



**ATENÇÃO DE ENFERMAGEM AO USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS  
NO CONTEXTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EXTRA-HOSPITALARES: UM  
ESTUDO EXPLORATÓRIO DE CAMPO**

SONIA SILVA PAIVA MOTA GONÇALVES

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Cláudia Mara de Melo Tavares

Dissertação apresentada a Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense / UFF como requisito obrigatório para conclusão do Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial.

Niterói  
2006



Mestrado Profissional  
Enfermagem  
Assistencial



ATENÇÃO DE ENFERMAGEM AO USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS  
DROGAS NO CONTEXTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EXTRA-  
HOSPITALARES : UM ESTUDO EXPLORATÓRIO DE CAMPO

Sonia Silva Paiva Mota Gonçalves

Orientadora: Profª Drª Cláudia Mara de Melo Tavares

Dissertação apresentada ao Escola de  
Enfermagem Aurora Afonso Costa da Universidade  
Federal Fluminense /UFF como parte dos requisitos  
para a obtenção do título de Mestre.

Niterói, 15 de dezembro 2006

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE  
MESTRADO PROFISSIONAL ENFERMAGEM ASSISTENCIAL

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**ATENÇÃO DE ENFERMAGEM DO USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS  
NO CONTEXTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EXTRA-HOSPITALARES: UM  
ESTUDO EXPLORATÓRIO DE CAMPO**

SONIA SILVA PAIVA MOTA GONÇALVES

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Cláudia Mara de Melo Tavares

Niterói  
2006

## DEDICATÓRIA

Dedico esta pesquisa a meus filhos Linda e André Luís, verdadeiras bênçãos em minha vida, pela compreensão durante esses dois anos, sendo sempre meus parceiros, possibilitando que eu chegasse até aqui e a Bela Mara (*in memoriam*), concebida durante o mestrado, presente em meu ventre durante a maior parte das viagens para coleta de dados, mas que viveu apenas algumas horas, indo como um anjinho para o céu, por tudo que representa para mim. Mamãe ama demais vocês!

Ao meu esposo pelo grande incentivo para que eu fizesse o mestrado.

Ao meu irmão Renato, fonte da minha inspiração, para que acredite no quanto é possível transformarmos sofrimentos em conquistas.

Ao vovô Zequinha (*in memoriam*), por na minha infância dizer para que eu escrevesse bastante, para um dia ser uma "doutorinha". Queria muito a sua presença vibrante neste momento, pois só falta o próximo degrau para eu ser doutora! Assistam do céu vovô, com a Belinha em seu colo, este momento tão significativo para mim. Vocês marcaram a minha vida e um dia nos encontraremos no Céu.

Ao Padre Quinha, por seu trabalho junto à Oficina de Jesus, recuperando vidas perdidas no alcoolismo, pelo privilégio em tê-lo como meu amigo, enxugando tantas lágrimas em minha face nessa jornada. Ao enfermeiro Antonio Marcos Tosoli Gomes meu agradecimento por está presente nas alegrias e tristezas desde o dia que nos conhecemos. É um prazer estarmos na proa deste barco.

À minha orientadora, Professora Cláudia Mara de Melo Tavares, doçura de ser humano e musa inspiradora do nome da minha filha Bela Mara. Não tenho palavras para expressar tamanha gratidão. Com muito orgulho serei sua discípula. Até o doutorado!

## AGRADECIMENTO

A Deus, por sua presença interrupta em minha vida, dando-me força para caminhar.

Aos meus pais, Elcio Tristão Paiva e Nelia Paiva, por terem me ensinado a amar os estudos, não medindo esforços neste propósito.

Às professoras Edna Casanova, Lucia Penna, Vera Sobral e Vivína Lanzariní pela disponibilidade como componentes da banca examinadora e pela contribuição ao meu crescimento profissional.

Ao Secretário Municipal de Saúde de São José do Vale do Rio Preto, Roberto Vieira, antigo Secretário de Saúde do município de Areal, por ter aberto o cenário da pesquisa, autorizando a minha permanência, auxiliando como "desbravador" para liberação dos demais municípios, valorizando as minhas idéias, ainda tão precoces. Ao atual Secretário Municipal de Saúde de Areal, Antonio Carlos de Oliveira Junior, o qual assumiu a Secretaria dando toda liberdade para que eu permanecesse no município. A todos agradeço por terem estado presente junto aos enfermeiros dos seus respectivos municípios para realização deste trabalho.

Às enfermeiras Sueli Borges, Maria Luiza Peyoton, Lucia Maria Santos do município de Areal, Ana Claudia Martins, Michelle Souza, Pollyana Gama, Renata Souza e Tatyana Noreira do município de Paraíba do Sul, Juraci Souza do município Comendador Levy Gasparian e Amaro Neto do Município de Sapucaia e ao antigo Coordenador do PSF de Comendador Levy Gasparian, Fisioterapeuta Adalberto Picoli e a Técnica de Enfermagem Sonia Otero, de Areal, por terem estado à disposição não somente durante a coleta de dados, mas durante todas as fases da pesquisa, não medindo esforços para que ela acontecesse e aos Enfermeiros Leandro Santiago, Letícia Abreu e Leilanni Coelho, que no final das contas, permitiram completar as entrevistas. Recebam todos a minha eterna gratidão!

Aos demais enfermeiros que gentilmente aceitaram compartilhar seu dia a dia profissional cedendo seus depoimentos para esta pesquisa, meu eterno agradecimento!

Aos meus alunos por contribuírem para que eu tenha vontade de estudar cada vez mais, agradeço o incentivo.

Aos padrinhos Sérgio Ivan Pereira e Neide Pereira pela presença firme em minha vida.

À professora Isabel Cruz, Coordenadora do Mestrado em Enfermagem Assistencial da EEAAC/UFF, por suas valiosas contribuições intelectuais.

As professoras Cristina Escudeiro, Enilda Alves, Fátima Helena Espírito Santo, Sonia Mara Simões e Zenith Silvino, pelo estímulo.

Aos funcionários administrativos da UFF, Danieli, Jaime e Keila e à bibliotecária Angélica pelo quanto foram prestativos, e ao funcionário Ângelo da biblioteca da Faculdade Arthur Sá Eaup Neto (FASE) por estar sempre pronto a ajudar-me.

Às companheiras da turma do mestrado em enfermagem assistencial da EEAAC/UFF, Regina Molina, Rosane Lourenci, Silvana Azevedo, Simone Machado, pelo vínculo estabelecido entre nós.

Aos amigos Isaura Mendonça, Alderico Mendonça, Alderico Neto Mendonça e Rosimeri Mendonça por terem apadrinhado meus filhos em muitos momentos do estudo.

Ao Enfermeiro Sergio Correa Marques pelas dicas relevantes desde o anteprojeto até o término da dissertação.

À Nádia Nascimento, minha psicóloga que esteve presente neste período conturbado, me conduzindo a uma profunda faxina da psique e às Terapeutas Holísticas Mildre Ramos e Magda Zainotte por me ajudarem a relaxar e energizar para concluir este trabalho, com suas mãos de fada.

## **PATROCINADO POR COREN-RJ AGRADECIMENTO ESPECIAL**

Patrocinado por Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro A professora Rogéria de Paula, ao bibliotecário Alex Branco, aos acadêmicos de enfermagem Pablo André Rosa de Assis e Samira Pereira Rodrigues e a Professora Ândrea Cardoso por terem aceitado revisar minha dissertação, agradeço com carinho.

Aos membros do Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro, em especial ao Presidente Enfermeiro Sérgio Luiz Soares de Oliveira, ao Vice-Presidente e Coordenador da Fiscalização, Enfermeiro Enderson Castilho, ao Conselheiro Federal e Vice-Presidente do Cofen Nei da Costa Silva e aos Ao Conselheiro e Coordenador da Subseção de Petrópolis Enfermeiro Mário Leal, ao Chefe da Fiscalização Enfermeiro Valci de Souza e ao amigo Carlos Victal, pela compreensão nas ausências durante a pesquisa. Aos demais Conselheiros que em Plenária autorizaram a minha permanência no mestrado, meu profundo agradecimento pela confiança e responsabilidade que me foi delegada.

Ao "Mazinho" por ter me conduzido pelas estradas e ruelas da vida para realização da coleta de dados.

As amigas Enfermeiras Cilma Jardim e Tânia Rocha, por inúmeras vezes terem me substituído no trabalho, para que pudesse realizar o mestrado.

Á amiga "Leinha", pela preocupação em relação à minha liberação para o mestrado, receba meu sincero agradecimento.

"A Libertação começa na vossa consciência e no resgate da própria dignidade, feita mediante uma prática conseqüente. Confiai! Jamais estareis sós. Haverá sempre espíritos generosos de todas as raças, de todas as classes e de todas as religiões que farão corpo convosco na vossa nobre causa da liberdade. Haverá sempre aqueles que pensarão: cada sofrimento humano, em qualquer parte do mundo, cada lágrima chorada em qualquer rosto, cada ferida aberta em qualquer corpo é como se fosse uma ferida no meu próprio corpo, uma lágrima dos meus próprios olhos e um sofrimento do meu próprio coração. E abraçarão a causa dos oprimidos de todo o mundo. Serão vossos aliados leais" (BOFF, 2000, p.23)

## RESUMO

O uso abusivo do álcool e outras drogas são destacados pelo Ministério da Saúde como um dos principais problemas de saúde pública. Na rede extra-hospitalar de saúde há pouco esclarecimento dos profissionais quanto às atribuições junto aos usuários de álcool e outras drogas. Tal fato se complica em virtude dos próprios usuários preferirem recorrer à internação como forma de resolução dos agravos decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas. Por não se sentir capaz de estabelecer trocas sociais e afetivas fora do ambiente hospitalar, o usuário de drogas, principalmente o alcolista, elege a hospitalização como um momento de pausa, controle e possibilidade de cura do sofrimento. Neste sentido, a atuação do enfermeiro junto a usuários de álcool e outras drogas deve levar em consideração uma complexa rede de interações e instituições para a garantia da integralidade da assistência. Este estudo tem como objetivos: conhecer as demandas do usuário de álcool e outras drogas na rede de saúde extra-hospitalar; descrever quais são as atividades desenvolvidas pelo enfermeiro no atendimento ao usuário de álcool e outras drogas e analisar a relação entre o enfermeiro e o SUS na busca da integralidade da assistência. Na equipe de saúde, os enfermeiros são os profissionais que mantêm maior contato com os usuários, com grande potencial para reconhecer os problemas relacionados ao uso de álcool e drogas e desenvolver ações assistenciais. O presente estudo constitui uma pesquisa qualitativa de abordagem descritiva de campo, tendo como cenário a Região Centro-Sul Fluminense. Os sujeitos são trinta enfermeiros da rede extra-hospitalar, compreendendo coordenações de Programas do Ministério da Saúde, unidades de PSF, CAPS I, CAPS AD e Comunidade Terapêutica. Os dados foram coletados por meio da realização de entrevista semi-estruturada e analisados de acordo com a análise temática de conteúdo. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do CCM/UFF, em 2004. Como resultados observaram-se que a demanda por atendimento do usuário de álcool e outras drogas ocorre de forma espontânea direta ou indireta, por busca ativa e que alguns enfermeiros não identificam esta demanda em sua unidade ou não sabem informar como ocorre a demanda. Foram identificadas ações de enfermagem no âmbito da prevenção, tratamento e reabilitação. Entre as dificuldades apontadas estão a não aceitação pelo usuário ao tratamento, falta de capacitação para o atendimento, dificuldade de acesso, tempo não disponível em virtude do acúmulo de atividades. Os dados analisados apontam para necessidade de o enfermeiro redirecionar a sua prática junto a esta clientela, buscando formas inovadoras e criativas que assegurem maior resolutividade de suas ações. Conclui-se que a própria rede de serviços, e não apenas o enfermeiro, não responde as necessidades de saúde do usuário de álcool e outras drogas na perspectiva da integralidade da assistência. Contudo, alguns avanços já foram obtidos pelos enfermeiros, como por exemplo, a construção de vínculo com a comunidade local e a percepção de suas próprias fragilidades e necessidades de capacitação.

Palavras-chaves: Transtornos relacionados ao uso de substâncias; Enfermagem psiquiátrica; Cuidados primários de saúde; Serviços de atenção ao paciente; Alcoolismo.

## ABSTRACT

The abusive use of alcohol and other drugs is detached by the Ministry of Health as one of the main problems of public health. In the net of health extra-hospital the professionals receive little explanation about their attributions close to the users of alcohol and other drugs. Such fact gets complicated because of the own users prefer to appeal the internment as form of resolution of consequent problems of the abusive use of alcohol and other drugs. For not feeling capable to establish social and affective changes out of the hospital environment, the user of drugs, mainly of alcohol, chooses hospitalization as a moment of pause, control and possibility of cure of the suffering. In this sense, the nurse's performance close to users of alcohol and other drugs should take into account a complex net of interactions and institutions for the warranty of the completeness of the assistance.

This study has as objectives: to know the demands of the user of drugs in the net of health extra-hospital; to describe which are the activities developed by the nurse in the in the service to the user of alcohol and other drugs, and to analyze the relationship between the nurse and the SUS in the search of the completeness of the assistance. In the health team, the nurses are the professionals whom maintain larger contact with the users, with great potential for to recognize the problems related to the use of alcohol and drugs, and to develop assistance actions. The present study constitutes a qualitative research of descriptive approach of field, having as scenery the Area Fluminense South Center. The subjects are thirty nurses of the net extra-hospital, including coordination of Programs of the Ministry of Health, units of PSF, CAPS I, AD CAPS and Therapeutic Community. The data were collected through the accomplishment of semi-structured interview and analyzed in agreement with the analysis content theme. The project was approved by the Committee of Ethics in Research of CCM/UFF, 2004. As results were observed that the demand for attendance of the users of alcohol and other drugs occurs of direct or indirect spontaneous form, for active search. Some nurses do not identify this demand in their unit or do not know to inform how the demand occurs. Nursing actions in the scope of the prevention, treatment and rehabilitation were identified. Amongst the pointed difficulties are the non acceptance for the user to the treatment, lack of qualification for the attendance, access difficulty, not available time in virtue of the accumulation of activities. The analyzed appear for nurse's need to redirect their practice close to this clientele, looking for innovative and creative forms that assure larger effectiveness of their actions.

In conclusion, the own services net, and not only the nurse, does not answer the health needs of the users of alcohol and other drugs in the perspective of the completeness of the assistance. However, some progresses were already obtained by the nurses, as for example, the construction of bond with the local community and the perception of their own fragilities and qualification needs.

**Key Words:** Upset related to the use of substances; Psychiatric nursing; Primary cares of health; Services of attention to the patient; Alcoholism.

## SUMÁRIO

<b>I INTRODUÇÃO</b>	6
<b>2 QUADRO TEÓRICO DE REFERÊNCIA</b>	14
2.1 Histórico e contextualização	14
2.1.1 Conceituação sobre álcool e outras drogas	16
2.2 A Atenção ao usuário de álcool e outras drogas	21
2.2.1 Políticas públicas	21
2.2.2 Atuação do enfermeiro junto ao usuário de álcool e outras drogas	26
2.3 O Modelo promoção da saúde	31
2.3.1 Concepção do processo de cuidar	35
2.3.2 Formação profissional do enfermeiro	37
2.3.3 Modelos de intervenção em saúde	39
<b>3 METODOLOGIA</b>	46
3.1 Tipo de estudo	46
3.2 Localizando o cenário do estudo	46
3.3 Os sujeitos do estudo	49
3.4 Técnica de coleta de dados	54
3.5 Procedimentos éticos de pesquisa	54
3.6 Fases do trabalho de campo	55
3.7 Procedimento de análise dos dados	57
<b>4 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	59
4.1 Características da demanda dos usuários de álcool e outras drogas na rede de saúde extra-hospitalar	59
4.2 Capacitação e concepções dos enfermeiros da rede extra-hospitalar para atenção ao usuário de álcool e outras drogas	72
4.2.1 Capacitação para a atenção ao usuário de álcool e outras drogas	72
4.2.2 Concepções e práticas dos enfermeiros sobre atenção aos usuários de drogas	79
4.3 Atuação do enfermeiro da rede de saúde extra-hospitalar junto ao usuário de álcool e outras drogas	83
4.3.1 Ações desenvolvidas pelo enfermeiro junto ao usuário de álcool e outras drogas	83
4.3.2 Possibilidade para atuação do enfermeiro junto ao usuário de álcool e outras drogas	90
<b>5 CONCLUSÃO</b>	98
<b>REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA</b>	101
<b>ANEXOS</b>	109

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

**Quadro 1:** Distribuição dos enfermeiros lotados na rede extra-hospitalar e dos entrevistados, de acordo com o município onde desenvolvem suas atividades profissionais. Região CS-I, 2006. p.51

**Quadro 2:** Instituição de formação dos enfermeiros entrevistados da Região CS-I, 2006. p. 52.

**Quadro 3:** Lotação dos enfermeiros entrevistados em Serviços extra-hospitalares de saúde dos entrevistados. CS-I/2006. p. 53.

**Tabela 1:** Características da demanda do usuário de álcool e outras drogas no serviço de saúde da rede extra-hospitalar da Região Centro Sul-Fluminense –Microrregião I, 2005. p. 60.

## I INTRODUÇÃO

O uso abusivo de drogas é destacado pelo Ministério da Saúde como um dos principais problemas de saúde pública. Na rede extra-hospitalar de saúde há pouco esclarecimento dos profissionais quanto às atribuições junto aos usuários de drogas. Tal fato se complica em virtude dos próprios usuários preferirem recorrer à internação como forma de resolução dos agravos decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas. Por não se sentir capaz de estabelecer trocas sociais e afetivas fora do ambiente hospitalar, o usuário de drogas, principalmente o alcolista, elege a hospitalização como um momento de pausa, controle e possibilidade de cura do sofrimento<sup>1</sup>. Neste sentido, a atuação do enfermeiro junto a usuários de álcool e outras drogas deve levar em consideração uma complexa rede de interações e instituições para a garantia da integralidade da assistência.

Essa pesquisa tem como objeto de estudo a atuação do enfermeiro na rede de saúde extra-hospitalar junto ao usuário de álcool e outras drogas. Trata-se de um estudo relevante em virtude da ampla e mundial problemática do uso abusivo de drogas. Desta forma, o enfermeiro deve desenvolver seus cuidados de forma integral, atento a esta problemática conforme indica a Lei Orgânica da Saúde que foi elaborada não apenas para cumprir o comando constitucional, mas, principalmente, para indicar os caminhos e viabilizar os mecanismos para a consecução do grande objetivo de uma transformação profunda no perfil de saúde exibido pela União.

A Lei 10.216, de seis de abril de 2001, é um marco legal da Reforma Psiquiátrica brasileira, visto que garante aos usuários de serviços de saúde mental e também aos sujeitos que têm problemas de saúde relacionados ao uso de álcool e outras drogas, assistência integral em serviços públicos sem que isso constitua uma forma de exclusão. Do mesmo modo, a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, criada em março de 2003, revisada e ampliada em 2004, é o marco no campo das ações que garantem a oferta de serviços tanto a portadores de transtornos mentais quanto a indivíduos com problemas que envolvem o álcool e outras drogas.

Esse estudo focaliza a ação de enfermeiros uma vez que, na equipe de saúde, os enfermeiros são os que mantêm maior contato com os usuários dos serviços de saúde, além desses profissionais terem potencial para reconhecer os problemas relacionados ao uso de drogas e desenvolver ações assistenciais.

A escolha temática desse trabalho justifica-se não só pelo ato do uso ou abuso no consumo de álcool e outras drogas, mas também pelas conseqüências que esse uso ou abuso traz. O consumo de álcool e outras drogas reflete diretamente em problemas, necessidades e demandas de serviços de saúde<sup>1</sup>. De fato, devido ao elevado número de usuários de drogas e das conseqüências trágicas relacionadas ao uso abusivo; esta questão passou a ser considerada um dos principais problemas de saúde pública<sup>1,2</sup>.

Quanto ao uso das substâncias psicoativas, percebe-se na literatura uma diversidade quanto ao emprego da palavra. Alguns autores referem a “drogas” de uma maneira geral, alguns a “álcool e drogas” e outros a “álcool e outras drogas”. Identifica-se o álcool como uma substância psicoativa como as demais, que merecem a mesma atenção. Porém, corrobora-se com a denominação da Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas e usa-se este termo em virtude do álcool não ser visto pela população e por muitos profissionais de saúde por essa ótica.

É relevante destacar que o fenômeno do álcool e drogas é aqui apontado como um problema multidimensional e global, não podendo ser descrito apenas como a relação entre o indivíduo e o consumo de substâncias psicoativas. Trata-se de um problema multidimensional porque o uso das drogas em geral não se apresenta de forma linear ou é restrita a determinados segmentos populacionais. Cerca de dez por cento da população dos centros urbanos de todo o mundo consomem abusivamente substâncias psicoativas, independente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo. Esta realidade encontra equivalência no Brasil<sup>3,2</sup>.

O fenômeno do álcool e outras drogas são, além disso, um problema global. Isso é claramente observável no Relatório Mundial sobre Drogas, resultante do Global Workshop on Drug Information Systemys, o qual indica que o Brasil está dentro da perigosa média mundial em relação ao número de usuários de drogas ilícitas. O relatório mostra que 185 milhões de pessoas acima de quinze anos já consumiram drogas ilícitas no mundo, ou seja, 4,75% da população mundial. O relatório revela, ainda, que a maconha e o haxixe são as drogas mais consumidas no mundo, com 146 milhões de usuários. As anfetaminas e o ecstasy aparecem em segundo lugar, com cerca de 38 milhões. A cocaína é consumida por 13, 3 milhões de pessoas e a heroína por 9,2 milhões. Considerando os impactos da saúde, a heroína é a mais nociva. Representa 67% dos casos de tratamento na Ásia, 61% na Europa e 47% na Oceania. Nas Américas, a cocaína é a droga mais problemática, pois gera 60% dos casos de tratamento na América do Sul e 29% na América do Norte. E na África, a maconha e o haxixe são os responsáveis por 65% dos tratamentos de dependência química<sup>4</sup>.

Dessa forma, considerando as múltiplas dimensões da vida do indivíduo usuário de álcool e outras drogas, e, a abrangência global de consumidores de tais drogas, entende-se que as demandas de serviços e saúde pública são amplas e centrais.

Entretanto, as dimensões que envolvem o psicossocial do indivíduo consumidor de álcool e outras drogas foi o ponto crucial que motivou a escolha temática desse estudo. A ligação com a temática droga vem desde a minha infância, quando pude sentir a discriminação junto aos dependentes de drogas. Acredito que conviver com dependente químico nesta fase de vida faz-nos compartilhar com ele a dor do preconceito em consequência dos pensamentos e atitudes de vizinhos, conhecidos e até familiares. Particularmente, no período de minha infância, no início da década de setenta, ter em seu núcleo familiar uma pessoa que usasse drogas ilícitas era sinônimo de sofrimento, pois observava-se seu familiar ser rejeitado por uma sociedade que não aceitava o indivíduo dependente químico como um ser dotado de virtudes, mas apenas como escravo das drogas, rotulando-o como maconheiro e marginal.

Na adolescência, nas esquinas e travessas de um pacato bairro de classe média do Rio de Janeiro, os jovens utilizavam indiscriminadamente, maconha e cocaína. Essa prática era discriminada e os indivíduos envolvidos nela, marginalizados. Conseqüentemente, os familiares viviam uma situação de conflito, a qual acentuava-se quando em um dado ciclo de amizade, vidas eram interrompidas, algumas por acidentes automobilísticos, overdose e até por assassinato. Nesta época, conheci o grupo de auto-ajuda Narcóticos Anônimos (NA) e visitei instituições destinadas à internação para desintoxicação e recuperação de dependentes químicos.

Ao ingressar na faculdade convivi com jovens que usavam abusivamente drogas e, por conseguinte, enfrentavam dificuldades em conciliar a dependência química e o estudo. Entretanto, é importante considerar os modos como as práticas de senso comum na instituição acadêmica levam os indivíduos a consumirem álcool e outras drogas. Por exemplo, geralmente, no primeiro dia de aula os universitários, iniciam no meio acadêmico uma relação com a bebida alcoólica. É comum, depois dos trotes, veteranos e calouros se reunirem em chopadas. Nem sempre os jovens faziam uso de álcool anteriormente, mas experimentam-no como forma de inserção no grupo, ou seja, ingerir álcool no meio acadêmico parece ser uma prática adotada pelos estudantes a fim de serem aceitos no meio. Nas festas noturnas, além das bebidas, drogas ilícitas também podem ser encontradas. Devido à facilidade de acesso, o uso tende a ser freqüente. Nesta fase, aulas são perdidas, o desempenho é prejudicado pelas ausências e dificuldades de concentração levam a um déficit de aprendizagem. Os relacionamentos começam a ser afetados e pode ocorrer evasão da graduação.

Como acadêmica e bolsista de um hospital universitário, deparava-me com situações que evidenciavam o despreparo de membros da equipe de saúde para prestar uma assistência livre de preconceito e humanizada. Então, no âmbito hospitalar meus questionamentos aumentaram, porque constatei que alguns acadêmicos e profissionais que ali atuavam, quando em ocasiões sociais, consumiam abusivamente bebida alcoólica, e não obstante em sua jornada de trabalho eram impacientes com esta clientela.

De fato, o número de profissionais que atuam na área de saúde e utilizam álcool e outras drogas é considerável. De acordo com a Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD), um em cada quinze médicos tem problemas com álcool ou drogas, sendo o stress apontado como um dos motivos mais citados como justificativa para o uso.

Com poucos anos de formada, em 1994, me mudei para a Região Norte-Fluminense, onde atuei como coordenadora no Programa Saúde da Família (PSF) de um município na época, com 9.000 habitantes, onde a comercialização de drogas tinha conseqüências devastadoras. Havia, de um lado, grande dificuldade dos indivíduos e de seus familiares, de expressar esta problemática e, de outro, das autoridades aceitarem que não se tratava de um assunto policial e sim de uma questão de saúde coletiva. Em geral, por parte da família, há um silenciamento diante desta situação e uma negação da problemática. O silenciamento e a negação dificultam a possibilidade de uma intervenção precoce pela equipe de saúde.

Minha experiência na região Norte-Fluminense fez-me entender que no senso comum, daquela comunidade, não existia problema no ato de consumir bebida alcoólica. Ao contrário, o ato de beber era herdado e constituía uma espécie de rito de iniciação, o qual, freqüentemente, era conduzido pelo pai, que acompanhava, orgulhosamente, o filho até o alambique da família. Naquela localidade, as internações, geralmente, eram decorrentes das co-morbidades do alcoolismo.

Posteriormente, fui trabalhar como plantonista em um Serviço de Pronto Atendimento Municipal, na Região Metropolitana, onde identificava a demanda dos pacientes em uso abusivo de álcool e outras drogas, na maioria das vezes, relacionadas a acidentes automobilísticos, agressões e outras causas externas e, em contrapartida, uma equipe de saúde não receptiva e pouco capacitada, a qual se limitava apenas ao atendimento clínico emergencial, não havendo integralidade nas ações. Desse modo, perdia-se a oportunidade de orientar os pacientes acerca dos dispositivos existentes na rede municipal para aqueles que desejassem tratamento.

Ainda na minha prática profissional como funcionária fiscal do Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro (COREN-RJ), lotada na subseção Petrópolis, a qual abrange

uma área fiscalista com nove municípios, localizados na Região Serrana e na Região Centro Sul - Fluminense, deparo-me com enfermeiros lotados na rede de saúde extra – hospitalar despreparados para prestarem assistência a essa clientela. Isso dificulta o cuidar de enfermagem pautado no princípio da integralidade. Este princípio insere-se na concepção Saúde Mental como mudanças do modelo e da formação profissional, para uma assistência humanizada, cuidando do indivíduo de forma integral.

Em 2001, atuei como voluntária no Grupo Assistencial SOS VIDA, representando o COREN-RJ. Trata-se de uma Organização Não Governamental (ONG) que assiste a portadores da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), dependentes químicos e familiares. Senti grande dificuldade em definir possíveis ações para a atuação do enfermeiro junto a esta ONG. Então, fiquei limitada a realizar uma escuta sensível àqueles que procuravam esta organização para atendimento. Dispensava um dia da semana para essa atividade, designada pela Presidência do COREN-RJ para representá-lo neste voluntariado. Neste dia, havia atendimento por um estagiário de psicologia, supervisionado pelo psicólogo. Eu também atuava nas festividades, como Natal, Páscoa e Dia das Crianças.

O SOS VIDA atuava em parceria com a Coordenação Municipal do Serviço de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) assumida por uma enfermeira, que era responsável pela distribuição, orientação e administração dos retro-virais, bem como pelos testes de sorologia; ou seja, essa enfermeira prestava atendimento para o SOS VIDA. Estas atividades eram realizadas dentro do Serviço DST/AIDS, anexo ao hospital municipal.

Nesse período, meus questionamentos aumentaram sobre o que poderia fazer enquanto profissional de saúde para contribuir de forma mais efetiva no que se refere à atuação do enfermeiro junto ao usuário de álcool e outras drogas, isto é, a esta população muitas vezes excluída dos serviços de saúde e que tanto carece de cuidados prestados pelo enfermeiro.

Em 2002 tive a oportunidade de também representar o COREN-RJ em um evento realizado pelo Centro Evangélico de Reintegração dos Toxicômanos e Alcoólatras (Comunidade Certa). Trata-se de uma Comunidade Terapêutica, sediada no Rio de Janeiro e que na época possuía uma filial em Sabará, Minas Gerais. Nesta filial, permaneci três dias conhecendo o trabalho desta modalidade terapêutica, de cunho religioso. Ali pude refletir acerca da importância do enfermeiro nos novos dispositivos de saúde às pessoas que usam abusivamente drogas e perceber o quanto poderia ter realizado no SOS VIDA.

Por acreditar ser a atribuição primordial da minha função, como fiscal do Órgão de Classe da Enfermagem, e principalmente como enfermeira prestar orientações aos

profissionais de Enfermagem e à população em geral, identifiquei a necessidade de aprofundar meus conhecimentos a fim de exercer uma prática profissional baseada em evidências científicas. No compromisso do profissional está à exigência de seu constante aperfeiçoamento. O profissional deve ampliar seus conhecimentos sobre o homem, sobre sua própria forma em interagir no mundo desenvolvendo assim, uma visão crítica .

Em decorrência disso, em 2003 resolvi fazer uma pós - graduação em Enfermagem do Trabalho, a fim de desenvolver meus estudos relacionados à Saúde do Trabalhador. Nesta ocasião, abri a inscrição para seleção do Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial (doravante MPEA) na Universidade Federal Fluminense (UFF), onde fazia a especialização. Esta modalidade de mestrado surgiu em virtude da necessidade de adequar a formação profissional a novas demandas de trabalho. A primeira legislação da CAPES orientando a criação de Mestrados Profissionais foi a Portaria n° 47, de 17 de outubro de 1995, substituída posteriormente pela Portaria n° 080, de 16 de dezembro de 1998.

A criação do mestrado profissional é importante, em virtude do avanço do Sistema Único de Saúde (SUS) e da crescente complexidade dos Sistemas de Gestão. Esta modalidade permite ao trabalhador transformar seu processo de trabalho e sua instituição, produzindo simultaneamente conhecimento científico. Então, esta modalidade de mestrado é mais uma possibilidade na oferta de pós-graduação para a educação permanente, na perspectiva de capacitação de profissionais na área de saúde, para a consolidação do SUS<sup>5</sup>.

O mestrado profissional veio ao encontro das minhas inquietações, por possibilitar ter como cenário o meu espaço de abrangência profissional; como objeto de pesquisa a minha realidade, onde semearei o fruto do meu trabalho, com o final da pesquisa.

Iniciei o MPEA e no desenvolvimento do meu projeto de investigação, recortei meu objeto de pesquisa como “Inovações da Prática de Enfermagem”, tendo como cenário a Região Centro - Sul Fluminense, por abranger o maior número de municípios de minha área de jurisdição. No mestrado profissional faz-se necessário que a pesquisa esteja vinculada preferencialmente à sua prática profissional.

Interessei em saber como ocorria a interação do enfermeiro nas unidades de saúde extra-hospitalares junto aos usuários de álcool e drogas a fim de garantir a integralidade da assistência. Questionei, quais seriam as atividades realizadas pelo enfermeiro junto a esta clientela e como os usuários de drogas chegavam ao Serviço de Saúde. Paralelamente, confrontava com o que via na fiscalização no hospital psiquiátrico desta região, onde o número de internações decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas ainda é elevado.

Enquanto me envolvia nos estudos do MPEA, recordava o tempo em que trabalhei como plantonista em um hospital geral, em um município que também faz parte do cenário da pesquisa, onde o maior número de internação na clínica médica era por co-morbidades do alcoolismo. Foi então, já no fim do primeiro período do mestrado que resolvi ousar a me apropriar desta área fascinante, que é a Saúde Mental e em especial, a assistência do enfermeiro ao usuário de álcool e outras drogas.

