

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**CAMILA BARCELOS VIEIRA**

**ATITUDES E PERCEPÇÕES DOS PARTICIPANTES DE UM CURSO DE  
CAPACITAÇÃO DIRIGIDO A HOSPITAIS GERAIS  
FRENTE AO ÁLCOOL, ALCOOLISMO E ALCOOLISTA**

**VITÓRIA  
2017**

CAMILA BARCELOS VIEIRA

**ATITUDES E PERCEPÇÕES DOS PARTICIPANTES DE UM CURSO DE  
CAPACITAÇÃO DIRIGIDO A HOSPITAIS GERAIS  
FRENTE AO ÁLCOOL, ALCOOLISMO E ALCOOLISTA**

Dissertação de mestrado, apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

*Área de concentração:* Política e gestão em saúde

*Linha de pesquisa:* Avaliação em Saúde

*Orientadora:* Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marluce Mechelli de Siqueira.

**VITÓRIA**

**2017**

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)

(Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

---

Vieira, Camila Barcelos, 1989 -

V657a ATITUDES E PERCEPÇÕES DOS PARTICIPANTES DE UM CURSO DE CAPACITAÇÃO DIRIGIDO A HOSPITAIS GERAIS FRENTE AO ÁLCOOL, ALCOOLISMO E ALCOOLISTA / Camila Barcelos Vieira – 2017.

123 f. : il.

Orientador: Marluce Mechelli de Siqueira.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Álcool. 2. Alcoolismo. 3. Saúde Mental. 4. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. 5. Educação Continuada. I. Siqueira, Marluce Mechelli de. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. III. Título.

CDU: 614

---

CAMILA BARCELOS VIEIRA

**ATITUDES E PERCEPÇÕES DOS PARTICIPANTES DE UM CURSO DE  
CAPACITAÇÃO DIRIGIDO A HOSPITAIS GERAIS  
FRENTE AO ÁLCOOL, ALCOOLISMO E ALCOOLISTA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em 20 de abril de 2017.

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marluce Mechelli de Siqueira  
Universidade Federal do Espírito Santo – UFES  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PPGSC  
Orientadora

---

Prof. Dr. Marcelo Dallia Vecchia  
Universidade Federal de São João Del Rei – UFSJ  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia - PPGP  
Membro Externo

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Helena Monteiro de Barros Miotto  
Universidade Federal do Espírito Santo – UFES  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PPGSC  
Membro Interno

À *Deus*, de quem, por quem e para quem são  
todas as coisas. Aos meus *pais*, Sidléia e  
Carlos Augusto, pelo amor e apoio até aqui.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço...

A *Deus*, que me sustenta, me guarda e me guia, o meu refúgio e fortaleza, socorro presente nos momentos de angústia. Tenho certeza da Sua presença constante no caminho até aqui.

A *minha mãe, Sidléia de Oliveira*, mulher forte e valorosa, que me ensinou a não desanimar diante das circunstâncias e que acreditou em mim em todos os momentos. Por me guardar em oração todas as noites e por me incentivar e apoiar nas minhas decisões.

Ao *meu pai, Carlos Augusto Barcelos Vieira*, que acreditou no poder da educação como um caminho para uma vida melhor, e investiu tudo o que tinha em minha educação.

Aos *meus familiares*, minha irmã *Nathália Barcelos Vieira*, a quem admiro pela força que tem, meu cunhado, e tias, pelo o apoio e o amor que me dedicam.

A *Profª. Drª. Marluce Mechelli de Siqueira*, por ter me dado a oportunidade de ingressar no mundo acadêmico, acreditando em meu potencial, pela oportunidade de integrar sua equipe, pela orientação no presente trabalho, assim como pelo conhecimento compartilhado.

Ao *Prof. Dr. Aduino Emmerich* e ao *Prof. Dr. Pablo Ornelas Rosa* que fizeram parte da minha banca de qualificação e deram importantes contribuições para o produto final.

