizam os serviços do SUS se tornou meu objetivo profissional e acadêmico.

Neste momento histórico em que as políticas públicas de saúde passam a enfocar a necessidade de um enfrentamento para a problemática do álcool, recebi um presente: a oportunidade de realizar uma pesquisa que concentra temas de relevância, com os quais já estava familiarizada – Reforma Psiquiátrica e Políticas Públicas em Saúde. Então

inicie o estudo sobre as percepções dos gestores municipais de um município do interior paulista sobre os limites e possibilidades para atenção à problemática do álcool na rede de Atenção Primária à Saúde.

Realizar este trabalho, no momento em que estão ocorrendo transformações no campo político e legal sobre o álcool, me motivou a contribuir para a consolidação do processo de reversão de saberes e práticas do cuidado às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool.

Na Introdução pontua-se a Reforma Psiquiátrica e a problemática do uso prejudicial do álcool que levaram ao objeto de estudo, aos objetivos e à justificativa desta pesquisa.

O Capítulo I descreve o referencial teórico-metodológico. Primeiramente traz-se o referencial da Reforma Psiquiátrica e, mais especificamente, das recentes Políticas Públicas Nacionais sobre o álcool. Em seguida, descreve-se o percurso metodológico da pesquisa, contendo o local do estudo, procedimentos éticos, coleta e análise dos dados.

No Capítulo II buscou-se, apresentar, o contexto do estudo e a caracterização dos gestores.

O Capítulo III apresenta as categorias temáticas que emergiram da análise minuciosa das entrevistas realizadas com esses atores. Neste espaço há conteúdos e falas que revelam a percepção deles sobre a problemática. Também é apresentada a discussão das categorias à luz dos referenciais teóricos.

O Capítulo IV contém algumas considerações finais relevantes em referência ao objeto de estudo.

INTRODUÇÃO

A nova configuração da atenção ao uso, abuso e dependência do álcool no Brasil, desenvolveu-se no bojo das mudanças decorrentes da Reforma Psiquiátrica. O tratamento indiferenciado, muitas vezes desumano, aos quais eram submetidas as pessoas com transtornos mentais deflagrou um movimento de indignação por parte dos trabalhadores da saúde, familiares e usuários que assistiam ou vivenciavam o contexto de violência em instituições asilares (BRASIL, 2005).

Devido aos sintomas decorrentes do uso excessivo de álcool serem considerados semelhantes aos sinais e sintomas presentes em pessoas com transtorno mental, até o século XX, o tratamento de escolha para os casos de alcoolismo foi o confinamento em hospícios, sob a supremacia do saber médico psiquiátrico que, naquela época, dedicava-se a estudar os distúrbios morais e o comprometimento mental dos casos de intemperança alcoólica. A terapia incluía eletrochoque, soro antialcoólico e contenção física, tratamentos que impossibilitavam o interno de participar das tomadas de decisão e condutas relacionadas à sua vida (SANTOS; VERANI, 2010).

Entre os séculos XIX e XX, a forma de tratar as pessoas em sofrimento psíquico no Brasil estava relacionada à lógica manicomial. Assim, merece destaque a atuação da enfermagem que se limitava à execução das ordens médicas, exercendo um papel controlador e repressor, de vigilância nos manicômios, sob influência do imaginário médico sobre o doente mental. O conhecimento dos profissionais de enfermagem era considerado insuficiente para o cuidado das especificidades psiquiátricas, sendo essa dificuldade justificada por não deterem o conhecimento científico próprio (BETEGHELLI et al. 2005; ACAUAN; DONATO; DOMINGOS, 2008).

Historicamente, as mudanças ocorridas no âmbito das políticas de saúde mental, no país, tiveram início em finais da década de 70, no século passado, com o surgimento do movimento da Reforma Psiquiátrica. Tal movimento consiste em um “processo político e social complexo” (BRASIL, 2005, p.06) de reformulação do modelo psiquiátrico em seus saberes e práticas, através de questionamentos e participação dos trabalhadores da área da saúde e saúde mental, usuários, familiares e outros atores sociais que buscam uma nova ética para o cuidado das pessoas em sofrimento psíquico, incluindo-se aqueles que fazem uso prejudicial do álcool (BRASIL, 2005; REIS; GARCIA, 2008).

A experiência da Psiquiatria Democrática Italiana, que demonstrou sua força no início da década de 70, pautada na desinstitucionalização, influenciou movimentos em

diferentes países. No Brasil, a inspiração resultou no Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA) fundado em Bauru/SP, em 1987, durante o II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, sob a égide: “Por uma sociedade sem manicômios.” (BRASIL, 2005; DELGADO et al., 2007; VECCHIA; MARTINS, 2009, p. 154).

Em 1989, o Deputado Paulo Delgado deu entrada no Senado ao Projeto de Lei que propunha a regulamentação dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico e o progressivo processo de desinstitucionalização (BRASIL, 2005). Após 12 anos em tramitação, o Projeto de Lei foi aprovado e substituído pela Lei 10.216/2001, marco legal da Reforma Psiquiátrica, que dispõe sobre a proteção e direitos do portador de transtorno mental, e, conseqüentemente, dos direitos dos que sofrem por transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas (BRASIL, 2001a; BRASIL, 2003; VECCHIA; MARTINS, 2009).

Entende-se como desinstitucionalização, um trabalho operacional que visa à desmontagem do manicômio através da participação de vários atores da sociedade. Este trabalho prático pressupõe a revisão dos saberes e práticas centradas no paradigma racionalista, o qual tem favorecido a exclusão social das pessoas em sofrimento psíquico. O novo enfoque objetiva a reconstrução do sujeito, preservando sua subjetividade, sua história de vida e suas relações interpessoais (ROTELLI et al., 1990; HIRDES, 2009).

Uma importante mudança que vem ocorrendo na atenção à saúde mental no Brasil consiste na substituição da assistência basicamente hospitalocêntrica por uma assistência articulada à rede de serviços de base comunitária com o tratamento em saúde mental inserido na rede primária de atenção à saúde (SILVEIRA; VIEIRA, 2009).

Segundo Vecchia e Martins (2009), o marco para o desenvolvimento destas ações se deu em 1992, através da Portaria n° 224/1992, que definiu normas para a atenção intra e extra-hospitalar. A partir de então, a estratégia de tratamento para a pessoa com transtorno mental passa a ser vista para além dos muros dos hospitais, compondo uma rede de atenção de base comunitária.

Dentre as mudanças ocorridas, ressalta-se a construção da rede de saúde mental, composta pela articulação de serviços variados, tais como: Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidade de Saúde da Família (USF), Programa de Agentes Comunitários (PACS), Centros Comunitários, ambulatórios, emergências psiquiátricas em hospitais gerais, Centros de Convivência, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I, II, III, Álcool e Drogas e Infante-juvenil), Lares Abrigados, Residências Terapêuticas, oficinas de atividades construtivas e similares (BRASIL, 2004a).

Vargas e Luís (2008) apontam que, dentre as diretrizes da atual organização do sistema de saúde no Brasil, a atenção primária apresenta-se como porta de entrada aos usuários para os serviços de saúde. Assim, subentende-se uma alta demanda de indivíduos prejudicados pelo consumo abusivo de álcool, atendidos nestes serviços devido a problemas como embriaguez, violência familiar e traumas.

Neste contexto, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) mostra-se como um recurso potencialmente eficaz no desenvolvimento de ações de identificação e cuidados aos usuários de álcool, uma vez que as equipes estão mais próximas às famílias e têm mais condições de identificar o sofrimento psíquico ou o abuso de álcool e outras drogas desde estágios iniciais (BRASIL, 2005). Assim, o Ministério da Saúde elegeu o uso prejudicial de álcool como um dos dez problemas a serem priorizados dentro do trabalho do Programa de Saúde da Família (MARQUES; FURTADO, 2004; MINTO et al., 2007).

Associado à potencialidade da ESF, encontra-se o trabalho de suporte oferecido pelas equipes matriciais que, juntamente com as equipes dos CAPSs, apoiam as equipes da Atenção Básica na elaboração de estratégias para um plano de cuidados adequado às pessoas em sofrimento psíquico e àquelas que fazem uso prejudicial de álcool e de outras drogas (BRASIL, 2005).

Observa-se que as intervenções acima descritas datam da última década, sendo assim, o atual delineamento de ações de saúde pública para a atenção aos que fazem uso excessivo de álcool no país, é muito recente. É evidente o atraso histórico na implantação e implementação de políticas públicas eficazes para o álcool, considerando-se a demora do Ministério da Saúde em assumir a responsabilidade pelas ações de enfrentamento desta problemática. Salienta-se que as primeiras intervenções estiveram relacionadas ao campo da Justiça e da segurança pública, limitadas ao controle e repressão do uso de álcool e outras drogas. Tais estratégias, desenvolvidas em alguns países do Hemisfério Norte, no início do século passado, influenciaram a formulação das políticas no Brasil que, durante décadas, não levaram em conta a relação entre consumo de álcool, saúde e bem estar (LARANJEIRA; ROMANO, 2004; MACHADO; MIRANDA, 2007).

Somente a partir de 2003, as ações da atenção à saúde mental passaram a focar a questão do alcoolismo, tendo, o Ministério da Saúde elaborado uma Política Nacional Específica para Álcool e outras Drogas. Com uma nova abordagem, a base desta política concentra-se na estratégia de redução de danos e nos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS ad) considerados ferramentas importantes, frente à difícil tarefa

que inclui prevenção, tratamento e reabilitação dos usuários de álcool e outras drogas (PINHO; OLIVEIRA; ALMEIDA, 2008).

Esta nova configuração da atenção à problemática do álcool tem ainda o CAPS ad como referência para acompanhamento e tratamento de indivíduos que fazem uso abusivo e dependência do álcool. A detecção dos prejuízos causados pelo consumo de bebida alcoólica acontece, na maioria das vezes, em fases avançadas, quando os indivíduos chegam a essas unidades, já vitimados pelo ato prejudicial de beber. Isto demonstra que o trabalho de prevenção ainda é discreto, e ratifica a importância do desenvolvimento de ações na atenção básica para identificar os casos, antes que atinjam o padrão de dependência (BRASIL, 2003).

Delimitando o objeto de estudo

O uso abusivo e a dependência de álcool se configuram como um sério problema de saúde pública, pois abrange várias dimensões. Segundo a Organização Mundial de Saúde “cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo, consomem abusivamente substâncias psicoativas independente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002; BRASIL, 2004b, p. 12).

O 1º Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas realizado no Brasil pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) e Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) demonstrou que, em média, 68,7% da população fazia uso de álcool e 11,2% apresentava padrão de dependência (CARLINI et al., 2002). O 2º levantamento expôs que a porcentagem de usuários de álcool subiu para 74,6% e os dependentes representaram 12,3% da população (BRASIL, 2005; CARLINI et al., 2006).

Outro dado epidemiológico relevante aponta que, dentre os bebedores adultos da população brasileira, 29% consomem em forma de *binge* (consumo de quatro ou mais doses de bebidas alcoólicas pelas mulheres e cinco ou mais pelos homens, em uma única ocasião). Tal fato requer preocupação, considerando-se os problemas advindos deste consumo estão relacionados à violência, absenteísmo, prejuízos para a saúde, acidentes de trânsito entre outros (LARANJEIRA et al., 2007a; LARANJEIRA et al., 2010).

Ainda ressalta-se que o álcool está relacionado a 60% dos acidentes de trânsito e 70% das mortes violentas do país (homicídios e violência domiciliar), além das doenças de evolução crônica, como cirrose, polineurites e algumas formas de câncer (PEREIRA; PILLON, 2004).

Segundo o Ministério da Saúde (MS), os números são alarmantes e o crescimento é contínuo. A maioria dos usuários de álcool, em estágios iniciais, não recebe orientações ou tratamento para evitar a evolução para quadros graves (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2005), e são encaminhados a tratamento hospitalar, quando já estão sequelados pelo consumo de álcool.

Além das estatísticas apresentadas, faz-se necessário enfatizar que os danos causados pelo consumo de álcool podem ser agudos ou crônicos, a depender de fatores como frequência, quantidade ingerida em cada episódio, intervalo de tempo entre os episódios e, ainda, pelos diferentes contextos envolvidos no ato de beber. Também se observa que tais danos podem ser causados por meio de três mecanismos de ação da substância no organismo: “toxicidade, direta e indireta sobre diversos órgãos e sistemas corporais; intoxicação aguda; e dependência” (LARANJEIRA; ROMANO, 2004, p. 69). Tais características confirmam que o álcool, a substância psicoativa mais consumida pela humanidade, é uma substância singular, sendo seus fatores determinantes relacionados a aspectos psicológicos, genéticos, morais e ambientais, e possui expressivo significado cultural e simbólico, o que a afasta de ser uma droga qualquer, merecendo atenção particular ao desenvolvimento de políticas e práticas (MARQUES, 2001; LARANJEIRA; ROMANO, 2004).

A seriedade da problemática da atenção à saúde mental e uso excessivo de álcool e outras drogas foi amplamente discutida na III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001) e apontou, dentre outros temas, a importância de inserir atenção às pessoas que fazem uso prejudicial de substâncias psicoativas no contexto do SUS, reconhecendo-se esta temática como um sério problema de saúde pública. As discussões emergentes dessa conferência e as propostas enfaticamente recomendadas foram decisivas para que, em seguida, o Ministério da Saúde implementasse o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas, em 2002 (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2004b, BRASIL, 2005).

A partir de então, iniciou-se a estruturação de uma política pública dentro do campo da saúde mental visando enfrentar este complexo problema mundial de saúde pública, com altos índices de prejuízos confirmados no Brasil (BRASIL, 2005). Este programa precedeu à Política de Atenção Integral em Álcool e outras drogas, criada em 2003, a partir da qual o governo assumiu a responsabilidade de ofertar cuidado integral e articulado, além de buscar prevenção, tratamento e reabilitação aos usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2004b).

Em 2007, através do decreto 6.117, foi aprovada a Política Nacional sobre o Álcool que dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação

com a violência e criminalidade. Composto por 20 diretrizes, o documento aborda medidas para reduzir o consumo indevido do álcool e minimizar os impactos dos problemas decorrentes deste uso, tais como violência e criminalidade. Requer, também, a participação e articulação de diferentes setores, como por exemplo, justiça, educação, trabalho, ação social, segurança pública e outros. Ressalta a necessidade de a administração pública federal realizar planejamentos, visando à redução e prevenção de danos à saúde, advindos do uso abusivo de bebidas alcoólicas (BRASIL, 2007).

Frente às diretrizes apresentadas na Política Nacional sobre o Álcool, questiona-se o quanto elas estão sendo colocadas em prática pelos gestores de saúde municipais. Considerando-se a experiência da pesquisadora como trabalhadora da saúde em um município do interior paulista, com uma rede diversificada de serviços de atenção à saúde, incluindo a atenção básica e saúde mental, pergunta-se: como este município enfrenta tão séria problemática? Como planeja suas ações dirigidas a essa questão? Os gestores conhecem tais diretrizes? Quais suas concepções sobre as ações de promoção, prevenção e reabilitação da problemática do álcool? Há ações já implementadas nos serviços que compreendem a atenção básica? Elas são desenvolvidas em consonância com a política nacional? Quais os limites e as possibilidades em colocar tais diretrizes na prática de uma gestão municipal?

A realização deste trabalho justifica-se, tendo em vista não somente a necessidade de produção de conhecimento científico nesta área, como também objetiva oferecer subsídios para implementação de políticas públicas de enfrentamento da problemática, considerando-se a complexidade desta tarefa. Também se espera que este estudo possa contribuir para a reflexão dos próprios gestores, em seus saberes e práticas.

Frente ao exposto, esta pesquisa tem por objetivo analisar a percepção dos gestores dos serviços da atenção básica de um município do interior paulista sobre a atenção ao uso, abuso e dependência do álcool, tendo como pano de fundo o referencial da Reforma Psiquiátrica e, mais especificamente, das Políticas Públicas Nacionais sobre o Álcool. Para tanto, considerou-se relevante fazer uma breve contextualização do município, trazendo a constituição da rede de atenção à saúde mental e os serviços que a compõem.

1 - REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

1.1 O PROCESSO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE O ÁLCOOL

A compreensão dos fatores que influenciaram a formulação de políticas sobre álcool está intimamente relacionada aos fatos históricos ligados à loucura e suas formas de tratamento. Faz-se necessário um breve histórico ao longo dos séculos para demonstrar o percurso das ações àqueles que fazem uso prejudicial de álcool, sua relação com a loucura e os contextos para mudança.

A constatação dos atos desumanos relacionados à loucura ou doença mental perpassa a história da humanidade desde os primórdios da civilização, quando os indivíduos considerados anormais eram abandonados para que morressem de fome ou fossem atacados por animais. A estigmatização da loucura fez com que, durante muitos anos, o doente vivesse segregado e excluído da sociedade, arraigada em preconceitos (SPADINI; SOUZA, 2006).

Do século XV ao XIX, vivenciou-se a dualidade na forma de ver a loucura: de um lado o conhecimento teórico do que era loucura e do outro, a percepção da sociedade sobre os loucos. Antigamente, as explicações para os casos de loucura eram sobrenaturais e os loucos eram tratados com métodos mágicos e religiosos, eram exorcizados e até queimados (SPADINI; SOUZA, 2006).

Durante o Renascimento (século XVI), é atribuído à loucura o cunho moral, sendo esta associada a irregularidades na conduta, fraquezas, defeitos, falta de controle dos impulsos, entre outros. As instituições conhecidas como hospitais, na época, não desenvolviam atividades de cuidados à saúde e eram locais destinados à internação/hospedagem de mendigos, assistidos por segmentos filantrópicos e religiosos (SPADINI; SOUZA, 2006).

Entre os séculos XVII e XVIII, os indivíduos com algum desvio de conduta social, considerando-se os padrões impostos pela sociedade da época, eram confinados nestes locais de internação. Tais estabelecimentos macroasilares comportavam centenas e até milhares de pessoas para isolar e segregar vários segmentos sociais, dentre eles, prostitutas, portadores de doenças venéreas, mendigos, ladrões, alcoolistas, libertinos e feiticeiros. Todos eram enclausurados no mesmo espaço, juntamente com os loucos, pois, acreditava-se que ameaçavam a ordem e os valores morais da sociedade (AMARANTE, 2007; MILLANI; VALENTE, 2008; PINTO; FERREIRA, 2010).

No século XVII, a loucura começou a ser concebida mais pela razão do que por aspectos sobrenaturais, mas ainda tratada com internações sob condições de violência e falta de cuidados adequados. As pessoas em sofrimento eram percebidas como perigosas, representando risco para si e para os outros. (SPADINI; SOUZA, 2006; LANCETTI; AMARANTE, 2009).

Sob influência do lema da Revolução Francesa – Liberdade, Igualdade, Fraternidade, os asilos passaram a representar uma solução para o problema civil da presença dos “diferentes”, indivíduos considerados alienados por um padrão de comportamento definido pela sociedade como anormal e que não podiam ser excluídos, em virtude dos princípios da referida revolução. O doente mental foi definitivamente separado do convívio dos classificados como normais e afastado dos “donos” da razão (AMARANTE, 1995; GONÇALVES; SENA, 2001).

No século XVIII, Philippe Pinel, considerado o pioneiro da psiquiatria, iniciou um processo de reforma no tratamento oferecido às pessoas em sofrimento mental e, em 1798, conseguiu autorização para libertar os asilados. Primeiramente, definiu a instituição hospitalar como terapêutica destinada a cuidados médicos e estudo dos casos; assim, foram mantidos nestes locais apenas os enfermos. Desta maneira, o hospital tornou-se um espaço para tratamento, perdendo suas funções iniciais de caridade e controle social (AMARANTE, 2007). Os considerados doentes mentais saíram das casas de correção e passaram a ser tratados em instituições psiquiátricas (GONÇALVES; SENA, 2001; PINTO; FERREIRA, 2010). Também se buscou, através da institucionalização, o tratamento baseado no caráter disciplinar (LANCETTI; AMARANTE, 2009). A partir do século XVIII, pela primeira vez, uma especialidade médica – a psiquiatria – fez associação entre um projeto de conhecimento e transformações sociais (MACHADO et al., 1978; REINALDO; PILLON, 2007).

A Medicina e a nascente Psiquiatria consideravam as diversas formas de loucura decorrentes de outras doenças, obedecendo ao paradigma classificatório-taxonômico. O estudo restringia-se a um processo cuidadoso de observação, descrição e classificação, portanto, não havia um domínio que contemplasse as especificidades das doenças mentais (FOUCAULT, 1987; BERCHERIE, 1989). Ainda no século XVIII, Pinel expandiu o conhecimento sobre a doença mental, classificando-a como distúrbio do sistema nervoso. Assim, como uma doença, passou a ser objeto de estudo, e foram avaliadas suas especificidades (SPADINI; SOUZA, 2006). Deve-se salientar que Pinel ainda propôs a seguinte relação no convívio asilar: o médico - alienista figurava como detentor do saber; e o paciente, o subjugado a este conhecimento. Desta forma, o manicômio representava um lugar

onde a Medicina poderia estudar e descobrir as verdades sobre a loucura (MACHADO et al., 1978; REINALDO; PILLON, 2007).

A principal mudança decorrente da Revolução Francesa, no campo da saúde mental, consistiu na transformação dos asilos em instituições médicas e a loucura passou a ser aprisionada pelo saber médico (AMARANTE, 2007). Segundo o mesmo autor (1995), os alienados não eram considerados cidadãos por não gozarem da razão plena que representava a liberdade. A tarefa destes hospitais era, através do tratamento moral, levar tal indivíduo a recuperar a razão e sua liberdade, porém este resultado mostrava-se incompatível com a terapêutica oferecida nestas instituições. Os princípios alienistas decorrentes do lema da Revolução Francesa foram adotados no mundo ocidental e os hospitais psiquiátricos tornaram-se espaços violentos de mortificação e exclusão.

Somente no período da Modernidade (século XIX), delineia-se a separação entre a razão e a desrazão, oficializando-se neste século o *status* de doença mental. A loucura passa, então, a ser concebida como doença e a psiquiatria, como especialidade médica. Tal fato só foi possível depois que o homem descobriu uma nova forma de se perceber e de vivenciar a condição humana (BEZERRA JÚNIOR, 1995).

Vale ressaltar que nesta época, a prática de enfermagem recebia forte influência do tratamento moral, e sofria o domínio do saber médico já consolidado, enquanto psiquiatria. Os profissionais não detinham saber científico próprio para fundamentar suas ações e a assistência se limitava aos cuidados básicos e a atos de vigilância intensa sobre os internos, confirmando o caráter disciplinar asilar em busca da correção do comportamento desviante. Neste contexto, o cuidado prestado pela enfermagem aos doentes mentais estava sob a supremacia da autoridade médica, “o desenvolvimento das ações de cuidar encaixavam-se nos códigos de tolerância, submissão, conformismo e alienação” podendo-se considerar a enfermagem como coadjuvante neste processo (REINALDO; PILLON, 2007, p.690).

Observa-se em toda História a forte marca da segregação, condições de maus-tratos e inespecificidade de tratamento aos indivíduos submetidos à internação em manicômios. A indignação, quanto ao tratamento oferecido aos moradores de instituições asilares resultou em vários movimentos de contestação, sendo a experiência italiana a de maior repercussão internacional no campo teórico-prático. Entre seus desdobramentos, ressaltam-se a desativação do hospital de Gorizia e Trieste, a criação da “psiquiatria democrática”, a criação de redes alternativas à instituição psiquiátrica e, posteriormente, a promulgação da Lei 180 na Itália, conhecida como Lei Basaglia que aboliu os manicômios “recolocando o doente em lugar de sujeito, não mais de paciente” (HIRDES, 2009, p.299).

A experiência italiana de desinstitucionalização previa a convivência do doente mental na sociedade, em detrimento dos longos períodos em internação (AMARANTE, 2007). Segundo Hirdes (2009, p.299), o termo desinstitucionalização teve sua origem na Itália e significa “deslocar o centro da atenção da instituição para a comunidade, distrito ou território.” O autor ainda afirma que a conotação do termo vai além da simples ação de deslocar o tratamento do manicômio para a comunidade, pois não se limita apenas ao desmonte da estrutura física da instituição. É necessário um contato dos atores sociais que permita uma relação efetiva com o indivíduo em sua “existência” doente.

Rotelli, Leonardis e Mauri (1990, p.30) afirmam que o significado da terapia não é mais a busca da cura e sim, a “produção da vida, de sentido, de sociabilidade”, a utilização de espaços coletivos de convivência dispersa. Para Basaglia, era importante considerar a problematização do “objeto” do cuidar, ou seja, ao invés de ser a “doença”, torna-se “a existência-sofrimento das pessoas e a sua relação com o corpo social.”

Franco Basaglia, enquanto protagonista de toda uma transformação da assistência psiquiátrica italiana ao doente mental, buscou desmontar as instituições psiquiátricas do norte da Itália, e para isso, entendeu que a doença deveria ser colocada entre parênteses como definição. Ele não negou a doença enquanto a existência de algo que produz dor, sofrimento, mal estar, mas se recusou em aceitar o saber psiquiátrico como única possibilidade de explicar e compreender o fenômeno da loucura. No seu entendimento, era importante discernir as consequências no doente, advindas da responsabilidade da própria doença, ou seja, das condições do estar doente, e do estar institucionalizado. Longos anos de internação psiquiátrica, sob um tratamento baseado no autoritarismo, coerção, violência, punições e regras institucionais, levariam o doente à perda de sua identidade pessoal e social (AMARANTE, 1994).

Assim, desinstitucionalização é um trabalho operacional que visa desmontar o manicômio, através da revisão de saberes e práticas centradas no paradigma racionalista, o qual tem favorecido a exclusão social das pessoas em sofrimento psíquico (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 1990). Desinstitucionalizar requer, também, a transformação das relações estabelecidas entre os profissionais de saúde e os sujeitos que sofrem psiquicamente. Tais relações deixam de envolver poderes repressivos, punições, desrespeitos, restrições, e buscam reconstruir o direito do doente, enquanto cidadão participativo de seu processo terapêutico.

Corroborando as ideias acima, Amarante (1996), salienta que o termo desinstitucionalização foi compreendido como desospitalização, desassistência e

desconstrução. O termo entendido como sinônimo de desospitalização se limitou em ações políticas com objetivos administrativos de altas hospitalares, redução gradual do número de leitos psiquiátricos e o fechamento brusco de hospitais psiquiátricos (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 1990). Porém, dentro do processo de desinstitucionalização, a desospitalização está inserida como uma das etapas de transformação, mas não se limita somente a isto.

Na compreensão como desassistência, os segmentos conservadores e resistentes à mudança, ressaltaram ideias de abandono dos doentes e falta de tratamento. Desinstitucionalização, como enfoque de desconstrução, caracteriza-se pela crítica epistemológica ao saber médico, tendo como experiência o processo italiano (AMARANTE, 1996).

Desta maneira, Dell'Acqua (1995) salienta que o processo de desinstitucionalização italiano fundamentou-se na valorização das pessoas, das suas necessidades, capacidades e potencialidades, dos seus afetos e sentimentos. Não consistiu em se restringir à história das enfermidades do sujeito e suas limitações derivadas da doença mental e nem de seus caminhos institucionais percorridos, mas sim em reconhecer as pessoas e suas histórias, despertando-lhes possibilidades de vida.

Esta última concepção influenciou os trabalhadores de saúde do Brasil, constituindo-se em uma das estratégias do processo da Reforma.

Para Amarante (1997; 2003), o processo da Reforma Psiquiátrica exige um permanente processo de reflexões e transformações que ocorrem articuladas, não somente no campo teórico-conceitual, mas técnico-assistencial, jurídico-político e sócio-cultural. Na dimensão técnico-assistencial, tem-se construído uma rede social que não se limita apenas aos novos equipamentos substitutivos ao hospital psiquiátrico, mas a outros recursos para atender e cuidar da pessoa que sofre mentalmente, identificados nos recursos afetivos, sociais, culturais, religiosos, de lazer, econômicos e outros inseridos no território (AMARANTE, 1997; ROCHA, 2005).

Nos campos assistencial e jurídico-político, as mudanças têm sido realizadas na extinção progressiva dos manicômios, com substituição por serviços abertos, revisão das legislações sanitárias, civil e penal relacionadas à doença mental. Tal procedimento possibilita conquistas às pessoas que sofrem psiquicamente, no que se refere a exercitarem seus direitos à cidadania, à inclusão social o que abrange a inserção no trabalho (AMARANTE, 2003).

Na dimensão sociocultural, o enfoque abrange a transformação do imaginário social relacionado à loucura, à doença mental e à periculosidade social, almeja o conceito de

existência-sofrimento e o doente mental como cidadão de direitos e deveres, e conquista o seu poder de contratualidade social (AMARANTE, 2003).

A Reforma Psiquiátrica, um movimento considerado também ideológico, aponta para a superação do modelo hospitalocêntrico no atendimento da pessoa com transtorno mental, e o indivíduo que sofre psiquicamente é tratado no seu próprio espaço social. Consiste em um processo político e social complexo de reformulação do modelo psiquiátrico em seus saberes e práticas, com a participação de profissionais da área da saúde e saúde mental, usuários do serviço, familiares e outros atores sociais. Além disto, busca uma nova ética no cuidado das pessoas em sofrimento psíquico, incluindo aqueles que fazem uso prejudicial do álcool e passa a considerar a especificidade das necessidades (BRASIL, 2005).

A reforma visa reconstruir os direitos civis e de cidadania destas pessoas e possibilita-lhes a condução do cotidiano de suas vidas com autonomia.

Desta maneira, na perspectiva de busca pela cidadania, emergiu a questão da reinserção social do doente mental e de pessoas que apresentam problemas decorrentes do consumo de álcool e outras drogas, tendo a reabilitação psicossocial como arcabouço teórico (PITTA, 1996). Para Saraceno (2001), a reabilitação constitui um conjunto de estratégias que busca aumentar a oportunidade de troca de recursos e afetos, além de possibilitar o surgimento do efeito habilitador através da abertura de espaços de negociação entre usuário do serviço, sua família, a comunidade e os serviços.

Segundo Kinoshita (2001), reabilitar é proporcionar ao usuário dos serviços de saúde mental a conquista e a reconstrução dos valores sociais, com o objetivo de reconstituir o seu poder contratual, através da participação das trocas sociais, e ampliar a sua autonomia para gerenciar a sua vida.

Com a finalidade de transformar esta realidade, o processo da Reforma propõe uma nova forma de cuidar. Entretanto, ele não vem sendo construído de maneira harmônica e linear, mas sim, permeado por tensões, desafios e conflitos. Por estar inserido e articulado às potencialidades e limites das políticas públicas, principalmente ao SUS, bem como à criação e implementação de projetos comprometidos com a busca e garantia dos direitos de cidadania, luta contra as desigualdades sociais e os mecanismos de exclusão social (BRASIL, 2002a).

Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica no Brasil – contextualização das experiências

Observa-se que os movimentos de Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica são contemporâneos no Brasil. O Movimento Sanitário tomou vulto na segunda metade da

década de 70, quando a população que fazia pressão em defesa das conquistas sociais encontrou entre os trabalhadores dos serviços públicos de saúde, principalmente os sanitaristas formados na década de 70, fortes aliados (DIMITROV, 2000; COSTA, 2010).

O surgimento do Movimento Sanitário ocorreu devido à insatisfação popular com as condições sanitárias vigentes na época, que limitavam o acesso à saúde que ficava relegada a segundo plano. Somada a isso, houve contestação das políticas, práticas e serviços de saúde que se encontravam em condições insatisfatórias para atender às necessidades da população (REIS; GARCIA, 2008; COSTA, 2010). “Pela primeira vez na história do país, a saúde teve seu panorama ampliado, sendo discutida como direito de todos e dever do estado” (NEVES; LUCCHESI; MUNARI, 2010, p. 667).

As propostas da Reforma Sanitária debatidas na sociedade foram consolidadas no relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), evento político-sanitário de expressiva participação popular mais importante da década. Este relatório serviu como base para elaborar a Constituição de 1988, a partir do pressuposto de que “Saúde é direito de todos e dever do Estado”. Desta maneira, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi adotado como sistema público de saúde do país (BRASIL, 1990).

Dentre os resultados decorrentes deste conjunto de manifestações e transformações, destaca-se a oposição ao pensamento dicotômico saúde *versus* doença. A saúde e a doença passam a ser elementos integrantes da coletividade, cujos fatores determinantes para sua ocorrência transpõem as barreiras das dimensões biológicas e ecológicas, reconhecendo-se a importância da influência histórica e social neste contexto (REIS; GARCIA, 2008).

Esta mudança na forma de perceber o binômio saúde-doença possibilitou definir e ampliar o território das ações da saúde pública e da saúde coletiva. O caminhar da compreensão de saúde coletiva como campo estruturado e estruturante de saberes e práticas no âmbito científico e político, tornou-se possível através do firmamento das formas de tratar o coletivo, o social e o público (NUNES, 2009). Assim, a Reforma Sanitária desencadeou um processo de críticas ao monopólio do discurso biológico e expandiu o desenvolvimento das práticas para outros espaços de atenção à saúde, propôs a progressiva substituição do modelo de assistência hospitalocêntrico, tendo como desafio a oferta de uma atenção integral aos usuários do SUS.

Referente à atenção à saúde mental, este processo de mudanças vem se consolidando através da Reforma Psiquiátrica, iniciada em finais da década de 70, propondo a ruptura do modelo clínico-psiquiátrico centrado na atenção hospitalar. Tal movimento

desencadeou, e ainda desencadeia, questionamentos sobre a atenção e cuidados dispensados aos doentes mentais. Os cuidados se caracterizavam pelo isolamento do indivíduo do meio social, conseqüente aprisionamento em manicômios reduzindo-o à condição de objeto/corpo doente. Este modelo foi alvo de críticas, o que resultou no Movimento de Luta Antimanicomial (MLA), impulsionado pela necessidade de combate a esta realidade (KODA, 2003; REIS; GARCIA, 2008).

A I Conferência Nacional de Saúde Mental do país apontou para a necessidade de expansão do conceito saúde para aspectos gerais da vida. A saúde mental é, então, inserida nos princípios e diretrizes do Movimento Sanitário por meio da defesa do SUS. O segundo tema apresentado no relatório desta conferência foi a Reforma Sanitária e reorganização da assistência à saúde mental. Tal relatório reforça as teses do Movimento Sanitário e introduz as especificidades da saúde mental no contexto de suas diretrizes e princípios. Quanto à assistência, aponta para os mesmos princípios já ressaltados dentre eles, a substituição do modelo hospitalocêntrico para um sistema extra-hospitalar (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2001).

Embora estes movimentos sejam contemporâneos, suas raízes e desdobramentos possuem pontos de aproximação e, em outros casos, de afastamento. O movimento sanitário preconizava a:

Mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta de serviços, protagonismo dos trabalhadores e usuários do serviço nos processos de gestão e produção de tecnologias e cuidado (REIS; GARCIA, 2008, p.1966).

A Reforma Psiquiátrica tem história singular, inscrita no contexto internacional de mudança do modelo hospitalocêntrico, e vem tentando se direcionar para além da criação de novas leis ou normas e conjunto de transformações nas políticas públicas e nos serviços de saúde. Trata-se de um movimento que também compreende um conjunto de transformações de práticas, saberes e valores socioculturais (BRASIL, 2005).

Deve-se ressaltar que ambos os movimentos (Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica) convergiram para um processo de valorização das práticas de saúde desenvolvidas em outros espaços, não apenas no contexto hospitalar. O segundo movimento propõe um processo de construção de uma rede de atenção e assistência psicossocial, que

possibilite práticas de reinserção e convívio social à pessoa em sofrimento mental (NEVES; LUCCHESI; MUNARI, 2010).

Todas as transformações ocorridas e que vêm ocorrendo no sistema de atenção à saúde mental no Brasil estão intrinsecamente articuladas às conquistas decorrentes dos movimentos e das Conferências Nacionais de Saúde Mental. Em continuidade ao processo de reversão do modelo assistencial iniciado na década de 70, o ano de 1987 apresentou dois fatos históricos: a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental, no Rio de Janeiro e a fundação do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA) em Bauru/SP, durante o II Encontro Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, sob a égide “Por uma Sociedade sem Manicômios”. O MNLA foi organizado por diversos atores, inclusive familiares, em torno das lutas políticas por condições dignas de trabalho e pelo direito da atenção à saúde (BRASIL, 2005; VECCHIA; MARTINS, 2009).

As Conferências têm se mostrado ferramentas decisivas para definir estratégias em prol da consolidação da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2002a). A I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987) foi realizada no contexto das mudanças ocasionadas pela 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), marco histórico da saúde no Brasil, na qual foram definidos os parâmetros para a criação do Sistema Único de Saúde. Esta conferência revelou a fragilidade da assistência à saúde mental no Brasil, centrada no modelo médico-psiquiátrico, focado em intervenções hospitalares (BRASIL, 2002a).

Em 1989, o Deputado Paulo Delgado deu entrada no Projeto de Lei que propunha a regulamentação dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico e o progressivo processo de desinstitucionalização. Sob a influência deste projeto, várias ações foram iniciadas no sentido de ampliar o atendimento à pessoa com transtorno mental (BRASIL, 2005).

A II Conferência Nacional de Saúde Mental (1992) foi decisiva para a reestruturação do modelo assistencial em saúde mental no Brasil. Os debates desta conferência foram influenciados pelos pontos da declaração de Caracas (1990), que abriu caminhos para a progressiva inserção da saúde mental na Rede de Atenção Primária à Saúde. O documento declara, primeiramente, que a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário da Saúde, no quadro dos sistemas locais de saúde, permite a promoção de modelos alternativos, para os quais os recursos extra-hospitalares, em caráter de rede, passam a se apresentar como novas opções para o tratamento em saúde mental (BRASIL, 1994).

No bojo destas discussões, a II Conferência ainda se aprofundou em críticas ao modelo tradicional e abordou a necessidade do cuidado integral em saúde mental, que só é possível através de uma rede diversificada e com articulação entre serviços, tais como centros de atenção psicossocial, hospitais gerais, unidades de emergência psiquiátrica, lares abrigados e recursos de apoio da comunidade (BRASIL, 1994).

Segundo Vecchia e Martins (2009), o marco para o desenvolvimento destas ações em rede de saúde mental na atenção básica se deu em 1992, com a Portaria 224/1992, que definiu normas para saúde mental, tanto em nível ambulatorial, quanto hospitalar. A partir de então, a estratégia de tratamento para a pessoa com transtorno mental é vista para além dos muros hospitalares e passa a compor a rede básica de atenção à saúde que inclui unidades básicas de saúde, centros de saúde, ambulatorios, Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

A necessidade de incluir ações de saúde mental na Atenção Básica constitui-se em um caminho estratégico para a busca e consolidação de uma clínica ampliada, solidária e integral ao sujeito que busca ajuda. Os CAPSs, como dispositivos organizadores da rede de cuidados no território em que estão inseridos, precisam ampliar a atenção psicossocial através da Atenção Básica, bem como promover a articulação entre o social e o intersetorial (não se limitando somente ao setor saúde) (SOUZA; RIVERA, 2010).

Considera-se que a entrada do novo milênio também foi marcada por fatos importantes para a consolidação da Reforma Psiquiátrica, pois após 12 anos em tramitação no Congresso, em abril de 2001 o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado foi aprovado, sendo substituído pela Lei 10.216. Esta se constitui no marco legal da Reforma Psiquiátrica, que dispõe sobre a proteção e direitos do portador de transtorno mental e, conseqüentemente, dos direitos dos que sofrem por transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas (BRASIL, 2001a; BRASIL, 2003).

Após entrar em vigor, a lei da Reforma Psiquiátrica constituiu-se em uma conquista aos usuários reais e potenciais do serviço de saúde mental, incluindo as pessoas que sofrem pelos prejuízos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas. A territorialização do atendimento passou a ser assegurada através da estruturação da assistência nos moldes de redes, utilizando serviços disponíveis na comunidade, próximos do convívio social desses usuários (PINHO et al., 2009).

Outro evento importante ocorrido em dezembro de 2001, em Brasília, foi a III Conferência Nacional de Saúde Mental intitulada “Cuidar, Sim. Excluir, Não”, com tema vinculado à proposta lançada pela Organização Mundial de Saúde. Nesta, o subtítulo era:

“Efetivando a Reforma Psiquiátrica com Acesso, Qualidade, Humanização e Controle Social.” Sob este lema, a conferência representou um inquestionável consenso do fortalecimento da Reforma Psiquiátrica com toda a sua pluralidade e diversidade, elaborando propostas e estratégias que possibilitaram a consolidação de um modelo de atenção, contrário ao modelo manicomial (BRASIL, 2001b; BRASIL, 2002a).

A conferência teve como foco um trabalho que garantisse a possibilidade de transformação das formas de lidar com a loucura e permitisse novas experiências de vida e relações sociais para as pessoas com transtorno mental. Destacou-se, também, que as políticas em saúde mental devem ser prioridade na saúde pública, os estados e municípios precisam desenvolvê-las no contexto do SUS, criando uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. Tal rede deve realizar ações de proteção, promoção, prevenção, assistência e recuperação em saúde mental, em que a subjetividade, autoestima, autonomia e cidadania sejam potencializadas (BRASIL, 2002a).

A III Conferência também evidenciou a necessidade de o SUS se responsabilizar pelo tratamento dos usuários de álcool e outras drogas, possibilitando a construção de uma rede de atenção integrada à rede de serviços do SUS, trabalhando de forma articulada com o objetivo de evitar internações em hospitais ou clínicas (BRASIL, 2002a).

A IV Conferência Nacional em Saúde Mental (ano 2010), sobre o tema “Saúde Mental, direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios” foi marcada pela valorização da intersetorialidade e da coesão política em saúde mental, e desencadeou maior repercussão que as conferências anteriores. Nesta conferência, ressaltou-se, também, o caráter multidimensional, interdisciplinar, interprofissional, intersetorial da saúde mental que, além de estar inserida no campo da saúde, transcende fronteiras envolvendo dimensões dos direitos humanos, assistência social, justiça, trabalho, habitação, cultura, lazer entre outros (BRASIL, 2010a).

Dentre os princípios e diretrizes gerais desta Conferência destaca-se a garantia de atendimento à saúde mental na atenção básica, através de parcerias intersetoriais, que atendam os que estão em sofrimento psíquico, os usuários de álcool e outras drogas e pessoas afetadas pela violência. Salienta-se, também, a necessidade de inclusão da saúde mental como área estratégica da atenção primária, fundamentada na lógica da intersetorialidade, com a organização sob os cuidados das equipes matriciais e de referência (BRASIL, 2010a). O relatório final ainda enfatiza a necessidade de enfrentamento da problemática do consumo abusivo de álcool e outras drogas e o desenvolvimento de políticas públicas que vão ao encontro das diretrizes e princípios da Reforma Psiquiátrica e estabelece, definitivamente, a

estratégia de redução de danos como política pública a ser adotada. Assim, os CAPS ad, enquanto equipamento de tratamento para a problemática do álcool, devem trabalhar com a lógica da redução de danos e promover reinserção social ao indivíduo dependente de álcool e outras drogas (BRASIL, 2002b).

Observa-se que as conferências têm representado importantes espaços democráticos, envolvendo vários atores, possibilitando reflexões, diálogos, troca de saberes e formulação de diretrizes com participação social para a saúde mental no país. Pode-se constatar que a valorização do tratamento extra-hospitalar, inserido no contexto de rede de assistência à saúde constituiu um tema comum às quatro conferências. Para tanto, faz-se necessária a busca por novas alternativas terapêuticas visando à superação do modelo manicomial, caracterizado pela exclusão dos indivíduos (ONOCKO; AMARAL, 2007).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) também recomenda à organização da rede de cuidado, denominada de rede de atenção psicossocial, que a oferta de tratamento esteja na atenção primária e as ações de saúde mental no contexto comunitário.

