

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

NORMACLEI CISNEIROS DOS SANTOS CARDOSO

A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES
DE SAÚDE DA FAMÍLIA QUE ASSISTEM USUÁRIOS DE
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Aracaju
2013

NORMACLEI CISNEIROS DOS SANTOS CARDOSO

A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DAS
EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA QUA ASSISTEM
USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.

Dissertação apresentada ao Núcleo de Pós-Graduação em Medicina da Universidade Federal de Sergipe como um dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

ORIENTADORA: PROF^ª DR^ª MARIA JÉSIA VIEIRA

Aracaju

2013

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, em memória, sem os quais eu nada seria. À minha orientadora/amiga que com seu exemplo me inspirou. Aos meus filhos e esposo que com paciência e amor me apoiaram.

AGRADECIMENTOS

Àquele que me permitiu vida e saúde para concretizar este sonho, o bem personificado, que consegue impulsionar todo o universo para novas possibilidades, DEUS.

Aos meus familiares, desde a herança moral, deixada pelos meus pais, à maior expressão de amor nos meus filhos, esposo, irmãos, sobrinhos, tios, sogros e às famílias adotadas no decorrer desta existência.

Aos grandes professores que encontrei nesta minha jornada acadêmica, cada um com sua peculiaridade de saberes, extremamente acessíveis e abertos às mudanças, os quais comprimento na pessoa da Dr^a Maria Jésia Vieira.

À minha equipe de saúde da família pelo apoio a mim dispensado desde o primeiro desejo de realização desta pesquisa.

Ao grupo de estudos em pesquisa qualitativa, coordenado pela Dr^a Maria Jésia Vieira, o qual impreterivelmente reúne-se quinzenalmente, num espaço de renovação de forças e saberes.

Aos coadjuvantes desta história, amigos inseparáveis, os quais seria aqui impossível enumerá-los.

Aos usuários de álcool e outras drogas, que favoreceram a reflexão sobre a minha formação e prática profissional, tornando-me, desta forma, corresponsável pelas possíveis aquisições de novas possibilidades para este grupo.

RESUMO

O estudo teve como objetivos conhecer, na perspectiva dos profissionais médicos e enfermeiros das Equipes de Saúde da Família (ESF), a contribuição da sua formação para fazer face às demandas específicas dos pacientes e familiares que convivem com a problemática do álcool e outras drogas, além de conhecer as principais dificuldades e/ou facilidades encontradas na assistência prestada a este grupo. Foi desenvolvido com uma metodologia qualitativa descritiva exploratória, tendo como universo o Município de Aracaju, todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) como unidades de observação e como instrumento de coleta de dados um questionário. A população constituiu-se de profissionais médicos e enfermeiros que compõem a ESF, numa amostra calculada de 36 profissionais de cada uma destas categorias, com distribuição proporcional ao número de equipes por unidade de saúde. Para análise dos dados, foram classificados em núcleos do sentido com suas respectivas unidades de registro, identificando-se três grandes temas, os quais se subdividiram em subtemas: organização do serviço, da forma como se apresenta, de como está ofertado e do que efetivamente é utilizado; o usuário de álcool e outras drogas no seu meio social, familiar e consigo mesmo; o profissional com suas dificuldades e facilidades na assistência, a aptidão e a formação para tratar esta problemática. A análise dos resultados identificou que apenas 8,3% dos médicos e 5,5% dos enfermeiros referiram algum tipo de contato prévio como especialização em saúde coletiva, residência e/ou estágio em saúde mental; 50% dos médicos e 94,4% dos enfermeiros referiram uma formação acadêmica ineficaz, pela teoria desvinculada da realidade/pobre/discriminatória. Em vista disto, os profissionais referiram falta de aptidão para atuar junto a esta clientela, dos quais 48,6% apontaram como responsável o conhecimento técnico/capacitação ausente; associado às dificuldades organizacionais e estruturais como: falta de profissionais especializados (44,4%), ausência do poder público com políticas direcionadas (31,9%), distância dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPs) (36%) falta de resolutividade (84,7) e falta de adesão ao tratamento (51,4%). Observou-se no Sistema de Informação da Secretaria de Saúde (SISAN-2013) insuficiente consolidação de dados, ausência de atualização dos programas de computação e ausência de uma linha de cuidado destinado a este grupo. Algumas facilidades estruturais foram apontadas como a existência do matriciamento e da redução de danos, vínculo profissional, trabalho em equipe e livre acesso. Foram citados, participantes da pesquisa, alguns aspectos associados à problemática, tais como desqualificação profissional, marginalização da clientela, fuga da realidade, pobreza extrema e preconceito. Com os dados apresentados aponta-se para a necessidade de formação acadêmica voltada a esta temática, bem como de capacitações em serviço e sensibilização dos acadêmicos, profissionais de saúde e gestores para a aquisição de competência técnica associada ao compromisso social; além da reorganização, atualização e instrumentalização dos serviços em saúde, com políticas de saúde estruturais, voltadas a esta clientela e a estes profissionais, que atinjam desde as Coordenações, UBS, Referências, CAPS, Urgências, Comunidades Terapêuticas à sociedade como um todo.

Descritores: Formação – Álcool e outras Drogas – Assistência – Saúde Coletiva

ABSTRACT

This study aims to know, from the perspective of the doctors and nurses from the Family Health Staff (FHS), the contribution of their graduations related to specific demands from patients and relatives who deal with alcoholism and other drug addictions, besides that, it also aims to know the main difficulties and amenities present in the assistance given to this group by these professionals. It's been produced with qualitative, descriptive and exploratory methodology, having the city Aracaju and its Basic Health Units (BHU) as research universe. Its research group is made of doctors and nurses from the FHS, in a 36 people cross-section for each of these categories, with proportional distribution according to the number of professionals in each BHU. After we had applied and explored a questionnaire, we grouped the meaning cores and its own registry units, identifying three great themes which are divided in complementary subthemes: the organization of the service which meets these people, the way it's shown, the way it's offered and what is effectively used; the user of alcohol and other drugs in its own social group, family and other particular circles; the professional and its given assistance, showing its difficulties and amenities, besides identifying the professional skills to deal with these problems. The analysis of the results identified that only 8,3% of the doctors and 5,5% of the nurses said that they've already been in touch with this in any kind of collective health specialization, residency and/or internship in mental health; 50% of the doctors and 94,4% of the nurses mentioned a kind of ineffective academic training, according to the unlinked theory when it comes to reality/poor/discriminatory/pharmacological. Based on this, the professionals talked about the lack of skills to work on this reality, from these, 48,6% pointed the main reason for the lack of technical knowledge; associated to the difficulties related to organization and structure like: lack of specialized professionals (44,4%), absence of the public government and its directed politics (31,9%), the long distance of the "Psyco Social Attention Centers" (PACs) (36%), lack of efficaciousness (84,7%) and lack of link to the treatment (51,4%). We've also observed not sufficient consolidated data in the system of information from the health secretariat, may it be because the lack of care directed to this group. Some structural amenities have been pointed as the organization and damage reduction, professional link, group work and free access. Some social aspects have been noticed which turn it difficult to deal with these substances just like professional disqualification, marginalization of the patients, scape from reality, extreme poverty and prejudice. With the completion of this work, came to light the need of an academic formation provided with innovative practices related to this theme, training in frequent service and awareness from the academics, health professionals, managers for the acquisition of technical competence associated to social commitment, besides the reorganization, updating and instrumentalization of health services, like structural health politics focused on these people and professionals which will be able to reach since the Coordinations, BHUs, credentials, PACs, Medical Emergencies, Therapeutic communities and to sum up, the whole society.

Descriptors: Adademics – Alcohol and other drugs – Assistance – Collective health.

NORMACLEI CISNEIROS DOS SANTOS CARDOSO

**A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DAS
EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA QUE ASSISTEM
USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

Dissertação apresentada ao Núcleo de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde.

Aprovada em: ____/____/____

1º Examinador:

2º Examinador:

3º Examinador:

PARECER

SUMÁRIO

1 O PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO	08
2 OBJETIVOS	12
3 REVISÃO DE LITERATURA	13
4 O CAMINHO METODOLÓGICO	20
4.1 O Método.....	20
4.2 Universo, População e Amostra	21
4.3 Coleta e Análise de Dados	26
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	28
5.1 A Organização do Serviço.....	28
5.1.1 Um Novo Panorama se Apresenta	28
5.1.2 O Serviço Ofertado.....	31
5.1.3 O Serviço Utilizado	32
5.2 Usuários de Álcool e Outras Drogas	38
5.2.1 Seu Meio Social	39
5.2.2 Seu Meio Familiar	41
5.2.3 Seu Eu	44
5.3 O Profissional e a Assistência	46
5.3.1 Dificuldades Assistenciais	47
5.3.2 Facilidades Assistenciais.....	51
5.3.3 Aptidão	54
5.3.4 Formação Acadêmica	57
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
REFERÊNCIAS	66
APÊNDICES A	75
APÊNDICES B	76
ANEXOS A	78
ANEXOS B	79
ANEXO C.....	81
ANEXO D	82

1. O PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO

Entre tantos desafios do Sistema Único de Saúde (SUS) está o consumo de álcool e outras drogas, como sendo uma questão, considerada pelo Ministério de Saúde, eminentemente de Saúde Pública, desmistificando desta forma a culpabilidade da Segurança Pública e levando à implementação de novas políticas públicas de saúde, fora do regime hospitalocêntrico, as quais necessitam ainda ser consolidadas na vivência coletiva e submetidas a reflexões sobre as práticas exercidas neste novo sistema (DELGADO; CORDEIRO, 2006; FARIA; SCHNEIDER, 2009; LAVRADOR, 2007).

Mesmo após aproximadamente vinte anos da implantação do SUS, numa realidade cada vez mais de SUS dependência, há apenas oito anos foram implementadas ações sistemáticas na forma de conceber e atuar no trato e prevenção do uso abusivo do álcool e outras drogas por adolescentes, deixando lacunas visíveis na organização dos cuidados em saúde a este grupo (DELGADO; CORDEIRO, 2006; RAMOS, 2001; SPINK, 2007).

O amadurecimento como parte do processo natural do nascer/morrer, crescer/envelhecer representa uma fase da vida, em transição para novas responsabilidades, mudanças que vão desde o físico-biológico à participação das tarefas de casa, à necessidade do bom desempenho escolar com fins trabalhistas para um futuro não tão distante. E ainda, 'como parte inexorável do processo de viver humano-social', dá-se além das diferenças individuais, no seu tempo e espaço, com suas possibilidades sociais e 'em face de suas também mutáveis necessidades' (RAMOS, 2001, p.11).

No entanto, não apenas este momento de amadurecimento se passa mesclado de desafios, principalmente quando se fala de uma sociedade repleta de desigualdades, a qual na maioria das vezes exclui mais do que acolhe. E neste ínterim o indivíduo se vê cheio de questionamentos e inseguranças, mergulhado no desejo de se firmar no seu grupo. Num cotidiano de incertezas financeiras conflitos familiares, ausência de oportunidades, o indivíduo se depara com uma linha tênue entre o lícito e o ilícito, experimenta o desejo de conhecer e talvez até de se rebelar, com a vã desculpa de aceitação neste mundo.

Ao se deparar com tais desafios e questionamentos, intensificam-se as incertezas e cobranças antes apenas no campo da subjetividade, agora tornam-se reais e muitas vezes cruéis, dentro da realidade já mencionada. Àquele, seja criança, adolescente ou adulto resta desafios e superação.

No entanto, estas possíveis justificativas são ainda muito questionáveis, uma vez que a relação do usuário de álcool e outras drogas está mais vinculada à motivação para tal do que ao tipo de droga. Como a motivação está no campo da subjetividade, e esta vai além dos problemas de comportamento, destino fatídico e/ou transformações físico-biológicas, percebe-se que há ainda um campo vasto de investigação científica. É bem verdade que os primeiros sinais de inclinação deste indivíduo às drogas passarão despercebidos pelo seu meio de convívio, e na maioria das vezes, já na eminência da dependência química procura-se a assistência (DUARTE, 2006; SILVA, 2006).

A realidade de desigualdades, de exclusão social associadas aos conflitos familiares e sociais, exacerba ainda mais a situação. É difícil pensar numa resolutividade diante do problema do uso do álcool e outras drogas, quando se entende que este usuário, apesar de encaminhado ao serviço institucionalizado, continuará mergulhado na sua realidade. Não se defende aqui o antigo modelo assistencial, ao contrário, há de se tentar reduzir as exclusões através de ações integradas com a comunidade na formação de redes intersetoriais com a educação, promoção social, cultural, esportiva perpassando as racionalidades específicas dos serviços de saúde, bem como dos profissionais e dos adolescentes (MERHY, 2012; RAMOS, 2001; SCHNEIDER, 2010).

Entender o usuário do álcool e outras drogas dentro do seu contexto de vida familiar/educacional/social, deixando de lado estigmas pré-formados, a fim de ampliar os espaços institucionalizados já existentes é prioritário a uma assistência em saúde qualificada (BRASIL, 2009; LEAL, 2009; RONZANI; ANDRADE, 2006).

O profissional de saúde, no atendimento direto às vítimas da drogadição, adolescentes ou não, enfrenta uma perspectiva assistencial recente, com necessidade de inovações na formação profissional bem como nas capacitações para a prática, realizadas nos ambientes de trabalho. Esta preocupação toma cada vez mais corpo quando se vê o número crescente de dependência do álcool e outras drogas e em consequência a procura por atendimento nos serviços de saúde.

Neste contexto, os profissionais de saúde que atuam na rede de atenção básica têm o diferencial do vínculo formado com a comunidade, e a continuidade da assistência prestada, uma vez que as ações executadas por estes ocorrem de forma contínua.

Assim, deparam-se com a realidade exposta, na maioria das vezes, por pessoas próximas a este adolescente (familiares, amigos) ansiosos por fazer alguma coisa (DUARTE, 2006; SCHNEIDER, 2010) e um fluxo de atendimento psicossocial que vai desde o acolhimento feito nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) , aos encaminhamentos aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que se destinam a atender também este grupo. Estes CAPS, entretanto, por se localizarem fora da área de abrangência territorial das UBSs tornam-se de difícil acesso a uma população carente e muitas vezes descomprometida, sem falar na grande procura pelo serviço e ainda a fragilidade do sistema de contra referência, que muitas vezes contribui para distanciar os serviços que deveriam ser complementares.

A postura adequada do profissional permite ampliar a concepção de saúde, ao focar na prevenção e promoção desta, propiciando como consequência a motivação para mudança de comportamento (RONZANI; FURTADO. 2006).

Através da educação ocorre a transformação e desenvolvimento necessários à apropriação do conhecimento produzido historicamente pela humanidade, além de fornecer instrumentos necessários à compreensão e à transformação da realidade (AGUIAR, 2007, p.66).

Seria, portanto, a formação do profissional de saúde capaz de capacitá-lo para um tratamento de qualidade e adequado aos usuários de drogas lícitas/ilícitas e seus familiares?

Questiona-se, se a formação hoje ofertada aos profissionais de saúde responde à problemática do cuidado ao usuário de álcool e outras drogas, quais seriam as potencialidades no cuidado desta clientela, dentro do seu convívio social e/ou na sua comunidade.

Nem sempre a existência de recursos sociais dentro da rede de atendimento é suficiente para responder às necessidades, seja na perspectiva dos profissionais da área de abrangência, seja na perspectiva do próprio usuário e seus grupos de convivência.

A possibilidade de continuação do acolher deste indivíduo na sua comunidade, utilizando as ferramentas disponíveis neste meio, desde atores sociais que desejem esta transformação à formação de redes de apoio cultural/educacional/esportiva parece ir além do recorte biomédico-psicológico avançando à esfera quiçá da prevenção.

Assim, justifica-se, uma discussão frente às ofertas de saúde a este público, para um possível diagnóstico do que se tem com vistas à construção de novas possibilidades.

Por esse motivo, vale o interesse desta pesquisadora em conhecer como a formação do profissional tem contribuído para uma boa atuação, numa perspectiva de no mínimo reduzir os danos nocivos na vida do indivíduo e familiares envolvidos com o álcool e outras drogas e, quiçá, reabilitá-lo para uma reinserção social de sucesso.

A tríade oferta-demanda-formação profissional parece ser capaz de retratar o tipo de assistência prestada pelos profissionais das Unidades Básicas de Aracaju e dos serviços disponíveis ao usuário de álcool e outras drogas e aos seus familiares.

.

2. OBJETIVOS

- Conhecer, na perspectiva dos profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF), a

contribuição da sua formação para fazer face às demandas específicas dos pacientes e familiares que convivem com a problemática do álcool e outras drogas.

- Conhecer as principais dificuldades e/ou facilidades encontradas na assistência prestada aos usuários de álcool e outras drogas e seus familiares, pelos profissionais das ESF.

3. REVISÃO DE LITERATURA

A busca pela felicidade deixou de ser uma preocupação eminentemente pessoal, a partir do momento em que se potencializa a necessidade de perfeita satisfação interior em condições favoráveis à vida. A Constituição de 1988, ao ser promulgada, coloca a saúde como condição primordial para a obtenção de um estado de contentamento; quando no artigo 196, coloca-a como "um direito de todos e dever do Estado" (BRASIL, 1988), dá relevância pública às ações e serviços de saúde, e delinea um sistema único (MATTOS, 2004).

A Lei nº 8080/90 cria o Sistema Único de Saúde que atende de forma equânime à 70% da população brasileira e traz como uma das diretrizes básicas o princípio da integralidade: "atendimento integral", com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais"(BRASIL, 1988, art. 198). A articulação entre assistência e prevenção tem suas raízes desde o nascimento da saúde coletiva, nos anos 70, com a influência da medicina preventiva e da medicina integral, raízes essas que deram frutos como as redefinições das equipes de saúde, além da resignificação dos processos de trabalho (DELGADO; CORDEIRO, 2006).

Voltando à busca da plena satisfação como pré-requisito a um estado de felicidade, depara-se com um preâmbulo importante às ações da saúde coletiva: a saúde mental. E focando o indivíduo na sua totalidade, a Lei nº 10.216, de seis de abril de 2001, discorre no seu parágrafo único, incisos I e II, o direito ao acesso ao melhor tratamento de saúde de acordo com suas necessidades; com humanidade e respeito, a fim de alcançar sua recuperação com reinserção na família, no trabalho e na comunidade (CARDOSO, 2001). Ainda neste ano de 2001 a III Conferência Nacional de Saúde Mental, norteia a prática e a política de saúde mental, "tendo como pressuposto básico a inclusão social e a convivência com a diferença (p.39).