Ao *Prof. Dr. Marcelo Dalla Vecchia*, *Profª. Drª. Maria Helena Monteiro de Barros Miotto*, *Profª. Drª. Maria Lúcia Teixeira Garcia* e *Profª. Drª. Francis Sodré* por aceitarem o convite para participar da banca de avaliação, e pelas valiosas contribuições.

À *Equipe CEPAD*, por terem me acolhido e possibilitar meu aprendizado sobre ensino-assistência, extensão e pesquisa, além de crescimento profissional e pessoal. Especialmente, a *Rayane Cristina de Souza* e *Laerson da Silva Andrade*, que me ofereceram auxílio quando foi necessário: muito obrigada!

À *Equipe CRR-ES*, pela parceria, pela oportunidade de integrar tão importante projeto, pela construção coletiva e pela paciência. Certamente, foi uma experiência que contribui para minha formação.

Aos *órgãos de fomento à pesquisa*, a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, que possibilitou a realização desta pesquisa.

Aos *sujeitos que participaram desta pesquisa*, ex-alunos do CRR-ES, por dedicarem parte do seu tempo de descanso para contribuir com a mesma. Sem dúvida, a participação em pesquisa como estas, são relevantes para a construção de uma política de drogas mais humana e adequada à realidade, e vocês são co-participantes deste estudo!

Aos *amigos do mestrado*, por tornarem a caminhada mais leve, pela troca de experiências, pelos momentos que compartilhamos e pelo ombro amigo. Com vocês sorri, chorei, troquei ideias, e assim contruímos a caminhada. Guardo em minha memória e coração.

Por fim, agradeço a *todos* que participaram e contribuíram para a realização desta grande conquista. Palavras não são suficientes para expressar a gratidão e felicidade desse momento!

***Obrigada!!!***

“Eu acredito que olhar pra trás também é  
seguir em frente.  
É quando a gente relembra tudo que já  
passou pra chegar até aqui e tem a  
certeza de que nunca é hora de parar a  
caminhada.”

*(Bráulio Bessa, 2017)*



## RESUMO

Os prejuízos do uso abusivo de substâncias psicoativas como o álcool fazem com que estes sejam um dos principais problemas de saúde pública. Entretanto, a literatura salienta que os profissionais que atuam na rede socioassistencial tem uma formação deficitária para lidar com a questão. Assim, a educação permanente se torna uma importante ferramenta de capacitação desses profissionais. As atitudes e crenças têm sido utilizadas como parâmetro de avaliação da formação em álcool e outras drogas. Dessa forma, o objetivo deste estudo é mensurar as atitudes e compreender as concepções dos profissionais de hospitais gerais frente ao álcool, alcoolismo e alcoolista, antes e após a capacitação oferecida pelo Centro Regional de Referência sobre Drogas do Espírito Santo (CRR-ES). Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, comparativo, de abordagem quantitativa e qualitativa, que utiliza dados primários e secundários. Compuseram a população do estudo 31 profissionais (estudo quantitativo) e 6 assistentes sociais (estudo qualitativo), que foram aprovados no curso oferecido pelo CRR-ES. Utilizou-se como instrumento a “Escala de Atitudes Frente ao Álcool, Alcoolismo e Pessoa com Transtorno Relacionado ao Uso do Álcool” (EAFAA) aplicado antes e após o curso e questionário sócio demográfico, que deram origem ao bando de dados, e roteiro de entrevista semiestruturada aplicado após o curso. Os dados quantitativos foram analisados no Statistical Package for the Social Science (SPSS) versão 22, enquanto que os dados qualitativos foram estudados através análise de conteúdo temática de Bardin. Constatou-se que houve mudança positiva nas atitudes dos profissionais, especialmente no que diz respeito ao trabalho com a pessoa com transtorno relacionado ao uso do álcool. Entretanto, alguns aspectos relacionados as atitudes frente ao álcool e ao alcoolismo permanece uma concepção moralizante. Ainda, os profissionais apresentaram conhecimento deficiente no que diz respeito a prevenção ao uso e abuso de substâncias psicoativas, porém um bom nível de conhecimento no que diz respeito aos aspectos diagnósticos da dependência de substâncias. Finalmente, a pesquisa evidencia a importância dos processos de formação permanente em álcool e outras drogas para a melhoria da qualidade da assistência. Entretanto, esse não é o único caminho a ser adotado para que se alcance este objetivo, sendo necessário o fortalecimento da rede e a elaboração de políticas públicas que rejeitem posturas estigmatizadoras.