O SUS garante às pessoas, que sofrem por transtornos decorrentes do consumo de drogas, a universalidade de acesso e direito à assistência integral. Contudo, no vácuo de propostas concretas para o atendimento desta clientela e na falta de uma formação adequada dos profissionais de saúde, indaga-se sobre os limites e possibilidades de atuação do enfermeiro na Promoção em Saúde.

Esta pesquisa pretende evidenciar as ações desenvolvidas pelo enfermeiro junto à clientela usuária de álcool e outras drogas, tendo como perspectiva a integralidade da atenção em saúde. O interesse está em saber como se dá o cuidado de Enfermagem junto a esta clientela no âmbito extra-hospitalar e de que modo é assegurada a integralidade da atenção.

Sendo assim, esse estudo visa responder as seguintes questões norteadoras: quais são as demandas por cuidado do usuário de álcool e outras drogas na rede de saúde extra – hospitalar; quais são as atividades desenvolvidas pelo enfermeiro neste atendimento; e, de que maneira o enfermeiro busca assegurar a integralidade da assistência. Diante destas questões, estabeleceu-se como objetivos da pesquisa: conhecer as demandas do usuário de álcool e outras drogas na rede de saúde extra - hospitalar por cuidados de saúde; discutir quais são as atividades desenvolvidas pelo enfermeiro neste atendimento, evidenciando os limites e possibilidades da atuação do enfermeiro e analisar a relação entre o enfermeiro e o SUS na busca da integralidade da assistência.

O quadro teórico de referência adotado é o do Modelo de Promoção da Saúde.

Diversos fatores são apontados como causas para o consumo de álcool ou outras drogas e os enfermeiros precisam compreender essas questões, discutidas pelas diversas áreas do saber.

Segue-se uma metodologia de pesquisa qualitativa devido à especificidade do tema e das relações sociais que encontram níveis que não podem ser operacionalizados em números e variáveis, critérios usualmente aceitos para emitir juízo de verdade no campo científico<sup>6</sup>.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências Médicas da UFF, conforme os termos da Portaria 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) A análise dos dados tem como parâmetro os princípios e diretrizes que norteiam

o Sistema Único de Saúde e a Política Nacional de Saúde Mental. Para processar a análise dos dados utilizo a análise de conteúdo.

## 2 QUADRO TEÓRICO DE REFERÊNCIA

### 2.1 Histórico e contextualização

Desde os primórdios da humanidade, há registros na literatura sobre o uso de álcool e outras drogas. Na Escritura Sagrada, no Velho Testamento, Noé embriagou-se com vinho e, aparentemente, sofreu um colapso. No Novo Testamento, há vários registros do consumo de álcool, o que demonstra que tal prática fazia parte da vida social<sup>7</sup>.

Na antiguidade, os homens procuraram drogas para a redução da ansiedade e fuga de problemas, ao invés de enfrentá-los. O álcool e várias plantas no passado tinham finalidades de tranquilização<sup>8</sup>.

O ser humano tem convivido e utilizado diversas drogas, com a finalidade de aliviar a dor ou, ainda, para a realização de atividades religiosas, sociais e culturais. Esse uso acontecia de acordo com o contexto social, cultural e religioso, caracterizando o homem que o exercia. Então se conclui que esta problemática não pode ser analisada de forma separada do modo de vida em um determinado tempo e/ou sociedade.

Ao mesmo tempo, o uso do álcool e outras drogas se fazem tanto no âmbito individual, quanto coletivo e atendendo a demandas ligadas à saúde e à sobrevivência (dor e doença, dentre outras coisas) ou às construções sociais (festividade, religiosidade, etc). Dessa maneira, já se mostravam às questões contraditórias que marcaram o histórico da drogadição, em que necessidade e prazer, indicações e preconceitos se alternaram no cotidiano de instituições e indivíduos.

As referências históricas ao abuso de substâncias não se limitam ao uso do álcool. Os índios das planícies do sudeste dos Estados Unidos usavam substâncias alucinógenas como um aspecto integrante dos rituais religiosos e no século XIX, a cocaína e o ópio eram amplamente utilizados pelas civilizações<sup>7</sup>.

No século XX, houve um aumento da incidência da dependência de substâncias psicoativas, levando à necessidade de que medidas de segurança fossem adotadas para combater este crescimento.

Nos Estados Unidos da América (EUA), a primeira lei que regulava o tráfico foi promulgada em 1914 e denominada Lei de Harrison. Essa lei regulamentava o licenciamento

a certos grupos, como os médicos, que poderiam dispor das drogas legalmente, para fins terapêuticos.

No início dos anos vinte, a Lei Volstead foi aprovada, tornando ilegal a venda de bebidas alcoólicas neste mesmo país. Como não proibia o consumo, surgiu o tráfico de venda ilegal de bebidas, o que também ocorreu com a Lei de Harrison, surgindo o tráfico de drogas. Mais tarde, a venda de álcool foi liberada, mas, quanto às outras drogas, foram adotadas leis mais rígidas relativas ao consumo e fornecimento das mesmas, não só nos EUA, mas também nos países sob a sua influência.

No Brasil, foi nas décadas de sessenta e de setenta que o uso abusivo de drogas tomou proporções assustadoras, o que demonstra a ineficácia do combate às drogas. Corrupção, criminalidade, tráfico internacional, crescente número de usuários retratam as conseqüências do tráfico. Essas conseqüências levaram o Ministério da Saúde brasileiro a reconhecer a problemática das drogas como uma questão de Saúde Pública. Já na década de oitenta, iniciou-se a disseminação da coca na classe média, na forma de crack.

“A guerra das drogas” é a expressão mais acabada das medidas de cunho repressivo, sendo adotada nos EUA desde os anos setenta, mostrando-se ineficaz, por meio do aumento do número de usuários, da área de cultivo, da organização do tráfico, da corrupção de autoridades e da criminalidade associadas às drogas<sup>9</sup>.

O século XX se caracterizou pelo uso crescente destas substâncias em função da evolução social, da tecnologia de comunicação e da facilidade de transporte que permitiu a disseminação por intermédio da concretização da chamada aldeia global. A partir da metade do século XX, as drogas se transformaram num dos maiores negócios<sup>10</sup>. O comércio de drogas ilícitas é um dos mais lucrativos, mundialmente, sendo registrado pela Organização das Nações Unidas (ONU) como a segunda maior economia mundial, perdendo apenas para o comércio bélico<sup>3</sup>.

Com a disseminação das drogas, vários grupos se tornaram vulneráveis, cada um com suas especificidades, como por exemplo, menores de rua, profissionais que executam suas atividades com um alto nível de stress, presidiários, etc.

Sendo assim, a temática droga vem sendo trabalhada com determinadas categorias de usuários, consideradas mais vulneráveis. Na cidade de Córdoba, assim como em toda Argentina, adolescentes grávidas consomem drogas lícitas e ilícitas de forma preocupante, inclusive durante a gestação, sendo então, trabalhada esta categoria a fim de reduzir este consumo<sup>11</sup>.

O uso de drogas é uma prática milenar e universal na história da humanidade, associada às condições sociais, culturais e econômicas. No Brasil esse problema se torna cada vez mais preocupante para as famílias, os profissionais de saúde e da educação e para as autoridades governamentais, devido ao aumento do consumo, principalmente entre jovens. O crescimento do consumo do álcool e outras drogas geram alto custo social e sofrimentos para os usuários, família e comunidades. Em Fortaleza, capital do Ceará, o consumo mostra-se elevado. Pesquisa realizada com estudantes da rede estadual de ensino do referido estado demonstra que 28,4% já usaram drogas<sup>12</sup>.

É preciso compreender que a problemática das drogas é fruto de um contexto socioeconômico, político e cultural que vem interferindo na escolha do sujeito<sup>13</sup>. Diversos são os fatores apontados como responsáveis pela expansão do uso de drogas, entre eles, o fácil acesso às drogas lícitas, o aumento do tráfico nacional e internacional de drogas ilícitas e o mau uso de produtos legais prescritos pelo próprio médico<sup>14</sup>.

Para efeitos deste estudo, é preciso compreender o fenômeno das drogas como um problema social e de saúde, aumentado em consequência da globalização.

Sendo assim, é importante investigar esse fenômeno numa perspectiva ampliada porque esta é a única forma de identificar as possibilidades e limites da ação profissional<sup>10</sup>.

Por ser um fenômeno macro, o fenômeno do alcoolismo e outras drogas se configura numa questão de relações internacionais em que fatores políticos, econômicos e de segurança nacional desempenham importante papel na determinação de saúde às populações. Na dimensão nacional, é determinado pela internacionalização dos riscos, propostas de ajustamentos e biopolíticas, exportação de modelos de saúde, ciência e tecnologia, universidades e outros setores da saúde<sup>10</sup>.

### **2.1.1 Conceituação sobre álcool e outras drogas**

A palavra “droga” originou-se da palavra droog (holandês antigo), que significa folha seca. Isso porque antigamente, quase todos os medicamentos eram feitos à base de vegetais<sup>15</sup>.

Sob o ponto de vista da Farmacologia, “droga” é qualquer substância capaz de produzir modificações no organismo. Podemos então considerar como droga, qualquer medicamento, como por exemplo, os anti-hipertensivos, medicamentos utilizados por controlar a pressão sanguínea, etc.

Já o Ministério da Saúde define droga como toda substância natural ou artificial que quando introduzida no organismo provoca modificações físicas e comportamentais da pessoa<sup>2</sup>.

Mundialmente, tem-se designado “drogas” como um grupo de substâncias que agem preferencialmente no cérebro, alterando o seu funcionamento em virtude da sua capacidade de produzir estimulação, depressão ou perturbação no sistema nervoso central. Assim, passam a ser consideradas drogas psicotrópicas ou psicoativas<sup>1</sup>. O Código Internacional de Doenças (CID) adota o termo substância psicoativa, englobando álcool, opiáceos, canabinóides, alucinógenos, tabaco, solventes voláteis e outras substâncias psicoativas<sup>15</sup>. Por outro lado, são denominadas drogas psicotrópicas aquelas que atuam sobre o cérebro, alterando o psiquismo. Entretanto, o que distingue essas substâncias é o potencial que elas têm para causar dependência.

Dependência é definida pelo Ministério da Saúde como “o impulso que leva uma pessoa a usar drogas de forma contínua ou periódica para obter prazer, por diversos motivos”. O dependente não consegue controlar o consumo de drogas, agindo de forma impulsiva e repetitiva. Quando para de tomar ou diminui drasticamente o consumo, surgem sintomas e sinais físicos gerados pela abstinência, que variam de acordo com o tipo de droga utilizado<sup>2</sup>.

A Organização Mundial de Saúde caracteriza Síndrome de Dependência, quando há identificação de três ou mais requisitos abaixo durante o ano anterior:

- A) Forte desejo ou compulsão para consumir a substância;
- B) Dificuldade de controlar o consumo no início, término ou quantidade consumida;
- C) Sintomas de abstinência, quando o consumo é reduzido ou interrompido;
- D) Aumento progressivo da tolerância, requerendo doses cada vez maiores da droga para alcançar seus efeitos originais;
- E) Abandono progressivo dos interesses e atividades de lazer, aumentando a quantidade de tempo necessário para obter, tomar e/ou recuperar-se dos efeitos da droga;
- F) Persistência no uso da substância, apesar das evidências nocivas<sup>15</sup>.

É preciso entender a dependência como a relação alterada entre o usuário e o seu modo de consumo, influenciado por uma série de fatores de risco, considerando suas complicações.

A partir dos padrões de consumo e suas complicações é possível determinar a diferença entre uso nocivo e dependência. O uso nocivo é caracterizado pela presença de danos físicos e mentais decorrentes do uso de substâncias. Geralmente, tal padrão é criticado por outra pessoa e acarreta conseqüências sociais para o usuário, mas ainda não há presença

de complicações crônicas relacionadas ao consumo, como a síndrome da abstinência, a cirrose hepática, desnutrição, além de outras.

A dependência é identificada a partir de um padrão de consumo constante e descontrolado, visando principalmente a aliviar sintomas de mal-estar e desconforto físico e mental, ou seja, pela síndrome de abstinência. Frequentemente, há complicações clínicas, mentais e sociais concomitantes, quando há dependência<sup>15</sup>.

Em relação às drogas consumidas no Brasil, o álcool é a substância psicoativa mais utilizada. Estima-se que em seu uso crônico atinja cerca de 3 a 10% da população brasileira, e que seu uso experimental chegue a 84% da população<sup>15</sup>.

Alcoolismo é a dependência do indivíduo ao álcool. O uso constante, descontrolado e progressivo pode comprometer o organismo, trazendo conseqüências irreversíveis. O uso prolongado afeta principalmente o fígado, que é o responsável pela destruição das substâncias tóxicas ingeridas ou produzidas pelo corpo durante a digestão, causando uma sobrecarga metabólica. O alcoolismo se estabelece progressivamente, podendo levar anos para que o usuário se torne um alcoolista.

De acordo com o levantamento familiar feito em 1999, sobre o uso de drogas nas 24 maiores cidades do Estado de São Paulo, o álcool é a droga de maior prevalência com 53, 2%, seguido do tabaco com 39%, sendo 6% caracterizados como dependência<sup>16</sup>.

A Organização Mundial da Saúde adota a seguinte classificação em relação ao uso de substâncias psicoativas:

Uso na vida: usou droga pelo menos uma vez na vida;

Uso no ano: usou droga pelo menos uma vez nos últimos doze meses;

Uso recente ou no mês: usou droga pelo menos uma vez nos últimos trinta dias;

Uso freqüente: usou droga seis ou mais vezes nos últimos trinta dias;

Uso de risco: apresenta padrão de uso que implica alto risco de dano à sua saúde física ou mental, mas ainda não resultou em doença orgânica ou psicológica;

Uso prejudicial: o uso já está causando dano à saúde física ou mental;

Não usuário: nunca utilizou drogas;

Usuário leve: utilizou drogas no último mês, mas o consumo foi menor que uma vez por semana;

Usuário moderado: utilizou drogas semanalmente, mas não todos os dias, durante o último mês;

Usuário pesado: utilizou drogas diariamente durante o último mês<sup>15</sup>.

Quanto ao tipo, as drogas podem ser classificadas em: depressoras, estimulantes e alucinógenas. Drogas depressoras são aquelas que agem reduzindo a atividade mental do indivíduo consumidor. As drogas são estimulantes quando aceleram a atividade mental; e são denominadas alucinógenas se altera a percepção, provocando distúrbios no funcionamento do cérebro, que passa a trabalhar de forma desordenada.

As principais drogas depressoras são:

a) ansiolíticos ou tranqüilizantes: são os sedativos ou calmantes usados para reduzir a ansiedade e tensão. Provocam relaxamento muscular, sonolência, movimentos não coordenados. Em altas doses reduzem a pressão arterial e concomitante com álcool, aumentam seus efeitos, podendo levar ao coma;

b) álcool etílico: é obtido a partir da cana de açúcar, cereal ou frutas, por processo de destilação ou fermentação. Causa desinibição, euforia, perda da capacidade crítica, sonolência e sedação. O uso excessivo pode provocar náusea, vômito, tremores, suor abundante, cefaléia, lipotímia, agressividade, redução da atenção, da concentração e dos reflexos. Seu uso prolongado pode ocasionar cirrose, atrofia cerebral entre outras doenças;

c) inalantes ou solventes: são substâncias químicas, sendo mais conhecidas como cola de sapateiro, esmalte, lança perfume, loló. Provocam euforia, redução do apetite, alucinações, náusea, vômito e dor muscular. Em doses excessivas, essas drogas reduzem a pressão arterial, as incursões respiratórias e a frequência cardíaca, podendo levar à morte. O uso contínuo causa insuficiência renal, destruição das células nervosas e suicídio<sup>15</sup>;

d) narcóticos: são extraídos da papoula ou sintéticos. Neste grupo temos a heroína, morfina e codeína. Provocam sonolência, torpor, alívio da dor, sedação, sensação de prazer e leveza. Reduzem a pressão arterial, a frequência respiratória e cardíaca, podendo levar à morte.

As principais drogas estimulantes são:

a) anfetaminas: que são substâncias sintéticas que estimulam a atividade física e mental. Provocam diminuição do sono, do cansaço e da fome. Ocasionalmente aumentam a pressão arterial, dos batimentos cardíacos, insônia, ansiedade e agressividade. Consumidas em altas doses, podem fazer surgir distúrbios psicológicos graves, como paranóia e alucinações. Os casos graves de alterações evoluem para complicações cardíacas, circulatórias, convulsão e coma;

b) cocaína e crack: substâncias extraídas da coca, erva encontrada na América. Provocam sensação de poder, euforia, diminuição do cansaço e da fome. Causam taquicardia, sudorese, hipertensão arterial, dilatação da pupila, insônia, ansiedade, paranóia, pânico,

irritabilidade e agressividade. O uso excessivo evolui pra complicações cardíacas, circulatória e cerebral, levando ao infarto do miocárdio;

c) tabaco: provoca sensação de plenitude, reduzindo o apetite. Seu uso prolongado gera problemas circulatórios, cardíacos e pulmonares, além de estar associado a diversos tipos de câncer, como de laringe, pulmão, bexiga, próstata. Em gestantes, aumentam a incidência de aborto, parto prematuro e nascimento de recém-natos de baixo peso.

As principais drogas alucinógenas são:

a) maconha: substância extraída da planta *Canabis sativa*. Provoca excitação seguida de relaxamento, euforia, fome intensa, pupilas dilatadas, boca seca, diminuição da atenção, dos reflexos, memória. O consumo em altas doses pode provocar ansiedade intensa, pânico; e o uso prolongado pode levar a um estado de desânimo generalizado;

b) LSD (ácido lisérgico) e cogumelos: substâncias extraídas de plantas ou sintéticas. Provocam efeitos semelhantes à maconha, porém mais intensos, podendo causar alucinações, delírios, percepção auditiva, visual e tátil deformada;

c) ecstasy: substância sintética do tipo anfetamina. Provoca sensação de plenitude, leveza, aumento da disposição e resistência física, aguçamento sexual. Pode causar alucinações, hipertermia, desidratação e morte. O uso contínuo tende a substituir as sensações agradáveis por ansiedade, medo, pânico e delírios<sup>15</sup>.

Termos como drogadição, toxicomania, farmacodependência, abuso de substâncias, dependência química, uso nocivo ou indevido de drogas ou de substâncias ou entorpecente, foram utilizados no passado, designando o mesmo problema. Atualmente, existem uniformidade e diferenciação em alguns termos<sup>1</sup>.

Até mesmo a Organização Mundial de Saúde propôs mudança em alguns termos, como por exemplo, a substituição do termo vício por dependência. Outros termos também estão sendo substituídos, como toxicômano por dependente, o que denota a intenção de reduzir os estigmas adotados pela sociedade.

*Addictum* era aquele, nas histórias dos romanos, que se assumia como marginal, jogado numa condição inferior<sup>1</sup>. Sendo assim, o termo *adicto* pode evidenciar uma visão preconceituosa.

Nessa pesquisa, utilizou-se diferentes termos, tais como dependente químico, drogado, alcoólatra, para se referir à problemática do álcool e de outras drogas, a fim de manter as citações originais de diferentes autores e depoimentos dos sujeitos, bem como para enfatizar as diferentes situações.

Não se pode deixar de comentar sobre o conceito de tratamento, por entendermos que para atuar junto ao usuário de drogas, é necessário ter ciência da definição deste termo, que se inicia no momento em que o usuário demanda por cuidados de saúde.

A Organização Mundial de Saúde define tratamento como processo que começa quando o usuário de substância psicoativas entra em contato com serviços de saúde, devendo continuar por meio de uma sucessão de ações concretas até alcançar um nível de saúde e bem-estar elevados. Tratamento e reabilitação se definem como um enfoque integral destinado à identificação, assistência, atenção à saúde e integração social das pessoas que apresentam problemas provocados pelo uso de qualquer substância psicoativa<sup>16</sup>.

## **2.2 A Atenção ao usuário de álcool e outras drogas**

### **2.2.1 Políticas públicas**

As políticas de saúde enquanto ações objetivas sob responsabilidade do Estado, começaram a existir no Brasil somente no início do século XX, sendo esta uma política de saneamento<sup>17</sup>.

Na primeira década, os principais problemas de saúde estavam relacionados aos agravos infecciosos e às condições precárias de higiene, trabalho, alimentação e saneamento básico. Em virtude das epidemias, como a febre amarela, varíola e malária é que foi formulada a política de saúde, vigorando assim, o Sanitarismo Campanhista, como modelo hegemônico.

Na década de 20, com a Lei Eloy Chaves, em 1923, registra-se o marco da Previdência Brasileira, com a criação das caixas de aposentadorias e pensões, tendo como finalidade organizar a assistência médica para trabalhadores dos setores econômicos estratégicos, delineando assim, o campo da Medicina Previdenciária.

A década de 30 é caracterizada pela pactuação social. O direito à saúde era voltado para os trabalhadores formais, ou seja, com registro profissional na carteira de trabalho. Foram criadas as legislações trabalhistas e previdenciárias, surgindo os institutos de aposentadorias e pensões, que prestavam benefícios como pensão, aposentadoria e alguns ofereciam assistência médica.

Sendo assim, os direitos de saúde estavam reservados àqueles que podiam comprar os serviços médicos particulares ou aos trabalhadores amparados pela política de saúde pública do governo.

Neste período, houve uma valorização da assistência médica individual, curativa e especializada, em detrimento da saúde pública.

A partir de 1945, deu-se ênfase à construção e à compra de serviços próprios para a assistência médico hospitalar dos institutos, sendo inaugurados os denominados hospitais modernos e os ambulatórios próprios. O Estado também investiu em ações preventivas e curativas contra a tuberculose, inclusive na assistência hospitalar.

As décadas de 50 e 60 foram caracterizadas por uma dicotomia na política de saúde: saúde pública de um lado e do outro, a atenção médica individual.

Em 1974, o Instituto da Previdência Social foi elevado ao nível de Ministério. Houve a expansão da saúde privada, sendo registrado um crescimento acentuado da busca por consultas médicas, do consumo por medicamentos e equipamentos para o diagnóstico e tratamento, fortalecendo as empresas e grupos médicos, voltados mais para o lucro que para saúde.

O final da década de 70 foi marcado pelo pico da crise da saúde, surgindo propostas radicais de políticas alternativas para o sistema de saúde, contrárias ao modelo vigente. Ocorreram movimentos grevistas dos profissionais da saúde. Iniciando um processo de socialização da política de assistência médica. Deflagra-se então, o processo da Reforma Sanitária no País.

A Reforma Sanitária representou um movimento de pessoas que criticavam o sistema em vigor, denunciando as precárias condições de saúde de grande parte da população brasileira, apresentando alternativas para a construção de uma nova política de saúde, efetivamente democrática<sup>17</sup>.

A década de 80 tem sido amplamente estudada, pois se trata do período em que a sociedade civil brasileira passou a considerar a saúde como um direito de cidadania e, então, certas opções políticas do Estado foram nessa direção.

A política de saúde caracterizou-se pela descentralização política administrativa e a ampliação da universalização do acesso aos serviços de saúde, resultando no fim da garantia de saúde apenas às pessoas que possuíam emprego formal. Em 1986, ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, com o objetivo de discutir a Reforma Sanitária. Em 1987, foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), tendo como princípios: a universalização da assistência, equidade no acesso aos serviços de saúde, integração e regionalização dos serviços de saúde, integralidade do cuidado, descentralização das ações de saúde, integração dos serviços de saúde, implementação dos distritos sanitários, constituição e pleno desenvolvimento de instâncias colegiadas gestoras das ações de saúde<sup>18</sup>.

A Constituição Federal de 1988 universalizou o acesso aos serviços de saúde pública e oficializou em seu artigo 196 a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação<sup>8</sup>.

O artigo 198 da referida Constituição define as ações e serviços de saúde públicos como integrantes de uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, organizado, tendo como diretrizes, entre outras, o atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e a participação da comunidade nas políticas de saúde<sup>19</sup>.

A Lei Orgânica da Saúde 8.080/90 foi elaborada não apenas para cumprir o comando constitucional, mas, principalmente, para indicar os caminhos e viabilizar os mecanismos para a consecução do grande objetivo de uma transformação profunda no perfil de saúde exibido pela União<sup>20</sup>.

Entre os objetivos do SUS, destaca-se a assistência às pessoas por intermédio das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas e a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde.

Desta perspectiva, deriva o princípio da integralidade, o qual representa o eixo que norteia as ações de saúde. Na área da saúde mental, incluindo a atenção ao usuário de álcool e outras drogas, este princípio encontra consonância com o novo modelo assistencial em Saúde Mental, de Promoção da Saúde.

A Reforma Psiquiátrica, assim com o Reforma Sanitária, foi resultante da crise na saúde do final dos anos setenta, sendo caracterizada como um movimento, um processo histórico que se constitui pela crítica ao paradigma psiquiátrico hegemônico e suas práticas.

A assistência ao abuso de álcool e outras drogas, tradicionalmente esteve ligada à assistência psiquiátrica, marcada de violação dos direitos humanos e pela má qualidade prestada ao usuário, sendo centrada no modelo hospitalocêntrico<sup>2</sup>.

Na psiquiatria, no Brasil, até este momento o único dispositivo de tratamento para os doentes mentais era o hospital psiquiátrico, onde predominava a assistência médica, centrada na doença. Os hospitais psiquiátricos abrigavam os ditos pela sociedade, louco ou insano, excluindo-os da civilização. Seus dirigentes apresentavam características puramente repressivas.

O Brasil até 1988 não tinha uma política de saúde no âmbito nacional relacionada ao uso de álcool e outras drogas, quando foram propostas ações integradas a fim de evitar duplicidade de recursos e esforços, com a atuação conjunta das três esferas de Governo e seus respectivos órgãos, bem como das Organizações não Governamentais prestando apoio aos Conselhos Estaduais e Municipais Antidrogas.

O Conselho Municipal Antidrogas (COMAD) e/ou Conselho Municipal de Entorpecentes (COMEN) é o órgão encarregado de colaborar com instituições e entidades municipais responsáveis pelo desenvolvimento de ações de redução de oferta e demanda pelo álcool e outras drogas. É também o responsável pela articulação dos movimentos comunitários organizados e pela representação das instituições federais e estaduais no município. A criação deste Conselho contempla a estratégia de municipalização prevista na Política Nacional Antidrogas<sup>21</sup>.

Com a declaração de Caracas, de novembro de 1990, marco dos processos de reforma da assistência em Saúde Mental nas Américas, vinculou-se a atenção psiquiátrica à atenção primária de saúde, permitindo a promoção de modelos alternativos centrados na comunidade e nas redes sociais<sup>2</sup>. Em janeiro de 1992, em consonância com a Declaração de Caracas, foram normatizadas as ações de Saúde Mental no Brasil, por meio da Portaria 224, da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (SNAS).

A Portaria SNAS 224/22 estabeleceu as novas diretrizes para a assistência em saúde mental e definiu também as normas para o atendimento ambulatorial e hospitalar, compreendendo como atendimento em Saúde Mental ao nível ambulatorial, um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas nas unidades básicas/ centros de saúde/ e ou ambulatórios especializados, ligados ou não a policlínicas, unidades mistas ou hospitais. Normalizou os CAPS / NAPS e dimensionou os recursos humanos em toda saúde mental. A psiquiatria assim deixaria de priorizar o modelo hospitalocêntrico, até então predominante, permitindo modelos alternativos centrados na permanência do usuário em seu meio comunitário.

Na ausência de uma mudança efetiva na saúde mental, dez anos após a primeira Portaria para redirecionamento das ações em saúde mental, o Ministério da Saúde estabeleceu a Portaria GM 251, de 31 de janeiro de 2002, redefinindo a assistência psiquiátrica hospitalar e a Portaria GM 336, de 19 de fevereiro de 2002, estabelecendo a construção de novos serviços de base territorial elegendo o CAPS como o dispositivo privilegiado de atenção. Esta define entre outros, a equipe de recursos humanos desta modalidade, incluindo o enfermeiro

na equipe técnica. A inserção do enfermeiro na equipe multiprofissional ratifica o princípio da integralidade.

Neste contexto surgem os Centros de Atenção Psicossocial CAPS, entre eles, o CAPS-AD, para clientela com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, para atendimento em municípios com população maior que setenta mil habitantes. Atualmente segundo levantamentos do Ministério da Saúde, no Brasil existem sessenta e três Serviços de Atenção às pessoas que sofrem com transtornos causados pelo uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Reafirmando que o uso de drogas e álcool é um grave problema de Saúde Pública, reconhecendo a necessidade de superar o atraso histórico de assunção dessa responsabilidade pelo SUS, e buscando subsidiar a construção coletiva de seu enfrentamento, o Ministério da Saúde apresentou, em 2003, suas diretrizes para uma Política sobre o álcool e outras drogas. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral Ao Usuário de Álcool e outras Drogas foi implantada em março de 2003, e depois revisada e ampliada em 2004, sendo hoje o marco das ações no campo das ações aos usuários de álcool e outras drogas. Essa Política possui como diretrizes: intersetorialidade, atenção integral (prevenção; promoção e proteção à saúde de consumidores de álcool e outras drogas; modelos de atenção CAPS e redes assistenciais; controle de entorpecentes e substâncias que produzem dependência física ou psíquica, e de precursores-padronização de serviços de atenção à dependência química).

Em novembro de 2005, ocorreu a 1ª Conferência Pan-americana de Políticas Públicas Sobre o Álcool, em Brasília. Na Declaração de Brasília de Políticas Públicas sobre o Álcool, foi recomendado que a prevenção e redução dos danos relacionados ao álcool devem ser consideradas prioridade de saúde pública para as ações por parte de todos os países da região, devendo ser propostas estratégias baseadas em evidências científicas a fim de reduzir os danos relacionados ao consumo do álcool.

Ao analisarmos a política de saúde vigente, observa-se que apesar do Sistema Único de Saúde vigorar desde 1988, ainda hoje o princípio da integralidade associado à prática profissional encontra-se em construção. Seja por intermédio da reformulação da política de saúde, da qualificação profissional seja pelo desenvolvimento das práticas dos enfermeiros, conseguimos percebe-se a necessidade de mais estudos sobre essa temática.

Quanto à Reforma Psiquiátrica como processo histórico, identifica-se que a mesma insere-se numa totalidade complexa e dinâmica, determinada pelos processos sociais, regionais e nacionais, desde a década de 80 até os dias de hoje<sup>23</sup>.

## **2.2.2 Atuação do enfermeiro junto ao usuário de álcool e outras drogas**

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços por sua promoção, proteção e recuperação<sup>19</sup>.

Entende-se hoje, em consonância com a Constituição Federal, que a saúde passou a ser um direito de todos, e não mais apenas dos trabalhadores formais, como acontecia antes da Reforma Sanitária.

A visão do sofrimento psíquico como doença do corpo é ultrapassada em virtude da ampliação do campo da ciência em relação ao ser humano, por meio da contribuição da psicologia, psicanálise, ciências biológicas, sociais e econômicas, da antropologia, neurociência e neurolinguística, passando a entender o sofrimento psíquico como fruto da existência<sup>24</sup>. A saúde então, transcende ao modelo médico privatista e passa para o âmbito da coletividade.

Entretanto, a realidade encontrada nos dias atuais está longe da saúde preconizada. A exclusão social, a pobreza intensa e a desigualdade socioeconômica fazem surgir grupos mais vulneráveis à ausência de saúde, sendo inserido nestes grupos a população em situação de risco e a que faz uso de drogas.

O contexto histórico, social, político, econômico e cultural que envolve a problemática das drogas é complexo, configurando um problema que ameaça a qualidade de vida das populações, atinge grupos mais vulneráveis, como adolescentes, tornando as drogas um problema para Saúde Pública.

As equipes de saúde ao assistirem aos dependentes químicos devem buscar desmistificá-los, considerando a visão do indivíduo como um ser humano na totalidade de seus direitos de cidadão. Devem dar chance ao indivíduo para errar, fracassar, se expor em todas as suas dificuldades, assistidos por quem entende isto como um processo, um caminho de pessoas que não acreditam nas instituições sociais, que não as tiveram como um modelo, mas que são passíveis de refazer seus percursos<sup>14</sup>.

Essa visão totalizadora é pautada no princípio da integralidade, o qual o enfermeiro na perspectiva da Promoção em Saúde necessita desenvolver junto à população. É necessário, assim, conhecer as políticas públicas para ter subsídios para implementá-las e realizar cuidados de forma integral.

A aplicação da integralidade implica reconhecer que os serviços de Atenção Primária envolvem ações promocionais, preventivas e curativo-reabilitadoras providas de forma

integrada, por meio da Vigilância da Saúde, englobando os sujeitos do sistema e suas inter-relações com os ambientes natural e social, não se limitando mais o cuidado ao indivíduo, e sim o estendendo à família, comunidade, trabalho<sup>26</sup>.