No ano seguinte, o Ministério da Saúde com a Portaria nº336 de 19 de fevereiro, cria unidades abertas, territorializadas, situadas na comunidade, chamadas Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e a Portaria 384 de 2006 amplia esta atenção, com garantia de financiamento específico para a área de saúde mental, com inclusão da assistência aos usuários do álcool e outras drogas (BRASIL, 2002; BRASIL, 2006).

Apenas em 2003, foi criado o Grupo de Álcool e outras Drogas (GOAD), formado por técnicos de diferentes áreas do Ministério da Saúde, que publicou a Política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, tendo como importantes princípios norteadores: atenção integral (o indivíduo visto como um todo); base comunitária (o cuidado perto de onde ele vive); territorialização (para facilitar o convívio); lógica de redução de danos (melhora da qualidade de vida); intersetorialidade (concretização de parcerias) (DELGADO; CORDEIRO, 2006).

Vê-se claramente a lacuna que existia no atendimento a esta população, que, no entanto tenta ser atenuada pela contribuição da rede de resposta a esta problemática, formada pela Atenção Básica, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Atenção Psicossocial ao álcool e outras Drogas (CAPSad) e os Serviços de Referência Regionais e Hospitalares.

Nesta rede merece destaque as UBS e ESF, como porta de entrada para o sistema de saúde ao permitir o acesso direto da população aos serviços ofertados, com o diferencial do vínculo formado entre o profissional e a clientela (BRASIL, 2012).

Este primeiro contato dá-se pelo acolhimento, o qual, na escuta feita pelo profissional a respeito das necessidades do cliente, permite que este vislumbre as etapas a serem seguidas no processo de saúde. Neste instante a vinculação criada entre os pares será capaz de dar melhores garantias na responsabilização e autonomia no tratamento instituído (SILVA, 2006; TORRES, 2006).

Para o bom êxito desta etapa é preciso propiciar o encontro entre necessidades e processos de intervenção, tecnologicamente orientados em busca do controle do sofrimento (enquanto doença) e/ou a produção da saúde, sendo imprescindível a este processo a capacidade profissional de fazê-lo, seja pela sua formação, seja pelas capacitações sofridas (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

O encontro entre as necessidades do paciente e os processos de trabalho nos serviços de saúde está na dependência da integralidade como princípio da organização das ações, as quais objetivam a ampliação da captação das necessidades individuais e coletivas (MATTOS, 2004).

Não obstante esta problemática da integralidade além do usuário do álcool e outras drogas, das relações profissionais e dos processos de trabalho, estão a oferta especializada, a qual, neste campo, dá-se num ambiente fora do território de

adstrição da UBS daquele usuário, tais como os CAPS, CAPSad, Referências e Urgências os quais situam-se distantes do domicílio, e são de difícil acesso quando se leva em conta as condições financeiras da maioria da população que depende de transporte público. Essa distância pode dificultar a vinculação do profissional especializado com o usuário, já que este se encontra geograficamente distante da dinâmica familiar, também fragiliza o tratamento pela necessidade singular de responsabilização do paciente, o qual na maioria das vezes sofre despersonalização e perde a noção de sua verdadeira situação de saúde. E especificamente sobre a disfunção comportamental que o álcool provoca no indivíduo, Silva (2002) salienta a “ruptura e desorganização das relações interpessoais” (p.271).

Neste cenário, a família parece ser o elo capaz de guiar a relação entre o dependente químico e o profissional, numa perspectiva de inclusão social e de convivência para lidar com as difíceis situações do seu dia-a-dia, com suas histórias de vida, com seu contexto econômico, social e cultural, além da sua estrutura psicológica (CRUZ; FERREIRA; 2006).

Acerca do cuidado desenvolvido na e pela família, Delgado (2002) afirma que este se dá através dos “conhecimentos próprios, herdados ou adquiridos no sistema de saúde, em experiências, nos valores, crenças e, sobretudo fundada em suas percepções de saúde e doença” (p.450).

O cuidado desenvolvido pela família destina-se à preservação da vida, ao pleno desenvolvimento de suas potencialidades de acordo com as condições do meio e suas possibilidades. Numa ampliação deste cuidado o profissional tenta organizar suas ações englobando a assistência ao cliente (enfermo), ao cuidador familiar, à família enquanto unidade. As condições de vulnerabilidade e de criatividade deste núcleo norteiam tais ações, vislumbrando as reais necessidades e ressaltando as potencialidades de cada integrante (DELGADO, 2002).

Esta perspectiva de família cuidadora recebeu um novo olhar após a dissertação de Mestrado de Grudtner (2002) ao colocá-la como foco também do cuidado, a partir da proposta de ensinar a cuidar da família desde a formação do profissional ao seu desempenho prático.

A subjetividade que envolve o processo de drogadição de cada indivíduo é única quando se sinaliza a singularidade inerente a cada um. A família como núcleo dinâmico, num trabalho conjunto com o profissional, vinculados à problemática

vivenciada pelo uso indevido do álcool e outras drogas, tenta superar as dificuldades da relação entre as necessidades de cada indivíduo e o serviço disponível para atendê-las (GOLDSMIDT, NIEL, 2009; PEREIRA, 2006).

O sucesso desta relação depende do tipo de postura adotada pelo profissional que presta atendimento ao indivíduo que faz uso indevido do álcool e outras drogas. Uma postura livre de rótulos possibilita identificar noutros problemas de saúde, indícios deste uso abusivo, como por exemplo: a “dor de estômago” e os tremores num indivíduo dependente do álcool. Uma postura respeitosa a partir de uma formação vivenciada com esta problemática permite a adoção de ações reflexivas e elaboradas a exemplo da Intervenção Breve (CRUZ, FELICÍSSIMO, 2006; MICHELI, FORMIGONO, 2006).

Este termo refere-se a um tipo de estratégia focada na problemática, objetiva, com tempo definido (entre cinco e trinta minutos), através de uma escuta qualificada, na qual se pretende brevemente alterar o fluxo natural da drogadição, motivar para a mudança de comportamento e desenvolver a autonomia dos envolvidos: usuário e familiares (MICHELI, FORMIGONI, 2006; RONZANI, FURTADO, 2006).

Esta motivação sensibilizada pelo profissional de saúde deve estar impregnada com informações sobre a importância da mudança de comportamento, bem como da capacidade de realizá-la, lançando-se mão de estratégias motivacionais que visem: a empatia com uma reflexão qualificada da escuta; o desenvolvimento da discrepância entre o desejo futuro de realizações e a realidade vivenciada; o aprender a lidar com a resistência fornecendo-lhe informações e possibilidades, evitando desta forma a confrontação; e acima de tudo a estimular sua responsabilidade e auto eficácia (MICHELI, FORMIGONI, 2006).

Estas informações e estratégias se personificam no fazer diário dos profissionais das UBS, os quais têm na “prevenção ou promoção e na concepção de saúde ampliada” os pontos principais da forma de trabalho em equipe. Assim este profissional “deve cada vez mais ampliar seu conhecimento, trabalhar em perspectiva interdisciplinar e utilizar ao máximo as ferramentas de trabalho adequadas à sua realidade” (RONZANI, FURTADO, 2006, p.51).

Porém, para o êxito deste processo torna-se imprescindível a aptidão profissional para execução de tais ações. Esta, pode até ser renovada e/ou ampliada através de cursos e capacitações frequentes, no entanto, é na formação acadêmica

que está o cerne da aprendizagem, e é neste momento que a aquisição do conhecimento irá nortear a prática profissional, tornando-o capaz de novas ressignificações (DELGADO, CORDEIRO, 2006).

É na aquisição, produção e sociabilização do conhecimento que se revela a necessidade de assumir uma postura profissional que busque diferentes formas de abordagem da realidade, que traga na interdisciplinaridade a possibilidade do aprendizado e convívio com as diferenças (GATTÁS, FUREGATO, 2006).

Esta postura profissional voltada às diferenças e à integralidade deve estar pautada numa organização contínua do processo de trabalho, a partir da apreensão ampliada das necessidades advindas da demanda espontânea e/ou da demanda programada (MATTOS, 2004).

A visão ampliada das necessidades de saúde é possível a partir de técnicas de aplicação do conhecimento adquiridas na formação profissional e continuamente reformuladas pelas capacitações. Para isto a Universidade como fonte de ensino deve se articular para promover a interdisciplinaridade através da reconstrução e reformulação de saberes complementares (GATTÁS, FUREGATO, 2006).

Esta necessidade de atualização do conhecimento, especialmente no que se refere ao atendimento a usuários de álcool e outras drogas, foi apontada pelos pesquisadores Vargas e Duarte (2011) ao questionar enfermeiros dos CAPS ad de São Paulo sobre a formação e as fontes de aquisição de conhecimento em dependência química, e identificou entre os participantes da pesquisa que 93,8% negaram ter recebido na graduação qualquer tipo de preparo na área, e que a aquisição de conhecimento foi feita por iniciativa do próprio profissional seja por leituras próprias e experiências adquiridas no cotidiano, seja por cursos realizados não incentivados pelo gestor.

Especificamente na temática do uso abusivo de álcool e outras drogas, a carência nos cursos de formação com esta abordagem, bem como a falta de conteúdo para a detecção e abordagem desta clientela, leva o profissional enfermeiro a sentir-se despreparado e desinteressado. Este desinteresse pode estar relacionado à escassez e ao custo dos cursos voltados a esta temática, associado à falta de incentivo dos próprios serviços (VARGAS; DUARTE, 2011).

Estes sentimentos poderiam ser atenuados com a educação continuada em serviço, ao possibilitar a troca de conhecimentos tecnológicos e sociais atuais, com

a experiência profissional adquirida em serviço, sem falar no uso das ferramentas comunitárias disponíveis tais como: escolas, igrejas, associação de moradores, conselhos locais de saúde, entre outros (BACKES et al, 2002).

A junção da Academia com os serviços de saúde poderia nortear a prática preventiva no campo das drogas, saindo do âmbito repressivo da política de guerra às drogas e do discurso preconceituoso e estigmatizante da mídia, para focar na subjetividade das relações sociais, educacionais, econômicas, entre outras (CAMPOS; SOARES, 2004).

A prevenção objetiva diminuir a motivação para o uso abusivo de álcool e outras drogas, em busca do bem estar físico, mental e social, através de ações que promovam à saúde e conscientização quanto aos danos sociais, físicos e psicológicos causados pelo uso destas. Estes danos foram discutidos num estudo feito por Nardi et all (2012) com adolescentes de escolas públicas no Brasil ao relacionar o uso de drogas e o comportamento antissocial destes (MOREIRA; SILVEIRA, 2009).

Com a nova Política Nacional de Educação com vigência 2011-2013, chama-se atenção para algumas, entre as dez diretrizes, como: melhoria da qualidade da educação; formação para o trabalho e para a cidadania; meta para aplicação de recursos públicos em educação; valorização dos profissionais da educação, ao assegurar plano de carreiras e aumento da taxa de mestres e doutores entre os docentes das Universidades (SALOMÃO, 2012).

Estas diretrizes podem estimular a transformação das escolas em Instituições promotoras da saúde, com conteúdo ativo e contextualizado junto à realidade atual do uso do álcool e outras drogas, com articulação comunitária, e “estreitamento das relações entre as unidades escolares e as unidades de saúde” (MOREIRA, ANDREOLI, 2009, p.59).

O estreitamento destas relações teve sua discussão formalizada durante o IV Seminário Nacional sobre Residência Multiprofissional e em área profissional da saúde, durante os dias 29 e 30 de setembro de 2011 em Brasília, realizado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde do Ministério da Saúde (SGTES/MS) e a Secretaria de Ensino Superior do Ministério da Saúde (CNRMS/SESU/MEC), com o objetivo de discutir as propostas de diretrizes para qualificação profissional e consolidação destas

residências, junto a coordenadores, docentes, preceptores, residentes, secretários municipais e estaduais de saúde, conselheiros de saúde nacionais e estaduais (CNS, 2011).

Como resultado deste Seminário e do II Encontro Nacional de Residências em Saúde, ocorrido nos dias 13 e 14 de Novembro de 2012, buscou-se a consolidação de uma Política Nacional de Residências em Saúde, garantindo ao SUS o papel ordenador, com participação igualitária e “com a devida valorização da integração ensino-serviço-cidadania, da humanização da atenção, da ampliação da concepção e prática da integralidade e da educação permanente em saúde” (REDEUNIDA, p.11).

A humanização e integralização da saúde são focos apontados como objetivo da Frente Nacional das Drogas e Direitos Humanos ao se posicionarem contra a repressão policial, criminalização e higienização do atual plano de enfrentamento ao crack, ao remover compulsoriamente a população vulnerável em situação de rua para Instituições Terapêuticas, cujo atual Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos identificou a nítida violação dos direitos humanos, em prol da segregação e moralidade (CFP, 2011; FNDDH, 2012).

Fica então evidente a necessidade de uma Rede de Atenção Primária capacitada para atender a esta clientela, por meio de uma formação acadêmica contextualizada com os Serviços de Saúde, seja pelos estágios em Serviços, seja pelas Residências Multiprofissionais e/ou através das capacitações em Serviço de forma contínua.

4. O CAMINHO METODOLÓGICO

4.1. O Método

O presente estudo, de metodologia qualitativa, seguiu uma abordagem descritiva exploratória na perspectiva das representações sociais.

Esta identificação com a pesquisa qualitativa dá-se pela premissa de que esta possibilita aos seus atores descrever sua própria experiência, compreender sua relação consigo mesmo e seu entorno (POLIT; HUNGLER, 1995).

Estas mesmas autoras enfatizam o método qualitativo pela possibilidade de captar as influências ambientais, a natureza das transações, a adaptação às situações críticas da vida e o processo de decisões.

Estas características reforçam a escolha pela pesquisa qualitativa num estudo que pretende conhecer, junto aos profissionais, o seu entendimento sobre sua formação, sua aptidão e suas facilidades e/ou dificuldades no trato ao usuário de álcool e outras drogas, no local de atuação.

O processo natural de aquisição do conhecimento faz parte da natureza humana, “na medida em que se consideram as experiências subjetivas como dados importantes que falam além e através delas” como elementos formadores da cultura de gerações, neste caso em especial dos usuários de álcool e outras drogas (MINAYO, 2004, p.127; SANTOS, 2000).

O estudo minucioso do problema em questão a partir de descrição detalhada, “de delimitação do problema, de definição do objeto e dos objetivos, de construção do marco teórico conceitual, dos instrumentos de coleta de dados e da exploração do campo”, significa ainda um caminho a ser percorrido, “uma etapa intermediária e não o fim da estrada”, uma análise e interpretação dos significados envolvidos no contexto em estudo (MINAYO, 2004, p.89; SANTOS, 2000).

A perspectiva das representações sociais, como sendo o processo pelo qual o comportamento e a comunicação dos indivíduos se ancoram em estruturas já conhecidas para, a partir daí manifestarem-se acerca de um dado objeto, é ideal para no caso, dos profissionais que atendem ao usuário de álcool e outras drogas,

poderem expressar-se sobre o atendimento a esta clientela (MOSCOVICI, 1978; VIEIRA, 1998).

A manifestação do pensamento dá-se por meio de interpretações diversas, em contextos também diferenciados e constantemente resignificados na construção de realidades sociais heterogêneas (VIEIRA, 2002).

A Representação Social significa produzir uma percepção anterior ou um conteúdo do pensamento. Esta percepção anterior e atual da formação acadêmica e da aptidão dos profissionais em estudo, bem como das dificuldades e/ou facilidades encontradas na assistência prestada aos usuários de álcool e outras drogas representa a chave para desvendar os diversos conteúdos de pensamento deste grupo em estudo (MINAYO, 2004).

Diante destes objetivos foi necessário conhecer a estrutura organizacional dos serviços destinados ao atendimento desta clientela em Aracaju, além de conhecer a distribuição dos profissionais que atuam nas UBS.

O estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa do CAAE:04894512.0.0000.5546 (ANEXO B) e pela Coordenadora do Núcleo de Educação Permanente em Saúde do Município de Aracaju (ANEXO A).

4.2. Universo, População e Amostra

O universo do estudo foi o Município de Aracaju, tendo como unidades de análise as UBS.

Em consonância com a territorialização, a assistência de base comunitária e a reforma psiquiátrica, os serviços se distribuem da seguinte forma: um centro de Atenção Psicossocial álcool e droga (CAPSad) no Bairro Atalaia; uma urgência em Saúde Mental- no Bairro Santo Antônio e quatro polos de referência mental que abrangem as regiões de saúde, tendo cada uma delas sua unidade de referência, com atendimento populacional, variando ente 35 e 110 mil pessoas, a depender da SUS dependência da população adstrita.

Para as crianças e adolescentes usuários de álcool e outras drogas a porta de entrada são as Unidades Básicas de Saúde (UBS) cujas Equipes de Saúde da Família (ESF), ao identificá-las como usuárias, as encaminha para os centros de Atenção Psicossociais Infantil e Adolescentes (CAPSi/CAPSadvida) para

atendimento de crianças e adolescentes de 0 a 17 anos, localizado no Bairro Suíça. A unidade de urgência em saúde mental também atende a este público em situações de crise aguda dos sintomas psiquiátricos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Existe ainda o Serviço Hospitalar de Referência em álcool e outras drogas (SHR- ad) para os casos que apresentam intercorrências clínicas decorrentes deste uso, localizado no Bairro Cirurgia. Esta disponibilidade do serviço de referência em saúde mental está assim distribuída:

Unidades		Total ESF	População
Polo 1	1ª Região USF STA Terezinha Ref. em Saúde Mental	20	59.542
Polo 1	2ª Região USF Celso Daniel Ref em Saúde Mental	14	51.839
Polo 2	3ª Região USF DonaSinhazinha Ref. Em Saúde Mental	17	72.500
Polo 2	4ª Região USF Edézio Vieira de Melo Ref. em Saúde Mental	17	73.377
Polo 3	5ª Região USF Dona Jovem Ref. em Saúde Mental	8	42.703
Polo 3	6ª Região USF Francisco Fonseca Ref. em Saúde Mental	20	110.688
Polo 4	7ª Região USF Anália Pinna de Assis Ref. em Saúde Mental	24	106.308
Polo 4	8ª Região USF CarlosFernandes de Melo Ref. em Saúde Mental	9	35.006

Quadro 1: Referências de Saúde Mental - 2012

Fonte: PMS/SMS/REAP-Rede de Atenção Primária

Para que fosse possível conhecer o atendimento ao usuário de álcool e outras drogas nos serviços de saúde de Aracaju, foram solicitados à secretaria de saúde os relatórios do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB-Anexo C), do Sistema

de Informação de Agravos Notificáveis (SINAN) e do consolidado da ficha D Complementar (Anexo D) com os principais dados abaixo:

POPULAÇÃO	QUANTITATIVO	%
Nº de pessoas no Município Aracaju	554,785	100
Nº de famílias estimadas	154.658	100
Nº de famílias cadastradas	148.176	95,81
7 a 14 anos na escola	52.547	75,67
15 anos e mais alfabetizados	430.214	95,21
Pessoas cobertas c/ plano de saúde	77.408	13,95
Nº de famílias no Bolsa Família	4.827	3,26
Famílias inscritas no CAD-único	4.640	3,13
0 a 14 anos em uso de álcool	2	0,00
15 anos e mais em uso de álcool	1.424	0,12

Quadro 2: Dados parciais do SIAB/2013 evidenciando alcóolicos/alfabetizados/SUS dependência.