A questão da problemática do álcool na Atenção Primária à Saúde

Pode-se afirmar que a principal mudança no modelo assistencial brasileiro, durante a década de 80, após a consolidação dos movimentos da reforma sanitária e psiquiátrica, foi o crescimento dos serviços públicos municipais, particularmente, por meio do incremento da Atenção Básica. Houve, na época, um aumento nos repasses financeiros da União para os estados e municípios custearem seus sistemas. O resultado foi a ampliação da rede de Unidades Básicas e serviços complementares (CAMPOS, 1992).

As recentes mudanças na construção da rede de atendimento à saúde no Brasil encontram sustentação no contexto das transformações do campo da Saúde Coletiva, inseridas em um processo de revisão e reversão constante, uma vez que as últimas quatro décadas serviram de palco para a formulação do cenário, atualmente intitulado Atenção Primária à Saúde (APS).

Segundo Andrade, Barreto e Bezerra (2009 p.786), a APS é considerada “uma tendência, relativamente recente”, que prioriza ações preventivas e de promoção à saúde com integração entre este e outros níveis de atenção, estruturada com base na articulação entre vários segmentos e categorias profissionais da saúde. Esta descrição se afasta da abordagem predominante até o século passado, que priorizava a hegemonia do saber médico, com medidas de cunho curativo e desintegrado.

É importante esclarecer, ainda, que a Política Nacional de Atenção Básica, e o Departamento de Atenção Básica do MS consideram os termos Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica à Saúde como equivalentes (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2011b), independentemente do “contexto conceitual e ideológico a que foram submetidos” (MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009, p.211). Desta maneira, neste estudo foram utilizadas as duas terminologias, respeitando-se a preferência e/ou referência dos autores.

Segundo o MS, a Atenção Básica caracteriza-se por “um conjunto de ações de saúde na dimensão individual e coletiva, abrangendo a promoção e proteção à saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2006a, p.10).

A Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil ganhou delineamento específico marcado pela implantação do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, e do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994. Estes dois programas se fortaleceram e, com o tempo, o último tornou-se a estratégia para reestruturação dos sistemas municipais de saúde e reorientação do modelo assistencial (BRASIL, 2006a). O PSF se caracteriza como uma estratégia que possibilita integrar e promover a organização das atividades em território definido, com o propósito de enfrentamento e resolução dos problemas identificados. A proposta implícita é assegurar melhoria na qualidade de vida, reverter o modelo centrado na doença e substituí-lo por um modelo focado no sujeito, com garantia de tratamento integral, adequado ao contexto do indivíduo, além de inserir a família e a comunidade no projeto terapêutico (NEVES; LUCCHESI; MUNARI, 2010).

Com a reestruturação do sistema, a atenção básica passa a ser a porta de entrada preferencial do SUS, atuando na promoção à saúde, controle das doenças crônicas como hipertensão, diabetes, transtornos mentais e eliminação da hanseníase. A lógica de trabalho da Atenção Básica no SUS vai ao encontro das propostas da Reforma Psiquiátrica, pois ambas buscam uma assistência próxima à família e à comunidade com o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Utilizando-se desta estratégia, a Atenção Básica como porta de entrada do sistema de saúde, é possível identificar sintomas de sofrimento psíquico em fases iniciais, dar ao indivíduo a possibilidade de um tratamento adequado em seu contexto de vida e, muitas vezes, evitar internações desnecessárias (MODESTO; SANTOS, 2007).

Em 2003, o governo estabeleceu o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), com o objetivo de reorganizar a atenção básica por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Segundo Vanderlei e Almeida (2007), o foco da

atenção da ESF deixa de ser centralizado na doença do indivíduo e passa a ser o coletivo. A família representa o espaço para tal atuação.

O conceito de território implícito na ESF vai ao encontro dos propostos pela Reforma Psiquiátrica brasileira. Além de conferir um ordenamento das ações de saúde mental dentro da atenção básica, é possível substituir o modelo de psicoterapias tradicionais por um modelo que leva em conta o contexto do indivíduo para que a terapia seja formulada. O usuário é considerado sujeito-social, pois se torna participante das redes sociais (SILVEIRA; VIEIRA, 2009). Reconhecendo a potencialidade da ESF neste contexto de rede, o uso problemático de álcool foi escolhido pelo Ministério da Saúde para compor a lista dos dez problemas de saúde a serem priorizados pelo Programa de Saúde da Família (MARQUES; FURTADO, 2004; MINTO et al., 2007).

Assim, uma das estratégias utilizadas para dar suporte às equipes das UBSs e USFs nas ações de saúde mental é o matriciamento. Apoio matricial pode ser concebido como “um arranjo organizacional que viabiliza o suporte técnico em áreas específicas para as equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde” (BRASIL, 2005, p. 34). Nesta lógica, os casos de saúde mental são discutidos de forma conjunta entre trabalhadores da saúde mental e da atenção básica que passam a compartilhar a responsabilidade pelo cuidado. As equipes da atenção básica são apoiadas pela equipe do CAPS, juntamente com membros de equipes de outros recursos existentes na rede de atenção à saúde mental, que oferecem suporte em ações de supervisão, atendimento conjunto e específico e capacitação. As estratégias são construídas coletivamente, com abordagem de problemáticas vinculadas à violência, ao abuso de álcool e outras drogas, entre outras (BRASIL, 2005).

A assistência a usuários de álcool deve ser oferecida em todos os níveis de atenção, privilegiando-se o cuidado em dispositivos substitutivos ao hospital psiquiátrico como o Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS ad), considerado um recurso estratégico na rede. O tratamento deve estar inserido na rede da atenção básica de saúde em articulação com a Unidade de Saúde da Família, Programa de Agentes Comunitário de Saúde e Programa de Redução de Danos e outros serviços como ambulatórios, hospitais gerais e hospitais-dia. Também se articulam com recursos sociais já existentes na comunidade, resultando no cuidado inserido em um sistema de redes flexíveis, podendo ser remodelado de forma dinâmica mediante a necessidade de inclusão/exclusão (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2005).

Uso problemático do álcool e políticas públicas

O uso de bebidas alcoólicas faz parte da cultura de vários povos, está associado a contextos místicos, religiosos, festivos a depender dos costumes da época e local. Foi relatado desde os tempos bíblicos, merecendo registros também, as alterações que esta substância causava no organismo, quando consumida abusivamente (MARQUES, 2001). O registro histórico bíblico mais conhecido é a embriaguez alcoólica de Noé, que após salvar seu povo do dilúvio com sua arca, fez uso demasiado de vinho, e apresentou comportamento inadequado (NIEL, 2011).

No início da colonização brasileira, os portugueses descobriram o costume indígena de ingerir bebidas fortes em rituais, festas, portanto, dentro de um contexto cultural. Os portugueses, que já faziam uso de vinho e cerveja, descobriram a cachaça no processo de produção da cana-de-açúcar. A bebida esteve presente desde o início da construção da História do Brasil, foi utilizada entre aristocratas e escravos para alterar a consciência, minimizar as dores do corpo e da alma, açoitá-los durante as festas, ativar coragem nos covardes, aplacar as decepções e traições. Enfim, a bebida alcoólica já marcava as ocasiões de tristeza ou alegria dos brasileiros (ANDRADE; ESPINHEIRA, 2006).

Os autores ainda afirmam que, ao perder o controle sobre o ato de beber, a pessoa torna-se o objeto da bebida, com perturbação da consciência sobre si mesmo. Quando o álcool é utilizado para “incentivar, encorajar ou consolar amargura”, torna-se um potente fator para desorganização do sujeito como um ser social. Entende-se esta desorganização como para além de si, influenciando o indivíduo e suas relações com outros - íntimos ou “de cerimônia” (ANDRADE; ESPINHEIRA, 2006, p.2).

Oliveira e Luchesi (2010, p. 627) salientam a cultura como ferramenta para interação da pessoa em diferentes grupos, desde contextos religiosos até as comemorações festivas e situações recreacionais. Observa-se a aceitação da cultura de beber, o que se agrava, quando associada à facilidade de acesso, sendo o vinho e outras bebidas alcoólicas “compreendidas como símbolos de comunicação social de alegria de viver.” Porém, quando o indivíduo passa a se apresentar como um incômodo, a mesma sociedade que valoriza a substância, afasta-se da pessoa que abusa da bebida (OLIVEIRA; LUCHESE, 2010).

O uso de álcool é, portanto, cultural e permitido na grande maioria das sociedades do mundo, mesmo representando uma expressiva carga global de agravos indesejáveis. Há evidências científicas e mundiais que apontam para o início, cada vez mais precoce, do uso de substâncias psicoativas, dentre elas o álcool (BRASIL, 2004b).

Historicamente, a partir da Revolução Industrial (século XVIII) e de outras transformações socioeconômicas ocorridas nas sociedades, a produção e disponibilidade desta substância aumentou significativamente, o que desencadeou uma drástica redução do seu valor de venda. Assim, o álcool passou a ser uma bebida acessível à população, utilizada de forma abusiva pelos operários das fábricas, em virtude das péssimas condições de trabalho, e seu consumo excessivo resultou na ocorrência de graves transtornos para a saúde pública mundial (GIGLIOTTI; BESSA, 2004; NIEL, 2011). É neste contexto que o conceito de alcoolismo é apresentado pela primeira vez, pelos autores Benjamin Rush e Thomas Trotter¹, sendo que este último médico foi o primeiro a se referir ao alcoolismo como doença (LARANJEIRA; NICASTRI, 1996).

Gigliotti e Bessa (2004) afirmam que o sistema de classificação quanto ao uso e abuso do álcool sofreu alterações no século XX devido à necessidade de se estabelecer critérios de maior confiabilidade. Para eles, o autor Jellinek² exerceu forte influência e popularizou a mudança de conceituação. Assim, alcoolismo passa a ser entendido como doença “apenas quando o usuário passa a apresentar quadro de tolerância, abstinência e perda do controle” (p.12). Entende-se por tolerância a necessidade de doses cada vez maiores para se obter os mesmos resultados ou a redução do efeito da substância, fazendo-se uso da mesma quantidade de bebida; e abstinência como um desconforto físico e/ou psíquico decorrente da redução do consumo ou suspensão do uso da substância (GIGLIOTTI; BESSA, 2004).

Em 1976, Griffith Edwards e Milton Gross³ propuseram a denominação científica de Síndrome de Dependência do Álcool (SDA), em substituição ao alcoolismo. Para estes autores, a dependência representa uma forma alterada da pessoa se relacionar com seu padrão de beber e a síndrome constitui um fenômeno que depende de fatores intrínsecos e extrínsecos, biológicos e culturais, não sendo, portanto, uma condição única, estática com tratamento universal e sim, um transtorno que se processa no decorrer da vida, capaz de abranger variadas condições (EDWARDS; GROSS, 1976; GIGLIOTTI; BESSA, 2004; RAMOS; WOITOWITZ, 2004). A partir de então Edwards definiu os sete elementos relacionados à SDA: estreitamento do repertório, saliência do comportamento de busca do álcool, aumento da tolerância ao álcool, repetição dos sintomas de abstinência, alívio ou

¹ Ambos são autores do final do século XVIII, o primeiro foi um psiquiatra americano e o segundo um médico que associou a embriaguez à doença (LARANJEIRA; NICASTRI, 1996).

² Elvin Morton Jellinek foi um cientista norte-americano da década de 50-60, que contribuiu significativamente para o estudo do comportamento de beber, elaborando uma tipologia do alcoolismo, em que classifica essa doença em cinco tipos (alfa, beta, gama, delta e ípsilon) (EDWARDS, G.; MARSHALL, E.J.; COOK, C.C.H. **O tratamento do alcoolismo**: um guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed, 2005).

³ Ambos são médicos: o primeiro britânico e o segundo americano

evitação dos sintomas de abstinência após aumento do consumo da bebida, percepção subjetiva da necessidade de beber e reinstalação após abstinência (EDWARDS; GROSS, 1976; GIGLIOTTI; BESSA, 2004).

O estreitamento do repertório significa que, conforme a dependência avança, considerando-se os sinais de abstinência, a pessoa passa a ingerir a bebida nos mesmos horários, na mesma quantidade e nas mesmas condições (sozinho ou acompanhado), em qualquer dia. O padrão de consumo torna-se cada vez mais rígido, estreitado e estereotipado, sem sofrer influência de fatores sociais ou psicológicos (EDWARDS; GROSS, 1976; BORDIN et al., 2010; SILVA, 2011).

A saliência do comportamento de uso do álcool caracteriza-se pela prioridade de manter a ingestão da bebida pelo indivíduo, ou seja, o consumo torna-se mais importante que a família, trabalho, casa e saúde. O aumento da tolerância é a necessidade de o indivíduo ingerir álcool em quantidade cada vez maior, para obtenção dos mesmos efeitos desejados (EDWARDS; GROSS, 1976; BORDIN et al., 2010; SILVA, 2011).

Os sintomas de abstinência resultam de neuroadaptações decorrentes da interrupção ou redução do uso da bebida alcoólica, e se manifestam por sinais e sintomas físicos e psíquicos. Outro elemento importante no diagnóstico da SDA é o alívio ou evitação dos sintomas de abstinência pelo uso do álcool, quando o dependente consome tal substância com o objetivo de evitar ou aliviar os desagradáveis sintomas da abstinência (BORDIN et al., 2010; SILVA, 2011).

A sensação subjetiva de necessidade de beber constitui-se na percepção que o indivíduo tem de sua falta de controle, ou seja, é um desejo intenso de beber, denominado de fissura ou *craving*. Na reinstalação da SDA após abstinência, o dependente retoma rapidamente o padrão de consumo anterior em um período de 72 horas, quando volta a beber após período de abstermia (BORDIN et al., 2010; SILVA, 2011).

Constata-se que esta concepção se mantém atualmente, constituindo-se, ainda, na fonte para a 10ª Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID 10) e Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSM –IV). Assim, torna-se relevante, também, definir ainda algumas terminologias, tais como uso, abuso ou uso nocivo e dependência. A definição de *uso* relaciona-se ao consumo de álcool, seja para experimentar de modo esporádico ou episódico. O *abuso* ou *uso nocivo* é entendido como o consumo de álcool já associado a algum dano (biológico, psicológico, social, legal e outros). E, por fim, a *dependência* como o consumo sem controle, geralmente associado a problemas sérios para o indivíduo (BORDIN et al., 2010).

Os critérios do CID-10 da OMS para uso nocivo de substância, em especial, o álcool, salientam que para a confirmação deste diagnóstico, requer que um dano real tenha sido causado à saúde física e mental do indivíduo. Os padrões nocivos de uso são frequentemente criticados por vários autores e estão associados a consequências sociais adversas de vários tipos. A intoxicação aguda ou “ressaca” não é por si mesma evidência suficiente do dano à saúde requerido para codificar uso nocivo. O uso nocivo não deve ser diagnosticado se a síndrome de dependência, um distúrbio psicótico, ou outra forma específica de distúrbio relacionado ao álcool ou outras drogas, estiver presente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

No DSM-IV, utiliza-se o termo “abuso” e considera-se padrão mal adaptativo de uso de substância, levando a um prejuízo ou, consequências sociais e sofrimento clinicamente significativo, manifestado por um ou mais aspectos, e ocorre dentro de um período de 12 meses. Os aspectos são: uso constante da substância que resulta no fracasso em cumprir obrigações no trabalho, escola ou em casa; uso recorrente da substância em situações fisicamente comprometedoras; problemas legais constantes relacionados com o uso da substância; uso contínuo da substância, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes, causados ou exacerbados pelos efeitos da substância (MANUAL..., 2010).

É consenso entre os estudiosos desta temática, que não existe consumo de álcool isento de riscos, assim, não é necessário ser dependente para se ter problemas. Porém, existe um nível de consumo associado a baixo risco de desenvolver problemas, que difere para o gênero masculino (21 unidades de álcool durante uma semana) e feminino (14 unidades de álcool no período de uma semana). Salienta-se que cada unidade de álcool corresponde de 10 a 12 gramas de álcool puro e para se obter as unidades equivalentes, necessita-se multiplicar a quantidade de bebida por sua concentração alcoólica. Convém ressaltar que as concentrações alcoólicas diferem conforme o tipo de bebida. Por exemplo, a cerveja apresenta uma concentração alcoólica de 3,5% a 4%, enquanto a aguardente (cachaça) tem até 76% (SILVA, et al., 2010; DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2011).

Segundo Laranjeira e Romano (2004), há três mecanismos distintos pelos quais o álcool é capaz de causar danos físicos e psíquicos: toxicidade direta e indireta sobre diversos órgãos e sistemas corporais, intoxicação aguda e dependência. Estes danos podem ser classificados como agudos ou crônicos a depender do padrão pessoal de consumo (frequência da ingestão, quantidade de substância por episódio, tempo entre episódios de consumo e contexto em que se bebe).

Estes autores complementam que, em relação aos efeitos tóxicos, os danos à saúde podem ocorrer em um único episódio de abuso no consumo da substância, mesmo que não se trate de um bebedor frequente. Quanto à dependência, esta se associa à perpetuação do consumo pesado da substância.

Quanto à intoxicação, observa-se sua relação com eventos violentos como mortes no trânsito. Mesmo ocorrendo com baixa frequência, os episódios de intoxicação podem resultar em danos físicos e sociais consideráveis (LARANJEIRA; ROMANO, 2004). Portanto, prevenir a intoxicação pelo álcool constitui uma estratégia que reduz danos e problemas, e é um dos objetivos das políticas públicas.

Em 1990, a estimativa de mortalidade por causas decorrentes do consumo abusivo de álcool era de 1,5%. No ano 2000, constatou-se que 3,2% da mortalidade global estavam relacionadas ao álcool, ou seja, houve um aumento maior que o dobro no período de uma década. No Brasil, o uso prejudicial de álcool relaciona-se a mais de 10% dos problemas que afetam a população (MAGNABOSCO; FORMIGONI; RONZANI, 2009). Segundo Ronzani et al., (2005), o consumo abusivo de álcool está associado a mais de 60 patologias crônicas e agudas, além de problemas sociais e psicológicos.

O 1º Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas realizado pelo CEBRID (2001) mostrou que, em média, 68,7% da população faziam uso de álcool e 11,2% da população apresentavam padrão de dependência (CARLINI et al., 2002). O 2º levantamento domiciliar realizado em 2005 apontou que a porcentagem de usuários de álcool subiu para 74,6% e os dependentes representavam 12,3% da população (BRASIL, 2005; CARLINI et al., 2006).

Constata-se, entretanto, que apesar do aumento progressivo do consumo de álcool, as políticas públicas não acompanharam este processo. O tratamento de transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool ficou, durante muitas décadas, sob os cuidados de instituições como justiça, segurança pública, benemerência e associações religiosas (BRASIL, 2005). O Estado se manteve ausente nas decisões e não foram elaboradas políticas públicas de intervenção, e as ações foram restritas a serviços ambulatoriais e hospitalares. Disseminaram-se alternativas de atenção de caráter repressivo e fechado ligadas à justiça e segurança pública e práticas com predominância moral-religiosa ou médico-psiquiátricas (modelo criminal, moral e de doença), todas com o objetivo único de abstenia (BRASIL, 2005; PINHO; OLIVEIRA; ALMEIDA, 2008). Esta percepção distorcida sobre o consumo/tratamento resultou na associação do uso da substância à criminalidade e a práticas antissociais baseadas na exclusão dos usuários do convívio social.

Ao contrário das instituições citadas, focadas em cuidados individuais, é papel da saúde pública propor intervenções para grupos de indivíduos que guardam semelhanças entre si (populações). Portanto, o valor da saúde pública para a elaboração de políticas sobre álcool se dá por sua habilidade e potencial de identificar riscos e/ou grupos de risco e propor um plano de assistência que beneficie o maior número de indivíduos da população, afetados pela Síndrome da Dependência do Álcool (SDA) (LARANJEIRA; ROMANO, 2004).

As políticas preventivas que guardam relação entre álcool, saúde e bem estar social são denominadas políticas do álcool. Segundo Duailibi, Vieira e Laranjeira (2011, p.497), políticas do álcool são consideradas como “qualquer esforço ou decisão de autoridades governamentais ou de Organizações Não Governamentais (ONGs) com as finalidades de minimizar ou prevenir problemas relacionados ao álcool”.

No entendimento de alguns autores, as políticas do álcool podem ser divididas em duas categorias: as de alocação e as de regulação (LONGEST, 1998; LARANJEIRA; ROMANO, 2004). As políticas de alocação promovem recursos para uma população específica ou organização específica para prevenção e tratamento do álcool. Visam atingir o interesse público, como por exemplo: financiar campanhas educativas, treinar atendentes e garçons para servirem bebidas alcoólicas com responsabilidade e oferecer tratamentos de dependentes de álcool. Políticas de regulação buscam influenciar comportamentos e decisões dos indivíduos por ações mais diretas, como proibir propaganda para restringir o acesso ao álcool, leis que regulam preço e taxaço de bebidas alcoólicas, leis impositivas para idade mínima no momento da compra de álcool, leis que limitam o horário de funcionamento de bares, leis proibitivas de propagandas de bebidas alcoólicas (LARANJEIRA; ROMANO, 2004).

Verifica-se que, na última década, vários programas e políticas públicas para o álcool foram discutidos e alguns desenvolvidos no Brasil. Após anos de negligência da saúde pública em relação a esta temática, somente em 2002, sob recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Mental (2002), foi implementado, pelo Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas, reconhecendo o problema do uso prejudicial de substâncias psicoativas como um grave problema de saúde pública (BRASIL, 2005). Através do Programa foram propostas ações de promoção, prevenção, proteção à saúde e educação das pessoas que fazem uso abusivo do álcool.

A partir daí, os programas e políticas públicas, passaram a propor uma nova abordagem que se distancia das práticas repressoras e excludentes e sugere alternativas

baseadas na redução de danos e dos prejuízos àqueles que fazem uso excessivo do álcool (MACHADO; MIRANDA, 2007).

No ano de 2003, foi efetivada uma política nacional para a problemática denominada “Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas” (BRASIL, 2003). Após revisão desta, em 2004, o documento foi publicado com o título “A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas” e, somado a outros documentos, serviu de base para a publicação da Portaria 2.197 de Outubro/2004 que instituiu e estabeleceu o Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas.

Assim, a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas apresenta diretrizes para o cuidado dos indivíduos que fazem uso prejudicial do álcool. Dentre elas, destaca-se a intersetorialidade que prevê a articulação entre diversos segmentos tais como: sociedade civil, movimentos sindicais, associações e organizações comunitárias, e universidades. O objetivo é elaborar planos estratégicos para a atenção aos que sofrem da SDA. A atenção integral preconiza, ainda, a indissociabilidade entre promoção, prevenção e proteção aos usuários de álcool e outras drogas. Nesta lógica, a assistência ao indivíduo que sofre com a SDA deve ser oferecida em serviços, prioritariamente, substitutivos ao manicômio como CAPS ad e inserida nas ações do Programa de Saúde da Família, no Programa dos Agentes Comunitários de Saúde, no Programa de Redução de Danos e na rede básica de saúde. O documento trata, ainda, das diretrizes para uma política nacional, integral e intersetorial de redução de danos à saúde e ao bem estar causados pelas substâncias psicoativas (BRASIL, 2004b).

O conceito “Redução de Danos (RD)” foi primeiramente apresentado, favoravelmente, como forma de prevenção às Doenças Sexualmente Transmissíveis. Desde 1994 tem sido consolidado como eixo norteador da política do Ministério da Saúde para o álcool e outras drogas. A Associação Internacional de Redução de Danos (IHRA) define redução de danos como:

Políticas e programas que tentam principalmente reduzir, para os usuários de drogas, suas famílias e comunidades, as consequências negativas relacionadas à saúde, a aspectos sociais e econômicos decorrentes de substâncias que alteram o temperamento (BRASIL, 2004c, p.31).

A redução de danos e riscos associados ao consumo prejudicial de drogas possibilita o desenvolvimento de práticas de saúde que acolham o indivíduo, respeita sua singularidade e permite a construção de um plano de cuidado com a participação do usuário, visando à integridade e responsabilização do indivíduo (BRASIL 2004c, BRASIL, 2005).

A RD tem como princípio fundamental o respeito e a liberdade de escolha dos usuários que não conseguem ou não querem se abster de utilizar substâncias psicoativas, no caso, as bebidas alcoólicas. Portanto, o intuito é reduzir ou minimizar os riscos decorrentes do consumo. Desta maneira, a abstenia não é apontada como o único objetivo a ser alcançado, uma vez que se busca considerar a relação entre os problemas e o consumo das drogas, ao longo de um *continuum*, inclusive salienta-se que a dependência pode ser entendida como um dano (FIGLIE; FONTES, 2010).

Nesta estratégia, os princípios básicos são universais e devem permear as políticas que visem à redução de danos. São eles: 1) a estratégia de RD é uma alternativa de saúde pública para os modelos moral, criminal e de doença, 2) a RD reconhece abstenia como resultado ideal, mas é favorável a alternativas que reduzam danos, 3) a RD surgiu com base na defesa do dependente e não promovida pelos formuladores das políticas, 4) acesso a serviços de baixa exigência como alternativa às propostas tradicionais de alto investimento e 5) é uma estratégia pragmática, não baseada em propostas inatingíveis que causem mais danos (BRASIL, 2004c).

Estudos demonstraram que a partir do ano 2002 houve muitos avanços nas propostas de atenção aos dependentes químicos, mas até então as políticas e programas eram elaborados para usuários de álcool e outras drogas, em geral. Apenas em maio de 2007 foi aprovado o Decreto 6.117/2007, que aprovou a Política Nacional sobre o Álcool que *dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade* (BRASIL, 2007). Somente então, o tema abuso de álcool foi inserido em uma política específica.

A Política Nacional sobre o Álcool é composta por 20 diretrizes, das quais ressalta-se o seguinte: promover a articulação entre governo e vários segmentos da sociedade com ênfase em saúde pública, educação, segurança, comércio, serviços e organizações não governamentais (ONGs); fortalecer as redes locais de atenção integral e estimular que tais redes tenham inserção e atuação comunitária, sendo multicêntricas, comunicáveis e acessíveis; utilizar da lógica ampliada de redução de danos, considerando-a um conjunto de medidas estratégicas que visam minimizar os riscos à vida e à saúde; promover programas de formação específica para os trabalhadores da rede SUS e regulamentar a formação dos

técnicos que não atuam na rede SUS; promover ações de comunicação, educação e informação relativas às consequências do alcoolismo; facilitar o acesso da população às atividades culturais e de lazer; intervir nas propagandas de forma a restringir a exposição das bebidas alcoólicas; estimular e fomentar medidas que reduzam a densidade dos pontos de venda; fortalecer medidas de fiscalização entre consumo de álcool e ato de dirigir e oferta de álcool a pessoas com sinais de embriaguez; incluir a temática da prevenção nas instituições de ensino, em especial, em nível fundamental e médio; estimular ações de prevenção no ambiente de trabalho; fomentar o desenvolvimento de pesquisas sobre a temática; criar mecanismos de avaliação das ações implementadas (BRASIL, 2007).

Além das diretrizes apontadas, o Ministério da Saúde apresenta uma relação de “medidas para reduzir e prevenir os danos à saúde e à vida, bem como as situações de violência e criminalidade associadas ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas na população brasileira” (BRASIL, 2007, p.3). Tais medidas buscam intervenções efetivas na formulação de diagnósticos, na propaganda de bebidas, nas campanhas de informação, na redução da demanda, em segurança pública, na associação do álcool com o trânsito, na capacitação dos trabalhadores da saúde, no estabelecimento de parcerias no município e no tratamento e reinserção do indivíduo que sofre da SDA (BRASIL, 2007).

A última medida citada refere-se à ampliação do acesso do dependente de álcool aos serviços do SUS. Nesta, ressalta-se que o tratamento visando à reabilitação psicossocial, oferecido pelo CAPS ad, deve ser articulado aos cuidados oferecidos nas unidades da Atenção Primária à Saúde (APS) - Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família. E ainda, articular com esta rede pública de saúde os recursos comunitários não governamentais que visam à reinserção social dos usuários dependentes de álcool.

Dentre as estratégias preventivas compatíveis com os serviços da APS, para rastreamento dos casos de uso problemático do álcool e prevenção dos danos, cabe destacar as Estratégias de Diagnósticos e Intervenções Breves (EDIBs). Estas têm como objetivo, através de instrumentos de rastreamento (*screening*) - AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*)⁴ ou CAGE (acrônimo de *Cut down, Annoyed, Guilty, Eye-opener questionnaire*) e associado às Intervenções Breves (IBs), identificar e assistir usuários de álcool no contexto de tomada de decisão, quanto ao hábito de uso e em seus esforços para redução ou suspensão desse consumo, antes que resulte em problemas físicos, psicológicos e sociais (BIEN; TONIGAN, 1993).

⁴ A tradução em português da sigla AUDIT consiste em: Questionário de Identificação de Transtornos decorrentes ao Uso de Álcool.

O AUDIT é um teste de rastreamento criado pela OMS, validado no Brasil, com objetivo de identificar pessoas que fazem uso prejudicial de álcool. É composto por 10 questões que enfocam o padrão de consumo do usuário (quantidade e frequência) e prováveis sintomas de dependência e problemas recentes e passados, relacionados ao consumo desta bebida (BABOR et al., 2001; LARANJEIRA et al., 2007 b).

O questionário CAGE foi validado no Brasil e é constituído por 4 questões referentes ao anagrama *cut-down*, *annoyed*, *guilty* e *eye-opener*: 1. Alguma vez o (a) senhor (a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber? (*cut-down*); 2. As pessoas o (a) aborrecem porque criticam o seu modo de tomar bebida alcoólica? (*annoyed*); 3. O (a) senhor (a) se sente culpado (a) consigo mesmo (a) pela maneira como costuma tomar bebidas alcoólicas? (*guilty*); 4. Costuma tomar bebidas alcoólicas pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca? (*eye-opener*) (PAZ FILHO et al., 2001). As IBs constituem ações de curta duração (até 30 minutos), incluem uma sequência de etapas envolvendo orientação preventiva básica sobre o álcool, aconselhamento breve e, em algumas situações, monitoramento periódico do sucesso para atingir metas de redução do consumo ou abstinência, assumidas de maneira voluntária pelo usuário (BABOR; HIGGINS-BIDDLE, 2001; MARQUES; FURTADO, 2004).

As EDIBs podem auxiliar no tratamento de quem faz uso prejudicial de álcool, tanto de forma direta quanto indireta, ao identificar e facilitar o encaminhamento dos casos mais sérios para um serviço especializado (FURTADO, 2003). Estudos comprovam a eficácia e eficiência das EDIBs e a Organização Mundial de Saúde (OMS), reconhece o valor desta estratégia e aponta que a mesma vem promovendo ações de intervenção precoce para o uso abusivo do álcool (FURTADO, 2003; RONZANI et al., 2005; MINTO et al., 2007). Observa-se que a utilização de estratégias como a Redução de Danos e Intervenções Breves têm sido favoráveis para potencializar os resultados positivos na prevenção e tratamento de indivíduos que fazem uso prejudicial do álcool.

Apesar da existência de instrumentos de rastreamento e intervenções, alguns autores ressaltam que os diagnósticos dos transtornos relacionados ao álcool dependem de uma avaliação clínica, isto é, da história e exame psíquico, além de aplicação de questionários, testes, escalas e exames subsidiários. Segundo eles, é imprescindível ao profissional da saúde saber aplicar tais instrumentos, porém, a interpretação de seus resultados, requer o domínio do conhecimento da complexidade conceitual de fatores biológicos e socioculturais que permeiam o consumo de álcool e os seus possíveis diagnósticos (FONTANELLA et al., 2011).

Observa-se também que, na última década, houve um fortalecimento no campo legal e político sobre as ações relacionadas ao consumo abusivo de substância alcoólica. As pessoas que fazem uso excessivo de álcool foram inseridas em uma proposta de tratamento fundamentada na reabilitação psicossocial. Preconiza-se a articulação dos serviços que compõem as redes sociais, com possibilidade de diagnóstico precoce em uma unidade de fácil acesso, onde a interação do indivíduo com a equipe e com o ambiente ecológico facilite a adesão e propicie a realização do tratamento em estágios iniciais, de não dependência do álcool. Assim, evitaria maiores prejuízos físicos, emocionais, familiares, profissionais, entre outros, além da ocorrência de internações desnecessárias (PINHO; OLIVEIRA; ALMEIDA, 2008).

Constata-se que todas as ações apresentadas fazem parte de um recente conjunto de proposições para as mudanças ocorridas no campo da saúde mental, bem como na problemática do álcool. Tal fato é comprovado pela iniciativa da OMS que, a partir de 2002, passou a esboçar um projeto para implementação das Intervenções Breves em países em desenvolvimento. Neste contexto, o Brasil, e também a África do Sul, receberam a indicação para atuarem como campo para desenvolvimento de “um projeto demonstrativo de avaliação, sob condições naturalísticas, dos fatores envolvidos na implementação de treinamento, aceitação e adoção de estratégia pelos serviços de saúde, e outros” (MINTO, et al., 2007, p. 218).

Segundo Duailibi (2007), a implementação das políticas públicas para o álcool requer embasamento em evidências científicas e uma relação custo-efetividade vantajosa. Suas ações devem ter metas objetivas, obterem apoio da comunidade e serem direcionadas aos problemas mais importantes e prioritários, com o objetivo de desenvolver estratégias benéficas para a população.

1.2 PERCURSO METODOLÓGICO

Esta pesquisa contempla os pressupostos referentes ao método de investigação da pesquisa qualitativa, uma vez que, como afirma Minayo (2007, p.57):

O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e analítico. A pesquisa descritiva, segundo Leopardi (2001) e Rudio (2003), volta-se para a descrição, classificação, análise e interpretação de fenômenos ou problemas, explorando a realidade.

Local

A pesquisa foi desenvolvida em um município do interior paulista, onde a pesquisadora trabalha. Tendo em vista os objetivos do estudo, buscou-se primeiramente apresentar uma breve contextualização do município, apresentando sua rede de atenção em saúde, com enfoque nos serviços da rede de saúde mental e no perfil de gestores da Secretaria Municipal de Saúde. Esta foi realizada por meio de consulta a fontes de dados disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde, tais como: site oficial da prefeitura, organogramas da atenção básica, tabelas de caracterização dos serviços de saúde e dados obtidos nas entrevistas. Para traçar o perfil dos gestores municipais de saúde e saúde mental, os dados foram obtidos mediante aplicação de um roteiro de caracterização, elaborado para este fim. A contextualização encontra-se no Capítulo 2 desta pesquisa, denominado Contexto do Estudo.

Procedimentos Éticos

Este estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos para análise. Foi emitido Parecer favorável sob o nº 255/2010, conforme ANEXO A e, somente após a aprovação, foi iniciada a coleta de dados.

Sujeitos da pesquisa e procedimentos

Para que se pudesse analisar a percepção dos gestores municipais de saúde e saúde mental sobre a atenção ao uso, abuso e dependência do álcool na atenção básica, identificando os limites e possibilidades da implementação das diretrizes para a área, planejou-se entrevistar todos os gestores responsáveis pelos serviços relacionados à temática, tendo em vista a realidade do município estudado.

Assim, no início do período de coleta de dados havia no município, 16 gestores que atendiam aos critérios para serem sujeitos da pesquisa. Destes, foi possível entrar em contato com 15 para realizar o convite (uma das unidades possuía dois coordenadores, mas um deles apresentava reduzida disponibilidade de horários, por isso não foi possível encontrá-lo em nenhuma das tentativas).

Os gestores foram convidados a participar da pesquisa. Foram apresentados a todos os objetivos, a proposta de desenvolvimento, bem como os resultados esperados. Nesta

etapa de aproximação, a pesquisadora participou de reuniões para coordenadores de unidades e outros profissionais da saúde, promovidas pela Secretaria Municipal de Saúde. Nestes encontros, aproveitava-se a oportunidade para, individualmente, apresentar os objetivos da pesquisa e estender o convite à participação. Estando o gestor de acordo, aplicava-se o roteiro de caracterização dos gestores (APÊNDICE A) para estabelecer um vínculo inicial e, em seguida, agendava-se o horário e local da entrevista, de acordo com a preferência do entrevistado.

Todos aceitaram o convite e preencheram o roteiro de caracterização dos gestores. Entretanto, tendo em vista o período da coleta de dados, dos 15 agendamentos não foi possível realizar entrevista com 3 gestores, pois um deles encontrava-se em férias na data combinada; outro não estava presente na unidade no horário agendado e o terceiro havia sido desligado do cargo de gestor no período. Portanto, foi possível coletar dados de caracterização de 15 gestores (apresentados na contextualização do estudo), sendo sujeitos deste estudo 12 gestores, o que não representou prejuízo à pesquisa, pois os dados das entrevistas começaram a se repetir.

O grupo de sujeitos esteve assim composto: o gestor municipal de saúde (Secretário de Saúde), um gestor municipal em Saúde Mental (Coordenador), um gestor municipal da Atenção Básica (Coordenador), um gestor do CAPS ad (Coordenador) e gestores de 3 UBSs e 6 USFs existentes no município. Dentre estes, havia um sujeito exercendo a função de coordenador em 2 unidades.

Instrumento de Coleta de Dados - as entrevistas

A coleta de dados foi realizada com base em um instrumento que conduziu as entrevistas semiestruturadas com questões norteadoras conforme APÊNDICE B. Estas foram iniciadas após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de Pesquisa com Seres Humanos (APÊNDICE C), de acordo com as normas éticas vigentes.

As entrevistas foram realizadas em locais privativos, escolhidos pelos gestores e, previamente agendadas no período de setembro de 2010 a julho de 2011. Após consentimento dos participantes, as entrevistas foram gravadas.

Segundo Triviños (1987), a entrevista semiestruturada parte de questionamentos básicos baseados em hipóteses de interesse à pesquisa. Outros questionamentos emergem no transcorrer da entrevista e frente às novas respostas, surgem novas hipóteses. Para orientar a coleta de dados desta pesquisa foram utilizadas as seguintes

questões norteadoras: “Como você percebe o alcoolismo?” Como você pensa que esta problemática deve ser enfrentada pela rede pública de saúde? “Quais e como têm sido desenvolvidas as ações de cuidado ao alcoolismo, neste município?”, “Quais as dificuldades e/ou fatores desfavoráveis encontrados para a implementação de ações de atenção ao alcoolismo? Quais as facilidades e/ou potencialidades encontradas no município para implementação de ações de atenção ao alcoolismo?” e “Você poderia contribuir com sugestões para a implantação de ações de cuidado ao alcoolismo, neste município?”

Tratamento e análise dos dados

As entrevistas duraram em média 30 minutos. A mais breve teve duração de 18 minutos e a mais longa 56 minutos. Todas as etapas da pesquisa foram realizadas exclusivamente pela pesquisadora, desde a coleta até a transcrição e digitação das entrevistas.

Logo após a transcrição e, para garantir o sigilo dos participantes, os nomes dos entrevistados foram substituídos pela letra G, que representa Gestor, seguida pelas letras do alfabeto de “A” a “L” (representando as 12 entrevistas). A escolha das letras não seguiu a ordem das entrevistas, e sim a ordem das transcrições. Concluída a transcrição, atribuiu-se uma letra àquela entrevista, seguindo-se a ordem alfabética.

A análise das entrevistas se deu segundo os pressupostos da análise de conteúdo, categoria temática descrita por Bardin (2008) e composta por três etapas distintas: pré-análise, descrição analítica e interpretação inferencial.

A autora afirma que a fase de pré-análise representa a etapa de organização do material. Após gravar e transcrever as entrevistas, o material coletado foi estudado. Nesta fase, foi feita uma leitura geral ou “flutuante” que, segundo Bardin (2008), permite ao investigador formular “objetivos gerais”, “hipóteses amplas”, bem como delimitar o campo em que o pesquisador deve focar sua atenção.

A fase de descrição analítica foi marcada por leitura aprofundada do material, norteadas por hipóteses e referenciais teóricos. Nesta etapa, foi realizada a classificação, codificação e formulação de categorias (BARDIN, 2008).

Primeiramente, ouvia-se atentamente cada fala, resultando em um fiel processo de transcrição manual. Em seguida, o texto produzido era submetido à digitação. Esta repetição de contato auditivo e visual com os dados brutos possibilitou à pesquisadora imergir no universo das falas e identificar informações que se repetiam, outras que se complementavam e até afirmações contraditórias. Os dados extraídos das falas foram minuciosamente analisados para que se pudesse classificá-los e codificá-los, o que, segundo

Bardin (2008), é o tratamento dos dados brutos e transformação sistemática dos mesmos até chegarem a unidades de compreensão. Em seguida foram reagrupados mediante a similaridade dos códigos e, finalmente, construídas as categorias.

Como resultado destes procedimentos, surgiram quatro categorias temáticas, relacionadas às hipóteses formuladas pela pesquisadora, durante a fase de análise dos dados, descritas em letra maiúscula e negrito, estas são compostas por subcategorias apresentadas em letra minúscula e negrito. Estas últimas foram compostas por subcategorias, representadas por letras minúsculas grifadas. Elas serão apresentadas no Capítulo 3 desta pesquisa.

A última etapa, interpretação inferencial, consistiu conforme aponta Bardin (2008) no tratamento dos dados e na elaboração de propostas de transformações que emergiram da discussão realizada juntamente com a produção científica atual sobre a temática, e é apresentada no Capítulo 4.

2 - CONTEXTUALIZANDO O ESTUDO

2.1 Uma breve descrição do município, da rede de atenção à saúde e o perfil dos gestores municipais de saúde e saúde mental.

O município onde foi realizado o estudo possui uma população de aproximadamente 200 mil habitantes. Apresenta significativa taxa de crescimento populacional de 2,84% ao ano, tendo em vista que, no mesmo período, a do estado de São Paulo compreendia 1,6% e a do Brasil 1,4% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010). A cidade foi fundada em 1859, época em que a cidade contava com a agricultura, especialmente, o cultivo da cana-de-açúcar, como principal atividade econômica (NOSSO SÃO PAULO, 2012).

Segundo levantamento histórico, o município apresenta condições favoráveis para seu expressivo crescimento, dentre elas, o alto potencial energético, proximidade de grandes centros industriais e comerciais, como Campinas e São Paulo; modernas rodovias que permitem acesso rápido a estes centros e a outras cidades da região além da proximidade ao Aeroporto Internacional de Viracopos, referência em logística no cenário nacional (INFRAERO, 2011). A cidade ocupa colocações privilegiadas nos *rankings* de desenvolvimento econômico com qualidade e boa infraestrutura, o que atrai grandes investimentos, gera emprego e renda (NOSSO SÃO PAULO, 2012).

Por meio de consulta às bases de dados oficiais foi possível identificar os serviços que compõem a rede pública municipal de saúde. Ela é formada por 07 Unidades de Saúde da Família (USF), 05 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo uma delas de cuidados específicos à saúde da mulher, 01 CAPS infantil, 01 CAPS II, 01 CAPS álcool e drogas, 01 ambulatório de pediatria, 01 Departamento de Reabilitação Física e Mental (DEREFIM), 01 Hospital-Dia (consultas em especialidades, exames e cirurgias ambulatoriais), 01 Mini-hospital (Unidade de Pronto Atendimento), 01 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), 01 farmácia de alto custo, 01 farmácia unificada, 02 farmácias populares, 01 laboratório municipal, 01 central de ambulâncias, 01 Centro de Referência à Saúde do Trabalhador (CEREST) (BRASIL, 2011a).

Dos dados extraídos das entrevistas constatou-se que, com o processo de descentralização das ações de saúde mental e inclusão destas na atenção básica, vários destes serviços passaram a compor a rede articulada de atenção à saúde mental do município. Para o tratamento de adultos que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas e pessoas com

transtornos mentais, o município conta com o trabalho dos seguintes serviços: CAPS II, CAPS ad, 07 USFs, 05 UBSs e DEREFIM.