O enfermeiro, nesta área, precisa conhecer os mecanismos, agentes e instituições formuladoras de políticas de fomento a fim de estabelecer parcerias, acessando fatores de recursos intelectuais, técnicos e financeiros para produzir conhecimento e desenvolvimento de tecnologias sociais<sup>27</sup>.

Em estudo realizado sobre o trabalho em Saúde Coletiva e a Enfermagem, por meio das concepções dos gerentes das Unidades de Saúde de Porto Alegre, evidenciou-se a necessidade de aproximação dos princípios do SUS, no contexto da Saúde Pública, pelos enfermeiros<sup>28</sup>.

As condutas adotadas pelos enfermeiros diante do usuário de álcool e outras drogas envolvem ações preventivas e promocionais da saúde, curativas e reabilitadoras. Há uma ambigüidade de correntes acerca da prevenção. A primeira acredita que as campanhas de prevenção deverão ser direcionadas a adolescentes jovens, o que permitirá a implementação de ações preventivas e a outra corrente afirma que a prevenção deve ser voltada para pais e educadores.

As medidas de prevenção são classificadas em relação ao uso em<sup>14</sup>:

- Universais: atingem toda população com a finalidade de atrasar ou prevenir o uso abusivo de álcool e outras drogas. A equipe que atuará com essas medidas não precisa ser especialista em saúde, apenas necessita de treinamento adequado.
- Seletivas: destinadas a subgrupos, geralmente de risco, com o objetivo de atrasar ou prevenir o abuso e detectar fatores de risco para combatê-los. Os participantes para adoção de tais medidas são recrutados e a equipe precisa ser habilidosa porque aborda diversos âmbitos que a problemática do álcool e outras drogas engloba.
- Indicadas: destinadas para indivíduos que já apresentam abuso no uso de álcool e outras drogas, com o objetivo de deter o progresso do abuso e suas complicações. A equipe necessita ser altamente qualificada.

As informações sobre prevenções precisam passar confiabilidade, o que nos remete a questionar acerca do preparo do enfermeiro nesta área, pois o mesmo prestará assistência direta e ações educativas, não tendo como ficar fora deste contexto por ser uma problemática crescente de saúde, afetando a população em geral<sup>8</sup>.

Os enfermeiros realizam práticas em educação em saúde, sendo recurso humano fundamental na drogadição, pela função que exerce no processo de comunicação com diferentes grupos da comunidade: crianças, adolescentes, adultos, idosos e outros.

Programas direcionados às comunidades necessitam de uma busca inicial de informações que permita conhecer a realidade local, o estilo de vida e a incidência do uso, devendo incluir estratégias mais adequadas para o acesso local, veiculação das mensagens, monitoramento e avaliação continuada das iniciativas<sup>24</sup>.

Nos diversos serviços de saúde, este profissional deve estar atento às possibilidades de detectar precocemente o uso de álcool e outras drogas, a fim de reduzir os possíveis danos. Além disso, deve sensibilizar o usuário para buscar alternativas de tratamento.

Em virtude do alto consumo de drogas por adolescentes, os programas de saúde que assistem a esta demanda, como o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente (PAISMCA), precisam não perder oportunidades junto à clientela usuária de drogas.

Adolescentes gestantes pouco sabem sobre os problemas que as drogas ocasionam ao feto. A literatura relata que pode ocorrer síndrome de abstinência nos recém-natos nas primeiras horas, sinais de diminuição dos reflexos musculares, dificuldade intensa para sugar e irritabilidade. As equipes de saúde perdem oportunidades de realizarem tanto para mulher quanto para família, ações de promoção e prevenção, embora as adolescentes grávidas necessitem da enfermagem para identificar precocemente os problemas relacionados ao uso abusivo de drogas, a fim de estabelecer durante o pré-natal informações, especificando os riscos da adicção e das comorbidades durante a gestação<sup>11</sup>.

A assistência ao usuário de álcool e outras drogas exige contato direto dos enfermeiros com os usuários, familiares e comunidades, além de embasamento teórico adquirido nos diversos campos do saber. O diálogo é fundamental no relacionamento terapêutico e deve ser permeado por solidariedade, respeito e compaixão.

O enfermeiro é um profissional que ao longo de sua trajetória, caracterizou-se por estar diuturnamente em contato direto com aqueles que se encontram sob seus cuidados, tendo construído uma larga experiência no campo dos relacionamentos interpessoais, desenvolvendo ações de promoção da saúde, prevenção, educação, curativas, de reabilitação e reinserção social, tanto nas instituições de saúde, educação, como na própria comunidade<sup>3</sup>.

Embora o enfermeiro por meio de sua experiência tenha desenvolvido habilidades que podem ser usadas não somente para assistência mas também em ações educativas junto ao usuário de álcool e outras drogas, a realidade encontrada na área de saúde durante a formação

acadêmica é distinta. No âmbito universitário, na área de saúde, o número de profissionais que consomem substâncias psicoativas está cada vez maior. Excesso de carga horária, independência financeira tardia, grande responsabilidade e quantidade de trabalho, o enfrentamento da morte e do sofrimento humano, privação do convívio familiar e lazer podem ser fatores desencadeantes para o uso de drogas entre estudantes e profissionais de saúde.

Para intervir junto ao usuário de álcool e outras drogas, é fundamental que o profissional esteja preparado. Por essa razão, o conteúdo acerca da dependência química deve ser visto com atenção na formação na área de saúde. Por isso, para maior eficiência em intervenção transdisciplinar, docentes da UNIFESP, com apoio da OMS/OPS, desde 1998, lideram juntos de outras universidades encontros e projetos de pesquisa com o objetivo de incluir e trabalhar adequadamente essa temática nas graduações, o que tem gerado na enfermagem alguns resultados, tais como crescimento do interesse pela temática e incentivo ao desenvolvimento de pesquisa<sup>12</sup>.

O fenômeno da droga é um problema multidimensional, não podendo ser descrito apenas como a relação entre o indivíduo e o consumo de substância. A compreensão que se tem do problema gerado pelo álcool e drogas indicam a assistência necessária, sendo esta entendida como conjunto de medidas terapêuticas, não excludentes, aplicadas a uma pessoa para aliviar os transtornos decorrentes do uso problemático de drogas visando a sua recuperação e reinserção social<sup>3</sup>.

Há serviços que orientam suas ações junto ao usuário de álcool e outras drogas em preceitos de credos religiosos, em fatores orgânicos, intrapsíquicos, relacionais, de contexto, entre outros. Deste modo, geralmente, a assistência prestada é fracionada; alguns se restringem à desintoxicação, outros prestam assistência centrada nos aspectos psicológicos e relacionais e outros incluem a promoção e a inclusão social<sup>3</sup>.

A assistência ao usuário de drogas exige contato direto com os usuários, familiares e comunidade, além de embasamento teórico que transite por vários campos do saber.

Considera-se como grande desafio para os enfermeiros que possam intervir junto ao usuário de álcool e outras drogas neste século, lidar com situações cotidianas com segurança, conhecimento e liderança para encaminhamento das questões e tomada de decisões<sup>10</sup>.

Apesar dos desafios que enfrentam, os enfermeiros realizam atendimento terapêutico individual (medicamentoso e psicoterápico); atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, oficina terapêutica); visita domiciliar; atividades comunitárias, visando trabalhar a integração do paciente na família e comunidade e suas inserções sociais; identificar e encaminhar os casos de comorbidades; atendimentos à desintoxicação.

O enfermeiro deve identificar o usuário de álcool e outras drogas como pessoas sensíveis, com problemas emocionais. E ao estabelecer um relacionamento interpessoal, deve evidenciar interesse positivo, pois assim, pode contribuir para o tratamento desse usuário.

### **2.3 O Modelo promoção da saúde**

A Promoção da Saúde é definida como um conjunto de atividades voltadas ao desenvolvimento de recursos que mantenham ou intensifiquem o bem-estar da pessoa. Nesse entendimento a ameaça de doença não é tomada como o determinante para o comportamento de promoção da saúde<sup>29</sup>.

Pode-se dizer que, a Promoção da Saúde é um processo que proporciona à população os meios necessários para exercer um controle sobre sua própria vida e assim melhorá-la. Este conceito foi criado em 1986, na I Conferência Internacional sobre Promoção em Saúde, em Ottawa.

Segundo a Organização Panamericana de Saúde (OPS), as ações visam um resultado concreto em um longo prazo, porém com efeitos a médio e curto prazo. É por meio de ações educativas e preventivas que se alcançará a promoção em saúde.

A OPS realiza atividades destinadas a promover um amplo debate sobre o conceito de saúde, baseado no desenvolvimento humano e na qualidade de vida, transcendendo a preocupação com a cura, incluindo a prevenção, informação e conhecimento para uma vida saudável. Além disso, preconiza a ação dos países membros em cinco campos: estabelecimento de políticas públicas saudáveis; criação de condições de vida; habitações dignas; aquisição de atitudes pessoais e reorientação dos serviços de saúde.

Desde 1970, a Organização Mundial de Saúde (OMS) já se preocupava em estabelecer a Estratégia Mundial de Saúde para Todos, a ser alcançada por meio dos cuidados primários de saúde, definidos na Declaração de Alma-Ata, que foi o marco para se investir em estratégias para promoção de saúde. Nesse período, Saúde para Todos significava politicamente um apoio à equidade.

A partir da Alma Ata são propostas mudanças com ênfase na atenção primária e começa-se a falar em promoção, primordialmente, valorizando a participação comunitária e a ação intersetorial. São destacadas três estratégias de promoção de saúde: defesa da causa (saúde); capacitação dos profissionais de saúde e afins e mediação de implementação de medidas governamentais e comunitárias. As ações de promoção à saúde necessitam ser

elaboradas com as comunidades e instituições, como educação, saúde, justiça, empresas e meios de comunicação em massa.

Na promoção da saúde, o profissional atua como facilitador, intermediário, interlocutor, articulador, negociador entre os diferentes sistemas da sociedade, como saúde, educação, legislativo e transporte.

Em 1986, ocorreu a I Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde, em Ottawa. Nesse evento, a compreensão da promoção da saúde era o de um processo político e social global. Foi sugerida uma ação mais propositiva de defesa da saúde da população. Surgiu a noção de capacitação baseada em Freire e Illich, tais como auto-ajuda, auto cuidado, redes sociais e reforço comunitário<sup>27</sup>.

Em 1988 ocorreu a II Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde, na Austrália, com objetivo de se estabelecer políticas públicas saudáveis e, em 1991, na Suécia, aconteceu a III Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde. Nesse evento estabeleceram-se princípios para criar meios favoráveis à saúde. Em 1997, no México, houve a IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, com o tema “Novos Atores para uma Nova Era - Adaptar a Promoção em Saúde para o Século XXI”. Estabeleceu-se o princípio de investimento social e as definições das prioridades para o século XXI, ou seja, a responsabilidade social.

Em 2000 aconteceu a V Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde. Então foram referendadas as recomendações anteriores, reconhecendo a promoção de saúde juntamente com o desenvolvimento social, como dever e responsabilidade do governo a ser partilhado por todos os setores da sociedade.

Promover a saúde é lidar com estilos de vida, buscá-la de maneira mais saudável, ou seja, capacitar o indivíduo para uma vida melhor. A promoção de saúde e o fenômeno das drogas possuem uma ligação direta, pois a redução do fenômeno demonstra que as pessoas possuem discernimento sobre o que é melhor para si, aprendidos através da informação e educação<sup>27</sup>.

Os profissionais de enfermagem são agentes chaves no processo da transformação social dos países, participando no desenho e implementação de programas e projetos de promoção de saúde, prevenção do uso e abuso de álcool e outras drogas e integração social<sup>27</sup>.

O Ministério da Saúde vem definindo estratégias de promoção, prevenção e assistência aos usuários de álcool e drogas com ênfase na reabilitação e reinserção social dos mesmos. As estratégias envolvem ampliação da rede ambulatoria; fortalecimento de iniciativas municipais

e estaduais visando o tratamento ambulatorial; e a internação hospitalar quando necessária, com ênfase nas ações de reabilitação psicossocial.

Nessa perspectiva, são criadas as Secretarias Nacionais e Municipais Anti-Drogas, visando à atuação mais efetiva relacionada à promoção e prevenção do uso de drogas, por meio da capacitação de recursos humanos e de cooperação técnica nacional e internacional; da produção de material informativo e instrucional; da realização de pesquisa de opinião sobre consumo de drogas; de campanhas publicitárias voltadas para o público em geral, bem como para grupos de riscos; e de implantação de novos serviços especializados em álcool e drogas, expandindo os Centros de Habilitação Psicossociais para o usuário de álcool e outras drogas (CAPS-AD).

Vale ressaltar que se faz necessário investir em ações visando uma perspectiva preventiva na abordagem do uso de álcool e outras drogas e implementação de políticas e programas que invistam no potencial dos jovens, permitindo-lhes possibilidades de optar por outros caminhos, visto que o indivíduo que realiza algum projeto, que espera conseguir seus objetivos se responsabilizando pelos resultados, tem menor chance de se envolver com drogas<sup>24</sup>. Em outras palavras, um dos problemas que contribuem para o abuso de drogas é a limitação do indivíduo para responder criativamente às situações difíceis impostas pela vida<sup>30</sup>.

Em 2003, como resultado de uma parceria entre o Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, Presidente do Conselho Nacional Anti-drogas e Ministério do Trabalho e Emprego foi sancionada a Portaria Interministerial n. 10, de 10/07/2003, buscando reduzir o consumo de substâncias psicoativas na população brasileira, especificadamente por trabalhadores.

Sua criação foi baseada na gravidade do uso de álcool, levando a absenteísmos, licenças médicas, aposentadorias precoces, além do afastamento por doenças físicas e mentais, bem como aumento da incidência de acúmulo de trabalho devido ao uso de drogas. A referida Portaria considera a necessidade de implantação das ações de promoção de saúde e de vida no trabalho, tendo em vista que muitos ambientes de trabalho são favoráveis ao consumo das drogas.

Vale ressaltar que o uso de álcool e drogas ou substâncias psicoativas tornou-se o primeiro problema de Saúde Pública em escala mundial, associada à situação extrema de conduta humana, como comportamento violento e depressões, se constituindo um grave problema social, relacionado ao desemprego e exclusão.

A promoção da saúde, como campo de ações edificado a partir do setor saúde, nos remete a tomar posição, a participar enquanto setor do campo social, não mais na postura

assistencial de atender às vítimas, mas como cidadãos sujeitos em defesa de vida. Impõe - nos a necessidade de construir com os demais setores da sociedade uma nova perspectiva de viver, que leve em conta os estímulos das relações solidárias, tolerantes, afetivas amorosas. Colocamos diante da responsabilidade pela construção de espaços acolhedores e saudáveis, e leva-nos a perseguir não a hegemonia de um conhecimento sobre o outro, mas a refletir e nos responsabilizarmos sobre uma nova ordem de desenvolvimento que se desgarre do simples processo econômico e do consumo e leve em conta o ser humano, o social e o compromisso futuro<sup>27</sup>.

É nessa premissa que se inserem os CAPS-AD, onde por meio de atividades sociais, culturais e artísticas vinculadas ao cuidar, desenvolvem-se atividades de promoção da saúde e reabilitação psicossocial aos usuários do serviço. Estas atividades atualizam a potencialidade criativa dos profissionais e usuários, sendo a arte tomada como uma estratégia de cuidar.

Visando a capacitação dos recursos humanos dos profissionais junto aos usuários de drogas, em 1986, os Estados membros da Organização dos Estados Americanos (OEA) abordaram o problema do tráfico ilícito de drogas e seu uso indevido e estabeleceram a Comissão Interamericana para o Controle do Abuso de Drogas (CICAD) tendo como objetivo promover e facilitar uma estreita colaboração entre os países para o controle do tráfico, da produção e consumo ilícito de drogas.

As metas do CICAD envolvem diversos aspectos, entre eles capacitar o enfermeiro e outros profissionais de saúde e da educação para promover saúde, prevenir o uso de drogas, tratar e reinserir o dependente na sociedade; promover pesquisas sobre as tendências no uso de drogas e os fatores associados ao consumo das substâncias, utilizando questionários e método padronizado, com vistas à comparabilidade dos dados no tempo e entre os países<sup>31</sup>.

A CICAD tem um programa de ação de cooperação intensa entre países da América Latina e do Caribe, em áreas prioritárias. Entre as ações, destaca-se: redução da demanda de drogas, redução da oferta e desenvolvimento alternativo.

Em 1997, a CICAD deu início ao desenvolvimento do projeto de formação de capacitação de enfermeiros em relação às questões das drogas, em universidades da América Latina. Esse projeto foi incorporado pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

### **2.3.1 Concepção do processo de cuidar**

O cuidado nasce do interesse, responsabilidade, preocupação, afeto e, em geral, tem uma conotação maternal, pois implica ajudar a crescer. Inclui prover, além da atenção e do afeto, o conforto e demais atividades que possibilitem o bem-estar, a restauração do corpo e da alma e a dignidade da pessoa como um ser singular<sup>32</sup>.

Ao longo da vida precisamos do cuidado para nossa própria existência como ser, em relação ao meio ambiente, às pessoas que convivem conosco e também o auto cuidado. Em outras palavras, a atitude adequada para vida é o cuidado, o respeito, a veneração e a ternura<sup>33</sup>.

O cuidado de Enfermagem se diferencia de outras formas de cuidar por ser justamente um ato com intenção terapêutica e por isso, além de exigir alta competência técnica, exige compromisso ético dos agentes<sup>34</sup>. O cuidado é a ética da enfermagem e deve ser analisado tomando-se algumas premissas básicas, como as de humanidade, sensibilidade, solidariedade<sup>35</sup>.

O principal enfoque da Enfermagem está nas atitudes de cuidado que derivam da perspectiva humanística combinados com a base do conhecimento científico. O cuidado é o atributo mais valioso que a Enfermagem tem para oferecer à humanidade, apesar de ter recebido, ao longo do tempo, menos ênfase do que os outros aspectos da prática de Enfermagem<sup>36</sup>.

Na teoria do Cuidado Humano, de Jean Watson, atitudes humanísticas precisam ser desenvolvidas baseadas no altruísmo e no conhecimento científico. A autora diz que a mente e as emoções da pessoa são as janelas de sua alma. Deste modo, o atendimento de enfermagem pode ser físico, de procedimentos, objetivo e fatural, mas, no nível mais elevado da Enfermagem, as respostas do cuidado humano, as transações de cuidado humano e a presença das enfermeiras no relacionamento transcendem o mundo material físico limitado pelo tempo e espaço e fazem contato com o mundo emocional e subjetivo da pessoa como rota para o ser interior e o sentido mais alto do ser<sup>36</sup>.

Trabalhando baseado na teoria de Jean Watson, com essa perspectiva do cuidado, o enfermeiro vai além da concepção tecnicista e do modelo médico, evidenciando suas ações de cuidar do outro de uma forma integral, em que o corpo, a mente e o espírito fazem parte do contexto. Desta forma, consegue acolher o usuário de álcool e outras drogas, criando um vínculo e assim, uma relação de parceria e co-responsabilidade.

Cuidar em Enfermagem é, antes de tudo, “encontrar-se com”. Encontrar-se com uma pessoa, muitas vezes percebida somente como paciente portador de um determinado diagnóstico. Nessa forma de perceber, o outro é reduzido a sintomas ou síndrome, pouco

restando da pessoa. Encontrar-se com o outro é encontrar-se com uma história, com uma trajetória, com sonhos, desejos, crenças e descrenças, valores, saberes e expectativas. Reconhecer o outro como sujeito é uma imposição àqueles que desejam exercer sua profissão na assistência ao usuário de drogas<sup>3</sup>.

É importante que os profissionais que atuam junto aos usuários de álcool e outras drogas, considerem a necessidade de uma visão totalizadora, indo além do corpo, de forma mais integral e humana de atuação.

Os dependentes químicos carregam consigo a dor do acentuado desencontro em relação a si mesmo e a dor da carência de referenciais seguros, da falta de adequados suportes identificatórios, em uma sociedade que privilegia as aparências em detrimento da essência de cada pessoa<sup>24</sup>.

Acredita-se que, a base teórica para o enfermeiro trabalhar junto ao usuário de álcool e outras drogas no modelo da Promoção da Saúde ideal é a associação da teoria de enfermagem de Jean Watson, pelo seu caráter humanístico altruísta, subjetivo e integral aliado à Teoria Transdisciplinar, de René Barbier, através da Escuta Sensível.

A “escuta sensível” é um tipo de escuta próprio do educador, segundo a abordagem transversal. Trata-se de um escutar-ver, que recebe a influência da abordagem rogeriana em ciências humanas, inclinando-se para a terapia interpretativa da meditação no sentido oriental do termo. A “escuta sensível” se apóia na empatia. É necessário sentir o universo afetivo, imaginário e cognitivo do outro para poder compreender de dentro suas atitudes.

A “escuta sensível” reconhece a aceitação incondicional de outrem. Não julga, não mede, não compara. Entretanto, compreende sem identificar às opiniões do outro, ou o que é dito ou feito. Propõe um trabalho sobre o eu-mesmo, através da nossa relação com a realidade, com o auxílio eventual de um terceiro ouvinte (psicanalista, psicoterapeuta, ou sábio, no sentido oriental). Ela procura compreender a empatia, o sentido existente em uma prática ou situação<sup>37</sup>.

O diálogo é fundamental no relacionamento terapêutico, permeado de simpatia, comiseração e compaixão. O enfermeiro deve identificar o usuário de álcool e outras drogas como pessoas sensíveis, com problemas emocionais e que ao estabelecer um relacionamento interpessoal que evidencie interesse positivo, pode contribuir para o tratamento<sup>10</sup>.

### **2.3.2 Formação profissional do enfermeiro**

Os enfermeiros têm demonstrado um crescente interesse por novos conhecimentos, novas práticas, novas abordagens, fato constatado no crescente índice de cursos de pós – graduação, o que é positivo, em virtude de todo cuidado prestado pelo enfermeiro necessitar ser baseado em conhecimentos científicos, sendo fundamental para trabalhar com a clientela usuária de álcool e outras drogas. A prática de cuidar em enfermagem deve ser retroalimentada pela prática de pesquisar como forma de dar cientificidade e visibilidade a essa prática, possibilitando assim, melhor compreensão da profissão<sup>38</sup>.

No que se refere à formação profissional do enfermeiro para atuar junto ao usuário de álcool e outras drogas, há uma necessidade de que o conteúdo da dependência química seja visto com especial atenção na formação dos profissionais de saúde, para melhor prepará-lo para uma intervenção mais específica e transdisciplinar<sup>12</sup>.

As universidades precisam se conscientizar de sua responsabilidade social, já que cabe a elas oferecer na graduação condições para que o aluno adquira as competências necessárias ao exercício da profissão, ou seja, as universidades devem fornecer o preparo para o futuro enfermeiro atuar na redução da demanda de drogas e para cuidar das pessoas envolvidas nesta problemática<sup>10</sup>.

Pesquisas identificam a necessidade das instituições de ensino superior investir na ministração de conteúdos sobre álcool e drogas na graduação, além de discutirem acerca da grade curricular, pois o assunto é abordado de forma muito superficial, geralmente na disciplina de saúde mental. Sendo assim, os cuidados de enfermagem tornam-se prejudicados em decorrência da falta de conhecimento dos enfermeiros junto aos usuários de álcool e outras drogas.

Outros pesquisadores ao indagarem alunos acerca das informações recebidas sobre dependência química tiveram como resposta que estas informações foram recebidas na universidade, por jornais, revistas, palestras, televisão, internet e na vivência com usuário de drogas, sendo a informação adquirida na universidade de maior consistência teórica, devido aos conteúdos presentes nas disciplinas de Psicologia Aplicada à Enfermagem, Farmacologia e Enfermagem em Saúde Mental. Estes conhecimentos são aplicados em seções educativas, trabalhos comunitários e atividades junto a estudantes do ensino fundamental e médio, além de estágios curriculares e seminários, durante a graduação.

A literatura aponta a necessidade de trabalhar melhor a temática dependência química, mostrando que os alunos se sentem poucos preparados para trabalharem com esta clientela. Quanto ao uso pelos alunos, é alarmante o índice dos que responderam fazer uso de álcool e inalantes, o que demonstra que, provavelmente, eles têm pouca noção de que substâncias

lícitas, como o álcool, são drogas que trazem enorme ônus à sociedade, no âmbito familiar, psicossocial e econômico<sup>12</sup>.

É necessário buscar alternativas para que os acadêmicos sejam profissionais conscientes que assumirão responsabilidades significativas como cuidadores e compreendam que o cuidado só pode ser ofertado quando o cuidador está em posse de sua integridade física, psíquica, emocional e espiritual<sup>12</sup>.

Assim, trabalhar na prática do cuidado humano requer do indivíduo um preparo bio-psico-socio-emocional intenso, pois só desta forma o cuidado poderá ser melhor instrumentalizado em assistência.

A falta de conhecimento dos dependentes químicos a respeito das conseqüências é grande e as campanhas educativas devem ser sensíveis aos fatores sociais e culturais que contribuem para iniciação ao uso de drogas. Devem referenciar ações de cuidado consigo próprio, seu corpo, bem-estar e proteção, ou seja, valorização da vida.

A criação dos cursos de pós-graduações lato e *strictu sensu* possibilitou o ingresso às pesquisas no campo de ação da enfermagem, e com isso a aquisição de novos conhecimentos, ampliando a visão de coletividade. Os enfermeiros assim tendem a se desvincular do paradigma biomédico, assumindo visões das crenças sociais, antropológicas e políticas.

A maneira de entender a gênese do uso de drogas guiará as ações no campo da prevenção, do tratamento, da inclusão social e as concepções sobre os motivos pelos quais as pessoas usam drogas. Percebe-se que o assunto é complexo e que deveria ser dada mais ênfase nos cursos de graduação<sup>3</sup>.

### **2.3.3 Modelos de intervenção em saúde**

Os novos modelos assistenciais disponíveis à enfermagem, na área de drogas, têm como objetivo promover iniciativas no âmbito comunitário, bem como na assistência direta, tanto ao indivíduo como à família e grupos específicos da comunidade.

Modelos assistenciais são combinações tecnológicas utilizadas pela organização dos serviços de saúde em determinados espaços/ populações incluindo ações sobre o ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e usuários de diferentes unidades prestadoras de serviços de saúde com distinta complexidade<sup>18</sup>.

No Brasil, os modelos de intervenção em saúde vigentes além da Promoção de Saúde, são o modelo assistencial sanitarista, o modelo médico-assistencial privatista e o modelo médico assistencial alternativo.

No Modelo Assistencial Sanitarista, presente na Saúde Pública tradicional, os problemas são enfrentados por meio de campanhas e de programas especiais que concentram-se nas ações de controle aos agravos ou grupos de riscos<sup>18</sup>.

O Modelo Médico Assistencial Privatista, predominante no Brasil, está voltado para a demanda espontânea, atendendo aos indivíduos que na dependência do seu grau de conhecimento ou sofrimento, procuram por iniciativa própria os serviços de saúde. Sendo assim, os grupos populacionais que não percebem a existência de problemas de saúde, não serão assistidos. Assim, esse modelo no Brasil, tende a ser predominantemente curativo, prejudicando o atendimento integral.

O Modelo Médico Assistencial Alternativo visa à integralidade da atenção à saúde da população em um dado território e o impacto sobre a mesma. Proporciona uma oferta organizada em função dos principais agravos e grupos prioritários, reorientando a demanda.

Os principais modelos explicativos existentes para o fenômeno das drogas são<sup>39</sup>: modelo ético-legal, modelo moral, modelo médico ou doença, modelo psicológico ou psicossocial e modelo sociológico ou sociocultural.

O Modelo ético-legal está vinculado à concepção do direito e segurança social. Identifica o indivíduo como transgressor, que requer sanção legal.

O Modelo moral considera o indivíduo como o responsável por suas ações. Desenvolve o sentimento de culpa e o tratamento baseia-se na motivação.

O Modelo médico considera o indivíduo como um doente que apresenta um conjunto de sintomas clínicos. Preconizam a abstinência total, com os grupos de auto-ajuda Alcoólicos Anônimos (AA) e Narcóticos Anônimos (NA). A intervenção preventiva centra-se no valor à saúde. Considera-se que o indivíduo conscientizado pela educação recebida evita o uso.

O Modelo psicológico ou psicossocial baseia-se no comportamento social é aprendido por observação e imitação. Inclui o aprendizado social, familiar e traços da personalidade.

O Modelo sociológico ou sociocultural resulta de inúmeras forças sociais. Enfatiza o meio cultural e suas crenças. Destaca a importância do ambiente na conduta da pessoa, na interação de elementos sociológicos e culturais. A ação preventiva proposta é a mudança nas condições sociais dirigidas a grupos marginalizados, visando à qualidade de vida e integração na comunidade.

O atendimento ao usuário de álcool e outras drogas requer enfoque holístico no entendimento da causa e sua aplicabilidade no atendimento. Há necessidade de um ambiente acolhedor, da empatia, garantindo ao indivíduo assistência integral e contínua, a fim de que se possa estabelecer o vínculo necessário para o bem – estar da pessoa. Nessa forma de agir,

penso que a espiritualidade deve se fazer presente, o que é comum nas comunidades terapêuticas.

Podemos encontrar na tradição ocidental greco-judaico-cristã, uma visão holística que centra sua perspectiva numa comunhão entre arte, ciência e mística, que é a tradição dos terapeutas, que tinham como missão cuidar do que não é doente e sim do corpo e do desejo, cuidando do imaginário para uma consciência plena para finalmente cuidar do outro. Já entre os gregos, terapia era cuidar do próprio ser e medicina do próprio corpo, sendo assim, terapeuta é aquele que cuida do ser humano, de modo integral.

A arte de cuidar inclui o reconhecimento de uma interligação entre o si e o outro, condição da terapêutica, ou seja, cuidado de mim e do outro com o mesmo empenho e busca ajuda quando não tenho os meios para todo o cuidado<sup>40</sup>.

As intervenções em saúde realizadas pelo enfermeiro podem ser descritas como: de natureza propedêutica e terapêutica complementares ao ato médico e de outros profissionais; ações de natureza terapêutica e propedêutica de enfermagem; de natureza complementar de controle de risco; de natureza administrativa e de natureza pedagógica dirigida à enfermagem.

A assistência ao usuário de álcool e outras drogas perpassa por diferentes modalidades terapêuticas, entre elas: tratamento ambulatorial em hospital dia, os Centros de Atenção Psicossocial, internação para agravos sérios de saúde, comunidades terapêuticas, abordagem familiar, grupos de auto-ajuda, entre outros e intervenção breve. Neste estudo, optou-se por se restringir àquelas em que haja atuação do enfermeiro ou possa a vir ocorrer, por meio de normalizações que o amparem legalmente.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um serviço comunitário que tem como papel cuidar das pessoas que sofrem de transtornos mentais e a clientela usuária de álcool e outras drogas possui como alternativa de tratamento o CAPS-AD.

Os CAPS-AD devem se responsabilizar pelo acolhimento de 100% da demanda dos usuários de álcool e outras drogas de seu território, garantindo atenção ao usuário, familiares e comprometendo-se com a construção dos projetos de inserção social, evitando a internação do usuário de álcool e outras drogas em instituições fechadas.

O tratamento por meio de internação foi por muito tempo o único meio disponível na assistência psiquiátrica, tendo gerado diversos problemas, tais como a ruptura do doente mental e conseqüentemente, do usuário de álcool e outras drogas com o seu vínculo familiar e comunitário, reduzindo-o a um ser institucionalizado, sem as suas identificações pessoais, à espera da morte física, pois certamente sua alma e emoções morriam a cada dia.

As internações hospitalares devem seguir algumas indicações, de preferência, deve ser proposto o atendimento ambulatorial, evitando assim a retirada da pessoa de seu âmbito familiar e social. Geralmente a internação ocorre em caso de comportamento auto e hetero-agressivo, suicida, síndrome de abstinência, tratamento de co-morbidades e por ineficiência do serviço ambulatorial. Vale ressaltar que nos casos em que a internação é inevitável, deve-se dar preferência para que ocorra em hospitais gerais, embora não seja esta a realidade constatada, na maioria dos casos.

Um outro dispositivo de atenção ao usuário de drogas, é a Comunidade Terapêutica, definida como serviço de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, em regime de residência ou outros vínculos de um ou dois turnos, segundo modelo psicossocial, unidades que tem por função a oferta de um ambiente protegido, técnica e eticamente orientados, que forneça suporte e tratamento aos usuários abusivos e/ou dependentes de substâncias psicoativas, durante período estabelecido de acordo com o programa terapêutico adaptado às necessidades de cada caso. É um lugar cujo principal instrumento terapêutico é a convivência entre pares. Oferece uma rede de ajuda no processo de recuperação das pessoas, resgatando a cidadania, buscando encontrar novas possibilidades de reabilitação física e psicológica, e de reinserção social<sup>41</sup>.