Os dados evidenciam alta SUS-dependência (84%) no Município de Aracaju, com grande cobertura das equipes de saúde da família (95%), no entanto com poucos registros de usuários de álcool e outras drogas, o que demonstra discrepância entre a realidade e os registros. Buscando maiores informações nas fichas de notificação de agravos por intoxicação exógena, confirmou-se esta sub-notificação vez que dos 923 casos notificados de 2010 a 2013, 565 foram não especificados:

Diagnóstico	2010	2011	2012	2013	TOTAL
T509-OUTRAS DROGAS, MEDIC. E SUBST. BIOLÓGICAS E AS NÃO ESPECIFICADAS	0	3	0	0	3
Y911-INTOXICAÇÃO ALCOL. MODERADA	1	0	0	0	1
T40-INTOX. POR NARCÓTICOS E PSICODISLEPTICOS [ALUCINOGENOS]	2	26	32	6	66
T405 COCAINA	0	5	0	0	5
T4-INTOX. POR ANTIPILEPTICOS, SEDATIVOS-HIPNOTICOS E ANTIPARKINSONIANOS	1	13	12	2	28
T424-BENZODIAZEPINAS	0	1	0	0	1
T43-INTOX. POR DROGAS PSICOTROPICAS NÃO CLASSIFICADAS EM OUTRA PARTE	2	6	7	0	15
T430-ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS E TETRACICLICOS	0	1	0	0	1
T44-INTOX. POR DROGAS QUE AFETAM PRINCIPALMENTE O SIST. NERV. AUTONOMO	1	0	0	0	1
T51-EFEITO TOXICO DO ALCÓOL	-	2	2	2	6
X61-AUTO-INTOX. POR EXPOSIÇÃO INTENCIONAL A DROGAS ANTICONVULSIVANTES, SEDATIVOS, HIPNOTICOS, ANTIPARKINSONIANOS E PSICOTROPICOS NÃO CLASSIFICADOS EM OUTRA PARTE	0	4	2	-	6
X62-AUTO-INTOX. POR EXPOSIÇÃO INTENCIONAL A NARCÓTICOS E PSICODISLEPTICOS NÃO CLASSIFICADOS EM OUTRA PARTE	0	4	2	0	5
X64-AUTO-INTOX. POR EXPOSIÇÃO INTENCIONAL A OUTRAS DROGAS, MEDICAMENTOS E SUBSTÂNCIAS BIOLÓGICAS E AS NÃO ESPECIFICADAS	0	1	1	0	2
REGISTROS NÃO-ESPECIFICADOS	7	25	412	121	565
Total	35	187	548	153	923

Quadro 3: Frequência de Notificação de Intoxicação Exógena de Residentes de Aracaju, 2010-2013*.

Fonte: SINAN/COVEPI/SMS-Aracaju. *Dados parciais

A população do estudo foi formada pelos profissionais médicos e enfermeiros que compõem a equipe mínima das ESF, por serem os responsáveis pela elaboração do projeto terapêutico destes usuários, já que há apenas um odontólogo e um assistente social por UBS. O tamanho da amostra foi calculado segundo a fórmula de Gil (2002) para populações finitas, arbitrando um mínimo de cinquenta por cento de profissionais que supostamente estariam preparados para cuidar desta população, fazendo uma distribuição proporcional ao número de equipes por unidade.

A seleção das equipes que fizeram parte da amostra foi realizada em duas etapas. Na primeira, foi feita a distribuição do número de equipes, de forma proporcional ao quantitativo destas em relação ao total do município; na segunda foram entregues questionários às gerentes das UBS para médicos e enfermeiros sem que obrigatoriamente estes pertencessem à mesma ESF.

Há 133 equipes, cadastradas no SISAM, distribuídas pelo Município de Aracaju, tendo então um total de 133 profissionais médicos e 133 enfermeiros. Como resultado, do cálculo obteve-se uma amostra de 36 equipes de saúde da família (36 médicos e 36 enfermeiros) cuja distribuição encontra-se detalhada no Quadro 1:

REGIÕES	UNIDADES	Nº EQUIPES	Nº EQUIPES	AMOSTRA
I REGIÃO	6	15	11,5%	3
II REGIÃO	5	20	15,2%	8
III REGIÃO	6	15	11,4%	4
IV REGIÃO	7	17	13%	4
V REGIÃO	5	17	12,8%	3
VI REGIÃO	5	13	9,9%	3

Quadro 4. Distribuição da amostra por região, unidade de saúde, equipes de saúde da família.

Aracaju, 2011.

(continua)

(continuação)

REGIÕES	UNIDADES	Nº EQUIPES	Nº EQUIPES	AMOSTRA
VII REGIÃO	5	17	12,9%	5
VIII REGIÃO	5	19	14,3%	5
TOTAL		133	100%	36

Quadro 4. Distribuição da amostra por região, unidade de saúde, equipes de saúde da família. Aracaju, 2011

Após a identificação e distribuição das equipes que fariam parte do estudo, foi aplicado um questionário contendo questões fechadas para os dados de identificação da amostra, e questões abertas para responderem aos objetivos da pesquisa, quanto ao número de atendimentos/mês a estes usuários de álcool e outras drogas; quem verdadeiramente os acolhe; quais os problemas encontrados neste atendimento, como o serviço estava ofertado; quais as facilidades e/ou dificuldades identificadas na assistência; se existia aptidão para lidar com esta problemática e qual a contribuição de sua formação acadêmica frente às necessidades de assistência a esta clientela.

Ao questionário foi anexado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para ser lido e assinado por esta pesquisadora e os participantes da pesquisa.

4.3. Coleta e análise dos dados

Para coleta de dados, foi entregue às gerentes das respectivas unidades, um questionário, para de forma aleatória simples ser entregue aos profissionais médicos e enfermeiros, os quais após leitura e assinatura do TCLE, responderam e entregaram às gerentes, sendo recolhidos posteriormente pela própria pesquisadora para compilação dos dados coletados.

A análise do material oriundo de uma pesquisa deve atingir segundo Bardin (1979) os objetivos de ir além das incertezas, enriquecer a leitura e integrar as descobertas.

O tema desenvolvido neste estudo, pelo seu alto teor de subjetividade e complexidade de contextos envolvidos enquadra-se na análise de conteúdo de Bardin (1979) como técnica de tratamento dos dados subjetivos, permitindo a compreensão do conjunto de sentidos e significados apreendidos nas estruturas semânticas e sociológicas tais como: “variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção da mensagem” (MINAYO, 2004, p.203).

Dentre as técnicas de análise de conteúdo, a análise temática permite mediante pré-análise, identificar núcleos de sentido advindos das falas dos respondentes carregados de valores comportamentais. Além da possibilidade de retomada aos objetivos e hipóteses iniciais permite-se a aquisição de informações exaustivas e minuciosas advindas da coleta de dados, que norteiam a representatividade e pertinência do estudo (BARDIN, 1979; MINAYO, 2004; VIEIRA, 2002).

Após a exploração do material foi possível agrupar núcleos do sentido com suas respectivas unidades de registro e identificar três grandes temas, os quais se subdividiram em subtemas complementares e correspondentes aos objetivos e questionamentos iniciais, com possibilidade de reflexões e reformulações acerca da temática.

5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a leitura dos questionários foi possível identificar grandes temas, alguns como categorias operacionais e outros que responderam aos objetivos da pesquisa: a organização do Serviço que atende a esta clientela, da forma como se apresenta, de como está ofertado e do que efetivamente é utilizado; o usuário de álcool e outras drogas no seu meio social, familiar e consigo mesmo; o profissional e a assistência prestada, evidenciando suas dificuldades e facilidades, além de identificar a aptidão e a formação individual para tratar esta problemática. Concomitantemente à exposição destes temas e subtemas foi feita análise dos resultados com enfoque nas representações sociais, respeitando as vivências de cada um com valorização do contexto social, educacional, cultural e político.

5.1 A Organização do Serviço

5.1.1 Um novo panorama se apresenta

O atual panorama de atenção à saúde tem como principal definidor das práticas destinadas ao usuário de álcool e outras drogas no Município de Aracaju, tendo 43 UBS e 133 ESF. Tais práticas foram reforçadas desde Abril de 2001, com a Lei nº 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, especialmente nos seus incisos VIII e IX, ao garantir o direito aos tratamentos terapêuticos menos invasivos, preferencialmente nos serviços comunitários de saúde mental. A portaria 336/2002, por sua vez, redefine os serviços de atenção à pessoas com transtornos mentais e/ou usuários de álcool e outras drogas. Em 2004 o Ministério da Saúde redefine e amplia a atenção integral a esta clientela no âmbito do SUS (BRASIL, 2004).

Quando se questionou aos participantes da pesquisa sobre a existência de dependência química entre os usuários assistidos pela ESF, obteve-se um percentual de 71% dos que referiram a procura dos serviços da UBS pelos usuários de álcool e outras drogas; destes, 21% referem ter mais de dez atendimentos/mês a

estes usuário, o que reforça o novo cenário apresentado de atendimento a este grupo junto à comunidade com ações que objetivem a inclusão, como fica claro na fala:

(E21) “Como qualquer outro, na integralidade, porém com atenção especial à dependência”.

(E27) “Há inúmeros casos, que além de usuários, temos tráfego em diversos pontos, mais de 20% dos usuários têm problemas com drogas ou por serem usuários ou por ser familiar do usuário”.

Este desejo de atendimento integral a esta clientela foi apontado como difícil de ser concretizado, a exemplo das falas:

(M36) “Não integralmente. Há falta de profissionais capacitados para acolher uma demanda tão grande e a oferta de serviços ainda se resume ao atendimento de “urgência”, com pouca afetividade e eficácia ao longo prazo, principalmente no que se refere ao CAPS-ad”.

(M8) “Falta de políticas públicas com o objetivo de inclusão na sociedade. Dificuldade no atendimento paralelo da psiquiatria. Ineficácia da contra-referência do CAPS. Ausência de estrutura adequada para esta população”.

O relatório da 4ª inspeção nacional dos direitos humanos do Conselho Federal de Psicologia com a participação de aproximadamente duzentos militantes de direitos humanos (Movimentos Sociais, Defensoria e Procuradorias Públicas) reforça esta importância das UBS, quando trouxe à tona a discussão da internação compulsória como principal recurso de tratamento aos usuários de álcool e outras drogas, justificadas pelo discurso vinculado ao aumento da violência praticada por este grupo. Estas internações podem refletir um retorno à segregação social e familiar, tendo nas comunidades terapêuticas um possível instrumento solucionador desta problemática. No entanto, este relatório também denuncia o desrespeito à cidadania encontrado nestas comunidades, além da violência aos direitos humanos tais como: “interceptação e violação de correspondências, violência física, castigos, torturas, exposição a situações de humilhação, imposição de credo, exigência de exames clínicos, intimidações, desrespeito à orientação sexual,...” Tais práticas visam “a construção de uma identidade culpada e inferior” associadas à total falta de estrutura física da grande maioria destinada aos pobres e uma melhor hotelaria

destinada aos ricos refletindo o claro distanciamento da igualdade de direitos (CASTILHO, 2012; CFP, 2011, p.190; LANCETTI, 2012;).

A integralidade, frente à problemática do uso de álcool e outras/drogas diz respeito não somente a fatores relacionados à genética e seus efeitos cerebrais, como também a fatores referentes às representações sociais dos sujeitos e seus grupos, tais como: a estrutura psicológica, contexto econômico, social, cultural, e suas histórias de vida que resultam de suas vivências e significações pessoais (VIEIRA; 2002).

As unidades de saúde da família possuem neste contexto uma especial posição pela sua proximidade com a clientela, graças à territorialização, adstrição, pluralidade profissional, foco comunitário com medidas educacionais e preventivas, escuta qualificada e humanizada (Brasil; 2012); como deixa claro a fala do entrevistado:

(E20)” O acolhimento do usuário pode ser realizado no território pelos Agentes Comunitários de Saúde(ACS), que fazem busca ativa, ou por demanda espontânea na Unidade Básica de Saúde(UBS) pelo médico, enfermeiro, assistente social, auxiliar de enfermagem, odontólogo e auxiliar de consultório dental. Quando o acolhimento é realizado pelo enfermeiro inicialmente, na sala de enfermagem é realizado a coleta da história de saúde, anamnese”.

A Unidade Básica, devido a sua proximidade, passa a ocupar um espaço na vida da clientela, local de troca de experiências singulares e próximas à realidade de cada componente, realidade esta capturada durante o acolhimento feito nas UBSs e nas visitas domiciliares, e segundo Medeiros (2006) rodeada de aspectos subjetivos de busca pelo prestígio social e de aspectos objetivos de busca pela sobrevivência em espaços cada vez mais concorridos, num tempo de conquista cada vez menor pela grande competitividade. Estes aspectos são apontados pela clientela como propulsores de insatisfação, “cria-se, assim, uma bola de neve e, conseqüentemente a construção de um hiato entre o desejo infinito e motivado do consumo e a impossibilidade de satisfazê-lo” (p.202). A possibilidade de poder dividir tais anseios e angústias com os profissionais que atuam na saúde coletiva, os faz participantes ativos da vida da comunidade local.

A contextualização desta realidade pela sociedade e a reflexão sobre como ela interpreta e atribui significado, difunde-se entre gerações diferentes, permitindo novas leituras (Minayo; 2004). A forma como determinado grupo social representa suas relações com as instituições públicas, a família, a política e especialmente a droga pode caracterizá-lo, não devendo, no entanto, estigmatizá-lo (MEDEIROS, 2006).

Estas questões chegam ao profissional da ESF através do acolhimento, colocando-o num papel de cuidador, orientador e educador que norteia o foco de atuação daquela unidade de saúde como um todo, pois é a partir das questões trazidas pela comunidade que se planeja o projeto terapêutico de cada indivíduo, as ações preventivas junto a uma dada família e/ou a toda comunidade. Para Moreira e Silveira (2009), especialmente num risco eminente para o uso abusivo do álcool e outras drogas, não basta uma educação rica em conhecimentos técnicos sem, no entanto contextualizá-la à realidade de cada um; é preciso vivenciar esta realidade, vivência esta, possibilitada pelas ações do programa de saúde da família.

5.1.2 O Serviço Ofertado

Em Aracaju, o serviço de atendimento ao usuário de álcool e outras drogas funciona nas UBS, com oito referências em saúde mental distribuídas nas oito regiões existentes além de dois Centros especializados neste atendimento para crianças e adultos; uma Urgência Mental e um Hospital de desintoxicação para adolescentes, estrutura esta apontada pelos questionados como insuficiente:

(E13) “O maior problema é o suporte da Instituição, pois não temos local para internamento desses pacientes no SUS, o que dificulta o tratamento”.

As novas diretrizes políticas da reforma psiquiátrica preveem a reabilitação e o trato com usuários de álcool e outras drogas em espaços assistenciais não institucionalizados, com projetos terapêuticos específicos que visem a inclusão e a prevenção da convivência e da sociabilidade entre os usuários e a comunidade. Para Lavrador (2007) “traçar múltiplos caminhos e compartilhar as incertezas são

alguns dos desafios a serem contornados com originalidade, dinamismo, envolvimento, criatividade” (p.361).

No entanto, durante a 4ª Inspeção Nacional dos Direitos Humanos foi identificado que das quatro unidades de acolhimento/recolhimento existentes no Estado de Sergipe, apenas uma tinha em seu quadro de pessoal, Médicos e Psicólogos, sem programa instalado de redução de danos, sem intervenção com a família, e, em apenas uma havia o tratamento com terapia breve e terapia ocupacional, sem direito a visita íntima; a religião evangélica é relatada em duas delas; apenas uma recebe também o sexo feminino, e em todas foi evidenciada violação dos direitos humanos (CFP, 2011).

Com a finalização do referido relatório necessita-se da tomada de providências por parte dos governos Municipais, Estaduais e Federais na apuração das denúncias de violência, maus tratos e tortura, com a garantia de uma ampla discussão pública sobre a manutenção educacional destes internos e do convívio familiar e social; através de políticas públicas renovadas que estimulem o tratamento ambulatorial e comunitário.

Os dados apresentados, na presente pesquisa, após a aplicação do questionário reforçou esta forma organizacional, evidenciando que 29% desta clientela não procuram a ESF, reforçado pela fala de 73 % dos enfermeiros e 63% dos médicos, e aproximadamente 45% têm apenas 1 a 2 atendimentos/mês, como por exemplo:

(E15) “Trabalho em área que tem dependente, entretanto não procuram à UBS para tratamento”.

Pode-se vislumbrar o alto nível de dependência química e a necessidade imediata de resolutividade como justificativas plausíveis dos encaminhamentos aos serviços especializados referidos por 44% dos enfermeiros e 33% dos médicos, e a procura pelo Serviço de Urgência Mental, nas crises agudas psicoativas pelo uso abusivo destas substâncias, os quais na sua grande maioria, num ciclo vicioso, são liberados após no máximo 72 horas de atendimento na urgência, com encaminhamentos para às USF, e ao CAPS ad, conforme as falas:

(M36) “Vale registrar também, que na grande maioria das vezes, esses mesmos usuários retornam novamente à UBS em acolhimento

porque não conseguiram dar continuidade ao tratamento inicialmente proposto e pactuado anteriormente, criando um ciclo vicioso de acolhimento – proposta de tratamento – abandono – acolhimento”.