Para atendimento em regime de internação, o município tem como referência uma Clínica de Reabilitação, com 120 leitos distribuídos entre mulheres e homens com transtornos mentais. Esta Clínica também possui uma unidade destinada exclusivamente ao tratamento de dependentes de substâncias psicoativas. Verifica-se que as internações estão condicionadas à liberação das vagas pela central de regulação que as disponibiliza para a região. Além deste serviço há, no município, duas Comunidades Terapêuticas privadas para tratamento de dependentes químicos (BRASIL, 2011a).

2.2 O perfil dos gestores do município

Dos 15 contatados, 12 eram enfermeiras, 2 médicos e 1 terapeuta ocupacional. Constatou-se, portanto, a predominância da **categoria profissional** do enfermeiro e da força de trabalho feminina no âmbito da gestão dos serviços de saúde no município estudado. Quanto à **faixa etária**, o índice de concentração oscilou de 29 a 53 anos: 5 entrevistados entre 31 e 40 anos e 7 entre 41 e 50 anos, que representa a grande maioria dos gestores municipais. Apenas 1 gestor encontra-se abaixo de 30 anos e outros 2 acima dos 50 anos.

QUADRO 1 - Distribuição dos gestores, segundo a categoria profissional, sexo e idade.

CATEGORIAS	Enfermeiras		Médicos		Terapeuta Ocupacional		TOTAL	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Sexo/ Faixa Etária								
21 – 30	-	1	-	-	-	-	-	1
31 – 40	-	5	-	-	-	-	-	5
41 – 50	-	5	-	1	-	1	-	7
51 – 60	-	1	1	-	-	-	1	1
TOTAL	-	12	1	1	-	-	1	14
TOTAL GERAL	12		2		1		15	

Fonte: Elaborado pela autora

Referente ao vínculo empregatício, constatou-se que todos eram concursados (estatutários), exceto um deles que era comissionado nesse município. Além do cargo de concurso, os gestores foram nomeados coordenadores das unidades onde trabalhavam.

Todos os gestores possuíam **formação** de nível superior e, apenas 1, não possuía pós-graduação. Dentre as categorias profissionais verificou-se que: 2 enfermeiras possuíam uma especialização, 1 médico, uma especialização e uma residência, 5 enfermeiras e a terapeuta ocupacional possuíam duas especializações, 2 enfermeiras três especializações, 1 médico duas especializações e uma residência e 2 enfermeiras quatro ou mais especializações. Vale ressaltar que todas as enfermeiras que atuavam em USF possuíam especialização em Saúde da Família, disponibilizada pela própria Secretaria Municipal de Saúde.

QUADRO 2 - Distribuição dos gestores, segundo a categoria profissional e o número de pós-graduações concluídas.

CATEGORIAS	Enfermeiras		Médicos		Terapeuta Ocupacional		TOTAL	
	M	F	M	F	M	F	M	F
<u>Pós-Graduação</u> (Especialização/ Residência)								
0	-	1	-	-	-	-		1
1	-	2	-	-	-	-	-	2
2	-	4	-	1	-	1	-	6
3	-	2	1	-	-	-	-	3
4 ou mais	-	2	-	-	-	-		2
TOTAL	-	12	1	1	-	-	1	14
TOTAL GERAL	12		2		1		15	

Fonte: Elaborado pela autora

Quanto à **formação específica para se trabalhar com a problemática do álcool**, observou-se que 2 gestores concluíram pós-graduação em saúde mental/psiquiatria, ambas contendo módulo sobre álcool e outras drogas. Um deles cursou residência e o outro fez especialização, bem como a conclusão do curso oferecido pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). Observou-se, também, que 3 enfermeiras e a terapeuta ocupacional concluíram a capacitação de 100 horas oferecida pela SENAD; 5 gestores confirmaram a participação em palestras, porém, sem certificação. Outros 4 afirmaram não ter recebido nenhum tipo de treinamento na área.

Vale destacar que, ao final do período da coleta de dados desta pesquisa, a Secretaria Municipal de Saúde ofereceu um curso denominado Emergências Psiquiátricas para todos os trabalhadores que atuavam nas seguintes unidades de saúde: UBS, USF, CAPS, Pronto Atendimento e Pronto Socorro do Hospital Geral. Esta capacitação compreendeu 20 horas e incluiu, também, a temática do atendimento a intoxicados por substâncias psicoativas.

QUADRO 3 - Distribuição dos gestores, segundo a categoria profissional e os cursos realizados na temática do álcool.

CATEGORIAS	Enfermeiras			Médicos			Terapeuta Ocupacional			TOTAL		
	Pós-graduação	SENAD	Palestras	Pós-graduação	SENAD	Palestras	Pós-graduação	SENAD	Palestras	Pós-graduação	SENAD	Palestras
Participação em cursos/ palestras, com enfoque na temática do álcool.	1	3	4	1	-	1	-	1	-	2	4	5

Fonte: Elaborado pela autora

O tempo de experiência profissional do grupo de gestores na área de saúde encontra-se na faixa dos 09 aos 30 anos. O tempo de formação acadêmica encontra-se na faixa dos 04 aos 30 anos. Observou-se que, dentre as enfermeiras havia uma com 20 anos de experiência na saúde, porém com 04 anos de conclusão da graduação e outra que havia concluído a graduação há 17 anos e atuava na enfermagem há 35 anos. Estes casos se referem a trabalhadores que atuavam, anteriormente, como atendentes ou auxiliares de enfermagem. Os gestores das outras categorias profissionais, representadas no QUADRO 4, iniciaram suas atividades exclusivamente após o término da graduação. Porém, um dos entrevistados, começou a atuar após concluir a pós-graduação.

QUADRO 4 - Distribuição dos gestores, segundo a categoria profissional/tempo de conclusão da graduação/tempo de atuação na profissão.

Tempo (em anos)	Enfermeiras		Médicos		Terapeuta Ocupacional		TOTAL	
	Formado (graduação)	Trabalho em saúde	Formado (graduação)	Trabalho em saúde	Formado (graduação)	Trabalho em saúde	Formado (graduação)	Trabalho em saúde
0 a 4	1	-	-	-	-	-	1	-
5 a 9	1	1	-	-	-	-	1	1
10 a 14	2	2	-	-	-	-	2	2
15 a 19	1	1	1	1	-	-	2	2
20 a 24	3	4	-	-	1	1	4	5
25 a 29	4	3	-	-	-	-	4	3
30 ou mais	-	1	1	1			1	2
TOTAL	12	12	2	2	1	1	15	15

Fonte: Elaborado pela autora.

Quanto à **atuação em serviços específicos no cuidado à temática**, constatou-se que, na época da coleta de dados, 2 gestores trabalhavam em serviços de saúde com esta especificidade (CAPS ad). Destaca-se que, embora as enfermeiras representem a grande maioria do grupo de gestores, nenhuma trabalhou ou trabalha em unidades de atenção ao dependente químico, nem mesmo a que possui especialização na área.

QUADRO 5 - Distribuição dos gestores, segundo a categoria profissional e atuação no cuidado ao alcoolista.

CATEGORIAS	Enfermeiras		Médicos		Terapeuta Ocupacional		TOTAL	
	Trabalhou	Trabalha	Trabalhou	Trabalha	Trabalhou	Trabalha	Trabalhou	Trabalha
Atuação em serviços de assistência ao alcoolismo								
TOTAL GERAL	-	-	-	1	-	1	-	2

Fonte: Elaborado pela autora

3 - A PROBLEMÁTICA DO ÁLCOOL NA PERCEPÇÃO DE GESTORES DE EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR PAULISTA

Da análise minuciosa das entrevistas foram apreendidas quatro categorias temáticas que expressaram as percepções dos gestores sobre a atenção ao uso problemático de álcool na rede básica de saúde. Para facilitar a compreensão da composição desta análise, segue o esquema que representa todas elas incluindo as categorias e subcategorias.

3.1 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

CATEGORIA TEMÁTICA 1 - A CONCEPÇÃO DOS GESTORES SOBRE A SÍNDROME DA DEPENDÊNCIA DO ÁLCOOL (SDA)

1.1 A concepção da SDA como doença

1.2 A SDA como um problema social e de saúde pública sem a devida atenção

1.2.1 Problema social

1.2.2 Problema de Saúde Pública, sem a atenção necessária

1.3 Uma droga

1.4 Outras percepções - o impacto social e o padrão de consumo em evidência

CATEGORIA TEMÁTICA 2 – FATORES FAVORÁVEIS AO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES RELACIONADAS À PROBLEMÁTICA DO ÁLCOOL: DAS POTENCIALIDADES DO MUNICÍPIO À IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES

2.1 Ações desenvolvidas pela Secretaria Municipal de Saúde – a construção da rede

2.1.1 Implantação do CAPS ad – a ação mais efetiva

2.1.1.1 Atuação do CAPS ad – o reconhecimento de uma nova forma de cuidar

2.1.1.2 Articulações Intersetoriais do CAPS ad – a construção de parcerias

2.1.2 A atual estrutura da rede pública municipal de saúde - novas perspectivas para o cuidado

2.1.2.1 Descentralização do atendimento ao alcoolista

2.1.2.1.1 Inserção da Saúde Mental na Atenção Básica – um novo processo

2.1.2.1.2 Inclusão do profissional psicólogo nas UBSs e USFs

2.1.2.1.3 Ações do Matriciamento da Secretaria Municipal de Saúde

2.1.2.1.4 Contribuições da Estratégia de Saúde da Família na atenção à problemática

2.1.2.1.4.1 O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs)

2.1.3 Realização de treinamentos

2.2 Ações não relacionadas à gestão pública de saúde

2.2.1 Ações desenvolvidas por outros setores da gestão pública municipal

2.2.2 Ações desenvolvidas por segmentos sociais independentes da gestão pública municipal

2.2.2.1 Alcoólicos Anônimos

2.2.2.2 Conselho Municipal Antidrogas

2.2.2.3 O trabalho das lideranças religiosas

2.2.2.4 Conduta proativa dos trabalhadores da saúde

2.2.2.4.1 Busca por aprimoramento do conhecimento

2.2.2.4.2 Mudança de postura no cuidado ao alcoolista

2.2.2.4.3 Trabalhadores em destaque: os sujeitos da ação

2.3 Alguns privilégios do município: apoio político, localização geográfica e infraestrutura urbana

CATEGORIA TEMÁTICA 3 - PRINCIPAIS FRAGILIDADES E LIMITES PARA O DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES RELACIONADAS À PROBLEMÁTICA DO ÁLCOOL

3.1 Falta de preparo para lidar com a problemática

3.1.1 Histórico do modelo de assistência à saúde mental e a influência nas práticas atuais

3.1.2 Dificuldades relacionadas às famílias

3.1.3 Postura inadequada dos trabalhadores da saúde – apontando o despreparo

3.1.3.1 Despreparo dos trabalhadores – a carência de educação permanente

3.1.3.2 Desconhecimento e negação do que tem sido feito

3.1.3.3 Falta de envolvimento dos trabalhadores da saúde

3.1.3.4 Ações permeadas pelo preconceito

3.1.3.4.1 Transferência da problemática para outros setores

3.2 Deficiência na estrutura física e operacional da rede pública de saúde

3.2.1 Falta de recursos humanos

3.2.2 Matriciamento não fortalecido

3.2.3 Dificuldades para internação

3.2.4 Problemas de infraestrutura e operacionalização das unidades

3.2.4.1 Estrutura física deficiente dos serviços da rede

3.2.4.2 Falta de recursos materiais

3.2.4.3 Horário de atendimento das unidades incompatível com as necessidades e disponibilidade dos usuários

3.2.4.4 Localização de algumas unidades

3.3 Outros limites da gestão pública municipal

3.3.1 Falta de interesse do poder público municipal pela problemática

3.3.2 Dificuldade de articulação entre vários órgãos e setores

3.4 A problemática da adesão do alcoolista ao tratamento

3.5 Outras dificuldades: variadas formas de estímulo ao consumo de álcool

3.5.1 Alta oferta e influência da propaganda do álcool

3.5.2 Facilidade de acesso ao álcool

CATEGORIA TEMÁTICA 4 - O ENFRENTAMENTO DA PROBLEMÁTICA DO ÁLCOOL PELO PODER PÚBLICO: PERCEPÇÕES, EXPECTATIVAS E SUGESTÕES

4.1 Apontando a necessidade de priorização desta temática pela gestão pública

4.2 Expectativas relacionadas à gestão pública municipal de saúde

4.2.1 Investir em planejamento e protocolos de ação

4.2.2 Trabalhar na base do problema com ações preventivas

4.2.2.1 Prevenção – o trabalho com a criança

4.2.2.2 Prevenção – o trabalho da educação

4.2.3 Promover capacitação para os trabalhadores de saúde

4.2.4 Investir e valorizar os recursos e condutas da Atenção Básica

4.2.4.1 Expectativas relacionadas ao matriciamento

4.2.4.2 Aprimorar o acolhimento para pessoas que fazem uso abusivo de álcool

4.2.5 Fortalecer a intersetorialidade: a necessidade de articulações e do trabalho em rede

4.2.5.1 Buscar articulação e participação da família

4.2.6 Acabar com o preconceito: transformar o cuidado

4.2.7 Criar mais espaços para internação

CATEGORIA TEMÁTICA 1 - A CONCEPÇÃO DOS GESTORES SOBRE A SÍNDROME DE DEPENDÊNCIA DO ÁLCOOL (SDA)

Primeiramente, os gestores revelaram suas concepções sobre a SDA. Percebeu-se que alguns possuíam conhecimento suficiente para formular conceitos sobre a temática, uma vez que fizeram referência àqueles apresentados na produção científica da área. Outros, entretanto, não demonstraram percepção clara sobre o tema, e tiveram dificuldade para referenciar conceitos preexistentes.

As entrevistas revelaram que este grupo de gestores possuía uma visão que refletia o conhecimento científico, relativamente, atual sobre a concepção do uso problemático do álcool, pois todos fizeram associação da SDA como doença e não como uma síndrome. Apontaram, também, suas percepções sobre as determinações deste transtorno mental e suas consequências.

A maioria dos entrevistados considerou o álcool como uma droga devido à forte relação de dependência que se estabelece entre o usuário e esta substância. Tendo como base as consequências do beber prejudicial, para os gestores, a SDA apresenta-se como uma doença que, além de afetar o indivíduo, produz impacto familiar, social e econômico, o que a caracteriza como um grave problema social e de saúde pública.

1.1 A concepção da SDA como doença

Do total de 12 entrevistados, 11 se referiram à SDA como uma doença, porém o sentido atribuído à doença não está relacionado a um quadro que inclua os aspectos de tolerância, abstinência e perda de controle. Em relação às determinações desse transtorno mental, constatou-se que as mesmas não se encontram claramente definidas para os entrevistados, pois enquanto alguns a atribuíram a fatores somente genéticos, outros apontaram suas determinações nas dimensões emocional, espiritual e social. O aspecto crônico e incurável da SDA também foi salientado.

Os gestores apontaram os prejuízos decorrentes do consumo abusivo de álcool, identificaram que os mesmos não estão restritos ao indivíduo que consome a substância, mas têm repercussão social com início no adoecimento da família.

A concepção de doença esteve relacionada às consequências advindas do consumo abusivo desta substância que interfere diretamente no bem estar físico e mental do indivíduo, bem como no contexto social no qual está inserido. Uma das entrevistas revelou o fator limitante da SDA com a perda da força de trabalho, uma vez que o alcoolista sofre

degradação física, o que resulta em dificuldade de cumprir as atividades diárias e prover o sustento da família.

Dois gestores expuseram a ambivalência conceitual da SDA como doença e fuga. Ao considerá-la doença, infere-se que o alcoolista não tem controle sobre o padrão de consumo do álcool. Ao analisar o ato de beber como fuga, entende-se que o indivíduo, em determinadas situações, opta por beber excessivamente para “fugir da realidade”, isto é, a pessoa tem dificuldade de enfrentar situações complexas no cotidiano da vida. Para os entrevistados, a fuga nem sempre está associada à doença, portanto é comum o uso de álcool como fuga também entre bebedores com consumo de baixo risco, pelo fato de a substância promover alívio e provocar sensações prazerosas.

Além do reconhecimento de que é uma doença, os gestores pontuaram a necessidade de tratamento.

“... entendo (o alcoolismo) como uma doença mesmo.” GB

“Olha, o alcoolismo pra mim é uma doença social que envolve muito o social e assim, eu penso que é uma doença realmente que precisa ser tratada. É uma doença de saúde pública que a gente tem que ter um olhar muito maior. Tem que ter um olhar muito profissional mesmo e mais terapêutico pra isso.” GC

“É claro, é uma doença crônica, incurável, ta? É uma doença complexa, é uma doença espiritual. Então, ela envolve muitos fatores e envolve família.” GD

“O alcoolismo, eu vejo como... primeiro eu vejo como uma doença. É uma doença porque a gente não pode deixar de olhar como um gene e todos nós estamos vulneráveis a ele. Tudo vai depender dos agravantes que na vida acaba acontecendo e muitas vezes a gente adoece desta forma. Eu acho que como a gente adoece de hipertensão e diabetes, a gente adoece com alcoolismo”. GE

“... olhar que ali existe um ser humano atrás disso (alcoolismo) e que esse ser humano traz ali um histórico de doença como as outras doenças que nós tratamos como câncer e hipertensão.” GE

“O alcoolismo é uma doença causada por estresse da sociedade. Hoje, por exemplo, muita cobrança! As famílias, de certa forma, estão um pouco desestruturadas.” GF

“O alcoolismo é uma doença propriamente dita, e que está aí. É um problema mundial.” GG

“A grande maioria acha que é normal, não aceita. Não aceita que é doente né? A grande maioria por mais que você fale não aceita. Sim, é uma doença como tabagismo, como dependência química, lícita ou ilícita e qualquer outra coisa que seja uma fuga. Na realidade é quem precisa do álcool pra poder levar sua vida. Como qualquer outra dependência química. Não consegue fazer se não tiver o álcool. Não consegue desenvolver a atividade se não tiver o álcool. Aquele alcoolismo, alcoolismo que o cara levanta 6 horas da manhã, já levanta tomando uma dose e se ele não tomar, ele não trabalha. Não trabalha porque vem a tremedeira, vem a sudorese, e não vai, né?” GH

“Eu acho que ela usa isso como uma fuga. Eu acho que de repente, ela pode usar. Na realidade, acaba sendo até uma, uma, uma doença secundária.” GI

“É uma doença que tira a pessoa do meio de trabalho porque você vê pessoas saudáveis, que não são saudáveis, mas têm todo o potencial para ser uma pessoa saudável, trabalhadora, que mantém o sustento da família, que estaria se sustentando e que está largado.” Gestor GJ

“É uma doença, né? Crônica, difícil, geralmente social junto, que desestrutura toda a família. É isso que eu vejo do alcoolismo: uma doença seriíssima, né? E cada dia pior!” GK

“É uma doença. É uma doença que atinge bastantes pacientes nossos.” GL

1.2 A SDA como um problema social e de saúde pública, sem a devida atenção

Além de identificarem a SDA como uma doença, os gestores também associaram o consumo excessivo e prolongado do álcool como um grave problema de impacto na saúde pública e social, com prejuízos socioeconômicos que não recebe a devida atenção.

1.2.1 Problema social

“Acho que o alcoolismo, primeiro, é um problema de fundo social.” GB.

“A sociedade precisa entender não só como problema daquela família, mas como um problema social mesmo.” GB.

“A principal dificuldade é que é um problema social. O alcoolismo deve ser socializado e encarado como uma doença social.” GG

“Eu tenho assim, pra mim... É um problema imenso, socioeconômico muito grave.” GJ

1.2.2 Problema de Saúde Pública, sem a atenção necessária

“Também acho que o alcoolismo é uma questão de saúde pública, não é uma doença de saúde mental. Tem que ser trabalhado como uma questão pública, um problema de saúde pública, assim como a hipertensão, a diabetes, sabe? Tem que ter um consenso sobre o tratamento do alcoolismo, não só pra saúde mental, mas uma questão de saúde pública mesmo.” GF

“É um problema de saúde pública, é um problema sim.” GH

“(Alcoolismo) é um custo elevado de saúde, é um problema muito sério de saúde pública e tem muito pouca atenção para isso.” GJ

1.3 Uma droga

Quando questionados sobre suas percepções em relação ao alcoolismo, vários gestores referiram-se ao álcool como uma droga, embora lícita, com capacidade de causar dependência que se instala sem a percepção da pessoa. Várias justificativas foram apresentadas para o abuso da substância, muitas delas associadas à capacidade do álcool de provocar sensações que atuam como filtro e absorve parte ou totalmente o impacto da realidade sobre o indivíduo. Assim, o álcool é visto como um suporte para lidar com dores, privações, perdas, frustrações e limitações. O consumo torna-se favorável por se tratar de uma droga lícita, de fácil acesso e, socialmente, aceita.

Há referência, também, que em muitas vezes, o álcool se torna para a pessoa uma necessidade para minimizar ou intensificar o sintoma de um transtorno mental, constituindo-se em uma comorbidade.

“Ele não é assim... Ele não quer virar um alcoólatra. Só que isso é como se fosse uma droga também, que vicia a pessoa. Então, depois que ele entrou é difícil sair. Só que assim, eu entendo que o que faz uma pessoa usar uma droga como álcool, uma droga como medicamento, ou uma droga, droga mesmo. É alguma coisa que tá se faltando e ele foi procurar naquilo ali. Então, assim, pode faltar amor, carinho, dinheiro ou educação. E aí, ele vai procurar em alguma coisa. Tem gente que vai procurar no álcool, tem gente que vai procurar em outra coisa.” GA

“... porque assim, você começa pela cerveja, que pra mim já é uma droga, mas é uma droga lícita. Assim, algumas pessoas têm uma capacidade menor diante do consumo.” GB

“Pra mim, eu acho que seria uma pessoa que precisa, hã... dessa droga para poder tocar a sua vida. De repente, ela tem até uma doença primária, uma doença psiquiátrica, né? Tá tentando, a pessoa tá tentando talvez, encontrar um pouco de alívio dessa doença através dessa droga.” GI

“A gente vê que o álcool é uma droga completamente liberada e até estimulada”. GJ

“O mais difícil pra ele é se manter longe da droga. Essa questão do álcool também, porque não deixa de ser uma droga. É a mesma coisa.” GK

1.4 Outras percepções - o impacto social e o padrão de consumo em evidência

Um dos gestores buscou definir a SDA pelo impacto nas relações sociais em decorrência do uso excessivo de álcool. Apreende-se da fala que a SDA está relacionada à perda da normalidade em diferentes aspectos da vida do bebedor. Outro gestor buscou uma definição associada à quantidade de substância ingerida pelo indivíduo, baseada em padrões de consumo: baixo risco, de risco, abusivo e dependência, apesar de as dosagens referidas não serem as recomendadas pela Organização Mundial de Saúde.

“Bom, alcoolismo pra mim, eu entendo que é uma pessoa que não beba só socialmente e que isso acaba interferindo na vida social da pessoa: na família, com os filhos, no emprego. Porque o álcool impede que ele, a pessoa tenha uma vida, vamos falar, entre aspas, normal. Acho que é isso.” GA

“Olha, na realidade, o que eu aprendi, não sei se é uma boa. Mas o que eu tenho de parâmetro pra achar se ela tá com um pé no alcoolismo ou não é a questão: homem, 02 doses por dia, mulher, 01 dose por dia. Podendo, até de repente, se não tomar 2 doses por dia o homem, mas tomar 8 a 10 doses no fim de semana. A mulher a mesma coisa, 7 doses por semana ou 7 de uma vez no fim de semana.” GH

CATEGORIA TEMÁTICA 2 – FATORES FAVORÁVEIS AO DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES RELACIONADAS À PROBLEMÁTICA DO ÁLCOOL: DAS POTENCIALIDADES DO MUNICÍPIO À IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES

Esta categoria descreve os fatores favoráveis e potencialidades do município, os quais foram identificados pelos gestores como ferramentas de apoio e suporte para a implantação e implementação de ações para atenção à problemática do álcool. Os entrevistados reconheceram que a Secretaria Municipal de Saúde já desenvolve algumas ações e articulações que favorecem a construção da rede de atenção à saúde mental e ao álcool e outras drogas. Identificaram, também, outras ações não relacionadas à gestão municipal de saúde, bem como as potencialidades do município referentes à sua privilegiada localização geográfica, apoio político e infraestrutura urbana. Contudo, na percepção deles, tais ações não foram fruto da implementação de uma política pública, mas sim desenvolvidas de acordo com a necessidade emergente.

2.1 Ações desenvolvidas pela Secretaria Municipal de Saúde – a construção da rede

A Secretaria Municipal de Saúde por meio de suas unidades, serviços e pela própria especificidade foi apontada por todos os gestores, direta ou indiretamente, como detentora de grande potencial favorecedor para a atenção à problemática do álcool no município. Constatou-se que tal Secretaria tem implantado ações que vêm ao encontro da Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde e, dentre elas, encontra-se a criação dos CAPS no município. Verificou-se que, ao contrário do que acontece na maioria dos municípios, o primeiro CAPS fundado, foi o CAPS ad por volta do ano 2000.

No relato histórico da criação do CAPS ad, alguns gestores lembraram a dificuldade em atender, dentro do ambulatório de saúde mental, a alta demanda de pessoas que faziam uso problemático do álcool. Apontaram que este era o único equipamento de saúde mental naquela época, que prestava assistência a todos os quadros de transtorno mental do município. Também foi referida a falta de critérios na triagem da demanda para encaminhamento dos alcoolistas, os quais eram sempre associados à marginalidade e, por isso, acionava-se a polícia quando um deles chegava às unidades. O tratamento tinha caráter exclusivamente pontual e curativo, uma vez que era prestada assistência somente em pronto atendimento e hospital geral, sem se considerar as especificidades do usuário, sua história pregressa e a continuidade do tratamento.

Entretanto, para os gestores, a criação do CAPS ad, um serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico significou uma grande mudança na atenção ao alcoolista no município, tornando-se um serviço de referência para a atenção ao alcoolista e usuários de outras drogas. Foram definidos critérios de triagem e criados protocolos para os encaminhamentos e tratamento destinado aos usuários de álcool.

Os relatos apontaram que, atualmente, várias mudanças continuam ocorrendo no sentido de fortalecer e expandir a rede. Os gestores reconheceram como medida recente e atual, a descentralização do cuidado, sob a perspectiva da promoção da saúde e reabilitação, o que inclui inserir a assistência dos casos de saúde mental na atenção básica.

Neste novo contexto, foi salientada a inclusão dos psicólogos na composição das equipes das UBSs e USFs, possibilitando o tratamento e acompanhamento do alcoolista por uma equipe multiprofissional em uma unidade de fácil acesso, próxima à sua residência. Além disso, foram utilizados recursos da própria comunidade e de outras parcerias, nas quais o CAPS ad tem buscado apoio. Também foi identificada, pelos gestores, a boa articulação deste serviço com as unidades da atenção básica.

Para dar suporte às equipes de UBS e USF, os entrevistados apontaram que foram iniciadas, no segundo semestre do ano 2010, as primeiras ações do matriciamento em saúde mental. Segundo eles, foram designados trabalhadores do CAPS II, CAPS ad e CAPS i (infantil) para reuniões semanais com as equipes nas unidades de atenção básica, com o objetivo de discutir os casos de saúde mental, dentre eles, a conduta terapêutica na atenção ao alcoolista.

Este processo de mudança na estrutura da rede de atenção à saúde do município, reconhecido pelos entrevistados como gradual, foi apontado como fator favorável. Além das ações acima descritas, os gestores ainda destacaram a importância da Estratégia de Saúde da Família, incluindo o trabalho desenvolvido pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs).

É importante salientar que, da análise das entrevistas, pode-se apreender que o cuidado ao alcoolista se encontra sempre associado à atenção aos usuários de outras drogas, não sendo ainda a questão dos alcoolistas trabalhada com enfoque em suas especificidades.

2.1.1 Implantação do CAPS ad – a ação mais efetiva

A ação apontada como mais efetiva e reconhecida pelos gestores para melhoria da atenção à problemática do álcool no município estudado foi a criação do CAPS ad. Na percepção deles, este serviço tem buscado dar especial enfoque à construção de parcerias e

articulação com vários outros setores sociais para o fortalecimento do cuidado a esta demanda. Na visão dos entrevistados, a criação deste serviço foi fundamental para definir o tratamento dos alcoolistas.

“Eu acho que um trabalho importante é o CAPS ad”. GB

“O município ganhou muito com o CAPS ad.” GD

“Vou falar o que eu sei: é o CAPS ad estar muito bem estruturado.” GE

“Olha, eu sei que tem o CAPS ad.” GI

“Eu acho que o que a gente vê é que ainda se tenta. A gente vê que tem alguns trabalhos, a gente vê o trabalho do CAPS ad.” GJ

“Eu acho que assim, a própria questão do CAPS ad. Só de ter aberto essa unidade, entende? Acho que já foi um avanço, um ganho, que antes não tinha nada, você não sabia pra onde encaminhar [...] A questão do CAPS ad já foi uma grande coisa porque antes a gente não tinha nada pra orientar.” GK

2.1.1.1 Atuação do CAPS ad – o reconhecimento de uma nova forma de cuidar

Para o grupo de entrevistados, este serviço tem se mostrado altamente favorável para o desenvolvimento de ações do cuidado ao alcoolista. Além de salientarem a importância do trabalho do CAPS ad, alguns gestores identificaram e valorizaram as especificidades do cuidado prestado por este serviço, que possibilita ao indivíduo que faz uso prejudicial de álcool sua reinserção familiar e social. Reconheceram que as ações implementadas neste serviço são concretizadas por meio do projeto terapêutico singular, elaborado pelos integrantes da equipe multiprofissional, que realiza um trabalho interdisciplinar.

Alguns gestores pontuaram que o atual enfermeiro vem desenvolvendo o plano de trabalho do serviço pautado em projetos que garantem a singularidade do cuidado, com a participação da família, que acompanha seu familiar adoecido através dos grupos de apoio. Consideraram, ainda, como eficiente a comunicação entre o CAPS ad e as unidades da atenção básica, o que favorece a troca de informações e discussão dos casos na busca de

alternativas para o cuidado. Frente a tais declarações, pode-se considerar que este profissional tem assumido o importante papel de articulador da rede. Na visão dos entrevistados, este serviço encontra-se bem estruturado, inclusive em relação à qualidade dos recursos humanos e à possibilidade do atendimento de livre demanda.

As atividades relacionadas ultrapassam o modelo biomédico uma vez que incluem, além do atendimento individual por meio de consultas e tratamento medicamentoso, outras ações consideradas terapêuticas e de grande relevância tais como: oficinas e grupos terapêuticos, visita domiciliar, acompanhamento e participação da família.

“A gente tem pacientes que passam aqui (na UBS) e que passam no CAPS ad. Começa o tratamento lá e continua aqui também. A gente tem uma boa parceria com a (...) e com (...), a gente conversa bastante com o CAPS [...] Tem consultas, terapias com psicóloga, tem a visita domiciliar.” GC

“Então, eu vejo (CAPS ad) como uma coisa boa, positiva. Aqui é porta aberta, todo paciente que quiser, pode vir, não precisa de encaminhamento, é só querer se tratar.” GD

“A gente tem os 3 programas de CAPS ad: o intensivo, o Semi e o não. Esses pacientes mais debilitados ficam no programa intensivo, então a gente oferece os grupos terapêuticos para alcoolistas, tem as oficinas, a gente tem o pessoal de artesanato com um artesão. A gente tem duas vezes por semana atividade de horta. Os pacientes do intensivo participam de todas essas atividades. Aí quando o paciente começa a melhorar ele vai para o programa semi-intensivo, aí reduz o número de dias dele, aí começa a melhorar a interação com a família. Nos dias de grupo, ele vem participar dos grupos com psicólogo aí ‘ai, eu queria continuar no grupo de música’, que eles gostam muito, aí a gente agenda pra vir. E tem o não intensivo que é aquele paciente que vem pra consulta e já está sob medicação. Todos os pacientes que passam aqui, a gente agenda o grupo de família.” GD

“Hoje o enfermeiro do CAPS tá trabalhando com projeto terapêutico, é interessante que a partir dos projetos terapêuticos ele liga e fala: ‘(...), tô com um paciente seu tal, então, dá pra discutir um pouco do projeto terapêutico?’ Se a gente trabalhar com ele pra realmente estimulá-los a continuar, quando ele deixa de vir nós é que vamos lá.

Vamos lá, vamos conversar, vamos fazer esse contato pra ver o que é que tá acontecendo.” GE

“Hoje eles têm dia de acolhimento, que é aquele dia que ele faz todos os atendimentos. Ele tem os grupos terapêuticos que ele atua com a enfermagem e depois assim, a consulta de enfermagem no CAPS, o projeto terapêutico individual, todo o trabalho. [...] Reinserção social, fazendo oficinas, muito interessante a atividade de horta. Todo esse contato buscando a reinserção.” GE

“Eu estive no CAPS como aluna da graduação. Então, eu vi uma equipe multidisciplinar que tem triagem, que tem terapias, tem as medicações, o cara vai lá e fica o dia inteiro.” GH

“Eu acho que já o próprio CAPS, CAPS ad já estruturado, já montado. O CAPS ad tá sempre muito disponível, eu acho assim, que é um grupo muito bom. Têm profissionais lá dentro e eu acho que eles têm uma capacidade muito boa. Tudo, todo trabalho que eles estão desenvolvendo lá é um trabalho muito legal.” GI

“É uma coisa facilitadora no sentido de você ter mais espaço, ter mais... acho que tudo. Você abre um pouco essa questão, você trabalha a questão do preconceito, do inserir a família no tratamento. Porque o CAPS agora é um espaço que não é um espaço só para o paciente. É um espaço em que eles atendem, abrange toda a família também.” GK

2.1.1.2 Articulações Intersetoriais do CAPS ad – a construção de parcerias

As entrevistas mostraram que as ações do CAPS ad são fundamentadas em articulações com vários setores sociais, como o Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), Secretaria Municipal da Família e Bem Estar Social (SEMFABES), Conselho Municipal Antidrogas (COMAD), Poder Judiciário, Alcoólicos Anônimos (AA), entidades religiosas e Comunidades Terapêuticas.

Há também a proposta, segundo os entrevistados, de utilizar problemas recorrentes no município como temáticas transversais; por exemplo, gestação na adolescência e marginalidade. A partir desta proposição, a meta é a inserção da temática do álcool, além de ampliar as discussões para vários setores sociais, inclusive autoridades como Corpo de

Bombeiros, Polícia Militar, Polícia Civil, todas as unidades de saúde, educação, cultura, esportes, além da sociedade civil.

“A gente tá conseguindo articulação com o COMAD também, sabe? Eu acho assim, nós estamos tendo conquistas.” GD

“Então, a gente aqui já chamou um budista pra fazer palestra, semana passada veio um pastor. A gente tem um convênio com o instituto (...) que é uma comunidade terapêutica. Muitos pacientes se beneficiam disso [...]. Então, chama budista, chama pastor, de repente vem do espiritismo, não tem problema. Conforme vão se identificando, ficam ou não ficam.” GD

“Hoje a Saúde Mental dentro da Atenção Básica conta com o leito 72 horas que é o leito para um atendimento psiquiátrico mais clínico. Esse leito está ligado ao CAPS ad e o CAPS ad vai dizer: ‘vai para internação se tiver necessidade ou vai ficar com o CAPS’. Ou o CAPS continua atendendo junto com a unidade porque nós e o CAPS ad a gente se fala muito.” GE

“Com os outros CAPS a gente (UBS) não tem tanto isso de articulação e com o CAPS ad a gente tem.” GE

“Bem, na verdade a gente já tá trabalhando. Não aqui, mas com um grupo no CRAS, na 92 que vai toda a sociedade civil desde bombeiro, polícia militar, polícia civil, todas as unidades, educação, cultura, esportes. A gente se reúne pra dois focos: gestação na adolescência e a marginalidade/segurança. Dentro disso entra o álcool e as drogas. Então, a gente agora começou devagarzinho, a engatinhar pra começar a entrar nas escolas, vai começar por aqui.” GH

2.1.2 A atual estrutura da rede pública municipal de saúde - novas perspectivas para o cuidado

As entrevistas revelaram uma mudança significativa na estrutura da rede pública de saúde nos últimos três anos, e apontaram para um quadro geral de melhorias. Embora haja afirmação quanto à melhor organização dos serviços, as falas também demonstraram que ainda é necessário avançar neste item. Referiram-se a conquistas nessa nova gestão, dentre elas, a perspectiva de implantar o CAPS ad III e reestruturar as unidades

da atenção básica, como estratégia para descentralizar a assistência aos casos de dependência de substâncias psicoativas.

“Assim, melhorou porque os nossos serviços, hoje, estão mais organizados.” GD

“Hoje, o momento que a gente tá vivendo na Secretaria de Saúde é muito bom. Inclusive a gente já mandou o projeto do CAPS ad III para o Ministério e eu acho que não tem retorno. Eu acho que a gente pode crescer muito com esse apoio, que a gente está tendo agora nessa gestão.” GD

“Primeiro assim, enquanto estrutura essa questão da Atenção Básica já passando a atender nas unidades, principalmente em saúde da família, a trabalhar com aquela população que tenha algum tipo de dependência. Eu penso assim, que a linha de pensamento do município tá sendo interessante.” GE

“A rede pública aqui. Eu que resido em Campinas, eu acho que aqui em (nome do município) a rede pública de saúde é muito boa. Ela tem uma estrutura muito boa, só falta um pouco de organização.” GI

2.1.2.1 Descentralização do atendimento ao alcoolista

Com as mudanças ocorridas no cuidado ao alcoolista no município, o CAPS ad passou a configurar-se como o serviço de referência para uma atenção articulada em rede. Segundo os relatos, a construção da rede e a consequente descentralização envolvem o atendimento dos alcoolistas nas USFs e UBSs, por meio de um processo gradual de inserção do gerenciamento dos casos de saúde mental nas unidades da atenção básica. Uma das estratégias foi o remanejamento de psicólogos para atendimento da demanda de saúde mental nas UBSs e USFs.

“Tá tendo uma mudança na cidade a respeito disso, né? Da saúde mental. Não só alcoolismo. Mas e outra coisa que é ligada na saúde mental, tá tendo uma mudança na cidade. Então, é a descentralização. Dividindo nos CAPS, CAPS de adulto, criança e, não tá centralizado. Mandam para as unidades como apoio. Manda só pra lá, quando tá descompensado.” GA

“A gente não tem tanto alcoolista. O que a gente tá tendo de demanda agora é por causa da descentralização da saúde mental.” GC

“Uma vez por semana vai um psiquiatra nessa equipe, geralmente. Aí vai um de cada CAPS e, às vezes, uma psicóloga.” GD

2.1.2.1.1 Inserção da Saúde Mental na Atenção Básica – um novo processo

Alguns entrevistados reconheceram a inserção de ações de saúde mental na atenção básica como uma estratégia positiva para melhoria na atenção aos que sofrem da SDA. Um deles relembrou as dificuldades presentes, quando o cuidado aos que faziam uso prejudicial do álcool não estava inserido em uma rede descentralizada e articulada. Embora esta nova configuração seja comprovadamente reconhecida como positiva para uma atenção efetiva, um gestor apontou que, ainda, há trabalhadores que não reconhecem o valor deste processo gradual de inserção do atendimento aos alcoolistas nas unidades da atenção básica.

“Quando eu cheguei aqui em 1994, na saúde pública, a saúde mental era só saúde mental e a gente não se preocupava com o alcoolatra. Então, o problema que chegava na unidade mandava pra saúde mental e para o hospital e o alcoolismo era mandado para o Pronto Atendimento.” GC

“Algumas unidades aderiram super bem e têm outras que não veem importância nenhuma nisso.” GD

“Então, a ideia da Atenção Básica é acolher o paciente da Saúde Mental, [...] a gente percebe que é uma coisa nova.” GE

2.1.2.1.2 Inclusão do profissional psicólogo nas UBSs e USFs

Uma das iniciativas para trabalhar o matriciamento da saúde mental nas unidades da atenção básica foi a inserção de um profissional psicólogo nas equipes das UBSs e USFs. Os gestores reconheceram que a presença deste profissional fortaleceu as discussões dos casos, possibilitou a troca de saberes multidisciplinares e auxiliou, ainda, a articulação da unidade com o CAPS ad.

“Assim, com a vinda da psicóloga, do profissional de psicologia, ajudou a fortalecer para estar fazendo esta ponte com o CAPS. Um psicólogo que atende uma vez por semana, mas já é um caminho [...] e ela está muito aberta para fazer um treinamento.” GB

“A gente desmembrou toda a equipe de psicologia para as unidades básicas. Então, todas as unidades básicas têm algumas horas de psicólogo e eu acho que tá funcionando melhor agora.” GF

“... porque os psicólogos foram para as unidades.” GD

2.1.2.1.3 Ações do Matriciamento da Secretaria Municipal de Saúde

O apoio matricial na saúde mental também foi assinalado pelos entrevistados como mais uma estratégia favorável que visa auxiliar as equipes das unidades da atenção básica no cuidado a usuários com transtornos mentais, incluindo álcool e outras drogas, principalmente, no gerenciamento dos casos de saúde mental, apesar de se encontrar, ainda, em fase de implantação.

Constatou-se, mais uma vez, que as mudanças na estrutura da rede de saúde são recentes e continuam ocorrendo. Um gestor afirmou que houve melhora na atenção ao alcoolista nas unidades da atenção básica por meio do suporte oferecido pelas equipes de matriciamento. Verificou-se, também, que quando o entrevistado apontou este recurso como não sendo ainda uma estratégia efetiva, referia-se à necessidade de capacitação dos trabalhadores da unidade para atender com segurança os indivíduos que chegam intoxicados pelo abuso de álcool.

As entrevistas revelaram que, por se tratar de uma iniciativa recente, nem todos os gestores receberam, em suas unidades, visitas da equipe matricial para discutir os casos. E mesmo os que receberam, não relataram discussão em equipe sobre casos de uso abusivo de álcool.

“Hoje em dia tá havendo um matriciamento do CAPS, dos CAPS terem pedido, né? Então, tá tendo um matriciamento e está sendo dividido, mandando alguns pacientes para os postos para serem atendidos e nos postos para serem acompanhados nos postos, né?” GA

“... é tanto que nós vamos fazer agora o matriciamento, pra gente estar trabalhando essa parte. A gente tem muito (alcoologista), tem muito. A gente percebe que tem, mas não é tratado como alcoologista, ele é tratado como clínico, quando precisa. [...] Olha, aqui na minha unidade (UBS), num primeiro momento, nos dias 13 e dia 23 desse mês teremos encontro com os psicólogos e as meninas do matriciamento da saúde mental e assim, tá muito receptivo, tanto nós, o pessoal da enfermagem, quanto o pessoal da recepção e os médicos.” GC

“O matriciamento foi muito bom, não tá ótimo, mas foi uma coisa que melhorou bastante.” GC

“Agora nós estamos fazendo matriciamento da saúde mental. Então, o que é que tá acontecendo: às quintas feiras, à tarde, porque é quarta de manhã e quinta feira à tarde. Quinta-feira, à tarde, eu vou com a equipe porque a ideia é trocar mesmo, passar os casos. Porque no CAPS é paciente em crise, é para os casos mais graves. Os casos que já estão bem, que já podem fazer o acompanhamento numa unidade básica são levados via matriciamento.” GD

“Nós já tivemos alguns encontros, onde foram discutidas questões de protocolos para atendimento para o paciente chegar à nossa porta.” GE

“Eu tenho matriciamento uma vez por mês. Os profissionais vêm até aqui e nós discutimos os casos. Mas nós começamos em julho e até hoje nós tivemos 2 reuniões só. Ainda tá caminhando, né?” GI

“Então, agora já foi feito o matriciamento de saúde mental aqui, né. Não especificamente do alcoolismo, mas eu acho que também entra junto na questão. [...] É porque o matriciamento de saúde mental foi feito agora.” GK

2.1.2.1.4 Contribuições da Estratégia de Saúde da Família na atenção à problemática

Confirmando o papel da estratégia de saúde da família de reestruturar o modelo assistencial à saúde e inserir a unidade de assistência no território do indivíduo, os gestores salientaram que, para a atenção à problemática do álcool, esta estratégia também tem se mostrado oportuna. Desta forma, tal questão tem sido abordada numa proximidade territorial

entre a unidade de saúde e o contexto familiar, o que possibilita uma intervenção mais realista, a partir da identificação dos fatores de risco para o consumo de álcool.