Na Comunidade Terapêutica o residente deve estar ciente de que o mesmo é o autor da sua própria cura, ficando a equipe com a responsabilidade de proporcionar apoio e ajuda<sup>64</sup>. Dessa forma, pode-se dizer que as Comunidades Terapêuticas possuem uma abordagem de auto-ajuda, fora das correntes psiquiátricas e psicológicas que a longo prazo resulta em uma mudança pessoal e de estilo de vida para seus residentes<sup>42</sup>.

A Comunidade Terapêutica é um campo vasto para as ações do enfermeiro para promoção em saúde, possibilitando a construção de forma criativa e inovadora de um novo estilo de vida do residente, contribuindo para sua reinserção social de forma significativa.

Diante do crescente consumo de substâncias psicoativas pelos adolescentes, múltiplas estratégias de intervenção têm sido propostas nas últimas duas décadas, na tentativa de reduzir os problemas associados. Uma delas é o modelo de intervenção breve, que tem despertado crescente interesse aos profissionais de saúde porque resultados obtidos com tratamentos intensivos não têm demonstrado superioridade quando comparado com abordagens breves. Os altos custos com tratamentos intensivos justificam a procura de novas formas de tratamento, como as intervenções breves<sup>43</sup>.

Intervenção breve refere-se à modalidade de atendimento com tempo limitado, cujo foco é a mudança de comportamento do paciente. Os passos dessa intervenção são: orientação

preventiva e intervenção breve. A Orientação preventiva ocorre entre dois a três minutos. São fornecidos folhetos informativos sobre modo de ação, principais efeitos e prejuízos, com comentários do facilitador. A Intervenção breve ocorre em vinte minutos, incluindo os seguintes aspectos: aplicação do teste modelo DUSI, responsabilidade, aconselhamento, menu de opções empatia e auto-eficácia.

A Aplicação do teste modelo DUSI (ANEXO A) e resultado indicam riscos associados ao padrão de consumo em relação às questões afirmativas.

A Responsabilidade é baseada em dar ênfase à resposta pessoal diante da mudança de comportamento.

O Aconselhamento é baseado em orientações claras com vistas à mudança de comportamento, discutindo possíveis metas e fornecimento dos folhetos informativos para quem não participou da orientação preventiva.

O Menu de opções é quando se faz à indicação das situações de risco do uso e oferecimento de várias estratégias para os adolescentes enfrentá-las.

A Empatia deve ser abordada em todos os aspectos.

A Auto-eficácia trata da crença na capacidade de realizar tarefas determinadas, estimulando a autoconfiança.

A Intervenção Breve na rede extra-hospitalar é importante porque permite a detecção e intervenção precoce dos usuários de álcool e outras drogas<sup>44</sup>.

Nas unidades básicas de saúde são observados três tipos de produção de trabalho dos enfermeiros: tradicional transição e inovadora<sup>44</sup>.

Na primeira, o trabalho do enfermeiro está em continua transformação, como quando em determinados momentos de escuta e interpretações de fala dos usuários o profissional se responsabiliza junto com ele, em torno do problema a ser enfrentado.

Na segunda, na de transição, os enfermeiros planejam suas atividades, principalmente às educativas, que se concretizam por meio da puericultura, do atendimento ao desnutrido, às gestantes e aos hipertensos. Após os enfermeiros estabelecerem um vínculo com o usuário referencia o indivíduo para outro profissional ou para si próprio.

Nas últimas, as inovadoras, ocorrem um planejamento das ações que são realizadas a partir da análise de necessidades das famílias e definição de prioridades, sendo a estratégia de Saúde da Família norteadora das ações da equipe.

Na assistência ao usuário álcool e outras drogas de drogas, as unidades inovadoras terão maior eficácia para trabalhar com esta clientela, visando à Promoção da Saúde.

No vácuo de propostas concretas para o atendimento ao usuário com transtorno mental na atenção básica, foi sugerida a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica, por meio da articulação entre esta e aquela, com a organização do apoio matricial, no qual as responsabilidades são compartilhadas entre as equipes de saúde mental e da atenção básica, tendo como estratégia prioritária a formação profissional dos recursos humanos para atuarem na atenção básica junto às pessoas com transtornos mentais. Nessa proposta exclui-se a lógica do encaminhamento, pois visa aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local. Onde há CAPS, os membros da equipe farão o apoio matricial às equipes de atenção básica.

Nos municípios onde o número de CAPS não é suficiente para garantir apoio matricial a todas as equipes da atenção básica é possível compor o apoio com a implantação de novos CAPS e com a criação de equipes de apoio matricial compostas no mínimo por um médico psiquiatra ou generalista com formação em saúde mental, dois técnicos de nível superior, podendo ser o enfermeiro e auxiliares de enfermagem para no mínimo 6 e no máximo 9 equipes de PSF ou para grupos populacionais de 15 a 30 mil habitantes.

O Ministério da Saúde ressalta que a fim de que as ações de saúde mental sejam desenvolvidas na atenção básica, é fundamental a capacitação dessas equipes.

Esta capacitação deve ser operacionada por meio dos Pólos de Educação Permanente, podendo ser financiada por meio de recursos do Projeto de Apoio à Extensão do Programa Saúde da Família (PROESF), de recursos da Secretaria de Gestão do Trabalho e de Educação na Saúde (SEGTES) para os Pólos de Educação Permanente em Saúde, de recursos específicos da Coordenação Geral de Saúde Mental e das parcerias entre gestores locais e estaduais.

Para se alcançar uma práxis mais criadora e transformadora em oposição à hegemonia na saúde é preciso haver uma educação permanente que busque alternativa e soluções para problemas reais e concretos que surgem no dia a dia do trabalho em saúde, a partir de discussões conjuntas e participativas, proporcionando conhecimento novo e, conseqüentemente, transformação da prática de saúde<sup>44</sup>.

Em geral, a ação educativa realizada pelos enfermeiros se restringe ao corpo como biológico. Se o processo saúde-doença fosse visto em diversos âmbitos, como o social, a ação educativa poderia ser um instrumento transformador da realidade de saúde. A ruptura com o modelo curativo é processual e não depende somente do enfermeiro. O acúmulo de fazeres da enfermagem indica mudança na qualidade do cuidado<sup>44</sup>.

## **3 METODOLOGIA**

### **3.1 Tipo de estudo**

Realizou-se uma pesquisa exploratória de campo, de abordagem qualitativa, no período de julho de 2005 a janeiro de 2006, com trinta enfermeiros da Região Centro Sul Fluminense.

A pesquisa de campo buscou a descrição e exploração de fenômenos, em cenários naturais e teve como finalidade examinar profundamente as práticas, comportamentos, crenças e atitudes dos enfermeiros, enquanto em ação, na vida real. O pesquisador realizou diretamente a coleta de dados para compreender o modo de atuação da enfermagem junto ao usuário de drogas<sup>45</sup>.

### **3.2 Localizando o cenário do estudo**

O estado do Rio de Janeiro é composto por noventa e dois municípios, com população estimada em 2001, pelo IBGE, em 14.367.083 habitantes, com base no Censo Demográfico 200046.

Estes municípios estão divididos em oito regiões geográficas, pelo Centro de Informação e Dados do Rio de Janeiro, órgão da Secretaria de Estado de Planejamento (ANEXO B). No âmbito da Secretaria de Estado de Saúde, utiliza-se basicamente a mesma divisão geográfica, com pequenas adaptações para atender aos fluxos já existentes de necessidade de atenção à saúde.

A região selecionada para o desenvolvimento desta pesquisa, a Centro Sul-Fluminense é composta pelos municípios de Areal, Comendador Levy Gasparian, Engenheiro Paulo de Frontin, Mendes, Miguel Pereira, Paraíba do Sul, Paracambi, Paty de Alferes, Sapucaia, Três Rios e Vassouras. Possuem 294.987 habitantes, representando 2,05% da população do estado do Rio de Janeiro. A referida região foi subdividida no âmbito do Centro de Programação em Saúde da Subsecretaria de Planejamento e Desenvolvimento, em duas microrregiões: Centro-Sul I (CS I) e Centro-Sul II (CS II). (ANEXO C)

Microrregião constitui o espaço privilegiado da descentralização da saúde, e, portanto, da organização do campo dos Serviços de Saúde<sup>26</sup>.

A regionalização da assistência, incluindo a microrregionalização e a configuração dos módulos assistenciais foi proposta pela Norma Operacional de Assistência – NOAS 2001<sup>47</sup>.

Em 2001, foram realizadas as Oficinas de Planejamento Estratégico da Regionalização da Assistência à Saúde no estado do Rio de Janeiro, tendo como resultado a elaboração do Plano Diretor de Regionalização. Neste plano, foram apresentadas as prioridades de intervenção na Região Centro-Sul Fluminense, Entre elas, registra-se a integração com os municípios na área da saúde, Programa Saúde da Família, Promoção e Vigilância em Saúde e qualificação dos profissionais.

Para efeito de estudo selecionou-se a Microrregião CS I, que compreende os municípios de Areal, Comendador Levy Gasparian, Paraíba do Sul, Sapucaia e Três Rios, abrangendo uma população de 153.610 habitantes. Esta microrregião está subdividida em dois módulos assistenciais: CS I-1-Três Rios que compreende os municípios de Três Rios, Areal, Comendador Levy Gasparian e Sapucaia e CS I-2 - Paraíba do Sul, que inclui apenas o município de Paraíba do Sul.

Areal possui 10.419 habitantes e trinta leitos cadastrados ao SUS, nas especialidades básicas, no hospital municipal. Possui quatro Unidades de Saúde da Família, coordenadas por enfermeiros. Os seguintes Programas do Ministério da Saúde no município são coordenados por enfermeiros: Programa Vigilância em Saúde (VIGISUS), Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente (PAISMCA) e o Programa Nacional de Imunização (PNI). Totalizam oito enfermeiros em atividade profissional extra-hospitalar. No âmbito da Saúde Mental, existe o Ambulatório de Saúde Mental, não tendo enfermeiro lotado neste serviço.

É relevante apontar que neste município, há uma enfermeira especialista em Enfermagem Psiquiátrica lotada como Coordenadora do PAISMCA, não exercendo atividades diretamente na Saúde Mental.

Comendador Levy Gasparian tem 8.185 habitantes e não há leitos cadastrados ao SUS. Há três Unidades Saúde da Família, sob coordenação do fisioterapeuta.

A coordenação do Programa de Epidemiologia, nesse município, possui Serviço de pronto atendimento e ambulatório no Centro Municipal de Saúde, com apenas uma enfermeira chefe, lotada. Além do programa de Epidemiologia, há outros órgãos assistenciais como a Casa da Criança, onde funciona o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança, sob coordenação de um enfermeiro. Há ainda o Programa Nacional de Imunização cuja coordenação é exercida por uma enfermeira, porém a mesma encontrava-se em licença maternidade na época da pesquisa.

Em Levy Gasparian, há também o CAPS I, tendo um enfermeiro como integrante da equipe técnica. Trata-se de uma rede extra-hospitalar, na qual atuam sete enfermeiros, sendo apenas um lotado na área de Saúde Mental.

Três Rios é o município sede do módulo CS I-1 e tem 78.830 habitantes, conta com 247 leitos hospitalares, sendo 49,39% em clínica psiquiátrica. Há também no município um hospital geral, filantrópico, conveniado ao SUS e dezenove Unidades de Saúde da Família, com mais quatro subunidades, sob Coordenação de um enfermeiro. O município possui ambulatório e pronto atendimento na Policlínica Municipal, onde também funciona o Programa de Saúde Coletiva, coordenado por uma enfermeira sanitária. Os programas do Ministério da Saúde DST / AIDS, Imunização, Epidemiologia e Vigilância Sanitária também são coordenados por enfermeiros.

No município há vinte e quatro enfermeiros lotados em unidades de saúde extra-hospitalares, não tendo enfermeiro na área de saúde mental, exceto no âmbito hospitalar, onde há apenas uma enfermeira, assumindo o cargo de chefe de enfermagem, no hospital psiquiátrico privado, conveniado ao SUS.

Neste município, sede do módulo assistencial CS I1, como dispositivo de saúde mental, existe apenas o hospital psiquiátrico e o Programa de Saúde Mental, inexistindo os novos modelos de atenção, como CAPS Lares Protegidos e Oficinas Terapêuticas. O número de leitos psiquiátricos ainda é elevado e o número de habitantes justificava os novos dispositivos de Saúde Mental, além de o município ser sede do módulo assistencial CS I-1, o que deveria prover a região.

Sapucaia tem 17.689 habitantes e 21 leitos, distribuídos por especialidades básicas, no hospital municipal. Possui ambulatório no Centro Municipal de Saúde, onde funcionam os Programas de Tuberculose, com enfermeiro integrante e PAISMCA, coordenado por um enfermeiro. Existem sete Unidades de Saúde da Família, coordenados por enfermeiro. Inexistia serviço de saúde mental no município na época em que foram realizadas as coletas de dados, mas ao término desta pesquisa, o município oficializou a abertura do Programa Municipal de Saúde Mental, tendo em sua coordenação um profissional enfermeiro, o qual foi Chefe de Enfermagem por mais de dez anos do hospital psiquiátrico Estadual Teixeira Brandão. Totalizam-se onze enfermeiros na rede extra-hospitalar de saúde, do referido município.

Paraíba do Sul, único município do módulo CS I-2, tem uma população de 38.487 habitantes. Existem 61 leitos no hospital filantrópico, conveniado ao SUS e um hospital municipal em construção. As Unidades Saúde da Família totalizam em número de dezesseis,

sob coordenação de duas enfermeiras. Há também uma Policlínica Municipal, com dois enfermeiros; um Centro Materno Infantil, com duas enfermeiras, sendo uma a coordenadora do PAISMCA e, a segunda, a responsável técnica da unidade, mas esta se encontrava em licença no período das entrevistas. Os Programas de Vigilância Sanitária e Epidemiologia são coordenados por enfermeiros. Além disso, o município conta com o CAPS I e o CAPS-AD, com apenas um enfermeiro em cada órgão. No município há uma Comunidade Terapêutica, tendo uma enfermeira compondo a equipe. Na área de Saúde Mental, identificam-se vinte e três enfermeiros lotados na rede extra-hospitalar de saúde.

### **3.3 Os sujeitos do estudo**

Os sujeitos deste estudo são trinta enfermeiros que exercem suas atividades profissionais na rede extra-hospitalar de saúde, da Região Centro Sul-Fluminense - microrregião I. Esse universo representa 41,09% do total de enfermeiros que desenvolvem suas ações na rede extra-hospitalar da microrregião CS-I.

Os enfermeiros selecionados estão lotados nas seguintes Coordenações de Programas do Ministério da Saúde: Programa Saúde da Família (PSF), Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente (PAISMCA), Epidemiologia, Vigilância em Saúde; em unidades do PSF; CAPS I; CAPS AD e Comunidade Terapêutica.

Como critério inicial de escolha, adotou-se a inclusão de enfermeiros coordenadores de Programas, enfermeiros de unidades básicas e lotados em serviços alternativos de saúde mental. Consideram-se como amostra ideal àquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões. A amostragem tem que abranger todos os atores que compõem o programa, sendo necessário incluir os profissionais responsáveis pela aplicação das políticas públicas<sup>48</sup>.

Como segundo critério de escolha, adotou-se a disponibilidade apresentada pelos enfermeiros, agendada previamente junto às Secretarias Municipais de Saúde. Não houve recusa por parte dos enfermeiros selecionados para aceitação da entrevista.

Dos cinco municípios, três tiveram uma participação efetiva, aceitando de imediato e cooperando para que fossem viabilizadas as entrevistas, mobilizando previamente os enfermeiros, por meio das Coordenações de PSF a participarem do estudo, inclusive disponibilizando funcionários para acompanhar-me até as unidades mais afastadas a fim de que conseguisse chegar para as entrevistas.

Os municípios possuem uma área geográfica extensa, principalmente na zona rural, onde ficam diversas unidades de PSF, além dos sub-postos, de difícil acesso, de modo que seria difícil à chegada sem a cooperação das Secretarias.

É importante ressaltar, que a Região Centro Sul-Fluminense, mais precisamente a microrregião I, possui características bem diferentes dos grandes centros urbanos. Por exemplo, a área não urbana é extensa, predominando nos interiores a pecuária, sendo comum, principalmente nas sub-unidades de PSF, nos depararmos com boiada, tendo que aguardar calmamente a passagem dos animais para seguir em frente.

Muitas ruas não são asfaltadas, sendo de barro, o que nas fortes chuvas de verão se tornam esburacadas, com lama e várias valas. Houve momentos em que a enfermeira que me acompanhava com uma técnica de enfermagem as subunidades precisou conduzir o meu carro, devido ao fato de eu não conseguir dirigir, pois o barro escorregava e o carro não conseguia força para subir as ladeiras. Os horários de ônibus são escassos e várias vezes ao chegar nas unidades o enfermeiro já havia saído, porque depois não teria mais ônibus.

O último município a participar (Três Rios), abriu o campo para entrevista já no final das entrevistas, quando faltavam apenas três para concluir a amostra selecionada.

Compareci no referido município quatro vezes, sendo desmarcado pela Coordenação do PSF do município, em virtude de não ter resposta do Secretário de Saúde quanto à autorização para entrevistar os enfermeiros.

Todos os enfermeiros aceitaram prontamente serem entrevistados, mesmo aqueles que não me conheciam.

O que ajudou foi o contato prévio com os coordenadores, assim, quando eu chegava para realizar a entrevista, já havia o interesse dos enfermeiros em participar da pesquisa.

É interessante registrar que estes profissionais não enfermeiros tiveram a sua co-participação, sendo parceiros junto aos enfermeiros, levando-me até as unidades de saúde extra-hospitalares, questionando sobre o projeto, como seria o retorno da pesquisa ao município e até indicando as melhores pousadas para que pudesse pernoitar.

Para descrição dos sujeitos, adotou-se a utilização de quadros, para melhor visualização e compreensão.

Municípios	Enfermeiros existentes na Rede	Enfermeiros entrevistados extra-
------------	--------------------------------------	--

	hospitalar	
Areal	08	07
Comendador Levy Gasparian	07	03
Paraíba do Sul	23	13
Sapucaia	11	04
Três Rios	24	03

**Quadro 1:** Distribuição dos enfermeiros lotados na rede extra-hospitalar e dos entrevistados, de acordo com o município onde desenvolvem suas atividades profissionais. Região CS-I, 2006.

Considerando o perfil dos municípios em relação ao número de enfermeiros lotados em unidades extra-hospitalares e de enfermeiros entrevistados pode-se dizer que a escolha do quantitativo de sujeitos por município teve um percentual significativo. O baixo percentual de Três Rios é explicado em virtude de este município só ter autorizado a abertura do campo para cenário da pesquisa, ao término do processo de coleta de dados.

Nome da Instituição Formadora	Número de enfermeiros entrevistados
USS / RJ	15
UFJF / MG	05
UFF / RJ	02
FUSVE / ES	01
UCP / RJ	01
UNIFOA / RJ	01
UFRJ / RJ	01
FELM / RJ	01
UNIPAC / MG	01
FESO / RJ	02
TOTAL	30

**Quadro 2:** Instituição de formação dos enfermeiros entrevistados da Região CS-I, 2006

Os dados indicam que 76,6% dos enfermeiros da Região Centro Sul-Fluminense-CSI são graduados por universidades e faculdades do estado do Rio de Janeiro, 6,6% por universidades de Minas Gerais e 3,3% por faculdade do Espírito Santo. O estado de Minas Gerais faz fronteira com a Região CS-I, o que justifica o número de graduados neste estado. Há um elevado número de egressos da Universidade Severino Sombra (50%) que está localizada na Região Centro Sul-Fluminense-microrregião I.

Quanto ao tempo de trabalho no atual serviço, dos trinta entrevistados, 60% possuem tempo de serviço menor ou igual há um ano. Este fato pode ser justificado em virtude do regime de contratação de contrato por prazo determinado de um ano, gerando uma rotatividade da equipe de saúde, ficando o profissional por um tempo insuficiente pra realização de um planejamento a médio e longo prazo. Os enfermeiros que estão há mais tempo, pertencem a municípios que realizaram concurso público há tempos ou são cedidos pela SES ou MS. Os profissionais novatos são inseridos na unidade sem o devido

treinamento. Geralmente há uma rotatividade entre os municípios, ou seja, acaba o contrato em um local e eles vão para outro.

SERVIÇO	NÚMERO
PAISM	02
CAPS I	02
CAPS AD	01
Comunidade Terapêutica	01
Epidemiologia	01
PAISMCA	01
PSF	20
Vigilância em saúde	01

**Quadro 3:** Lotação dos enfermeiros entrevistados em Serviços extra-hospitalares de saúde dos entrevistados.CS-I/2006

Conforme Quadro 3, os sujeitos estão lotados em sua maioria em unidades de PSF, em virtude de ser a unidade extra- hospitalar predominante na região.

A descentralização política administrativa é uma proposta do SUS, sendo o Programa Saúde da Família a estratégia de governo a fim de garantir universalidade do acesso à população.

Com relação à idade percebeu-se uma população na maioria jovem, encontrando equivalência com a população brasileira. Também me parece que os jovens formaram-se na era PSF.

Quanto ao estado civil, que a maioria é solteira, o que nos remete a pensar que os mesmos se formam e estão em busca da sua estabilidade profissional antes de assumirem laços familiares.

A maior parte dos enfermeiros entrevistados reside no município em que trabalha, sendo assim, conhecem a área e comunidade, facilitando a inserção em sua área adstrita e na construção de vínculos.

A maioria dos enfermeiros possui mais de um emprego, o que encontra equivalência com a realidade brasileira, segundo dados estatísticos do Conselho Federal de Enfermagem<sup>49</sup>.

### 3.4 Técnica de coleta de dados

Para atingir os objetivos deste estudo, utilizou-se a entrevista como meio para obtenção de informações, selecionando-se a modalidade de entrevista semi-estruturada (Anexo D). Os dados foram coletados, gravados e posteriormente foram transcritos pela própria pesquisadora.

A valorização das palavras, a vivacidade das narrações e os sentimentos contidos e transmitidos por meio dos discursos. Foram reavivados com a utilização do gravador, colocando novos meios de captar o real à disposição das ciências sociais.

As entrevistas semi-estruturadas apresentam-se como uma modalidade de interação intermediária entre os modelos estruturados (aquele com perguntas fechadas e uma trajetória de coleta de dados pré-fixada) e os não-estruturados (uma trajetória de interação com total liberdade para o entrevistado). Desta maneira, a entrevista semi-estruturada apresenta perguntas abertas, com possibilidade de introdução de novas questões decorrentes da interação entrevistador-entrevistado, mas possui, ao mesmo tempo, um roteiro que permite ao pesquisador adquirir as informações necessárias ao desenvolvimento de estudos<sup>48</sup>.

A entrevista objetiva a coleta de produção discursiva e que se caracteriza como uma situação de interação finalizada<sup>50</sup>.

As entrevistas podem servir para a coleta de dois tipos de dados, quais sejam, os objetivos e concretos (possuem suas fontes também em censos e estatísticas) e os subjetivos, que se traduzem na verbalização de atitudes, valores e opiniões do entrevistado<sup>6</sup>.

### **3.5 Procedimentos éticos de pesquisa**

Neste estudo foram respeitados os princípios éticos da realização de pesquisa com seres humanos determinados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde<sup>51</sup>.

O projeto foi encaminhado ao CEP em 07 de dezembro de 2004, sendo protocolado CEP CMM / HUAP 206/04 e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Faculdade de Medicina / Hospital Universitário Antonio Pedro da Universidade Federal Fluminense em 15 de dezembro de 2004, sendo aprovado por seus próprios fundamentos (Anexo E).

O termo de autorização individual para a coleta de dados por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido também foi encaminhado e autorizado pelo CEP e posteriormente foram entregues aos sujeitos participantes do estudo, para que tomassem ciência e registrassem o consentimento (Anexo F).

### 3.6 Fases do trabalho de campo

O trabalho de campo começou somente após a aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa, sendo então iniciados as entrevistas em duas unidades do Programa Saúde da Família da Faculdade de Medicina de Petrópolis, como pré -teste para avaliação e validação do roteiro de entrevistas.

As entrevistas foram gravadas e transcritas posteriormente. Como não houve dificuldade de entendimento, as perguntas foram mantidas, assim como os dados de identificação dos sujeitos.

Desde o início da pesquisa, houve um entrosamento com os enfermeiros coordenadores. Primeiro pensou-se em desenvolver a pesquisa no município de Areal, onde além de atuar como fiscal do COREN-R trabalhei anteriormente como enfermeira plantonista no hospital municipal.

Procurei então o Secretário Municipal em exercício, ainda em 2004, quando iniciei o mestrado e expus o desejo de utilizar o município como cenário da minha pesquisa para saber se havia a viabilidade, visto que não sou funcionária do município, atuando apenas em visita de fiscalização. O mesmo aceitou prontamente e a ele disse que na verdade, gostaria de ampliar o campo, visto que Areal só possui sete enfermeiros na rede básica, onde até então pretendia trabalhar.

Foi sugerido pelo então Secretário Municipal de Saúde de Areal, que incluísse os municípios que fazem parte do mesmo consórcio intermunicipal que Areal, oferecendo a fazer contato com os respectivos Secretários de Saúde para que liberassem o campo.

Resolvi então optar pela Região Centro-Sul Fluminense, especificamente a microrregião I, por ser composta pelos cinco municípios que pertencem a minha área de fiscalização. Após a assinatura autorizando o campo para pesquisa, parti para o município de Paraíba do Sul, onde se concentra o maior número de unidades de saúde da minha área.

Em Paraíba do Sul, o primeiro contato foi realizado com uma enfermeira do Centro Materno Infantil, procurei também a enfermeira coordenadora do PSF, que fez contato com a Secretária de Saúde. Posteriormente foi autorizada a pesquisa. Prossegui em direção ao município de Comendador Levy Gasparian, sendo recebida pelo Coordenador do PSF, que é fisioterapeuta. Este se propôs a passar a intenção para o Secretário de Saúde e logo depois fez contato autorizando.

Para a liberação em Sapucaia, fiz contato na Secretaria de Saúde com uma Técnica de Enfermagem, pois a enfermeira coordenadora do PSF havia saído do município recentemente.

Esta Técnica me apresentou a nova enfermeira coordenadora do PSF, que no mesmo dia me apresentou ao Secretário de Saúde, que também liberou o campo.

Paralelamente, tentava contato com o município de Três Rios, mas sempre quando ia, não conseguia ser recebida pelo Secretário de Saúde e a enfermeira Coordenadora do PSF ficou de tentar contato com o Subsecretário de Saúde, mas não obtive retorno.

A enfermeira coordenadora do PSF em Três Rios fez contato e aceitou participar da pesquisa, liberando assim o último município que faltava. Como já havia realizado vinte e sete visitas, terminei as três últimas neste município.

Em Areal as enfermeiras também participaram bastante, permitindo que uma técnica de enfermagem me acompanhasse nos sub postos para mostrar o caminho. Um dia, inclusive, a enfermeira me acompanhou, dirigindo inclusive meu carro, pois fomos a um sub posto de difícil acesso, onde não consegui conduzir o carro, devido aos declives no chão de barro das estradas. Neste dia, tivemos inclusive que esperar a boiada passar para liberar o acesso. Esta realidade muitos profissionais dos grandes centros urbanos nunca vivenciaram.

Compartilho com os profissionais da minha região uma vida mais tranqüila, mas não necessariamente mais fácil. Grandes dificuldades são enfrentadas, como a dificuldade de acesso a muitas unidades, principalmente pelos enfermeiros que não possuem carro.

Há postos onde para se chegar, é necessário andar quilômetros em ruas de barro, pois os horários de ônibus são escassos ou às vezes, inexistente. O mesmo ocorre com a população, que precisa vencer os obstáculos da natureza para chegarem nos serviços de saúde.

Nesta hora, tem-se a certeza do quanto de avanço o SUS proporciona à população, principalmente com a estratégia do PSF, onde a população consegue ser assistida em sua área adstrita.

Para enriquecer os dados ampliei meu campo além das unidades básicas de saúde, incluindo estes novos dispositivos de atenção, passando a trabalhar na pesquisa com enfermeiros da rede extra-hospitalar de saúde.

Interessante também registrar a troca de Secretários de Saúde, que mantiveram o campo aberto em prol dos benefícios que a pesquisa representa.

Ao término da fase exploratória de campo, concluiu-se que os sujeitos foram muito mais que participantes da pesquisa, foram verdadeiros parceiros estando solidários durante uma fase de vida tão difícil para mim.

Estreitaram-se laços que jamais serão esquecidos e tão importantes para a realização do cuidado. Pode-se dizer que esta forma de cuidar é a que os usuários de álcool e outras drogas necessitam, pois aqueles que desejam ajuda, precisam de acolhimento, compaixão e

solidariedade, sentimentos estes que me foram dados e continuam até hoje, quando por meio de e-mails e ligações telefônicas, perguntam sobre a data da defesa, se podem me ajudar mais em alguma coisa.

Espera-se brevemente estar de volta nesse campo, desenvolvendo junto um trabalho conjunto, em parceria para a clientela usuária de drogas.

### **3.7 Procedimento de análise dos dados**

Adota-se como método de análise dos dados, a análise de conteúdo, definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações procurando reconhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruçam<sup>48</sup>.

Para análise dos dados, segue-se a orientação da Minayo<sup>48</sup> para operacionalização da análise temática<sup>80</sup>. Na pré-análise, realizam-se exaustivas leituras do material transcrito das entrevistas, retornando por diversas vezes ao início e também aos objetivos da pesquisa.

Na exploração do material, realizam-se recortes por temas repetidos nas falas, classificando-os em tabelas para facilitar a quantificação, explorando em seguida os significados.

No tratamento de dados, trabalharam-se os resultados brutos em operações estatísticas simples, trabalhando apenas com percentual. A partir daí decorreram-se as interpretações, obedecendo a seqüência em que as questões foram apresentadas conforme o roteiro de entrevistas, embora muitas vezes precisasse agrupar falas ditas em outras questões ou no final da entrevista, quando perguntava se o entrevistado queria acrescentar algo ou se teria ainda alguma dúvida em relação à sua participação no trabalho. A partir dessas questões extraíram-se muitos dados significantes.

A análise de conteúdo é uma interpretação baseada na dedução-inferência e visa ultrapassar o nível do senso comum e do subjetivismo. É uma interpretação com vista a alcançar uma vigilância crítica diante das entrevistas ou outros documentos<sup>6</sup>.

Uma das técnicas principais para análise do material produzido por entrevista semi-estruturada é a análise de conteúdo, sendo este o método previsto para o estudo em questão.

Neste trabalho, analisaram-se os dados obtidos da seguinte maneira:

Em um primeiro momento agruparam-se os dados de identificação dos entrevistados, em quadros, por item de identificação respondido, com a finalidade de traçar o perfil dos sujeitos.

No segundo momento, agruparam-se os discursos dos entrevistados para responder a cada pergunta, a fim de identificar os temas a serem trabalhados.

No terceiro momento, agruparam-se os dados a partir das perguntas elaboradas no roteiro de entrevistas de acordo com as respostas, recortando as trinta entrevistas por questão.

No quarto momento, criaram-se tabelas de acordo com os temas emergidos, a fim de analisá-los, em resposta aos objetivos da pesquisa.

No quinto momento, reduziram-se as respostas de acordo com os temas e não mais por perguntas de cada questão, visto que algumas questões em suas respostas complementavam outras, criando assim, seis temas para análise.

Finalizando, os temas foram analisados, transcrevendo as falas agrupadas, analisando e apresentando dados bibliográficos sobre os temas abordados.

## **4 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Para efeito de apresentação dos resultados encontrados na pesquisa, os dados foram organizados por sua natureza quantitativa e qualitativa.

Inicialmente, são apresentadas as características da demanda de usuário de drogas nos serviços de saúde extra-hospitalares, a qual ocorre de forma espontânea, por busca ativa, trazido por terceiros ou referenciado por outros serviços. Alguns enfermeiros não identificam esta demanda em suas unidades.

No segundo momento, apresenta-se a capacitação dos enfermeiros, a fim de descrever se os mesmos atuam junto ao usuário de drogas com o devido preparo e, se este é proveniente da sua formação acadêmica, ou por aprimoramento, seja decorrente do seu emprego, por meio da Educação Permanente seja por procura do próprio enfermeiro, por meio da Educação Continuada.

No terceiro momento, apresentam-se os níveis de intervenção dos enfermeiros na rede extra-hospitalar de saúde, sendo evidenciadas ações preventivas, curativas e reabilitadoras. Ações do enfermeiro não descritas junto ao usuário de álcool e outras drogas, à família e à comunidade. Analisam barreiras e possibilidades para atenção ao usuário de drogas, evidenciando como dificuldades os problemas relacionados ao próprio enfermeiro, à instituição e ao usuário de drogas e como possibilidades a Educação Permanente em Saúde, o aperfeiçoamento em saúde mental, a promoção em saúde, a integralidade das ações e o redirecionamento da demanda, por busca ativa.

Por último, analisam-se os serviços de saúde extra-hospitalares existentes nos municípios, em conformidade com a legislação de saúde mental.