Esta problemática foi também verificada no Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos ao apontar a ausência de instituições terapêuticas apropriadas ao tratamento, desintoxicação e reinserção social a nível Nacional; além de evidenciar a necessidade premente de “ampliação e qualificação da rede de serviços de saúde, com capacidade para ofertar e assegurar tratamento digno e de qualidade”. Além disso há necessidade de criação de “políticas qualificadas de proteção social e suporte para situações de ameaça à vida dos sujeitos”, especialmente no estado de Sergipe, onde nas quatro Instituições existentes há nítida violação dos direitos humanos, com medidas segregativas e não socioeducativas (CFP, 2011, p.194); confirmado na fala:

(E7) “Não temos clínicas de reabilitação e os pacientes são encaminhados para o Serviço Psicossocial e quando retornam ao meio que vivem voltam a consumir e não comparecem mais para continuar o tratamento”.

Estas medidas segregativas se deparam com a atual conjuntura social de ampliação de acesso ao consumo de grande parte da população brasileira, que anteriormente privada deste, reflete a crescente mobilidade social ao produzirem importantes deslocamentos valorativos e institucionais que “fazem emergir expectativas, receios, sonhos e imaginários novos, impactando várias esferas do comportamento entre as quais a tolerância, os laços de solidariedade, os aspectos relativos à coesão social” e à contextualização cultural herdada e representada socialmente, fortalecendo também a necessidade de medidas socioeducativas (MINAYO, 2004; OLIVEIRA, 2012, p.52).

5. 1. 3 O Serviço Utilizado

Como já anteriormente apresentado, o serviço de referência em saúde mental disponível para todo o município de Aracaju aos usuários de álcool e outras drogas, limita-se aos CAPSad e CAPSi/ad, cuja eficiência é questionada pelos diversos

registros encontrados nas respostas dos participantes da pesquisa, tendo como principais núcleos de sentido:

NÚCLEOS DE SENTIDO	UNIDADES DE REGISTROS (UR)*	
	MÉDICOS(36)	ENFERMEIROS(36)
Distância dos CAPS	9	12
Falta de Resolutividade	12	13
Estrutura física deficiente	13	10
Ausência de Centros de desintoxicação	12	11

Quadro 5: Opiniões dos questionados sobre as causas da ineficiência da rede de Serviço que atende aos usuários de álcool e outras drogas

*Alguns dos profissionais emitiram opiniões classificadas em mais de um núcleo de sentido.

Parece haver um consenso dos profissionais ao apontarem falhas no serviço ofertado atualmente, possibilitando a falta de adesão ao tratamento como fica claro nas falas:

(M31) “Aqueles pacientes que fazem uso de drogas raramente procuram a UBS. Quando procuram geralmente chegam alcoolizados, o que não nos permite uma melhor abordagem”.

(E3) “Atendemos usuários em crise constantemente, devido a inoperância do serviço do Hospital X”.

Há uma noção por parte de alguns profissionais, de que o tratamento do dependente químico é possível, no entanto, para Niel e Silveira (2009) é preciso haver vontade por parte do dependente químico, além deste ter que entender como necessário este tratamento, facilitado posteriormente por uma estrutura física e de pessoal eficiente, para que possa desta forma estimular a manutenção ao tratamento, como se observa nas falas:

(E3) “Falta de vontade e de compromisso do paciente para adesão ao tratamento e acompanhamento”.

(M27) “O que eu considero pior é o fato do usuário muitas vezes não deixar o vício”.

Fatores apontados como alta demanda, distância dos CAPS podem evidenciar o número ineficiente de centros especializados a esta clientela o que, por conseguinte prejudicaria a resolutividade do tratamento e reforçaria a dependência dos centros de desintoxicação e de reabilitação.

Neste contexto, o tratamento a esta clientela seria um retrocesso pela total dependência destes centros fechados de desintoxicação, diante das perspectivas de tratamento no seu próprio meio social e familiar, facilitadores portanto da reabilitação. Niel e Silveira (2009) também apontam para a necessidade de internações em alguns casos, quando há comprometimento da saúde física e mental, havendo a necessidade de um período de abstinência para facilitar o restabelecimento e posterior continuidade do tratamento fora da Instituição Hospitalar.

As comunidades terapêuticas, se bem estruturadas, seriam uma opção de tratamento para os casos com maior comprometimento psiquiátrico, onde ao se lançar mão de diferentes terapêuticas se favoreceria o restabelecimento e a desconstrução do modelo hospitalocêntrico, devendo ser para Moreira (2006) “um espaço de implicação subjetiva, destinado a provocar efeitos na clínica” (p.57). Este recurso terapêutico também é apontado na fala dos questionados:

(M26) “Para o tratamento efetivo de qualquer dependência química é necessário um conjunto de medidas e de pessoal, o qual deve estar constantemente atualizando, trocando ideias e novas experiências para conseguir diminuir os efeitos deste mal”.

(M31) “Porque muitas vezes me sinto uma máquina de repetir apenas receitas. Os familiares de usuários de drogas são os que mais fazem uso de diazepínicos”.

(E21) “Faltam terapias alternativas e inovadoras”.

Este conjunto de medidas e de terapias inovadoras deve intervir preferencialmente antes do estabelecimento da dependência química através de experiências preventivas bem-sucedidas constantemente discutidas, pois a “prevenção implica esforços coordenados com a comunidade, avaliações periódicas e, principalmente, continuidade” destas ações (BIZZOTTO, 2006, p.210)

Estas comunidades seriam uma alternativa ao tratamento a estes usuários de álcool e outras drogas mas não o foco principal da Política Nacional de Atenção Básica em Brasil (2012) que ao dispor sobre os princípios e diretrizes gerais das

Unidades Básicas de Saúde (UBS) com suas características de elevado grau de especificidade, descentralização dos serviços e proximidade da vida das pessoas, coloca-a como principal e preferencial porta de entrada da população adstrita ao seu território.

Esta singular proximidade é também apontada pelos participantes da pesquisa ao relatarem o acolhimento feito pela Equipe de Saúde da Família (ESF) 33% como primeira forma para exposição de um problema de saúde, com especial atenção ao acolhimento feito pelo enfermeiro (40%).

O acolhimento se fortalece como sendo uma estratégia que permite ao usuário adentrar ao serviço de saúde a qualquer momento, trazendo consigo sua necessidade, para ser ouvido sem julgamento e para que se possa delimitar o quê, como e onde pode ser feito algo pela situação apresentada. Além disto, para Álvares (2006), Cruz e Ferreira (2006) acolher visa acima de tudo motivar e criar vínculo.

Esta estratégia é confirmada na fala dos participantes do estudo:

(M17) “Primeiro o usuário chega pelo setor de acolhimento (geralmente realizado pelo enfermeiro), depois disso é feita a consulta médica e caso necessário são realizados os encaminhamentos para setores/referências especializadas”.

(E4) “É acolhido pelos profissionais médicos, enfermeiros e assistente social, com escuta qualificada, direcionando para os atendimentos especializados”.

As ações desenvolvidas por equipes multidisciplinares objetivam o desenvolvimento de uma atenção integralizada, a qual segundo Brasil (2012), possa impactar coletivamente “na autonomia, nos determinantes e condicionantes da saúde; observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda ou necessidades de saúde devam ser acolhidos” (p.19).

Em todos os casos há uma clara demanda de encaminhamentos aos serviços especializados (71%), justificada por núcleos de sentido registrados nas falas de médicos e enfermeiros questionados:

NÚCLEOS DE SENTIDO	UNIDADES DE REGISTRO (UR) *	
	MÉDICOS(36)	ENFERMEIROS(36)
Ausência de programas específicos para essa demanda na UBS.	8	12
Ausência de contra referência.	16	14
Ausência de ações educativas nas UBS .	6	4
Ausência de profissionais de referência nas UBS .	14	15

Quadro 6: Opiniões dos questionados sobre o serviço utilizados pelos usuários e encaminhamentos

*Alguns dos profissionais, sujeitos deste estudo, emitiram opiniões classificadas em mais de um núcleo de sentido

A dependência da droga dificulta a criação de laços entre o paciente e os profissionais que instituem o tratamento como ficou claro nas falas dos respondentes. Para Torres (2006) vários fatores se interpõem a esta relação: “urgência médica, urgência subjetiva, conflitos com a política, com a lei”; além dos conhecimentos específicos necessários a um eficaz atendimento ao usuário de álcool e outras drogas, dos quais, os especialistas são detentores e os quais não parecem ser devidamente repassados aos profissionais generalistas das ESF (p. 49), como fica claro nas falas:

(E18) “Pouca adesão ao tratamento, dificuldade de comparecerem à UBS, e o agravamento dos casos por aceitar sua dependência”.

(M36) “Grande rotatividade dos profissionais de saúde mental, o que dificulta a formação do vínculo e proposta do tratamento”.

Esta criação de laços entre usuários e profissionais pode ser facilitada de acordo com os autores, por meio de profissionais capacitados em novas estratégias de abordagem, (BIZZOTTO, 2006; TORRES, 2006) e os participantes desta pesquisa apontam também a necessidade de um serviço local estruturado de saúde mental, ligado a um programa específico de abordagem a esta clientela, com acompanhamento contínuo pelos especialistas, com contra referência realmente funcionante.

5.2 Usuários de álcool e outras drogas

Para os participantes desta pesquisa o usuário de álcool e outras drogas é o indivíduo da comunidade, cliente ou não dos serviços da UBS, que em momentos diferentes e por razões também diversas, ele ou alguém da sua família, procurou os profissionais das ESF com uma dada necessidade de saúde, em busca de resolutividade para o problema apresentado. Este indivíduo pode apresentar-se no seu estado normal de humor e comportamento, ou pode apresentar-se alterado e fora dos padrões comumente esperados pelos profissionais que atuam nos serviços da UBS.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as substâncias que conseguem alterar o funcionamento cerebral, provocando alterações comportamentais e perceptivas e podendo desenvolver dependências, são conhecidas como drogas psicotrópicas ilícitas e lícitas. Por agirem, dessa forma podem aumentar/estimular ou diminuir/deprimir a atividade do sistema nervoso central, com reflexos na percepção do tempo, espaço e no funcionamento dos cinco sentidos (NIEL; SILVEIRA, 2009).

A história das drogas mostra que elas sempre existiram e que em momentos diversos foram utilizadas para fins diferentes, fins estes apontados por Pollo-Araújo e Moreira (2009) como: medicinal, religioso, ritualístico, alimentar, de matéria prima, recreativo, celebrativo, de estereotipação racial e sexual, variando seu uso de acordo com a época e região, com momentos de relevância e intolerância, com consumos ora permitindo ora proibido.

A sociabilidade trás a vinculação do status social aos brindes nas passagens de ano e nas comemorações culturais, além de celebrar com charutos o nascimento de um filho, de compartilhar o “cachimbo da paz” entre tribos ou gangues diferentes (NIEL; MOREIRA; SILVEIRA, 2009, p.19).

Toda essa complexidade é mencionada nas falas:

(E11) “È uma questão muito complexa pois o usuário de drogas pode ter iniciado seu uso por várias questões, vários motivos e problemas como: desajustes familiares, brigas no lar, distanciamento entre os membros da família, fatores sociais, má influência solidão e outros.”

(E20) “É comum encontrarmos não só problemas físicos (anemia, baixo peso, DST, entre outros), mas também problemas familiares (abandono dos pais, maus tratos na infância, entre outros)”.

(M17) “Problemas socioeconômicos, falta de apoio dos próprios familiares”.

(M16) “A baixa escolaridade e as precárias condições de qualidade de vida”.

Com diferentes motivações, além das já citadas, pode-se apontar também a curiosidade; o desafio; o alívio do tédio, do desconforto físico e/ ou psicológico e da insatisfação. Mas é para Goldshimidt e Niel (2009) o prazer, o principal responsável pela dependência química em graus diferentes associados às particularidades farmacológicas do tipo de droga, às características individuais biopsicossociais e ao ambiente propício.

Esta dependência passa a representar grande problema quando as ações diárias do indivíduo sofrem prejuízos, repercutindo nas relações sociais, familiares, profissionais, educacionais e legais, e apesar da consciência destes prejuízos há a falta de controle na evitação dos mesmos (NIEL; MOREIRA; SILVEIRA, 2009).

Percebe-se que há a clara confusão entre quando os fatores apontados pelos respondentes são causa ou efeito do uso do álcool e outras drogas dada a complexidade desta temática.

5.2.1 Seu Meio Social

Pelos dados parciais do SIAB apresentados no Quadro 3, observa-se que no Município de Aracaju há uma dependência de 86% da população dos serviços de saúde ofertados pelo SUS, e que das famílias estimadas para esta cidade 95,8% já estão cadastradas com 3,26% utilizando os recursos do bolsa família; e entre os maiores de 15 anos há uma taxa de alfabetização de 95,2%, ficando aproximadamente 25% fora da escola na faixa etária de 7 a 14 anos.

Estes dados apontam para a necessidade de um efetivo poder público que possa suprir as necessidades educacionais, sociais e de saúde de uma clientela com anseios comuns e vivências diferenciadas.

O desejo social de compartilhar e de se relacionar de igual para igual sem privilégios e com sentimento de pertencimento, pode suscitar em alguns componentes desta mesma sociedade sentimentos de insatisfação, de inferioridade, de falta de oportunidades, o que é reforçado pelos núcleos de sentido identificados nas falas dos questionados, e também referidos por Medeiros (2006):

NÚCLEO DE SENTIDO	UNIDADES DE REGISTRO (UR)	
	MÉDICOS (36)	ENFERMEIROS(36)
Marginalização social	3	
Desemprego associado à desqualificação profissional	3	2
Preconceito	3	2
Pobreza extrema	2	2
Fuga diante das dificuldades sociais e familiares		9

Quadro 7: Opinião dos questionados sobre aspectos sociais que envolvem o uso de álcool e outras drogas

A heterogeneidade do espaço urbano com diferentes indivíduos para Medeiros (2006) e Merhy (2012), possibilita o surgimento de grupos diferentes que se reúnem de acordo com características semelhantes numa tentativa de resolução de problemas e conflitos. Os núcleos apontados: marginalização, desemprego, pobreza podem ser encarados em alguns momentos como causadores do uso abusivo de drogas, e em outros momentos como consequências deste mesmo uso, mas refletem a principal consequência de uma sociedade controladora que discrimina mais do que discute a legislação sobre o uso de drogas, que segrega e reprime seja nas cracolândias seja nas Instituições destinadas ao tratamento voluntário e/ou compulsório.

Não se pode deixar de citar os diversos casos verídicos veiculados pela mídia de famílias abastadas financeiramente, com adolescentes e adultos envolvidos com o uso abusivo do álcool e outras drogas, estando em evidência como fator causador não apenas o econômico.

A intrínseca rede de interações sociais que ocorrem no espaço coletivo traz consigo a manifestação das representações simbólicas individuais somadas a

critérios sociais e interesses políticos que ao mesmo tempo em que aproxima, distancia e segrega (MEDEIROS, 2006; MINAYO, 2004).

Diante de diversas situações de ausência de direitos como boas escolas, trabalho digno, moradia própria, alimentação diversificada, segurança equânime, chama-se atenção para o núcleo de sentido: fuga diante das dificuldades sociais e familiares, que pelas vezes que foi apontado (9), pode vislumbrar uma possível justificativa destes para o uso abusivo do álcool e outras drogas, além da busca pelo prazer, numa tentativa de alívio frente às situações adversas, o que é confirmado por Niel; Moreira e Silveira (2009) ao apontarem este uso como uma possibilidade de diminuir a tristeza, a ansiedade, a insônia, podendo facilitar as interações, sem, no entanto conseguir afastar o preconceito advindo do seu uso, seja pelo status que o indivíduo ocupa na sociedade, seja por se tornar um usuário de drogas

5.2.2 Seu Meio Familiar

Os resultados dos dados coletados neste estudo demonstram que a família ainda é o principal núcleo identificador dos problemas vivenciados por seus componentes, mas também evidenciou que este mesmo núcleo pode ser formador dos conflitos existenciais subjetivos ou não, que em alguns momentos se coloca como disponível para ajudar no tratamento do usuário de substâncias ilícitas e em outros momentos é o principal responsável pelo abandono ao tratamento por este dependente químico, como se observa nas falas:

(E27) “A família é quem deseja a internação impositiva, uma vez que o usuário não quer se tratar”.

(M16) “A maior dificuldade é o acompanhamento do paciente, pois a maioria das vezes, ele vem obrigado por familiares e não aceita sua condição. Muitos estão presos no momento”.

Sabe-se que existe uma linha tênue entre o uso e o abuso das substâncias psicoativas. O limite entre o uso celebrativo, recreativo, de fugacidade e o uso dependente é de difícil estabelecimento, e ainda com diferentes ciclos sociais de indivíduos, que por diversas razões, com também diferentes circunstâncias caracterizam a heterogeneidade da dependência (TORRES, 2006).

Para Maluf e Pires (2009) é mergulhando nesse mundo de diferenças que o indivíduo pode sentir-se mais ou menos preparado para os enfrentamentos, a depender do preparo educacional, das noções de cidadania e do alicerce familiar. Vê-se no limiar entre a dependência familiar, a conquista da autonomia, o amadurecimento na busca de um bom emprego, e o uso/abuso do álcool e outras drogas.

Estes aspectos também foram apontados pelos envolvidos na pesquisa ao salientarem os seguintes núcleos de sentido:

NÚCLEOS DE SENTIDO	UNIDADES DE REGISTRO (UR)	
	MÉDICOS(36)	ENFERMEIROS(36)
Falta de apoio familiar	3	17
Desestruturação familiar	2	
A família é quem procura o serviço	3	5
Descontinuidade do tratamento no seu ambiente de convívio familiar e social	3	12

Quadro 8: Opiniões dos questionados sobre aspectos familiares que envolvem o uso de álcool e outras drogas

Nestes núcleos observa-se que a mesma família que não apoia o indivíduo é também responsável pela busca ao tratamento nas unidades de saúde da família. Esta busca pelo tratamento parece estar mais relacionada ao próprio reflexo da desestrutura familiar, uma vez que foi apontada a descontinuidade ao tratamento no seu ambiente familiar e social, reforçando a falta de apoio. Então a busca que a família faz pelo tratamento do seu componente, poderia soar como um pedido de socorro, pela sua impotência, pela sua falta de condição de enfrentamento dos seus próprios problemas, seja de ordem financeira ou emocional (MALUF; PIRES, 2009).