Segundo os entrevistados, na maioria dos casos, não é o próprio alcoolista que procura ajuda, e sim a família que, através da relação de confiança e vínculo com os trabalhadores da unidade, informa a ocorrência do uso prejudicial de álcool do familiar.

“Desde 2003, quando abriu o PSF, a equipe não tem rotatividade alta. Então, as pessoas têm um elo de confiança muito grande. Então assim, nós já conhecemos todos os pacientes. Então, assim, eles têm essa coisa de tá chegando. A família normalmente é quem nos procura, e tá certo, nós somos os facilitadores. [...] por ser um PSF, a gente continua sempre acompanhando a família. Enfim, a gente acompanha tudo o que tá acontecendo.” GB

“Sou apaixonada por saúde da família e até justifico o porquê: a partir do momento que eu conheço a realidade da minha demanda, eu conheço os fatores que são desencadeantes dos problemas, eu tenho como intervir de forma muito diferente. Nós não conseguimos resolver tudo, mas vamos conseguir modificar muitas coisas nesse processo, trabalhar algumas ações com olhar diferente.” GE

2.1.2.1.4.1 O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs)

Dentro da lógica da estratégia de saúde da família, os ACSs foram reconhecidos como tendo papel fundamental, uma vez que têm acesso às residências das famílias, conhecem as necessidades dos moradores e as demandas da região de abrangência. Esses trabalhadores trazem para a unidade informações sobre o uso abusivo de álcool, identificado durante as visitas domiciliares e na observação dos bares, quando transitam pelo território.

Um dos gestores salientou que, apesar da capacitação mínima na temática, o vínculo de confiança estabelecido entre eles e a comunidade facilita a identificação dos casos, e possibilita o início do cuidado em estágios menos avançados da SDA.

“... eles têm a capacidade, com pouco conhecimento, sim. Quando aparece algum caso que eles suspeitam de alcoolismo, têm toda a liberdade pra vir falar comigo ou com a doutora, né, pra gente tá vendo. Não vamos falar que eles têm treinamento

porque não têm, mas vamos falar que algum conhecimento, né, assim pra uma suspeita dá pra identificar.” GA

“Os agentes comunitários são uma ponte importante. Eles trazem pra gente o problema que está nas casas mesmo.” GB

“(os agentes) identificam sim. Eles não conseguem é trazer o paciente, mas eles conseguem trazer as informações sobre o paciente. Conseguem porque eles estão muito dentro da família, eles fazem a visita. Muitas vezes, eles estão em campo, então, eles numa frequência de visita que eles fazem, estão sempre passando. Então: ‘poxa, de novo o fulano tá no bar’. No outro dia, 7 horas da manhã, 8 horas da manhã tá o outro lá sentado lá no bar, bebendo. Então, esse tipo de informação tá chegando através deles.” GJ

2.1.3 Realização de treinamentos

Frente à dificuldade de o município não possuir uma unidade de pronto atendimento específica para a atenção aos casos de dependência química, um dos gestores salientou a importância dos treinamentos já realizados para a melhoria da qualidade do atendimento e para organizar o fluxo das ações.

“A gente não tem o Pronto Socorro psiquiátrico. Então, a gente capacitou o Mini-Hospital, que é um hospital que a gente tem, e é público. E a gente capacitou os clínicos para atendimento de urgência aos finais de semana e no feriado. Ele vai para o Mini-Hospital e faz o primeiro atendimento de emergência lá [...] A gente fez uma capacitação para o pessoal da Polícia Militar, Corpo de Bombeiros, pessoal da central de ambulância para emergência. Então, eles já sabem o fluxo: até 17 horas se tiver alguma urgência em relação à saúde mental, eles vão para os CAPS. Depois das 17 horas, eles vão para o Mini-Hospital e depois o Mini-Hospital tem a retaguarda 24 horas. Isso para alcoolistas, dependência química e psicótica.” GF

2.2 Ações não relacionadas à gestão pública de saúde

Além das ações desenvolvidas pela Secretaria Municipal de Saúde, outras iniciativas foram identificadas pelos gestores como ações de cuidado visando à reabilitação das pessoas com a SDA. Nas entrevistas, foram apontados os trabalhos realizados pelos

Alcoólicos Anônimos (AA) e pela Secretaria Municipal da Família e Bem Estar Social (SEMFABES), pois ambos desenvolvem ações importantes de reabilitação e, principalmente, preocupam-se com a reinserção social dos alcoolistas. Foram lembradas, ainda, ações desenvolvidas pelo Conselho Municipal Antidrogas (COMAD), igrejas e outros.

Dentre as ações que vêm ocorrendo no município, alguns gestores se referiram, ainda, ao interesse dos trabalhadores em buscar mais conhecimentos para lidar com as especificidades da temática.

2.2.1 Ações desenvolvidas por outros setores da gestão pública municipal.

A partir da análise das entrevistas, observou-se que a atuação da Assistência Social do município é percebida como muito expressiva no cuidado aos indivíduos que fazem uso abusivo de álcool. Portanto, dentre as ações identificadas encontraram-se o trabalho articulado da Secretaria Municipal da Família e Bem Estar Social (SEMFABES) e do Centro de Referência e Assistência Social (CRAS).

“Assistência Social é uma coisa que aqui no município trabalha muito bem. Nós temos assistentes sociais fortes, envolvidas neste trabalho.” GC

“É um trabalho da SEMFABES através dos CRAS, que são os serviços sociais, que recebem toda essa população carente. O prefeito pediu pra ver o que é que pode estar fazendo pra diminuir essas gestações e todos esses fatores. Aí nós estamos engatinhando. Tem médico junto pra ver.” GH

“É, a gente já chegou a montar um grupo de palestras com eles (AA), junto com o CRAS. O CRAS já atuou um pouco, tenta atuar. [...] Na verdade o CRAS fica envolvido mais com a parte de reunir a comunidade. Então, ‘olha, vamos organizar uma palestra, vamos chamar alguém pra fazer!’. O CRAS fica com a responsabilidade, normalmente, de reunir o povo. Então, a gente vai chamar esse, vai tentar localizar, vai fazer convite, o CRAS fica com a responsabilidade de reunir o grupo.” GJ

2.2.2 Ações desenvolvidas por segmentos sociais independentes da gestão pública municipal

As informações concedidas pelos gestores revelaram outros representantes sociais interessados no cuidado aos indivíduos que fazem uso prejudicial de álcool, além dos órgãos vinculados à gestão pública municipal. Os representantes sociais identificados foram:

o grupo de autoajuda Alcoólicos Anônimos (AA), que busca oferecer apoio para os dependentes do álcool, o Conselho Municipal Antidrogas focado na reabilitação social visando à redução dos índices de criminalidade, as igrejas e iniciativas individuais de trabalhadores que têm se portado como verdadeiros sujeitos da ação.

2.2.2.1 Alcoólicos Anônimos

O grupo de autoajuda denominado Alcoólicos Anônimos é formado por homens e mulheres dependentes do álcool que buscam, através da troca de experiências, alcançar e manter a sobriedade. Conhecido mundialmente como AA, o grupo também está presente no município estudado e foi reconhecido pelos gestores como um importante parceiro no tratamento de pessoas que sofrem da SDA.

“O AA, eles procuram, eles informam quando tem reunião, eles informam locais de trabalho. Eu acho que é uma porta. É uma porta.”[...] Eles têm uma atenção maior para a reinserção na sociedade, olhar mais humano. Eu acredito que a gente tem que ir junto, porque o AA, na verdade, não é uma ação que tem a ver com o setor público.” GE

“Potencialidades? Acredito que sim. Aqui tem os Alcoólatras Anônimos. Eu acho que (nome) é um município com muito potencial.” GI

“A gente vê o apoio do AA. Os Alcoólicos Anônimos têm interesse, eles vêm atrás, eles buscam entrar no bairro também [...]. A gente vê alguma coisa que vem aqui, que de vez em quando passa pra conversar, pra tentar melhorar alguma coisa são os Alcoólicos Anônimos, é o grupo deles. A gente vê que eles são um grupo que busca fazer alguma coisa.” GJ

2.2.2.2 Conselho Municipal Antidrogas (COMAD)

De acordo com os relatos, o Conselho Municipal Antidrogas busca estratégias preventivas para reduzir os índices de consumo de álcool e outras drogas por menores de idade, com o objetivo de diminuir os índices de violência e gestações indesejadas na adolescência. Este se destacou por ser o único dos três identificados pelos entrevistados, como realizador de ações associadas à prevenção.

Para tanto, o COMAD procura parcerias com enfoque na resolutividade social para os problemas do uso abusivo do álcool. Segundo relatos, formou-se no município um grupo com dois focos específicos de intervenção: gestação na adolescência e marginalidade/segurança. Nesse sentido, o grupo apresenta a proposta de trabalhar com grupos de orientação dentro das escolas, utilizando temas transversais, por exemplo, “Educação Sexual”. A partir desta discussão, introduzem outros assuntos, até conseguir abordar o fator da gestação na adolescência e marginalidade. De acordo com algumas entrevistas, a questão do alcoolismo será explorada dentro destes temas.

“O que a gente tá tentando agora no COMAD é articular com os serviços, inclusive com o poder judiciário pra trabalhar com o problema de prevenção [...] Então, nós tivemos uma reunião com o (...) juiz da Vara do Menor assim: ‘O que é que pode e o que não pode?’ Porque assim, como Conselho Municipal a gente tem participantes da Polícia Militar, da Guarda Municipal e assim, ninguém pode fazer nada. Porque assim, quando eu vejo que o adolescente tá caído lá alcoolizado, eu posso fazer alguma coisa?” GD

2.2.2.3 O trabalho das lideranças religiosas

As ações desenvolvidas por grupos religiosos também foram lembradas pelos gestores, como válidas para o processo de reinserção social do indivíduo.

“Eu acho que as igrejas aí, nas suas diversas crenças, elas têm alguns trabalhos.” GE

2.2.2.4 Conduta proativa dos trabalhadores da saúde

Nesta subcategoria, concentram-se os depoimentos que revelaram trabalhadores, agentes da ação em sua prática. Os entrevistados salientaram a importância da mudança de postura de alguns trabalhadores e gestores e como tais mudanças têm favorecido a qualidade da atenção à problemática do álcool no município. Frente às entrevistas, foi possível apreender que os referidos trabalhadores têm se destacado individualmente, ou em equipe, na busca de estratégias, visando à melhoria das ações.

2.2.2.4.1 Busca por aprimoramento do conhecimento

Os gestores apontaram como fator favorável a busca dos trabalhadores por novos conhecimentos, com o objetivo de melhorar o cuidado ao alcoolista. Afirmaram que

alguns trabalhadores da saúde, mesmo sem receber recursos, buscam capacitação para lidar com mais segurança com este público, com maior domínio da temática. Também apontaram que este conhecimento vem sendo compartilhado, o que contribui para a ampliação dos horizontes da equipe no cuidado. Ressalta-se, ainda, que um depoimento identificou a existência de um grupo de estudo na temática, formado por representantes de diferentes setores sociais.

“Fui em busca de estar fazendo esse curso (SENAD) porque eu observei que assim, as crianças, os adolescentes estão começando o consumo muito cedo [...] Eu acho que muito mais interesse deles (profissionais) do que do município em oferecer isso para eles, eu acho que sim. Assim, eu pego, por exemplo, meu caso. Eu ‘fui’ na internet e achei esse curso. Achei interessante estar fazendo, assim, para melhorar a qualidade independente do que seja feito. Mais para melhorar a qualidade do atendimento.” GB

“E a facilidade... Eu acho que alguns profissionais estão se abrindo para o problema e estão começando a ir em busca de melhorar o nível de entendimento.” GB

“Eu não trabalhava muito bem essa questão do alcoolismo. Eu achava que o alcoolismo era... ‘ah, bebia porque queria’. Depois que eu comecei a estudar, aprofundar tudo e até questionar como eu olhava enquanto profissional para essa pessoa, esse ser que chega ao hospital. Então, hoje não. Hoje eu consigo lidar bem com essa situação. Consigo encaminhar muito bem, consigo acolher muito bem, porque eu sei que eles estão precisando. E não é só ele, é uma família toda. Então assim, eu procuro fazer o máximo pra gente chegar até o tratamento.” GC

“Eu acho que é importante falar, também, que a gente faz parte de um grupo de estudos e a gente se reúne de 15 em 15 dias. A gente conversa sobre o fluxo dos moradores de rua. Faz parte a SEMFABES, a gente aqui, e a comunidade terapêutica.” GD

“E assim, a gente tem feito uma coisa, que seria bom particularmente, você entrevistar a (...) que é enfermeira do PSF. Ela está fazendo uma pós-graduação e ela tem trazido coisas muito interessantes da pós porque é um trabalho em saúde mental do governo do Estado de Minas, que é na Federal de Minas. Como na questão do

próprio curso em si, porque a gente tem buscado ter contato, a gente está sempre discutindo.” GE

2.2.2.4.2 Mudança de postura no cuidado ao alcoolista

Verifica-se que o processo gradual de mudança na forma de olhar a pessoa com a SDA possibilitou aos integrantes da equipe do CAPS ad uma prática fundamentada nos preceitos teóricos da redução de danos. Os relatos revelaram que a atual postura reflete o desenvolvimento de ações norteadas por novos conhecimentos, e favorece a aceitação dos alcoolistas pelo serviço de saúde, independente de sua apresentação pessoal ou situação de embriaguez. Um gestor também destacou a mudança na forma de ver os recursos de apoio. As Comunidades Terapêuticas, que foram alvo de críticas, atualmente são reconhecidas por ele, como aliadas no tratamento.

“Eu estou aqui há 5 anos. Hoje no CAPS, a gente vê que a gente amadureceu até em relação a enxergar o alcoolismo diferente. Por exemplo, aqui o CAPS é um serviço aberto. Ninguém chega revistando pra ver se alguém entra com bebida aqui. No começo, alguns profissionais achavam que o alcoolista embriagado, intoxicado não poderia entrar no CAPS (risos). É, hoje a gente dá risada, mas antes isso era um problema na equipe porque uma turma achava que não poderia, mas o serviço aqui é pra isso. Eu acho que a gente amadureceu bastante em relação a isso, sabe?” GD

“Então, eu acho que a gente amadureceu em relação a isso também. Tem muitos locais que abominam Comunidades Terapêuticas. Antes, até a gente era meio cético em relação a isso. Hoje já não, a gente acha que é aliado. A maturidade pra reconhecer que nesse momento, tudo pode servir de apoio mesmo.” GD

2.2.2.4.3 Trabalhadores em destaque: os sujeitos da ação

As entrevistas revelaram fatos relevantes e, dentre eles, uma prática desenvolvida por trabalhadores de diferentes formações que proporcionam mudanças na realidade do cuidado ao alcoolista. E esses resultados são reconhecidos, também, por vários trabalhadores da rede.

Além do gestor municipal de saúde (médico), foi destacado o trabalho de outros seis profissionais. Vale ressaltar que, apesar de proporcionalmente, a grande maioria dos trabalhadores que atua na área da saúde ser do sexo feminino e graduado em

Enfermagem, dos sete apontados como sujeitos da ação, três foram assistentes sociais e três médicos. Em relação ao sexo, quatro são do sexo masculino e, dentre estes últimos, somente um enfermeiro.

O trabalho realizado pelo enfermeiro do CAPS ad foi destacado por dois gestores, revelando que a unidade teve outros enfermeiros desde a sua fundação. Portanto, segundo relatos, somente o atual profissional conseguiu definir seu papel no serviço e se tornar referência para outros trabalhadores.

Também destacaram a expressiva atuação do Serviço de Assistência Social do município, realizado por três das assistentes sociais que o compõe. Duas delas têm desempenhado suas funções dentro de UBS. Realizam visitas domiciliares e os devidos encaminhamentos dos indivíduos que fazem uso prejudicial do álcool. A terceira desempenha suas funções em uma sala instalada na rodoviária da cidade, desenvolve um trabalho semelhante ao denominado consultório de rua, por meio do qual acolhe os moradores de rua, realiza entrevista e encaminha, quando necessário, às famílias e/ou para o CAPS ad. Salientaram, ainda, que tal atuação tem sido reconhecida, uma vez que representa uma ponte direta de acesso dos moradores de rua alcoolistas com o CAPS ad.

O gestor municipal de saúde (médico) foi apontado por seu trabalho de reestruturação da rede de atenção à saúde. Em especial, da saúde mental e o seu importante comprometimento e apoio político diante da temática do álcool e outras drogas. Como assinalado anteriormente, o processo de mudança da rede municipal de saúde tem avançado, mérito atribuído pelos entrevistados, ao atual gestor municipal de saúde.

Os entrevistados ainda apontaram dois outros médicos. Um que compõe uma das equipes de matriciamento, com especialização em Psiquiatria e em Saúde da Família. Na visão dos entrevistados, tal formação se reflete em sua atuação durante as visitas domiciliares. Para os gestores, este profissional conseguiu ter um olhar abrangente, não só para o alcoolista, como também para todo o contexto no qual o indivíduo está inserido. Tal postura lhe possibilita ser reconhecido como um profissional de referência para as equipes de saúde.

O outro médico, um homeopata que, segundo um entrevistado trabalha há muitos anos na unidade e demonstra empatia no atendimento aos usuários da comunidade. Assim, assinalou-se que, durante suas consultas, vários casos de abuso de álcool são identificados e devidamente encaminhados, o que não ocorre, na percepção dos entrevistados, em outros atendimentos.

Observa-se frente aos relatos que os profissionais apontados, muito embora tenham os mesmos cargos que os seus antecessores, desempenham o seu papel de forma

diferenciada, realizam trabalhos considerados referência, e representam potencialidades no município.

“Eu acho que um trabalho importante é o CAPS ad e assim, a postura do enfermeiro. Eu me identifico muito com o enfermeiro do CAPS ad. Eu fiquei sabendo que ele tá fazendo um trabalho muito bom.” GB

“Aqui na cidade tem a parte da (...) que ela faz na rodoviária que é uma pessoa maravilhosa que trabalha muito esse lado. [...] Ela faz esses encaminhamentos dessas pessoas que ficam na rua, sem família. Ela faz voltar pra casa ou encaminha para o CAPS ad. Então, assim, ela tá muito envolvida. Ela não fica no CRAS, ela fica na rodoviária, ela tem uma salinha lá, e referencia.” GC

“Tem a visita domiciliar da Assistente Social (da UBS) que vai mesmo atrás, que ajuda as pessoas. Então, assim, uma pessoa que tá bem envolvida nessa problemática.” GC

“Nosso secretário, ele nos apoia. Então, tudo o que a gente quer fazer, campanha ou alguma coisa relacionada ele dá o aval e manda seguir. Tanto, que os serviços de saúde mental cresceram bastante nessa atual gestão e por ele vai crescer mais.” GD

“Com o (...) conseguimos muito. Muito bom. Na verdade o (...) conseguiu. Eu falo dele, em especial por quê? Porque o CAPS ad é o que mais consegue fazer isso. O CAPS ad o que é que tem de interessante? A atuação do enfermeiro. A partir do momento que o (...) foi para o CAPS ad já tinha Enfermeiro lá, mas não tinha atuação porque, enquanto enfermeiro... existe uma discussão muito grande de qual é o papel do enfermeiro na saúde mental. E é uma coisa que MEU DEUS, é IMPRESCINDÍVEL! E aí o que aconteceu? Ele conseguiu desenvolver um trabalho a ponto de capacitar a equipe do CAPS e mostrar qual o papel do enfermeiro. E hoje a equipe fala: ‘Não trabalhamos sem enfermeiro!’ Quando você vê um profissional que realmente se destaca porque ele faz a gente despertar uma coisa, eu acho que é muito interessante.” GE

“É tem uma coisa interessante, que acho que a gente também tem que ressaltar: um dos profissionais de uma determinada equipe. Na verdade são duas equipes que estão trabalhando no matriciamento de saúde mental. Tem um profissional que atende as Unidades Básicas como um todo. Esse profissional, ele é um médico de família e é psiquiatra então, é interessante a abordagem dele. Ele consegue chegar na casa para fazer o matriciamento com a gente. Ele tem o olhar da família, ele tem o olhar do contexto, das necessidades, então, é um olhar focado pra saúde mental. Então, isso a gente tem que é uma coisa mais legal. Porque tem outras (unidades) que não é meu caso. Porque na minha equipe, ele não participa, mas ele tem estado em outras equipes e os médicos têm comentado isso nas reuniões. Ele faz matriciamento, acompanhando no domicílio, junto com o médico de família e que fazem todo o trabalho. Então, isso é uma coisa que a gente tem e que forma um vínculo importante.” GE

“Porque a gente tem uma assistente social aqui (na UBS) que faz muito essa parte do alcoolismo entendeu? Porque nós trabalhamos muito juntos: eu, o doutor e a assistente social. [...] Assim, nos encaminhamentos e em todo o levantamento da questão social, dos familiares, então é ela.” GK

“o Dr. (...) que é o médico, ele também é médico homeopata, entendeu? Então, tem muitos casos que passa com clínico, e o clínico acaba... sabe? Não referencia não. Agora, a homeopatia já é uma coisa mais específica. Ele fica mais tempo conversando com o paciente, então, ele acaba tendo uma empatia maior.” GK

2.3 Alguns privilégios do município: apoio político, localização geográfica e infraestrutura urbana

Durante as entrevistas, os gestores referiram-se, várias vezes, ao município como sendo privilegiado e com grande potencial em equipamentos e serviços necessários ao desenvolvimento de funções urbanas nos aspectos social, econômico e de recursos humanos da saúde disponíveis. Identificaram que o trabalhador deve estar satisfeito com sua prática na área.

Segundo um gestor, a localização do município, isto é, próximo à cidade de São Paulo e de centros com grande potencial econômico, como por exemplo, a cidade de Campinas, possibilita um impulso em seu crescimento econômico.

“É uma cidade que se desenvolveu muito rapidamente até por conta da localização, por estar perto dos grandes centros, né? Que é Campinas, ao lado de um aeroporto que vai ser o maior aeroporto internacional do país. Então, é uma área de grande desenvolvimento. E com isso a cidade expandiu muito. É um polo industrial significativo na região, então, (a cidade) é muito privilegiada. Próxima a São Paulo, próxima a Campinas, e aí, a gente tem com isso uma expansão.” GE

Referente à problemática do consumo do álcool e da dependência alcoólica, os gestores apontaram alguns recursos potenciais do município no aspecto social, abrangendo espaços de lazer. Os investimentos em atividades de esporte e lazer foram identificados como estratégias de prevenção e reabilitação para a problemática.

“Eu não sei assim, eu não sei muito assim, mas eu já escutei um pouco de incentivo de esporte. Tem, tem, tem. Hoje em dia melhorou bastante. Lá no centro de trabalho CIAEI, não sei se você viu, perto da prefeitura, tem o ginásio de esportes. Tem um centro esportivo. Então, tem algumas coisas.” GA

Outra questão, salientada por um entrevistado, referiu aos recursos financeiros e de infraestrutura do município, tais como, ambientes específicos, equipados e destinados para eventos, tanto no âmbito social, quanto educacional e científico, o que possibilitaria utilizá-los como espaços para divulgar e discutir a temática do álcool.

“Potencialidades? Assim, a princípio os recursos, os recursos assim: dinheiro e recurso de local. Nós temos locais maravilhosos para dar palestras e recursos audiovisuais.” GC

A identificação de potenciais recursos humanos na área da saúde, no âmbito institucional, ou seja, as iniciativas de desenvolvimento das atividades político-administrativas do município foram enfatizadas por um entrevistado. Um gestor salientou a importância do apoio político e a facilidade de contato com a equipe do Ministério da Saúde para o desenvolvimento das ações em saúde mental. Os dois gestores ressaltaram a boa qualidade do trabalho realizado pelos profissionais que atuam nessa área. Um deles complementou que estes trabalhadores “gostam do que estão fazendo”.

“Estamos contentes com esta gestão, nós temos credibilidade com a população e a equipe tá coesa, nós temos coesão na equipe, inclusive agora, com Atenção Básica. Com o hospital psiquiátrico também, a gente tem uma parceria importante com o hospital. Tudo feito por vontade política e por causa dos profissionais, a gente tem ótimos profissionais e que trabalham muito bem. A cidade está muito forte em relação a outros municípios [...] está assim bem forte com relação à Política Nacional de Saúde Mental. A gente tá assim, bem próximo do Ministério, a gente tá seguindo.” GF

“Na realidade, nós estamos num município privilegiado. Na verdade, profissionais, você vai sempre encontrar, mesmo o pessoal do CAPS que tá lá hoje. Você vê que são pessoas que gostam do que estão fazendo, se deram bem lá.” GH

CATEGORIA TEMÁTICA 3 – PRINCIPAIS FRAGILIDADES E LIMITES PARA O DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES RELACIONADAS À PROBLEMÁTICA DO ÁLCOOL

Nesta categoria, encontram-se as percepções dos gestores sobre as fragilidades do município e fatores limitantes que consideraram como dificuldades para implantação de ações relacionadas à problemática do álcool no município. Constatou-se que o fator mais expressivo, na percepção dos entrevistados, constituiu-se na falta de preparo da população em lidar com tal problema, incluindo a família e os trabalhadores da saúde. Este despreparo tem reflexo direto nas ações e, conforme apontaram, ainda são encontradas, com muita frequência, atitudes desrespeitosas e até revestidas de preconceito em relação ao alcoolista.

3.1 Falta de preparo para lidar com a problemática

Os gestores salientaram a falta de preparo das pessoas para lidar com os alcoolistas, principalmente, em relação à atitude da família e dos trabalhadores da saúde. Percebeu-se que esta dificuldade em assumir o cuidado de usuários com dependência de substâncias psicoativas, em serviços extra-hospitalares, está relacionada ao modelo de assistência à saúde (medicamentoso e hospitalocêntrico) e à cultura de internação, única estratégia reconhecida e utilizada para tratamento durante décadas, devido à existência de um hospital psiquiátrico no município. Assim, os familiares dos usuários, bem como os trabalhadores que atuam no hospital geral, e em outros serviços de saúde, exceto hospital psiquiátrico, não se sentem corresponsáveis pelo tratamento dos alcoolistas. Apesar de essas pessoas terem uma proximidade maior com esta população que necessita de ajuda, não estão capacitadas para uma atenção adequada.

3.1.1 Histórico do modelo de assistência à saúde mental e a influência nas práticas atuais

A forte influência do modelo hospitalocêntrico, caracterizado pela segregação social das pessoas em sofrimento psíquico, ainda é percebida na conduta da população, inclusive trabalhadores da saúde que veem a internação como estratégia principal para tratamento das pessoas com transtorno mental e dependência química. Observa-se o reconhecimento de que a presença de um hospital psiquiátrico, no município estudado, resultou na instauração de uma cultura de internação.

“Porque a cidade começou com um hospital psiquiátrico. Então, tudo era internação, todo mundo tinha que estar dentro do hospital internado. E outra coisa também, que a gente tá tentando quebrar é essa questão do ‘Tudo tem que por dentro do hospital’, que está ainda muito difícil, principalmente em relação aos próprios funcionários e em relação à própria comunidade, todo mundo já está meio viciado. ‘Interna, interna’, tudo tem que internar. Essa proposta, essa cultura, veio da cidade ter um hospital psiquiátrico, então começou com o hospital e com o ambulatório. Então, acho que a cultura começou com a internação, que era o único jeito que tinha de tratamento.” GF

3.1.2 Dificuldades relacionadas às famílias

Segundo os gestores, a família além de não ter uma participação efetiva nas ações de cuidado a seu familiar adoecido, em alguns casos, estimula o consumo precoce da substância. Um dos entrevistados apresentou a dificuldade da família em participar do cuidado a seu familiar alcoolista, transferindo a responsabilidade ao serviço de saúde. A fala de outro gestor levou a entender que a população, em situação de vulnerabilidade social, não se preocupa com as consequências do uso abusivo do álcool. Na percepção deste gestor, ao contrário, para as famílias desta classe social, o álcool é consumido de forma livre. Até mesmo é oferecido para crianças, e torna-se, assim, um hábito nos primeiros anos de vida, sob a possibilidade de se manifestar como dependência na fase adulta.

“Mas o resultado não é melhor porque a família não participa. Eles acham muitas vezes que a gente que tem que resolver todo o problema.” GD

“Eu acho que alcoolismo é questão familiar. A grande maioria da população que é o público mais carente tá tudo se lixando. Vê o pai bebendo, vê a mãe bebendo ou até aquelas crianças que desde os 4, 5 anos a mãe já dava alguma coisa. E assim, de repente, eu acho que os alcoólicos mais novos de 30 a 40 anos é a questão da adolescência mesmo.” GH

3.1.3 Postura inadequada dos trabalhadores da saúde: apontando o despreparo

Os entrevistados afirmaram que os trabalhadores da saúde, inclusive eles próprios, não estão preparados para lidar com as especificidades da problemática do consumo prejudicial de álcool. Consideraram que o conhecimento prévio sobre a temática e o impacto

do uso de álcool a curto, médio e longo prazo são pouco divulgados, pois há trabalhadores da saúde, muitas vezes, no mesmo nível de informação que o da sociedade.

Associado a tais fatos, segundo os gestores, os trabalhadores não recebem capacitação na temática, e este despreparo se reflete claramente na postura do profissional ao atender o alcoolista. Outras dificuldades identificadas pelos gestores foram: a presença do preconceito no atendimento às pessoas que fazem uso problemático de álcool, desvalorização das queixas desta população nos serviços de saúde. Além destas, foram identificadas também atitudes e ações inadequadas do trabalhador da saúde, tais como, ignorar a existência do problema do usuário, ou transferi-lo sem buscar alternativas para o seu enfrentamento, justificadas pela falta de conhecimento, recursos ou de comprometimento com o problema.

Ainda verificou-se que alguns gestores demonstraram total desconhecimento das ações de atenção ao alcoolista, desenvolvidas no município. Outros afirmaram que não tem sido feito nada em relação à problemática.

3.1.3.1 Despreparo dos trabalhadores – a carência de educação permanente

Constatou-se que a ausência de uma política de formação para os trabalhadores da saúde do município constituiu o fator mais enfatizado pelos gestores como dificuldade para se implantar ações e implementar programas de atenção nesta temática. Em todos os relatos seguintes houve referência à falta de capacitação, informação e de preparo dos trabalhadores frente à complexidade do tema. Também consideraram o conhecimento prévio como insuficiente, pois a gestão pública de saúde não oferece treinamento.

“Nós não recebemos pela rede treinamento específico para trabalhar com o alcoolismo. Eu acho que cada profissional traz o seu conhecimento prévio, mas eu acho que ainda é muito pouco. Eu acho que ainda que não é trabalhado da forma como deveria ser trabalhado.” GB

“Eu percebo que a equipe ainda não está preparada para atender esses pacientes porque você sabe que eles tratam mal. Eles têm que ficar restritos, tem a crise de abstinência, eles ficam agressivos. Então assim, a gente tem que tá trabalhando mais a parte da psicologia. Capacitação? Acho que nem na parte hospitalar, aqui nesse município não tem, não tem suporte.” GC

“O que falta pra nós, porque eu faço parte do COMAD [Conselho Municipal Antidrogas], o que falta é estudo mesmo, mais especialização na busca de saber melhor. O que eu acho que falta é isso. É recurso mesmo, é estudar o alcoolismo até fazer um mestrado, um doutorado aí. É que a gente não tem pessoas preparadas, mas tá muito difícil.” GC

“Eu acho que nós, profissionais da saúde, nós ainda estamos incapacitados pra tratar este paciente. A gente precisaria de capacitação também. Pra tratar ele e pra acolher também essa família. [...] A gente tem muito pouco capacitação.” GI

Outro gestor demonstrou sensibilidade numa fala ao reconhecer-se como despreparado para realizar palestras ou criar um grupo em sua unidade para acolher alcoolistas e familiares, o que pode ser considerado como um desabafo.

“Então... eu acho assim, falta um pouco de informação pra gente. A gente não tem muita palestra. Não tem muita coisa pra estar aumentando nossa informação. Eu não me sinto preparada para estar ministrando uma palestra sobre isso, ou até pra estar formando grupos de conversa, grupos envolvendo isso.” GJ

A fala a seguir completou o cenário descrito pelos entrevistados. Quando questionado sobre as dificuldades em se realizar intervenções específicas frente à problemática do álcool, um gestor revelou a dificuldade de identificar os casos de abuso e dependência, reconhecendo que talvez eles estivessem sendo subnotificados. A falta de capacitação leva à identificação, apenas do estágio avançado do uso do álcool.

“Talvez eu também esteja subnotificando essa questão do alcoolismo.” GK

3.1.3.2 Desconhecimento e negação do que tem sido feito

Os gestores foram questionados sobre as ações desenvolvidas pela iniciativa pública no cuidado ao alcoolista. Apesar de todos conseguirem identificar algum tipo intervenção no município ou na unidade onde atuam, alguns se contradisseram ao afirmar que nada tem sido feito pela gestão municipal. Porém, o fato torna-se compreensível ao avaliar os depoimentos dos entrevistados que indicam a falta de clareza na definição de uma política desenvolvida pela Secretaria Municipal de Saúde para esta questão.

Quatro gestores afirmaram que nada tem sido feito especificamente para a atenção ao alcoolista. As mudanças ocorridas, segundo eles, relacionaram-se à saúde mental, e as específicas para a temática do álcool foram associadas às ações para usuários de outras drogas.

É importante ressaltar que, embora muitos entrevistados tenham apontado várias ações isoladas e/ou articuladas no município, três gestores afirmaram desconhecer qualquer proposta de implantação sistemática de uma política ou mesmo ação para atenção à problemática no âmbito municipal.

“Na minha unidade não tem nada para alcoolismo. [...] Olha, e se eu te falar que eu não sei o que tem sido feito no município [...] Olha, nessa comunidade, aqui no bairro, eu não tenho conhecimento. Eu estou aqui faz poucos meses e eu não sei, não tenho conhecimento de nada específico para o alcoolismo aqui, não [...] Agora, vou falar uma coisa pra você: que tenha feito uma campanha grande, não sei o quê... hum... Não! Eu não tenho recordação de nada [...] Não vou falar que não tem, nem que não deu certo porque eu vou estar me comprometendo e eu não conheço. Então, eu desconheço, eu não acompanhei. Pode ter alguma coisa, às vezes pela secretaria, lá, mas eu desconheço. Às vezes, começou lá, não deu certo, parou e nem chegou. Pode ser que tenha feito sim, pode ter tentado, pode até ter feito projetos lá, só que não chegou.” GA

“No município nunca teve uma ação específica para a questão do alcoolismo.” GD

“Olha, ações do município eu não conheço. Eu sei que existem ações que acontecem principalmente nas unidades, que têm resultados e a gente não pode fechar os olhos pra isso.” GE

“Acho que eu posso estar falando demais, mas ações eu não vejo, não vejo, não vejo. E assim, uma coisa com o álcool, a gente não tem. O problema do alcoolismo não tem sido enfrentado” GH

“[...] iniciativas da secretaria? Nada. Pelo menos da parte de alcoolismo, pelo menos pra gente não chegou nada da secretaria, ou seja, da saúde.” GJ

3.1.3.3 Falta de envolvimento dos trabalhadores da saúde

Dois entrevistados referiram como dificuldade a falta de envolvimento dos trabalhadores da saúde na atenção a esta problemática e a falta de condições de trabalho. Para um dos gestores, não há dedicação e compromisso dos trabalhadores, os quais deixam de ser agentes de mudança para os casos atendidos. Outro gestor justificou a falta de envolvimento relacionando-a às precárias condições de trabalho. Na percepção deles, os trabalhadores sentem-se cobrados quanto à postura de compromisso com a ação, ou seja, precisam realizar uma escuta qualificada e ampliada, porém o número insuficiente de recursos humanos dificulta atendimento e assistência eficientes ao alcoolista.

“Eu acho que falta mesmo é envolvimento, é envolver as pessoas certas no momento certo. Porque a gente participa, mas não é participar com esse olhar, é participar com vontade, é fazer a mudança, é fazer a diferença. A gente até se envolve com as pessoas, mas não é um envolvimento com dedicação, não é um envolvimento com dedicação. ‘Ó, passou aqui, eu tenho esse paciente que é alcoólatra, que dá problema’. Eles se jogam, se machucam, eles sabem que não precisava disso. Precisava de um olhar melhor, de uma assistência melhor.” GC

“A principal dificuldade é a gente envolver os profissionais num compromisso com essa ação. Isso é uma grande dificuldade!” GE

3.1.3.4 Ações permeadas pelo preconceito

Algumas falas apontaram que a atitude e a conduta técnico-assistencial dos trabalhadores ao alcoolista e à questão do alcoolismo também têm se mostrado um fator desfavorável para o desenvolvimento de práticas efetivas.

O preconceito ainda existente na população em relação às pessoas que fazem uso prejudicial do álcool, também foi apontado presente na conduta dos trabalhadores de saúde. Os gestores citaram dificuldades tais como, a desvalorização das queixas dos usuários de álcool nos serviços de saúde, principalmente, nos hospitais gerais. Segundo eles, os trabalhadores atribuem a ineficácia do acolhimento à priorização de outras demandas em detrimento da assistência ao alcoolismo. A falta de envolvimento dos trabalhadores para lidarem com os alcoolistas foi apontada por dois gestores como uma dificuldade a ser vencida.

Um dos entrevistados referiu-se à atitude resistente dos enfermeiros para atuarem na área de saúde mental e à postura inadequada no cuidado ao alcoolista como fatores

desfavoráveis, considerando que tais comportamentos podem influenciar a equipe e ser reproduzido. Ele salienta a ausência do vínculo entre este profissional e os usuários de álcool. Todo o quadro de inadequação no cuidado ao alcoolista foi associado ao histórico da atenção à saúde mental do município.

“O enfermeiro tem uma resistência muito grande à saúde mental, aliás, ele não quer, ele não se aproxima [...] Vamos ter que trabalhar isso, e uma das coisas que eu vejo é que quando você (enfermeira) vê uma postura da população frente ao alcoolismo, você tem que reagir muito diferente e não fortalecer. Acolhe, leva, põe no consultório, atende. Vamos trabalhar isso, mas não podemos reforçar isso.” GE

Vale ainda ressaltar que a postura do enfermeiro não deve fortalecer atitudes desrespeitosas praticadas pela maioria da população, conforme relato acima. Tais condutas podem produzir impacto negativo sobre as ações de reabilitação e promoção à saúde do alcoolista. Principalmente quando há uma visão estigmatizada deste, que influencia no cuidado prestado pelos profissionais enfermeiros, pode resultar em um comportamento inadequado no cuidado ao alcoolista.

“Ele coloca uma coisa muito interessante, ele coloca que quando o alcoolista chegava pra ele - ele era enfermeiro do Mini-Hospital, no Pronto Socorro – então, quando chegava ele tinha um olhar: ‘Ih, mais um, chegou um bêbado, mas tá uma loucura, deixa ele aí, deixa ele aí.’ ” GE

Dois entrevistados apresentaram depoimentos descrevendo como ocorre o atendimento em unidades de Pronto Atendimento em hospitais gerais às pessoas que chegam ao serviço intoxicadas pelo uso de álcool. Os gestores relataram, além da visão preconceituosa dos trabalhadores envolvidos no cuidado a esta população, o não reconhecimento da necessidade do atendimento ao alcoolista, pois o consideram desmerecedor de atenção. Justificam que o mesmo estaria tirando a vaga de quem realmente precisa. Observou-se que o comportamento da pessoa intoxicada pelo álcool, que busca ajuda nos serviços de emergência/urgência, provoca resposta pouco acolhedora nos trabalhadores da saúde, o que reforça a visão negativa do alcoolista, pelo seu desinteresse na assistência, e desencadeia o comprometimento do fluxo no atendimento. Ao final da fala, um gestor demonstrou, ainda, pouca confiança na possibilidade de mudança desta realidade.

“O hospital que é o Hospital Geral não tem a retaguarda que tem um hospital psiquiátrico. O olhar do profissional do Hospital Geral é outro até hoje. Assim, a gente sempre teve problema com o Hospital Geral porque entendem que o alcoolista é ‘o cara que enche o saco’ no PS, que fica agitado lá, que é ‘pingaiada’, que tira a vaga do outro que precisa de verdade. Isso tem, infelizmente. Eu não sei se um dia a gente vai conseguir avançar em relação a isso.” GD

“... porque a gente estava tendo muito problema com o Hospital Geral de referência, de fluxo, de atendimento, de acolhimento, então a gente resolveu mudar o fluxo, então o paciente passa pelo Mini-Hospital” GF

O outro gestor apontou a desvalorização da problemática do álcool nos serviços de saúde, uma vez que os mesmos priorizam outras questões de saúde. Há uma resistência até mesmo para ouvir a pessoa intoxicada pelo álcool.

“Aqui é uma área que eu tenho várias gestantes, várias questões que não dá pra você desprezar a queixa, não valorizar algumas coisas. E a gente desvaloriza as questões e, principalmente, a questão do alcoolismo. ‘Ai, chegou mais um bêbado, manda ficar quieto, faz isso, faz aquilo’.” GE

Verificou-se que, na percepção dos gestores, a falta de preparo para lidar com as questões da problemática se reflete de variadas formas; dentre elas, o desenvolvimento de ações sob influência da visão preconceituosa. Um dos entrevistados considerou que a principal dificuldade para se desenvolver ações de atenção à problemática é o preconceito, e o próprio gestor se reconhece com esta limitação. Segundo outro entrevistado, o preconceito está presente também entre os membros do próprio Conselho Municipal Anti Drogas (COMAD). Na sua visão, a falta de seus integrantes às reuniões acontece em decorrência de uma visão preconceituosa da problemática. Ainda, na última fala, este gestor apresentou como o preconceito se torna uma dificuldade na prática do trabalhador da saúde.

“Eu vejo assim, a principal dificuldade é o preconceito, que é muito forte. Preconceito inclusive nosso, porque, às vezes, eu me pego também sendo preconceituosa, percebe?” GB

“Eu acho que tem um pouco sim do preconceito. Tem o Conselho e as pessoas são indicadas uma vez por mês, uma hora e as pessoas não vão. Eu acho que tem preconceito sim.” GD

“O preconceito é uma dificuldade pra gente conseguir galgar degraus mais altos, porque aqui ainda é assim. Aqui a gente vê que, às vezes, chega o alcoolista que não tá bem, tal. Aí: ‘isso aí, deixa que a gente atende aqui mesmo’. Aquilo ali é a última necessidade, a minha é sempre maior. Então, existe uma barreira.” GE

3.1.3.4.1 Transferência da problemática para outros setores

Identificou-se, através das falas, que a concepção de transferência do problema também permeou o pensamento dos entrevistados, os quais demonstraram alívio por encontrar, após a criação do CAPS ad, um serviço para onde encaminhar esta demanda. Em muitas ocasiões, os gestores se referiram a outros trabalhadores ou órgãos como responsáveis pelas ações de atenção à problemática, não se colocando como corresponsáveis nas tomadas de decisão. Conforme os relatos, em muitos casos, o papel de sujeito da ação foi transferido para outros atores sociais.