### **4.1 Características da demanda dos usuários de álcool e outras drogas na rede de saúde extra-hospitalar**

Na tabela 1, observou-se que os usuários de álcool e outras drogas chegam ao serviço de saúde das seguintes formas: por demanda espontânea direta; por demanda espontânea indireta; por busca ativa; trazido por terceiros e referenciados por outros serviços de saúde; e referenciados pelo local de trabalho do usuário.

Entende-se como demanda espontânea direta, a procura do indivíduo ao serviço de saúde por causa relacionada diretamente ao álcool e outras drogas, seja para recebimento de

medicamentos, como no caso dos ansiolíticos seja para resolução de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas ou co-morbidades.

Entende-se por demanda espontânea indireta, a procura pelo serviço de saúde para resolver um problema de saúde não relacionado diretamente ao uso de álcool e outras drogas.

Entende-se por busca ativa o comparecimento do enfermeiro ao domicílio do indivíduo, para a visita domiciliar, seja por solicitação da família seja pela captação do agente comunitário de saúde, com a finalidade de propor alguma alternativa de redução de danos ao usuário de álcool e outras drogas.

Entende-se como trazido por terceiros, quando a pessoa não chega ao serviço de saúde por meios próprios, mas acompanhado por outra pessoa, que o socorreu, em virtude do uso abusivo de álcool e outras drogas.

Quanto à demanda referenciada, ocorre entre serviços de saúde, pelo sistema de informação, usando formulário de referência e contra-referência, ou por meio de outros setores não específicos da saúde, como o próprio local de trabalho do funcionário que possui transtorno relacionado ao uso de álcool e outras drogas. Também foram registrados casos de demanda não identificada.

Para melhor caracterizar essa demanda apresenta-se a tabela abaixo.

**Tabela 1:** Características da demanda do usuário de álcool e outras drogas no serviço de saúde da rede extra-hospitalar da Região Centro Sul-Fluminense –Microrregião I, 2005.

Característica da demanda	Frequência	%
Espontânea direta	07	23,3
Espontânea por causa indireta	11	36,6
Busca ativa	08	26,6
Trazido por terceiros	01	3,33
Referenciado por outros serviços de saúde (PSF/CAPS/DST)	05	16,6
Referenciado pelo local de trabalho do usuário	01	3,33
Demanda não identificada	04	13,3

OBS. Admite mais de uma resposta. Para efeito do cálculo do percentual foi utilizado n=30.

Conforme a Tabela 1, observou-se que a demanda de atendimento dos usuários de álcool e outras drogas ocorre, principalmente, de forma espontânea indireta (36,6%), seguida de espontânea direta (23,3%), busca ativa (26,6), referenciados por outros serviços (16,6 %),

trazido por terceiros (3,3%), referenciado pelo local de trabalho do usuário (3,3 %) e não identificados(13,3 %). Este dado aponta para uma lógica de atendimento ao usuário de álcool e outras drogas, a qual se baseia, predominantemente, no acaso (demanda indireta) ou para atender a um problema já instalado. Isso indica a visão de um atendimento tradicional, centrado na doença e não em um atendimento planejado e com ênfase na promoção da saúde, conforme preconizado pelas políticas de atenção ao usuário de álcool e outras drogas.

A seguir, com base nos depoimentos, discutiram-se as características específicas das demandas diante dos diferentes serviços da rede extra-hospitalar analisados.

✓ Demanda espontânea direta

Verificou-se entre as demandas espontâneas diretas, que em alguns casos ocorrem em função do usuário de álcool e outras drogas buscarem a unidade para receber ansiolíticos.

“Estou no município há seis meses, recém-formado e o que a gente pode observar é que há realmente uma procura, inclusive para recebimento de medicações ansiolíticas” (Enfermeiro D5).

Com base no depoimento acima, é importante destacar que as drogas lícitas, frequentemente prescritas, muitas vezes, não trazem preocupações para a equipe de saúde. Contudo, é preciso haver mais seriedade e melhor critério, já que o uso abusivo de drogas lícitas constitui dependência química.

É preciso que o enfermeiro atente para o problema real que faz com que a pessoa procure por esses medicamentos de forma indiscriminada e possa propor trabalhos educativos a fim de prevenir novos problemas.

Conforme mostra a literatura, a prescrição sintomática de tranqüilizantes, indutores de sono e antidepressivos, leviana, irresponsável, substitutiva de vínculos afetivo-compreensivos, substitutiva do respeito e atenção, já se tornaram grande problema de saúde pública<sup>52</sup>.

A demanda espontânea também pode ser facilitada por meio da interação de equipe e comunidade, conforme o depoimento abaixo:

“A demanda ocorre decorrente da interação da equipe do PSF e comunidade, de forma espontânea” (Enfermeiro B8).

Evidentemente a comunidade é um importante aliado para propostas de atenção em saúde mais resolutivas, engajadas e pautadas em princípios promocionais da saúde, conforme<sup>72</sup>.

Para que se possa resgatar a proximidade com o cliente, entendido como ser humano, é preciso preocupar-se com ele, de maneira significativa, contribuindo assim para melhor qualidade de vida da pessoa.

A arte de cuidar inclui o reconhecimento de uma interligação entre si e o outro, identificando valores e princípios a serem reafirmados profissionalmente. O cuidado somente surge quando a existência de alguém tem importância para nós e assim, nos dedicamos e nos dispomos a participar de sua vida<sup>53</sup>.

Observou-se que o Enfermeiro D4, não possui a mesma interação com a comunidade, como ocorre com o Enfermeiro B8.

“A demanda é espontânea, porém não é grande. Não existe muita procura pelo serviço, apesar de eu ter consciência que aqui na área do sub-posto tem bastante dependente de álcool” (Enfermeiro D4).

A resposta acima merece uma reflexão, pois embora o enfermeiro descreva que a demanda pelo atendimento seja pequena, reconhece que há um índice elevado de dependentes de álcool em sua região sem, contudo, relatar qualquer trabalho que tenha sido feito pela unidade no sentido de captar tal clientela, ou ainda, sem explicitar uma preocupação com propostas de promoção da saúde ou com os riscos.

Fatores de risco são atributos individuais, situacional e ambiental, que contribuam para a probabilidade do uso, abuso ou piora e fatores de proteção como àqueles que atenuam a probabilidade do uso e do abuso<sup>9</sup>.

Nas unidades do Programa Saúde da Família, também ocorre procura para tratamento específico de usuários de álcool e outras drogas, embora não seja devidamente acolhida pelos profissionais integrantes desta proposta, sendo estes casos encaminhados para o CAPS-AD.

“No PSF não há trabalho voltado para a clientela usuária de drogas. Há quinze dias recebi uma paciente por demanda espontânea e encaminhei para o CAPS, mas ela queria era ficar no PSF. Senti-me mal em não ajudá-la”. (Enfermeiro B 10).

Importante registrar que embora o PSF constitua uma estratégia de atenção baseada no modelo de promoção da saúde, não se evidenciou trabalho significativo dos enfermeiros deste serviço junto à clientela de álcool e drogas. Além disso, a equipe do PSF poderia trabalhar em conjunto com o CAPS não apenas por meio de serviços de referência, mas, sobretudo no acompanhamento do paciente no território, conforme prevê a Portaria GM 336<sup>22</sup>. Deve-se considerar ainda, que a equipe do CAPS deve se aproximar da equipe do PSF, a fim de dar um suporte para as unidades básicas de saúde, como apoio matricial, o que também não foi observado.

Conforme destacam pesquisas, experimentar atuar em conjunto, envolvendo uma rede de atores e de serviços, é uma atitude profissional mais promissora que assumir a demanda somente com especialistas da saúde mental<sup>85</sup>.

A demanda espontânea direta também ocorre na Comunidade Terapêutica, quando o usuário apresenta-se voluntariamente para se tratar.

“Aqui na Comunidade Terapêutica, a demanda é 100% espontânea”.(Enfermeiro B 9).

As Comunidades Terapêuticas são ambientes residenciais protegidos, técnicos e eticamente orientados cujo principal instrumento terapêutico é a convivência entre pares, tendo entre suas características, a aceitação voluntária do programa<sup>54</sup>.

Constatou-se que nenhum dos enfermeiros entrevistados relatou encaminhar para este serviço.

Observou-se que quando a região não dispõe de CAPS AD, os usuários acabam dirigindo-se ao CAPS I, em função de outros transtornos psíquicos relacionados ao uso de álcool e outras drogas.

Por não existir no município o CAPS-AD, o CAPS I acaba absorvendo essa população usuária de álcool e drogas. Temos aqui no CAPS um número considerável de usuários de álcool e de drogas. Atrás do uso vem o distúrbio e a comorbidade e acabamos atuando nesse transtorno mental. Acredito que 40 % dos usuários do serviço estão aqui em função das drogas, sendo a maioria de álcool. Temos uma parcela considerável que já se recuperou no CAPS.(Enfermeiro E 2).

Constatou-se no depoimento acima que o usuário de álcool e outras drogas acaba chegando ao serviço de saúde, quando o problema já assumiu uma maior gravidade, com seqüelas para sua vida social. Desta forma, a falta de equidade é um sério problema a ser enfrentado para promoção da saúde desta clientela.

Considerar que o problema não é grave o suficiente para merecer tratamento é uma das barreiras mais citadas, caracterizando a negação da gravidade do problema das drogas<sup>37</sup>.

Quanto aos CAPS-AD, a demanda ocorre espontânea, de forma direta, por livre iniciativa do indivíduo que deseja o tratamento. Embora durante as entrevistas fossem mencionados diversos encaminhamentos de unidades de PSF para o CAPS AD, o enfermeiro deste serviço argumenta, surpreso, que a demanda é espontânea, não havendo encaminhamento e que a equipe do CAPS AD já fez até reunião para que fossem encaminhados pacientes.

A demanda é voluntária, pode ser encaminhada pelo PSF ou unidade básica de saúde, hospitais, ou seja, não segue um protocolo que só pode vir de um determinado lugar, e a maioria vem por vontade própria, é espontânea, por incrível que pareça. A gente teve até uma reunião com o PSF para pedir a colaboração para encaminhamento para que possamos estar iniciando o tratamento, que os pacientes possam estar vindo conhecer o CAPS AD (Enfermeiro B 13).

Outra causa de demanda espontânea direta são as co-morbidades, decorrentes do alcoolismo e tabagismo, sendo apontada para dois grupos específicos: idosos e adolescentes, no depoimento abaixo.

A demanda de uso de drogas é muito grande e também dos adolescentes que começam a fumar muito cedo. Têm pacientes que fumam há sessenta anos. Uso de drogas também é intenso. Eles acabam chegando à unidade em decorrência das co-morbidades (Enfermeiro D 3).

O uso de drogas para o profissional de saúde deve ser visto em igual escala, independente de sua classificação. O relato do tabaco como droga demonstra a preocupação do enfermeiro. Embora seja uma droga lícita, as conseqüências do uso do cigarro são prejudiciais à saúde, principalmente, como a mesma relata, em grande consumo, iniciado ainda na adolescência.

O fato de a droga ser lícita ou ilícita só tem significância para representações repressoras, não minimizando os prováveis danos à saúde do usuário<sup>12</sup>.

Na verdade há uma dificuldade quanto à demanda, sendo esta bem reduzida. Tem algum usuário que procura por demanda espontânea, por complicação do alcoolismo. Em relação a outras drogas, não tenho nenhuma informação a te dar (Enfermeiro D 7).

A diferenciação da quantidade da demanda pode ocorrer em virtude das micro-áreas apresentarem características distintas, devendo o enfermeiro estar atento à sua área adstrita, ou em virtude da concepção do enfermeiro perante o álcool e outras drogas, já que em seu discurso expressa haver dificuldade quanto à chegada do usuário de álcool e outras drogas aos serviços de saúde.

Os enfermeiros são profissionais que mantêm contato maior com os usuários dos serviços de saúde e têm grande potencial para conhecer os problemas relacionados ao uso de drogas e desenvolver ações assistenciais, no entanto, o tipo de abordagem frente a esta questão pode comprometer suas ações<sup>3</sup>.

A hipertensão arterial é referida como um dos principais motivos para demanda espontânea por co-morbidades, devendo o enfermeiro estar atento a esta clientela.

Tive um paciente que veio com hipertensão e era usuário de drogas, mas agora veio a óbito. Ele não quis tratamento. Encaminhei ao CAPS AD, ele não aceitou tratamento. Por usar drogas desenvolveu hipertensão e veio a óbito.(Enfermeiro B 11).

A perda por óbito decorrente do uso abusivo de drogas de um paciente é relatada como um caso apenas de responsabilidade do dependente. É preciso encarar o fato que a busca para o tratamento de hipertensão como motivo para procura do serviço de saúde pode ser visto

como a superação de uma barreira vencida pelo dependente químico ao chegar ao serviço de saúde, e por isso, deve ser aceita como forma de tratamento.

Verificou-se que na área deste PSF, localiza-se o Projeto Amor, que é uma Comunidade Terapêutica. Embora este serviço cumpra as exigências referentes às necessidades dos usuários de drogas, estando devidamente registrada nos Órgãos Competentes, ela não é considerada como uma alternativa de tratamento para os profissionais da área.

As equipes de saúde ao assistirem aos dependentes químicos devem buscar desmistificá-los, considerando a visão do indivíduo como um ser humano na totalidade de seus direitos de cidadão. Devem dar chance ao indivíduo para errar, fracassar, se expor em todas as suas dificuldades, assistidos por quem entende isto como um processo, um caminho de pessoas que não acreditam nas instituições sociais, que não as tiveram como um modelo, mas que são passíveis de refazer seus percursos<sup>14</sup>.

✓ Demanda espontânea indireta

A demanda espontânea indireta ocorre por motivos não relacionados, diretamente, ao uso de álcool e outras drogas, como, por exemplo, para realização de curativos, consulta médica por diferente motivo, retirada de pontos de sutura, aferição de pressão arterial, participação em Programas de Saúde.

Dos trinta enfermeiros entrevistados, dois disseram que o alcoolista procurou a unidade para realização de curativos; contudo não chegam a constituir uma demanda para atendimento.

“Não é muito fácil à chegada na unidade. Quando aparecem alcoólatras, é quando se machucam, aí vêm fazer curativos, mas qualquer abordagem sobre álcool eles saem de fininho e não retornam”. (Enfermeiro A 1).

“Ocorre procura também de curativos em pessoas alcoolizadas”. (Enfermeiro B 3).

A primeira afirmação demonstra a tentativa do enfermeiro em abordar o alcoolismo, o que não é mencionado pelo enfermeiro no segundo depoimento.

O usuário de álcool e outras drogas comparece à unidade de saúde por demanda indireta, para realização de consultas. O discurso abaixo demonstra que houve a detecção pelo médico. Apesar do enfermeiro da unidade de PSF realizar consulta de enfermagem, o mesmo não identifica em sua clientela o usuário de álcool e outras drogas.

É difícil chegar alguém dizendo ser viciado ou alcoólatra, porque tem o serviço específico e eles vão direto. Aqui para o enfermeiro é difícil. Às vezes eles vão ao médico, que detecta o problema e encaminham ao CAPS AD, mais chegar e falar

que é usuário de drogas, não. Ficamos sabendo por outra pessoa, parente etc. (Enfermeiro B 1).

Ações profissionais isoladas parecem contribuir para falhas no atendimento do usuário de álcool e outras drogas. O trabalho junto à família parece indispensável ao reconhecimento das necessidades de atendimento do usuário de álcool e outras drogas, um importante fator para a própria definição da demanda.

A demanda espontânea indireta também se dá para a realização do teste HIV. O enfermeiro, que trabalha com o usuário de álcool e outras drogas, deve estar atento às doenças sexualmente transmissíveis, principalmente ao uso de drogas injetáveis, bem como a Vigilância em saúde e Epidemiologia.

“Ele chega aqui na Vigilância em Saúde querendo fazer o teste de HIV” (Enfermeiro D6).

Os casos em que ocorre a demanda espontânea indireta, mas é constatado ou sabido anteriormente quanto ao uso de álcool e outras drogas, são uma boa oportunidade para o enfermeiro realizar a intervenção breve.

Alguns elementos são essenciais no processo de intervenção breve, dirigida aos usuários de substâncias psicoativas, entre eles: avaliação do problema (triagem), devolutiva (feedback), estabelecimento de metas, discussão de prós e contras do uso, aconselhamento e desenvolvimento da auto-eficácia do paciente. O processo de intervenção breve leva vinte minutos, também podendo ser realizada a orientação breve, em apenas dois minutos<sup>43</sup>.

Diferente da postura do enfermeiro B1, que recebe informações sobre a existência de usuário de álcool e outras na comunidade e não menciona qualquer tipo de abordagem, o depoimento abaixo registra a preocupação do enfermeiro com a busca ativa.

Teve uma pessoa que veio à unidade para tirar pontos de uma sutura, mas que não pertence a minha área e depois eu perdi o contato. Nós passamos por várias mudanças, de agente comunitário, profissional médico e por conta disto eu fiquei muito restrito à unidade. E cada vez que fazia um projeto de (parece faltar palavras) através das visitas domiciliares conhecer mais a comunidade, por conta dessas mudanças eu tinha que ficar restrito. Estou referindo isto por conta das pessoas que não recorrem à assistência e que eu deveria ir ao encontro, pois sei que existe na área esta clientela, que tem moradores que eu não consegui chegar até lá. (Enfermeiro C1).

A busca ativa garante que o usuário seja procurado onde está. O trabalho inicia-se com o cadastramento da totalidade das pessoas que moram numa área determinada. As pessoas são atendidas pela necessidade, e não pela demanda. São atendidas por Direito e não por Demanda<sup>85</sup>. Este tipo de atendimento assegura uma maior resolubilidade do sistema em sua proposta de promover a saúde e não apenas de lidar com reparos de doenças.

A procura espontânea indireta ocorre geralmente por um motivo não real à necessidade da pessoa usuária de álcool e outras drogas, como para aferição de pressão arterial, conforme relato abaixo. Neste depoimento, o vínculo é colocado como uma forma negativa pelo enfermeiro.

Em termos de álcool a gente identifica a demanda muito mais fácil que drogas, apesar de estar em uma comunidade, onde a gente acaba criando vínculo e dependendo de certas casas é difícil para a gente interagir com usuários, então fica mais fácil encaminhar ao CAPS. Para a gente que faz visita domiciliar, querendo ou não, a gente invade a casa desses usuários, dessa comunidade e a gente tem que ter certo tato para lidar e até mesmo os deixar virem até a gente porque se você for até eles fica complicado. Eu tive um caso aqui de um senhor alcoólatra que nós conversamos, orientamos e ele quis passar a dormir aqui no banco da unidade. Então pedi para ele ir embora aí ele disse que não ia e me falou mal. Não encaminhei para o CAPS porque ele estava mal, bêbado. Lúcido ele está sempre com a gente, mas bêbado vem para verificar PA, não sendo este o momento de atuar em torno de oferecer ajuda em relação ao CAPS. (Enfermeiro E 1).

A falta de preparo para lidar com os portadores de sofrimento psíquico e o estigma, desenvolve medos e compromete a assistência integral. O próprio fato de o alcoolizado estar na unidade de saúde significa que este tenta estabelecer um vínculo, embora não esteja sendo visto pela enfermeira, que também demonstra dificuldade de saber o momento ideal para encaminhar ao CAPS, ainda que julgue mais fácil o encaminhamento.

Por ser trabalhoso assistir a esta clientela, opta-se por não ter trabalho, sendo o encaminhamento a forma mais fácil de não assumir o compromisso. Para atuar junto ao usuário de drogas o enfermeiro precisa ter além de responsabilidade social e competência técnica, solidariedade e compaixão.

O enfermeiro deve refletir sobre o cuidado de modo diferente, ainda que não totalmente novo. O cuidar com compaixão podendo conceber possibilidades de ajuda, sem domínio, exploração, desconfiança e falsa ética. Uma compaixão que possa ser amorosa, com permissão para que os enfermeiros possam ser tão humanos, tão atentos quando necessário tão eficientes quanto desejável e tão envolvidos quanto o instinto assim determine.

Os dependentes químicos carregam consigo a dor do acentuado desencontro em relação a si mesmo, a dor da carência de referenciais seguros, da falta de adequados suportes identificatórios, em uma sociedade que privilegia as aparências em detrimento da essência de cada pessoa. É importante que os profissionais que atuam junto a esta clientela considerem a necessidade de uma visão totalizadora, indo além do corpo, de forma mais integral e humana de atuação<sup>14</sup>.

✓ Por busca ativa

A busca ativa ocorre quando o enfermeiro ao invés de esperar a demanda em sua unidade avança para sua área adstrita, em busca da população sob sua responsabilidade por cuidados de saúde. Pode ocorrer no domicílio de uma família, na comunidade e em escolas.

Há uma identificação por dois enfermeiros da necessidade de realizarem busca ativa em sua comunidade e de dois nas escolas.

Na realidade o serviço é que tem que ir até eles, porque do contrário, eles mesmos se excluem do serviço, então temos que fazer um busca ativa tentando melhorar a qualidade de vida desses companheiros que estão nessa situação de A/D, ao invés de esperarmos a demanda espontânea, que não acontecerá. (Enfermeiro A4).

“A demanda acontece por busca ativa na comunidade” (Enfermeira C3).

“O bairro da minha unidade é o mais carente do município, então eu tenho uma demanda muito grande quanto ao usuário de drogas, então estamos fazendo treinamentos, grupos em escolas PSF, trabalhando com a prevenção de danos”. (Enfermeiro B3).

“Estou fazendo um trabalho nas escolas, onde faço busca ativa entre os adolescentes. Trabalhamos junto com a educação e promoção social”. (Enfermeiro D5).

Com base no depoimento dos enfermeiros constatou-se a importância de uma ação em saúde mais pró-ativa e menos centrada no modelo tradicional de atendimento. As características da clientela em estudo impõem uma nova postura do profissional de saúde, a fim de assegurar a efetividade do cuidado em saúde.

A demanda por busca ativa por meio da visita domiciliar ocorreu após solicitação da família, por necessidade identificada pelo agente comunitário de saúde ou por iniciativa do próprio enfermeiro.

“Eu só tive um paciente com demanda real, que a família solicitou e a gente teve que encaminhar para o CAPS, após visita domiciliar” (Enfermeiro B2).

“Teve um caso de alcoolismo que eu fiz visita domiciliar, onde orientei sobre o CAPS-AD, mas ele não aceitou tratamento. É muito difícil trabalhar com essa clientela”.(Enfermeiro B11).

Percebeu-se por meio dos depoimentos que muitas vezes o cuidado ao usuário de álcool e outras drogas está na dependência do interesse do profissional.

É importante destacar que o conhecimento sobre dependência química favorece a intervenção do enfermeiro em ações educativas, passando informações que podem ajudar a clientela a lidar melhor com essa problemática<sup>12</sup>.

Para atuar com resolubilidade junto ao usuário de álcool e outras drogas, o enfermeiro precisa se despojar da visão preconceituosa em relação ao uso das drogas, dos receios e insegurança. Precisa focalizar o ser humano que necessita de intervenções para minimizar riscos e danos e oferecer possibilidades de mudança para uma vida menos dolorosa.

Foram registrados dois casos por busca ativa pelo agente comunitário de saúde. “O que há é uma captação de acordo com o agente comunitário de saúde”. (Enfermeiro E1). “A demanda ocorre através do agente comunitário de saúde, que encaminha para PSF”. (Enfermeiro B8).

O agente comunitário é o elo da equipe com a comunidade e por isso, tem mais facilidade de captar o usuário de drogas em sua área adstrita.

Os agentes comunitários de saúde realizam um canal de comunicação entre a população e os gestores em saúde; e, por serem moradores da comunidade, conhecem as pessoas que atendem, falam a mesma linguagem, passam por situações parecidas e dividem crenças semelhantes. Uma orientação levada por uma pessoa nestas condições oferece credibilidade, daí a necessidade de capacitação permanente que ofereça subsídios para que os agentes comunitários possam intervir na prevenção do uso abusivo de drogas<sup>55</sup>.

✓ A demanda por terceiros

A demanda por terceiros, referida pelos enfermeiros, é, geralmente, realizada pela polícia, vizinhos ou desconhecidos que socorrem o usuário de álcool e outras drogas em via pública.

“Normalmente o paciente drogado é trazido pela polícia, por algum vizinho ou por alguém que esteja passando na rua. Geralmente vem da rua quando já está alcoolizado ou drogado. Pela família é mais difícil”. (Enfermeira D6).

Vale ressaltar que o uso abusivo do álcool e outras drogas é revestido de efeito moralizante, o que leva muitas vezes o paciente a ser abandonado pela própria família. Algumas vezes o paciente recebe socorro por solidariedade, outras vezes como forma de ordenamento do espaço urbano.

O convívio com Lyons, Rotary, hospital, PSF, polícia, justiça, igrejas e universidades tem ampliado vastamente o alcance das práticas de promoção de saúde. Há três anos não há registro de contenção violenta, pela polícia<sup>52</sup>.

✓ Referenciado por outros serviços de saúde

Observou-se que em alguns casos o usuário de álcool e outras drogas chega ao serviço de saúde por meio de contra-referências dos CAPS e PSF e pela Vigilância em Saúde. Contudo, muitas vezes, o encaminhamento do paciente ocorre como forma de encobrir as dificuldades da equipe de determinado serviço não especializado em atender as demandas do paciente.

“Recebo gestantes referenciadas pelo CAPS e PSF, sendo assim, durante as consultas de pré-natal, às vezes são identificadas gestantes usuárias de drogas”. (Enfermeiro B4).

“Na maioria das vezes a demanda é indicada pelo CAPS, para teste de HIV”. (Enfermeira D6).

“Normalmente os dependentes chegam aqui na Epidemiologia encaminhados pelos outros serviços, como CAPS, PSF e Policlínica”. (Enfermeira B6).

“No serviço de epidemiologia os dependentes chegam encaminhados pelo PSF”. (Enfermeira C2).

“Normalmente o usuário de drogas é identificado pela unidade de Saúde da Família”. (Enfermeira D1).

Vale ressaltar que na lógica do apoio matriarcal, nem todos os casos requerem encaminhamentos, podendo se assistidos pelo próprio PSF. Nos casos necessários, é importante que a unidade de origem também acompanhe.

✓ Referenciado pelo órgão empregador

Foi observado que alguns usuários chegam aos serviços de saúde encaminhados pelo órgão empregador, como forma de manutenção do vínculo trabalhista.

“Tenho um paciente que veio encaminhado pela prefeitura, onde ele trabalha. Quase precisou ser hospitalizado. Era alcoolismo também. Outras drogas a gente não identifica”. (Enfermeiro B2).

✓ Demanda não identificada

A demanda do usuário de álcool e outras drogas por atendimento, nem sempre é identificada pelos profissionais.

Geralmente é o ACS que chega e fala para o enfermeiro. Ele chega e diz “fulano da área está quebrando a casa toda”, ou então, a família reclamou. Geralmente no fim de semana ou 2ª feira o ACS quando passa já leva para o enfermeiro, ou então, a própria comunidade já leva para o ACS ou unidade. Alguns chegam por informação,

as pessoas falam, dizem que o pai, a família já era assim. Outros não temos como saber. Não há demanda junto à minha coordenação de PSF (Enfermeiro A2).

“Não temos essa demanda definida”. (Enfermeiro A3).

“Ainda não apareceu explicitamente usuário de álcool ou drogas para que eu fizesse alguma intervenção”. (Enfermeiro E3).

A demanda pode estar implícita. Percebeu-se que o enfermeiro só trabalha com a demanda espontânea e por isso não deve reconhecer que ela existe.

Nos municípios onde existem CAPS AD, a demanda não é identificada no próprio CAPS I.

“Aqui não tem usuário de drogas, só no CAPS AD, que é mais distante da cidade, lá eles são encaminhados diretamente sem passar pelo CAPS I, que é só de transtorno mental. Nunca identificamos aqui usuários de drogas”. (Enfermeiro B12).

Para assegurar a efetividade da ação de enfermagem às demandas por cuidado das pessoas que apresentam problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, o enfermeiro deverá atuar a partir de uma ação no território, ampliando a rede de relações com familiares, comunidades e instituições sociais. Na construção desta nova forma de agir em saúde é preciso considerar a perspectiva do bem-estar, considerando que este pode ser promovido pelo cuidado de enfermagem<sup>56</sup>.

A partir dos depoimentos analisados acima, constata-se que uma ação efetiva no território e baseada numa perspectiva promocional, que trabalha baseada na prevenção, ainda está por acontecer na região estudada. Os serviços também não parecem estar devidamente organizados para receber adequadamente a demanda dos usuários de álcool e outras drogas.

## **4.2 Capacitação e concepções dos enfermeiros da rede extra-hospitalar para atenção ao usuário de álcool e outras drogas**

### **4.2.1 Capacitação para a atenção ao usuário de álcool e outras drogas**

Constatou-se por meio dos dados das entrevistas que enfermeiros com menor tempo de formação são os que durante a atuação profissional mais abordaram o tema álcool e outras drogas. As disciplinas citadas pelos enfermeiros como as que discutiram sobre o assunto são: saúde mental, saúde coletiva, saúde pública, saúde do adulto, sociologia, antropologia e unidade de saúde.

Dos trinta enfermeiros entrevistados, vinte e quatro discutiram o tema álcool e outras drogas em sua graduação, o que representa 80% da amostra. O assunto foi abordado para quatorze enfermeiros na disciplina de Enfermagem Psiquiatria, representando 46,6 % dos entrevistados.

Com base neste dado, pode-se dizer que a maioria dos enfermeiros entrevistada nesta pesquisa foi sensibilizada para a atenção ao usuário de drogas. Contudo, questiona-se a profundidade e adequação destes conhecimentos, uma vez que não parecem resultar em transformação no modo de atenção desta clientela.

A maioria dos enfermeiros informou que o contato com o assunto se deu de maneira tradicional, centrado no conteúdo teórico, sem maior aproximação com a prática. Um enfermeiro relata ter estudado o assunto por meio de pesquisas de campo e palestras, tendo um processo de aprendizagem mais significativo.

“O assunto álcool e drogas foram estudado na disciplina de psiquiatria, em palestras e pesquisas que fizemos na disciplina”. (Enfermeiro B1).

Quatro enfermeiros disseram que a temática álcool e outras drogas ocorreram não somente em aula teórica, mas também, e principalmente, durante os estágios, sendo um deles em saúde pública. Três relataram ter tido contato com esta clientela na disciplina de psiquiatria, dois em hospital psiquiátrico e um em uma Comunidade Terapêutica.

As drogas foram abordadas principalmente nos estágios de saúde pública, na favela do campo da Maré e no CIEP do Sambódromo. A gente via muito uso de drogas e prostituição porque ali perto tem a “Rua da Lama”. Nas favelas a gente via muitas coisas também! Em uma visita domiciliar eu fiquei presa porque cheguei em uma casa em que a mesa estava lotada de cocaína e a mulher do traficante estava fazendo sacolés da droga. Ela nos recebeu enquanto estudantes de enfermagem, só que o marido chegou ‘doidão’, com uma escopeta na mão e não quis deixar nós sairmos, porque vimos as drogas. Como não aparecemos, a professora foi à comunidade nos procurar, até que chegou nesta casa e negociou com o traficante, dizendo que haveria sigilo e só assim fomos liberadas. (Enfermeiro D6).

Na disciplina de psiquiatria, vimos sobre drogas, durante o estágio. Visitamos a Clínica Gil Paraná, de recuperação de drogas, em Vassouras. Lá tem psicólogo, psiquiatra e conselheiros. Só não tem enfermeiro, mas a professora quis nos levar para mostrar que este pode ser um campo para o enfermeiro. (Enfermeiro B9).

Observa-se que o contato com o usuário de álcool e outras drogas durante o estágio permite aos enfermeiros o conhecimento da realidade, extrapolando o campo teórico. Este aspecto demonstra a necessidade de vivências práticas durante a formação de forma que os alunos possam implementar na prática o que construíram teoricamente nas salas de aula.

É importante criar, na formação acadêmica, condições que permitam ao profissional desenvolver competências a partir da prática, através da prática e para prática<sup>57</sup>.

Percebemos que o enfermeiro D6 teve o contato com as drogas em seu estágio de saúde pública de uma forma inesperada e até perigosa. Ressalta-se que ao adentrar em uma comunidade, os professores devem fazer contato com as lideranças comunitárias e agentes comunitários de saúde, agendando previamente a visita domiciliar, para que não defrontar, de forma inesperada, a periculosidade do tráfico.

Já o estágio da Enfermeira B9, foi planejado e acompanhado pela professora, que teve a cautela de levá-la a uma instituição que, embora não tenha um enfermeiro, possa ser um campo para a atuação deste profissional. De uma forma criativa, a professora apresentou novas possibilidades de inserção do enfermeiro no campo da saúde mental.

Quanto às disciplinas que abordaram a temática do álcool e outras drogas, os dados das entrevistas revelam que, nove enfermeiros (30%) estudaram-na na disciplina de Saúde Mental, 26% na disciplina de Saúde Coletiva e 3% na disciplina de Saúde do Adulto.