**Palavras-chave:** Saúde Mental. Álcool. Alcoolismo. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. Educação Permanente.

## ABSTRACT

The loss of abusive use of psychoactive substances such as alcohol makes them one of the main public health problems. However, the literature emphasizes that the professionals who work in the social assistance network have a deficient training to deal with the issue. Thus, permanent education becomes an important training tool for these professionals. Attitudes and beliefs have been used as a benchmark for training in alcohol and other drugs. Thus, the objective of this study is to measure attitudes and understand the conceptions of general hospital professionals regarding alcohol, alcoholism and alcoholism, before and after the training provided by the Regional Reference Center on Drugs of Espírito Santo (CRR-ES). It is an exploratory, descriptive, comparative, quantitative and qualitative approach, using primary and secondary data. The study population comprised 31 professionals (quantitative study) and 6 social workers (qualitative study) that were approved in the course offered by the CRR-ES. The "Attitudes Scale facing Alcohol, Alcoholism and people with disorders related to the use of alcohol"(EAFAA) was used as instrument before and after the course and socio-demographic questionnaire, which gave rise to the database and semi-structured interview script Applied after the course. The quantitative data were analyzed in the Statistical Package for the Social Science (SPSS) version 22, while the qualitative data were studied through analysis of thematic content of Bardin. It was observed that there was a positive change in the attitudes of the professionals, especially regarding the work with the person with disorder related to alcohol use. However, some aspects related to attitudes towards alcohol and alcoholism remain a moralizing concept. Furthermore, the professionals presented poor knowledge regarding prevention of the use and abuse of psychoactive substances, but a good level of knowledge regarding the diagnostic aspects of substance dependence. Finally, the research highlights the importance of ongoing training processes in alcohol and other drugs to improve the quality of care. However, this is not the only way to achieve this goal, and it is necessary to strengthen the network and develop public policies that reject stigmatizing positions.

**Keywords:** Mental health. Alcohol. Alcoholism. Knowledge, Attitudes and Practice. Continuing Education. Related Disorders Substance Use.

## LISTA DE TABELAS

### ARTIGO 1

<b>Tabela 1</b> - Características sociodemográficas dos participantes .....	41
<b>Tabela 2</b> - Dados profissionais dos participantes.....	42
<b>Tabela 3</b> - Fator 1 - O trabalho e as relações interpessoais com pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool .....	44
<b>Tabela 4</b> - Fator 2 - A pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool .....	45
<b>Tabela 5</b> - Fator 3 - O alcoolismo (etiologia) .....	46
<b>Tabela 6</b> - Fator 4 - As bebidas alcoólicas e seu uso .....	46

### ARTIGO 2

<b>Tabela 1</b> - Características sociodemográficas da população estudada .....	56
<b>Tabela 2</b> - Situação profissional da população estudada.....	57
<b>Tabela 3</b> – Categorias temáticas e categorias empíricas .....	58