“Eu falei para você que eu fiquei sabendo, que eu fico sabendo de alguns casos esporádicos, que já são mais antigos que não vêm me procurar. Eu fiquei sabendo, mas assim, é geralmente, como sempre, a doutora deve conhecer muitos casos de alcoolismo que passa com ela e não passa comigo. Então, eu não sei. A psicóloga também deve atender bastante, ou alguns casos que a doutora encaminha pra psicóloga.” GA

“Eu acredito que tem que ser mais o poder público mesmo junto com os gerentes. Porque eles mesmos que precisam estar mais inseridos [...] Eu acho que quem precisa saber são os gerentes, os agentes da ação, o poder público, o Judiciário e aí vai.” GC

3.2 Deficiência na estrutura física e operacional da rede pública de saúde

As entrevistas revelaram que muitas das dificuldades relacionaram-se à estrutura da rede pública de saúde, tais como: número insuficiente de recursos humanos,

matriciamento ainda não fortalecido, número insuficiente de vagas para internação e existência de serviços de atenção ao alcoolista que não priorizam a promoção e reabilitação à saúde, falta de espaço físico adequado nas unidades de atenção básica, recursos materiais insuficientes e inflexibilidade do horário de funcionamento destas unidades.

3.2.1 Falta de recursos humanos

As falas a seguir apresentam um panorama de deficiência em recursos humanos para desenvolver ações eficazes no cuidado ao alcoolista. Os gestores referiram-se, tanto ao número reduzido de trabalhadores da rede de saúde, quanto à falta de capacitação destes para lidarem com as especificidades da temática. Esta deficiência prejudica a implantação de ações voltadas para os alcoolistas e pode impossibilitar momentos para troca de saberes entre os membros da equipe.

“E ela (psicóloga) está muito aberta para fazer um treinamento, mas no momento não está dando tempo. São poucos profissionais, daí só ela que atende (alcoolismo).” GB

“Não consegui implantar (intervenção breve) pelas dificuldades todas de falta de pessoal. Assim, quer dizer, assim, é até vergonhoso, mas assim, sabe? Acaba que dificulta mesmo a implantação.” GB

“Eu acho que vai faltar recursos humanos, né? Sei lá, mais funcionários e também é dar suporte. Porque não adianta colocar eu com uma enfermeira sem suporte, uma enfermeira generalista que acabou de sair da faculdade, que eu não vou aguentar. Precisa ter uma base estrutural.” GC

“Tem a psicóloga que faz reunião, tem a nutricionista que faz reunião, mas não tem a minha parte como enfermeira. Isso é falho, mas assim, eu preciso de uma enfermeira aqui dentro. Não adianta, porque eu tenho uma parte no (...) que tá crescendo muito e sendo muito bom para os crônicos. Isso é uma parte que expandiu muito e assim, o que falta mesmo é profissional. Se tivesse uma colega aqui seria ótimo pra crescer e fazer acontecer.” GC

“Agora eu acho duas coisas: nós temos um problema grave de RH (recursos humanos) e o serviço fica comprometido. Outra coisa, além de falta de RH nós não

temos feito visitas domiciliares como se deveria. Isso é super importante, não tenho gente [...]. A equipe é pequena. Eu perdi uma TO (Terapeuta Ocupacional) que se aposentou. A outra TO que eu tinha foi para o CAPS. Às vezes, dá um pouco de uma sensação ruim, porque tem tanta coisa pra gente fazer mais aqui no CAPS. Então, quando alguém entra em férias é complicado aqui.” GD

“Acho que falta recursos humanos, acho que a gente precisa.” GD

“‘Ai, eu tenho um monte de gente pra atender e você quer que eu pare para escutar? Quer que eu faça uma escuta QUALIFICADA? E AMPLIADA? Se você não põe ninguém pra trabalhar comigo?’ Então, quer dizer, se tem uma cobrança grande por conta do compromisso, mas que também perpassa a questão da falta de pessoal e de estrutura.” GE

“Olha, a gente tem falta de Recursos Humanos em todas as esferas, né?” GH

“Eu tenho um horário assim mais restrito com o médico, porque nosso médico fica só meio período.” GJ

“Eu acho que falta um pouco de profissionais pra lidar com a formação desses grupos.” GJ

3.2.2 Matriciamento não fortalecido

Algumas mudanças ocorreram na estrutura da rede pública de saúde do município durante a fase de coleta de dados deste estudo. Dentre elas, ressaltam-se o atendimento aos casos de saúde mental nas unidades de atenção básica e a implantação do matriciamento em saúde mental. Neste novo contexto, dois gestores referiram a atuação da equipe de Apoio Matricial como ainda ineficiente, devido ao fato de que atender alcoolistas em unidades da atenção básica consiste em um desafio recente. Apontaram que os trabalhadores da unidade não foram capacitados e o matriciamento ainda não está preparado o suficiente para oferecer o suporte dentro das expectativas e especificidades que esta temática demanda.

“A parte ruim do matriciamento é assim, é que eu acho que primeiro deveria começar pela capacitação. Porque o que eu vejo não é eu (categoria profissional) é todo mundo, é desde a recepção, o acolhimento, porque você sabe eles são diferentes, eles são diferenciados. Então, chega sem tomar banho, quem está na recepção tem que ter um olhar diferente. Então assim, foi isso que eu falei que é a parte ruim, foi essa. Você sabe que eles são imediatistas, então, nós não estamos preparados. A parte ruim foi essa que eu falei, a falta de preparo.” GC

“O que eu acho que ainda está muito a desejar é o matriciamento. Ainda não nos dá segurança de dizer ‘eu tenho um paciente e sei como conduzir’. É ele que tem que dizer: ‘são eles que vão dar o segmento’, mas não é o momento. Então, a gente está muito aquém.” GE

3.2.3 Dificuldades para internação

Alguns gestores se referiram à necessidade de mais vagas para internação em clínicas de recuperação, para a atenção aos alcoolistas no momento da crise. Um gestor apontou a necessidade de vagas para atender à demanda SUS, pois a maioria das clínicas concentra-se na iniciativa privada. Outro ressaltou a importância não só de vagas, mas também do tipo e da qualidade do tratamento oferecido nos serviços de internação. Neste contexto, foi citada uma clínica de reabilitação do município que atende usuários SUS, onde se consegue internação, mas o foco é no isolamento do alcoolista, sem a preocupação de promover sua reinserção social.

“Ainda temos poucos lugares de referência para ajudar as pessoas a sair dessa crise. São poucas clínicas para internação, são caras e assim, as que existem são caras. E outra, as clínicas que são públicas têm uma lista de espera enorme. A gente sabe que, quando a pessoa tá disponível, quando ela quer, então, essa é a hora que ela tem que ser acolhida. Mas não tem vaga. Então, eu acho que é o principal empecilho.” GB

“O que eu acho ainda é que faltam condições estruturais, mesmo para as clínicas porque hoje você vê que as clínicas que tem ou é de igreja ou é uma clínica ou duas conveniadas do SUS.” GC

“A gente tenta atendimento no CAPS, mas você vê que não tem. Tem, existe, faz, a equipe é competente, se esforça, mas a questão de um atendimento secundário, mais especializado. Se você precisa de uma internação, você não consegue, alguém que esteja realmente interessado em reabilitar e tratar.” GH

“Você tem o CAPS, você tem as vagas, aí você tira um cara que ganha mal, ele tem as faculdades mentais, bebe mais que deveria e aí se torna agressivo e coloca numa clínica de repouso igual à clínica de repouso (nome da instituição). Adianta? Então, na realidade a questão é tirar do contato com o álcool e não reabilitar. Não é reinserir. E fica lá, ninguém sabe, ninguém viu e fica lá. E é assim com todos, com o álcool é a mesma coisa.” GH

3.2.4 Problemas de infraestrutura e operacionalização das unidades

Verificou-se que, por estarem inseridos diariamente no contexto das unidades, os gestores identificaram limitações como tais como a falta de espaço físico e de recursos materiais para se realizar treinamento ou grupos de orientação sobre a temática.

Outro fator desfavorável refere-se ao horário de atendimento das unidades, as quais se encontram fechadas no horário disponível à grande maioria da população, o que dificulta o tratamento de quem procura ajuda.

Dois gestores se referiram à localização da unidade como elemento dificultador para implantar ações de atenção na temática específica. Uma unidade situa-se em área rural afastada, dificultando o acesso a informações e outras unidades encontram-se inseridas em área de tráfico e consumo de drogas.

3.2.4.1 Estrutura física deficiente dos serviços da rede

Três dos entrevistados apontaram a falta de espaço nas unidades como um fator desfavorável para que sejam implantadas ações nesta e em outras temáticas. No caso das unidades de atenção básica, não há uma sala para reuniões ou espaço que possa ser utilizado para treinamento no horário de funcionamento. As orientações aos usuários do serviço são dadas na recepção ou no corredor de circulação. No CAPS ad, o espaço disponível na casa também foi considerado insuficiente para a realização de todas as atividades pretendidas.

“Porque assim, nós não temos mesmo estrutura para estar trabalhando este problema na unidade.” GB

“Falta espaço! Se a gente saísse daqui pra uma casa maior...” GD

“Olha, eu vou falar daqui do posto. A barreira principal é... Bom, acho que isso nem seria o problema porque a gente tem um problema físico, né? Não sei se você chegou a ver. É um problema físico. Assim, dependendo dos horários de atendimento, eu não tenho espaço pra alguma palestra ou alguma coisa aqui. Eu só tenho os consultórios. Bom, hoje isso é uma barreira.” GK

“A gente trabalha muito a sala de espera para orientações, mas o problema que a gente tem é o problema físico. Espaço físico. Às vezes, tá falando e a pessoa tá passando. Vai pra lá, vem pra cá. Não tenho sala de reunião.” GK

3.2.4.2 Falta de recursos materiais

A falta de recursos materiais foi assinalada por um gestor como dificuldade para se trabalhar em grupos, bem como para realizar um treinamento com a equipe e orientar o alcoolista e seus familiares.

“Às vezes, falta um pouco de material pra audiovisual, material pra gente trabalhar dentro desses grupos. Normalmente, a gente também não tem isso disponível, no geral. Se a gente tivesse audiovisual... se a gente tivesse... Eu não tenho nem um flip chart. Falta até o básico mesmo, né. Eu não tenho. Gostaria de ter, não só pra esse tipo de trabalho, mas pra outros que a gente desenvolve. Flip chart seria importante pra gente estar manuseando, pra gente poder estar passando informações para as pessoas. Então, falta essa parte do material e informação também, né?” GJ

3.2.4.3 Horário de atendimento das unidades incompatível com as necessidades e disponibilidade dos usuários

Dois gestores observaram que a falta de flexibilidade dos horários de funcionamento da unidade dificulta o acesso dos usuários ao tratamento. Os horários disponíveis (segunda à sexta feira, nas USFs das 7h às 16h e nas UBSs das 7h às 17h), na grande maioria das vezes, coincidem com os de trabalho da população.

“A gente acaba tendo um pouquinho mais de dificuldade por causa do horário do pessoal que, normalmente, o horário que eles têm mais disponível é no período depois das 6 (18 horas), que é o horário que volta do trabalho. E de sábado e de domingo e que, aí, não é nosso horário de serviço, também. Então, a gente não tem essa disponibilidade pra estar atrás ou estar indo pra buscar.” GJ

“Dificuldades, assim, a outra coisa que eu falo é dependendo do horário vai dificultar esse tipo de serviço de atendimento.” GK

3.2.4.4 Localização de algumas unidades

O município conta com áreas rurais e algumas USFs foram instaladas em zona urbana, porém, nas proximidades destas áreas, para facilitar o acesso da população rural. Entretanto, o gestor de uma destas unidades referiu-se à distância da unidade como um fator limitador das ações, uma vez que, segundo ele, esta distância dificulta as visitas domiciliares.

Há, também, a questão da localização de uma UBS inserida em uma área geográfica propícia ao comércio de entorpecentes. Segundo o gestor, o local favorece o consumo de substâncias psicoativas, e dificulta a implantação de ações de atenção individual e coletiva à problemática do álcool. Apontou-se que alguns dos possíveis recursos territoriais considerados importantes para a constituição da rede de apoio social ao indivíduo e família, como por exemplo, a praça da igreja do município, são pontos de tráfico de drogas.

“Aqui é uma área de muita violência, uma área de muita drogadição, uma área de alcoolismo.” GE

“A distância daqui do bairro complica um pouco mais pra gente trazer profissional, pra gente trazer essa gente. Precisaria de um grupo específico pra vir aqui. Como é muito longe, o bairro aqui é afastado, a gente tem bastante dificuldade de trazer esse pessoal aqui pro bairro.” GJ

“Por exemplo, aqui, essa igreja é em frente ao posto de saúde, tá?! A praça é um ponto de tráfico, ao lado da unidade de saúde. E o que você faz? Você chora, senta e chora. O lugar favorece.” GK

“Eu acho que paciente nosso aqui que queira fazer tratamento no AD, eles vão ter dificuldade de transporte. Primeira coisa, principalmente porque eles moram na zona rural. É longe, os horários de ônibus são pouquíssimos. Tem uma área, na zona rural, que não tem ônibus durante as férias. NENHUM. Não tem, não consegue sair de lá, entendeu? É muito difícil. Há pouco tempo eu tive uma paciente que tinha grande dificuldade de ir ao AD. Porque assim, por mais que eu tivesse o passe dar direto, tem a questão do horário do ônibus. A zona rural que é o pessoal mais para o fundo, mais ainda, o transporte é bem grave.” GL

3.3 Outros limites da gestão pública municipal

Os gestores identificaram dois fatores relacionados à iniciativa pública como desfavoráveis à implantação de ações de atenção à problemática: a falta de interesse do poder público pelo problema e a dificuldade de articulação entre os vários serviços.

3.3.1 Falta de interesse do poder público municipal pela problemática

Em várias falas os gestores se referiram à falta de iniciativa e ao compromisso político como dificuldades para as ações. Um deles revelou sua frustração porque o poder público age no sentido contrário, faz as ações estagnarem, ou seja, há interferência na continuidade das ações iniciadas, ou até mesmo limitam as tomadas de decisão. Outro gestor apontou que não há dificuldades no município, o que falta é vontade política.

“Olha, é querer fazer. Eu falo pra você: eu quero fazer, mas eu tenho meu entrave que é não saber até onde posso cobrar. Você sabe que eu dependo muito das autoridades para poder fazer. Não me adianta saber fazer, você com mestrado, porque quando chega naquela parte, você não consegue chegar. Então, isso é ruim. Isso dá uma frustração muito grande na gente. A grande dificuldade no município seria o poder público que, às vezes, faz você parar.” GC

“Na verdade, dificuldades não existem. Na verdade, o que existe é a falta de vontade política. Porque na realidade não existe a vontade dos gestores em qualquer esfera. A principal dificuldade é a falta de vontade.” GH

“Em nível municipal, eu já falei pra você. Eu acho que falta boa vontade de querer trabalhar mesmo, e a gente poder falar a mesma língua.” GI

“Eu acho que ainda não se tem muito esforço da própria parte pública em evitar.” GJ

3.3.2 Dificuldade de articulação entre vários órgãos e setores

As falas revelaram que há dificuldade na articulação dos vários órgãos públicos para desenvolvimento de um trabalho conjunto que promova o avanço no enfrentamento dessa problemática. Três entrevistados apontaram que a falta de integração entre outros setores, não só o da saúde, impossibilita ações resolutivas aos problemas advindos do consumo de álcool, bem como para o cuidado ao alcoolista. Um deles ressaltou o sentimento de impotência ao tentar implantar ações, sem apoio de parceiros.

“Você sabe, eu falei, fiz o curso, estudei o tema, toda a problemática, mas às vezes, em algumas situações eu fico impotente porque não depende só de mim. Depende da Assistente Social, do dinheiro. Sabe assim, aí que entrava você não consegue realmente todos os estágios pra resolver aquele problema.” GC

“Ai, eu acho que é uma falta de integração mesmo. Falta de integração e a gente no COMAD (Conselho Municipal Antidrogas) tá tentando fazer isso agora. E a gente sem ter uma força do poder judiciário não vai conseguir.” GD

“Infelizmente, na área da saúde cada unidade tá trabalhando separado. Por exemplo, a saúde mental tá separada do resto das unidades. A gente não consegue entrar num consenso. Este é o problema. Nós não conseguimos trabalhar juntos. E não só na área da saúde, como também a intersectorialidade. [...] Eu acho que a gente está muito deficiente, né? Extremamente, porque eu acho, creio que este trabalho não seja feito, porque é um trabalho que tem que ser feito intersectorialmente. Então, eu acho que está deficiente.” GI

3.4 A problemática da adesão do alcoolista ao tratamento

Esta subcategoria apresenta a dificuldade dos gestores em motivarem o alcoolista para procurar ajuda e aderir ao tratamento, ou mesmo de lidar com esta questão. Ficou implícita a sensação de impotência do trabalhador frente ao que reconhece como falta de vontade e iniciativa do dependente em aceitar ajuda. Os gestores afirmaram interesse em disponibilizar os recursos existentes, envolver a família e encaminhar a pessoa que necessita

de ajuda, mas também, demonstraram-se impotentes por não poderem obrigar o alcoolista a tomar a decisão de aceitar e ou dar continuidade ao tratamento. Na última fala, o entrevistado afirmou ser o maior problema do alcoolista a falta de vontade de se tratar.

“Eu acho que o ponto crítico é a própria pessoa porque ninguém vai convencer. Ninguém vai amarrar e ninguém vai amordaçar.” GH

“Quando a gente consegue convencer a pessoa, a gente direciona para o CAPS, para o CAPS ad. Mas nem sempre se consegue convencer o encaminhamento pra lá. Porque até o próprio encaminhamento tem que ser voluntário, né? Não adianta querer levar ou empurrar pra lá. Muitas vezes, a gente orienta a família, conversa com a família, programa essa consulta já lá no CAPS e orienta a família a tentar levar a pessoa pra lá. Mas nem sempre consegue.” GJ

“É muito difícil a gente trazer as pessoas. Então, porque, às vezes, a gente traz, a gente consegue trazer a esposa, o filho ou a filha, ou qualquer outra pessoa próxima. Mas a pessoa em si mesma não vem e se recusa e não vem. Mas a gente precisa trabalhar um pouco mais. O que eu acho de ruim é que eu ainda não sei o que fazer pro pessoal chegar lá! (CAPS ad).” GJ

“Porque não tem uma continuidade de tratamento e pra pessoa se tratar a pessoa tem primeiro que querer. A gente sabe que não adianta. Se a pessoa não quiser sair daquela lá, ela nunca consegue sair. Você vê gastando dinheiro à toa, às vezes em clínicas ultramodernas, caras e não resolve.” GK

“Aí já é um problema, né, como eu disse pra você. Aí vai depender da frequência e se ele vai manter aquela vontade de se tratar. Acho que o maior problema do alcoolista é esse.” GK

3.5 Outras dificuldades: variadas formas de estímulo ao consumo de álcool

Os gestores reconheceram que o consumo do álcool é liberado e até culturalmente estimulado em nossa sociedade. Para alguns entrevistados, este estímulo torna-se um fator de risco e dificulta o desenvolvimento de ações voltadas para o cuidado.

Na percepção dos entrevistados, a responsabilidade social de informação, que é papel da mídia, no caso dessa problemática, não acontece. Apontaram que as propagandas exercem influência negativa e incentivam o hábito de beber na sociedade. A facilidade de acesso ao álcool foi assinalada como fator desfavorável. Ainda identificaram como positiva a proibição da venda de bebida alcoólica a menores de idade. Entretanto, segundo os gestores, eles podem adquirir a substância dentro da própria família ou compram diretamente em locais públicos de venda no município, confirmando, assim, a falta de conscientização das famílias e a necessidade de fiscalização pelo poder público. Um gestor se referiu à presença expressiva de bares no bairro como um fator de risco.

3.5.1 Alta oferta e influência da propaganda do álcool

A influência que a mídia exerce sobre a sociedade, no que se refere ao padrão de consumo de álcool pelo indivíduo, foi assinalada como dificuldade por alguns gestores. Na primeira fala, o entrevistado apontou para o estímulo à dependência, pois o consumo gera muito dinheiro para quem produz, para quem revende e para outros segmentos que enriquecem direta ou indiretamente com a comercialização da substância. Outro gestor manifestou, enfaticamente, sua percepção sobre o papel da mídia, e apontou a influência negativa da propaganda.

“É que a mídia divulga muito o alcoolismo. É que gera muito dinheiro, vai mexer com gente grande. Então, é melhor ter os alcoólatras do que não ter os alcoólatras, né? Porque quem gasta bastante são os alcoólatras. São os dependentes. Então, gera dinheiro. E também vai gerando muitas outras coisas, né? É medicamento que é usado, é farmacêutico que vai ganhar dinheiro, é muita coisa envolvida. Então, tem que ter muita boa vontade da outra parte pra brigar com essas pessoas.” GA

“Você vê que tem um estímulo muito grande ao alcoolismo. [...] É muito ruim, é terrível, é terrível, é terrível, terrível, terrível! Eles colocam pessoas jovens, bem sucedidas para falar de cerveja, como se fosse uma coisa. Eu acho totalmente errado.” GK

Em oposição à ideia da maioria, houve um gestor que se referiu à propaganda como neutra. Para ele, o problema está em trabalhos focados na proibição do consumo de álcool, que não geram o resultado esperado, e provocam maior interesse em conhecer o

proibido. Baseado em sua própria experiência, afirmou que a propaganda não exerceu influência sobre ele, o que o faz acreditar que ela não exerça influência sobre as outras pessoas.

“Eu digo por mim que passei por adolescência, passei por tudo e pra mim, a propaganda não falou nada. Eu nunca bebi por conta disso. E não acredito que isso faça alguém beber ou não. É igual o cigarro, acho que tudo que é focado no NÃO, não beba, não dirija, NÃO! É que faz o negócio distorcer e, de repente, querer usar. Eu não acredito que propaganda tenha alguma influência.” GH

3.5.2 Facilidade de acesso ao álcool

A facilidade de acesso ao álcool pela população e, principalmente, pelos adolescentes foi enfatizada pelos gestores, os quais ressaltaram a dificuldade de implantação de ações efetivas e eficazes referentes à questão. Mesmo com a venda legalmente proibida para menores de idade, esta substância pode ser facilmente adquirida pelos adolescentes. Muitas vezes, eles têm acesso por meio da própria família, ou pela comercialização não controlada por donos de estabelecimento. Um dos gestores afirmou ter presenciado a venda de bebida alcoólica para menores de idade na saída do colégio. Um fato legalmente proibido no país, que demonstra a falta de fiscalização pelo poder público.

“Que nem hoje em dia passa lá na televisão: venda proibida de bebidas alcoólicas para menores de 18 anos nos bares, né? Isso daí foi feito, né? Mas, em alguns lugares ainda não funciona. Você vê que ainda vende bebida alcoólica, pede pra outro comprar.” GA

“Eles (adolescentes) dizem: ‘ah, não dá pra comprar’, mas acabam tendo esse acesso até na família. Eu morei no Rio Grande do Sul e lá é estimulado o uso do vinho por conta dos italianos. Isso foi uma coisa que sempre me preocupou.” GB

“Outra dificuldade é que a facilidade de acesso ao álcool é absurda, é uma coisa que me preocupa.” GB

“Não, agora o que não dá pra aceitar é como outro dia eu vi no supermercado, vendendo garrafa de bebida alcoólica de Vodka. Você olhava e via que o menino não

tinha 15 anos. Saíram ali do Colégio, desceram e foram comprar. Isso que não pode, tem que ter o compromisso dessas entidades. Não pode e não tem que vender.” GH

Outro fator preocupante e considerado de risco por dois entrevistados foi o elevado número de bares na área adscrita à USF, o que, na percepção destes gestores, facilita o acesso e estimula o consumo de álcool.

“E aqui tem um monte de bares dentro do bairro. Eu acho que uma das coisas que mais tem no bairro é bar.” GJ

“E aqui tem muito boteco. Aqui é muito difícil, aqui você tropeçou, cai num boteco. Quando a gente fez o levantamento, o mapeamento de todos os barzinhos, todos os botequinhos daqui, é complicado, é o comércio que mais tem, é o comércio que mais tem. Zona rural não tem nada, não tem nada, mas ergue uma barraca pra vender bebida. No quintalzinho, na esquina, monta uma barraquinha, põe umas tranqueirinhas ali, pra vender, e a ‘bendita’ bebida junto.” GL

CATEGORIA TEMÁTICA 4 - O ENFRENTAMENTO DA PROBLEMÁTICA DO ÁLCOOL PELO PODER PÚBLICO: PERCEPÇÕES, EXPECTATIVAS E SUGESTÕES

Nesta categoria, os gestores apontaram suas percepções sobre a responsabilidade do poder público, não apenas no âmbito municipal, para o enfrentamento da problemática do álcool. Além destas percepções, buscou-se identificar claramente as expectativas e sugestões para implementar e implantar ações de enfrentamento da problemática.

Assim, ao final de cada entrevista, foi solicitado que o gestor contribuísse com ideias que, potencialmente, pudessem ser concretizadas no município.

Segundo os entrevistados, o poder público ainda não dá a devida atenção à temática, são priorizadas outras questões em seu detrimento. Isso resulta na carência de implantação e implementação de ações voltadas para a problemática do álcool.

Pode-se verificar que a maioria das expectativas relacionou-se ao desenvolvimento de ações pelo poder público municipal, mas também houve referência à atuação da gestão pública em outras esferas e à necessidade do envolvimento de toda a sociedade, inclusive das famílias. Convém salientar que a coleta de dados ocorreu em período de campanha eleitoral (Presidente da República, governadores, senadores e deputados) o que pode ter influenciado a percepção dos gestores quanto às expectativas em relação ao cumprimento das promessas dos candidatos sobre atenção aos dependentes de substância psicoativa, inclusive álcool.

Constatou-se, assim, que as expectativas e sugestões apontadas visaram intervir nos fatores desfavoráveis e dificuldades identificadas na categoria anterior.

4.1 Apontando a necessidade de priorização desta temática pela gestão pública

Os entrevistados afirmaram que o problema do consumo do álcool não tem sido enfrentado, no Brasil, com a devida seriedade e urgência pela gestão pública, não apenas em nível municipal. Segundo eles, os próprios gestores não buscam intervenção para esta realidade. Embora a grande maioria tenha se referido à SDA como doença, muitos reconheceram que não são desenvolvidas ações necessárias, tanto à prevenção quanto à reabilitação. Afirmaram, ainda, que muitas propostas de programas de atenção à saúde se concentram em doenças crônicas, tais como hipertensão arterial e diabetes, assim a atenção à SDA não está entre as prioridades. Os gestores também citaram a precariedade na divulgação

do conhecimento atual para lidar com a problemática. Revelaram a necessidade de divulgação de informações para a sociedade, enfocando os prejuízos decorrentes do uso abusivo de álcool.

“É isso que a gente sente, assim, é um olhar que eles (do poder público) não olham como deveriam estar olhando, porque realmente tá crescendo o número, tá muito alto. A população tá desconhecendo e nós ainda estamos de mãos atadas. [...] Tenho muita expectativa dos políticos, porque estavam na eleição falando em melhorar essa questão das drogas e do álcool. A minha esperança é votar e saber que vai fazer o que realmente falou.” GC

“A rede pública ainda está muito aquém da necessidade. O que eu vejo é que nós estamos fechando os olhos. Nós queremos a hipertensão, mas a gente esquece o alcoolismo que ainda tem muita coisa pra fazer” GE

“É um problema que está assim, bastante abandonado porque a gente fala ‘vamos pensar no colesterol, vamos pensar na diabetes, vamos pensar em doenças’. Mas é... Eu acho que o alcoolismo já atinge um número muito grande de pessoas e cada vez maior. E não é uma coisa a que realmente se dá o valor devido.” GJ

“Acho que tudo passa pela informação. Quer dizer, se você souber trabalhar a parte da informação e não só a parte da saúde.” GB

“Eu acho que, em algum momento, vai ter que se trabalhar o álcool da mesma maneira, com ações informativas, informativas de danos, informativas dos problemas que causa.” GJ

4.2 Expectativas relacionadas à gestão pública municipal de saúde

Dois gestores sugeriram que a implantação de ações pela Secretaria Municipal de Saúde seja regida por um planejamento, além da elaboração e utilização de protocolos para sistematizar as condutas.

Outros aspectos relevantes foram: realizar ações de prevenção e não apenas reabilitação; capacitar os trabalhadores envolvidos no cuidado à pessoa com problemas no consumo de álcool; incrementar a atuação da atenção básica em saúde mental, e investir no

fortalecimento das equipes de matriciamento para maior grau de resolubilidade. Outra sugestão apresentada objetiva inserir novas estratégias como o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), proposto pelo Ministério da Saúde, para fortalecer o cuidado multidisciplinar. Pode-se inferir que alguns gestores se utilizaram dos pressupostos da Gestão da Clínica nas sugestões para a atenção à saúde dos alcoolistas, de forma a concretizar uma atenção integral.

4.2.1 Investir em planejamento e protocolos de ação

Apreenderam-se algumas expectativas dos gestores relacionadas ao planejamento e avaliação das ações. Foi salientada a importância da elaboração de protocolos que possam nortear, tanto as ações da Secretaria Municipal de Saúde para a problemática do álcool, quanto as dos trabalhadores das unidades. Vale ressaltar que um gestor se incluiu como sujeito da ação no planejamento, quando fala:

“Vamos fazer as várias frentes, mas planejando e avaliando, planejados, reavaliados e replanejados. Eu penso muito dessa forma porque eu só consigo planejar, se eu avaliar. E se eu consigo ter uma avaliação, com certeza, eu vou investir tanto em recursos: Recursos Humanos, Recursos Financeiros. Eu vou, de uma forma mais lógica, mais abrangente, buscando experiências que sejam válidas, na verdade, no sentido de fazer acontecer.” GE

“Na verdade, nós precisamos do protocolo porque é onde nossos profissionais sentem dificuldade. Como medicar? Qual a abordagem que eu vou usar? Qual a urgência desse caso?” GE

“Para cada tipo de doença, para cada tipo de patologia específica existe um setor no Ministério. Então, tem todos os manuais e protocolos e assim, o município vai se adequar àquilo que ele pede, vai montar suas ações dentro daquilo que se precisa. Então, com o alcoolismo deve ser a mesma situação.” GH

4.2.2 Trabalhar na base do problema com ações preventivas

Verificou-se haver consenso no grupo de entrevistados em relação às ações de prevenção. Para os gestores, a iniciativa pública de saúde além de dar pouca atenção para a temática, não desenvolve ações de prevenção.

Os gestores pontuaram que o trabalho preventivo deve ser iniciado na infância, isto é, a criança deve ser estimulada a desenvolver uma percepção sobre os malefícios do uso do álcool. Isto influenciará, benéficamente, sua formação e contribuirá para que ela não desenvolva um padrão de consumo problemático do álcool no futuro. Além disso, enfatizaram que as crianças veiculam as informações da escola no lar, assim, os familiares seriam indiretamente orientados, e gradualmente sensibilizados para a temática, que, segundo os gestores, deve ser inserida no âmbito das propostas da educação.

“Então, eu acho que a gente tem que pegar a prevenção pra não chegar ao CAPS, porque quando chega no CAPS a situação já está no limite.” GD

“Acho que tinha que ser trabalhado mais na parte da prevenção do que na parte da cura mesmo, depois que o negócio já está instalado.” GJ

4.2.2.1 Prevenção – o trabalho com a criança

Alguns gestores referiram as crianças como foco para intervenção, dentre as estratégias de prevenção. Para eles, ao se trabalhar a criança, atingem-se dois resultados: esta criança torna-se menos propensa a ser um alcoolista futuramente e exercerá influência sobre a família, abrindo caminhos para o acesso às informações.

Um dos gestores apontou o investimento na prevenção como proposta para uma intervenção efetiva. Assim, assinalou a necessidade de se realizar um trabalho de base com mães e nas escolas, principalmente, com as crianças, para que se desperte nelas mais atenção quanto aos malefícios decorrentes do uso prejudicial do álcool. Segundo o mesmo gestor, esta criança se tornará um adolescente e, em seguida, um adulto que comporá uma geração com outro perfil e visão em relação ao consumo de bebida alcoólica.

“Sabe, eu acho que tem que trabalhar desde muito cedo, entendeu? Porque a criança é a primeira fonte de acesso à família. E tem que trabalhar a família nesse contexto.” GB

“Começar a trabalhar a criança. E acho que o trabalho é mesmo de influenciar a criança a ver o álcool como uma coisa não benéfica. GJ

“Estar tentando trabalhar um pouco mais com isso e tentar trabalhar até em nível de escolas. Ou trabalhar, fazer um programa um pouco maior, preventivo. Na parte de prevenção, atuar junto às crianças, atuar um pouco mais junto às mães dessas crianças, porque pra mim, pelo menos, a visão é que tem que trabalhar lá no começo, a base mesmo, lá na escola. Pra chegar no adolescente, já com uma visão diferente, pra produzir um trabalho lá de cima. Pra que quando estivessem adultos, a gente já ter uma conscientização diferente desse perfil, já a visão do problema do alcoolismo, do uso do álcool de uma maneira diferente. GJ

4.2.2.2 Prevenção – o trabalho da educação

Ainda, como parte de uma política voltada para a prevenção, os gestores salientaram a importância de ações da iniciativa pública que não devem se limitar à dimensão da saúde, mas que requerem políticas educacionais direcionadas à problemática do álcool. Um dos gestores considera que o consumo de álcool no país é uma questão cultural, uma vez que o uso dessa substância psicoativa está associado a situações festivas. Assim, o consumo de álcool é socialmente aceito e até estimulado em todas as regiões do país.

Ao afirmarem *que tudo começa na escola*, dois gestores referiram-se ao papel da escola na formação e propagação de conhecimento, conceitos e tendências. Para eles, crianças e adolescentes sofrem influência positiva e/ou negativa no convívio escolar, por isso, deve-se aproveitar este espaço para trabalhar a questão do álcool.

Ao falar da importância de investir em prevenção, o grupo de entrevistados demonstrou uma visão que vem ao encontro dos pressupostos nesta área, pois reconhecem que os resultados das ações de reabilitação são mínimos, quando comparados à abrangência da prevenção.

“Então, a meu ver, tinha que começar na educação (risos). Tudo na educação!!! É, na verdade é isso. Quando eu falo em educação, é claro, a saúde também. É importante trabalhar com a educação.” GA

“Porque o jovem, quando começa a beber é com 12, 13 anos, quando começa com essa vida. Daí assim, daí eu vejo assim, se não fosse visto na, na, na, escola, quando pequenininho, pelo menos quando eles estão nessa idade, que é uma idade crítica, né, tentar puxar eles para esporte. Vê essa área da cultura que também ajuda bastante. Incentivar eles, né?” GA

“Olha, é que a gente tá falando na saúde, específico, mas eu acho que isso é uma questão cultural, de educação. Eu acho que tem que começar na escola, isso daí. É lá, na escola, todo dia, fazendo trabalho de formiguinha porque é cultural mesmo. É cultura, é educação. Eu acho que o começo de tudo tá lá. Agora, depois, a hora que já tá instalado o problema, aí a gente só vai apagando o fogo, na verdade.” GA

“[...] porque tudo começa na escola. Não tem como melhorar as gerações futuras se você não investir em educação.” GK

4.2.3 Promover capacitação para os trabalhadores de saúde

Neste item, os gestores atribuíram à iniciativa pública de saúde a responsabilidade pela capacitação dos trabalhadores de forma a instrumentalizá-los para o enfrentamento da problemática. A falta de capacitação para lidar com as especificidades da temática foi, anteriormente, apontada pelos gestores como uma expressiva dificuldade. Assim, verificou-se que, dentre as expectativas apresentadas, encontra-se a necessidade de intervenção nesta realidade. Uma das falas revelou que a falta de preparo atinge todos os trabalhadores da saúde, inclusive os envolvidos no matriciamento, que são os responsáveis pela orientação das ações de saúde mental nas unidades da atenção básica.

“Eu acho que promover mais eventos, mais treinamentos, mais conscientização. Olhar um mais pouco para esse lado, começar com os profissionais que estão trabalhando com as pessoas, ali. A gente fica ali, sem treinamento, sem investimento, né? Procurar dar mais apoio pra gente. Pra gente começar com as crianças, com os jovens... pra ter mais embasamento teórico/prático. É, é isso, é treinamento mesmo.”

GA

“É a necessidade emergencial de capacitação dos profissionais, tanto dos profissionais que saem da unidade para atender, quanto de nós profissionais que ficamos na unidade para atender, como a própria equipe do matriciamento na questão da implantação” GE

“Então, é esse treinamento da equipe, assim como tá tendo o matriciamento da saúde mental. Tudo bem, eu sei que até entra na questão da saúde mental, mas ter um matriciamento específico para alcoolismo.” GH.

“Eu acho que a capacitação. A gente tem muito pouca capacitação. Seria uma das coisas. E eu acho que através da capacitação o profissional ia abrir a cabeça, né? E sair daquele mundo pequeno dele.” GI

“Então, acho que ter profissionais também que têm conhecimento de como cuidar, especificamente, deste paciente.” GK

4.2.4 Investir e valorizar os recursos e condutas da Atenção Básica

Um dos gestores manifestou sua expectativa em relação à valorização das ações na APS. De acordo com sua fala, as unidades da atenção básica, além de serem uma porta de entrada para o sistema de saúde, oferecem mais condições aos trabalhadores para prestação de cuidados em casos de uso prejudicial de álcool. Por isso, este gestor sugeriu que tais unidades sejam ouvidas. Ainda apontou a necessidade de incremento das ações da atenção básica relacionadas aos casos de abuso de substância alcoólica e criação do Núcleo de Apoio e Saúde da Família (NASF). Também pontuou que as ações de Saúde Mental estejam inseridas nessa estratégia inovadora, para aumentar a abrangência e diversidade das ações do matriciamento nas unidades de saúde da família.

“Cada vez mais tem que se preocupar em ouvir as unidades básicas porque as unidades básicas são a porta de entrada. UBS hoje é a porta de entrada do sistema. Eu vejo que na Atenção Básica a gente fortalece cada vez mais os profissionais para olhar o alcoolismo como risco, como vulnerabilidade.” GE

“Pra nós da saúde da família, o NASF tem que funcionar. A Saúde Mental inserida no NASF é isso que vai abrir várias portas de matriciamento, mas o município não tem NASF.” GE

4.2.4.1 Expectativas relacionadas ao matriciamento

As falas revelaram que há uma significativa expectativa dos gestores em relação às ações do matriciamento, especificamente, para a atenção aos alcoolistas. Na percepção deles, a falta de capacitação, já referida, justifica a insegurança dos trabalhadores em lidarem com a temática. Por isso, esperam receber da equipe de Apoio Matricial o suporte para um cuidado efetivo às unidades da atenção básica. No período de realização das

entrevistas, as equipes de matriciamento em saúde mental ainda não haviam inserido nas discussões os casos dos indivíduos que fazem uso prejudicial do álcool.

Um dos gestores apresentou a realidade do território onde se encontra sua unidade e justifica a necessidade de um matriciamento mais sólido, atento para o contexto do indivíduo, possibilitando traçar, junto à equipe de saúde, estratégias de intervenção às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool. Outro entrevistado expôs sua expectativa em relação ao matriciamento, ressaltou que a implantação deste recurso é muito recente e a tendência é incluir os alcoolistas nas discussões das equipes de matriciamento e unidades da atenção básica (USF e UBS).

“Nós já tivemos dois óbitos, duas mulheres alcoolistas. Então, assim, tem aquele reflexo familiar. Mas elas, inclusive, algumas se agrupam. Elas passam a morar juntas, a viver juntas com os filhos naqueles núcleos. Aqui tem muito isso. Essa é a realidade. E mais por conta dessa realidade, vem a necessidade de intervenção de ter um matriciamento mais sólido, de um contato maior com o CAPS ad.” GE

“Mas tem que ter um matriciamento específico para alcoolismo.” GH

“Precisa de um trabalho de base mesmo. Como tem o matriciamento pra saúde mental, a gente precisa ter um tipo de matriciamento funcionando para o AD, e não tem.” GJ

“Eu acredito que a partir de agora, é porque o matriciamento de saúde mental foi feito agora. Então, esses casos vão ser melhor, como se diz, melhor encaminhados e acompanhados.” GK

4.2.4.2 Aprimorar o acolhimento aos indivíduos que fazem uso abusivo de álcool

Um gestor salientou a necessidade de aceitar e acolher o alcoolista, independente de suas condições clínicas e metas estabelecidas (redução ou abstinência, quanto ao consumo do álcool). Além disso, há propostas para que os trabalhadores da saúde compreendam e visualizem as recidivas como uma das etapas do tratamento, livre do pré-julgamento de que o indivíduo não é capaz de abster-se do uso do álcool.

“Eu acho que a gente tem que entender de uma maneira diferente para conseguir lidar com eles, pra poder acolher, né? A gente tem que aceitar desse jeito que ele tá. E até em aceitar o paciente diminuir. Tá bebendo menos, enxergar que é uma vitória, que ele tá conseguindo resgatar algumas coisas na vida. Antes já não: ‘ah, tem que estar em abstinência, se não estiver em abstinência não dá.’ Agora não.” GD

“As recaídas fazem parte do tratamento hoje. Então, nós temos que olhar para as recaídas como um processo e não como: ‘não adianta, não vai parar mesmo’. Porque nossa tendência é fazer isso mesmo.” GE

4.2.5 Fortalecer a intersetorialidade: a necessidade de articulações e do trabalho em rede

Tendo em vista a vasta abrangência dos problemas decorrentes do uso problemático do álcool, os gestores apontaram a necessidade do poder público articular vários setores da sociedade na elaboração de estratégias para a atenção a esta temática. Enfatizaram, também, que a gestão pública de saúde deve buscar articulação na configuração de redes sociais, entre a Secretaria de Saúde e outras secretarias municipais, tais como: a Secretaria Municipal de Educação, Esporte e Lazer, área jurídica e de segurança pública, Secretaria Municipal da Família e do Bem Estar Social, e, ainda, a necessidade de articulações com segmentos sociais como Organizações Não Governamentais (ONGs) e, também, com entidades não ligadas ao poder público como Alcoólicos Anônimos (AA), igrejas e famílias.

Os entrevistados reconheceram a importância do trabalho articulado. Consideraram este trabalho como fundamental para se alcançar a eficácia, tanto nas ações de prevenção, quanto de reabilitação. Em relação a esta, consideraram que a mesma deve ter como objetivo a reinserção social do alcoolista.

“Então, trabalhar em conjunto com estas instituições. Acho muito legal o trabalho do AA. Sabe assim, trabalhar junto com as igrejas, não fortalecendo a coisa de que é pecado, não nesse sentido. Mas no sentido de resgatar as pessoas, que realmente querem sair desse vício.” GB

“Promover articulação dos recursos, que já tem.” GC

“Ainda tá precisando, ainda falo, falo mesmo. Acho que nós temos que ter gente do nosso lado, a gente precisa dos advogados, na parte gerencial mesmo, da sociedade, a

assistência social. Ainda falta o olhar pra ver tudo mesmo. Sabe aquela coisa assim: 'Vamos trabalhar escolas'. Eu acho que isso ainda falta." GC

"Acredito que envolver um pouco mais a sociedade nesse processo pra ela poder entender como um problema da sociedade como um todo [...]. A comunidade tem um papel importante, também," GE

"Isso eu acho que é primordial: a intersetorialidade. Sem a intersetorialidade, eu creio que não só no caso do alcoolismo, mas muitas coisas não são possíveis". GI

"A gente tem que trabalhar com educação, com segurança, com lazer, com o esporte." GI

"Porque eu acho assim: tinha que ter um trabalho conjunto, né? Porque sozinha é complicado. Mas se fizer, por exemplo, uma junção da Secretaria de Saúde e Secretaria de Educação e tivesse uma atuação maior, mais efetiva, quem sabe, né?" GK

"Eu acho que um caminho a ser tomado, se tivesse alguma ação hoje, eu penso que deveria ter uma ação conjunta da Secretaria de Saúde junto à educação e começar a abordar essa questão nas escolas. Acho que é isso que falta." GK

4.2.5.1 Buscar articulação e participação da família.

Alguns gestores ainda referiram a importância de trabalhar o cuidado ao alcoolista, envolvendo a família. Dentre as consequências da SDA os entrevistados apontaram a desestruturação familiar, reconhecendo que todos os membros da família são afetados. Também salientaram que *as famílias ficam muito perdidas*. Assim, para se conseguir resultados satisfatórios na atenção ao alcoolista, torna-se necessário atender também a família. Porém, percebe-se a dificuldade de conseguir esta aproximação, pois, segundo um deles, tem sido necessário intimar os familiares para participarem das reuniões. E, mesmo assim, poucos se comprometem.