Dos vinte e quatro entrevistados, oito tiveram o tema abordado em mais de uma disciplina. O enfermeiro D5, por exemplo, teve o tema abordado em sociologia, antropologia, administração e unidade de saúde, sendo o que mais teve o tema abordado durante a graduação.

“Tive o assunto álcool e drogas em várias disciplinas. Estudei no primeiro período em sociologia, no quinto em antropologia, no sexto em administração e no oitavo em unidade de saúde”. (Enfermeiro D5).

Destaca-se que apenas um dos entrevistados teve o tema álcool e outras drogas abordado de uma maneira transversal e interdisciplinar ao longo de sua formação.

Conforme aponta a literatura, o problema de uso de drogas e a dependência química vêm sendo abordados com diferentes enfoques, sendo exemplos o antropológico, filosófico, psicanalítico, comportamental e sociológico, que se complementam por conta da complexidade do assunto<sup>3</sup>.

“Foi dado pouca relevância ao assunto álcool e drogas, nas disciplinas de saúde pública e psiquiatria, mesmo assim a abordagem privilegiou o sistema fechado, com características diferentes do que se preconiza!” (Enfermeiro D7).

O enfermeiro D7 faz uma observação bem pertinente em seu depoimento acima, acerca do enfoque dado na disciplina, dando ênfase ao modelo hospitalocêntrico e não aos novos dispositivos de saúde mental. Tal enfoque demonstra, acima de tudo, a dificuldade da universidade de encarar a assistência ao usuário de álcool e outras drogas como mais ampla do que a assistência biológica e de aspecto curativo,

normalmente ligada à facetas da vida destes indivíduos, mas não à sua integralidade. Deve-se ressaltar, ainda, que esta assistência normalmente está perpassada por preconceitos em função da representação social construída acerca do alcoolismo e outras drogas e de seus usuários.

Ressalta-se, contudo, que os docentes devem acompanhar as inovações da saúde e, principalmente, o crescente debate e construção teórica acerca do atendimento integral à pessoa humana usuária do sistema de saúde. Esta adequação do conteúdo negociado pelas disciplinas ao novo modelo assistencial contribuirá para a consolidação de uma nova realidade de assistência. O novo modelo assistencial em saúde mental contempla a questão da cidadania de forma mais efetiva, produzindo uma nova cultura antimanicomial<sup>58</sup>.

Dos trinta enfermeiros entrevistados, três não lembram se tiveram o tema abordado, alegando serem formados há muitos anos, enquanto três informaram não terem tido, em sua graduação, o assunto álcool e outras drogas em nenhuma disciplina, o que demonstra que profissionais são inseridos no mercado de trabalho sem subsídios teóricos adequados à implementação da assistência ao usuário de álcool e outras drogas.

Percebe-se que o assunto drogas é complexo e, por isso, torna-se necessário uma ênfase maior nos cursos de graduação<sup>3</sup>. Um dos grandes problemas à implementação dessa ação, como já percebido e destacado é a presença de profissionais capacitados à abordagem do assunto para além da construção social tradicional e da abordagem biomédica.

Apesar de 80% dos enfermeiros entrevistados terem mencionado o estudo sobre álcool e outras drogas na graduação, os dados das entrevistas evidenciam a dificuldade de relacionar o conteúdo abordado na vida acadêmica com a prática profissional, o que nos remete à dicotomia ensino e assistência. Esta dicotomia também reflete uma outra, teoria e prática que, além de permear o cotidiano profissional, também perpassa a formação, fazendo com que informações fornecidas e absorvidas não sejam aderentes à prática.

Para intervir junto aos usuários de álcool e outras drogas torna-se importante que o profissional de saúde esteja preparado, necessitando assim, que o conteúdo sobre dependência química seja visto com atenção na formação da área de saúde<sup>12</sup>. Simultaneamente, a vivência de situações práticas apresenta-se como imprescindível, de modo a adaptar o conhecimento apreendido às demandas da realidade.

Um estudo destacou o trabalho realizado pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) por meio de encontros e projetos de pesquisa para incluir e trabalhar adequadamente essa temática nas graduações tendo constatado como resultado, o crescimento do interesse pela temática e o incentivo ao desenvolvimento de pesquisas<sup>12</sup>.

Um outro fato que chama atenção, é que apesar de a maioria dos enfermeiros ser pós-graduada (20% especialistas em saúde pública, 3,3% em enfermagem do trabalho, 3,3% em psiquiatria e 13,3% em Capacitação Pedagógica), nenhum mencionou ter tratado da temática álcool e outras drogas nos cursos de pós-graduação.

Os cursos de pós-graduação, que colaboram com a construção do conhecimento dos enfermeiros, que irão atuar na Promoção em Saúde precisam estar atentos ao grave problema de saúde coletiva representado pelo uso abusivo de álcool e outras drogas e, assim, incluir em sua grade curricular uma disciplina para tratar a temática numa visão diferenciada do modelo apenas curativo e hospitalocêntrico, passando para o enfoque integral. Destaca-se que esta situação ganha importância, uma vez que, para atuar junto ao modelo alternativo psicossocial, especificamente nos CAPS AD, faz-se necessário que o enfermeiro tenha formação na área de saúde mental e, sem dúvida, a formação mais propícia em uma determinada área é a pós-graduação.

Nesta perspectiva, o mestrado profissional deve ser visto como uma opção de qualificação para o enfermeiro que atua na área assistencial.

A escolha do mestrado profissional como preferencial tem relação principalmente com seu caráter permanente e pela regularidade de oferta, possibilitando a continuidade de projetos de transformação da realidade na medida em que vão sucedendo e aprimorando; a valorização da força de trabalho inserida nos serviços, acenando com a possibilidade de inclusão do título de mestre nos critérios de promoção da carreira; a exigência de integração real entre a academia e serviços; o incentivo à busca de objetos de estudo que tem origem no mundo do trabalho e para lá retornam com o conhecimento construído<sup>5</sup>.

Percebe-se que apenas um enfermeiro possui especialização na área de saúde mental, sendo especialista em enfermagem psiquiátrica. Porém, trabalha como coordenador de outro programa de saúde, ou seja, não atua diretamente na área de formação.

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS AD para atendimento de 25 pacientes por turno, tendo limite máximo de 45 pacientes/dia, necessita ser composta de um médico psiquiatra, um enfermeiro com formação em saúde mental, um médico clínico e quatro profissionais de nível superior entre as seguintes categorias encontram-se profissionais como assistente social, enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico<sup>22</sup>.

Constatou-se que dos trinta enfermeiros entrevistados, apenas quatro tiveram treinamento ou capacitação no que se refere à atuação junto ao usuário de álcool e outras drogas.

Vale ressaltar que dois enfermeiros tiveram treinamento somente para o tabagismo. O treinamento específico para essa droga lícita faz parte de uma política de treinamento da Secretaria de Estado do Rio de Janeiro.

“Participei do treinamento junto à Secretaria de Estado do RJ sobre tabagismo”. (Enfermeiro B7).

“Realizei treinamento apenas sobre o fumo, na Secretaria de Estado de Saúde”. (Enfermeiro B1).

Pesquisas destacam que a questão sobre o uso e abuso de substâncias psicoativas deve ser abordada de modo geral, considerando desde as drogas lícitas até as ilícitas<sup>19</sup>. Considera-se que o treinamento focado apenas no tabagismo reduz a problemática e constitui uma perda de oportunidade para a capacitação da equipe.

Quanto ao treinamento para a atenção aos usuários de drogas ilícitas, apenas dois enfermeiros informam ter realizado algum treinamento, sendo um por meio da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro e outro pela Secretaria de Saúde do Espírito Santo.

“Já trabalhei três anos com psiquiatria e tinha dependente de drogas e aqui, em 2002, nós fizemos um curso e vieram dois psiquiatras, um psicólogo e ele chegaram a fazer treinamento conosco”. (Enfermeiro A1).

Por meio do depoimento acima, ressalta-se que não houve participação do enfermeiro na equipe de capacitação, o que dificulta a própria compreensão do papel deste profissional no contexto da equipe multiprofissional que atende a este grupo de usuários. Devido aos conteúdos existentes no currículo, o enfermeiro possui uma visão além do estudo biológico, possibilitando a articulação de diferentes saberes<sup>3</sup>.

Percebeu-se que o enfermeiro, quando tem oportunidade de participar de capacitação para o atendimento ao usuário de álcool e outras drogas, tem a chance de despertar e de se interessar pelo assunto, ampliando seu campo de ação.

Realizei treinamento sobre todo tipo de drogas, antes de trabalhar aqui. Com a capacitação que eu fiz no Espírito Santo e os estudos nas literaturas que eu tenho procurado ler, vejo que dependência química é uma área que precisa estudar. Quero fazer o mestrado em dependência química e atuar na área de educação como docente e a partir de agora, eu quero mesmo fazer alguns cursos até para não só enriquecer o meu currículo, mas para o meu trabalho aqui na comunidade, que apesar de ser voluntário parece ser o meu maior pagamento onde vejo meu maior retorno do meu trabalho, enquanto profissional. Aqui vejo retorno na prevenção, na assistência e até

na pós-alta, com reconhecimento em nível de integração, eu tenho me apaixonado por essa área de saúde mental. (Enfermeiro B9).

Percebeu-se no relato acima, que o fato de ter feito uma capacitação anterior ao processo de trabalho com usuário de álcool e outras drogas gerou no profissional um maior compromisso com o processo de educação permanente, haja vista que o profissional demonstra conhecer os déficits do seu aprendizado e desejar ampliar seus conhecimentos. Um outro depoimento que vale a pena ressaltar é o de um enfermeiro que diz ter realizado treinamento em saúde mental e sobre integralidade da assistência, sem, contudo, reconhecer a potencialidade desse treinamento para sua prática com usuários de álcool e outras drogas.

A visão de capacitação ainda remete ao modelo assistencial médico privatista, enaltecendo a clínica. Quando se reporta ao modelo assistencial alternativo, que valoriza a integralidade das ações, o próprio enfermeiro não o identifica como podemos constatar na fala do enfermeiro (E1), que respondeu em sua entrevista não ter participado de treinamento, mas ao final de seu relato, identificamos a dimensão do evento.

Não realizei treinamento específico para o atendimento ao usuário de drogas. Ano passado participei de um encontro de psiquiatria no PINEL, que foi mais ligado à integralidade (Enfermeiro E1).

É importante que os profissionais de saúde que atuam junto ao usuário de drogas considerem a necessidade de uma visão totalizadora, indo além do corpo, de forma mais integrada e humana de atuação<sup>14</sup>.

Destaca-se com base nos depoimentos acima, que são poucas as oportunidades de capacitação e que nem sempre são bem aproveitadas. O enfermeiro se desloca de sua prática, mas não consegue refletir adequadamente sobre o seu processo de trabalho com o usuário de álcool e outras drogas. Tal fato pode ocorrer em função da escolha inadequada do curso de treinamento, ou a falta de uma metodologia nos cursos que possibilite uma reflexão sobre a prática assistencial dos enfermeiros junto aos usuários de drogas.

Em uma nova visão de capacitação profissional, é preciso ter em mente que a Educação Permanente em Saúde tem como objeto a transformação do processo de trabalho, orientado para melhoria da qualidade dos serviços e para equidade no cuidado e no acesso aos serviços de saúde<sup>59</sup>.

Vale ressaltar que todos os enfermeiros entrevistados desejam realizar treinamento sobre o assunto, o que demonstra estarem abertos para novos conhecimentos, não considerando seu conhecimento acabado.

#### 4.2.2 Concepções e práticas dos enfermeiros sobre atenção aos usuários de drogas

Ao investigar os princípios do SUS em que os enfermeiros baseiam sua prática assistencial junto ao usuário de álcool e outras drogas, a fim de analisar a busca da integralidade, observou-se certo constrangimento entre os mesmos. Durante a entrevista, muitas vezes solicitaram que se repetisse a pergunta, apresentando em seu semblante insegurança, inclusive modificando o tom de voz.

Dos trinta enfermeiros, três disseram não trabalhar com o usuário de drogas, não podendo então falar sobre o princípio do SUS que pautava a sua prática junto ao usuário de drogas. Vinte e um enfermeiros responderam pautar suas ações junto ao usuário de drogas no princípio da integralidade, representando 70 % dos entrevistados, porém apenas oito conseguiram justificar.

Dos oito enfermeiros que justificaram a integralidade, três a referiram como integralidade do serviço, dois enfermeiros a descrevem como fazer encaminhamentos por meio da referência e contra referência e três disseram trabalhar interligados aos diversos setores.

“Aqui no meu PSF há integralidade, pois trabalhamos articulados entre diversos setores, com a educação e promoção social, para juntos chegarmos a um lugar”. (Enfermeiro D5).

A integralidade foi referida por um enfermeiro em seu aspecto multiprofissional.

Há integralidade aqui no CAPS-AD, pois na reunião participa desde a cozinheira até a coordenadora, todos opinam e tem direito à decisão. Vou te dar um outro exemplo: temos usuário em crise em um determinado dia, então todos os profissionais se relacionam para tomar a melhor decisão. Aqui não tem essa coisa de ser só com o médico, quando o paciente quer saber algo. Aqui todos orientam e trabalham em benefício do paciente. Aqui só não há intersectoriedade com o PSF (Enfermeiro B13).

Percebeu-se no depoimento acima que a integralidade está em construção, sendo prejudicada na sua relação entre os demais serviços e o PSF.

O depoimento abaixo demonstra o conceito de integralidade ligado à concepção de cuidado integral.

“Aqui no CAPS I há integralidade, pois pensamos no indivíduo e não só no distúrbio. É um trabalho holístico”. (Enfermeiro E2).

No PSF a integralidade é descrita com clareza por um enfermeiro, em consonância com o conceito proposto<sup>60</sup>.

Vou relatar o caso de um paciente que mostra como desenvolvemos a integralidade. O paciente trabalha na prefeitura, então além do problema pessoal dele, teve problema no trabalho. Tivemos que conversar com o pessoal da prefeitura, da promoção social a fim de garantir a continuidade dele no trabalho. Queriam aposentá-lo, mas eu acho pior, porque aí que ele vai cair mesmo, vai encher a cara, depois vem à abstinência e vira um ciclo. O CAPS tem equipe completa, geralmente quando a gente faz contato, é a psicóloga que nos recebe. O médico não está sempre lá, aí ela encaminha para ele. Ele não está sempre, mas a equipe está sempre pronta para receber a pessoa e tem também a nossa equipe aqui na unidade. Da última vez a enfermeira estava, e acompanhou tudo, ela que deu retorno sobre o paciente. Nós também fazemos reunião com a promoção social, outros setores de fora e de dentro, na perspectiva da intersetorialidade. Quanto ao princípio da universalidade, creio que abordamos este princípio por aqui. O que acontece é que há muito paciente circulante na unidade, que não é do município. Aparece muito mendigo, que vem da BR 040 e nossa unidade é a que é mais próxima da estrada, aí eles param aqui. Encaminhamos estes pacientes para o CAPS e para a Secretaria Municipal de Promoção Social. Quanto a equidade, conseguimos atender aqui, encaminhar para o CAPS e se for para o hospital, ele também vai ser atendido da mesma maneira. (Enfermeiro B2).

O enfermeiro da Comunidade Terapêutica também descreve pautar suas ações sobre o princípio da integralidade.

A gente aqui tem sempre integralidade. Trabalho desde a internação até o pós alta. A gente tenta prevenir que a doença se aprofunde. Eu creio que aqui temos uma visão de reabilitação de grande valia. É um projeto de amor mesmo, que recupera e lapida vidas. A pessoa chega doente e prevenimos para que a doença não aumente. A gente tenta atingir um nível que possamos articular nossas ações para que a pessoa possa se cuidar, ter armas para lutar contra as drogas e se reintegrar na sociedade. A prevenção na comunidade é feita pelo Pastor, mas conversando com você veio a idéia de que posso fazer prevenção na comunidade e nas empresas. Enquanto enfermeiro, somos administradores, curativistas, assistenciais e preventistas, pois somos educadores então vejo aqui este leque que realizamos no nosso cotidiano. A equipe trabalha em conjunto, não temos restrições para exercermos as nossas ações, porque há uma transversalidade entre os profissionais. (Enfermeira B9).

Com base nos depoimentos pode-se questionar a importância da formação/capacitação para atuar na perspectiva dos SUS. Muitas vezes, o enfermeiro desenvolve um princípio sem reconhecê-lo.

Tomando por base os depoimentos dos enfermeiros D5, E2, B2, B9 e B13 pode-se perceber que os princípios da integralidade estão em construção.

Vale ressaltar que, quanto à Comunidade Terapêutica, esta precisa trabalhar articulada com o município, pois se percebeu que a mesma fica isolada por parte do Serviço de Saúde Municipal, que não a valoriza e referencia como modalidade de tratamento ao usuário de drogas.

A integralidade é descrita, ainda, por um enfermeiro coordenador de PSF, como existente apenas nas unidades de PSF.

A integralidade é buscada apenas pelos enfermeiros de PSF. Apesar de não haver psiquiatra, nem psicólogo para comandar as ações de saúde desenvolvidas no PSF, os enfermeiros acompanham o usuário em todas as etapas necessárias ao seu atendimento no sistema de saúde. O enfermeiro tenta dar conta do possível no âmbito do próprio serviço. (Enfermeiro A2).

Vale destacar no discurso acima, o reconhecimento da participação do enfermeiro no sentido da integralidade da assistência. Apesar do mesmo mencionar a necessidade de “comando” pelo psiquiatra e psicólogo para as ações de enfermagem, evidenciando uma perspectiva tradicional e pouco autônoma deste coordenador.

Quanto à concepção em relação ao uso abusivo de álcool e outras drogas, constatou-se que, dos trinta enfermeiros entrevistados, todos reconheceram que o uso abusivo de drogas é uma questão complexa e multifatorial. Quanto ao uso apenas do álcool, vinte e nove responderam ser um problema social, vinte e cinco econômico, doze político, dezenove cultural, vinte e seis de saúde coletiva e seis de justiça.

No que tange às drogas ilícitas, vinte e nove responderam ser um problema social, vinte e um econômico, quinze político, dezoito cultural, vinte e sete de saúde coletiva e quatorze policial.

Estas questões foram formuladas de formas diferenciadas, sendo questionado primeiramente a concepção ao uso abusivo do álcool e depois, das outras drogas, a fim de identificar se os enfermeiros faziam distinção, o que foi provado que de uma maneira geral, não diferenciam em suas respostas a concepção entre álcool e outras drogas, porém durante nas entrevistas, constatou-se nos relatos que o uso do álcool é mencionado separadamente das drogas transmitindo a idéia do alcoolismo como uma questão cultural, sem necessidade de intervenção clínica, conforme depoimento abaixo.

“A gente identifica às vezes, a pessoa com hálito etílico, mas sabemos que ele faz uso regularmente, então não precisamos encaminhar. Agora drogas a gente não tem”. (Enfermeiro B2).

Atualmente caracterizamos o abuso de drogas como um fenômeno complexo e multifatorial, daí a necessidade de compreendê-lo e abordá-lo em diversas vertentes: social, econômica, política, biológica, psicológica e legal<sup>10</sup>.

A esfera policial é citada apenas para casos de agressões, acidentes e combate ao tráfico de drogas ilícitas, caracterizando que os enfermeiros não a vêem como uma questão de repressão ao usuário, pelo contrário, identificam até a ação do PM como uma ajuda, que socorre os usuários em vias públicas, conduzindo-os para o hospital.

Com base nos depoimentos acima, constata-se que a noção de integralidade está em construção pelos sujeitos, apesar de esforços de inúmeros pesquisadores e institutos no sentido de fornecer uma definição consistente e relevante para a prática profissional em saúde. Este fato pode se dar, em princípio, pela dificuldade de apreender integralidade no cotidiano profissional, dada a sua possibilidade de englobar diversas questões e fatores, tornando-se conseqüentemente inespecífica.

Ao mesmo tempo, destaca-se que o aprofundamento acerca da integralidade é recente, o que significa que muitos destes profissionais não tiveram a oportunidade de aprofundá-la em suas formações.

A integralidade da assistência indica uma direção que comporta compreensão do sentido de que a saúde mental é parte integrante da saúde geral. O cuidar integral precisa ultrapassar o plano do discurso e manifestar-se na prática, ou seja, que se incorporem ao cuidar os problemas de saúde mental. Para isso, faz-se necessário a educação permanente para os profissionais dos serviços e a produção de novos conhecimentos a partir da crítica da realidade e da interdisciplinaridade, superando as realidades sociais para uma aproximação com uma sociedade inclusiva, sem exclusão social, na qual estão incluídos os usuários de álcool e outras drogas<sup>61</sup>.

### **4.3 Atuação do enfermeiro da rede de saúde extra-hospitalar junto ao usuário de álcool e outras drogas**

#### **4.3.1 Ações desenvolvidas pelo enfermeiro junto ao usuário de álcool e outras drogas**

O campo de atuação do enfermeiro junto aos usuários de álcool e outras drogas exige contato direto não só individualmente com esta clientela, mas também com sua família, local de trabalho e comunidade (referencia).

O pouco preparo dos enfermeiros para lidar com usuários de álcool e drogas e os modos tradicionais de organizar o trabalho nos serviços de saúde contribuem para que o enfermeiro não consiga apreender as situações de cuidado que estão mais afetadas às questões sociais.

Pode-se constatar que mesmo os coordenadores de Programas do Ministério da Saúde não atuam diretamente junto às suas equipes no que se refere ao atendimento direto ao usuário de álcool e outras drogas. Ao mesmo tempo, a coordenação também não contribui com a formulação, monitoramento e avaliação da política pública vigente de álcool e drogas. Em

parte, pode-se acreditar que esta deficiência esteja relacionada ao fato destes agentes não possuírem experiência prática necessária à construção de políticas e programas que possuam aderência à realidade vivida pelos usuários e suas famílias.

Além disso, percebe-se não haver uniformidade das ações entre os diferentes municípios examinados. As ações são desenvolvidas de modo isolado, normalmente de acordo com a disposição do enfermeiro ou do seu conhecimento disponível, fato explicado em virtude da inexistência do planejamento das ações pela própria coordenação.

No depoimento abaixo, fica claro que não há muita disposição dos enfermeiros em trabalhar junto ao usuário, apesar de haver demanda por parte da própria comunidade.

Como coordenador não tenho o contato com o usuário de drogas e não realizo nenhum trabalho a esta clientela. Até teve uma escola que pediu para fazermos palestras aos alunos. Aliás, foi a terceira vez que pediu, aí falei para a professora ver com a diretora o que ela queria, qual seria a clientela, mas ela não retornou. Eu até faria, pois afinal, sou eu quem “seguro os pepinos”.(Enfermeiro A2).

Destaca-se que a demanda espontânea por atividades educativas com potencial para programas de promoção da saúde e prevenção de futuros agravos não são devidamente valorizadas pelos enfermeiros, parecendo não fazer parte do seu interesse alvo, o que nos chama a atenção, pois ao contrário, o trabalho do enfermeiro pode ser visto como princípio educativo, a ser explorado no processo de formação profissional permanente, o que propicia subsídios à formulação de políticas institucionais para educação continuada<sup>10</sup>.

Capra refere às dificuldades encontradas no atual momento da saúde para ações que possam de fato romper não somente o discurso, mas especialmente o pensar e as práticas em saúde. Neste contexto, refere que o profissional mais adequado e importante para uma mudança paradigmática em saúde é o enfermeiro, em função de seu contato próximo com o cliente e sua sensibilidade para com o drama humano vivido<sup>63</sup>.

Cabe então, resgatar esta dimensão do cuidado de enfermagem para além dos limites e esteios biomédicos, em que a promoção da saúde, da cidadania e do ser humano em sua integralidade faça parte do cotidiano deste profissional. Este fato não pode reduzir o exercício da profissão a uma espécie de sacerdócio, mas mostrar o seu valor social e a sua importância para a transformação da sociedade.

Destaca-se do conjunto dos depoimentos realizados, que os enfermeiros realizam ações preventivas a partir de atividades de educação em saúde como palestras para comunidade, escolas e igrejas e visitas domiciliares. Os enfermeiros também preparam os agentes comunitários de saúde para este fim. Dentro das unidades de saúde; prestam

orientações durante as consultas de enfermagem; abordam a temática álcool e outras drogas em Programas do Ministério da Saúde, como Hiper-dia e Saúde do Adolescente; realizam busca ativa na comunidade, prestam esclarecimentos com a finalidade de redução de danos decorrentes do uso abusivo de drogas, como orientações para o uso de preservativo durante as relações sexuais e o não compartilhamento de seringas para administração de drogas, orientam e direcionam para tratamento. São descritas ações preventivas em geral, ou específica para álcool e tabaco.

A busca ativa da clientela é descrita por um dos enfermeiros, conforme o depoimento abaixo.

“Faço busca ativa para melhorar a qualidade de vida desses companheiros que estão na situação de usuários de álcool e outras drogas, porque eles se excluem do serviço, então temos que ir até eles”. (Enfermeiro A4).

Constata-se aqui que o enfermeiro preocupa-se com os usuários de álcool e outras drogas, buscando possibilidades para chegar até eles. Para este fim, conforme descrito na literatura é necessário que o profissional de saúde tenha mais sensibilidade, escute o outro, saiba o que ele pensa, numa postura que não seja distante e impessoal e assim, busque, de forma criativa, novas possibilidades de superação dos problemas identificados.

Ações mais inovadoras também são propostas, um enfermeiro diz ter criado uma comunidade na internet, no Orkut, para prestar orientações acerca de assuntos diversos da saúde, denominada “gente que faz”, num dos fóruns de discussão foi abordado o tema das drogas.

Eu criei tendo como objetivo trabalhar com a Educação em Saúde, uma comunidade no Orkut, chamada Gente que Faz, onde toda equipe interdisciplinar da Secretaria de Saúde realiza prevenção e responde as dúvidas dos participantes dos fóruns. Assim, a população que acessa o Orkut pode conhecer o nosso trabalho e desta maneira contribuímos com conhecimento não só no nosso território, mas ampliando a área de abrangência. A comunidade Gente que Faz é aberta e você poderá até participar conosco, esclarecendo continuamente o uso de álcool e outras drogas. Está aqui o convite.(Enfermeiro C 2).

Esta iniciativa demonstra que alguns enfermeiros programam novos projetos de atenção ampliando os modos tradicionais de atendimento na perspectiva da Promoção da Saúde.

Valorizando e utilizando o cuidado de enfermagem para promoção da saúde, o enfermeiro poderia transformar a realidade da própria enfermagem, resgatando, desta forma,

as condições existentes para se desenvolver um modelo de trabalho de enfermagem autônomo e de maior impacto nos campos de promoção da saúde e prevenção de enfermidades<sup>44</sup>.

As co-morbidades são as principais causas de atendimento direto de enfermagem aos usuários de drogas. No conjunto de seus depoimentos, observou-se que os principais cuidados ofertados são: solicitação de exames laboratoriais, agendamento para consulta de enfermagem, realização de curativos em feridas oriundas de quedas e outros tipos, como úlcera varicosa, aferição de pressão arterial e acompanhamento do usuário de drogas portador de HIV a fim de evitar o uso de drogas simultaneamente ao uso dos retrovirais.

Quanto ao direcionamento para os grupos de auto-ajuda, embora dezoito enfermeiros tenham respondido existir em seu município de atuação o grupo de Alcoólatras Anônimos (AA), nove Narcóticos Anônimos (NA), cinco se referirem a grupos de ajuda para usuários de álcool e outras drogas ligados a igrejas evangélicas, centro espírita e igreja católica, apenas um enfermeiro relatou fazer encaminhamento para o AA.

“Aconselho ao usuário de drogas e seus familiares a procurarem os AA, para ver como é para frequentar e se recuperar das drogas”. (Enfermeiro D4).

Vale ressaltar que, no depoimento acima, quanto ao aconselhamento ao usuário de drogas e seus familiares, o aconselhamento é uma das etapas da modalidade de tratamento ao usuário de álcool e outras drogas, recentemente utilizada no Brasil, denominada Intervenção Breve. Esta é uma modalidade de atendimento com tempo limitado, cujo foco é a mudança de comportamento do paciente, totalizando vinte minutos o tempo gasto com esta modalidade<sup>43</sup>.

Bordin, Figglie e Laranjeira já se referem à intervenção breve como técnica breve que pode ser utilizada em uma única entrevista ou até em cinco consultas, denominando de entrevista motivacional ou intervenção motivacional, sendo um estilo de aconselhamento diretivo centrado no cliente que visa estimular a mudança do comportamento, ajudando os clientes a explorarem e resolverem sua ambivalência<sup>64</sup>.

O cuidado prestado pelo enfermeiro se diferencia dos outros cuidados por sua ação terapêutica. A tradição dos terapeutas deriva da tradição ocidental greco-judaico-cristã, em que podemos encontrar uma visão holística, com a missão de cuidar não da doença, mas do outro como sujeito. Entre os gregos, terapia era cuidar do próprio ser e medicina do próprio corpo, sendo assim, terapeuta é aquele que cuida do modo integral do ser humano<sup>17</sup>. O terapeuta é mais que mero fornecedor dos recursos necessários ou conselhos: deve ajudar o

cliente a liberar as forças motivacionais que contribuem para a iniciação de comportamentos novos e adaptativos<sup>64</sup>.

Para os enfermeiros, o êxito do atendimento ao usuário de álcool e outras drogas é construído por meio do vínculo estabelecido com o usuário e seu núcleo familiar e o enfermeiro, pela escuta sensível, conforme o depoimento abaixo:

Eu procuro ter uma escuta sensível durante a procura do usuário ao nosso serviço, então faço acolhimento ao invés de ficar escrevendo na ficha do paciente. Tenho aqui na unidade dez casos que não precisei acompanhar, trato por aqui mesmo, com o acolhimento (Enfermeiro E1).

A “escuta sensível” é um tipo de escuta próprio do educador, segundo a abordagem transversal. Trata-se de um escutar-ver que recebe a influência da abordagem rogeriana em ciências humanas, inclinando-se para a terapia interpretativa da meditação no sentido oriental do termo. A “escuta sensível” se apóia na empatia. É necessário sentir o universo afetivo, imaginário e cognitivo do outro para poder compreender de dentro suas atitudes.

A “escuta sensível” reconhece a aceitação incondicional de outrem. Não julga, não mede, não compara. Entretanto, compreende sem identificar as opiniões do outro, ou o que é dito ou feito. Propõe um trabalho sobre o eu-mesmo, através da nossa relação com a realidade, com o auxílio eventual de um terceiro ouvinte (psicanalista, psicoterapeuta, ou sábio, no sentido oriental). Ela procura compreender a empatia, o sentido existente em uma prática ou situação<sup>65</sup>.

O diálogo é fundamental no relacionamento terapêutico, permeado de simpatia, comiseração e compaixão. O enfermeiro deve identificar o usuário de álcool e outras drogas como pessoas sensíveis, com problemas emocionais e que ao estabelecer um relacionamento interpessoal que evidencie interesse positivo, pode contribuir para o tratamento<sup>10</sup>.

Os enfermeiros trabalham com a redução de danos, para melhorar a qualidade de vida do usuário de drogas, sendo o preconceito apontado pelo enfermeiro A4 como o responsável pelo maior dano que se possa causar a um indivíduo.

“Há um preconceito da sociedade e dos profissionais em relação ao usuário de álcool e outras drogas. Esta é uma clientela discriminada e eu tento fazer com que nós aqui na unidade e na comunidade vejamos esta clientela de uma forma diferente”. (Enfermeiro A4).

Esta percepção corrobora o que falou Fontanela e Turato, citando como uma das barreiras para o dependente químico chegar a um tratamento, o medo do estigma<sup>37</sup>.

Os dependentes químicos carregam consigo a dor provocada por uma sociedade que privilegia as aparências em detrimento da essência de cada pessoa. As equipes de saúde ao assistirem aos dependentes químicos devem buscar desmistificá-los, trazendo a visão de um indivíduo como um ser humano na totalidade de seus direitos de cidadão<sup>14</sup>.

Ainda como ação reabilitadora, foram descritos o monitoramento e acompanhamento do usuário encaminhado para outros serviços, a fim de apoiá-los em sua reabilitação.

“Na minha área, o paciente que é encaminhado ao CAPS, eu faço visita domiciliar para monitorá-lo e acompanha-lo no que for preciso”. (Enfermeiro B3).

Os profissionais de enfermagem são agentes chaves no processo da transformação social, por meio da Promoção em Saúde, inclusive visando a re-inserção social<sup>27</sup>.

Dos trinta enfermeiros entrevistados, 24 informaram não haver protocolo para o atendimento ao usuário de álcool e outras drogas, dois não souberam informar, dois informaram estar em construção, sendo um em uma unidade de PSF e outro no CAPS I e um aguarda o término desta pesquisa para que possamos elaborar juntos.