Estes resultados demonstram a importância da família como núcleo protetor e fonte de equilíbrio capaz de distanciar do uso abusivo do álcool e outras drogas, desde que preservados seus princípios norteadores.

É bem verdade que na conjuntura do país, vários são os fatores desagregadores desse lar: o financeiro, o desejo do ter em detrimento do ser, a concorrência desigual e os diferentes desafios. No entanto tem-se a impressão que estes obstáculos são mais facilmente transponíveis quando a afetividade familiar está resguardada e, por conseguinte a sua tranquilidade (ALTHOFF, 2002; SILVA, 2002).

Esta família com certeza deve ser foco de medidas de atenção à saúde, uma vez que o uso abusivo que ocorre muitas vezes de forma insidiosa, gradual e progressiva traz consigo sentimentos de insegurança e de fragilidade dos seus familiares (ALTHOFF, 2002).

A este respeito Silva (2002) fala sobre a necessidade de inclusão de todos que rodeiam o usuário no planejamento da assistência, especialmente seus familiares por serem potenciais clientes desse sistema.

Delgado (2002) vai mais adiante ao pensar num cuidado que vise, para cada um dos membros da família, a prevenção da vida em primeiro lugar, posteriormente o desenvolvimento de suas potencialidades de autocuidado no seu meio de convívio.

Sobre a importância da família Losacco (2007, p.64), coloca-a como a célula que fundamenta a sociedade, onde nascem as histórias pessoais, “lugar de pertencimento, de questionamentos; instituição responsável pela socialização, pela introjeção de valores e pela formação de identidade”. Facilmente relacionam-se esta importância ao potencial desenvolvimento da dependência como também ao potencial de reabilitação do indivíduo.

Essa introjeção de valores e formação da identidade é comentada por Minayo (2004) ao colocá-la como a forma com que determinado grupo social, neste caso a família, a representa: “algo anterior e habitual, que se reproduz e se modifica a partir das estruturas e das relações coletivas e dos grupos” (p.174).

5.2.3 Seu Eu

Parece simples demais limitar à família o árduo papel de evitação do uso das drogas, uma vez que mesmo nas atuais condições de convívio familiar, a ausência de condições igualitárias para lidar com a concorrência pode também desestruturar o indivíduo, sem falar numa organização pública de Estado, que utiliza muitas vezes o discurso da cidadania, mas a todo tempo trabalha em função da redução de despesas, da manutenção do poderio dos ricos em detrimento do estabelecimento do trabalhador honesto. Este também não seria um fator desagregador? Por outro lado, para Siqueira (2005), Niel e Goldshmidt (2009) a simples curiosidade, reforçada pela busca de maior prazer e até de efeitos anestésicos teria o mesmo peso dos anteriores como fica claro nas falas:

(M15) “Recua ao tratamento para não largar o vício”.

(E28) “Problemas familiares, baixa condição econômica, depressão, angústia”.

(E29) “Falta de perspectivas de mudanças”.

Parece possível a ideia de que o fracasso possa estar mais relacionado às escolhas, à forma de viver e de enfrentamento às situações adversas do que propriamente ao uso das drogas.

(M10) “Recusa de ajuda, baixa autoestima, marginalização social, desemprego, desqualificação da mão de obra”.

(M13) “Não reconhecimento do usuário como dependente químico”.

Criar noções de autonomia, de autoridade, de possibilidades, perpassa a atuação da prevenção para além das noções de direitos individuais, deveres sociais e porque não dizer do poder das elites e das instituições (SIQUEIRA, 2005).

Esta complexa rede de motivações e escolhas, mesclada por sentimentos de direitos, deveres e poderes também é apontada quando é trazido à tona nos núcleos de sentido relacionados pelos questionados, evidenciados na vivência diária das unidades básicas de saúde:

Núcleos de sentido	Unidades de Registro(UR)	
	Médicos (36)	Enfermeiros(36)
Baixa autoestima	3	
Agressividade	5	6
Medo	3	3
Baixo nível educacional	3	
Desnutrição	2	
Falta de higiene	3	
Depressão		3

Quadro 9: Opiniões dos questionados sobre aspectos individuais que envolvem o uso de álcool e outras drogas

Mais uma vez chega-se a uma tênue linha entre causa e efeito, que nada mais é do que a constatação do que anteriormente foi discutido, e reforça a afirmação de Niel, Moreira e Silveira (2009) ao abolir a ideia de maior ou menor risco de desenvolvimento de um padrão de uso indevido de drogas, para adentrar na ideia de situações associadas à proteção e à vulnerabilidade tais como as apontadas pelos participantes da pesquisa: baixa autoestima, agressividade, medo, baixo nível educacional, desnutrição, falta de higiene, depressão.

Entre os fatores protetores há os de ordem individual como: “carga genética, autoestima, autonomia, tolerância à frustração, resiliência, religiosidade”, habilidade intelectual e a de resolver problemas. E os de ordem social: “inserção cultural, condição socioeconômica, vínculo escolar, vínculos familiares..., escolaridade dos pais”. Pode-se apontar nas falas dos participantes do estudo, portanto a baixa autoestima, baixo nível educacional, desnutrição e a falta de higiene como ausência de fatores protetores (NIEL; MOREIRA; SILVEIRA; 2009; p. 23).

Para as situações de vulnerabilidade estão os “déficits neuropsicológico, experimentação precoce de substâncias psicoativas (lícitas ou ilícitas), exclusão social, aculturação, famílias disfuncionais e pais com problemas relacionados” (NIEL; MOREIRA; SILVEIRA; 2009; p.23). Vê-se então que a agressividade, medo e depressão salientados pelos profissionais médicos e enfermeiros estão relacionados

à vulnerabilidade a que estão expostos estes usuários que procuram atendimento nas unidades básicas de saúde.

5.3 O Profissional e a Assistência

Uma abordagem tão eclética sinaliza para a necessidade de profissionais habilitados para atuarem com este grupo.

A relação de dependência entre a assistência prestada e quem a executa é óbvia, logo quanto mais qualificado o profissional, espera-se melhor assistência. É bem verdade que outros fatores influenciam como a afinidade com o tema e a estrutura organizacional, como fica claro nas falas:

(E21) “Falta médico, medicação, terapias, leitos para internamento. O serviço realmente deixa muito a desejar”.

(M8) “Devido a ausência de estrutura adequada para atender esta população”.

Esta assistência, pela fala dos participantes da pesquisa, confirma a inter-relação dos fatores relacionados ao profissional com os relacionados à estrutura física e organizacional dos serviços.

Pelo evidenciado no Quadro 2, ao trazer dados parciais do SIAB (ANEXO C), observou-se que das 554.785 pessoas distribuídas por faixa etária no Município de Aracaju há registro de apenas 2 usuários de álcool entre 0 e 14 anos, passando para 1.424 acima dos 15 anos, sem estar relacionado nesta planilha os usuários de outras drogas, apesar de existir na ficha D complementar (ANEXO D) espaço para registro de atendimento a esta clientela.

A esta situação somam-se os dados apresentados na metodologia desta pesquisa (Quadro 3) ao trazer a frequência de intoxicação exógena de residentes em Aracaju, que procuraram o serviço hospitalar de urgência nos anos de 2010 a 2013, dos quais 140 pessoas tiveram registro de intoxicação por álcool e outras drogas, ao lado de 565 registros notificados de intoxicação não especificada pelos profissionais.

A ausência de registro completo destes dados pode apontar para um sistema de informação do município insuficiente, associado a uma falha na linha do cuidado pelo não despertar do profissional para o atendimento e/ou registro do atendimento a estes, seja pela inexistência de um programa estruturado para este fim, seja pela falta de sensibilização deste profissional da sua importância neste processo.

A partir dos dados informados pelos questionados, foi possível conhecer a caracterização da amostra e traçar perfil do profissional que fez parte desta pesquisa:

PERFIL		
	MÉDICOS (36)	ENFERMEIROS(36)
Idade	31,9% entre 30-40anos	39% entre 30-40 anos
Sexo	66,6% feminino	88,9% feminino
Tempo de graduação	36,1% > 20 anos	30,0% >20 anos
	27,7% de 5-10	25% de 5-10
Especialistas (não especificamente em Saúde Pública)	66,6%	86,1%

Quadro 10: Perfil do Profissional

Pelo perfil profissional apresentado observou-se entre os participantes da pesquisa um equilíbrio entre faixa etária e tempo de atuação na saúde de aproximadamente 30%, chamando atenção para os que estão formados entre 5 e 10 anos (25%) e mais que 20 anos (30%), dando a perspectiva de diferentes percepções acerca do tema abordado, o que mostra diversidade de experiências. A grande maioria é especialista sendo que apenas 2 médicos (5,5%) e 3 enfermeiros (8,3%) referiram especialização em Saúde Pública, a qual poderia facilitar o trato com o usuário de álcool e outras drogas .

Desta forma a visão do todo permitiu que os pontos abordados fossem respondidos em diferentes etapas da vida profissional, por conseguinte com diferentes ângulos de visão, mas tendo em comum o fato de serem profissionais que compõem a equipe mínima de saúde da família (BRASIL;2012) .

5.3.1 Dificuldades Assistenciais

A exposição de dificuldades foi unânime entre os componentes da pesquisa, apontadas como obstáculos a uma boa prestação da Assistência.

A problemática do uso indevido do álcool e outras drogas, além da complexidade de conceitos e contextos, carrega consigo a estigmatização. Andrade e Espinheira (2006) pontuam a importância de se cuidar das palavras, dos termos com os quais classificamos pessoas e coisas, pelo poder que estas têm “de conferir identidade e, assim, estigmatizar, reduzir uma pessoa a uma única condição, apagando, negando, todas as demais” (p.5), como obstáculos facilmente evidenciados pelas falas:

(E2) “O paciente dependente químico não é visto como doente, mas rotulado como drogado, viciado, tráfico de drogas (vivem vendendo drogas), perda da identidade”.

Esta estigmatização pode refletir a ausência de condições dignas de vida, o direcionamento dado a esta problemática pela segurança pública, a insuficiente estrutura existente para atendimento às vítimas de drogadição e os reflexos no convívio social e familiar, como fica claro nas falas:

E22) “É uma clientela abandonada, marginal da sociedade e o sistema não está adequado ao atendimento”.

(M19) “O preconceito da própria condição e da família e da sociedade também, afastam esses pacientes”.

A ideia de rotular todo usuário como sendo dependente, amoral, infrator, fraco e violento, para Andrade e Ronzani (2006) afasta o profissional e interrompe a cadeia de detecção, prevenção e tratamento, uma vez que, como evidenciado nas falas, só a partir de uma maior aproximação do profissional com o indivíduo, é possível a formação do vínculo facilitador da detecção do uso de drogas lícitas e da propensão às ilícitas:

(M12) “Encontrar uma equipe acolhedora que busca solucionar uma grande parte dos problemas”.

(M3) “Boa interação entre profissionais da equipe e pacientes”.

(E18) “Vínculo do profissional com o usuário, papel da família como elo e parceria”.

(E14) “Envolvimento da equipe: enfermeiro, médico, serviço social e uma família participativa do processo”.

O envolvimento da equipe com uma postura acolhedora e livre de preconceitos possibilita uma assistência com maiores chances de êxito, pelo que foi demonstrado nas falas, além de fortalecer o vínculo entre o profissional/usuário/família.

Para Andrade e Espinheira (2006) é concebível que em alguns momentos o profissional não encontre respostas para algumas situações surgidas durante o atendimento à clientela, em especial aos usuários de álcool e outras drogas. O que não deve acontecer é piorar a situação apresentada por estes pela falta de conhecimento do profissional dos sinais, sintomas, causas e consequências deste uso.

Como o indivíduo vive em sociedade, o seu comportamento vem impregnado com suas vivências e caracterizam sua identidade, que por mais confusa que possa estar, é esta que será reconhecida pelos seus pares e representada socialmente pelo seu grupo de convívio, refletindo suas motivações ao uso e/ou abuso do álcool e outras drogas (MINAYO, 2004).

Estudos como o de Andrade e Ronzani (2006), mostram que apenas 1% das pessoas que experimentou maconha tornou-se dependente da cocaína, o que derruba a ideia de que todo usuário de maconha será usuário de crack e/ou dependente químico. Essa estigmatização associada à ausência de conhecimentos técnicos pode favorecer o surgimento de núcleos de sentido como os do quadro 11.

Pode-se inferir uma possível correlação entre a estigmatização desta clientela e a “má vontade dos profissionais das ESF em atender”, pensando na “exposição da equipe” às pessoas rotuladas como violentas e à margem da sociedade, o que pode levar a não formação do vínculo profissional/paciente tão necessário ao tratamento, o que se reflete na “dificuldade de obter informações”. Somado a isso, Bizzotto (2006) aponta a “ausência do conhecimento técnico-científico” para justificar a inexistência de estratégias de abordagens inovadoras para detecção e acompanhamento desta clientela:

NÚCLEOS DO SENTIDO		UNIDADES DE REGISTRO(UR)	
		Médicos(36)	Enfermeiros(36)
Ligadas ao profissional	Ausência de conhecimento técnico	7	19
	Ausência de estratégias/terapias inovadoras	4	3
	Ausência de Vínculo		3
	Má vontade dos profissionais das ESF		3
	Exposição da equipe a situações de risco	2	2
	Dificuldade de obter informações	6	6
Ligadas ao usuário	Não se reconhecem como dependente	13	
	Falta de adesão	16	21

Quadro 11: Dificuldades assistenciais referidas pelos profissionais no atendimento

E ainda como intensificadores destas dificuldades, estão as apontadas pelos profissionais ligadas ao usuário, que não se enxerga como dependente químico e por conseguinte não adere ao tratamento.

As dificuldades estruturais e da organização dos serviços foram também citadas como fatores que dificultam a prestação da assistência, evidenciadas nos núcleos de sentido relacionados no quadro 12:

NÚCLEOS DO SENTIDO	UNIDADES DE REGISTRO (UR)	
	MÉDICOS (36)	ENFERMEIROS(36)
ESF c/ grande demanda	12	3
Falta de profissionais especializados	15	17
Ausência de um programa específico nas USF	4	12
Dificuldade de agendamento para psiquiatra	12	
Ausência de poder público com políticas de manutenção	7	16
Usuários desaprovam o serviço do CAPS ad e Urgência	6	5
Assistência descontinuada	6	12

Quadro 12: Dificuldades estruturais e da organização dos serviços apontadas pelos profissionais

A associação das dificuldades intrínsecas do profissional com as dificuldades estruturais acentua ainda mais a sensação de desassistência destes usuários, como fica claro nos registros com núcleo de sentido: “assistência descontinuada” pelas categorias Médica (6UR) e de Enfermeiros (12UR), conforme quadro 12.

Em consequência destas dificuldades, acentuadas pelo próprio uso abusivo do álcool e outras drogas têm-se a falta de adesão como núcleo de sentido com maior número de Unidades de Registro (UR) referidas pelos participantes da pesquisa: Médicos (16UR) e Enfermeiros (21UR) relacionadas no quadro 11.

Torres (2006) lembra que o desejo do profissional na busca da abstinência total do usuário de álcool e outras drogas, não é compartilhado pelos usuários, o que representa pela fala dos participantes da pesquisa um dos fatores responsáveis pela não adesão, sem falar que outros usuários nem procuram o serviço ou por não se sentirem acolhidos por este ou por acharem demorado o atendimento ou ainda por não perceberem resolutividade na assistência, seja nas falhas estruturais, seja na ausência de técnicas profissionais específicas a este grupo.

Diante de tantas dificuldades, parece mister a identificação precoce do uso destas drogas ilícitas ou não, respeitando a singularidade de cada indivíduo e suas relações socioculturais, lançando mão, segundo Cruz e Ferreira (2004), de estratégias de intervenção multiprofissional, com uso de ferramentas locais, inter setoriais e sociais.

Estas intervenções de integralidade e de trabalho social parecem estar comprometidas na visão dos participantes da pesquisa, em grande parte pela falta de conhecimento técnico daqueles profissionais que se encontram na rede de atenção básica, e com igual importância, pela equipe insuficiente da rede especializada, pela falta de políticas públicas de inclusão social, pela ausência de uma linha de cuidado a este grupo, além da falta de compromisso e responsabilização de todos envolvidos. Mas nem tudo é dificuldade, sendo também apontadas algumas facilidades.

5.3.2 Facilidades Assistenciais

A necessidade de uma rede interligada de serviços intersetoriais, dotada de equipes multiprofissionais é evidente pela fala dos participantes da pesquisa. O fato de existir esta rede ainda que rudimentar e insuficiente, é apontado como facilidade para um bom desenvolvimento da assistência, como se observa nos núcleos de sentido evidenciados no quadro 13:

NÚCLEOS DE SENTIDO	UNIDADES DE REGISTROS(UR)	
	MÉDICOS(36)	ENFERMEIROS(36)
Existência de matriciamento e redução de danos	1	3
Existência de pelo menos 1 CAPSad e 1 Urgência Mental		5
Presença na UBS de Psicólogo e Psiquiatra (Referências Mentais)	1	1
Presença de uma Assistente social	1	
Oferta de medicamentos nas UBS	3	1
Comprometimento do CAPSad		3

Quadro 13: Opiniões dos questionados sobre facilidades estruturais e organizacionais

Estes núcleos indicam a existência de serviços dentro e fora das Unidades Básicas de Saúde em conformidade com a Política do Ministério da Saúde para atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas, mas também confirmam quando comparados com as dificuldades anteriormente apresentadas, a necessidade de ampliação dos mesmos, uma vez que neste município existem apenas sete referências em saúde mental para uma população variando entre 35 e 105 mil/região, e nenhuma referência para a clientela em estudo, existindo apenas um CAPSad.

Pelos dados apresentados até aqui, a possibilidade de êxito no tratamento realizado no território de convívio deste usuário é grande, graças ao vínculo do profissional com este, a manutenção das condições naturais econômicas e sociais do mesmo, o que possibilitaria a formulação de um projeto terapêutico possível de aplicabilidade, reforçando a necessidade da criação de referências locais para atendimento a este grupo. Segundo Cruz e Ferreira (2006) atender às diferenças de

forma ampla requer um cuidado integral através de uma rede de cuidado também integralizada, que possa envolver além do usuário todos que estão em volta.