Um gestor sugeriu que, além do fortalecimento da participação da família e inserção social, o apoio religioso também é relevante. Este entrevistado realizou capacitações e especializações específicas na temática e participa efetivamente de grupos envolvidos na problemática. Por isso utiliza as expressões “*por mais que eu já estudei*”, “*por mais que a gente discuta*”. Para ele, apenas o tratamento medicamentoso não apresentará resultados satisfatórios. Há necessidade de outros recursos sociais disponíveis, como uma estrutura sócio familiar associada a uma prática religiosa.

“E também outro aspecto importante são as famílias. As famílias ficam muito perdidas, quando tem o problema porque, assim, aí mexe em tudo. Então, assim, o papel da saúde é neste sentido.” GB

“Nós temos que voltar àquela fase da família. A base familiar, a inserção na sociedade e a inserção religiosa, que eu ainda acredito muito nisso! Porque por mais que eu já estudei, por mais que a gente discuta, eu acho ainda que tem que entender a ligação para conseguir tratar melhor essa relação com o álcool e outras drogas. Não é só tratamento, porque não adianta a gente pensar em tratamento medicamentoso, se não tem toda uma infraestrutura por trás. Se você tem uma religião, eu acho que isso é fundamental, é fundamental.” GC

“Acho que trabalhar a família é super importante. Semana passada, a gente fez uma intimação para as famílias participarem, porque sem a família a gente não consegue alternativas.” GD

4.2.6 Acabar com o preconceito: transformar o cuidado.

Dentre os entrevistados, alguns trouxeram falas que revelaram como as concepções e o preconceito sobre a questão interferem no enfrentamento do problema. Segundo dois gestores, é de responsabilidade da gestão pública de saúde promover ações que possibilitem uma mudança na forma de perceber o alcoolista e o cuidado que ele necessita. O olhar para a internação como única solução para o problema foi questionado, uma vez que somente excluir o alcoolista do convívio familiar e social não possibilita o processo de reabilitação. Um gestor acrescentou, ainda, a necessidade do olhar individualizado para transformar o cuidado, além de ações que visem à reinserção social.

“Eu acho que é em relação à informação do que é (alcoolismo). Primeiro, que vai acabar com o preconceito de você ver o alcoólatra como ‘ai, se acabou!’ ” GB

“Nós precisamos sim, muitas vezes, trabalhar aquela mentalidade como era a questão hospitalar: ‘Só resolve se internar’. Quer dizer, é mudar isso! Existem várias frentes. Lógico que existem momentos que nós vamos ter que recorrer a procedimentos mais intensivos para o tratamento. Mas existe uma reinserção na sociedade. Existe o acreditar no trabalho da equipe de saúde.” GE

4.2.7 Criar mais espaços para internação

Dois gestores colocaram a internação como recurso imprescindível ao tratamento do alcoolista. As falas revelaram a preocupação dos entrevistados com a insuficiência de serviços para atender o alcoolista no momento da crise. Para eles, os resultados da reabilitação encontram-se diretamente ligados à permanência do alcoolista em serviços de internação de curta ou longa permanência.

“O que eu vejo hoje é a falta de delimitar um local próprio para internação deles como o CAPS mesmo. Mas uma internação 24 horas para desintoxicação. São poucas clínicas, não tem uma clínica de referência do SUS.” GC

“Então, com o alcoolismo deve ser a mesma situação, tanto é que a gente tem um CAPS. Agora, por que não se tem uma clínica de reabilitação no município? [...] O grande atravanque é a questão da internação. Quando ele resolve querer ser internado não tem vaga. Se a gente for levar pra esse lado, a gente vai ter que transformar a cidade numa grande tenda pra colocar todo mundo ali dentro. Mas alguma coisa tem que ser feita. Seja vaga reserva, seja vaga de urgência na clínica.” GH

3.2 DISCUSSÃO DAS PERCEPÇÕES DOS GESTORES À LUZ DO REFERENCIAL TEÓRICO

Este estudo teve como objetivo principal analisar a percepção dos gestores de saúde e saúde mental dos serviços da Secretaria de Saúde de um município do interior paulista, responsáveis pelos serviços relacionados à temática, sobre a atenção ao uso, abuso e dependência do álcool na atenção básica. Os resultados das entrevistas foram minuciosamente analisados e, a partir delas foram apreendidas quatro categorias temáticas: “A concepção dos gestores sobre a Síndrome da Dependência do Álcool (SDA)”; “Fatores favoráveis ao desenvolvimento de ações relacionadas à problemática do álcool: das potencialidades do município à implementação das ações”; “Principais fragilidades e limites para o desenvolvimento de ações relacionadas à problemática do álcool”; O enfrentamento da problemática do álcool pelo poder público: percepções, expectativas e sugestões.

Na **primeira categoria temática**, os gestores revelaram suas **concepções** sobre a Síndrome da Dependência do Álcool. Dos 12 entrevistados, 11 se referiram ao alcoolismo como uma doença, porém, não houve diferenciação de termos, em se tratando de casos de intoxicação ou de dependência, portador ou não de doença, sem permitir graduações dos quadros. Utilizaram a expressão alcoolismo sem citar os critérios para avaliação do padrão de consumo e sem considerar os níveis de comprometimento ao longo de um contínuo, associando-se o grau de dependência ao grau de problema. Não houve identificação com uma síndrome.

A literatura salienta que ao se estabelecer a visão conceitual de alcoolismo como síndrome, ou seja, um agrupamento de sinais e sintomas, amplia-se o enfoque tradicional do “ser dependente” e “não ser dependente”, para o reconhecimento de que a dependência é determinada por múltiplos fatores, e surge de modo distinto em cada indivíduo. Assim, o diagnóstico e a avaliação da SDA não devem ser limitados à presença da síndrome, mas considerando-se a intensidade da sintomatologia ao longo de um contínuo de gravidade. Desta maneira, o conceito de síndrome possibilita a distinção entre a definição do que é dependência e do que são problemas relacionados ao uso de álcool (MARQUES; RIBEIRO, 2008; FIGLIE; BORDIN; LARANJEIRA, 2010).

O autor Jellinek, (citado por GIGLIOTTI; BESSA, 2004) confirma a concepção de alcoolismo como uma doença, porém, para este diagnóstico, deve-se observar a existência de tolerância, abstinência e perda do controle de beber. Para o Ministério da Saúde, o alcoolismo está inserido na lista das dez doenças mais incapacitantes (BRASIL, 2003). Segundo Diniz e Ruffino (1996), independente da perspectiva, o alcoolismo está entre as

enfermidades mais frequentes do mundo. Para Gigliotti e Bessa (2004, p.11), a SDA depende da interação de fatores biológicos e culturais, por isso, não pode ser uma enfermidade estática, mas sim “um transtorno que se constitui ao longo da vida.”

Estudo realizado por Vargas e Luis (2008) que buscou conhecer as concepções e tendências das atitudes de enfermeiros frente ao álcool, alcoolismo e alcoolista, mostrou o predomínio da concepção de alcoolismo como doença entre os entrevistados. Outras pesquisas realizadas por Vargas (2005), Vargas e Labate (2006) e Meira e Arcoverde (2010) confirmaram a percepção dos 11 entrevistados deste estudo, e ratificaram o caráter de doença, atribuído ao alcoolismo, por profissionais da saúde. Outros autores afirmam que “mais de 60 patologias crônicas e agudas estão associadas ao uso de álcool” (BABOR et al., 2003; RONZANI, 2008, p. 168).

Estudos mostram que, ao longo da história humana em seu relacionamento com o consumo de substâncias psicoativas, vários especialistas buscaram compreender as dimensões desta problemática e explicar os fatores envolvidos desde o primeiro episódio de uso até a ocorrência de prejuízos, culminando na dependência. Os resultados de tais investigações possibilitaram a formulação de modelos etiológicos que se configuravam com a concentração dos aspectos evidenciados (PILLON; LUÍS, 2004; PERRENOUD; RIBEIRO, 2011).

A história da atenção à saúde dos usuários de álcool mostra que, a depender dos diferentes contextos históricos ou culturais, houve predomínio de alguns modelos. Dentre outros, destaca-se o modelo moral, que associa o abuso de álcool à violação dos padrões e normas sociais. Nesta perspectiva, atribui-se à escolha pessoal toda a responsabilidade pelos danos, com a imposição do sentimento de culpa à pessoa que faz uso prejudicial de álcool, e o enfrentamento ocorre através de medidas de repressão e controle. No modelo de doença, a ocorrência de alcoolismo está relacionada à predisposição genética, biológica ou química. Neste caso, a pessoa com problemas no padrão de consumo de álcool é considerada um doente e o objetivo do tratamento é a abstinência (PILLON; LUÍS, 2004; PERRENOUD; RIBEIRO, 2011).

Embora tenham exercido forte influência nas ações de enfrentamento da problemática do álcool, estes modelos focam aspectos específicos e não consideram as singularidades da pessoa. Também descartam o caráter multifatorial, presente no modelo psicossocial, associado à etiologia do alcoolismo, que necessita ser enfrentado por meio da formulação de um plano estratégico, que contemple as necessidades biopsicossociais (PILLON; LUÍS, 2004; PERRENOUD; RIBEIRO, 2011).

As causas para o desenvolvimento da SDA divergiram entre os entrevistados e foram considerados: fator crônico e incurável, fatores genéticos, dentre outros. Um estudo realizado por Messas e Vallada Filho (2004) comprovou que a hereditariedade é um fator relacionado à gênese da SDA, mas não é exclusivo. Segundo Bau (2002), a divergência quanto à causalidade para desenvolvimento da SDA pode ser compreendida por se tratar de uma doença multifatorial, na qual os fatores determinantes mantêm significativa interação, o que resulta na dificuldade de identificação etiológica. Neste caso há “uma complexa interação de fatores genéticos, psicossociais e culturais melhor compreendida dentro de um modelo desenvolvimental de psicopatologia” (MESSAS; VALADA FILHO, 2004, p. 57).

O grupo de gestores entrevistados salientou ainda o impacto social da SDA, com importantes desdobramentos na família, ambiente de trabalho e círculo de amizades. A concepção de doença esteve relacionada aos prejuízos decorrentes do consumo abusivo desta substância, com interferência direta no bem estar físico e mental do indivíduo e no contexto social em que está inserido. Figlie et al. (2004), Campos (2005) e Filizola et al. (2009), consideram o alcoolismo uma doença que afeta toda a família e não apenas o dependente. “O alcoolismo atinge tanto o usuário de álcool quanto pelo menos mais um membro de sua família que acaba reconhecendo que toda a família adoecer” (FILIZOLA et al., 2009, p. 183).

Estudo realizado por Campos (2005) propõe um modelo de “contágio” relacionado à problemática do alcoolismo, no qual não há contaminação direta entre indivíduos. Indiretamente, familiares e amigos são afetados pelo abuso de álcool, embora não consumam a substância.

Neste contexto do alcoolismo como doença, foi identificada a associação do uso prejudicial de álcool com a fuga. Esta tendência foi apresentada pelos gestores como válvula de escape em caso de dificuldades. Um trabalho realizado por Maia et al. (2000), com quatro grupos distintos de entrevistados mostrou que, para eles, o consumo excessivo de álcool está relacionado à necessidade de fuga das pressões sociais e dos problemas cotidianos. O ato de consumir abusivamente o álcool foi lembrado como fuga pelos quatro grupos, com percentuais variantes entre 61,5% e 76,4% entre os entrevistados.

Mesmo com o predomínio da concepção de doença, os gestores ainda apontaram outras percepções relacionadas à problemática da SDA que se afastam do caráter fisiopatológico e se aproximam das questões de impacto social.

A compreensão do **alcoolismo como um problema social** e, conseqüentemente, generalizado na concepção de doença social, foi destacada por um dos gestores. Tal percepção está alinhada à concepção, já proposta por Medeiros em 1906, de que

o problema do alcoolismo atinge dimensões que transcendem os limites do saber médico, devendo, portanto, ser debatido amplamente por toda a sociedade, com o objetivo de definir estratégias eficientes de enfrentamento. Desde o início do século XX, “o alcoolismo era, portanto, um problema social, uma doença social” (MEDEIROS, 1906 citado por SANTOS; VERANI, 2010, p.412).

A concepção de alcoolismo como um problema de fundo social, encontra embasamento no campo científico comprovado por Vargas e Luís (2008), os quais afirmam que o uso abusivo de álcool resulta em sérios problemas sociais, evidenciados pelos altos custos impostos às sociedades devido aos prejuízos decorrentes deste tipo de consumo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002; BRASIL, 2004b). “Há uma relação comprovada entre o consumo e os agravos sociais que dele decorrem ou que o reforçam” (BRASIL, 2005, p. 39). Os gastos estão associados a internações, tratamentos ambulatoriais, *déficit* nutricional, acidentes de trânsito, violência, entre outros, que se reproduzem nas diferentes sociedades (BRASIL, 2004b). No item violência, pode-se abrir um leque e apresentar exemplos como atos de vandalismo, conflitos familiares, dificuldades nas relações interpessoais, problemas educacionais e ocupacionais (MELONI; LARANJEIRA, 2004).

Os entrevistados também associaram a problemática da SDA ao **comprometimento da saúde pública**. Sobre esta proposição, Minto et al. (2007, p.208) afirmam: “o uso abusivo de álcool constitui um grave problema de saúde pública”. Siqueira (2004) ratifica que, devido às dimensões atingidas pelo consumo excessivo de álcool a partir do século XX, tal questão passou a ser considerada um problema de saúde pública, uma vez que a ocorrência de crimes, acidentes de trânsito, conflitos familiares, passaram a configurar uma ameaça à segurança pública. Vargas e Luís (2008) confirmam o exposto e apontam que, atualmente, o uso prejudicial de álcool está inserido no grupo dos principais problemas de saúde pública, devido ao impacto social negativo, acima evidenciado.

Os prejuízos físicos, emocionais, sociais, ocupacionais, dentre outros, decorrentes do uso excessivo de álcool levou o grupo de gestores a se referir a esta substância como **uma droga**, pelo seu alto potencial para desencadear quadro de dependência associado a danos e perdas. A Organização Mundial de Saúde, ao confirmar estudos da Medicina, define droga como “qualquer substância capaz de modificar a função dos organismos vivos, resultando em mudanças fisiológicas ou de comportamento” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1981; CARLINI et al., 2001; BRASIL, 2010b, p.9). Esta definição se aplica ao caso do álcool, pois, é uma substância psicotrópica depressora, com potencial para dependência. Age no Sistema Nervoso Central e, se consumida abusivamente, provoca

alterações no comportamento do usuário, o que pode resultar em perda do controle e levar a agravos físicos, psicomotores, problemas nas relações sociais e até a morte (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000; BRASIL, 2004b; BRASIL, 2010b). A afirmativa de Vargas (2011) de que o álcool é uma droga que vai ao encontro do exposto acima. O autor ainda acrescenta que tal substância é uma droga lícita, permitida e incentivada pela mídia, por isto seu uso é tão frequente.

Dois gestores referiram-se a **outras percepções como o impacto social e o padrão de consumo**. Para um dos entrevistados a concepção de alcoolismo está relacionada à perda da normalidade em diferentes aspectos da vida. Além dos problemas na família, a literatura aponta que a pessoa ao fazer uso prejudicial de álcool tem sua força física limitada, o que prejudica seu desempenho profissional e o cumprimento de suas responsabilidades (CAMPOS, 2005).

Para outro gestor a definição de alcoolismo está relacionada à quantidade de substância ingerida pelo usuário. Esta concepção diverge dos dados encontrados na literatura que indicam a SDA como fruto de diversos fatores – internos e/ou externos - em interação. Não é possível afirmar que uma pessoa seja alcoolista apenas pela quantidade de álcool ingerida em determinado episódio. Órgãos como o Instituto Nacional de Câncer e a Organização Mundial de Saúde orientam que o consumo de bebida alcoólica deve atingir diariamente, no máximo, uma dose no caso de mulheres e duas doses no caso dos homens, como margem mínima de segurança (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000). No Brasil, uma dose equivale a 12g de etanol, mas há variação da concentração desta substância nos diferentes tipos de bebida, salientando-se que cada organismo reage de forma peculiar à mesma quantidade da substância (BRASIL, 2009).

Através da análise das entrevistas, é possível afirmar que o modelo de doença continua exercendo forte influência sobre a percepção dos gestores. A política nacional de saúde mental, fundamentada nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica e a Política Nacional sobre o Álcool preconizam uma reversão no modelo de atenção às pessoas com problemas decorrentes do uso prejudicial de álcool. Tais documentos apresentam a dependência do álcool como um problema decorrente da interação entre vários fatores, internos e externos. Por isso, requer um plano de enfrentamento com olhar diferenciado, que afaste o alcoolista da posição de doente, subordinado à imposição do tratamento medicamentoso e o aproxime do centro das decisões. A atenção às necessidades deve permear o desenvolvimento das ações para que o cuidado integral seja alcançado.

Na **segunda categoria temática** foram apontadas as potencialidades e fatores favoráveis que o município possui a respeito do tema abordado. Verificou-se que a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) concentra e disponibiliza o maior número de intervenções, ao se considerar a sua competência em “organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica” (BRASIL, 2011b, p.8). Dentre **as ações desenvolvidas pela SMS**, destaca-se a criação do CAPS ad, considerada pelos gestores a ação mais significativa para intervir na problemática do álcool, e um serviço de referência, para as unidades básicas de saúde, na atenção aos casos de uso abusivo e dependência de álcool.

Convém ressaltar que a Portaria nº 3.088/2011 instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas no âmbito do SUS. Esta rede é composta pelos recursos da Atenção Básica (UBSs, equipe para populações específicas e Centro de Convivência), atenção psicossocial especializada (diferentes modalidades de CAPS), atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011c).

A Portaria GM 336/2002 estabelece o CAPS ad como serviço de referência, com atendimento diário, em nível ambulatorial para atenção psicossocial às pessoas com transtornos decorrentes do uso prejudicial de substâncias psicoativas (BRASIL, 2002b). O CAPS ad deve funcionar na lógica de território, ou seja, atende pessoas que necessitam de ajuda em relação a problemas com o álcool e outras drogas de uma área de abrangência pré-definida. Também apresenta a característica de ser um serviço responsável por coordenar e supervisionar as atividades de atenção a esta problemática, além de articular ações destinadas a capacitar equipes de unidades de atenção básica e saúde mental inseridas em seu território (BRASIL, 2002b, p.7).

Pode-se considerar como a primeira medida efetiva do Ministério da Saúde visando à problemática do álcool e outras drogas, em 2002, a implementação do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2004b, 2005). Este dá ênfase à reabilitação e reinserção social destes usuários, por meio do trabalho desenvolvido nas redes assistenciais, seguindo as recomendações dispostas no relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida em dezembro de 2001 que, no capítulo sobre atenção aos usuários de álcool e outras drogas, aponta:

Na construção da política de saúde mental é fundamental garantir que o Ministério da Saúde defina políticas públicas de atenção aos usuários de álcool e outras drogas

que deverão ser baseadas no respeito aos direitos humanos, nos princípios e diretrizes do SUS e da Reforma Psiquiátrica. É fundamental, também, garantir que o SUS se responsabilize pelo atendimento dos usuários de álcool e outras drogas e, ao mesmo tempo, não reduzir esta questão a uma problemática exclusiva da saúde. Com esta perspectiva é necessária a criação de uma rede de serviços de atenção aos usuários de álcool e outras drogas integrada à rede SUS, que evite a internação em hospitais psiquiátricos e em clínicas até então destinadas à sua internação (BRASIL, 2002a. p. 60).

Verifica-se que, na percepção dos entrevistados, o CAPS ad do município em estudo vem desenvolvendo suas atividades baseado nas diretrizes apresentadas. Os gestores reconheceram neste serviço uma nova forma de cuidar, pautada em projetos terapêuticos singulares, que respeitam as necessidades e limitações dos alcoolistas. Os usuários do serviço são referenciados a uma das três modalidades de assistência: intensiva, semi-intensiva e não intensiva, a depender do quadro clínico em que se encontram.

A literatura ressalta que o CAPS ad objetiva garantir tratamento aos indivíduos com transtornos mentais e comportamentais decorrentes da dependência química, compreendê-los em sua complexidade e integralidade, além de ajudá-los na adesão terapêutica e na superação do estigma. É importante salientar que este serviço deve proporcionar ao usuário e à sua família, que buscam ajuda, espaços de reflexão para compreenderem o resgate da cidadania dos dependentes químicos como um processo de reconstrução social e familiar (FARIA; SCHENEIDER, 2009).

Este estudo também revelou que as atividades terapêuticas desenvolvidas neste serviço incluem cultura, lazer, além de objetivar a reinserção social do alcoolista por meio de oportunidades de trabalho com empresas parceiras, comprovando que o CAPS ad tem buscado articulações intersetoriais com recursos sociais da comunidade, além do Hospital Geral de referência e das UBSs e USFs.

Uma pesquisa realizada por Faria e Scheneider (2009) apontou que o CAPS-ad Blumenau/SC trabalha em uma perspectiva semelhante à descrita pelos gestores neste estudo do interior paulista, porém, com alguns avanços. O serviço é aberto e oferece a terapêutica nos moldes das propostas e diretrizes das atuais políticas públicas para pessoas que fazem uso prejudicial de álcool. O foco também está no indivíduo, visando à reabilitação psicossocial, à reconstrução da autoestima e à ressignificação do ser humano. Os autores ainda salientaram que as ações são articuladas com outros dispositivos da rede social, garantindo a integralidade da atenção e, também, que o serviço tenha como objetivo a redução de danos, e não apenas a

abstemia. É importante ressaltar que para a realização desta pesquisa, enfrentou-se escassez de estudos que relatassem experiências nos CAPSs ad, decorrentes do processo de transformações propostas pelas atuais políticas públicas para a temática.

Fodra e Costa-Rosa (2009) e Peixoto et al., (2010, p.133), apresentaram realidades divergentes ao descrito acima. Afirmaram que, apesar da criação do CAPS ad em alguns municípios brasileiros, nem sempre as ações são implementadas em consonância com as diretrizes preconizadas pela Reforma Psiquiátrica e políticas públicas sobre álcool. Salienta-se que, apesar de um CAPS ad no Paraná pretender “constituir-se em um serviço aberto”, ele possui fatores limitantes, tais como uma rede social deficiente e atuação focada no modelo tradicional, tendo a abstinência e o isolamento como objetivos finais. Além disto, não foram identificadas, neste serviço, práticas que o caracterizassem como um recurso psicossocial, conforme diretrizes da Reforma Psiquiátrica (FODRA; COSTA-ROSA, 2009).

Segundo Peixoto et al. (2010), as práticas desenvolvidas em um CAPS ad do Mato Grosso do Sul tiveram baixa eficácia, frente às quais, os autores sugeriram a aproximação e articulação do mesmo com os recursos sociais do território, visando à construção de uma rede de apoio. Os autores afirmaram que os relatos contrariaram a ideia de que os CAPSs ad constituem recursos estratégicos, dentro de um território pré-definido, inseridos em uma rede (BRASIL, 2005; REIS; GARCIA, 2008).

A comparação entre as experiências parece confirmar que o processo de construção das práticas no CAPS ad do município deste estudo encontram-se no bojo das transformações decorrentes do processo de Reforma Psiquiátrica. Nestas mudanças preconizadas, o foco do tratamento deixa de ser a exclusão e a destruição da identidade do alcoolista, e passa a valorizar a história de vida e escolhas do usuário que se torna corresponsável pelo próprio tratamento, estando as estratégias de cuidado inseridas em seu contexto social (REIS; GARCIA, 2008).

Devido às características diferenciadas de assistência aos usuários de álcool associadas à capacidade de resolubilidade e de articulação entre vários serviços da rede pública de saúde, os gestores apontaram o CAPS ad como principal recurso para o desenvolvimento de ações eficazes, voltadas para a problemática do álcool.

Embora seja possível inferir que o CAPS ad do município estudado busque desempenhar, com vantagens, seu papel de serviço substitutivo à internação, observa-se que a Redução de Danos (RD), estratégia preconizada em políticas públicas para usuários de álcool e outras drogas e, especificamente, no objetivo da Política Nacional sobre Álcool não foi citada dentre as ações favoráveis desenvolvidas pelo CAPS ad. Tal fato merece atenção, já

que a RD deve permear as ações deste serviço, visando desconstruir, dentro e fora dele, a concepção de que o êxito do tratamento ao alcoolista é, exclusivamente, a abstenia.

Convém salientar que a RD é um programa estratégico que vai ao encontro da Reforma Psiquiátrica, considerando que ele também desencadeia novos desafios à clínica ampliada e compartilhada⁵, enquanto diretriz deste programa. Principalmente, porque requer novas tecnologias de cuidado ao indivíduo que consome substância psicoativa (SPA) (NERY FILHO; VALÉRIO, 2010). Além disto, o profissional da saúde necessita apreender uma nova visão teórico-conceitual e assistencial do modelo de saúde mental e destes sujeitos de direito, marginalizados e excluídos do convívio social.

Os dados coletados revelaram que o município em pauta, passa por um processo de reestruturação da rede básica de saúde, realiza assistência aos usuários da saúde mental, incluindo pessoas que fazem uso prejudicial de álcool nas USFs e UBSs. A política de saúde mental brasileira (BRASIL, 2002a) salienta que devido à proximidade das unidades da atenção básica com a comunidade, família e meio ambiente, estes serviços se apresentam como recursos estratégicos no cuidado às pessoas em sofrimento decorrente do uso/abuso de álcool e outras drogas.

A inserção das ações de saúde mental na atenção básica foi apontada como uma ação positiva, por alguns porém, ela não foi citada pela maioria dos entrevistados. Verifica-se que esta é uma proposta que divide opiniões entre os trabalhadores da rede, pois há aqueles que resistem à mudança. O fato pode ser compreendido sob dois aspectos: primeiro, por se tratar de uma prática em construção no município e, segundo, por uma dificuldade apontada em trabalho realizado por Tanaka e Ribeiro (2009), no qual revelam que, embora a Coordenação Geral de Saúde Mental busque a consolidação das ações de saúde mental na Atenção Básica, este processo não está claramente contemplado na Política Nacional da Atenção Básica (ano 2006). Portanto, esta divergência entre as duas políticas, é reproduzida indiretamente nas práticas dos profissionais. Observa-se que apesar desta proposta ser considerada uma estratégia positiva na atenção ao alcoolista, os trabalhadores ainda não se empoderaram da dimensão política em que estão inseridos, e isto se reflete na resistência em acolher e atender estes casos nas unidades básicas.

⁵ “Trabalho clínico que visa ao sujeito e à doença, à família e ao contexto, tendo como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade. Utilizam-se como meios de trabalho: a integração da equipe multiprofissional, a adscrição de clientela e a construção de vínculo, a elaboração do projeto terapêutico conforme a vulnerabilidade de cada caso, e a ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença” (BRASIL, 2006b, p.38).

Compreende-se que toda mudança requer participação, busca de conhecimentos para compreendê-la e avaliá-la constantemente, revisão de saberes e práticas, além de um tempo para que o profissional da saúde possa adaptar-se à situação, porém, considerando-se sempre a presença da dinamicidade deste processo.

No Brasil, a atenção básica à saúde tem se consolidado por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), incluindo os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que possibilitam ações de capilarização e interiorização dos pressupostos da saúde pública. A noção de territorialização, descentralização, intersectorialidade e responsabilização pela demanda aproximam as práticas da ESF das propostas da Reforma Psiquiátrica e abre possibilidades para a reorganização do modelo de assistência com foco na pessoa como sujeito social, ativo nas redes sociais nas quais está inserido (SILVEIRA; VIEIRA, 2009).

Ao reconhecerem a ESF e o trabalho dos ACS como fatores favoráveis para o fortalecimento da atenção e do cuidado ao alcoolista, os gestores ratificaram os achados da literatura que apontaram as potencialidades desta estratégia para identificação dos casos, devido à proximidade das equipes com a população e por sua inserção no território ser mais potente que a do CAPS ad (BRASIL, 2005; LANCETTI; AMARANTE, 2009). Porém, observou-se a fragilidade referente às estratégias de rastreamento no âmbito preventivo para identificação de casos problemáticos de uso de álcool, pois os entrevistados referiram somente à capacidade das equipes de Saúde da Família em identificar casos de abuso de bebida alcoólica. Não foram citadas medidas como aplicação de testes para rastreamento e/ou implantação de Intervenções Breves que, segundo estudos desenvolvidos pela Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002), têm se mostrado como uma medida eficaz no auxílio de diagnósticos precoces (RONZANI, et al., 2005; RONZANI, 2008). Segundo Moretti-Pires, Corradi-Webster e Furtado (2011), compete às equipes de ESF realizarem intervenções visando ao rastreamento da população adscrita à USF sobre o padrão de consumo alcoólico, à prevenção dos casos de uso abusivo, bem como ao encaminhamento de prováveis dependentes de álcool, pois sem este olhar, a estratégia limitar-se-ia ao tratamento.

Considerando-se as transformações recentes e processos ainda em construção, justifica-se a necessidade de estratégias complementares para fortalecer o cuidado ao alcoolista em unidades da APS. Uma proposta descrita na Política Nacional de Saúde Mental é o apoio matricial (BRASIL, 2005), que também foi lembrada pelos entrevistados deste estudo, como medida favorável à atenção aos casos de uso prejudicial de álcool.

As equipes de matriciamento, em trabalho conjunto com as equipes da atenção básica, compartilham os casos e constroem conjuntamente um plano de ação para abordar a problemática de sofrimento psíquico (BRASIL, 2005). Uma investigação realizada por Bezerra e Dimenstein (2008), em diferentes CAPSs revelou que os entrevistados consideraram o Apoio Matricial como uma ferramenta importante para assessorar os recursos da rede básica na atenção aos casos de saúde mental, incluindo sofrimento por uso prejudicial de álcool. A lógica dos encaminhamentos vai sendo substituída pela noção de responsabilização compartilhada dentro de uma rede articulada. Deve-se salientar que os próprios gestores afirmaram que, apesar de considerarem um recurso positivo, o apoio matricial no município estudado ainda precisa ser fortalecido.

Um fator favorável à consolidação deste processo é a realização de treinamentos. Apenas um gestor declarou que foram realizadas capacitações específicas para o enfrentamento da problemática do álcool. Tal referência corrobora as diretrizes das políticas públicas nacionais da Atenção Básica (BRASIL, 2006a), de Saúde Mental (BRASIL, 2001b) e do álcool (BRASIL, 2007), que preconizam o desenvolvimento de programas de capacitação para os trabalhadores envolvidos em ações de saúde mental e álcool e outras drogas. Os estudos de Barros e Pillon (2007) e Lancetti e Amarante (2009) evidenciaram a relevância das capacitações para as equipes da atenção básica no atendimento à demanda de saúde mental, as quais estavam em sintonia com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica.

No referente ao desenvolvimento de **ações não relacionadas à gestão pública de saúde**, observou-se a valorização de recursos de suporte social inseridos na comunidade e considerados auxiliares no tratamento aos alcoolistas, principalmente no âmbito da reabilitação. O reconhecimento destes recursos não governamentais encontra sustentação na Política Nacional sobre o Álcool que inclui, em seu conjunto de medidas, a redução e prevenção de danos à saúde e à vida, a articulação entre os serviços públicos de saúde e dispositivos comunitários que priorizem além do tratamento, a reinserção social da pessoa que vivencia problemas com a bebida alcoólica. Neste contexto, destaca-se a realização de ações pelos grupos de autoajuda, tais como o Alcoólicos Anônimos (AA)⁶.

Frente ao cenário de significativas e crescentes taxas de prevalência de dependência do álcool no Brasil, Campos (2004) afirma que os AAs desempenham papel fundamental, e constituem-se em uma importante estratégia de apoio terapêutico para o

⁶ Alcoólicos Anônimos é uma irmandade mundial de homens e mulheres com a finalidade de ajudar mutuamente seus integrantes na manutenção da sobriedade. Considerando que todos os seus membros participantes são alcoolistas, todos se ajudam em relação ao problema com a bebida alcoólica, em busca da abstinência.

alcoolista, com eficácia mundialmente reconhecida. Apesar de Rodrigues e Almeida (2002) e Walitzer, Dermen e Barric (2009) questionarem as estratégias de tratamento utilizadas pelo grupo, baseadas no método dos 12 passos, estudos admitem a eficácia deste tratamento. Devido à identificação de resultados eficazes desenvolvidos pelo AA no município, observou-se um reconhecimento deste grupo, como mais um importante recurso social de apoio, porém, nenhum dos gestores fez referência ao grupo de ajuda Al-Anon, destinado a familiares de alcoolistas que, segundo Filizola et al. (2009) e Pena e Gonçalves (2010), tem-se mostrado um recurso de apoio com resultados positivos no enfrentamento da problemática do álcool. De acordo com Sant'Anna e Ferreira (2010, p.476), os grupos de ajuda mútua não se autodenominam um recurso único para resolução de problemas para a dependência química, mas reconhecem seus sucessos nesta área e “não compartilham da opinião de que sua visão terapêutica deva ser adotada universalmente”.

A atuação das lideranças religiosas como suporte para o tratamento aos alcoolistas também foi destacada em algumas entrevistas. Estudos comprovam que a religiosidade exerce impacto positivo e influencia na qualidade de vida das pessoas (ROCHA; FLECK, 2011). Em relação ao álcool, revisões de literatura apontaram para a importância da experiência pessoal de espiritualidade/religiosidade, que têm sido consideradas como fatores de proteção para consumo abusivo e dependência de álcool (AMATO et al., 2006; ROCHA; FLECK, 2011; FARIA; DAVID; ROCHA, 2011).

As ações desenvolvidas pela Secretaria Municipal de Assistência Social foram citadas em várias entrevistas como importantes para o enfrentamento da problemática do álcool. Referente a esta secretaria destacou-se a atuação das assistentes sociais e dos Centros de Referência em Assistência Social. O Conselho Municipal Antidrogas (COMAD) também foi lembrado como recurso importante na atenção aos usuários de álcool. A atuação deste conselho é definida pelo Ministério da Justiça:

O Comad atua como instância de assessoramento do Governo local e de coordenação das atividades de todas as instituições e entidades municipais, responsáveis pelo desenvolvimento das ações referentes à redução da demanda e dos danos, assim como movimentos comunitários organizados e representações das instituições federais e estaduais existentes no município e dispostas a cooperar com o esforço municipal (BRASIL, s.d.).

No ano 2011, além das reuniões regulares e das ações de rotina, o COMAD do município deste estudo desenvolveu significativas ações para sensibilizar a população a

problemática do álcool, tabaco e drogas ilícitas. Segundo dados coletados nas entrevistas, foi realizado o 1º Seminário de Dependência Química do município e apresentada uma peça teatral que abordava a questão das drogas e o diálogo com a família. Ambos os eventos foram abertos à população e seguidos de mesa redonda para estender a oportunidade de participação aos convidados. Embora tenha a responsabilidade de atuar como coordenador das atividades relacionadas à problemática do álcool e outras drogas, em âmbito municipal, este recurso foi reconhecido como favorável por 16,6% dos entrevistados desta pesquisa.

Além das iniciativas advindas de recursos da rede de suporte social, foi apontada a motivação pessoal de alguns trabalhadores em reverem seus saberes e práticas, visando à melhoria da assistência à saúde mental e reversão do modelo tradicional, que preconizava ações hierarquizadas, autoritárias e desconsiderava a noção do cidadão, aqui enfatizada na pessoa que faz uso de álcool. A história do processo de construção da Reforma Psiquiátrica destaca a importância de pessoas que se tornaram agentes de transformação da realidade da saúde mental em todo o mundo. Em muitos casos, as experiências exitosas estão associadas às ações de iniciativas individuais, como por exemplo, do psiquiatra italiano Franco Basaglia que, segundo Amarante (1994), promoveu mudanças radicais no campo da Psiquiatria, utilizando-se de saberes associados a uma prática peculiar focada nas questões sociais, para formulação de ações consistentes.

No Brasil, o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental contou com a participação de várias pessoas que, individualmente ou em associações, buscaram, através do saber e/ou de novas práticas, promover uma transformação social, além de garantir os direitos dos pacientes psiquiátricos. Surgiram protagonistas como David Capistrano da Costa Filho que, enquanto gestor municipal de saúde e prefeito da cidade de Santos/SP, promoveu uma transformação revolucionária no sistema público de saúde do município. Tal medida incluía a intervenção em um hospital psiquiátrico de ações de redução de danos direcionadas à problemática do uso/abuso de álcool e outras drogas. A experiência santista influenciou movimentos nacionais e teve repercussão mundial (REBELO, 2001; BRASIL, 2005).

As experiências apontam a importância dos trabalhadores de saúde na busca em desempenhar o papel de sujeitos da ação. As conquistas já vivenciadas neste processo de reforma, que avançam significativamente no campo das políticas públicas sobre o álcool, dependeram e continuam dependendo de agentes de transformação interessados em rever saberes e práticas a fim de desenvolverem uma nova forma de cuidar. Segundo Fodra e Costa-Rosa (2009), para atuarem frente à complexidade dos casos de alcoolismo, há trabalhadores que buscam aprimorar o conhecimento por iniciativa e investimento pessoal.

Contudo, além destas iniciativas individuais dos trabalhadores, os órgãos governamentais têm, como responsabilidade, articular a realização de cursos de capacitação de profissionais da rede de saúde e agentes multiplicadores de informações sobre temas relacionados à prevenção do uso de álcool, estratégias de intervenção e entre outras (BRASIL, 2007).

Ainda associados às potencialidades, foi apontado que o município dispõe de **recursos privilegiados para o cuidado**, que o diferencia nos índices de qualidade de vida e crescimento social e econômico, quando comparado a outros municípios do mesmo porte. Um dos privilégios citados, que impacta diretamente as ações de atenção à problemática do álcool, é o apoio político da gestão municipal à Secretaria Municipal de Saúde, de forma especial às ações de saúde mental.

Segundo Sampaio et al. (2011), o trabalho em saúde está subordinado a uma extensa rede de determinantes, que sofre alterações a depender do momento histórico. Dentre elas, os autores citam as determinações políticas que agem sobre os trabalhadores e usuários dos serviços. Neste estudo, houve referência ao momento político atual, identificado pelos entrevistados como favorável à gestão municipal de saúde e ao desenvolvimento de ações de saúde mental. O resultado consiste no avanço das práticas e na articulação entre a saúde mental e outros recursos, inclusive Ministério da Saúde. Deve-se salientar que a Reforma Psiquiátrica é um processo político (FODRA; COSTA-ROSA, 2009), por isso, seus avanços, retrocessos e desdobramentos estão condicionados à definição de prioridades pela gestão pública, em diferentes esferas.

Todos os pontos considerados pelos entrevistados como favoráveis à implantação e implementação de ações focadas na problemática do álcool, podem ser associados aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica e/ou às diretrizes das políticas públicas sobre álcool, já que a atual proposta é lançar mão de todos os recursos disponíveis, buscando alcançar a integralidade no cuidado às pessoas em sofrimento psíquico. Embora o município ainda não implemente uma política específica sobre álcool, e algumas estratégias não estejam totalmente definidas, observa-se que as ações citadas pelos gestores se aproximam das novas propostas de enfrentamento da problemática do álcool.

É importante salientar que os gestores conseguiram identificar potencialidades que estão além das dimensões da gestão pública, o que também pode ser considerado como favorável, uma vez que a consolidação das transformações nos moldes da Reforma Psiquiátrica depende da visão abrangente dos gestores e de sua habilidade em identificar

dispositivos que, agregados aos recursos públicos, resultem na construção de uma rede fortalecida, com capacidade para atender às demandas da sua clientela.

Na **categoria temática 3**, os entrevistados expuseram suas percepções sobre as dificuldades e os principais desafios a serem enfrentados para que se alcance a efetividade na implantação e implementação das ações de atenção à problemática do álcool.

Primeiramente, abordaram **a falta de preparo** para lidar com todas as questões que tal tarefa impõe. O despreparo se constitui em uma séria realidade que, no município, afeta toda a população, inclusive os trabalhadores da saúde e familiares das pessoas que fazem uso prejudicial de álcool. O histórico das estratégias utilizadas na atenção à saúde mental do município exerceu e ainda exerce forte influência na forma de lidar com a questão. Devido à presença de um hospital psiquiátrico e de um ambulatório de psiquiatria, as pessoas em sofrimento psíquico, incluindo-se os alcoolistas e dependentes de substâncias psicoativas, eram encaminhados para tratamento, exclusivamente, nesses serviços com o olhar focado na doença e na internação. Tal procedimento limitava o desenvolvimento de ações para um cuidado integral.

A internação foi considerada pelos gestores como uma conduta culturalmente aceita no município e que tem, ainda hoje, influenciado as práticas dos trabalhadores de saúde e o comportamento da comunidade, uma vez que o hospital continua em funcionamento. Esta opção de tratamento demonstrou ser tão importante e necessária que, mesmo com a presença de um CAPS ad, vários gestores, apontaram a redução do número de vagas para internação como uma dificuldade para o enfrentamento desta problemática no município. Este imaginário popular, visando ao pragmatismo da terapêutica e à exclusão do convívio social, torna-se um entrave na consolidação do processo de inserção do cuidado aos alcoolistas na comunidade e se opõe à proposta de atenção integral no âmbito do SUS, por meio da articulação entre ESF, CAPS ad e outros recursos sociais de apoio (BRASIL, 2007; ANDRADE, 2011).

Alguns aspectos da realidade estudada aproximaram-se dos achados do estudo realizado por Fodra e Costa-Rosa (2009), que revelou o poder de influência de uma instituição de internação psiquiátrica dentro de um município de médio porte no estado do Paraná. Este estudo demonstrou que, embora as condições de maus tratos fossem confirmadas, a hospitalização era altamente utilizada e aceita pela população, inclusive pelos trabalhadores do CAPS ad local, serviço com práticas pautadas nos moldes tradicionais que utilizava a internação como estratégia de escolha para os casos de uso prejudicial de álcool. Os autores apontaram, ainda, que o CAPS ad não desempenhava o seu papel de recurso substitutivo ao

modelo hospitalocêntrico, o que tornava o hospital psiquiátrico uma necessidade do município.

Entretanto, é importante salientar que, no município deste estudo, os gestores apresentaram percepções favoráveis relacionadas ao trabalho desenvolvido pelo CAPS ad. Por outro lado, constata-se que as experiências descritas reproduzem o histórico da implantação e implementação das políticas públicas adotadas para as pessoas em sofrimento psíquico no Brasil e reafirmam ser a Reforma Psiquiátrica um processo em construção, com avanços e retrocessos. Este fato possibilita aos municípios experimentar tais transformações, em momentos diferentes, sob contextos distintos, tendo como fator comum o desafio do processo de desinstitucionalização.

Apesar de serem inquestionavelmente negativas para os usuários, as internações em instituições asilares foram utilizadas, durante séculos, como a única solução para a sociedade que buscava manter-se distante dos “supostos” problemas decorrentes do sofrimento psíquico.

Romagnoli et al. (2009, p.201) propõem uma oportuna reflexão sobre esta triste realidade. Os autores pontuam que as transformações no campo legal e nos saberes e práticas não serão eficazes se o pensamento manicomial estiver arraigado à sociedade, enquanto as formas disciplinares de domínio e exclusão ainda permearem a subjetividade das pessoas. A desospitalização deve ser acompanhada da experiência de uma nova forma de cuidar, “que requer uma disponibilidade de afetar e ser afetado”.