## LISTA DE SIGLAS

- CAPES** - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior
- CAPS** – Centro de Atenção Psicossocial
- CCS** – Centro de Ciências da Saúde
- CEP** – Comitê de Ética em Pesquisa
- CEPAD** – Centro de Estudos e Pesquisas sobre Álcool e outras Drogas
- CFESS** - Conselho Federal de Serviço Social
- CID** – Classificação Internacional de Doenças
- CIES** - Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço
- CIR** – Comissões Intergestores Regionais
- CT** – Classes Temáticas
- CRR** – Centro Regional de Referência
- CRR-ES** – Centro Regional de Referência sobre Drogas do Espírito Santo
- CREPEIA** - Centro de Referência em Pesquisa, Intervenção e Avaliação em Álcool e Drogas
- DALYs** - Disability-Adjusted Life Year
- DSM** - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- EAFAAA** – Escala de Atitudes Frente ao Álcool, Alcoolista e Alcoolismo
- EAFAA** – Escala de Atitudes Frente ao Álcool, Alcoolista e Pessoa com Transtorno Relacionado ao uso do Álcool
- EPS** – Educação Permanente em Saúde
- GM** – Gabinete do Ministro
- HG** – Hospitais Gerais
- INCA** – Instituto Nacional do Câncer
- LENAD** - Levantamento Nacional de Álcool e outras Drogas
- MS** - Ministério da Saúde
- PAA** – Programa de Atendimento ao Alcoolista
- PAIUAD** – Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas
- PAHO** – Pan American Health Organization
- PNEPS** – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
- RAPS** – Rede de Atenção Psicossocial
- SPAs**– Substâncias Psicoativas
- SPSS** - Statistical Package for the Social Science

**SUS** - Sistema Único de Saúde

**TCC** – Trabalho de Conclusão de Curso

**TCI** – Termo de Consentimento Institucional

**TCLE** – Termo de Compromisso Livre e Esclarecido

**UFES** – Universidade Federal do Espírito Santo

**UFJF** - Universidade Federal de Juiz de Fora

**UNODC** - United Nations Office on Drugs and Crime

**WHO** - World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>18</b>
1.1 PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO .....	18
1.2 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.....	20
1.3 ATITUDES E CRENÇAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE .....	23
1.4 AVALIAÇÃO EM SAÚDE .....	25
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>29</b>
2.1 GERAL .....	29
2.2 ESPECÍFICOS .....	29
<b>3 METODOLOGIA .....</b>	<b>30</b>
3.1 TIPO DE ESTUDO .....	30
3.2 CENÁRIO .....	31
3.3 SUJEITOS .....	31
3.4 PROCEDIMENTOS .....	31
<b>3.4.1 Coleta de Dados .....</b>	<b>31</b>
<b>3.4.1.1 Instrumentos de Pesquisa.....</b>	<b>32</b>
<b>3.4.1.2 Técnica de Pesquisa .....</b>	<b>33</b>
<b>3.4.2 Análise dos Dados .....</b>	<b>34</b>
<b>3.4.3 Aspectos Éticos .....</b>	<b>35</b>
<b>4 RESULTADOS .....</b>	<b>36</b>
4.1 ARTIGO 1 - ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DE UM CURSO DIRIGIDO A HOSPITAIS GERAIS FRENTE AO ÁLCOOL, ALCOOLISMO E ALCOOLISTA .....	36
4.2 ARTIGO 2 - ATITUDES FRENTE AO ÁLCOOL, ALCOOLISMO E ALCOOLISTA: O QUE PENSAM OS ASSISTENTES SOCIAIS .....	51
4.3 CAPÍTULO DO LIVRO CENTRO REGIONAL DE REFERÊNCIA SOBRE DROGAS (CRR-ES): UMA EXPERIÊNCIA INTERSETORIAL E INTERINSTITUCIONAL .....	71

<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	92
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	95
<b>APÊNDICES</b> .....	108
<b>APÊNDICE A – Termo de Consentimento Institucional</b> .....	109
<b>APÊNDICE B – Termo de Confidencialidade e Sigilo</b> .....	110
<b>APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre Esclarecido</b> .....	111
<b>APÊNDICE D - Questionário sócio demográfico</b> .....	114
<b>APÊNDICE E - Roteiro de entrevista</b> .....	115
<b>ANEXOS</b> .....	116
<b>ANEXO 1 - Questionário “EAFAAA”</b> .....	117
<b>ANEXO 2 – Autorização do CEP</b> .....	121



## APRESENTAÇÃO

Meu interesse pela área acadêmica teve início logo nos primeiros anos da Universidade, tendo oportunidade de participar de alguns grupos de estudo de forma pontual. Entretanto, este só foi ratificado com o meu ingresso no Centro de Estudos e Pesquisa sobre o Álcool e outras Drogas – CEPAD, sob coordenação da Prof<sup>a</sup>.Dr<sup>a</sup>.Marluce Mechelli de Siqueira.