Para isso, é necessária a ampliação dos serviços especializados, mas é preciso ir além, como preparar também os profissionais da base, já que são estes que conseguem aproximar-se mais da realidade vivida por este usuário, o que é confirmado por estes núcleos de sentidos:

NÚCLEOS DO SENTIDO	UNIDADES DE REGISTRO(UR)	
	MÉDICOS(36)	ENFERMEIROS(36)
Livre acesso aos profissionais nas ESF	7	4
Vínculo do profissional da ESF c/ usuário	1	10
Compromisso da equipe	7	3
Trabalho em equipe	4	3
A atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	3	5
Apoio da família	1	2

Quadro 14: Opinião dos profissionais sobre as facilidades pessoais

Os núcleos apontados estão em consonância com a Lei 11.343/06 que ao instituir o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas objetiva “articular, integrar, organizar e coordenar as atividades de prevenção, tratamento e reinserção social de usuários e dependentes de drogas”, trazendo uma nova linha de cuidado, com clara distinção entre usuários/dependentes de drogas e traficantes (DUARTE; BRANCO, 2006, p.36).

As ações de coordenação propostas pela legislação esbarram na ausência de estruturas de serviços capazes de realmente prevenir, tratar e reinserir o usuário, numa estagnação que se depara com ações progressivas da segurança Pública de repressão e segregação social.

As facilidades apontadas na verdade são características próprias do que pretende o Programa de Saúde da Família segundo o Ministério da Saúde (Brasil; 2012): o livre acesso através do acolhimento constante, do vínculo entre a equipe e a comunidade, do apoio inclusive da família, do trabalho de equipes

compromissadas e envolvidas, bem como da singular atuação dos agentes comunitários da saúde.

Para o sucesso destas ações é vital a integração entre a rede de saúde mental e a rede de saúde das UBSs, além da participação da família, escola, associação de moradores, conselhos locais de saúde, igrejas, templos, centros espirituais, organizações governamentais, o que coloca a UBS como uma ferramenta de saúde de importante articulação comunitária. Torna-se necessário ainda, de acordo com OPAS (2012), a inclusão de outros atores sociais oriundos de outros movimentos e espaços além das UBSs, a fim de participarem da tomada de decisão, "pactuação, parceria, participação, consulta, negociação" permitindo "gerar mudanças nas respostas institucionais" (p. 17).

A assessoria feita pelos serviços especializados através do matriciamento, por ser um momento em que a equipe de saúde mental presta esclarecimentos sobre o serviço, sobre a atenção à saúde mental e discute casos de difícil elucidação, tem se voltado mais aos distúrbios mentais que aos usuários de álcool e outras drogas. Para estes, existe o grupo de redução de danos que envolve práticas de assistência, segundo Cruz e Barbeito (2006), com objetivo de diminuição dos danos provocados por este uso, não tendo conforme Torres (2006) e Lancetti (2007) a abstinência como única meta possível.

Para o ótimo desempenho destes serviços é preciso que as ESF estejam com um olhar atento para estes indivíduos e suas necessidades, pois é a pedido destas equipes que o matriciamento e a redução de danos chegam até estes.

Mais uma vez, percebe-se que a mola de engrenagem desta rede está nos profissionais da ESF que com os devidos conhecimentos técnicos, sensibilização, desmistificação e desestigmatização conseguem acionar esta rede integrada, bem como identificar as falhas estruturais.

Estaria então apto este profissional a lidar com toda esta complexidade?

5.3.3. Aptidão

Reconhecer a necessidade de assistir indivíduos que ainda não abusam do álcool e outras drogas, de estabelecer projeto terapêutico para ele e sua família ou de intervir nos fatores de proteção e de vulnerabilidade a ponto de barrar a cadeia de dependência química, parece ser o primeiro passo para a aquisição da aptidão para lidar com esta clientela específica.

Além disso, identificar os fatores limitantes para aquisição desta aptidão, tem também primordial importância, como fica claro nas falas:

(E9) "Não sou apta, pois não fui formada para tal e as poucas capacitações que tive foram insuficientes para o objetivo".

(E5) "Não. Porque não fui capacitada na faculdade nem pela secretária de saúde".

(M18) "Falta de perfil para lidar com essa temática; sou muito racional e objetivo".

(M24) "Não. Falta de preparo e falta de vontade de tratar a temática".

A este respeito, Backes et al. (2002) colocam a Universidade como principal responsável por esta aquisição, mas aponta também a lacuna existente entre os egressos e a universidade, ficando na responsabilidade das instituições empregadoras o aperfeiçoamento técnico-profissional, da mesma forma visualiza a necessidade de parcerias constantes entre as universidades, egressos e os serviços de saúde.

Aguiar (2007) aponta ainda a aquisição de conhecimentos através de estágios em unidades de tratamento a esta clientela e das informações adquiridas pelo senso comum e pela mídia como sendo uma importante ferramenta.

Estas respostas, na verdade, expressam a maioria dos núcleos de sentido registrados no quadro 15:

NÚCLEOS DE SENTIDO	UNIDADES DE REGISTRO(UR)	
	MÉDICOS(36)	ENFERMEIROS(36)
Falta de conhecimento técnico/ capacitações	14	21
Medo/ falta de preparo psicológico	4	3
Falta de protocolos estabelecidos	0	6
Falta de perfil	4	3
Necessidade de uma equipe multidisciplinar.	4	3

Quadro15: Percepção dos questionados sobre sua inaptidão para a assistência aos usuários

Esta falta de aptidão parece dizer respeito à deficiente formação acadêmica e a ausência de capacitações em serviços, que se refletem no discurso do medo e da ausência de perfil. Como uma tentativa de compensação sente-se a necessidade de protocolos estabelecidos e de uma equipe multidisciplinar.

Em relação ao medo e a falta de perfil, Moreira e Andreoli (2009) apontam que o “despreparo da equipe docente neste tema também é citado por muitos como fator responsável pelo tabu e conseqüentemente medo, por vezes paralisante, em relação ao tema” drogas (p.61).

Mas nem todos se sentiram inaptos quando questionados, algumas respostas foram iguais para mais de um participante da pesquisa, as quais foram identificadas como unidades de registro (UR):

(E2) “Sim. Realizei especialização em saúde da família”.

(E6) “Sim, pois já temos experiência pelo tempo de serviço com trabalho em Saúde Pública que abrange todo tipo de problema de saúde”. (2UR)

(M2) “Usando meus conhecimentos e experiências que adquiri no PSF”. (3UR)

(M9) “Parto do princípio da conquista, de ganhar confiança, provocá-lo como amigo, sem abordagem preconceituosa, infiltrando-me em seu meio”.

Para Meyer (2002) a aquisição do conhecimento tecnológico visa qualificar a relação, aumentar o reconhecimento social e autonomia profissional. Porém essa busca de conhecimento jamais deveria se encerrar com a conclusão do curso superior; ao contrário, deveria ser um processo constante e permanente, que possibilitaria reflexões contínuas acerca de seu papel enquanto cidadão e agente promotor da saúde.

Este profissional deveria valorizar as experiências adquiridas durante o desempenho de suas atividades, acrescidas, de acordo com a OPAS (2012), da participação inovadora do cidadão ao reconhecer e garantir o seu direito à saúde, a ampliar, a democratizar saberes/conhecimentos e poderes, cidadão este que pretende ver transformada sua realidade mais difícil no combate ao uso abusivo das drogas, a partir de decisões compartilhadas e experienciadas (CNS, 2011).

Alguns núcleos expressos no quadro 16 apontam para algumas experiências de aquisição de conhecimento como:

NÚCLEOS DO SENTIDO	UNIDADES DE REGISTRO(UR)	
	MÉDICOS(36)	ENFERMEIROS(36)
Capacitações presenciais e à distância/SUPERA.	1	1
Estágio em unidades de saúde mental.	2	0
Especialização em saúde coletiva	0	1

Quadro 16: Percepção dos questionados sobre sua aptidão para a assistência aos usuários

Estes poucos profissionais que experimentaram contato com essa temática se sentiram aptos, por estudarem mais a fundo as ações da saúde coletiva como prevenção, acompanhamento e apoio o que pode possibilitar o planejamento das ações da ESF, no direcionamento a ser feito pelo agente comunitário de saúde nas suas visitas domiciliares:

(E18) “Sim, pois o atendimento aos usuários de álcool outras drogas não se resume à desintoxicação. Deve-se iniciar um processo de prevenção, sendo indispensável acompanhar a evolução deste pacientes, procurando reforçar suas decisões e oferecer apoio nas suas dificuldades familiar e social”.

Estes profissionais, tal como refere Merhy (2012), acreditam que as ações coletivas tenham sempre um cunho reflexivo que possibilitem uma construção social sem divisões, apostando “que a vida de qualquer um vale a pena e é sempre expressão de desejos biopotentes”, e que a produção de mais vida está na dependência da garantia da realização destes desejos sem interdição (p.18).

Porém esta constatação incita a um questionamento. Qual teria sido a contribuição da formação acadêmica destes profissionais?

5.3.4 Formação Acadêmica

Acredita-se que as universidades e/ou faculdades sejam dotadas de todas as características necessárias à formação profissional diversificada. Espera-se que os

conteúdos aplicados aos graduandos tenham relação com o campo de trabalho destas profissões, e especialmente o da saúde pública. Portanto, formar recursos humanos capazes de possibilitar a consolidação do SUS representa o grande desafio atual das instituições formadoras, já que a prática das disciplinas ministradas muitas vezes está desvinculada da teoria (SCHERER; SCHERER; CARVALHO, 2006).

Um estudo feito com graduados do curso de enfermagem do último ano da Escola de Enfermagem da USP e da Faculdade São Camilo, acerca do conhecimento sobre as drogas psicotrópicas, evidenciou o sentimento de despreparo destes, associados à vontade de atuar na prevenção do uso das drogas, apesar do desconhecimento teórico e prático (CAMPOS; SOARES, 2004).

Nos dias atuais, saber da contribuição acadêmica na atuação profissional nas unidades básicas de Aracaju, entre categorias diferentes e com diversas faixas etárias poderia servir para traçar um panorama atualizado desta formação e da assistência prestada.

Segundo os participantes do estudo, a formação acadêmica contribuiu “muito pouco, pois durante a minha graduação a problemática não era tão marcante como nos dias de hoje”. (E2; M1), ou a sua contribuição “é pouca em vista da necessidade de interação de diversos profissionais para poder ajudar a este público e seus familiares” (E11) Há ainda quem coloque a sua formação como “quase nenhuma contribuição ao desempenho profissional, pois a realidade era diferente da atual, a formação acadêmica não era direcionada para uma atitude ampliada principalmente em Saúde Pública” (M34), o que é confirmado nas respostas de (E4; M3) ao dizer que “não foram fornecidos na formação acadêmica aspectos como: planejamento do trabalho, trabalho em equipe, atendimento humanizado”; e (E1) ao afirmar que “usuários existiam, só não eram tratados, somente isolados da sociedade” resposta que pode estar vinculada ao período anterior à Reforma Psiquiátrica em relação às novas diretrizes de atendimento aos usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2004a).

Alguns aspectos como a teoria acadêmica desvinculada da realidade; a ausência da ampliação do olhar para a saúde pública, para o trabalho em equipe e para a humanização do serviço também reflete a falta de consonância com as

diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica definidas pelo Ministério da Saúde, e é confirmada nos núcleos de sentido que refletem a ineficácia (IN) da formação acadêmica e alguns poucos que expressam a Eficácia (EF) desta, conforme estão relacionados abaixo no quadro que associa estas duas percepções (Brasil; 2012):

NÚCLEOS DO SENTIDO	UNIDADES DE REGISTRO(UR)	
	MÉDICOS(36)	ENFERMEIROS(36)
Formação acadêmica desvinculada da realidade (IN)	6	13
Problemática não tão marcante à época da formação (IN)	2	15
Formação pobre e discriminada (IN)	1	7
Enfoque farmacológico (IN)	3	0
Necessidade de constantes atualizações e socializações de experiência (IN)	6	3
Conhecimento prévio técnico-científico, das patologias e dos fármacos (EF)	5	2
Residência ou estágio prévio em saúde da família (EF)	3	0

Quadro 17: Percepção dos questionados quanto a Ineficácia e Eficácia da formação acadêmica

Observam-se entre as categorias profissionais questionadas certas diferenças entre médicos e enfermeiros. Estes últimos declararam em maior número falhas na formação. (13x6; 15x2; 7x1). Percebe-se também que para a categoria Médica a necessidade de atualizações sobre a temática em questão é mais sentida (6X3), e apenas esta cita o enfoque farmacológico como responsável pelo ineficaz aprendizado.

Algumas interrogações surgem: seriam as diferenças de conteúdo curriculares? Seriam o enfoque curativo x cuidadoso destas profissões respectivamente responsáveis por estas diferenças?

Vale então saber qual tipo de contribuição acadêmica houve para o exercício profissional destas categorias, expressa nos núcleos de sentido:

Algumas respostas exemplificam ainda mais o tipo de contribuição da formação acadêmica como (E12) ao dizer que sua formação serviu para “atuar na linha do cuidado” ou (E5) que refere uma contribuição “ampla, porém há limitações pessoais que refletem na atuação profissional”, mas que segundo (M22) foi “fundamental na qualidade da assistência”. Para M13, permitiu uma “melhor compreensão do problema”. Há ainda quem aponte a “disciplina Psicologia Médica durante seis períodos, o que ajudou na humanização, vendo o paciente como um todo dentro de sua realidade” (M16).

Num estudo feito por Lemos (2008) com profissionais da Atenção Básica de Aracaju acerca das capacitações em serviços ofertados pelo serviço de educação permanente, ficou evidenciado o desinteresse destes em participarem ativamente destas capacitações, e de vincularem a teoria à prática. Tem-se ainda a ideia constante da não aplicabilidade dos conhecimentos por falta de estrutura física e organizacional.

A temática da assistência aos usuários de álcool e outras drogas, perpassa as condições estruturais, a logística de recursos materiais e humanos, a qualificação profissional, mas acima de tudo a sensibilização deste no reconhecimento da sua importância neste processo.

Esta sensibilização está intrinsicamente ligada ao sentimento de aptidão para o desempenho profissional frente aos diferentes contextos e conceitos que envolvem esta problemática. Para Gonzales e Almeida (2011), “o cuidado humanizado e a promoção da saúde dependem do perfil de formação e da prática dos profissionais de saúde” (p.1).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), as ESF têm como características do processo de trabalho a: “escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade, tendo em

vista a responsabilidade da assistência resolutiva da demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências” (BRASIL, 2012 p. 41).

O artigo de revisão de Correia, Barros e Colvero (2011) evidenciou que as ações de saúde destinadas à saúde mental são desenvolvidas pela ESF sem uniformidade. Que o melhor investimento para garantir uma assistência integral, objetivando autonomia, reabilitação e desenvolvimento da cidadania é a qualificação profissional através das permanentes capacitações.

Vale aqui ressaltar que não se pode atribuir às ações preventivas a responsabilidade única pela quebra da cadeia de dependência, mas não se pode negar o seu poder de mudança. Um estudo anteriormente realizado com jovens em situações de risco mostrou que informações prévias sobre as drogas ilícitas propiciaram o não uso, com destaque para as informações passadas durante as ações educativas com enfoque comunitário e familiar (SANCHEZ et al, 2011) .

Outro estudo realizado com 7.176 jovens entre 14 e 19 anos, estudantes de escolas públicas das cinco regiões do Brasil, correlacionou características na personalidade de desordem e de antissociabilidade ao abuso de substâncias psicoativas na adolescência, explicitando mais uma vez a necessidade de programa de prevenção que envolva a concepção de uma política educacional-social-cultural efetiva nas escolas (NARDI et al, 2012).

Mais uma vez observa-se que a capacidade de passar informações educativas com êxito, está na dependência do aprimoramento de técnicas educacionais decorrentes do conhecimento. Acerca desta necessidade inovadora na formação acadêmica com um olhar voltado a assistência de álcool e outras drogas fica a resposta de E10 quanto a sua formação acadêmica para reflexão:

“Estou ainda aprendendo a lidar com esta clientela. O que não foi ofertado quando acadêmico serviu apenas para me afastar ainda mais desse tipo de usuário. Hoje, percebo que se as coisas tivessem começado diferente, se tivessem sido passadas de forma diferente, talvez hoje eu pudesse contribuir sobremaneira para o tratamento dos usuários de álcool e outras drogas”.

Esta situação também foi evidenciada por um estudo feito em São Paulo em 2007, com Enfermeiros de Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas, dos quais 93,8% relataram não ter recebido durante sua formação acadêmica

qualquer tipo de preparo sobre a temática, associada à carência de capacitações e ou falta de incentivos à busca de formação específica nas Instituições de trabalho (VARGAS; DUARTE, 2011).

O processo ímpar do trabalho em equipe é capaz de articular diferentes ações com diferentes saberes, voltado às necessidades individuais e coletivas da comunidade adstrita. Este trabalho, segundo Gonzales e Almeida (2010), se vê renovado com uma práxis profissional integral advinda de um ensino multi, pluri e transdisciplinar.

Esta integração saber-disciplina-ação reflete a colaboração necessária entre o ser pensante e o ser praticante num conceito ainda novo, o da interdisciplinaridade (multi, pluri e trans) que envolve a reflexão do ensino articulado com a realidade e suas diferentes facetas, esta por sua vez, garantida através da ampliação do olhar do profissional durante sua formação acadêmica (GATTÁS; FUREGATO, 2006).

O Decreto nº 7.179 expedido pelo Presidente Luis Inácio Lula da Silva em 2010, e alterado em 08/12/11 pela Presidenta Dilma Rouseff, apesar de enfatizar as ações de prevenção, tratamento e reinserção social permite a internação compulsória involuntária a pedido de terceiros, colocando o usuário de drogas como o principal responsável pelas mazelas e violências humanas. A segregação social com adoção de medidas coercitivas, punitivas, proibicionistas, criminalizadoras tendem a fomentar o consumo e a organização do tráfico, uma vez que qualquer intervenção junto a este grupo deve ocorrer com o desejo e/ou consentimento para tal (CASTILHO, 2012; LANCETTI, 2012).

Este consentimento depende da vontade construída através de medidas educacionais, preventivas, promocionais da saúde, reflexivas, vinculativas disponíveis na saúde pública e especialmente nas equipes de saúde da família. Mais um motivo para se investir na educação permanente destes profissionais, bem como na sua formação, pois este com sua proximidade territorial e o diferencial de sua práxis profissional, representa uma importante ferramenta na construção de diferentes possibilidades para este usuário de álcool e outras drogas, até sua total reabilitação e reinserção social.