Este binômio “afetar e ser afetado” pode ser considerado a essência para o êxito das novas propostas para atenção à problemática do consumo do álcool no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), uma vez que o construir de uma nova relação, fundamentada em vínculos, afeta familiares e trabalhadores no sentido da necessidade do desenvolvimento de novas habilidades. Na realidade, mais do que novas habilidades, torna-se necessário uma nova postura pautada na busca de novos saberes e novas práticas, visando à reconstrução da pessoa enquanto ser social, agente de mudanças e com autonomia para decidir sobre seu tratamento.

Observa-se que os desdobramentos da Reforma Psiquiátrica impõem demandas incomuns à comunidade, aos trabalhadores da saúde e familiares que, conforme os pressupostos passam a compor o projeto terapêutico na atenção às pessoas em sofrimento psíquico, inclusive às que fazem uso prejudicial de álcool. O trabalho articulado entre CAPS ad, ESF, comunidade e família contempla o objetivo da Política Nacional sobre o Álcool que enfoca a necessidade de um enfrentamento coletivo para esta problemática (BRASIL, 2007).

Pode-se considerar que todo este processo de reconstrução do modelo de atenção à problemática do álcool depende, em especial, da capacidade dos trabalhadores da saúde em lidarem com esta demanda. Entretanto, verifica-se que nem os gestores entrevistados, nem as equipes da atenção básica estão instrumentalizados para atuar frente às especificidades do problema. Estes achados encontram sustentação em trabalhos científicos recentes, dentre eles, uma avaliação realizada por Nunes, Jucá e Valentim (2007) que destacaram as fragilidades específicas para consolidação de ações de saúde mental na ESF, bem como o despreparo dos trabalhadores dessas equipes para adentrar ao universo das pessoas em sofrimento psíquico. As proposições de Andrade (2011) convergem e ampliam esta realidade, quando salienta que a falta de vínculos estáveis, salários dignos e treinamento adequado, portanto, de condições de trabalho, representam uma barreira para que as equipes da ESF desenvolvam ações de promoção à saúde, prevenção e assistência a seus usuários.

Uma avaliação realizada por Moretti-Pires e Corradi-Webster (2011) comprova a dificuldade dos trabalhadores da ESF, independente do nível de formação, em realizar uma intervenção direta e precisa nos casos de SDA, devido à falta de treinamento. Lopes e Luís (2005), Moretti-Pires et al. (2011) salientam que a formação de enfermagem, em nível de graduação é muito frágil nesta temática, pois os problemas decorrentes do abuso de álcool são pouco explorados. A literatura infere ainda que, como consequência desta fragilidade no ensino, os estudantes mantêm atitudes e crenças negativas em relação ao usuário de SPA, o que pode interferir no cuidado de enfermagem (LOPES; LUÍS, 2005).

Morreti-Pires et al. (2011) também assinalaram que as limitações para um cuidado efetivo nesta área não se restringem ao Brasil. Além disto, deve-se atentar para que o ensino desta temática não seja baseado no modelo tradicional de atenção à saúde, conforme ressaltam Boni et al. (2004), quando houve o predomínio de ensino centrado no modelo da doença e médico. Salientaram, ainda, a necessidade de inserção de propostas de ensino baseado em evidências.

Vargas (2011) corrobora os achados e afirma que os trabalhadores de saúde não apresentam conhecimento suficiente para associar as manifestações sintomáticas aos quadros de uso abusivo ou dependência do álcool. Este fato torna-se uma limitação para o desenvolvimento de ações eficazes, incluindo diagnóstico, tratamento e encaminhamento.

É importante destacar que, ao abordar as dificuldades relacionadas à capacitação para o enfrentamento da problemática do álcool, um dos entrevistados reconheceu a possibilidade de estar subnotificando os casos, pela falta de conhecimento para conseguir identificá-los. Esta limitação também foi apontada em pesquisa desenvolvida por Ronzani

(2008) que, ao analisar os resultados da coleta de dados realizada junto às equipes de ESF, levantou a possibilidade da ocorrência de subnotificação de casos de SDA, associada à falta de qualificação dos trabalhadores para enfrentarem as especificidades da temática. Deve-se ressaltar que esta falta de capacitação resulta em sérios prejuízos às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool que, provavelmente, só serão diagnosticadas em estágio de maior comprometimento fisiológico, emocional, social, dentre outros (BRASIL, 2004b).

A falta de conhecimento foi apontada como dificuldade, pois impacta diretamente a forma de pensar e agir do trabalhador de saúde frente ao usuário do serviço que se relaciona de forma problemática com o álcool. Segundo Vargas (2011), uma das maiores barreiras a serem transpostas são as atitudes negativas dos trabalhadores de saúde no cuidado ao alcoolista, pois a postura do trabalhador influencia a adesão ou não do usuário ao tratamento. Devido à falta de conhecimento, os profissionais baseiam suas práticas em critérios subjetivos, empíricos, influenciados pelos estereótipos que compartilham com a sociedade, o que resulta em abordagens inadequadas e, pode desencadear resistência do alcoolista à terapêutica proposta (FORTNEY et al., 2004; RONZANI, 2008).

Complementando as ideias acima, este estudo também apontou para as atitudes negativas dos trabalhadores de saúde, que muitas vezes estão relacionadas à presença do preconceito diante do alcoolista, com reflexos em seu cuidado, principalmente, durante o acolhimento e escuta terapêutica. As “queixas” dos alcoolistas foram desvalorizadas por esses profissionais diante das necessidades dos demais usuários que buscam ajuda no serviço de saúde. Além disto, os trabalhadores priorizaram os outros atendimentos em detrimento à pessoa que faz uso problemático de bebidas alcoólicas.

O preconceito faz parte do processo de estigmatização que desencadeia a discriminação, traduzida em um relacionamento e atendimento desfavorável à pessoa que é alvo de preconceitos sociais (SILVEIRA; RONZANI, 2011), neste caso o alcoolista. Estudos ressaltaram que pessoas que fazem uso problemático de álcool provocam mais rejeição social e emoções negativas à população que outros transtornos mentais; portanto os alcoolistas são severamente estigmatizados (PELUSO; BLAY, 2008; SCHOMERUS et al., 2010).

A conotação moral de que o alcoolista é uma pessoa fraca, sem força de vontade para abster-se do uso excessivo de bebida alcoólica e ideias equivocadas, sem embasamento científico, dificultam abordagens mais adequadas realizadas pelos trabalhadores de saúde, e impossibilitam um diagnóstico precoce desta problemática e intervenções preventivas e/ou terapêuticas.

Estudos realizados por Ronzani et al. (2005), Corradi-Webster et al. (2005) Moretti-Pires e Corradi-Webster (2011), apontam que a dificuldade dos trabalhadores de saúde está associada à marcante influência do modelo biológico com ênfase na especialização e na fragmentação do ser humano. Ronzani e Furtado (2010) propõem uma intervenção nesta realidade a ser concretizada por meio da revisão das políticas assistenciais e da formação dos trabalhadores de saúde, em busca de reversão das práticas inadequadas e estigmatizantes.

A literatura e os resultados apresentados convergiram para a constatação do impacto negativo da falta de conhecimento dos trabalhadores da saúde para a atenção à problemática. Esta limitação implica prejuízos diretos para a eficácia de um modelo que visa à intersectorialidade e à gestão do cuidado integral por meio de ações permeadas pelos princípios de acolhimento, formação de vínculos, responsabilização e resolutividade. A falta de habilidade identificada pelos gestores para abordar a temática revela que o município não dispõe de uma política de educação permanente para os trabalhadores da Rede de Atenção à Saúde, que promova a revisão dos saberes e construção de novas práticas dos trabalhadores, conforme preconizado em documentos oficiais publicados na última década (BRASIL, 2001b; BRASIL, 2004b; BRASIL, 2007; BRASIL, 2011b).

O despreparo das famílias foi identificado como fator limitante para lidar com o problema. Através das falas inferiu-se que as famílias mantêm a concepção de que a responsabilidade do cuidado deve ser delegada aos serviços de saúde. A literatura corrobora os resultados acima, pois além de a família responsabilizar o serviço de saúde mental pelo cuidado do alcoolista, também deposita sobre a equipe a expectativa de sua cura. Assim, infere-se que tal pensamento seja um dos motivos do não engajamento da família no processo terapêutico deste usuário (JORGE et al., 2007).

Alguns outros fatores podem estar associados à dificuldade da participação da família no tratamento do usuário de álcool, como por exemplo, a predominância da visão do modelo moral sobre consumo de bebidas alcoólicas, que enfatiza serem os alcoolistas os responsáveis tanto pelo surgimento do problema, quanto pela solução (MARLATT, 1993; MIRANDA et al., 2006; JORGE et al., 2007). Outra questão está relacionada à vivência sofrida das famílias diante do processo de recaída do dependente, desencadeando-lhes sentimentos de descrença em relação ao tratamento e manutenção da abstinência pelo doente (REINALDO; PILLON, 2008; FILIZOLA et al., 2009).

Além do despreparo de todos os envolvidos, os gestores trouxeram como fatores limitantes para a implementação de uma atenção efetiva na temática, **a deficiência na estrutura física e operacional da rede pública de saúde** que inclui a carência de recursos

humanos, estratégias de enfrentamento não fortalecidas e questões ligadas à estruturação física das unidades da rede.

Pode-se considerar que, dentre as limitações apontadas, a deficiência no quadro de recursos humanos foi a mais expressiva, abrangendo todas as categorias profissionais da saúde que compõem as equipes da atenção básica e CAPS ad. Estudo realizado por Fernandes, Machado e Anschau (2009), com gestores da APS, constatou a dificuldade em atender à demanda local com quadro insuficiente de recursos humanos, o que desencadeou a sobrecarga de trabalho, e resultou na insatisfação, desmotivação e conflitos na equipe. Ronzani et al. (2005) apontam as dificuldades na implantação de testes de rastreamento sobre o padrão de consumo de álcool e Intervenções Breves na APS, justificadas pelo número limitado de trabalhadores na equipe de saúde, sobrecarregando-os no desenvolvimento de suas atividades diárias.

As experiências relatadas reafirmam a alta demanda nas unidades básicas de saúde, frente ao número reduzido de trabalhadores. Ronzani et al. (2005) salientam que a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica representa um aumento de exigências, tanto cognitivas quanto técnicas para trabalhadores. Além disto, a sobrecarga do trabalho com pessoas em sofrimento psíquico pode afetar a saúde física e mental dos trabalhadores e interferir na qualidade do cuidado (BANDEIRA; ISHARA; ZUARDI, 2007).

Frente a estas questões e, como apontado na Política de Saúde Mental, uma das estratégias para o enfrentamento deste problema é o matriciamento. Segundo o Ministério da Saúde, Apoio Matricial de saúde mental às equipes da atenção básica constitui-se em um:

Arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Nesse arranjo, a equipe por ele responsável, compartilha alguns casos com a equipe de saúde local [...]. Esse compartilhamento se produz em forma de co-responsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões conjuntas de caso, intervenções conjuntas às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos (BRASIL, 2005, p. 33).

Figueiredo e Campos (2009) salientam o potencial do Apoio Matricial para consistência das intervenções, especialmente, em saúde mental. Embora haja estudos que comprovem a viabilidade e efetividade desta estratégia (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009; ARONA, 2009), as entrevistas revelaram que esta prática não se encontra fortalecida no município. Além disto, afirmam que os integrantes da equipe matricial não estão devidamente

preparados para orientar a condução dos casos, o que gera insegurança para as equipes das unidades.

Para Mielke e Olchowsky (2010), alguns fatores estão associados à eficácia das ações de atenção à problemática, dentre eles a importância de uma rede articulada e comprometida com a mudança de modelo. Observa-se no município que esta mudança está em processo de construção e a eficácia e o fortalecimento do Apoio Matricial tem esbarrado, também, na limitação da falta de capacitação.

Quanto aos limites da estrutura física apontados pelos gestores, pesquisa realizada por Trad e Rocha (2011), que avaliou o impacto da infraestrutura das unidades de saúde da família no desenvolvimento de um trabalho humanizado, revelou que a inadequação do espaço físico também tem uma repercussão negativa para a realização das ações e resulta no comprometimento da qualidade da assistência prestada. O Ministério da Saúde estabeleceu a humanização como uma política transversal na rede SUS, que se apropria do conceito de ambiência para se referir “ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana” (BRASIL, 2010c, p.5).

Entretanto, verifica-se que, tanto no município deste estudo, quanto na experiência de Caxias do Sul descrita por Fernandes, Machado e Anschau (2009), o conceito de ambiência, citado na Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2006b), não tem sido apreendido em sua essência. Além disto, a estrutura física inadequada torna-se um fator gerador de conflitos entre os membros da equipe e entre a equipe e a comunidade, devido à dificuldade dos trabalhadores estabelecerem um fluxo adequado para o desempenho de suas funções.

A Política Nacional da Atenção Básica e o manual elaborado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008a; BRASIL, 2011b) descrevem a estrutura mínima para funcionamento de unidades básicas de saúde. Observa-se, tanto nos relatos desta pesquisa, quanto nos achados de Trad e Rocha (2011), que tais espaços não têm sido contemplados em alguns municípios. Estes autores destacam que 57,1% dos entrevistados apontaram as unidades de saúde da família, em Vitória da Conquista na Bahia, como estruturalmente inadequadas.

Os gestores assinalaram que a localização de algumas unidades de saúde não favorece o cuidado integral à pessoa que faz uso prejudicial de álcool, por duas razões: ou pela proximidade das unidades com a área de tráfico e uso de drogas, ou pela dificuldade dos

usuários se deslocarem até a unidade de saúde. As reflexões propostas por Andrade (2011, p. 4668) sobre políticas de drogas no Brasil esclarecem que:

As fragilidades das ações territoriais desenvolvidas no âmbito da ESF são mais acentuadas nas comunidades socioeconomicamente menos favorecidas e com menor acesso aos serviços de saúde e de suporte social.

O mesmo autor complementa que, dentre as dificuldades de uma pessoa com problemas pelo uso de álcool e/ou outras drogas, devem-se incluir as limitações para acesso ao CAPS ad, unidade que nem sempre está localizada próxima à residência dos usuários do serviço. Este deslocamento, por meio de transporte coletivo, muitas vezes, gera custo para a pessoa que já se encontra com restrições no orçamento.

Outro fator salientado pelos gestores foi a falta de flexibilidade no horário de funcionamento das unidades, tanto do CAPS ad, quanto das unidades da atenção básica. Para exemplificar, vale utilizar a reflexão proposta por Andrade (2011, p.4669) em relação ao CAPS ad:

A chance de que um (a) profissional do sexo ou usuário (a) de drogas, após uma noite acordado (a), se dirija a um serviço de saúde nas primeiras horas da manhã, buscando senha para um atendimento que se fará quatro a cinco horas depois, é muito pequena.

Trabalho coordenado por Escorel (2002), ao avaliar a implementação do Programa Saúde da Família em 10 grandes centros brasileiros apontou, dentre outras questões, o horário de funcionamento como uma das limitações para adesão da população a este serviço. As recomendações apontadas no estudo incluíam estender o horário de funcionamento das unidades para o período noturno, visando atrair os usuários.

Os entrevistados pontuaram **outras limitações relacionadas à gestão pública municipal** para consolidação das mudanças, referentes à falta de interesse do poder público e à frágil articulação entre vários órgãos e setores. Estudo que analisa a implementação das novas propostas de atenção à saúde mental no município de Natal (RN), aponta as dificuldades dos trabalhadores de CAPS (ad e outros) que também afirmaram: “tudo depende de vontade política” (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008, p. 639). Ronzani et al. (2005, p.853) destacaram que “outra barreira constante na implantação de rotinas de prevenção ao uso de álcool seria a dificuldade dos gestores em ponderar adequadamente a importância de tais

ações”. Entretanto, os sujeitos desta pesquisa, todos gestores, foram enfáticos em afirmar sua importância, ressaltando a relevante questão da falta de vontade política para o desenvolvimento de ações relacionadas à problemática. Uma das falas revelou que a postura inerte do poder público municipal paralisa os que trabalham por mudanças.

As situações descritas encontram eco na história das políticas públicas que abordam a questão do álcool no Brasil, uma vez que o próprio Ministério da Saúde, em documento intitulado Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil afirma: “A saúde pública brasileira não vinha se ocupando devidamente com o grave problema da prevenção e tratamento de transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas.” O texto segue apresentando a lacuna gerada na política pública de saúde decorrente da transferência da responsabilidade pela atenção a esta problemática para outros segmentos sociais, não ligados à saúde. “A complexidade do problema contribuiu para a relativa ausência do Estado...” (BRASIL, 2005, p. 38).

Frente a tais afirmações, conclui-se que a falta de vontade política no município, percebida pelos gestores, é um reflexo da omissão do poder do Estado em assumir o enfrentamento deste problema. Pode-se considerar, ainda, o retardo na implementação de políticas públicas sobre álcool no município estudado, como reprodução de uma tendência nacional.

Ainda, em relação à gestão municipal aparece como fator desfavorável a falta de articulação entre os órgãos públicos, o que recrudescer o quadro das limitações. Verificou-se que alguns entrevistados apresentaram disposição para desencadear mudanças, porém, demonstraram-se impotentes frente às demandas que ultrapassam a governabilidade pessoal e do campo da saúde. Ronzani et al. (2005) afirmam que as mudanças abrangentes dependem das alianças firmadas entre os serviços de saúde e os vários setores sociais.

O trabalho intersetorial pode ser considerado a base para a consolidação das ações de atenção à saúde mental no contexto da atenção básica, visto que, nesta nova configuração - gestão integral do cuidado - a unidade básica transpõe seu olhar para além da doença. Nesta nova concepção, busca-se efetivar a prevenção, promoção à saúde e reabilitação, atendendo as diferentes necessidades dos usuários do serviço. Articulação e intersetorialidade, portanto, são termos de destaque, tanto na política nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2005), quanto na Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2011b). Tais documentos enfatizam a importância da utilização dos dispositivos presentes na Rede de Atenção à Saúde no processo de cuidado à saúde, bem como das políticas e programas de interesse para a saúde (BRASIL, 2006a).

A III Conferência Nacional de Saúde Mental foi palco de importantes discussões que resultaram em avanço, tanto no campo legal, quanto no prático, da reconstrução da rede de atenção à saúde mental. O relatório final da referida conferência destaca o papel da intersetorialidade e afirma:

A formulação da política de saúde mental, orientada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, requer o desenvolvimento de ações integradas e intersetoriais nos campos da Educação, Cultura, Habitação, Assistência Social, Esporte, Trabalho e Lazer e a articulação de parcerias com a Universidade, o Ministério Público e as Organizações Não-Governamentais (ONGs) visando à melhoria da qualidade de vida, a inclusão social e a construção da cidadania da população (BRASIL, 2001b, p.54).

Em se tratando especificamente do tema proposto nesta pesquisa, a Política Nacional sobre o Álcool salienta, dentre suas diretrizes: “estimular que a rede local de cuidados tenha inserção e atuação comunitárias, seja multicêntrica, comunicável e acessível aos usuários” (BRASIL, 2007, p.81). A ausência ou deficiência na articulação entre os recursos sociais de apoio dificulta a capilarização das ações, e afeta a qualidade da assistência prestada.

Associada aos fatores externos até aqui apresentados, **a resistência da pessoa que faz uso abusivo de álcool** em admitir o problema e buscar ajuda, configura-se em uma demanda de alta complexidade que exige a associação entre ações subjetivas e técnicas. A adesão ao tratamento foi lembrada pelos gestores como uma grande dificuldade e percebem-se os limites de se lidar com ela. Foi possível identificar o sentimento de frustração em uma das falas, devido à impotência para inserir e manter a pessoa no tratamento. Um dos gestores considerou esta, a maior dificuldade.

Fontanella et al. (2011) expõem que a pessoa com problemas decorrentes do uso de substância psicoativa, quando passa a desenvolver a percepção dos prejuízos causados, enfrenta várias dificuldades que o limitam de recorrer aos serviços de saúde. Estudo realizado por Vargas, Oliveira e Araújo (2009), corroborou os achados que se referem à resistência do alcoolista em procurar um serviço de saúde, e queixar-se de problemas decorrentes do uso de álcool. Os autores relataram que estas pessoas adentram a Rede de Atenção à Saúde por meio da consulta na clínica médica, podendo-se inferir que existe uma relação implícita entre uso de álcool e doenças crônicas como hipertensão e diabetes. Este fato se constitui em um problema, uma vez que estudos já citados apontam a demora para iniciar o tratamento e os

danos que tal fato pode ocasionar, tanto no comprometimento de órgãos e sistemas, quanto nos prejuízos sociais.

Alguns outros fatores limitantes ainda foram descritos em relação ao **estímulo ao consumo de álcool**, com destaque para a alta oferta, incluindo-se o papel da propaganda e o fácil acesso às bebidas alcoólicas. Tais problemas encontram sustentação em Duailibi, Vieira e Laranjeira (2010) que consideram a disponibilidade como uma variável expressiva para o consumo da substância, e pode ser classificada em 3 tipos: 1) no âmbito econômico, referente ao preço pago para adquirir a bebida. Laranjeira e Romano (2004) afirmam que o álcool, assim como outros produtos, está sujeito ao princípio da oferta e da procura, uma vez que a redução do preço resulta na elevação do consumo, confirmando o problema, pois a bebida alcoólica, no Brasil, tem preço acessível; 2) no âmbito comercial, refere-se à facilidade das condições de acesso ao álcool, devido à alta concentração de pontos de venda (formais e informais), que comercializam o produto sem critérios de restrição. Um dado apontado nas entrevistas, associado à problemática foi o número expressivo de bares no município, em especial, nas áreas rurais. 3) no âmbito social, refere-se à possibilidade de acesso ao álcool por contatos sociais como amigos e familiares. Este fator se torna um problema, especialmente para menores de idade, que não podem adquirir bebidas alcoólicas formalmente, mas têm acesso por meio dos contatos.

A propaganda, citada como fator desfavorável busca atrair novos usuários, principalmente adolescentes do sexo masculino (VENDRAME et al., 2009; PINSKY; FRAGOSO, 2011; FARIA et al., 2011), além de manter cativos os que já são consumidores. O mais preocupante nesta questão se refere ao fato de a mesma não somente estimular o consumo, mas objetivar, de forma implícita, promover a tolerância quanto ao uso de bebidas alcoólicas (DUALIBI; VIEIRA; LARANJEIRA, 2011). Revisão da literatura internacional sobre a temática realizada por Pinsky e Jundi (2008) aponta algumas questões importantes, dentre elas ressalta-se: o ser humano não é livre das influências do meio e o seu comportamento pode ser modificado através da exposição a estímulos visuais associados ao apelo emocional que provocam alterações sensoriais e motoras (FARIA et al., 2011).

Estes autores ainda assinalam que, no Brasil, a propaganda se torna um problema, pois, além da carência de políticas públicas consolidadas nos municípios visando à prevenção, inexistem mecanismos eficientes de avaliação e controle da publicidade sobre álcool. No referente às publicidades de bebidas com teor alcoólico, existe o Conselho Nacional de Auto-Regulamentação Publicitária (CONAR), criado por publicitários, considerado órgão não governamental de comunicação entre anunciantes, agências de

publicidade e consumidores. Porém, observa-se que ainda há uma deficiência no processo de controle e fiscalização deste órgão diante das medidas governamentais de comunicação em massa. Apesar de a propaganda ainda ser um mecanismo eficaz de persuasão das pessoas para o consumo de álcool, há necessidade de se atentar para um discurso ideológico de responsabilizar somente o consumidor por suas decisões e escolhas, ausentando o poder público e as indústrias de bebidas alcoólicas pelos danos à saúde da população (PINSKY; PAVARINI FILHO, 2007).

Entretanto, pode-se verificar que a Política Nacional sobre o Álcool propõe medidas para intervir nas referidas dificuldades. Dentre elas destacam-se: o estímulo e fomento de medidas que restrinjam os pontos de venda (espacial e temporalmente) e de consumo de bebidas alcoólicas, com atenção especial aos contextos de maior vulnerabilidade às situações de violência e danos sociais; incentivo, regulamentação, monitoramento e a fiscalização da propaganda e publicidade de bebidas alcoólicas, de forma a proteger segmentos “vulneráveis ao consumo de álcool em face ao hiato existente entre as práticas de comunicação e a realidade epidemiológica evidenciada no país” (BRASIL, 2007, p.3). Porém, pode-se verificar uma distância entre as propostas e a realidade apresentada, o que sugere a necessidade de maiores investimentos nesta área.

Finalmente, torna-se importante considerar, frente ao apresentado nesta categoria que o município estudado encontra-se em processo de transformação das políticas públicas da saúde e, em especial, da saúde mental, incluindo-se a problemática do álcool. Ao analisar a percepção dos gestores municipais e traçar um paralelo com as políticas que contemplam os pressupostos da Reforma Psiquiátrica e a atenção ao uso problemático de álcool no Brasil, constata-se que os gestores fizeram referência a várias estratégias contempladas nas políticas públicas sobre Saúde Mental, Atenção Básica e a problemática do álcool. Por outro lado, pode-se inferir, frente ao exposto, que eles reconheceram muitos desafios a serem enfrentados, com necessidade de se aprimorar as propostas para implementar um Programa direcionado para a temática no município, que possibilite a efetivação das diretrizes apresentadas.

Na **categoria temática 4**, foram apresentadas as expectativas e sugestões dos gestores para o enfrentamento da problemática do álcool. As propostas apontaram para a **necessidade de priorizar esta temática**, frente à dificuldade histórica do Governo em assumir essa responsabilidade.

Várias expectativas emergiram da inquietação dos gestores frente ao longo período de negligência dos governos, em todos os níveis, em relação à questão do álcool. A

referida situação de abandono encontra sustentação em pesquisas e documentos que evidenciam a dificuldade do poder público em se apropriar desta responsabilidade (BRASIL, 2002b; BRASIL, 2005; FARIA; SCHNEIDER, 2009; VIEIRA, et al., 2010). Porém, deve-se ressaltar que, na última década, o Estado apresentou várias políticas públicas que visaram ao enfrentamento desta problemática (BRASIL, 2002b; BRASIL 2003; BRASIL, 2004c; BRASIL, 2005; BRASIL, 2007; BRASIL 2010a). Falcão e Rangel (2010, p.3434) afirmam que o “Congresso Nacional tem se destacado como uma arena de debate e tomada de decisão em relação à questão”.

Os depoimentos deste estudo mostraram que o município tem vivenciado um processo de mudanças delineadas pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica e esta realidade é percebida também em outros municípios. Assim, constata-se que as estratégias propostas nas recentes políticas públicas que abordam a questão do álcool encontram-se em fase de implantação no país, porém o avanço das ações está relacionado ao interesse dos gestores em priorizar as questões de saúde mental.

A expectativa pungente de mobilização pública percebidas pelos gestores encontra resposta no decreto nº 6.117/2007 que determina:

Art. 3º Os órgãos e entidades da administração pública federal deverão considerar em seus planejamentos as ações de governo para reduzir e prevenir os danos à saúde e à vida, bem como as situações de violência e criminalidade associadas ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas na população brasileira (BRASIL, 2007, p.1).

Considerando que as entrevistas foram realizadas anteriormente à campanha eleitoral no ano 2010, os gestores enfatizaram as promessas de enfrentamento às questões relacionadas ao uso de álcool e outras drogas divulgadas pelos candidatos, demonstrando uma grande expectativa no cumprimento das mesmas. Esta abordagem da problemática do álcool em campanhas eleitorais está relacionada ao processo de transformação em curso, no qual toda a sociedade brasileira está inserida. A relevância da temática ganha cada vez mais visibilidade, sendo utilizada até mesmo como base de projeto eleitoral.

A Política Nacional sobre o Álcool enfatiza, em suas diretrizes e conjunto de medidas, o papel de destaque do Governo com a colaboração da sociedade visando à proteção da população quanto ao consumo de álcool, com base em estratégias de redução e prevenção dos danos à saúde e à vida. (BRASIL, 2007).

Os gestores também atribuíram ao Estado a responsabilidade de divulgar as ações de enfrentamento e os prejuízos decorrentes do uso abusivo de álcool, através da utilização dos meios de comunicação. Segundo Sanchez et al. (2010), a disponibilidade de informação sobre o álcool e seus danos, principalmente entre os adolescentes, constituiu-se em uma das estratégias a serem abordadas em um programa de prevenção. A propaganda, ressaltada anteriormente como um recurso negativo largamente utilizado pelas companhias produtoras de bebidas alcoólicas, foi reconhecida como ferramenta com potencial também para divulgar os prejuízos decorrentes do uso abusivo desta substância.

No referente à propaganda, há estudos que discutem a relação custo-efetividade dessa estratégia na regulação da promoção do consumo de bebidas alcoólicas. Duailib, Vieira e Laranjeira (2010) confirmam que proibir a propaganda de bebidas alcoólicas é uma medida de baixo custo e que tem impacto direto na redução do consumo, portanto, uma estratégia positiva. Porém, a utilização da propaganda educativa como prevenção ao uso de álcool, tem se mostrado uma alternativa de baixa efetividade e com alto custo, o que se opõe à percepção identificada neste estudo. “Mesmo que houvesse recursos para a produção de propaganda educativa à altura da publicidade da indústria, seu custo seria tão elevado que deixaria de ser compensador” (LARANJEIRA; ROMANO, 2004, p. 75).

A Política Nacional sobre o Álcool apresenta várias propostas educativas para o enfrentamento da problemática, dentre elas, a utilização de ferramentas de comunicação para informar a população. O texto expõe:

Anexo 1, II- 2. O acesso e recebimento de informações sobre os efeitos do uso prejudicial de álcool e sobre a possibilidade de modificação dos padrões de consumo, e de orientações voltadas para o seu uso responsável, é direito de todos os consumidores (BRASIL, 2007, p. 2).

Anexo I, IV- 10. Promover ações de comunicação, educação e informação relativas às consequências do uso do álcool (BRASIL, 2007, p. 3).

Anexo II, 4.1 Apoiar o desenvolvimento de campanha de comunicação permanente, utilizando diferentes meios de comunicação, como, mídia eletrônica, impressa, cinematográfico, radiofônico e televisivo nos eixos temáticos sobre álcool e trânsito, venda de álcool para menores, álcool e violência doméstica, álcool e agravos à saúde, álcool e homicídio, álcool e acidentes (BRASIL, 2007, p. 4).

Observa-se que a política não trata pontualmente da utilização de propaganda para intervir na problemática. As ações educativas fazem parte de um programa abrangente de intervenção que, segundo Laranjeira e Romano (2004), garante a efetividade das ações. Portanto, quando o gestor fala na utilização de estratégias educativas, deve estar atento à necessidade de utilizá-las como ferramenta de sustentação do desenvolvimento das ações.

Além de manifestarem as expectativas frente ao posicionamento das autoridades públicas, os gestores propuseram um conjunto de medidas **relacionadas à gestão pública municipal de saúde**, que se aproximam dos pressupostos das políticas públicas atuais e apresentam potencial para compor uma política pública municipal relacionada ao álcool.

Os entrevistados pontuaram que a implementação de ações deve ser um dos itens contidos em um Plano Municipal para enfrentamento desta problemática. Tal planejamento deve contemplar a avaliação como recurso transversal, presente em todas as fases do processo de formulação e implantação das ações, e a utilização de protocolos deve ser prevista para orientar as práticas dos trabalhadores.

Gonçalves e Tavares (2007, p. 590) corroboraram o exposto ao afirmarem que a falta de um planejamento voltado exclusivamente para atenção aos usuários de álcool e outras drogas, resulta na “heterogeneidade e falta de continuidade das ações”. Os autores afirmaram que a utilização de protocolos favorece o acompanhamento da evolução e avaliação das práticas desenvolvidas junto ao usuário de álcool e outras drogas, o que proporciona melhoria na qualidade da assistência prestada. A proposta de formular um programa que contemple a avaliação contínua das ações relacionadas ao álcool está em acordo com o item 20, das diretrizes da Política Nacional sobre o Álcool, que pontua a necessidade de “criar mecanismos que permitam a avaliação do impacto das ações propostas e implementadas pelos executores desta Política” (BRASIL, 2007, p. 3).

Verifica-se que o planejamento proposto pelos entrevistados visa, prioritariamente, ao desenvolvimento de ações de prevenção. Segundo Cartana et al. (2004), a eficácia das ações preventivas está relacionada à formulação de um plano que contemple as especificidades do público para o qual se direciona.

Os gestores concentraram o foco da prevenção nas crianças, adolescentes e ambiente escolar, sintonizando com a 17ª diretriz apresentada na Política Nacional sobre o Álcool que aponta o estímulo à “inclusão de ações de prevenção ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas nas instituições de ensino, em especial nos níveis fundamental e médio” (BRASIL, 2007, p.3). Laranjeira e Romano (2004) destacaram que intervenções preventivas na faixa

etária entre 10 e 15 anos são consideradas de maior efetividade. Estes autores se fundamentaram em evidências científicas para comporem uma relação de medidas de prevenção para escolares, dentre as quais destaca-se a necessidade de formulação de programas que perpassem os diferentes domínios da vida (individual, grupal, escolar, familiar, comunitário e social), bem como a inserção dos pais e da comunidade nestas ações. Também foi salientado que a interatividade deve ser priorizada em detrimento do formato tradicional de educação.

Estes autores ainda afirmaram que, para a efetividade das abordagens educacionais, torna-se necessário que elas ofereçam sustentação a outras medidas, e todas estas estratégias devem estar inseridas num programa amplo de prevenção (LARANJEIRA; ROMANO, 2004).

As expectativas dos gestores, em relação à gestão pública municipal de saúde, incluíram ações para capacitar os trabalhadores da saúde e valorizar os recursos da atenção básica. Em categoria anterior, os entrevistados revelaram as dificuldades relacionadas às práticas de atenção à problemática sem o conhecimento necessário. Por isto, colocaram como sugestão que a Secretaria Municipal de Saúde oferecesse treinamentos para que os trabalhadores da APS pudessem atender com segurança as pessoas que fazem uso prejudicial de álcool. Ao rever as políticas públicas da última década, observa-se a preocupação em promover a capacitação dos trabalhadores para lidarem com essa demanda.

O relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida em 2001, ressalta que a consolidação de uma política nacional de saúde mental coerente com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica só será possível mediante a valorização dos trabalhadores, o que inclui disponibilizar capacitação para atender às especificidades da demanda (BRASIL, 2002a).

A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas enfatiza a “necessidade imperiosa de capacitação” e formação de trabalhadores que prestam cuidado direto às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. Os treinamentos devem ser oferecidos aos profissionais do CAPS ad, a todos os trabalhadores das unidades da APS e em hospitais que mantenham leitos de internação de curta duração, por se tratar de uma rede integrada de cuidados. O desenvolvimento de capacitações sob a perspectiva multiprofissional também foi ressaltada neste documento (BRASIL, 2004b, p.29).

A Política Nacional da Atenção Básica, dentre seus fundamentos, inclui a valorização do profissional por meio da oferta de estímulos e de formação e capacitação

permanentes. A necessidade de estimular e viabilizar ações de educação permanentes foi contemplada dentre as responsabilidades da gestão pública municipal (BRASIL, 2006a).

A Política Nacional de Saúde Mental no Brasil aponta para a formação de recursos humanos como um dos principais desafios para a consolidação da Reforma Psiquiátrica e esta, exige cada vez mais habilidades fundamentadas no aprimoramento técnico e teórico (BRASIL, 2005).

A Política Nacional sobre o Álcool prevê, em suas diretrizes, a promoção de programas para capacitar os trabalhadores de saúde, e preconiza as especificidades para atuar na rede de cuidado integral aos usuários de álcool no SUS (BRASIL, 2007).

Ao se considerar a relevância da inserção das ações de saúde mental na atenção básica, deve-se salientar que a atual Política Nacional da Atenção Básica, ano 2011, apresenta a necessidade de transformação permanente, imposta pelo redirecionamento do modelo de atenção. Para tanto, os trabalhadores devem utilizar conhecimentos e habilidades com autonomia para que suas práticas sejam transformadoras. O texto exalta a utilização da Educação Permanente não apenas como recurso pedagógico, mas como estratégia de gestão com potencial para desencadear mudanças (BRASIL, 2011b).

A breve revisão das políticas foi apresentada com o intuito de destacar a importância que tais documentos dispensaram à capacitação dos trabalhadores de saúde, que atuam na APS e à atenção às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool. Observa-se que a expectativa dos entrevistados em relação aos treinamentos é pertinente, visto que não foi identificada a efetividade dessas ações no município.

A inclusão da atenção à saúde mental nas unidades da APS gerou demandas complexas para os trabalhadores. Uma proposta para consolidar a reestruturação da Rede de Atenção à Saúde foi a criação de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no município. Este recurso não se constitui como porta de entrada para o sistema de saúde, porém deve atuar integrado às ações das unidades da ESF. O objetivo da criação do NASF consiste em:

Art. 2º Ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica (BRASIL, 2008b, p.47).

O referido documento também reconhece a gravidade da problemática de saúde mental e as necessidades da área, quando aponta:

Art. 4º § 2º Tendo em vista a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais, recomenda-se que cada Núcleo de Apoio à Saúde da Família conte com pelo menos 1 (um) profissional da área de saúde mental (BRASIL, 2008b, p. 47).

Ao apoiar as unidades da atenção básica em seu papel de gestão do cuidado no âmbito SUS, os NASFs devem buscar instituir a plena integralidade no cuidado do usuário SUS. Esta equipe deve ser composta por, no mínimo, 5 profissionais (NASF 1) ou 3 profissionais (NASF 2) de nível superior, em ocupações não coincidentes (BRASIL, 2008b).

Neste sistema, preconiza-se que as equipes do NASF conheçam o território e participem do planejamento e organização das ações com vistas à articulação entre os dispositivos da comunidade para alcançar maior nível de resolubilidade dos problemas. Porém, a referência das famílias cadastradas continua sendo a equipe de Saúde da Família. A responsabilização compartilhada dos casos entre NASF e equipes da ESF, ocorre através de ações transdisciplinares, que estão acima da fragmentação da disciplinaridade e da interdisciplinaridade, o que possibilita a interação dos conhecimentos, sem as barreiras impostas pelas disciplinas (BRASIL, 2008b; SEVERO; SEMINOTTI, 2010; BRASIL, 2011b).

O Apoio Matricial (AM) é um arranjo organizacional de atenção à saúde e também se constitui em elemento chave para a consolidação do cuidado integral, devido à sua capacidade de articular os recursos da comunidade. Os gestores demonstraram grande expectativa em relação ao fortalecimento desta estratégia de forma a desempenhar efetivamente seu papel de suporte técnico no compartilhamento dos casos (BRASIL, 2005). Compreende-se esta expectativa dos gestores, uma vez que reconheceram, anteriormente, suas limitações para lidar com a problemática do álcool.

O desenvolvimento de ações intersetoriais é um tema presente, tanto na política de saúde mental, com vistas à efetivação da Reforma Psiquiátrica, quanto na Política Nacional da Atenção Básica, que preconiza o desenvolvimento das ações no âmbito SUS, dentro de uma rede articulada (BRASIL, 2005; BRASIL, 2011b). Observa-se que o matriciamento enfraquecido impacta negativamente a consolidação da intersetorialidade. Esta integração dinâmica e resolutiva entre projetos e redes de apoio social, voltados para o desenvolvimento do cuidado integral, foi apontada como um desafio a ser vencido.

Os gestores propuseram, também, que a prática do acolhimento seja aprimorada para atender às especificidades dos casos de uso prejudicial de álcool. Segundo Lancetti e Amarante (2009), o acolhimento é um dispositivo comum à saúde e à saúde mental e consiste na escuta do usuário que chega ao serviço. A Política Nacional da Atenção Básica pontua que, para uma assistência resolutiva nas unidades básicas de saúde, o acolhimento deve abranger a escuta qualificada, a classificação de risco, avaliação de necessidades e vulnerabilidades (BRASIL, 2011b). Estudo realizado por Nóbrega e Oliveira (2005) com mulheres alcoolistas, revela que o acolhimento e o respeito são fatores fundamentais para que a pessoa que faz uso abusivo de álcool aceite ingressar e se manter no tratamento, pois a abordagem é livre de preconceitos, o que leva o usuário a desenvolver confiança no serviço.

Além das propostas já apresentadas, os gestores também manifestaram expectativa sobre a criação de novos leitos para internação, inclusive para desintoxicação. Dentre os avanços decorrentes do processo de Reforma Psiquiátrica, comemora-se a redução do número de leitos para internação em hospitais psiquiátricos. A proposta de ampliar a estratégia de internação de longa duração em instituições psiquiátricas contraria as diretrizes da política de saúde mental e das políticas públicas que abordam a problemática do álcool, e preconizam a reinserção social da pessoa com problemas em se relacionar com a bebida (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2007).

A Política Nacional sobre o Álcool enfatiza a necessidade de “ampliar e fortalecer as redes locais de atenção integral às pessoas que apresentam problemas decorrentes do consumo de bebidas alcoólicas, no âmbito do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2007, p.2).

Atualmente, as políticas públicas de saúde mental e de álcool e outras drogas têm demandado recursos financeiros e ofertas de serviços que possibilitem um cuidado contínuo aos usuários de substâncias psicoativas. Dentre os recursos considerados importantes destacam-se os leitos de atenção integral inseridos e articulados à rede de atenção à saúde do SUS, que se constituem em leitos em hospitais gerais, bem como em serviços hospitalares de referência ao usuário de álcool e outras drogas, leitos de CAPS ad de 24 horas e os das Casas de Acolhimento Transitório (BRASIL, 2010d).

Frente às declarações anteriores de que a prática de internação foi utilizada expressivamente no município, é compreensível que este pensamento ainda influencie o delineamento das práticas. Porém, o relatório da III Conferência de Saúde Mental apresenta, dentre seus princípios e diretrizes, a necessidade de garantir às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool atendimento humanizado, dentro da rede de serviços públicos que

incluem leitos de atenção integral, evitando-se assim as internações em hospitais psiquiátricos. Observa-se que as propostas e expectativas apresentadas pelos entrevistados, estão de acordo com as políticas que orientam a reformulação do modelo de atenção à saúde mental. À luz de documentos recentes, percebeu-se que as sugestões podem ser utilizadas para formulação de uma política municipal sobre o álcool. A referência à necessidade de formulação de um programa que contemple planejamento e avaliação demonstra a preocupação não só com a implantação, mas também com a continuidade das ações. É necessário salientar que outras medidas importantes não foram apontadas e devem compor um programa de atenção à problemática do álcool. Porém, temas essenciais tais como prevenção, informação, treinamento para os trabalhadores, acolhimento, matriciamento e intersetorialidade foram contemplados, o que dá indícios de que o grupo de gestores está sensibilizado para a temática, um fator importante para se consolidar a sistematização das ações.

4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreender a atual proposta para atenção às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool é uma tarefa que demanda conhecimento do processo de transformações desencadeado pela Reforma Psiquiátrica brasileira. Neste contexto, a última década foi marcada pela consolidação de conquistas significativas mediante a implantação de programas e políticas públicas que visam ao cuidado integral pautado na reabilitação psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico, que inclui àquelas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas.

O modelo de atenção tradicional, que supervaloriza o saber médico em detrimento de outros saberes, prioriza a institucionalização, desenvolve práticas de exclusão social e anula a identidade dessas pessoas, foi alvo de questionamentos o que motivou o processo de desinstitucionalização em várias partes do mundo e, em especial, no Brasil. Embora ainda exerça forte influência na atenção à saúde mental, o modelo psiquiátrico tem sido, paulatinamente, entre avanços e retrocessos, substituído por uma nova forma de cuidar que valoriza o ser humano, suas necessidades, a inserção social e a construção da cidadania da pessoa em sofrimento psíquico, com o objetivo de oferecer uma atenção integral, que valorize a articulação dos serviços de saúde e outros dispositivos da própria comunidade.