Durante o tempo que permaneci no Centro de Estudos e Pesquisas, enquanto acadêmica de Enfermagem, desenvolvi atividades como voluntária e extensionista no projeto “Prevenção do Uso de Substâncias Psicoativas no Ambiente Escolar – Prev-Escola” (CARDOSO; TOMAS; SIQUEIRA, 2014) e no Programa de Atenção ao Alcoolista - PAA (MACIEIRA; GOMES; GARCIA, 1992), em que tive a oportunidade de trabalhar com diversos mestrandos e doutorandos em Saúde Coletiva, o que me instigava ainda mais na realização de pesquisas em Saúde Mental e Saúde Coletiva. Dessa experiência foi publicado um artigo que relata a experiência da formação de multiplicadores através do relacionamento interpessoal e do protagonismo juvenil (VIEIRA *et al.*, 2015).

Posteriormente, tive a oportunidade de realizar Iniciação Científica com foco em “Avaliação em Saúde em Saúde Mental”, que resultou na produção do meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) (VIEIRA; SIQUEIRA 2014), e na elaboração de um artigo que foi recentemente publicado (VIEIRA; CARDOSO; SIQUEIRA, 2016), na Europa. O TCC versa sobre as características sociodemográficas e clínicas dos pacientes atendidos no PAA e a sua percepção de mudança decorrente do tratamento recebido; e o artigo avalia um programa de tratamento especializado no atendimento de alcoolistas, sob a ótica dos usuários atendidos, considerando-se a mudança percebida por eles, em decorrência do tratamento recebido, correlacionando as características sociodemográficas e clínicas com as percepções apresentadas. Ambos os trabalhos acadêmicos mencionados mostraram que, de maneira geral, os pacientes perceberam-se melhores após o tratamento recebido, então, reforçada por estas 02 (duas) experiências de trabalhos científicos ao longo da minha graduação em Enfermagem, nos anos 2013 e 2014, na UFES.

Assim, o meu ingresso no mestrado em Saúde Coletiva em 2015, permitiu que eu prosseguisse em minha carreira acadêmica, desenvolvendo mais pesquisas com o tema saúde mental, álcool e outras drogas. Neste mesmo ano tive a oportunidade de atuar no Centro Regional de Referência sobre Drogas do Espírito Santo (CRR-ES), enquanto membro da equipe de supervisão pedagógica, além de ministrar a aula “Políticas Públicas sobre Drogas”; o que proporcionou uma lapidação de maior profundidade no meu preparo teórico-prático no campo da saúde mental/ substâncias psicoativas, resultando na redação de trabalhos científicos mais avançados, como por exemplo, o capítulo de livro intitulado “Políticas Públicas e a Formação de Recursos Humanos em Álcool e Drogas” em parceria com o Centro de Referência em Pesquisa, Intervenção e Avaliação em Álcool e Drogas (CREPEIA) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) (VIEIRA *et al.*, 2016).

A partir de 2016, passei a atuar como enfermeira da Vigilância Epidemiológica, no município de Santa Maria de Jetibá-ES, o qual apresenta altos índices de alcoolismo e suicídio, fatos que estão inter-relacionados, conforme dados da literatura internacional (WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO, 2014a), nacional (FEHLBERG, 2011; CAPUCHO; JARDIM, 2013), e estadual (SANTOS; SIQUEIRA, 2010; MACENTE, 2010).