Com a finalização deste estudo percebe-se que um novo resignificar dos atuais modelos educacionais seja de formação e/ou de educação permanente,

deveria ocorrer, ao passar por um processo constante de reflexão dos saberes e construção de uma pedagogia problematizadora, vinculada à prática, com ativa participação do estudante, da comunidade e dos profissionais, para que desta forma seja dada a devida resposta à sociedade, que mergulhada numa problemática difícil como é a do uso abusivo de álcool e outras drogas, espera encontrar no profissional das ESF um parceiro capaz de trazer soluções possíveis de serem aplicadas e acima de tudo serem discutidas conjuntamente, e assim diminuir a sensação de impotência de todos os lados: da academia, dos serviços de saúde, da família, da sociedade, e do próprio usuário de álcool e outras drogas.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A feliz escolha pelo método qualitativo trouxe a possibilidade de captar, na visão dos profissionais médicos e enfermeiros das ESF do Município de Aracaju, as possibilidades de influência do ambiente nas relações do usuário de álcool e outras drogas consigo mesmo, seu meio, sua família e com os próprios profissionais, bem como de refletir sobre os enfrentamentos destes às diversas situações críticas, para que a partir desta visão fosse possível uma tomada de decisão.

A ancoragem do estudo nas representações sociais possibilitou uma reflexão contextualizada sobre estruturas sociais conhecidas como a formação profissional, o usuário de álcool e outras drogas, a assistência, os serviços de saúde, a família, a sociedade, a saúde coletiva, permitindo novas ressignificações e ampliando a percepção dos profissionais envolvidos na pesquisa, das dificuldades e facilidades vivenciadas na assistência prestada a estes usuários de álcool e outras drogas, bem como da necessidade de uma formação acadêmica inovadora e detentora de conhecimentos científicos comprovados, além da aquisição do sentimento de responsabilidade pela mudança deste cenário.

A análise dos resultados identificou que apenas 8,3% dos médicos e 5,5% dos enfermeiros referiram algum tipo de contato prévio como especialização em saúde coletiva, residência e/ou estágio em saúde mental; 50% dos médicos e 94,4% dos enfermeiros referiram uma formação acadêmica ineficaz, pela teoria desvinculada da realidade, pobre, discriminatória e farmacológica. Em vista disto, os profissionais referiram falta de aptidão para atuar junto a esta clientela, da qual 48,6% apontou como responsável a falta de conhecimento técnico/capacitação; associado às dificuldades organizacionais e estruturais como: falta de profissionais especializados (44,4%), ausência do poder público com políticas direcionadas (31,9%), distância dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPs) (36%) falta de resolutividade (84,7) e falta de adesão ao tratamento (51,4%).

Observou-se, ainda, pelo sistema de informação da Secretaria de Saúde, dados não consolidados no que diz respeito ao quantitativo de atendimentos mês aos usuários de álcool e outras drogas, seja pela ausência de programas de

computação atuais SISAN 2013, seja pela ausência de uma linha de cuidado destinado a este grupo.

Algumas facilidades estruturais foram apontadas como a existência do matriciamento e da redução de danos, vínculo profissional, trabalho em equipe e livre acesso.

Perceberam-se ainda aspectos sociais que dificultam o lidar com o uso destas substâncias tais como desqualificação profissional, marginalização da clientela, fuga da realidade, pobreza e preconceito.

Finalizando, sugere-se a necessidade de formação acadêmica dotada de práticas inovadoras, integralizadoras, voltadas a esta temática, bem como de capacitações em serviço frequentes e de sensibilização dos acadêmicos, profissionais de saúde, gestores para a aquisição de competência técnica associada ao compromisso social, além da reorganização, atualização e instrumentalização dos serviços em saúde, com políticas de saúde estruturadas, voltadas a esta clientela e a estes profissionais, que atinjam desde as Coordenações, UBS, Referências, CAPS, Urgências, Comunidades Terapêuticas à sociedade como um todo.

O sentimento de impotência experienciado por esta pesquisadora ao iniciar este estudo foi substituído pela comprovação de que este é um sentimento comum entre os profissionais que atuam na rede de atenção básica, de que muito há por se fazer para mudar a atual situação, a começar pela academia e pelas instituições empregadoras da saúde pública, continuando pelas esferas governamentais federais, estaduais e municipais com políticas de inclusão e reabilitação que respeitem os direitos humanos e acentuem os deveres sociais com o compromisso compartilhado, além do maior de todos os sentimentos de que nunca é tarde para oferecer o melhor ao semelhante, neste caso, ao usuário de álcool e outras drogas.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, W. M. J. de. Armadilhas e alternativas nos processos educacionais e na formação de professores: uma análise na perspectiva da psicologia sócio-histórica. In: JACÒ-VILELA, A. M.; SATO, L. Diálogos em Psicologia Social. Porto Alegre: Evangraf Ltda, 2007.

ALBUQUERQUE, J. A. G. Ordem e Desordem Mental. IN: GOFFMAN, E. ; et al. Sociedade e Doença Mental: Contribuições em Psicologia, Psicanálise e Psiquiatria. Rio de Janeiro: Campus, 1978, p.195-203.

ALTHOFF, C. R. Delineando uma abordagem teórica sobre o processo de conviver em família. IN: SILVA, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. da. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá: Eduem, 2002, p. 25-43.

ÁLVARES, A. G. Qual acolhimento? IN: CIRINO, O.; MEDEIROS, R. Álcool e outras drogas: escolhas, impasses e saídas possíveis. Belo Horizonte: Autêntica, 2006. p.53-56.

ALVES, D. S. Integralidade nas Políticas de Saúde Mental. IN: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/IMS-UERJ/Abrasco, 2001.

ANDRADE, T. M. de; ESPINHEIRA, C. G. D'A. A presença das bebidas alcólicas e outras substâncias psicoativas na cultura brasileira. In: ANDRADE, T. M. de. SUPERA- Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção breve, Reinserção Social e Acompanhamento: Módulo 1: O uso de substâncias psicoativas no Brasil: Epidemiologia, Legislação, Políticas Públicas e fatores Culturais. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006.

ANDRADE, T. M. de ; RONZANI, T. M. A estigmatização associada ao uso de substâncias como obstáculo à detecção, prevenção e tratamento. In: ANDRADE, T. M. de. SUPERA- Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção breve, Reinserção Social e Acompanhamento: Módulo 1: O uso de substâncias psicoativas no Brasil: Epidemiologia, Legislação, Políticas Públicas e fatores Culturais. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006.

BACKES, V. M. S. et al. Educação continuada dos alunos egressos: compromisso da Universidade? Rev.. Bras. Enferm., Brasília, v.55, n.2, p.200-204, mar./abr.2002.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Trad. De Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Ed. 70, s/d (original de 1977).

BECKER, H. S. Método de Pesquisa em Ciências Sociais. São Paulo: Editora Hucitec, 1993, 178p.

BENEVIDES, R. Clínica e Social: polaridades que se opõem/complementam ou falsa dicotomia? In: RAUTER, C.; PASSOS, E.; BENEVIDES, R. Clínica e política:

subjetividade e violação dos direitos humanos. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basagli/Ed.TeCorá: Grupo Tortura Nunca MAIS, 2002.

BIZZOTTO, A. G. Uma experiência inovadora no campo de prevenção de drogas. IN: CIRINO, O.; MEDEIROS, R. Álcool e outras drogas: escolhas, impasses e saídas possíveis. Belo Horizonte: Autêntica, 2006, p.209-218.

BRASIL. Congresso Nacional. Constituição da República Federativa do Brasil. Promulgada em 5 de outubro de 1988.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L8080.htm>. Acessado em maio de 2010.

BRASIL. Lei nº 10.212. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde. Brasília. 6 de Abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República: In: Conselho Federal de Psicologia. Drogas e Cidadania em debate. Brasília: CFP, 2012, p.67-70.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336/GM, de 19 de Fevereiro 2002. Estabelece diretrizes para o funcionamento dos centros de atenção psicossocial. Diário oficial (da) República Federativa do Brasil, Brasília, 21 de fevereiro 2002a. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM20336-2002.pdf>. Acessado em maio 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 189/GM, de 20 de março 2002. Define normas e diretrizes para a organização dos serviços que prestam assistência em saúde mental. Diário oficial (da) República Federativa do Brasil, Brasília, 22 de março 2002b. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM20189-2002.pdf>. Acessado em maio 2010.

BRASIL, Ministério da saúde. Secretária de Atenção a Saúde. A política do ministério da saúde para atenção integral a usuário de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a.

Brasil. Ministério da Saúde. Álcool e redução de danos. Brasília: M.S., 2003b.

Brasil. Ministério da Saúde, A Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. 2e d, Brasília-DF: M.S., 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2197/GM, de 14 de outubro de 2004. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS, e dá outras providências. Diário oficial (da) República Federativa do Brasil, Brasília, 15 de out. 2004b.

BRASIL. Lei nº 11.343/06. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas- Sisnad. Brasília, 23 de Agosto de 2006; 185º da Independência e 118º da

República. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil_03/ ato2004-2006/.../lei/l11343.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/.../lei/l11343.htm). Acessado em maio 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em <http://conselho.saude.c.br/resolucoes/1996/Reso/96.doc>. Acessado em maio 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: M. S., 2012.

BRASIL, V. V. Ferramentas para uma prática clínica voltada para os direitos humanos: a operação histórica. In: MOURÃO, J. C. Clínica e política: subjetividade, direitos humanos e invenção de práticas clínicas. Rio de Janeiro: Abaquare: Grupo Tortura Nunca Mais, 2009.

CAMPOS, F. V. de; SOARES, C. B. Conhecimento dos estudantes de enfermagem em relação às drogas psicotrópicas. São Paulo: Rev. Esc. Enferm. USP, v.38, n.1, 2004, p.99-108.

CARRETEIRO, T. C. Sofrimentos sociais em Debate. São Paulo: Psicologia USP, v.14, n.3, 2003, p. 57-72.

CASTILHO, E. W. V. de. A Eficácia invertida da internação involuntária, In: Conselho Federal de Psicologia. Drogas e Cidadania em debate. Brasília: CFP, 2012, p.35-42.

CFP, Conselho Federal de Psicologia. Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011, 200p.

CNS, Conselho Nacional de Saúde. IV Seminário Nacional sobre Residência Multiprofissional e em área Profissional da Saúde: Experiências, Avanços e Desafios. Brasília: Conselho Nacional de Saúde-CNS, 29-30 Setembro, 2011, 42p.

COLVERO, L. de A.; IDE, C. A. C.; ROLIM, M. A. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. São Paulo: Rev. Esc. Enferm. USP, v.18, n.2 Junho 2004.

CORREIA, V. R.; BARROS, S. A. C.; LUCIANA, de A. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. Rev. Esc. Enf. USP, Dez 2011, v.45, n.6, p.1501-1506. Disponível em: ISSN0080-6234.<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000600032>. Acessado em dezembro de 2012.

CRUZ, M. S.; BARBEITO, M. M. Estratégias de redução de danos e a assistência comunitária à saúde: uma integração necessária. In: CRUZ, M. S.. SUPERA-Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção breve, Reinserção Social e Acompanhamento: Módulo 5: Encaminhamento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006.

CRUZ, M. S.; FELICÍSSIMO, M. Problemas médicos, psicológicas e sociais associados ao uso abusivo de álcool e outras drogas. IN: CRUZ, M. S.. SUPERA-

Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção breve, Reinserção Social e Acompanhamento: Módulo 6 As redes comunitária e de saúde no atendimento aos usuários e dependentes de substâncias psicoativas. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006.

CRUZ, M. S.; FERREIRA, S. M. B. O vínculo necessário entre a saúde mental e o Programa de Saúde da Família na construção da rede de atenção integral aos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. In: CRUZ, M. S.. SUPERA- Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção breve, Reinserção Social e Acompanhamento: Módulo 6 As redes comunitária e de saúde no atendimento aos usuários e dependentes de substâncias psicoativas. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006.

CRUZ, M. S.; FERREIRA, S.M. B. A rede de saúde na assistência a usuários de álcool e outras drogas: papel das UBS, CAPSad, hospitais gerais e hospitais psiquiátricos. In: CRUZ, M. S.. SUPERA- Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção breve, Reinserção Social e Acompanhamento: Módulo 6 As redes comunitária e de saúde no atendimento aos usuários e dependentes de substâncias psicoativas. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006.

DELGADO, J. A. família vivenciando situações de saúde-doença: um conhecimento em construção. In: ELSEN, I. ; MARCON, S. S.; SANTOS, M. R. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá: EDUEM, 2002.

DELGADO, P. G.; CORDEIRO, F. A rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas na saúde pública do Brasil. In: ANDRADE, T. M. de. SUPERA- Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção breve, Reinserção Social e Acompanhamento: Módulo 1: O uso de substâncias psicoativas no Brasil: Epidemiologia, Legislação, Políticas Públicas e fatores Culturais. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006.

DUARTE, P. C. A. V.; BRANCO, A. P. U. A. Processo de realinhamento da Política Nacional Antidrogas e a Legislação Brasileira sobre drogas. In: ANDRADE, T. M. de. SUPERA- Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção breve, Reinserção Social e Acompanhamento: Módulo 1: O uso de substâncias psicoativas no Brasil: Epidemiologia, Legislação, Políticas Públicas e fatores Culturais. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006.

DUARTE, P. C. A. V. Recursos da comunidade para lidar com o uso abusivo e a dependência de álcool e outras drogas: alternativas e reinserção social. In: CRUZ, M. S.. SUPERA- Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção breve, Reinserção Social e Acompanhamento: Módulo 6 As redes comunitária e de saúde no atendimento aos usuários e dependentes de substâncias psicoativas. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006.

FARIA, J. G.; SCHNEIDER, D. R. O perfil dos usuários do CAPSad-Blumenau e as políticas públicas em saúde mental: *Psicologia & Sociologia*, v.21, n.3, Dezembro 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/php?script=sci_arttext&pid=5010271822009000300005&lng=pt&nrm=iso. Acessado em 19 de maio de 2010.

FNDDH, Frente Nacional Drogas e Direitos Humanos. Carta de Apresentação da Frente Nacional Drogas e Direitos Humanos: Pela Cidadania, Dignidade e Direitos Humanos na política sobre Drogas. Brasília, 2012. email: fnddhbrasil@gmail.com. Disponível em: <http://drogasedireitoshumanos.org>

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, v.15, n.2, p.345, abr-jun, 1999.

GATTÁS, M. L. B.; FUREGATO, A. R. F. Interdisciplinaridade: uma contextualização. São Paulo. *Acta Paul. Enferm*, v.19, n.3, jul./set.2006. Disponível em ISSN1982-0194 <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002006000300011>. Acessado em dezembro de 2012.

GIL, A. C. Como elaborar Projeto de Pesquisa. São Paulo: Atlas, 2002.

GOLDSHMIDT, D. Y.; NIEL, M. Adolescente e uso de drogas. In: MOREIRA, F. G.; NIEL, M.; SILVEIRA, D. X. da. *Série Dilemas Modernos: Drogas, Família e Adolescência*. São Paulo: Editora Atheneu, 2009, p.39-44.

GONZÁLEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J. de. Integralidade da saúde-norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. Rio de Janeiro. *Ciência Saúde Coletiva*, maio 2010, v.15,n.3, p.757-762. Disponível em ISSN 1413-8123 <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000300018>. Acessado em dezembro 2012.

GRUDTNER, D. J. O cuidado à família e o ensino de graduação: limites e possibilidades. In: SILVA, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. da. Maringá: Eduem, 2002, p. 25-43.

LANCETTI, A Redução de danos como ampliação de vida In: LANCETTI, A. *Clinica Peripotética*, São Paulo: Editora HUCTTEC, 2ª ed., 2007, p.77-85.

LANCETTI, A Desmistificação da existência de epidemia de álcool e outras drogas e medidas higiênicas. In: Conselho Federal de Psicologia. *Drogas e Cidadania em debate*. Brasília: CFP, 2012, p.29-33.

LAVRADOR, M. C. C. A Psicologia e os desafios contemporâneos da Reforma Psiquiátrica. In: JACÔ-VILELA, A. M.; SATO, L. *Diálogos em Psicologia Social*. Porto Alegre: Editora Evangraf Ltda, 2007. Cap. 24, p.361-370.

LEAL, E. M. A experiência da violência na rede de assistência à saúde mental-notas. In: RAUTER, C.; PASSOS, E.; BENEVIDES, R *Clínica e política: subjetividade e violação dos direitos humanos*. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basagli/Ed.TeCorá: Grupo Tortura Nunca MAIS, 2002.

LEMOS, A. C. A. L. Percepção dos médicos do Programa de Saúde da Família sobre a educação permanente como possível propulsor na mudança das práticas. Dissertação (Mestrado) em Ciências da saúde – Universidade Federal de Sergipe, Aracaju. 2008, 81p.

LIMA, S. M.; FONSECA, D. F. da. Novas formas de vida no contemporâneo e suas relações com as práticas no âmbito da Clínica. In: MOURÃO, J. C. Clínica e política: subjetividade, direitos humanos e invenção de práticas clínicas. Rio de Janeiro: Abaquer: Grupo Tortura Nunca Mais, maio, 2009.

MALUF, T. P. G.; PIRES, E. K. P. A família e a relação com as drogas. In: MOREIRA, F. G.; NIEL, M.; SILVEIRA, D. X. da. Série Dilemas Modernos: Drogas, Família e Adolescência. São Paulo: Editora Atheneu, 2009, p.45-50.

MATTOS, R. A. de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad. Saúde Pública, v. 20, n.5 Sept./Oct. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311x2004000500037&lng=iso&tlng=pt.

MEDEIROS, R. Jovens, violência e drogas no contexto urbano. IN: CIRINO, O.; MEDEIROS, R. Álcool e outras drogas: escolhas, impasses e saídas possíveis. Belo Horizonte: Autêntica, 2006, p.199-208.

MERHY, E. Anormais do desejo: os novos não humanos? Os sinais que vêm da vida cotidiana e da rua. In: Conselho Federal de Psicologia. Drogas e Cidadania em debate. Brasília: CFP, 2012, p.9-18.

MEYER, D. E. Como conciliar humanização e tecnologia na formação de enfermeiras/os. Brasília, Rev. Bras. Enferm., v.55, n.2, mar-abr 2002.