Constatamos que inexistem nos municípios protocolos para assistência ao usuário de drogas, o que faz com que haja heterogeneidade e falta de continuidade das ações prejudicando o seu monitoramento e avaliação.

Outro fato que chamou atenção foi o encaminhamento pelo sistema de informação de referência e contra-referência, em que este é realizado de maneira equivocada, visto que nem sempre há retorno ao serviço de origem, às vezes é entregue ao próprio usuário ou respondido por telefone.

Observou-se que a integralidade não é tida como um compromisso efetivo dos enfermeiros na rede de saúde extra-hospitalar. Os encaminhamentos se dão de forma burocrática. Em geral, para garantir a troca de informação intersetorial, por meio do formulário de referência e contra-referência, mas nem sempre há resolubilidade.

É costume fazer a referência. O ruim é que para ser atendido há um número reduzido de vagas para toda psiquiatria, eles não deixam aberto para esses pacientes. É difícil a abordagem. Não há facilidade nem interesse e eles ficam jogados ( Enfermeiro AI).

A forma de encaminhamento por referência e contra referência ocorre em uma variedade, que descaracteriza o sistema de informação oficial. Não ocorre apenas no impresso, mas por telefone. Outra maneira evidenciada é entregando ao próprio paciente, seja em impresso próprio ou no receituário.

“A gente faz a ficha de encaminhamento e entrega ao paciente que marca lá na Saúde Mental com outro profissional ou a gente dá a referência e contra-referência, que aí a gente vai ter resposta”. (Enfermeiro D3).

Ainda em relação ao sistema de informação, os dados estatísticos quanto ao atendimento ao usuário de álcool e outras drogas na rede de saúde extra-hospitalar, não são contabilizados, não tendo assim como implementar ações de acordo com as necessidades reais do município.

“Aqui no município, como coordenador da Vigilância em Saúde, eu só vou pegar as doenças estáveis ou co-morbidades. O usuário de álcool e outras drogas só chega para mim quando apresenta doença, ou para realizar o teste de HIV”. (Enfermeiro D6).

Acredito que aqui no CAPS I, temos em torno de 40% de pacientes em recuperação de álcool e outras drogas e uma parcela considerável que já se recuperou, mas não tenho a estatística. O psiquiatra daqui também é diretor de projetos do município e tem um projeto para avaliar a estatística, mas ainda não implementou. Aqui não temos a estatística de nada, nem de psicóticos (Enfermeiro E2).

O sistema de informação compreendido enquanto um instrumento flexível e dinâmico que dá suporte e fortalece o processo de gerenciamento no que diz respeito ao uso de informações para planejar, acompanhar e avaliar atividades, subsidiando a tomada de decisões deve contemplar diretrizes básicas que dão sustentação ao modelo assistencial do município. Isto significa que não existem padrões fixos para a construção de sistemas de informação, bem como para instrumentos de coleta de informações, mas eles deverão existir, adaptados à realidade do município. A correção desta distorção parece fundamental para se considerar os “dados vivos”, ou seja, a possibilidade do retorno das informações, devidamente consolidados ao nível local que gerou os dados primários, é necessária para dar sentido às informações coletadas e se tornar, quando devidamente trabalhadas, estímulo a um processo de envolvimento e compromisso das equipes com a qualidade do trabalho.

Ainda em relação às tecnologias do enfermeiro, inexistente um controle quantitativo. Vale ressaltar que o próprio Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB ainda não possui esta tabulação.

Acho que um erro nosso é não passar os atendimentos informais aos alcoólatras em estatística de procedimento. Aqui eles chegam à unidade do meu PSF para verificar pressão ou pedem para dar uma palavrinha. Desta palavrinha, começo a atender, não escrevo na ficha, então deixo passar a estatística das atividades que realizo neste atendimento. Faço isso para poder realizar uma escuta sensível e fazer acolhimento. Se pegar ficha e prontuário, eles vão embora e perco a oportunidade de começar uma investigação e orientação. (Enfermeiro E 1).

Aqui podemos evidenciar a sutileza do trabalho do enfermeiro junto a usuários de álcool e outras drogas. De fato, realizar um atendimento aberto não é fácil, exige alternativas e propostas inovadoras e principalmente sensibilidade para que o gesto de cuidar aproxime e não afaste. Contudo é de suma importância o planejamento e o registro das ações de enfermagem, sem as quais não podemos avaliar o trabalho realizado pela enfermagem e seu impacto sobre a saúde dos usuários de seus serviços.

Faz-se necessário que os enfermeiros e demais profissionais da rede extra-hospitalar de saúde reconheçam suas atividades como tecnologia de cuidar e que as desenvolvam de forma criativa e inovadora, buscando novos modos de cuidar <sup>67</sup>.

#### **4.3.2 Possibilidade para atuação do enfermeiro junto ao usuário de álcool e outras drogas**

Percebemos que as possibilidades de atuação junto ao usuário de drogas são evidenciadas pelo enfermeiro, mas nem sempre são realizadas por ele. Embora ele consiga descrevê-las, na maioria dos casos, não as realiza por falta de capacitação.

“A população usuária de álcool e outras drogas existe e eu sei que é muita, porque moro no município e vejo. Apesar de ser muita, a população não chega ao serviço. O agente comunitário conhece as pessoas e poderia fazer captação se houvesse um treinamento”. (Enfermeiro A2).

“Enquanto coordenador de PSF vejo que falta uma capacitação bem específica porque o pessoal tem medo mesmo de lidar com esse tipo de gente, por ser uma clientela complicada e além disso, envolve outras coisa, como a família, na maioria das vezes”. (Enfermeiro D1).

O usuário de drogas não chega aqui no serviço de epidemiologia porque tem a mentalidade que o problema vai vazar. Enquanto não criarem vínculo de confiança com a equipe, eles não vêm. É o medo de serem estigmatizados. Temos que levar em conta que a organização da secretaria de saúde é muito recente, porque o município tem pouco tempo de emancipado. Se tivéssemos um treinamento, teria mais abertura, mais flexibilidade e assim, ficaria mais à vontade para lidar com esta situação. (Enfermeiro D6).

A percepção da não existência de programas específicos para a atenção ao usuário de drogas é manifestada pelos enfermeiros, sem, contudo referirem-se motivados para a criação de tais programas, outrossim, justificam a inexistência do mesmo com a ausência de capacitação específica.

Por outro lado, observa-se que se receberem estímulos externos passam a se interessar pelo atendimento a esta clientela específica.

Aqui no município não tem um grupo específico para atender o usuário de álcool e outras drogas. Acho que só tem os AA. Teve até um tenente aqui que participa do Conselho Municipal Anti Drogas e me procurou. Eu ia até participar das palestras, mas saí do município e agora que retornei e conversando com você sobre isso, acho que vou procurá-lo (Enfermeiro D7).

Com o depoimento acima vale ressaltar que o Conselho Municipal Antidrogas (COMAD) e/ou Conselho Municipal de Entorpecentes (COMEM) é o órgão encarregado de colaborar com instituições e entidades municipais responsáveis pelo desenvolvimento de ações de oferta e demanda por drogas, sendo também o articulador dos movimentos comunitários organizados e representação das instituições federais e estaduais no município. A criação dos COMADs / COMENs contempla a estratégia de municipalização prevista na Política Nacional Antidrogas e permite que os planos, programas e projetos cheguem à população dos municípios. Por intermédio do Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD), ligado à Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), projetos ligados à prevenção, tratamento e reabilitação de álcool e outras drogas são financiados, com recurso da Subvenção Social. Sendo assim, o enfermeiro, junto com às Secretarias poderia desenvolver projetos a fim de obter recursos, inclusive para capacitação de recursos humanos, para a Promoção em Saúde ao Usuário de Álcool e Outras Drogas.

A realização de palestras nas escolas, comunidades e empresas é vista como possibilidade de Educação em Saúde pelo Enfermeiro e expansão do seu papel profissional nesta área de saber.

Aqui no Projeto Amor desenvolvo palestras na Comunidade Terapêutica, mas conversando com você, vejo que posso estar desenvolvendo também nas empresas, onde o Pastor que é diretor e especialista em dependência química, já desenvolve (Enfermeiro B9).

Ressalta-se que atenção ao usuário de álcool e drogas ainda é visto mais como um problema social, e até espiritual do que de saúde, e muitas vezes é delegado pelos profissionais de saúde às instituições sociais e religiosas. Guardando as devidas proporções, tais instituições podem ser tidas como parceiras de um dado projeto terapêutico, sem que sejam exclusivamente responsabilizadas pelo acompanhamento do usuário de álcool e drogas.

Os programas de prevenção em empresas ainda são poucos. É preciso que os empresários atentem para a prevenção e tratamento de problemas relacionados ao abuso de

álcool e outras drogas os quais diminuem os custos e melhoram a produtividade. O absenteísmo, principalmente por atestados médicos, os acidentes, a queda de produtividade e a sobrecarga do sistema de saúde guardam relação direta com o consumo principalmente de álcool e com a qualidade de vida do trabalhador. A prevenção ao abuso de substâncias e os programas de intervenção breve demonstram efeitos positivos no ambiente de trabalho, como redução de uso, aumento da estima, da frequência, produtividade e da coesão da empresa e comunidade. Na experiência brasileira, a REDUC/Petrobrás relata que dependente de álcool e outras drogas faltavam 162 dias por ano com atestado médico antes do tratamento, contra 89 dias por ano após 18 meses de tratamento<sup>#</sup>.

Ainda na comunidade, foi demonstrado o desejo de retornar às oficinas a fim de que sejam vistos os trabalhos realizados pelos usuários de drogas em tratamento, para que a comunidade possa participar do processo de re-inserção social. Seria a saída das oficinas terapêuticas de dentro do CAPS para a comunidade.

O que existia e queremos retornar é a Oficina de Bairros, onde fazíamos atividades para população conhecer o portador de distúrbio mental e conseqüentemente, o usuário de álcool e outras drogas em tratamento conosco. Fazíamos isso para ir preparando a comunidade para recebê-los. É a re-inserção social, mas isso foi interrompido pelo momento político conturbado que atravessa o município e por isso, não temos a viatura própria. A população dos bairros que já passamos cobra e os próprios usuários, mas infelizmente foi interrompido e não temos previsão de retorno. (Enfermeiro E2).

Percebe-se o descompromisso por parte do gestor ao encerrar uma atividade que vem funcionando de acordo com a nova proposta da Reforma Psiquiátrica. Contudo não se deve esquecer de que as transformações nos modos de atendimento são lentas e devem incluir diferentes atores sociais para que não se confunda com interesses de natureza partidária. Para essa operacionalização devemos levar em conta as quatro dimensões propostas por Amarante<sup>68</sup>, quais sejam: teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sócio-cultural.

A possibilidade de humanizar o atendimento prestado pelo enfermeiro junto ao usuário de drogas é construída segundo alguns enfermeiros entrevistados, por intermédio do elo entre comunidade, família, usuário, coordenadores de Programas do Ministério da Saúde, com base na escuta, confiança, acolhimento e vínculo, mudando assim o paradigma em relação às pessoas que são acometidas por sofrimento mental, conforme o depoimento abaixo.

Tenho uma facilidade em trabalhar com usuário de drogas, tendo adquirido com a minha experiência de 11 anos no Hospital Psiquiátrico Teixeira Brandão, como diretor da divisão de enfermagem. Eles sabem que podem confiar em mim e por isso fazem vínculo. Com isto, tento fazer que a comunidade veja esta clientela de outra

forma, pois loucos somos nós, que por qualquer pisão no pé, partimos para agressão; enquanto eles levam na esportiva. Estou assim, humanizando este tratamento. (Enfermeiro A4).

Vale ressaltar no depoimento acima, que o enfermeiro A4 vivenciou a reforma psiquiátrica, mas acompanhando a evolução da enfermagem, mais precisamente da enfermagem psiquiátrica, vivenciou distintos momentos de cuidado do ser humano, perpassando pelo modelo hospitalocêntrico e buscou embasamento para a prática do cuidar além desses limites, o que o levou a ampliar esta visão e a construir conhecimentos, reconhecendo como parte do seu papel profissional o comprometimento social. Na perspectiva da Promoção em Saúde, o enfermeiro trabalha de acordo com o princípio da integralidade, não visualizando o usuário de álcool e outras drogas apenas no âmbito curativo, e sim como um sujeito que necessita de estabelecer um vínculo com o profissional de saúde, a fim de recuperar sua auto-estima, e conseqüentemente, sua capacidade de se relacionar. O enfermeiro age com o objetivo de quebrar o paradigma da representação social da pessoa portadora de distúrbio mental.

Na visão da interdisciplinaridade, foi abordada a necessidade de se trabalhar com a presença de um psiquiatra na comunidade, o que facilita para conseguir um número maior de clientela usuária de drogas e para ser proposto um trabalho. Ainda em relação ao profissional psiquiatra, foi mencionado que o mesmo deveria ter em sua agenda de atendimento municipal, um percentual destinado a esta. Foi apontada a necessidade de se trabalhar também em conjunto com um psicólogo, facilitando para o encaminhamento dos usuários de drogas a este profissional.

“Aqui trabalho sozinho. O médico não aparece. Já trabalhei em outro lugar com um psiquiatra e era bem mais fácil quando chegávamos na comunidade, para atrair a demanda do usuário de álcool e outras drogas”. (Enfermeiro A1).

O depoimento acima denota a necessidade do comprometimento do profissional médico com a comunidade e equipe, visto que o atual não aparece.

Seguindo a estratégia do PSF, foi apontada a possibilidade de atuação do enfermeiro junto ao usuário de drogas na própria unidade, conforme relato abaixo.

Eu costumava ir atrás do usuário de álcool por busca ativa, mas de um ano para cá eles que nos procura. Aqui tem um que vivia embriagado, então demos uma força e o dono do bar o chamou para trabalhar com ele, no bar. Acho que demos um empurrãozinho, porque com o emprego ele vive mais sóbrio que bêbado e não precisou nem do CAPS e como ele, outros ficam aqui conosco, totalizando dez, e como este caso que contei, vamos tendo bom resultado. Trabalho com o alcoolista,

porque tenho receio em resgatar o usuário de outras drogas e eles se revoltarem e fazerem algo conosco. (Enfermeiro E1).

Vale ressaltar a amplitude do trabalho deste enfermeiro, iniciado com a busca ativa, embora ele não se sentisse seguro para abordar o usuário das demais drogas.

O enfermeiro D7 apontou a possibilidade de ação do enfermeiro drogas, durante o acompanhamento do pré-natal de gestantes usuárias de drogas, por meio do PSF, conforme depoimento abaixo.

Aqui na unidade tem uma jovem de 17 anos grávida, que se recusa a fazer o pré-natal com obstetra. Já encaminhei duas vezes e ela foi e não gostou do tratamento, retornando para mim, então iniciei o pré-natal e achei até legal a confiança que ela depositou em mim e ela informou que já fez uso de drogas, inclusive já fez overdose, mas que só uso drogas no primeiro mês de gestação porque ainda não sabia que estava grávida. Ela está muito preocupada com o que a droga pode acarretar ao feto, mas que parou de usar. Estou traçando um plano de ação, querendo encaminha-la ao psicólogo, para trabalharmos em conjunto. Esta sua pesquisa foi muito legal para nós, pois permitiu que atentássemos mais para esta clientela. Só respondendo a entrevista, agora no final, que atentei para isso, pois como você vê, tinha respondido antes que só atuava em palestra. (Enfermeiro B6).

O Enfermeiro B6 ao deparar com uma situação em que a paciente deseja realizar seu pré-natal no próprio PSF, tendo sido encaminhada ao médico por ser usuária de drogas e a enfermeira entender como alto risco, resolveu visando o bem-estar da paciente mantê-la sob seus cuidados redirecionando seu plano de ação, cuidando na visão da integralidade, após o estabelecimento de um vínculo. O enfermeiro ao realizar o pré-natal, dará orientações acerca de conseqüências do uso de drogas para a adolescente grávida e seu bebê e pensa em trabalhar junto com o psicólogo, demonstrando a visão da interdisciplinaridade.

Ainda a fim de garantir a integralidade, foi apontada como possibilidade a visita dos enfermeiros da atenção básica ao CAPS para trocaram experiências sobre o atendimento.

O enfermeiro que atende o usuário de álcool e outras drogas tem que se capacitar em saúde mental. Tem que visitar o CAPS, para saber como atender esta clientela, como humanizar este atendimento e perder o medo. Foi assim que fui resistindo às mudanças da psiquiatria. Visitando novos modelos e me capacitando. Sou louco por ela! (Enfermeiro A4)

No que se refere à porta de entrada nos serviços de saúde, foi mencionada a necessidade de re-direcionamento, devendo ser realizado por captação na área adstrita e por meio da conscientização dos profissionais médicos do pronto atendimento, que ainda encaminham para internação em clínica psiquiátrica do município adjacente, ao invés de encaminhá-los para o CAPS, mesmo após a equipe de este ter prestado orientação.

A porta de entrada do usuário de saúde mental aqui no município é muito difícil. Ele passa pelo ambulatório e pronto socorro e imediatamente é encaminhado para a Clínica Psiquiátrica em Três Rios e aí, quando descobrimos, o usuário já foi internado. Então às vezes, era um caso para o CAPS intervir, mas não tivemos a chance. Nós já tivemos vários impasses, mas devagarzinho estamos conseguindo a adesão, inclusive alguns médicos já ligam direto para nós e a equipe do CAPS vai lá intervir e o traz para cá. Fim de semana é mais complicado, porque vai direto para internação no hospital psiquiátrico. (Enfermeiro E2).

Vale destacar que a internação é vista como último recurso de acordo com a legislação vigente de álcool e drogas, devendo esta ser realizada em leitos de hospital geral. Mais uma vez, identificamos a necessidade do CAPS funcionar inclusive nos fins de semana, pois conforme relato acima, é neste período que as internações em hospital psiquiátrico ocorre, em virtude da ausência da equipe do CAPS para intervir.

A elaboração e implementação de projetos entre a saúde mental e a atenção básica foram apresentadas como possibilidade de ação, sendo proposto anteriormente pelos respectivos coordenadores, mas por contensão de despesas, a secretaria não mostrou interesse em implementá-los.

Para realizar o projeto, seria necessário realizar um levantamento epidemiológico da área, indicando o percentual de riscos, as áreas vulneráveis, as drogas usadas, as condições do usuário e sua família, conforme relato do enfermeiro C1.

Precisamos conhecer a realidade do nosso município, buscando saber por estatística que é dependente, qual a droga usada, como eles fazem uso, em qual intensidade, avaliar a situação da família, no trabalho, na comunidade. Depois de conhecer todo esse contexto, aí temos que fazer um trabalho, que pode ser comum, já realizado em outro lugar ou inovador, mas para isso precisamos conhecer esta clientela. (Enfermeiro C1).

O pensamento desses coordenadores está em consonância com a lógica do apoio matriarcal, mas infelizmente a gestão mais uma vez é vista como não cooperante para implementação de projetos.

O apoio matriarcal da saúde mental às equipes de atenção básica constitui um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para população. Nesse arranjo, a equipe por ele responsável compartilha alguns casos com a equipe de saúde local. Esse compartilhamento se dá em forma de co-responsabilização pelos casos, que pode efetivar através de discussões conjuntas de caso, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos.

A responsabilização compartilhada dos casos exclui a lógica do encaminhamento, pois visa aumentar a capacidade resolutive de problemas de saúde pela equipe local. Nesta perspectiva, é estimulada a interdisciplinaridade e a ampliação da clínica em equipe, que significa o resgate e a valorização de outras dimensões, que não somente a biológica e a dos sintomas, na análise da singularidade.

Para organizar as ações de apoio matriarcal, onde houver CAPS, oficinas ou outros equipamentos de saúde mental, os membros da equipe de saúde mental farão o apoio matriarcal às equipes da atenção básica, programando sua carga horária para encontros semanais, e formas de contato para demandas inesperadas ou intercorrências. No caso de municípios onde o número do CAPS é insuficiente para garantir apoio matriarcal a toda rede básica, é possível compor esse apoio com a implementação conforme as orientações para onde não há serviço de saúde mental ou expandir o número de CAPS <sup>69</sup>.

Onde não houver serviço de saúde mental, a equipe de apoio matriarcal deve ser composta no mínimo, por um médico psiquiatra ou generalista com capacitação em saúde mental, dois técnicos de nível superior (incluindo o enfermeiro) e auxiliares de enfermagem, para no mínimo 6 e máximo 9 equipes de PSF ou para grupos populacionais entre 15 a 30 mil habitantes<sup>69</sup>.

A coordenação de saúde mental<sup>69</sup> recomenda para municípios com menos de 20 mil habitantes organizar a saúde mental sem CAPS, trabalhando com a lógica do apoio matriarcal. Neste caso, pode-se pensar em equipe matriarcal mais simples, com um médico generalista com capacitação em saúde mental e um técnico de saúde mental de nível superior.

Entre as responsabilidades estão desenvolver ações conjuntas priorizando o uso abusivo de álcool e outras drogas, criar estratégias comuns para abordagem de problemas vinculados ao abuso de álcool e outras drogas, estratégias de redução de danos, desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários, como grupos de auto ajuda, adotar a estratégia de redução de danos nas situações que envolvem o uso de álcool e outras drogas, avaliando a possibilidade de integração dos agentes redutores de dano a essa equipe de apoio matriarcal e trabalhar o vínculo com as famílias, tornando-a parceira no tratamento e buscar constituir redes de apoio e integração. Como estratégia prioritária para que as ações de saúde mental estejam desenvolvidas na atenção básica, é fundamental a capacitação das equipes<sup>70</sup>.

Com a ampliação da noção de território proposta pela NOAS e em virtude desta pesquisa ter sido realizada em uma micro-região, pensa-se que esta é uma modalidade promissora para o enfermeiro da região, podendo ser ampliada a equipe de apoio matriarcal para todos os municípios, com base no módulo assistencial.

A possibilidade de contribuir para não internação do usuário de drogas em hospital psiquiátrico é apontada por um enfermeiro.

Há bem pouco tempo as pessoas com síndrome de abstinência, uso de drogas inclusive alcoólica as pessoas e a família chamavam o bombeiro e eles eram levados para o hospital psiquiátrico. Com a equipe de saúde mental e nós do PSF, isso melhorou muito, mas essa ainda é uma historia muito recente, que ainda não consigo apagar da memória. (Enfermeiro C1).

A supervisão da Secretaria de Estado junto à equipe do CAPS foi apontada como possibilidade de apoio ao profissional, conforme depoimento abaixo.

Aqui acontece uma coisa boa, que é a supervisão do estado. Nós vamos ao RJ conversar com a psicóloga e passamos a nossa vivência. Por exemplo, tem pacientes que assistimos e não conseguimos resolver nem 10% dos seus problemas físicos e então ela abre nossos horizontes. (Enfermeira B13).

Percebe-se a importância do apoio da supervisão para a equipe que assiste ao usuário de álcool e outras drogas, compreendendo e orientando o trabalho.

A supervisão é uma forma importante de ensino-aprendizagem, possibilitando a equipe suscitar reflexões a partir de situações vivenciadas por ela mesma, favorecendo novas formas de interação Mascarenhas P. Supervisão múltiplas visões<sup>71</sup>.

É necessário que o profissional que trabalha com o usuário de álcool e outras drogas tenha em mente que por muitas vezes vai estar diante da recaída do usuário e da não adesão. Deve estar preparado e atento para prestar uma assistência sem se angustiar ou recriminar, sendo que este suporte deve vir de uma supervisão externa e sistematizada<sup>71</sup>.

Com base nos depoimentos acima percebemos que são diversas as possibilidades de atenção do enfermeiro junto ao usuário de álcool e drogas. Alguns enfermeiros ainda realizam suas atividades no modelo tradicional, o que pode ser em consequência da maneira que foi apresentada em sua vida acadêmica e da ausência de capacitação profissional para sua inserção no mercado de trabalho. Outros realizam suas ações pautadas no modelo de Promoção em Saúde, embora nem sempre dêem conta disto.

Apesar de descreverem as dificuldades em assistir a esta clientela de forma integral, podemos dizer que padrões mínimos de atenção são reconhecidos pelos enfermeiros, com potencial para tornarem-se protocolos de atendimento.

## 5 CONCLUSÃO

Conclui-se que a demanda por atendimento em saúde dos usuários de álcool e drogas nas unidades de saúde da rede extra-hospitalar não ocorre predominantemente de maneira espontânea. Fato que pode ser explicado pelo próprio estigma em torno do consumo de drogas e também pela dificuldade dos usuários se assumirem como doentes. Além disso, não há por parte dos serviços de saúde da região pesquisada um programa eficaz de busca ativa desta clientela.

Os enfermeiros dos serviços da rede extra-hospitalar atuam numa perspectiva tradicional de atenção em saúde, pautando suas ações no atendimento de co-morbidades relacionadas ao usuário de álcool e drogas e nos problemas relacionados ao atendimento médico.

Poucos são os enfermeiros que receberam treinamento para lidar com a clientela usuária de álcool e drogas. E muitas vezes, por falta de uma política adequada e de impacto, atuam junto a estes usuários de forma arbitrária, embora com solidariedade, não seguindo parâmetros técnico-científicos.

Embora a maioria dos enfermeiros entrevistados atue em unidades básicas de saúde, não se tem evidenciado em suas propostas de trabalho a valorização do modelo de promoção à saúde. Não se percebe um espaço próprio para programas de atuação para usuários de álcool e drogas em rede de atenção extra-hospitalar, e as atividades propostas não são muito diversificadas.

Analisando o papel desenvolvido pelo enfermeiro da rede extra-hospitalar na busca da integralidade da assistência com vista à consolidação do SUS (esta oração está inacabada). De um modo geral, a própria rede de serviços, e não apenas o enfermeiro, não responde as necessidades de saúde do usuário de álcool e drogas. Foi possível perceber que a prática de enfermagem nesta perspectiva encontra-se ainda em fase de implantação e é pouco resolutiva, embora parte significativa dos enfermeiros entrevistados tenha demonstrado estar consciente de tais necessidades, apontando possibilidades e limites para a transformação da realidade local. Constata-se que alguns avanços já foram obtidos pelos enfermeiros, como por exemplo, o vínculo de confiança estabelecido com a comunidade local e a percepção de suas próprias fragilidades e necessidades de capacitação.

A experiência com a atenção ao usuário de álcool e drogas coloca o enfermeiro face a face com inúmeros desafios. Em primeiro lugar, trabalhar numa perspectiva diferente daquela

aprendida na formação acadêmica, altamente prescritiva e centrada na doença. Em segundo lugar, enfrentar a sua própria ansiedade, insegurança, preconceito e até incapacidade para lidar com o usuário de álcool e drogas. Em terceiro lugar, programar atividades com base em políticas ministeriais que ainda não estão consolidadas na região e nem valorizadas pelos gestores locais. Em quarto lugar, criar protocolos de atendimento que permitam o monitoramento e avaliação de ações de enfermagem desenvolvidas junto ao usuário de álcool e drogas na região. Em quinto lugar, trabalhar em equipe e em rede, de forma a assegurar a integralidade da assistência.

Este estudo traz uma reflexão sobre a atuação do enfermeiro e ao mesmo tempo aponta lacunas no atendimento ao usuário de álcool e drogas nas regiões estudadas. Mostra a importância da adesão dos enfermeiros à política de atenção ao usuário de álcool e drogas. Encorajando os enfermeiros a assumirem os riscos necessários à mudança nos serviços de atenção extra-hospitalar, já que são historicamente plenos potenciais de práticas educativas e promocionais em saúde.

Diante da relevância que o problema de álcool e drogas assume para saúde pública, considera-se que o preparo de profissionais de enfermagem para atuar junto a esta clientela deva ocorrer em toda a rede de saúde. Esta capacitação deve privilegiar uma abordagem transversal e interdisciplinar da temática, pois, com base no presente estudo, verificou-se que quando ocorre uma aprendizagem significativa, o enfermeiro atua de forma mais criativa e engajada.

Da mesma forma, é importante ressaltar o papel secundário que tem assumido os cursos de pós-graduação *latu-sensu* no processo de capacitação. É preciso refletir sobre seu afastamento crescente da realidade dos serviços de saúde, com ausência da temática nos programas de cursos inclusive da área de saúde coletiva.

Recomenda-se o uso de metodologias ativas de aprendizagem nos cursos de graduação, pós-graduação e capacitação, por pautarem-se em estratégias de aprendizagem mais abertas, com forte interação com os cenários de prática, permitindo uma abordagem mais complexa dos problemas de saúde.

## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Gonçalves, SSPM, Tavares CM de M. O Papel do Enfermeiro na Atenção aos Usuários de Drogas Referidos à Rede Básica de Saúde. Rev Téc- Cient Enf 2006;4(14) 73-80.
2. Ministério da Saúde (BR). A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Outras Drogas. 1ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2003.
3. Spricigo JS et al. Atenção ao usuário de drogas: um espaço para o enfermeiro. Texto Contexto Enfermagem 2004 abr-jun; 13(2):296-302.
4. UNODC. Perfil do país Escritório regional do UNODC no Brasil. Escritório contra drogas e crime da ONU. [online]. Brasília (DF), Brasil; 2005 [capturado 20 mar. 2006]. Disponível em: <http://www.unodc.org.br>.
5. Saube R, Wendhausen ALP. O mestrado profissionalizante como o modelo preferencial para a capacitação em saúde da Família. Scielo [online]. 2005 set-dez; 9 (18). [capturado 10 Mar 2006]; Disponível em: <http://www.scielo.com.br>.
6. Minayo MCS. O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 1999.
7. Taylor CM. Fundamentos de enfermagem psiquiátrica. São Paulo: Artes Médicas; 1992.
8. Luis MAV, Souza MCBM. Questionamento dos jovens sobre álcool e drogas. Acta Paulista de Enfermagem 1996 maio/ago; 9(2):25-46.
9. Spricigo JS et al. O enfermeiro da unidade básica de saúde e o usuário de drogas: um estudo em Biguaçu-SC. Rev Latinoam enfermagem 2004 abr; 12 (n.º esp.): p.427-432.

10. Carraro TE, Rassoo GH, Luis MAV. A formação do enfermeiro e o fenômeno de drogas no sul do Brasil: atitudes e crenças dos estudantes de enfermagem sobre o cuidado. Rev Latinoam enfermagem 2005 out; 13 (n.º esp.): p.863-871.
11. Martinez LDC, Ferriani MGC Carvalho. Relación entre las características de la adolescente embarazada y la resistencial al consumo de droga. Rev Latinoam enfermagem 2004 Abr; 12 (n.º esp): 333-339.
12. Braga VAB et al. Formação do acadêmico de enfermagem e seu contato com as drogas psicoativas. Texto Contexto Enfermagem 2004 abr-jun; 13(2): 241-249.
13. Ferreira P et al. Percebendo as facilidades e dificuldades na implantação de serviços abertos em álcool e drogas. Texto Contexto Enfermagem 2004 abr-jun; 13(2): 209-216.
14. Meirelles BS, Buchele F. O significado da dependência química e do dependente químico para uma equipe de saúde. Texto & contexto enfermagem 1997 set-dez.; 6(3):314-329.
15. Centro Brasileiro de Informação Sobre Drogas Psicoterápicas. Departamento de psicobiologia da Unifesp UFSP. Escola Paulista de Medicina. Drogas Psicoterápicas. [online]. [capturado 9 fev 2003] São Paulo: FAPESP; s.d. Disponível em: <http://www.cebrid.epm.br/drogas25ag>.
16. Centro Brasileiro de Informação Sobre Drogas Psicoterápicas. I Levantamento Domiciliar Nacional Sobre Uso de Drogas Psicotrópicas.[online]. São Paulo: FAPESP; 1999. Disponível em: <http://www.cebrid.epm.br/levdomiciliar/index.htm>
17. Figueiredo NMA. Práticas de enfermagem: ensinando a cuidar em São Caetano do Sul. São Paulo: Difusão Paulista de Enfermagem; 2003.
18. Rouquayrol MZ. Epidemiologia e Saúde. 4 ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1993.
19. Constituição da República Federativa do Brasil. Cap. II, Seção II, Art.196; 1988.