Face ao exposto, buscando oferecer tratamento para essa população, em 2011 é criado no município o Programa de Atenção aos Usuários de Álcool e outras Drogas (PrAAD) (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA DE JETIBÁ, 2011), projeto que recebeu o suportesna década de 90, do Núcleo de Estudos sobre o Álcool e outras Drogas – NEAD (MACIEIRA *et al.*, 2002; PORTUGAL; FRANÇA; BUAIZ; SIQUEIRA, 2009; FRANÇA *et al.*, 2013), hoje denominado Centro de Estudos e Pesquisa sobre o Álcool e outras Drogas – CEPAD (SIQUEIRA *et al.*, 2011; SIQUEIRA; BUAIZ, 2013; TEIXEIRA *et al.*, 2015), através da consultoria realizada pela pesquisadora Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marluce Mechelli de Siqueira. Hoje o município possui um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) que realiza a atenção integral a essa população, bem como aos seus familiares.

Como resultado deste processo, esta dissertação pretende avaliar as atitudes dos profissionais de hospitais gerais que foram capacitados através do curso Atualização em Atenção Integral aos usuários de Crack e outras Drogas para profissionais de

Hospitais Gerais, explorando as possíveis relações entre as atitudes e o atendimento prestado pelos profissionais nos serviços de saúde.

Isto posto, a revisão bibliográfica está estruturada em quatro tópicos:

1. Panorama Epidemiológico: contempla revisão de literatura com os principais dados internacionais e nacionais a respeito do consumo do álcool e das consequências advindas deste;
2. Educação Permanente em Álcool e outras Drogas: apresenta uma síntese da Política de Educação Permanente em Saúde, os desdobramentos no âmbito da saúde mental e o papel do Centro Regional de Referência do Espírito Santo (CRR-ES) neste contexto;
3. Atitudes e crenças dos profissionais de saúde: traz os principais conceitos e definições, e as influências destas no cuidado do paciente com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, especialmente o álcool;
4. Avaliação em saúde: apresenta os princípios teóricos do campo e sua relevância para o setor saúde, especialmente a Saúde Mental.

Em seguida são apresentados os objetivos da pesquisa, sua abordagem metodologia e os resultados que estão apresentados na forma de artigo, sendo um com abordagem quantitativa e outro com abordagem qualitativa. Adicionalmente, apresenta-se como resultado um capítulo do livro Centro Regional de Referência Sobre Drogas (CRR-ES): Uma Experiência Intersetorial e Interinstitucional.

Por fim, expõe-se as considerações finais onde argumenta-se que o processo de formação permanente exerce influência positiva sobre as atitudes dos profissionais, especialmente no que diz respeito a trabalhar com a pessoa com transtornos relacionados ao uso de álcool. Verifica-se ainda que alguns aspectos necessitam ser melhores trabalhados nas capacitações futuras. Por fim, faz-se uma reflexão a respeito da participação da educação permanente na melhoria da assistência a essa população, sendo apenas um dos caminhos a serem percorridos.

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 PANAMORAMA EPIDEMIOLÓGICO

O uso de substâncias psicoativas (SPAs) está presente na sociedade desde que se têm os primeiros registros na história, fato que inclui o uso do álcool, assim como os registros das relações prejudiciais que o homem estabelecia com a substância. Esses prejuízos fazem com o que o consumo nocivo do álcool seja considerado um problema de saúde pública.

Tal fato é evidenciado no relatório World Health Statistics (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016), que traz dentre as metas para o desenvolvimento sustentável o fortalecimento da prevenção e do tratamento do abuso de substâncias, que incluem o abuso de narcóticos e uso prejudicial do álcool. Ainda, cerca de 33,4% das mortes por doenças cardiovasculares e diabetes podem ser atribuídas ao álcool, assim como, 17,1% das mortes por ferimentos não intencionais, 16,2% das mortes por problemas gastrointestinais, e 12,5% das mortes por câncer.