MICHELI, D. de; FORMIGONI, M. L. O. de S. Os princípios básicos da Intervenção Breve e a Intervenção Breve passo a passo. In: MICHELI, de D. ; FORMIGONI, M. L. O. de S. : SUPERA : Sistema de detecção do uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamentos, Intervenção Breve, Reinserção social e Acompanhamento: Módulo 4: Intervenção Breve para casos de uso de risco de substâncias psicoativas. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec,. 2004, 269p.

MORAIS, P. C. C. Proibição, consumo de drogas e desenvolvimento humano In: CIRINO, O; MEDEIROS, R. (Org.). Álcool e outras drogas: Escolhas, impasses e saídas possíveis. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

MOREIRA, C. Oficinas terapêuticas e toxicomania. IN: CIRINO, O.; MEDEIROS, R. Álcool e outras drogas: escolhas, impasses e saídas possíveis. Belo Horizonte: Autêntica, 2006, p.57.

MOREIRA, F. G.; ANDREOLI, S. B. A escola promotora de saúde e os programas de prevenção. In: MOREIRA, F. G.; NIEL, M.; SILVEIRA, D. X. da. Série Dilemas

Modernos: Drogas, Família e Adolescência. São Paulo: Editora Atheneu, 2009, p.53-60.

MOREIRA, F. G.; ANDREOLI, S. B. Drogas: assunto de educador? In: MOREIRA, F. G.; NIEL, M.; SILVEIRA, D. X. da. Série Dilemas Modernos: Drogas, Família e Adolescência. São Paulo: Editora Atheneu, 2009,p.61-64.

MOREIRA, F. G.; SILVEIRA, D. X. da. O que é prevenção ao uso indevido de drogas? In: MOREIRA, F. G.; NIEL, M.; SILVEIRA, D. X. da. Série Dilemas Modernos: Drogas, Família e Adolescência. São Paulo: Editora Atheneu, 2009, p.25-28.

MOSCOVICI, S. A representação social da Psicanálise. Trad. De Álvaro Cabral. Rio de Janeiro:Zahar, 1978, 291p. (traduzido da ed. francesa de 1976. 1. ed. 1961).

NARDI, F. L.; et al. Drug use and antisocial behavior among adolescents attending public schools in Brazil. Porto Alegre: Trends in Psychiatry and Psychotherapy, v.34, n.2, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S2237-6089201200020006>. Acessado em dezembro 2012.

NIEL, M. As drogas não são todas iguais- classificação e efeitos das drogas. In: MOREIRA, F. G.; NIEL, M.; SILVEIRA, D. X. da. Série Dilemas Modernos: Drogas, Família e Adolescência. São Paulo: Editora Atheneu, 2009, p.13-18.

NIEL, M.; MOREIRA, F. G.; SILVEIRA, D. X. da. Reflexões sobre o uso indevido de drogas. In: MOREIRA, F. G.; NIEL, M.; SILVEIRA, D. X. da. Série Dilemas Modernos: Drogas, Família e Adolescência. São Paulo: Editora Atheneu, 2009, p.19-24.

NIEL, M.; SILVEIRA, D. X. da. Dependência química tem tratamento? In: MOREIRA, F. G.; NIEL, M.; SILVEIRA, D. X. da. Série Dilemas Modernos: Drogas, Família e Adolescência. São Paulo: Editora Atheneu, 2009, p.106-109.

OLIVEIRA, I. F. de; SILVA, F. L.; YAMAMOTO, O. H. A psicologia no Programa de Saúde da Família (PSF) em Natal: espaço a ser conquistado ou um limite da prática psicológica? Aletheia, n.25. Canoas, junho 2007. Disponível em: pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413.03942007000100002. Acessado em dezembro 2012.

OLIVEIRA, M. V. de. As internações, as drogas e a Lei. In: Conselho Federal de Psicologia. Drogas e Cidadania em debate. Brasília: CFP, 2012, p. 43-52.

OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde; CNS, Conselho Nacional de Saúde. Inclusão dos cidadãos nas políticas de saúde: experiências brasileiras e europeias. Resultados: Laboratório de Inovação sobre Inclusão de Cidadãos na Implementação das Políticas de Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2012, 123p.

PEREIRA, S. M. O uso e o abuso de drogas na adolescência. IN: CIRINO, O.; MEDEIROS, R. Álcool e outras drogas: escolhas, impasses e saídas possíveis. Belo Horizonte: Autêntica, 2006, p.137-143.

PETUCO, D. R. da S. A produção social do usuário de crack: desconstruindo o monstro. In: Conselho Federal de Psicologia. Drogas e Cidadania em debate. Brasília: CFP, 2012, p.19-26.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. Tradução Regina Machado Garcez. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004, 487 p.

POLO-ARAÚJO, M. A.; MOREIRA, F. G. Algumas histórias de drogas. In: MOREIRA, F. G.; NIEL, M.; SILVEIRA, D. X. da. Série Dilemas Modernos: Drogas, Família e Adolescência. São Paulo: Editora Atheneu, 2009, p.01-11.

RAMOS, F. R. S. Bases para uma re-significação do trabalho de enfermagem junto ao adolescente. In: Associação Brasileira de Enfermagem. Adolescência: compreender, atuar, acolher: Projeto Acolher. Brasília: ABEN, 2001.

REDEUNIDA, Associação Brasileira Redeunida; ABRASCO, Associação Brasileira de Saúde Coletiva. II Encontro Nacional de Residências em Saúde: das histórias ao desafio das articulações na sociedade. Porto Alegre, 13-14 Novembro, 2012.

RONZANI, T. M.; FURTADO, E. F. A intervenção Breve na UBS: quem pode aplicá-la? In: MICHELI, de D. ; FORMIGONI, M. L. O. de S. : SUPERA : Sistema de detecção do uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamentos, Intervenção Breve, Reinserção social e Acompanhamento: Módulo 4: Intervenção Breve para casos de uso de risco de substâncias psicoativas. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006.

SALOMÃO, B. Plano Nacional de Educação: uma agenda para os próximos 10 anos. In: RET-SUS, Rede de Escolas Técnicas do SUS. Educação de qualidade para todos. PNE 2011-2020 apresenta dez diretrizes, vinte metas e mais de 200 estratégias em atenção às exigências educacionais. Rio de Janeiro: Ano VII, n.55, setembro 2012.

SANTOS, A. R. dos. Metodologia Científica: a construção do conhecimento. Rio de Janeiro: DP&A editora, 3.ed., 2000, 144p.

SARRACENO, B.; ASCIOLI, F.; TOGNONI, G. Manual de Saúde Mental: Guia básico para atenção primária, São Paulo: Editora Hucitec, 4.ed., 2010, 83p.

SENAD, Legislação e Políticas Públicas sobre drogas Brasília: Presidência da República, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2008.

SCHERER, Z. A. P.; SCHERER, E. A. ; CARVALHO, A. M. P. Reflexões sobre o ensino da enfermagem e os primeiros contatos do aluno com a profissão. Ribeirão Preto: Rev. Latino-Am. Enfermagem, v.14, n.2, mar./abr., 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000200020. Acessado em maio de 2010.

SCHNEIDER, D. R. Horizonte de racionalidade acerca de dependência de drogas nos serviços de saúde: implicações para o tratamento. Ciência e Saúde Coletiva, v.15, n. 3, Maio 2010. Disponível

em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=5141381232010000300011&lng=pt&nrm=iso. Acessado em 19 de maio de 2010.

SILVA, E. A. da. A participação da família na prevenção e no tratamento de dependência de álcool e outras drogas: o papel dos pais e dos cônjuges. In: CRUZ, M. S.- SUPERA. Sistema de Detecção do uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas: Encaminhamentos, Intervenção Breve, Reinserção Social e Acompanhamento: Módulo 6. Substâncias Psicoativas. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006.

SILVA, M. R. S. da. Convivendo com o alcoolismo na família. In: SILVA, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. da. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá: Eduem, 2002, p.271-292.

SIQUEIRA, D. J. R. ESPINHEIRA, C. G. D'A. Mal (dito) Cidadão: Numa sociedade com drogas são Caetano do Sul: King Graf Editora, 2006- 120 p.

SPINK, M. T. Sobre a promoção da saúde: tensões entre o risco na modalidade da aventura e as estratégias contemporâneas de biocontrôle. In: JACÓ-VILELA, A. M.; SATO, L. Diálogos em Psicologia Social. Porto Alegre: Editora Evangraf Ltda, 2007. Cap. 23, p.345-360.

TORRES, A, V. A compulsão no acolhimento de usuários de álcool e outras drogas. IN: CIRINO, O.; MEDEIROS, R. Álcool e outras drogas: escolhas, impasses e saídas possíveis. Belo Horizonte: Autêntica, 2006, p.49-51.

VARGAS, D. de; DUARTE, F. A. B. Enfermeiros dos centros de atenção psicossocial em álcool e drogas (Caps ad): a formação e a busca pelo conhecimento específico da área. Florianópolis: Texto contexto- enferm, V.2, n.1, jan/mar 2011. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000100014>. Acessado em Dezembro 2012.

VARGAS, D.; MAV, L. Alcohol, alcoholism and alcohol addicts: Conceptions and attitudes of nurses from district basic health centers. Rev- Latino-am Enfermagem. 2008; 16 (Spe): S. 43-5º.

VENÂNCIO, R. P.; CARNEIRO, H. Álcool e Drogas na História do Brasil. Belo Horizonte: Editora PUC- Minas, 2005, p. 231-255.

VIEIRA, M. J. Imagem Cultural e Motivação na escolha da Enfermagem. Aracaju: Editora da UFS. Fundação Oviêdo Teixeira, 2002, 175p.

APÊNDICE A



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ REITORIA DE PÓS GRADUAÇÃO E PESQUISA
NÚCLEO DE PÓS GRADUAÇÃO EM MEDICINA

PROJETO: A Formação dos Profissionais das Equipes de Saúde da Família que assistem usuários de álcool e outras drogas

AUTORA: NORMACLEI CISNEIROS DOS SANTOS CARDOSO

ORIENTADORA: PROFA. DRA. MARIA JÉSIA VIEIRA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, RG _____,

abaixo qualificado, DECLARO que fui devidamente esclarecido sobre o Projeto que tem como objetivos conhecer, na perspectiva dos profissionais da Equipe de Saúde da Família (ESF), a contribuição da sua formação para fazer face às demandas específicas dos pacientes e familiares que convivem com a problemática das drogas; além de conhecer as principais dificuldades e/ou facilidades encontradas na assistência prestada a este grupo pelos profissionais da ESF. Tenho conhecimento dos aspectos relacionados à pesquisa, bem como do sigilo do meu nome em relação aos dados que aqui forneci e/ou que serão coletados e do direito de recusa e desistência em qualquer momento da pesquisa.

Assim, consinto voluntariamente em participar deste estudo, e autorizo a utilização dos dados que estou respondendo nesta data para os fins a que se destina a pesquisa. Aprovo a utilização de informações como parte fundamental para o desenvolvimento deste trabalho a ser posteriormente divulgado entre a comunidade científica.

Aracaju, ___ / ___ / _____

Assinatura do Declarante

Assinatura do Pesquisador

Pesquisador Responsável

Prof. Dra. Maria Jésia Vieira, fone: (079) 3217-0280 – email:

mjvieira@infonet.com.br;

Enf. Normaclei Cisneiros dos Santos, fone (079) 31792835 – email:

cisneirosenf@yahoo.com.br.

APÊNDICE B



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ REITORIA DE PÓS GRADUAÇÃO E PESQUISA
NÚCLEO DE PÓS GRADUAÇÃO EM MEDICINA

PROJETO: FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA QUE ASSISTEM AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

AUTORA: NORMACLEI CISNEIROS DOS SANTOS CARDOSO

ORIENTADORA: PROFA. DRA. MARIA JÉSIA VIEIRA

QUESTIONÁRIO

QUESTÕES FECHADAS (CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA)

Identificação: _____ Idade: Sexo: ()F ()M

Instituição que desempenha as funções principais (USF): _____

Carga horária de plantões semanais além da USF: _____

Estado civil: ()Casada(a) () Solteiro(a)

Qual a crença religiosa: () Católica () Evangélica () Espírita () Outras

Categoria profissional: ()Enfermeiro(a) ()Médico(a)

Tempo de graduação (anos): ()1-5 () 5-10 ()10-15 ()15-20 () >20

Formação profissional: () Especialista () Mestre () Doutor

QUESTÕES ABERTAS (ITENS A DISCORRER)

1) Há algum tipo de dependência química com usuários da sua ESF (Equipe de Saúde da Família)? Se tiver, quantas vezes/mês?

2) Como é acolhido o usuário e sua família quando procura o serviço de saúde?

3) Que tipo de problemas você encontrou no atendimento deste indivíduo/familiares?

4) O serviço ofertado atende as necessidades desta clientela? Por quê?

5) Que dificuldades e/ou facilidades identificadas na assistência prestada?

Dificuldades:

Facilidades:

6) Você se sente apto a lidar com esta problemática? Por quê?

7) Qual a contribuição da sua formação acadêmica frente às necessidades de assistência a esta clientela?

ANEXO A



ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

AUTORIZAÇÃO

Autorizamos para fins acadêmicos, que a aluna do mestrado em Ciências da Saúde da UFS Normaclei Cisneiros dos Santos Cardoso realize a coleta de dados para pesquisa intitulada: " A Formação dos Profissionais das ESF que Assistem aos Usuários de Álcool e outras Drogas nas UBS no quadro anexo.

Aracaju, 12 de setembro de 2012.

Maria Angélica Leite Chaves

 Maria Angélica Leite Chaves

Coordenadora do Núcleo de Educação Permanente em Saúde.

NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE
 RUA LUIZ CARLOS PRESTES, 99 – Bairro PONTO NOVO CEP 49097-380 ARACAJU-SE
 TELEFONE: (79) 3259-6781 - E-MAIL: saude.ceps@aracaju.se.gov.br

ANEXO B

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Hospital Universitário de Aracajú/ Universidade Federal de Sergipe/ HU-UFS

PROJETO DE PESQUISA

Título: A formação dos profissionais das equipes de saúde da família que assistem usuários de álcool e outras drogas

Área Temática:

Pesquisador: Normaclei Cisneiros Dos Santos Cardoso

Versão: 1

Instituição:

CAAE: 04894512.0.0000.5546

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 76310

Data da Relatoria: 14/09/2012

Apresentação do Projeto:

O delineamento do estudo apresenta introdução objetivos, metodologia e orçamento , o cronograma deve ajustar-se a aprovação do CEP.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Conhecer, na perspectiva dos profissionais da Equipe Saúde da Família, a contribuição de sua formação acadêmica para fazer face às demandas específicas dos paciente e familiares que convivem com a problemática das drogas.

Objetivo Secundário:

Conhecer as principais dificuldades e/ou facilidades encontradas na assistência prestada a este grupo pelos profissionais da Equipe de Saúde da Família.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não há risco calculado para este de pesquisa

Benefícios:

Permitir apartir dos dados encontrados um aperfeiçoamento educacional e quiçá assistencial

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Se a formação hoje ofertada aos profissionais de saúde responde à problemática do cuidado ao usuário de álcool e outras drogas;Quais seriam as potencialidades no cuidado desta clientela, dentro do seu convívio social e/ou na sua comunidade.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta TCLE para cinquenta por cento dos profissionais que compõem as equipes de saúde da família , para tal tomar-se-á o Município de Aracaju como Universo e as Unidades de Saúde da Família como unidades de análise .

Recomendações:

Recomendamos a carta de anuência das Unidades de Saúde da Família.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O cronograma deve ajustar-se a aprovação do CEP.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Acatado o parecer da relatoria

ARACAJU, 17 de Agosto de 2012

Assinado por:
Anita Hermínia Oliveira Souza

ANEXO C

Sexo	Faixa Etária (anos)										Total
	< 1	1 a 4	5 a 6	7 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 39	40 a 49	50 a 59	> 60	
Masculino	833	9.488	6.596	12.095	22.957	23.920	97.638	34.784	22.492	23.318	254.141
Feminino	775	9.107	6.670	11.562	22.830	24.624	117.216	43.351	28.799	35.790	300.644
Numero de Pessoas	1.608	18.595	13.266	23.657	45.787	48.544	214.854	78.135	51.291	59.088	554.785

Faixa Etária (anos)	Doenças referidas										Faixa etária (anos)	Condição referida		
	ALC %	CHA %	DEF %	DTA %	DME %	EPI %	HA %	HAN %	MAL %	TB %		GBS %		
0 a 14	2 0,00		381 0,37	36 0,03		46 0,04	28 0,03	3 0,00			2 0,00	10 a 19 anos	337 0,71	
15 anos e mais	1.424 0,32	41 0,01	4.514 1,00	13.537 3,00		600 0,13	44.459 9,84	194 0,04		10 0,00	125 0,03	20 anos e mais	2.923 1,30	
Total	1.426 0,26	41 0,01	4.895 0,88	13.573 2,45		646 0,12	44.487 8,02	197 0,04		10 0,00	127 0,02	Total	3.260 1,20	

N. de famílias estimadas	No	%	ABASTECIMENTO DE AGUA	No	%	DESTINO DO LIXO	No	%
N. de famílias cadastradas	148.176	95,81	Rede pública	144.714	97,66	Coleta pública	144.854	97,76
7 a 14 anos na escola	52.547	75,67	Poco ou nascente	3.008	2,03	Queimado/Enterrado	1.650	1,11
15 anos e mais alfabetizados	430.214	95,21	Outros	431	0,29	Ceu aberto	1.649	1,11
Pessoas cobertas c/ plano saúde	77.408	13,95	TIPO DE CASA	No	%	DESTINO FEZES/URINA	No	%
N. Famílias no Bolsa Família	4.827	3,26	Tijolo / Adobe	144.802	97,72	Sistema de Esgoto	105.875	71,45
Famílias inscritas no CAD-Único	4.640	3,13	Taipa revestida	579	0,39	Fossa	39.486	26,65
TRAT. AGUA NO DOMICILIO	No	%	Taipa não revestida	198	0,13	Ceu aberto	2.791	1,88
Filtração	106.523	71,89	Madeira	291	0,20	Energia Elétrica	144.604	97,59
Fervura	1.281	0,86	Material aproveitado	371	0,25			
Cloração	12.691	8,56	Outros	1.913	1,29			
Sem tratamento	27.658	18,67						

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)/Consolidado das famílias cadastradas no ano 2013 em Aracaju