A realização deste estudo revelou as percepções dos gestores sobre possibilidades e limites para a implantação de ações direcionadas à problemática do álcool na atenção básica em um município do interior paulista. Todo o processo de reflexão e análise foi fundamentado no arcabouço teórico da Reforma Psiquiátrica e das políticas públicas que contemplam medidas para o enfrentamento dos problemas decorrentes do consumo desta substância, em especial, a Política Nacional sobre o Álcool.

O confronto entre a realidade vivenciada pelos gestores no município e as propostas contidas em documentos oficiais do Estado possibilitou afirmar a existência de uma lacuna entre a formulação de programas e o potencial para sua implementação no contexto onde essas práticas se desenvolvem. A imersão no universo das falas e o agrupamento dos dados em categorias temáticas possibilitou a identificação de quatro eixos fundamentais que apontam, ao final, para a necessidade de estruturação de um programa efetivo no município, e das seguintes temáticas: a percepção dos gestores sobre a Síndrome da Dependência do Álcool, as potencialidades e fragilidades do município e algumas propostas de ações.

Ao refletir sobre as percepções dos gestores referente ao alcoolismo constatou-se a forte influência do modelo de doença uma vez que a maioria dos entrevistados referiu ao

alcoolismo como uma doença sem fazer, entretanto, associação ao caráter sindrômico, portanto, suas determinações que se processam no decorrer da vida. Ressalta-se que a percepção desta condição como estática pode influenciar na tomada de decisão para o tratamento e levar à valorização da intervenção médica e medicamentosa. Nesse sentido salienta-se a importância de utilizar critérios específicos na formulação do diagnóstico a partir do qual deve ser elaborado um projeto terapêutico adequado ao padrão de consumo da pessoa.

Os gestores se referiram ao uso prejudicial do álcool como um problema social o que confirma dados estatísticos alarmantes já apresentados neste estudo. Considera-se esta percepção do problema, com impacto social, muito oportuna, principalmente, em se tratando de um grupo de gestores, pois se pressupõem que estes sujeitos sejam mentores, em potencial, de estratégias de enfrentamento para a problemática.

A análise dos fatores considerados como favoráveis para a implementação de um programa de atenção integral revelou que, na percepção dos gestores, o município possui muitos recursos para além da rede de serviços da saúde, com potencial para incrementar uma rede de cuidados à SDA. Assim, identificaram alguns recursos da rede social de apoio, reconhecidos como importantes, que já têm desempenhado o papel de suporte social à problemática como a irmandade Alcoólicos Anônimos, o Conselho Municipal Antidrogas e as lideranças religiosas. Esta concepção da atenção compartilhada entre vários dispositivos da comunidade com os serviços de saúde alinha-se com as diretrizes da Política Nacional sobre Álcool.

Verificou-se que o CAPS ad foi o primeiro serviço a ser implantado no município com a proposta de uma nova forma de cuidar para usuários de álcool e outras drogas. Os gestores apontaram sua inserção na comunidade, sob a formação de parcerias e ações articuladas, com foco na reabilitação psicossocial o que, entretanto, contrastou com a realidade da atenção no município, altamente influenciada pelas concepções/práticas nos moldes manicomial. O CAPS ad também foi reconhecido pelos gestores por sua capacidade de articulação com as unidades da atenção básica. Frente a estes dados torna-se possível inferir que este serviço tem buscado assumir o seu papel de substitutivo ao hospital, com a responsabilidade de coordenar, dentro de um território pré-definido a atenção à problemática do álcool.

Os gestores também consideraram o município privilegiado no que diz respeito ao apoio que a gestão pública de saúde dispensa ao desenvolvimento das ações em saúde mental fato que tem possibilitado avanços em direção aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica. Identificaram a intervenção de maior impacto, além da criação do CAPS ad a

descentralização da atenção à saúde mental, com a possibilidade de compartilhar o gerenciamento dos casos com as unidades da atenção básica. Entretanto, reconheceram que a reestruturação da Rede de Atenção à Saúde vem desencadeando mudanças que foram consideradas como positivas, mas que também, evidenciou fragilidades. A primeira delas, a própria inclusão do cuidado às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool nas UBSs e USFs que, tendo em vista ser uma proposta recente, encontra-se em processo de consolidação no município. Esta estratégia de descentralização gerou uma nova demanda para os trabalhadores das unidades da APS. Lidar com a complexidade do sofrimento psíquico requer uma atualização do conjunto de saberes e práticas e os próprios gestores admitiram a falta de capacitação para atender esta clientela.

Verificou-se também que, para minimizar os prejuízos desta limitação, os gestores apontaram a implantação de outras ações e estratégias favoráveis tais como: a contratação de um psicólogo para compor a equipe da atenção básica e a utilização do Apoio Matricial. Porém, reconheceram que, até mesmo as equipes de matriciamento encontram-se pouco fortalecidas para conduzir as discussões, o que acentua a insegurança dos trabalhadores na tomada de decisões. Esta falta de preparo se reflete na postura dos trabalhadores no cuidado ao alcoolista, o que foi apontado como resultando, ainda, em práticas permeadas pelo preconceito e pelo processo de estigmatização. Ressalta-se que a forma como o trabalhador acolhe a pessoa com problemas decorrentes do uso abusivo de álcool influencia a decisão de adesão e continuidade do tratamento pelo usuário do serviço, o que fortalece a necessidade de promover a educação permanente para os trabalhadores na temática.

Os gestores apontaram limitações na rede de atenção à saúde que têm gerado outras dificuldades. Embora tenham sido relatadas as práticas articuladas do CAPS ad com as unidades da APS, uma das dificuldades identificadas foi a inexpressiva articulação entre a Secretaria Municipal de Saúde e outros setores públicos ou segmentos sociais. Assim, reconheceram que a intersetorialidade, fundamental para a consolidação deste novo modelo, não é desenvolvida em sua total potencialidade o que compromete o cuidado integral.

Frente aos limites os gestores propuseram um conjunto de expectativas e sugestões para a consolidação do processo de cuidado integral à problemática no município que visaram intervir nas dificuldades apontadas. Dentre elas, pode-se considerar como as mais relevantes para a reconstrução do modelo, o desenvolvimento de ações planejadas e avaliadas com a implantação de práticas fundamentadas em protocolos de atenção e a capacitação dos trabalhadores.

Em relação aos protocolos, sugere-se que os mesmos contemplem a utilização de testes de rastreamento do padrão de consumo de álcool, evitando a formulação de diagnóstico baseado somente em sinais e sintomas e sim, fundamentado na análise do histórico de vida, associado às manifestações clínicas. A utilização destes instrumentos também torna o trabalhador mais confiante na abordagem e tomada de decisão na atenção ao alcoolista. Apesar de estudos comprovarem a efetividade das Intervenções Breves, em nenhum momento, os gestores fizeram referência a esta estratégia o que sugere o seu total desconhecimento e reforça a necessidade de uma política de formação que abarque a temática no município.

Esta fragilidade fica ainda mais evidente uma vez que, da análise criteriosa das entrevistas, constatou-se que o conceito de Redução de Danos se encontra presente no imaginário de apenas dois gestores. Assim torna-se necessário reafirmar que, para a consolidação da proposta de implantação de uma nova forma de cuidar das pessoas que fazem uso prejudicial de álcool, há necessidade desta estratégia permear o pensamento e as ações de todos gestores de serviços que prestam cuidado a pessoas que fazem uso prejudicial de álcool.

Finalmente deve-se ressaltar que foi possível constatar que o município tem vivenciado um processo de mudanças no cuidado à pessoa que faz uso prejudicial de álcool, aproximando-se dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica e das diretrizes da Política Nacional sobre o Álcool. Porém, pode-se afirmar que a implantação das ações esbarra em limitações de ordem cultural, histórica, estrutural, social e política. Assim, as práticas desenvolvidas encontram-se inseridas num campo de tensão, onde ainda coexistem dois modelos: o psicossocial e o tradicional. Isso limita o avanço das ações baseadas nos atuais programas e políticas públicas que tratam da problemática do álcool.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACAUAN, L.; DONATO, M. DOMINGOS, A.M. Alcoolismo: um novo desafio para o enfermeiro. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**, v.12, n.3, p. 566-570, set. 2008.

AMARANTE, P. Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Ano I, v.1, p.61-77, jul./out., 1994.

AMARANTE, P. Novos Sujeitos, Novos Direitos: o debate em torno da Reforma Psiquiátrica. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p. 491-494, jul/set, 1995.

AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p. 491-494, jul./set., 1995.

AMARANTE, P. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996.

AMARANTE, P. Loucura e ação cultural: desinstitucionalização psiquiátrica no Brasil. In **Anais 49º CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM**; Belo Horizonte: ABEN/MG, 1997 p. 289-308.

AMARANTE, P. A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (Coord.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU, 2003. p. 45-65.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

AMATO, T.C. et al. Uso de bebida alcoólica, religião e outras características sociodemográficas em pacientes da atenção primária à saúde – Juiz de Fora, MG, Brasil – 2006. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 2, p.1-17, abr. 2006.

ANDRADE, L.O.M; BARRETO, I.C.H.C.; BEZERRA, R.C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2009. p. 783-836. (Saúde em Debate; v. 170).

ANDRADE T.M. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.12, dez. 2011. p.4665-4674.

ANDRADE, T. M.; ESPINHEIRA, C.G. D. A presença das bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas na cultura brasileira. In: ANDRADE, T. M. (Coord.). **O uso de substâncias psicoativas no Brasil**: epidemiologia, legislação, políticas públicas e fatores culturais. Brasília: Secretária Nacional Antidrogas, 2006. (Supera; 1).

ARONA, E.C. Implantação do matriciamento nos serviços de saúde de Capivari. **Saúde e Sociedade**, v.18, supl.1, 2009.

BABOR, T.F. et. al. **AUDIT-The Alcohol Use Disorders Identification Test:** guidelines for use in primary care. World Health Organization; Department of Mental Health and Substance Dependence. 2001. 41p.

BABOR, T.F. et. al. **AUDIT:** teste para identificação de problemas de álcool – roteiro para uso em atenção primária. Ribeirão Preto: PAI-PAD, 2003. 44 p.

BABOR, T.F., HIGGINS-BIDDLE, J.C. **Brief intervention for hazardous and harmful drinking.** Geneva: World Health Organization; 2001. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/HQ/2001/WHO_MSD_MSB_01.6b.pdf> Acesso em: 20 mar. 2010.

BANDEIRA, M.; ISHARA, S.; ZUARDI, A. W. Satisfação e sobrecarga de profissionais de saúde mental: validade de construto das escalas SATIS-BR e IMPACTO-BR. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria.**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 4, p. 280-286, 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Portugal: Edições 70, 2008.

BARROS, M. A.; PILLON, S.C. Atitudes dos profissionais do Programa Saúde da Família diante do uso e abuso de drogas. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 655-662, dez. 2007.

BAU, C.H.D. Estado atual e perspectivas da genética e epidemiologia do alcoolismo. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 183-190, 2002.

BERCHERIE, P. **Os fundamentos da clínica:** história e estrutura do saber psiquiátrico. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1989.

BETEGHELLI, P. et al. Sistematização da assistência de enfermagem em um ambulatório de saúde mental. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 07, n. 03, p. 334 - 343, 2005. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_3/original_11.htm> Acesso em: 12 mar. 2012.

BEZERRA JÚNIOR, B. Saúde mental ou psiquiatria. **Anais do 4º Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental e 3º Encontro de Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica;** 1995; Ribeirão Preto; SP. Ribeirão Preto: EERP-USP; 1995.

BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v. 28, n. 3, p. 632-645, set. 2008.

BIEN, T.H.; TONIGAN, J.S. Brief interventions for alcohol problems: a review. **Addiction**, v.88, n.3, p.315-35, Mar. 1993 Disponível < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8461850>>

BONI, R. et al. Os conteúdos álcool e drogas no ensino de enfermagem da UFES: uma análise crítica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 01, 2004. Disponível em <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>> Acesso em: 16 jan. 2012.

BORDIN, S. et al. Álcool. In: FIGLIE, N.B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em dependência química.** São Paulo: Roca, 2010.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8080** 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. Brasília, 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Relatório final da II Conferência Nacional de Saúde Mental** 1992. Brasília, Ministério da Saúde; Coordenação de Saúde Mental, 1994. 119p.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 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. Brasília, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **III Conferência Nacional de Saúde Mental**: caderno informativo. Brasília, Ministério da Saúde, 2001b. (Série D. Reuniões e Conferências; n. 15).

BRASIL. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 3. 2001. **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde, 2002a. 213 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 336/GM**, em 19 de fevereiro de 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental**: 1990-2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

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**. 2.ed. rev. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 64 p.: il. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Álcool e redução de danos**: uma abordagem inovadora para países em transição. 1. ed. em português, ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c. 31p.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documentos base para gestores e trabalhadores do SUS. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Decreto, nº 6.117, de 22 de maio de 2007. Aprova a Política Nacional sobre o álcool e dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 de maio 2007. Seção 1, p. 5.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família** – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde; 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família.- NASF. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, sexta-feira, 25 de janeiro de 2008b. Seção 1, 47p.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**. 3. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: ANS, 2009. 244 p.

BRASIL. **Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas** / Brasília, Presidência da República, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010(a). 106p.

BRASIL. **Livreto informativo sobre drogas psicotrópicas**. Brasília, 2010b. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/enfrentandoocrack/enfrentamento/kit-de-mobilizacao/serie-por-dentro-do-assunto/livreto-sobre-drogas-psicotropicas>> Acesso em: 25 mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**, 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010c. 32 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Abordagens terapêuticas a usuários de cocaína/crack no Sistema Único de Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Temática de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Brasília, 2010d.18p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. CNES-Net **DATASUS**, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, ano 2011(a). Disponível em <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipes.asp> Acesso em 05/09/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM Nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**; Poder Executivo. Brasília, DF, 24 out. 2011b. Seção 1, p.48-55.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM Nº 3088 de 23 de Dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**; Poder Executivo, Brasília, DF, 30 dez. 2011c. Seção 1, p.59-61. Republicada por ter saído, no DOU nº 247, de 26-12-2011, Seção 1, págs. 230/232, com incorreção no original.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Políticas sobre Drogas**. Institucional, Conselhos – Conselhos Municipais de Políticas sobre Drogas (sd). Disponível em <<http://portal.mj.gov.br/senad/data/Pages/>>. Acesso em 11/11/2011.

CAMPOS, G.W.S. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1992.

CAMPOS, E.A. As representações sobre o alcoolismo em uma associação de ex-bebedores: os Alcoólicos Anônimos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1379-1387, set./out., 2004.

CAMPOS, E.A. O alcoolismo é uma doença contagiosa? Representações sobre o contágio e a doença de ex-bebedores. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.10, supl. 1., p. 267-278, 2005.

CARLINI, E. A. et al. Drogas Psicotrópicas: o que são e como agem. **Revista IMESC**, n.3, p. 9-35, 2001.

CARLINI, E. A. et al. **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**. Brasília: SENAD, 2002. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Relatorios/328379.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2012.

CARLINI, E.A. et al. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país – 2005**. CARLINI, E. A. et al. (Sup.). São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas; UNIFESP, 2006.

CARTANA, M.H.F. et al. Prevenção do uso de substâncias psicoativas. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.13, n.2, p. 286-289, abr/jun, 2004.

CORRADI-WEBSTER, C. M et al. Capacitação de profissionais do programa de saúde da família em estratégias de diagnóstico e intervenções breves para o uso problemático de álcool. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 1, n. 1, fev. 2005. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762005000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 08 de março 2012.

COSTA; C.F. Saúde mental: atenção básica - uma relação promissora. **Revista Eletrônica Tempus Actas Saúde Coletiva**, v.4, n.1, p.85-103, 2010.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C.A.; YASUI, S. As Conferências nacionais de saúde mental e as premissas do modo psicossocial. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.25, n.58, p 12-25, maio/ago 2001.

DELGADO, P.G.G. et al. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental - 15 anos depois de Caracas. In: MELLO, M.F.; MELLO, A.A.F; KOHN, R. (Org.). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DELL'ACQUA, G. Trieste veinte años después: de la crítica de las instituciones psiquiátricas a las instituciones de la salud mental. **Psiquiatria Pública**, v.7, n.3, p. 129-142, mayo/junio, 1995.

DIEHL, A.; CORDEIRO, D.C.; LARANJEIRA, R. Álcool. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D.C.; LARANJEIRA, R. (Col.). **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p.129-144.

DIMITROV, P. Chegamos a 2000 d.C., e a saúde para onde vai? **Mundo saúde**; v.24, n.1, p.19-30, jan.-fev. 2000.

DINIZ, S.A.; RUFFINO, M. C. Influência das crenças do enfermeiro na comunicação com o alcoolista. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 4, n. especial, p. 17-23, abril 1996.

DUAILIBI, S.M. **Políticas municipais relacionadas ao álcool: análise da lei de fechamento de bares e outras estratégias comunitárias em Diadema (SP)**. 194f. (Tese) doutorado – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, 2007.

DUAILIBI, S. M.; VIEIRA, D.L.; LARANJEIRA, R. Políticas públicas para o controle de álcool, tabaco e drogas ilícitas. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D.C.; LARANJEIRA, R. (Col.). **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 129-144.

EDWARDS, G.; GROSS, M. Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. **British Medical Journal**, v.1, n. 6017, 1976. Disponível em <p.1058-61. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1639901/?tool=pubmed>> Acesso em: 24 mar. 2012.

ESCOREL, S. (Coord.). **Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros: síntese dos principais resultados**. Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2002.

FALCAO, I.C.L.; RANGEL, M.L. Controle sanitário da propaganda de bebidas alcoólicas no Brasil: estudo dos projetos de lei de 1988 a 2004. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, supl.3, nov. 2010.

FARIA, R. et al. Propaganda de álcool e a associação de consumo de cervejas por adolescentes. **Revista Saúde Pública** v.45, n.3, p. 441-7, 2011.

FARIA, M.G.A.; DAVID, H.M.S.L.; ROCHA, P.R.. Inserção e prática religiosa entre mulheres: Aspectos protetores ao uso de álcool e violência. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**. Ribeirão Preto, v. 7, n. 1, abr. 2011.

FARIA, J. G.; SCHNEIDER, D. R. O perfil dos usuários do Caps-ad-Blumenau e as políticas públicas em saúde mental. **Psicologia & Sociedade**; v.21, n.3, p. 324-333, 2009.

FERNANDES, L. C. L.; MACHADO, R. Z.; ANSCHAU, G. O. Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, supl. 1, p. 1541-1552, 2012. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800028&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 mar. 2012.

FIGLIE, N. et al. Filhos de dependentes químicos com fatores de risco bio-psicossociais: necessitam de um olhar especial? **Revista Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 53-62, 2004.

FIGLIE, N. B.; FONTES, A. Redução de danos: uma alternativa para lidar com o consumo de substâncias psicoativas. In: FIGLIE, N.B.; BORDIN, S; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em dependência química**. São Paulo: Roca, p. 422-444, 2010.

FIGLIE, N.B.; BORDIN,S; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em dependência química**. São Paulo: Roca, 2010.

FIGUEIREDO, M.D.; CAMPOS, R.O. Saúde Mental na atenção à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p. 129-138, 2009.

FILIZOLA, C.L.A. et al. Alcoolismo e família: a vivência de mulheres participantes do grupo de autoajuda Al-Anon. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Rio de Janeiro, v. 58, n. 3, p. 181-186, 2009.

FODRA, R.E.P.; COSTA-ROSA, A. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps ad): análises dos discursos e da prática no contexto da Reforma Psiquiátrica e atenção psicossocial. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 129-139, jan./abr. 2009.

FONTANELLA, B.J.B. et al. Os usuários de álcool, atenção primária à saúde e o que é "perdido na tradução". **Interface**, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 573-585, jun., 2011.

FORTNEY, J. et al. Factors associated with perceived stigma for alcohol use and treatment among at-risk drinkers. **Journal of Behavioral Health Services & Research**, v. 31, n.4, p. 418-429, oct-dec. 2004. Disponível em <<http://www.springerlink.com/content/y8t4672877u57657/>>. Acesso em 25 mar. 2012.

FOULCALT, M. **O nascimento da clínica**. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense- Universitária, 1987.

FURTADO, E.E. Implementação de estratégias de diagnóstico e intervenções breves para problemas relacionados ao álcool em serviços de atenção primária na região de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto: PAI-PAD/FMRP-USP, 2003. **Relatório Técnico PAI-PAD/OMS-Brazil-rp-01/2003**.

GIGLIOTTI, A.; BESSA, M.A. Síndrome de dependência do álcool: critérios diagnósticos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, supl. 1, p. 11-13, 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000500004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 mar. 2012.

GONÇALVES, AM; SENA, RR. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.9, n.2, p.48-55, mar. 2001.

GONÇALVES, S.S.P.M.; TAVARES, C.M.M. Atuação do enfermeiro na atenção ao usuário de álcool e outras drogas nos serviços extra-hospitalares. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**, v.11, n.4, p. 586 – 92, dez. 2007.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 297-305, fev. 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>. Acesso em: 05 set. 2011.

INFRAERO. Empresa Brasileira de Infraestrutura Aeroportuária. **Aeroportos São Paulo: Aeroporto Internacional de Viracopos**. Disponível em: <<http://www.infraero.gov.br/>>. Acesso em: 15 ago. 2011.

JORGE, M.S.B. et al. Alcoolismo nos contextos social e familiar: análise documental à Luz de Pimentel. **Revista RENE**. Fortaleza, v. 8, n. 3, p. 34-43, set./dez. 2007.

KINOSHITA, R.T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: HUCITEC, 2001. p. 55-59.

KODA, M.Y. A construção de sentidos sobre o trabalho em um Núcleo de Atenção Psicossocial. In: AMARANTE, P. (Org.). **Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU, 2003. p. 68-88.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2009. p. 615-634 (Saúde em Debate; v. 170).

LARANJEIRA, R.; NICASTRI, S. Abuso e dependência de álcool e drogas. In: ALMEIDA, O.; DRACU, L., LARANJEIRA, R. **Manual de psiquiatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996. p. 84-89.

LARANJEIRA, R.; ROMANO, M. Consenso brasileiro sobre políticas públicas do álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo. v. 26, supl. 1, p. 68-77, 2004 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000500017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 Apr. 2012.

LARANJEIRA, R. et. al. (Org.). **I Levantamento nacional sobre padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007a. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_padroes_consumo_alcool.pdf> Acesso em: 25 mar. 2012.

LARANJEIRA, R. et al. Triagem e intervenção breve em pacientes alcoolizados atendidos na emergência: perspectivas e desafios. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.23, n.8, p.1753-1762, 2007b.

LARANJEIRA, R. et al. Alcohol use patterns among Brazilian adults. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v.32, n.3, Sept. 2010. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462010000300006&lng=en&nrm=isso> Acesso em 09 Apr. 2012.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia de pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001.

LONGEST, B.B. **Health policymaking in the United States**. Chicago: Health Administration Press, 1998.

LOPES, G.T.; LUIS, M.A.V. A formação do enfermeiro e o fenômeno das drogas no estado do Rio de Janeiro: Brasil: atitudes e crenças. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**; v.13, n. especial, p. 872-879, 2005.

MACHADO, R. et al. **Danação da norma**: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

MACHADO, A.R.; MIRANDA, P.S.C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da justiça à saúde pública. **História, Ciências, Saúde- Manguinhos**; v.14, n.3, p. 801-821, set. 2007.

MAGNABOSCO, M.B.; FORMIGONI, M.L.O.S.; RONZANI, T.M. Avaliação dos padrões de uso de álcool em usuários de serviços de Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora e Rio Pomba (MG). **Revista Brasileira de Epidemiologia**; v.10, n.4, p.637-47, 2007.

MAIA, E. et. al. Alcoolismo sob a ótica de vestibulandos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**; v.22, n.2, p.72-75, 2000.

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS. DSM-IV-TR: texto revisado. Porto Alegre: Artmed; American Psychiatric Association, 2010.

MARLATT G.A. Prevenção de recaída: racionalidade teórica e visão geral do modelo. In: MARLATT, G. A.; GORDON, J. R. (Org.). **Prevenção de recaída**: estratégias e manutenção no tratamento de comportamentos aditivos. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993. p.3-61.

MARQUES, A.C.P.R. O uso do álcool e a evolução do conceito de dependência de álcool e outras drogas e tratamento. **Revista IMESC**, n.3, p. 73-86, 2001.

MARQUES, A.C.P.R.; FURTADO, E.F. Intervenções breves para problemas relacionados ao álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v.26, supl. 1, p. 28-32, maio. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000500008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 mar. 2012.

MARQUES, A.C.P.R.; RIBEIRO, M. **Abordagem geral do usuário de substâncias com potencial de abuso**. Projeto Diretrizes – Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2008. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/001.pdf>. Acesso em: 26 dez. 2011.

MEIRA, S.; ARCOVERDE, M.A.M. Representações sociais dos enfermeiros de Unidades Básicas de um distrito sanitário de Foz de Iguaçu, PR, sobre o alcoolismo. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v.6, n.1, artigo 11, 2010.

Disponível em: <<http://www2.eerp.usp.br/resmad/artigos/SMADv6n1a11.pdf>> . Acesso em: 28 dez. 2011.

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B.J.B.; DEMARZO, M.M.P. Atenção básica e atenção primária à saúde: origens e diferenças conceituais. **Revista APS**. v.1, n.2, p.204-213, abr./jun. 2009. Disponível em: <<http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/307/203>>. Acesso em: 10 jan. 2012.

MELONI, J.N.; LARANJEIRA, R. Custo social e de saúde do consumo do álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, supl.1, p.7-10, 2004.

MESSAS, G.P.; VALLADA, H.P. O papel da genética na dependência do álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.26 supl.1. maio 2004.

MIELK, F.B; OLCHOWSKY, A. Saúde mental na estratégia saúde da família: a avaliação de apoio matricial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n.6, p. 900-7, nov./dez 2010.

MILLANI, H. F. B.; VALENTE, M.L.L.C. O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v.4, n.2, ago. 2008. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762008000200009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 ago. 2011.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINTO E. C. et al. Intervenções breves para o uso abusivo de álcool em atenção primária. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.16, n.3, set. 2007. Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742007000300007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 08 abr. 2012.

MIRANDA, F.A.N. et. al. 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> Acesso em: 25 mar. 2012.

MODESTO, T.N.; SANTOS, D.N. Saúde mental na atenção básica. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.31, n.1, p. 19-24, jan./jun., 2007.

MORETTI-PIRES, R. O.; CORRADI-WEBSTER, C. M. Implementação de intervenções breves para uso problemático de álcool na atenção primária, em um contexto amazônico. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. esp., jun. 2011.

MORETTI-PIRES, R.O.; CORRADI-WEBSTER, C. M.; FURTADO, E. F. Consumo de álcool e atenção primária no interior da Amazônia: sobre a formação de médicos e enfermeiros para assistência integral. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, June, 2011.

MORETTI-PIRES, R. O. et al. Enfermeiro de Saúde da Família na Amazônia: conceitos e manejo na temática do uso de álcool. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, ago. 2011.

NERY FILHO, A.; VALÉRIO, A.L.R. (Org.) **Módulo para capacitação dos profissionais do projeto consultório de rua**. Brasília: SENAD; Salvador: CETAD, 2010. 89 p.

NEVES, H.G.; LUCCHESI, R.; MUNARI, D.B. Saúde mental na atenção primária: necessária constituição de competências. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.63, n.4, p. jul./ago. 2010.

NIEL, M. Aspectos históricos sobre o uso de drogas. In: DIEHL, A. et al. (col.). **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

NOBREGA, M. P.S.S.; OLIVEIRA, E. M. Mulheres usuárias de álcool: análise qualitativa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 816-823, out. 2005.

NOSSO SÃO PAULO (2012). **Portal das cidades de São Paulo**. Disponível em: <http://www.nossosaopaulo.com.br/Reg_10/Reg10> Acesso em: 25 mar. 2012.

NUNES, M.; JUCÁ, V.J.; VALENTIM, C.P.B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2375-2384, out. 2007.

NUNES, E.D. Saúde Coletiva: história recente, passado antigo. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2009, p. 19-39. (Saúde em Debate; v. 170).

OLIVEIRA, G.F.; LUCCHESI, L.B. O discurso sobre o álcool na Revista Brasileira de Enfermagem:1932-2007, **Revista Latino-americana de Enfermagem**, may/jun, 2010. v. 18, n. (special), p. 626-633.

ONOCKO, R.; AMARAL, M. Cândido Ferreira: experimentando uma mudança institucional. In: MERHY, EE; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) - WHO-World Health Organization. Nomenclature and classification of drug and alcohol-related problems: a WHO Memorandum. **Bulletin of the World Health Organization**, v.59, n.2, p.225-45, 1981.

PAZ FILHO, G.J. et al. Emprego do questionário CAGE para detecção de transtornos de uso de álcool em pronto-socorro. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 47, n. 1, mar. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302001000100032&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 Dec. 2011.

PEIXOTO, C. et al. Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas (CAPSad). **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.59, n.4, p.317-321, 2010.

PELUSO, E.T.P.; BLAY, S.L. Public perception of alcohol dependence. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 30, n. 1, mar. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462008000100004&lng=en&nrm=isso>. Acesso em 11 Apr. 2012.

PENA, A. P. S.; GONÇALVES, J.R.L. Assistência de enfermagem aos familiares cuidadores de alcoolistas. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v.6, n.1, 2010. Disponível em <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762010000100010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 11 abr. 2012.

PEREIRA, J. J.; PILLON, S. C. Alcoolismo e Terapia Ocupacional. In: LUIS, M.A.V.; PILLON, S.C. (Org.) **Assistência a usuários de álcool e outras drogas no Estado de São Paulo: uma amostra de serviços e programas**. Ribeirão Preto, FIERP/USP, 2004, 280p.

PERRENOUD, L.O.; RIBEIRO, M. Etiologia dos transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D.C.; LARANJEIRA, R. (Col.). **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p.129-144.

PILLON, S.C., LUIS, M.A.V. Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática da enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.12, n.4, p.676-82, julho-agosto 2004.

PINHO, P. H.; OLIVEIRA, M. A.; ALMEIDA, M. M. A reabilitação psicossocial na atenção aos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas: uma estratégia possível? **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.35, supl. 1, p. 82-88, 2008.

PINHO, P.H. et al. Reabilitação psicossocial dos usuários de álcool e outras drogas: a concepção de profissionais de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.43, n.2 esp., p.1261-6, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a20v43s2.pdf>>. Acesso em: 19 ago. 2010.

PINSKY, I.; PAVARINI FILHO, R.V. A apologia do consumo de bebidas alcoólicas e da velocidade no trânsito no Brasil: considerações sobre a propaganda de dois problemas de saúde pública. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 29, n. 1, Apr. 2007.

PINSKY, I.; JUNDI, S.A.R.J. O impacto da publicidade de bebidas alcoólicas sobre o consumo entre jovens: revisão da literatura internacional. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 30, n. 4, Dez. 2008.

PINSKI, I.; FRAGOSO, N.D. O álcool, a publicidade e propaganda. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D.C.; LARANJEIRA, R. (Col.). **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 243-252.

PINTO, A.T.M.; FERREIRA, A.A.L. Problematizando a Reforma Psiquiátrica Brasileira: a genealogia da reabilitação psicossocial. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 1, p. 27-34, jan./mar. 2010.

PITTA, A.M.F. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 19-26.

RAMOS, S.P; WOITOWITZ, A.B. Da cervejinha com os amigos à dependência de álcool: uma síntese do que sabemos sobre esse percurso. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.26, supl I, p.18-22, 2004.

REBELO, A. David Capistrano da Costa Filho (1948-2000). **Novos Rumos**, ano 16, n.34, p. 54-64, 2001.

REINALDO, A.M.S.; PILLON, S.C. História da enfermagem psiquiátrica e a dependência química no Brasil: atravessando a história para reflexão. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.11, n. 4, p. 688-693, dez. 2007.

REIS, R.; GARCIA, M.L.T. A trajetória de um serviço público em álcool e outras drogas no município de Vitória: o caso do CPTT. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n.6, Rio de Janeiro nov/dez. 2008, p. 1966.

ROCHA, R.M. **Enfermagem em saúde mental**. Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2005. 192 p.

ROCHA, N.S.; FLECK, M.P.A. Avaliação de qualidade de vida e importância dada a espiritualidade/ religiosidade/ crenças pessoais (SRPB) em adultos com e sem problemas crônicos de saúde. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 38, n.1, p. 19-23, 2011.

RODRIGUES, J. T.; ALMEIDA, L. P. Liberdade e compulsão: uma análise da programação dos doze passos dos alcoólicos anônimos. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 7, n. 1, p. 113-120, jun. 2002 .

ROMAGNOLI, R.C. et al. Por uma clínica da resistência: experimentações desinstitucionalizantes em tempos de biopolítica. **Interface Comunicação Saúde Educação**, v.13, n.30, p.199-207, jul./set. 2009.

RONZANI, T.M. et al. Implantação de rotinas de rastreamento do uso de risco de álcool e de uma intervenção breve na atenção primária à saúde: dificuldades a serem superadas **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.3, maio/jun. 2005.

RONZANI, T.M. Padrão de uso de álcool entre pacientes da atenção primária à saúde: estudo comparativo. **Rev. APS**, Rio de Janeiro, v.11, n.2, p.167-171, abr./jun. 2008.

RONZANI, T. M.; FURTADO, E.F. Estigma social sobre o uso de álcool. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 4, p. 326-332, 2010.

ROTELLI, F. et al. **Desinstitucionalização**. São Paulo: HUCITEC, 1990. 112 p.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização: uma outra via. In:

- NICÁCIO, M.F. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 17-59.
- RUDIO, F.V. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. Petrópolis: Vozes, 2003. 144p.
- SANCHEZ, Z.M. et al. O papel da informação como medida preventiva ao uso de drogas entre jovens em situação de risco. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, maio 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000300012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 08 mar. 2012.
- SAMPAIO, J.J.C; et al. O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.12, p.4685-4694, 2011.
- SANT' ANNA, W.T.; FERREIRA, B.S. Grupos de autoajuda no tratamento da dependência química. In: FIGLIE, N.B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. (Org.). **Aconselhamento em dependência química**. São Paulo: Roca, 2010. p.448-478.
- SANTOS, F.S.D.; VERANI, A.C. Alcoolismo e medicina psiquiátrica no Brasil do início do século XX. **História, Ciências e Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.17, supl..2, p. 401-420, dez. 2010.
- SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. 2. ed. Rio de Janeiro (RJ): Te Cora; Instituto Franco Basaglia, 2001.
- SCHOMERUS, G. et al. The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: a review of population studies. **Alcohol and Alcoholism.**, n.46, v.2, p.105-112 Dec. 2010.
- SEVERO, S. B.; SEMINOTTI, N. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.15 supl.1. Rio de Janeiro, jun. 2010.
- SILVA, C.J. Critérios de diagnóstico e classificação. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D.C.; LARANJEIRA, R. (Col.). **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 89-97.
- SILVA, C.J. et al. Álcool. In: FIGLIE, N.B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. (Org.). **Aconselhamento em dependência química**. São Paulo: Roca, 2010. p.31-52.
- SILVEIRA, D.P.; VIEIRA, A. L.S. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 139-148, fev. 2009.
- SILVEIRA, P.S.; RONZANI, T.M. Estigma social e saúde mental: quais as implicações e importância do profissional de saúde? **Revista Brasileira Saúde da Família**, n. 28, jan./abr., 2011.
- SIQUEIRA, M. M. Debate sobre o artigo de Delma Pessanha Neves. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, Feb. 2004. Disponível em <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 Apr. 2012.

SOARES, J.; VARGAS, D.; OLIVEIRA, M.A.F. Atitudes e conhecimentos de profissionais de saúde diante do álcool, alcoolismo e do alcoolista: levantamento da produção científica nos últimos 50 anos. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v.7, n.1., abr. 2011. Disponível em: <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/smad/v7n1/08.pdf>> Acesso em: 28 dez 2011.

SOUZA, A.C.; VIEIRA, F.J. U. A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. **Revista Eletrônica Tempus Actas Saúde Coletiva**, v. 4, n.1, p.105-14, 2010.

SPADINI, L.S.; SOUZA, M.C.B.M. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2006; v.40, n.1, p. 123-7.

TANAKA, O.Y.; RIBEIRO, E.L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.2, p. 477-486, 2009.

TRAD, L.A.B., ROCHA. A.A.R.M. Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.3, p.1969-1980, 2011.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. , 8 ed. São Paulo: Atlas, 1987. 175 p.

VANDERLEI, M.I.G.; ALMEIDA, M.C.P. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p.443-453, 2007.

VARGAS, D. **A construção de uma escala de atitudes frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista**: um estudo psicométrico. Tese (doutorado). Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005.

VARGAS, D.; LABATE, R.C. Atitudes de enfermeiros de hospital geral frente ao uso do álcool e alcoolismo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.59, n.1, p.47-51, 2006.

VARGAS, D.; LUIS, M.A.V. Alcohol, alcoholism and alcohol addicts: conceptions and attitudes of nurses from district basic health centers. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.16, n. spec., p.543-550, aug. 2008.

VARGAS, D.; OLIVEIRA, M.A.F.; ARAÚJO, E.C. Prevalência de dependência alcoólica em serviços de atenção primária à saúde de Bebedouro, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1711-1720, ago. 2009.

VARGAS, D. Versão reduzida da escala de atitudes frente ao álcool, alcoolismo, e ao alcoolista: resultados preliminares. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n.4, p. 918-25, 2011.

VECCHIA, D. M.; MARTINS, S. T. F. Desinstitucionalização dos cuidados à pessoa com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v.13, n.28, p. 151-54, jan./mar. 2009.

VENDRAME, A. et al. Apreciação de propagandas de cerveja por adolescentes: relações com a exposição prévia às mesmas e o consumo de álcool. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.2, p.359-365, fev. 2009.

VIEIRA, J.K.S. et al. Concepção sobre drogas: relatos dos usuários do CAPS-ad, de Campina Grande, PB. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 2, ago. 2010.

WALITZER, K.S.; DERMEN, K.H.; BARRIC, C. Facilitating involvement in Alcoholics Anonymous during outpatient treatment: a randomized clinical trial. **Addiction**, v.104, n.3, p.391-401, Mar. 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **International guide for monitoring alcohol consumption and related harm**. Department of Mental Health and Substance Dependence Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster, 2000. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/who_msd_msb_00.4.pdf> Acesso em: 25 mar. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The world health report 2001. **Mental Health: New Understanding, New Hope**: Lisboa, WHO apr. 2002. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf> Acesso em: 24 Mar. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - ICD 10**. Version: 2010, 10th Revision. Disponível em: <<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/F10-F19>> Acesso em: 24 Mar. 2012.

APÊNDICE A
ROTEIRO DE CARACTERIZAÇÃO DOS GESTORES

LOCAL:

NOME:

IDADE:

SEXO:

ESTADO CIVIL:

FORMAÇÃO:

ANO DE CONCLUSÃO:

TEMPO DE ATIVIDADE NA ÁREA:

ATUAL FUNÇÃO:

VÍNCULO EMPREGATÍCIO:

CARGA HORÁRIA NESTE SERVIÇO:

TRABALHA EM OUTRO LOCAL: () SIM () NÃO

CARGA HORÁRIA EM OUTRO SERVIÇO:

**JÁ TRABALHOU EM INSTITUIÇÕES DE ATENÇÃO AO ALCOOLISMO E
OUTRAS DROGAS?**

OUTROS CURSOS NA ÁREA DE SAÚDE:

**CURSOS/TREINAMENTOS/EVENTOS/ATIVIDADES TÉCNICO-CIENTÍFICAS
(SOBRE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS).**

APÊNDICE B
ROTEIRO DE ENTREVISTA

- 1) Como você percebe o alcoolismo?
- 2) Como você pensa que esta problemática deve ser enfrentada pela rede pública de saúde?
- 3) Quais e como têm sido desenvolvidas as ações de cuidado ao alcoolismo, neste município?
- 4) Quais as dificuldades e/ou fatores desfavoráveis encontrados para a implementação de ações de atenção ao alcoolismo?
- 5) Quais as facilidades e/ou potencialidades do município para a implementação de ações de atenção ao alcoolismo?
- 6) Você poderia contribuir com sugestões para a implantação de ações de cuidado ao alcoolismo, neste município?

APÊNDICE C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

1. Você está sendo convidado para participar da pesquisa “A ATENÇÃO AO USO PROBLEMÁTICO DE ÁLCOOL NA REDE BÁSICA DE SAÚDE PÚBLICA DE UM MUNICÍPIO DO INTERIOR PAULISTA – POSSIBILIDADES E LIMITES NA PERCEPÇÃO DE GESTORES.”
2. Você foi escolhido por ser Gestor: Gestor municipal de Saúde ou Coordenador de Saúde Mental, ou Coordenador da Atenção Básica, ou gestor em Unidade Básica de Saúde ou em Unidade de Saúde da Família. Sua participação não é obrigatória.
3. O objetivo geral desta pesquisa é analisar a implementação das diretrizes nacionais da atenção ao alcoolismo na rede básica de saúde de um município do interior paulista.
4. Sua participação ajudará na identificação das ações de promoção, prevenção e reabilitação relativas ao alcoolismo implementadas nos serviços de atenção básica do município. Desta forma estará contribuindo na produção de conhecimento científico na área de alcoolismo, bem como para o processo de implementação da Política Nacional sobre Álcool no município. Não haverá nenhum benefício direto à sua pessoa.
5. Sua participação nesta pesquisa será em responder algumas perguntas durante uma entrevista individual. A entrevista será gravada com uso de gravador.
6. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar sua participação.
7. Se você não quiser participar, isso não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador, com a Secretaria Municipal de Saúde, ou até mesmo, com a Universidade Federal de São Carlos.
8. Este estudo não deve oferecer qualquer despesa ou desconforto para você. Esta pesquisa não envolve procedimentos invasivos, no entanto, há possibilidade de riscos, porém são mínimos como: você se mostrar ansioso diante da entrevista gravada ou mesmo preocupado com a garantia do sigilo. Quanto ao sigilo, as informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos que seu nome não será divulgado.
9. Caso se perceba qualquer risco ou dano a sua pessoa, não previstos neste termo, as atividades desta pesquisa poderão ser imediatamente suspensas. A qualquer momento estaremos a sua disponibilidade para esclarecimentos com relação à pesquisa.
10. Os resultados dessa pesquisa serão apresentados em Congressos da área e publicados em revista científica, garantindo-se sempre o sigilo dos participantes.

11. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço dos pesquisadores, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Andrea Santos de Andrade
Rua Amoreiras 131 – Pq. dos Pinheiros
Hortolândia – SP CEP 13.184-600
Telefone (19) 97287869

Profa. Dra Carmen Lúcia Alves Filizola
Rodovia Washington Luís, Km 235
Monjolinho – São Carlos – SP CEP 13565-905
Departamento de Enfermagem
Telefone (16) 33518334

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, km. 235 – Caixa Postal 676 – CEP 13.565-905 – São Carlos – SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

Local e Data: _____

Sujeito da Pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS

Via Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676

CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil

Fones: (016) 3351-8028 Fax (016) 3351-8025 Telex 162369 - SCUF - BR

cephumanos@power.ufscar.br

<http://www.propq.ufscar.br>

Parecer Nº. 255/2010

CAAE: 1734.0.000.135-10

Título do projeto: A ATENÇÃO AO ALCOOLISMO NA REDE BÁSICA DE SAÚDE PÚBLICA DE UM MUNICÍPIO DO INTERIOR PAULISTA - LIMITES E POSSIBILIDADES

Pesquisadores (as): ANDREA SANTOS DE ANDRADE, CARMEN LUCIA ALVES FILIZOLA

Parecer

As pendências apontadas no Parecer nº. 210/2010 foram satisfatoriamente resolvidas.

O projeto atende as exigências contidas na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

Normas a serem seguidas

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item III.2.e).
- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente dentro de 1 (um) ano a partir desta data e ao término do estudo.

São Carlos, 14 de julho de 2010.

Prof. Dr. Daniel Vendruscolo
Coordenador do CEP/UFSCar