O referido relatório ainda aponta que, em todo mundo, nas classes sociais mais altas se encontra maior número de bebedores e de ocasiões em que se beba, além de mais bebedores com padrão de ingestão de álcool de baixo risco. Entretanto, entre os estratos socioeconômicos mais pobres há maior vulnerabilidade aos problemas relacionados ao uso do álcool, devido à exposição a diversos fatores de risco, além das barreiras de acesso ao cuidado em saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

O Global Status Report on Alcohol and Health (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014) mostra que, em geral, a população mundial acima de 15 anos ingere cerca de 6,2 litros de álcool puro por ano e, que quanto mais desenvolvido economicamente é um país, mais álcool é consumido e menor o número de abstinentes. O referido relatório apresenta ainda os danos sociais e à saúde causados pelo uso do álcool, sendo responsável por mais de 200 condições referidas na Classificação Internacional de Doenças, 10ª versão (CID-10).

No que diz respeito ao panorama das Américas, o *Regional Status Report on Alcohol and Health in the Americas* (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2015) aponta que o consumo na região é, em média, superior que no resto do mundo. Além disso, nos últimos cinco anos, as taxas de beber pesado aumentaram em 8,4% entre mulheres (de 4,6 a 13,0%), e em 11,5% entre os homens (de 17,9 a 29,4%).

O álcool impacta os dados de mortalidade nas Américas, sendo apontado como causa de 4,7% das mortes na região no ano de 2010, além de estar relacionado a 6,7% dos anos perdidos em decorrência de morte prematura e de anos vividos com incapacidades (DALYs). Entre as mortes atribuídas ao álcool, as que se apresentam em maior proporção são: cirrose hepática (24,3%), violência interpessoal (14,0%), distúrbios relacionados ao uso do álcool (10,1%) e lesões no trânsito (9,4%). No que diz respeito aos DALYs, há uma inversão nas proporções, entretanto, permanecendo as principais causas, sendo maior nos distúrbios relacionados ao uso do álcool (37,0%), violência interpessoal (13,9%), cirrose hepática (13,8%) e lesões no trânsito (9,0%) (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2015).

No contexto brasileiro, a prevalência de episódio de beber pesado, ou seja, o consumo de pelo menos 60 gramas ou mais em pelo menos uma ocasião nos últimos 30 dias, era de 12,7% na população em geral e de 22,1% entre os bebedores. Além disso, cerca de 60% dos casos de cirrose hepática são atribuíveis ao álcool (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014b) e, também, possui a maior taxa de mortes atribuíveis ao álcool entre adolescentes de 15-19 anos, quando comparado com os países do continente americano (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2015).

Os dados do II Levantamento Nacional de Álcool e outras Drogas - II LENAD (LARANJEIRA, 2014) indicam que 64% dos homens e 39% das mulheres adultas relatam consumir álcool regularmente (pelo menos 1x por semana), entretanto não houve aumento significativo na quantidade de pessoas que bebem álcool entre os anos 2006 e 2012. Outro dado relevante que a pesquisa aponta, refere-se ao beber em binge, comportamento associado ao beber de risco, cuja prevalência em 2006 era de 45% entre os não abstinente e, em 2012, subiu para 58%.

O relatório ainda indica que 17% dos bebedores apresentaram critérios para uso e abuso e/ou dependência do álcool, além daqueles que bebem, beberem mais e com mais frequência. Adicionado a isso, 56,9% dos usuários problemáticos de álcool

apresentam indicadores para o diagnóstico da depressão segundo o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª versão (DSM-IV) (LARANJEIRA, 2014).

Associado aos dados alarmantes, os relatórios mostram que aqueles que buscam tratamento se deparam com uma cobertura de serviços inadequada, que se concentram entre muito limitada e limitada (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

Diante do panorama epidemiológico apresentado, os relatórios ainda discutem intervenções necessárias para trabalharmos os problemas relacionados ao uso, abuso e dependências das SPAs. Dentre estas intervenções destacam-se os serviços de saúde, que precisam desenvolver a capacidade de lidar com o uso nocivo das substâncias, como por exemplo, o álcool (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014<sub>b</sub>; UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2015), além de proverem uma resposta efetiva para o problema, garantindo acesso universal, especialmente nos serviços de atenção primária (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2015).