20. Brasil. Ministério da Saúde. Assessoria de Comunicação Social. Lei Orgânica da Saúde. 2 ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1991.
21. Conselho Municipal Antidrogas. [online] [capturado 20 mar 2006]. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/paginas/conselho/portais20/conen-coma>.
22. Ministério da Saúde (BR). Legislação em Saúde Mental 1990-2002. 3 ed. Brasília; 2002.
23. Oliveira AGB. Superando o manicômio?: desafio na construção da reforma psiquiátrica. Cuiabá: UFMT; 2005.
24. Cartana MHF, Santos SMA, Fenili RM, Sprícigo JS. Prevenção do uso de substâncias psicoativas. *Texto & Contexto Enfermagem* 2004 abr-jun; 13(2): 286-289.
26. Mendes, Eugenio Vilaça. Uma agenda para saúde. 2 ed. São Paulo: Hucitec;1999.
27. Gelbcke FL, Padilha MICS. O fenômeno das drogas no contexto da promoção da saúde. *Texto & Contexto Enfermagem* 2004 abr-jun; 13(2): 272-279.
28. Santos BRL, Paskulin LG, Rosa NG, Witt RR, Dias JS. O trabalho em saúde coletiva e a enfermagem: concepções dos gerentes das unidades de saúde de Porto Alegre. *Revista Gaúcha de Enfermagem* 1999 Jan; 20(1 sup.): 102-112.
29. Tavares CMM. A participação da enfermagem na consolidação da perspectiva da promoção da saúde no âmbito dos Centros de atenção Psicossocial (CAPS). São Paulo: Mimeo; 2006.
30. Gonçalves AM. Cuidados diante do abuso e da dependência de drogas: desafio da prática do Programa Saúde da Família. Ribeirão Preto; 2002 [Tese de Doutorado em Enfermagem] - Universidade de São Paulo.
31. Chisman AM, Wright MGM. Comissão Intramericana para o controle de abuso de drogas: projeto de implantação América Latina. *Revista de Enfermagem UERJ* 2001 maio/ago; 9(2):163-166.

32. Thomas C, Carvalho VL. O cuidado ao término de uma caminhada. Santa Maria: Pallote; 1999.
33. Boff L. Ética da Vida. 2 ed. Brasília: Letraviva; 2000.
34. Leopardi MT. Cuidado: ação terapêutica essencial. *Texto & Contexto Enfermagem* 1997 set-dez; 6(3); 57-67.
35. Waldow V R.. Cuidado Humano: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzato; 1998.
36. Watson Jean. Nursing: human science and human care. A theory of nursing. New York: National League of Nursing; 1985.
37. Fontanella BJB, Turato, ER. Barreiras na relação clínico paciente em dependentes de substâncias psicoativas procurando tratamento, *Revista Saúde Pública*. 2002 Agosto; 36(4):439-478.
38. Daher DV, Espírito Santo FH, Escudeiro CL. Cuidar e pesquisar: práticas complementares ou excludentes? *Rev. Latino-Am Enfermagem* 2002 mar-abr;10(2):145-150.
39. Pillon SC, Luis MAV. Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática de enfermagem. *Rev. Latino-Am Enfermagem* 2004 jul-ago; 12 (4):676-682.
40. Leopard MT. Cuidado: ação terapêutica essencial. *Revista Texto & Contexto Enfermagem* 1997 set-dez; 6(3): 57-67.
41. Goti E. La Comunidad Terapêutica. Espanha: Nueva Vision; 1990
42. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução ANVISA 101/01 de 30 de Maio de 2001. [capturado 18 mar 2006]. Disponível em: <http://e legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php>.

43. Micheli D, Fisberg M, Formigoni MLOS. Estudo da efetividade da intervenção breve para o uso do álcool e outras drogas em adolescentes atendidos num serviço de assistência primária à saúde. *Revista da Associação Médica Brasileira* 2004; 50 (3): 305-313.
44. Friedrich DBC, Sena RR. Um novo olhar sobre o cuidado no trabalho da enfermeira em unidades básicas de saúde em Juiz de Fora – MG. *Rev. Latino-am. Enfermagem* 2002 nov-dez.; 10(6).
45. Polit DF, Hungler BP. *Fundamentos da pesquisa em enfermagem*. Artes Médicas; 1995.
46. IBGE. Censo demográfico de 2000. [on line]. Rio de Janeiro, Brasil; 2004. [capturado 30 Ago 2004] Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/censodemografico/2000>.
47. NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde. Portaria nº 95 de 26 Jan 2001. [capturado 28 Jun. 2005]; Disponível em: <http://www.sespa.pa.gov.br/sus/legisla.htm>
48. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2004.
49. Conselho Federal de Enfermagem. Dados estatísticos do pessoal de enfermagem do Brasil. [on line]. Rio de Janeiro, Brasil; 2006. [capturado 22 Mai. 2006] Disponível em: <http://www.cofen.gov.br>.
50. Oliveira AGB; Alessi NP. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. *Rev. Latino-am. Enfermagem* 2003 maio-jun.; 11(3):333-40.
51. Ministério da Saúde (BR). Resolução CNS 196/96 de 16 de Outubro de 1996: institui Diretrizes e Normas reguladoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1997
52. Lancetti A. *Saúde e loucura 7: saúde mental e saúde da família*. São Paulo (SP): Hucitec; 1991.
53. Boff L. *Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra*. Petrópolis (RJ): Vozes; 1999.

54. Serrat SM. O Conceito de Comunidade Terapêutica. [on line]. Ribeirão Preto, Brasil; 2006. [capturado 18 Mar 2006] Disponível em: <http://febract.org.br/conceito.htm>.
55. Araújo LF, Castanha AR, Barros APR, Castanha CR. A representação social de agentes comunitários de saúde. [on line]. Brasília, Brasil; 2006. [capturado 26 Mar 2006] Disponível em: <http://obid.senado.gov.br/obid/portal/noticiasdetalhes.jsp>.
56. Gonçalves SSPM, Tavares CMM. A enfermagem na atenção básica de saúde ao usuário de drogas. On line Brazilian Journal of Nursing. [online]. 2005. [capturado 01 Set 2005]; Disponível em: <http://www.uff.br/nepae/objn402goncalvesetal.htm>.
57. Assad LG, Viana LO. Saberes práticos nas formas do enfermeiro. Revista Brasileira de Enfermagem 2003; 56(1): 23-29.
58. Oliveira AGB. Superando o manicômio? Desafio na construção da reforma psiquiátrica. Cuiabá (MT): UFMT; 2005.
59. Ribeiro E, Motta J. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. [online]. Paraná, Brasil; 2003. [capturado 25 Abril 2003] Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/arquivos/educacao>.
60. Silva JPV, Tavares CMM. Educação permanente de profissionais de saúde mental: competência para o trabalho interdisciplinar. Revista Saúde em Debate 2003 Set-Dez; 27(65): 290-301.
61. Silva ATMC, Silva CC, Nóbrega MML, Filha MOF, Sousa KKB. Trabalho de enfermagem no programa saúde da Família e sua relação com a desinstitucionalização. [online]. Paraíba. Brasil; 2005. [capturado 08 Mar 2005] Disponível em <http://www.uff.br/nepae/objn303silvaetal.htm>.
62. Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. Ciência & Saúde Coletiva 2003; 8(2): 69-584.
63. Capra F. O Ponto de Mutação. São Paulo: Cutrix; 1982.

64. Figlie NB, Bordin S, Laranjeira R. Aconselhamento em dependência química. São Paulo: Roca; 2004.
65. Barbier R. L'ecoute sensible dans la formation des professionnels de la santé. L'Ecole Supérieure de Sciences de la Santé. Brasília, Brasil; 2004. [capturado 12 Nov 2004] Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/brassilia2002>.
66. Mishima SM, Villa TCS, Gomes ELR, Pratali MTR, Silva EM, Anselmi ML. O Sistema de informações no processo gerencial dos serviços de saúde: algumas reflexões. Rev. Latino-am. Enfermagem 1996 abr; 4( nº especial):83-89
67. Tavares CMM et al. Therapeutical activities as technologies of caring in mental health. Online Brazilian Journal of Nursing. [online]. [capturado 03 Jun 2005]; Disponível em: <http://www.uff.br/nepae/objn102tavaresetal.htm>.
68. Amarante P. Manicômio e Loucura no final do Século e do Milênio. In: Fernandes M, Scarcelli E, Costa E (org.). Fim de Século: ainda manicômios?. São Paulo: IPUSP; 1999: 47-53
69. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de atenção a saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Departamento de atenção básica e coordenação geral de saúde mental. Coordenação de gestão de atenção básica e saúde mental e atenção básica. O vínculo e o dialogo necessários: inclusão das ações de saúde mental na atenção básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2003
70. Ministério da Saúde (BR). Saúde Mental e Atenção Básica. O vínculo é o diálogo necessários: inclusão das ações de saúde na atenção básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde.
71. Mascarenhas P. Supervisão Múltiplas Visões. São Paulo (SP): HUCITEC; 1989.
72. Ferreira PS. Percebendo a experiência dos coordenadores na implantação dos serviços abertos em álcool e outras drogas. São Paulo; 2004. Mestrado [Dissertação em Enfermagem Psiquiátrica] - Universidade de Ribeirão Preto.

## **ANEXOS**

## ANEXO A MODELO DUSI

*Adaptação feita para o Brasil do instrumento DUSI (Drug Use Screening Inventory) por Ronaldo Laranjeiras (*

*Todos os dados colhidos por meio desse questionário são confidenciais e fazem parte de um projeto de pesquisa, coordenado por ..... (ou se destinam a ....)*

*O objetivo dessa pesquisa (ou avaliação..) é conhecer o real uso de drogas de uma amostra de jovens brasileiros (ou outra especificação...) e sua relação com problemas de saúde, psicológicos e sociais.*

***Sua resposta é muito importante. Responda honestamente e tenha a certeza de que suas respostas serão mantidas em segredo. Nenhuma pessoa terá acesso às suas respostas sem o seu consentimento.***

### ***Instruções de Preenchimento***

Responda **todas** as questões seguintes. Se alguma questão não se aplicar exatamente, responda considerando o que ocorre com maior frequência ( sim ou não).

Responda as questões como aplicadas a você **DESDE O ANO PASSADO ATÉ O TEMPO PRESENTE**. Preencha completamente o círculo ao lado da resposta escolhida, com cuidado para não ultrapassar as bordas, como no exemplo abaixo:

Exemplos: "**Você gosta de salada de macarrão?**" Alguém que goste de salada de macarrão preencheria o círculo após a resposta "SIM".

**SIM NÃO**

"**Você gosta de ir sozinho ao cinema?**" Alguém que não goste de ir sozinho ao cinema preencheria o círculo após a resposta "NÃO".

**SIM NÃO**

CABEÇALHO
-----------

### ***Drogas preferidas***

Quantas vezes você usou cada uma das drogas listadas abaixo no último mês?  
PREENCHA os círculos, conforme a droga, a quantidade e as vezes que a usou:

<b>Não Usei</b>	<b>Usei</b>	<b>Usei</b>	<b>Usei</b>	<b>Usei</b>	<b>Tenho</b>	<b>Essa</b>
<b>Usei</b>	<b>de 1 a</b>	<b>de 3 a</b>	<b>e 10 a</b>	<b>mais de</b>	<b>problemas pelo</b>	<b>minha</b>

	2 vezes	9 vezes	20 vezes	20 vezes	uso dessa droga	droga predileta
Álcool	0	0	0	0	0	0
Cocaína/ <i>crack</i>	0	0	0	0	0	0
Maconha	0	0	0	0	0	0
Estimulantes (anfetaminas, etc.)	0	0	0	0	0	0
Alucinógenos (LSD, mescalina, etc.)	0	0	0	0	0	0
Tranqüilizantes (diazepam, barbitúricos, etc.)	0	0	0	0	0	0
Analgésicos	0	0	0	0	0	0
Opiáceos (morfina, heroína, etc.)	0	0	0	0	0	0
Fenilciclidina (PCP, pó-de-anjo)	0	0	0	0	0	0
Inalantes, solventes	0	0	0	0	0	0
Outros	0	0	0	0	0	0

### **Área I**

1. Você já teve "fissura" ou um forte desejo por álcool ou drogas?
2. Você já teve que usar mais e mais drogas ou álcool para conseguir o efeito desejado?
3. Você já sentiu que não poderia controlar o uso de álcool ou drogas?
4. Você já sentiu que estava "enfeitiçado" ou muito envolvido pelo álcool ou pelas drogas?
5. Você já deixou de realizar alguma atividade por ter gasto muito dinheiro com drogas ou álcool?
6. Você já quebrou regras ou desobedeceu leis por estar "alto" sob o efeito de álcool ou drogas?

7. Você muda rapidamente de muito feliz para muito triste ou de muito triste para muito feliz, por causa das drogas?
8. Você já sofreu algum acidente de carro depois de usar álcool ou drogas?
9. Você já se machucou acidentalmente ou machucou alguém depois de usar álcool ou drogas?
10. Você já teve uma discussão séria ou briga com um amigo ou membro da família por causa da bebida ou do seu uso de drogas?
11. Você já teve problemas em se dar bem com algum de seus amigos devido ao uso de álcool ou drogas?
12. Você já teve sintomas de abstinência após o uso de álcool? (Por exemplo: dor de cabeça, náuseas, vômitos ou tremores)
13. Você já teve problemas para lembrar o que fez enquanto estava sob efeito de drogas ou álcool?
14. Você gosta de brincadeiras que envolvem bebidas quando vai a festas? (Por exemplo: "vira-vira"; apostas para ver quem bebe mais rápido ou em maior quantidade; etc.)
15. Você tem problemas para resistir ao uso de álcool ou drogas?

## ***Área II***

1. Você briga muito?
2. Você se acha o "bom"?
3. Você provoca ou faz coisas prejudiciais aos animais?
4. Você grita muito?
5. Você é teimoso?
6. Você é desconfiado em relação a outras pessoas?
7. Você pragueja (reclama muito) ou fala muitos palavrões?
8. Você provoca muito as pessoas?
9. Você tem um temperamento difícil?
10. Você é muito tímido?
11. Você ameaça ferir as pessoas?
12. Você fala mais alto que os outros jovens?

13. Você se chateia ( ou se aborrece) facilmente?
14. Você faz muitas coisas sem primeiro pensar nas conseqüências?
15. Você se arrisca ou faz coisas perigosas muitas vezes?
16. Se tiver oportunidade você tira vantagem das pessoas?
17. Geralmente você se sente irritado?
18. Você gasta a maior parte do tempo livre sozinho?
19. Você é um solitário?
20. Você é muito sensível a críticas?

### ***Área III***

1. Você se submeteu a algum exame físico ou esteve sob cuidados médicos no ano passado?
2. Você teve algum acidente ou ferimento que ainda o incomode?
3. Você dorme demais ou muito pouco?
4. Recentemente, você perdeu ou ganhou mais de 4 kg?
5. Você tem menos energia do que acha que deveria ter?
6. Você tem problemas de respiração ou de tosse?
7. Você tem alguma preocupação sobre sexo ou com seus órgãos sexuais?
8. Você já teve relações sexuais com alguém que usava drogas injetáveis?
9. Você teve dores abdominais ou náuseas no ano passado?
10. A parte branca de seus olhos já ficou amarela?

### ***Área IV***

1. Intencionalmente, você já danificou a propriedade de alguém?
2. Você já roubou coisas em mais de uma ocasião?
3. Você se envolveu em mais brigas que a maioria dos jovens?
4. Você é uma pessoa inquieta?
5. Você é agitado e não consegue sentar quieto?

6. Você fica frustrado facilmente?
7. Você tem problemas em se concentrar?
8. Você se sente muito triste?
9. Você rói unhas?
10. Você tem problemas para dormir?
11. Você é nervoso?
12. Você se sente facilmente amedrontado?
13. Você se preocupa demais?
14. Você tem dificuldade em deixar de pensar em determinadas coisas?
15. As pessoas olham espantadas para você?
16. Você escuta coisas que ninguém mais do seu lado escuta?
17. Você tem poderes especiais que ninguém mais tem?
18. Você sente medo de estar entre as pessoas?
19. Você frequentemente sente vontade de chorar?
20. Você tem tanta energia que não sabe o que fazer consigo mesmo?

### ***Área V***

1. Os jovens de sua idade não gostam de você?
2. Você está normalmente infeliz com o modo como desempenha atividades com seus amigos?
3. É difícil fazer amizades num grupo novo?
4. As pessoas tiram vantagens de você?
5. Você tem medo de lutar pelos seus direitos?
6. É difícil para você pedir ajuda aos outros?
7. Você é facilmente influenciado por outros jovens?
8. Você prefere ter atividades com jovens bem mais velhos que você?
9. Você se preocupa em como suas ações vão afetar os outros?

10. Você tem dificuldades em defender suas opiniões?
11. Você tem dificuldade em dizer "não" para as pessoas?
12. Você se sente desconfortável (sem jeito) se alguém o elogia?
13. As pessoas o enxergam como uma pessoa não amigável?
14. Você evita olhar nos olhos quando está conversando com as pessoas?

### ***Área VI***

1. Algum membro de sua família (mãe, pai, irmão ou irmã) já usou maconha ou cocaína?
2. Algum membro de sua família usou álcool a ponto de causar problemas em casa, no trabalho ou com amigos?
3. Algum membro de sua família já foi preso?
4. Você tem discussões freqüentes com seus pais ou responsáveis que envolvam gritos e berros?
5. Sua família dificilmente faz coisas juntas?
6. Seus pais ou responsáveis desconhecem o que você gosta e o que não gosta?
7. Na sua casa faltam regras claras sobre o que você pode e não pode fazer?
8. Seus pais ou responsáveis desconhecem o que você realmente pensa ou sente sobre as coisas que são importantes para você?
9. Seus pais ou responsáveis brigam muito entre si?
10. Seus pais ou responsáveis freqüentemente desconhecem onde você está ou o que você está fazendo?
11. Seus pais ou responsáveis estão fora de casa a maior parte do tempo?
12. Você sente que seus pais ou responsáveis não se importam ou não cuidam de você?
13. Você se sente infeliz em relação ao modo como você vive?
14. Você se sente em perigo em casa?

### ***Área VII***

1. Você não gosta da escola?
2. Você tem problemas para se concentrar na escola ou quando está estudando?

3. Suas notas são abaixo da média?
4. Você "cabula" aulas mais de dois dias por mês?
5. Você falta muito à escola?
6. Você já pensou seriamente em abandonar a escola?
7. Frequentemente, você deixa de fazer os deveres escolares?
8. Você sempre se sente sonolento na aula?
9. Frequentemente, você chega atrasado para a aula?
10. Nesse ano, seus amigos da escola são diferentes daqueles do ano passado?
11. Você se sente irritado e chateado quando está na escola?
12. Você fica entediado na escola?
13. Suas notas na escola estão piores do que costumavam ser?
14. Você se sente em perigo na escola?
15. Você já repetiu de ano alguma vez?
16. Você se sente indesejado nos clubes escolares (centro acadêmico, atlética, etc.) ou nas atividades extracurriculares?
17. Você já faltou ou chegou atrasado na escola em consequência do uso de álcool ou drogas?
18. Você já teve problemas na escola por causa do álcool ou das drogas?
19. O álcool ou drogas já interferiram nas suas lições de casa ou atividades escolares?
20. Você já foi suspenso?

### ***Área VIII***

1. Você já teve um trabalho remunerado do qual foi despedido?
2. Você já parou de trabalhar simplesmente porque não se importava?
3. Você precisa de ajuda dos outros para arranjar emprego?
4. Você frequentemente falta ou chega atrasado no trabalho?
5. Você acha difícil concluir tarefas no seu trabalho?
6. Você já ganhou dinheiro realizando atividades ilegais?

7. Você já consumiu álcool ou drogas durante o trabalho?
8. Você já foi demitido de um emprego por causa de drogas?
9. Você tem problemas de relacionamento com seus chefes?
10. Você trabalha principalmente porque isso permite ter dinheiro para comprar drogas?

### ***Área IX***

1. Algum de seus amigos usa álcool ou drogas regularmente?
2. Algum de seus amigos vende ou dá drogas a outros jovens?
3. Algum de seus amigos "cola" nas provas?
4. Seus pais ou responsáveis não gostam de seus amigos?
5. Algum dos seus amigos já teve problemas com a lei?
6. A maioria dos seus amigos é mais velha que você?
7. Seus amigos cabulam muitas aulas?
8. Seus amigos ficam entediados nas festas quando não é servido álcool?
9. Seus amigos levaram drogas ou álcool nas festas no ano passado?
10. Seus amigos roubaram alguma coisa de uma loja ou danificaram a propriedade escolar de propósito durante o ano passado?
11. Você pertence a alguma "gang"?
12. Você se sente incomodado por problemas que esseja tendo com amigos atualmente?
13. Você sente que não tem nenhum amigo em quem você possa confiar?
14. Se comparado com a maioria dos jovens, você tem poucos amigos?

### ***Área X***

1. Comparado com a maioria dos jovens, você faz menos esportes?
2. Durante a semana, você normalmente sai à noite para se divertir, sem permissão?
3. Num dia típico de verão você assiste à televisão por mais de duas horas?
4. Na maioria das festas que você tem ido recentemente, os pais estão ausentes?
5. Você se exercita menos que a maioria dos jovens que você conhece?

6. Nas suas horas livres você simplesmente passa a maior parte do tempo com os amigos?
7. Você se sente entediado a maior parte do tempo?
8. Você realiza a maior parte das atividades de lazer sozinho?
9. Você usa álcool ou drogas para se divertir?
10. Comparado à maioria dos jovens, você está menos envolvido em "hobbies" ou outros interesses?
11. Você está insatisfeito com a maneira como passa seu tempo livre?
12. Você se cansa muito rapidamente quando faz algum esforço físico?

***Inventário de triagem de uso de drogas \_ ITUD:***

**RESUMO**

Áreas	Pontuação total	Pontuação "bruta" da linha Absoluta de problemas	Densidade Relativa de problemas
I) Comportamento de uso de substâncias	15		
II) Padrões de comportamento	20		
III) Área da saúde	10		
IV) Desordem psiquiátrica	20		
V) Competência social	15		
VI) Sistema familiar	14		
VII) Escola	20		
VIII) Trabalho	10		
IX) Relacionamento c/ colegas	14		
X) Lazer e recreação	12		
<b>TOTAL</b>	<b>150</b>		<b>100</b>

Densidade global de problemas =  $\frac{\text{total da pontuação da linha} \times \_}{\_}$

100 =

150

***Calculando a pontuação do ITUD:***

Você pode calcular três índices: a densidade absoluta de problemas e a densidade relativa de problemas de cada área e a densidade global de problemas, ou índice resumido de problemas. Eles não são difíceis de calcular e são prontamente interpretáveis.

- A densidade absoluta de problemas é uma medida da gravidade de problemas em cada área. Conte o número de respostas "sim" em cada área e coloque esse número na coluna "pontuação bruta da linha". A densidade absoluta daquela área é calculada dividindo a pontuação bruta da linha pelo número total de questões daquela área, multiplicando o resultado da divisão por 100 para se obter uma porcentagem.
- A densidade relativa de problemas é uma comparação da gravidade dos problemas entre todas as áreas. Primeiro, soma-se toda a pontuação bruta das linhas, e registra-se o total no espaço adequado. Então, divide-se esse número pela pontuação da linha para cada área e multiplica-se o resultado por 100 para se obter um índice (também uma porcentagem).
- A densidade global de problemas é uma medida resumida da gravidade do problema. Seu cálculo é mostrado no quadro abaixo da tabela.



ANEXO B MAPA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

## ANEXO C MAPA DA REGIÃO CENTRO-SUL FLUMINENSE



## ANEXO D ROTEIRO DE ENTREVISTA



ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA AFONSO COSTA

**TÍTULO DO PROJETO: ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DE UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE JUNTO AO USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

**MESTRANDA SONIA SILVA PAIVA MOTA GONÇALVES  
ORIENTADORA Dr<sup>a</sup> CLAUDIA MARA DE MELO TAVARES**

### **ROTEIRO DA ENTREVISTA**

#### **I IDENTIFICAÇÃO:**

Nome: \_\_\_\_\_

Instituição de formação: \_\_\_\_\_ Tempo de formado \_\_\_\_\_

Pós-Graduação: \_\_\_\_\_

Trabalho/município: \_\_\_\_\_

Tempo de serviço na instituição: \_\_\_\_\_

Setor: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_

Reside no município em que trabalha? \_\_\_\_\_

Número de empregos: \_\_\_\_\_

#### **II QUESTIONAMENTOS:**

- 1- De que forma ocorre a demanda do usuário de álcool e outras drogas a este serviço?
- 2- Qual a sua atuação como enfermeiro junto a essa clientela? Há quanto tempo atua no setor?
- 3- Realizou algum treinamento/capacitação relacionado ao atendimento a dependentes de álcool? E de outras drogas?
- 4- Em seu serviço são desenvolvidas ações junto a esta clientela a nível  
( ) preventivo \_\_\_\_\_

curativo\_\_\_\_\_

reabilitação\_\_\_\_\_

5- Existem protocolos utilizados para o atendimento dessa clientela específica?

6- Como se dá o encaminhamento do dependente a outros serviços necessários para a garantia da integridade do atendimento?

7- Qual a oferta de serviço a essa clientela no município?

8- Quais são os serviços relacionados ao atendimento de usuários de álcool e outras drogas que você conhece? Quais são os serviços disponíveis no município onde você trabalha?

CAPS       CAPS AD       COMUNIDADE TERAPEUTICA     

REDUÇÃO DE DANOS       ONG       NA       AA     

OUTROS

9- Com base em que princípio ocorre o atendimento por você realizado junto a esta clientela?

INTEGRALIDADE       INTERSETORIEDADE (

)INTERDISCIPLINALIDADE

UNIVERSALIDADE       EQUIDADE\_\_\_\_\_

10- Quais são os fatores que dificultam o trabalho do enfermeiro junto à clientela estudada?

11- Em sua concepção o uso abusivo de álcool é um problema de que ordem:

social       econômico       político       cultural       de saúde coletiva

policial

12- Em sua concepção o uso abusivo das drogas ilícitas é um problema de que ordem:

social       econômico       político       cultural       de saúde coletiva

policial

13- Em sua formação acadêmica este tema foi abordado em algum momento? Qual?

14- Gostaria de participar de alguma atividade voltada para o aprimoramento do atendimento a esta clientela?

**ANEXO E APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP), DA  
FACULDADE DE MEDICINA / HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTONIO  
PEDRO DA UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE**

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE**



Herbert Praxedes - Coordenador Geral  
*Médico*

CEP CMM HUAP nº 206/04

Adauto Dutra Moraes Barbosa  
*Médico*

Do: Coordenador do CEP CMM/HUAP  
A(o) Sr.(a) Pesquisador(a):

Alair Augusto S.M.D. dos Santos  
*Médico*

Assunto: Parecer sobre Projeto de Pesquisa

Alfredo Dolcino Motta  
*Procurador*

Sr.(a) Pesquisador(a)

Benito Gilberto Málaga Muñoz  
*Médico*

Informo a V.S.<sup>a</sup> que o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina / Hospital Universitário Antônio Pedro, constituído nos termos da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao protocolo de pesquisa e seu respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme abaixo discriminado:

Gerson Carlos da Silva  
*Odontólogo*

José Carlos Carraro Eduardo  
*Médico*

José Paravidino de Macedo Soares  
*Médico*

Título do Projeto:

“Atuação do Enfermeiro de Unidade Básica de Saúde junto ao usuário de álcool e outras drogas”

Maria de Fátima Lopes Braga  
*Nutricionista*

Marlene Trindade Veloso  
*Assistente Social*

Pesquisador Responsável:

Sônia Silva Paiva Mota Gonçalves

Oscar Luiz de Lima e Cime Neto  
*Médico*

Pesquisador Orientador:

Claudia Mara de Melo Tavares

Regina Lucia de Oliveira Caetano  
*Farmacêutica*

Data: 15/12/2004

Rosângela Arrabal Thomaz  
*Bióloga*

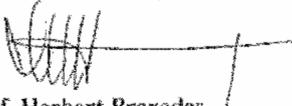
Parecer: *Aprovado, por seus próprios fundamentos.*

Rosilêa Said Amazonas  
*Representante dos Usuários*

Sandra Ferreira da Silva Pinto  
*Bibliotecária*

Simone Cruz Machado  
*Enfermeira*

Atenciosamente,

  
Prof. Herbert Praxedes  
Coordenador



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP  
**FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS**  
 (versão outubro/99) Para preencher o documento, use as indicações da página 2.

1. Projeto de Pesquisa: Atuação do Enfermeiro de Unidade Básica de Saúde junto ao Usuário de Alcool e outras Drogas.			
2. Área do Conhecimento (Ver relação no verso): Ciências da Saúde		3. Código: 4.04	4. Nível: (Só áreas do conhecimento 4) N
5. Área(s) Temática(s) Especial (s) (Ver fluxograma no verso) Todos os outros		6. Código(s): Grupo III	7. Fase: (Só área temática 3) I ( ) II ( ) III ( ) IV ( )
8. Unitermos: (3 opções) Transornos relacionados ao uso de substancias/ Cuidados primários de saúde / Enfermagem			
<b>SUJEITOS DA PESQUISA</b>			
9. Número de sujeitos No Centro: 20 Total: 20		10. Grupos Especiais: <18 anos ( ) Portador de Deficiência Mental ( ) Embrão /Feto ( ) Relação de Dependência (Estudantes, Militares, Presidiários, etc) ( ) Outros ( ) Não se aplica (X)	
<b>PESQUISADOR RESPONSÁVEL</b>			
11. Nome: Sonia Silva Paiva Mota Gonçalves.			
12. Identidade: 07527969-5 IFP	13. CPF.: 000962487-26	19. Endereço R. Juiz Alberto Nader, 79.	
14. Nacionalidade: Brasileira	15. Profissão: Enfermeira	20. CEP: 24.320-020	21. Cidade: Niterói 22. U.F. RJ
16. Maior Titulação: Mestranda	17. Cargo: Enfermeira	23. Fone: 27157238	24. Fax:
18. Instituição a que pertence: UFF		25. E-mail: enfgoncalves@hotmail.com	
<b>Termo de Compromisso:</b> Declaro que cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados seja ele favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Data: 07 / 12 / 2004.			
<b>INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADO</b>			
26. Nome: Secretaria Municipal de Saúde de Paraíba do Sul		29. Endereço (Rua, nº): Pça Garcia, s/n. Centro.	
27. Unidade/Código: SMS	30. CEP: 25850000	31. Cidade: Paraíba do Sul	32. U.F. RJ
28. Participação estrangeira: Sim ( ) Não (X)	33. Fone: 22633149	34. Fax:	
35. Projeto Multicêntrico: Sim ( ) Não (X) Nacional ( ) Internacional ( ) (Asser a lista de todos os Centros Participantes no Brasil)			
<b>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição):</b> Declaro que cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas Complementares a nome esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução. Nome: Raquel Rivaldo Hinzor Cargo: Secretária de Saúde Data: / / Assinatura:			
<b>PATROCINADOR</b> Não se aplica (X)			
36. Nome:		39. Endereço:	
37. Responsável:	40. CEP:	41. Cidade:	42. UF:
38. Cargo/Função:	43. Fone:	44. Fax:	
<b>COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP</b>			
45. Data de Deliberação: 07/12/04	46. Regime de CEP: CHU (UAP) 06/04	47. Conselho Aprovado (Sim)	48. Não Aprovado ( )
49. Encargado da Instituição responsável pelo projeto:		50. Data: 07/12/04	51. Assinatura: / /
52. Encargado da Comissão de Ética em Pesquisa:		53. Assinatura: / /	
54. Iniciais sobre o registro (CEP, CHU, UAP) e aprovação ( )		55. Assinatura: / /	
56. Data: / /		57. Assinatura: / /	
58. Nº Expediente: 00000000000000000000		59. Regime de CEP: CHU	
60. Assinatura: / /		61. Assinatura: / /	
62. Data: / /		63. Assinatura: / /	

## ANEXO F TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

NOME DO PARTICIPANTE: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Título do projeto: Atuação do Enfermeiro de Unidade Básica de Saúde junto ao Usuário de álcool e outras Drogas

Responsáveis pelo projeto: Mestranda Sonia Silva Paiva Mota Gonçalves

Dr<sup>a</sup> Claudia Mara de Melo Tavares (Orientadora)

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado

Declaro ter pleno conhecimento do que se segue.

◆ Dos objetivos da pesquisa, que são:

Conhecer as demandas por cuidado ao usuário de álcool e outras drogas na rede de atenção básica de saúde.

Descrever quais são as atividades desenvolvidas pelo enfermeiro no atendimento ao usuário de álcool e drogas, os seus limites e possibilidades.

Analisar a relação entre o enfermeiro e o SUS na busca da integralidade da assistência ao usuário de na rede básica de saúde.

◆ Dos procedimentos necessários para a sua realização:

Será necessário o desenvolvimento de entrevistas com enfermeiros das unidades básicas de saúde do município de Paraíba do Sul.

◆ Dos benefícios que possam ser obtidos:

◆ Que receberei respostas ou esclarecimentos a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa.

◆ Que terei liberdade de recusar a participar ou retirar meu consentimento em qualquer fase da pesquisa sem penalização alguma e sem qualquer prejuízo.

◆ Que será garantido o caráter confidencial das informações assegurando minha privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa.

◆ Que obterei informações atualizadas durante o estudo, ainda que isto possa afetar a minha vontade de continuar participando.

◆ Que os resultados da pesquisa serão tornados públicos em trabalhos e revistas científicas.

Niterói, -- de \_\_\_\_\_ de 2005

\_\_\_\_\_  
Enfermeiro participante da pesquisa  
Gonçalves

\_\_\_\_\_  
Ass. Pesquisador Responsável: Mestranda Sonia

\_\_\_\_\_  
Ass. Orientador responsável  
Dra Claudia Mara de Meio Tavares