## 1.2 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

A formação em saúde constitui uma importante ferramenta para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), reorientando estratégias e os modos de cuidar (BRASIL, 2004<sub>a</sub>), uma vez que a relação educação-saúde deve representar o “resultado da ação política dos indivíduos e da coletividade, em suas múltiplas dimensões: social, ética, política, cultural e científica” (LIMA JÚNIOR *et al.*, 2015).

O marco político inicial da formação em saúde está na Constituição Federal de 1988, que assegura em seu artigo 200 a ordenação e formação de recursos humanos através do SUS. Entretanto, as discussões a respeito da Educação Permanente em Saúde se seguem por anos posteriores através dos movimentos de educação para o trabalho (FERRAZ *et al.*, 2012).

Na perspectiva política, em 2004, através da portaria nº.198 do Ministério da Saúde, instituiu-se a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores,

principalmente através dos Pólos de Educação Permanente, e articulando a saúde e a educação (BRASIL, 2004<sub>b</sub>). Anteriormente à publicação da portaria, as ações de educação permanente eram pontuais e se estabeleciam através de programas (FERRAZ *et al.*, 2012; LIMA JÚNIOR *et al.*, 2015).

A portaria GM/MS nº.1996 de 2007 define as diretrizes operacionais desse processo através da educação permanente (BRASIL, 2007). Implementada após a avaliação da PNEPS, ela mantém a compreensão conceitual e ético-pedagógica da Educação Permanente em Saúde (EPS), entretanto propõe mudanças nas ações, envolvendo os gestores nas ações estaduais e municipais, exemplificado através da substituição dos Polos de Educação Permanente, pelas Comissões Intergestores Regionais – CIR (antigos Colegiados de Gestão Regional) e pelas Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço - CIES (FERRAZ *et al.*, 2012).

Conforme afirma Ceccim (2005), a Educação Permanente em Saúde (EPS) se constitui num processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em análise, permitindo uma reflexão do fazer em saúde, perpassado pelas inúmeras relações na concretude da práxis. Mais do que informação técnica, a EPS atua no campo da construção das relações, através da intersetorialidade, implicando agentes e organizações diante do cotidiano mutável da saúde, sendo, portanto, um instrumento de mudanças práticas e políticas no sistema de saúde, uma vez que coloca o processo de trabalho no centro do processo de aprendizagem.

No que diz respeito a formação em saúde dos profissionais que atuam com os problemas relacionados ao uso de substâncias, apesar da importância epidemiológica, há um consenso entre autores a respeito da deficiência desta (PILLON; SIQUEIRA; SILVA, 2010; MORETTI-PIRES; CORRADI-WEBSTER; FURTADO, 2011; VARGAS; DUARTE, 2011; KANNO; BELLODI; TESS, 2012; LIMA JÚNIOR *et al.*, 2015). Os autores ainda reforçam que há um prejuízo no diagnóstico precoce e na adequada intervenção por parte dos profissionais, com impacto direto na prática assistencial, subsidiando uma sociedade de exclusão e de negação de direitos. Ainda segundo Souza (2015, p.278), “a assistência prestada aos usuários de álcool, crack e outras drogas e seus familiares [...] tem colocado em questão [...] os aspectos relativos à formação dos profissionais”, em direção a construção de uma nova forma de assistência a esse público.

No que se refere a assistência desse público no SUS, segundo a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (PAIUAD), com o estabelecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), os hospitais constituem-se em local estratégico, recebendo os casos urgência e emergência clínica em saúde mental, como os quadros de intoxicação, de crise de abstinência grave, além de transtornos clínicos e psiquiátricos associados (BRASIL, 2003). Posteriormente, o governo normatiza o funcionamento dos leitos para este público através da portaria GM/MS nº 1.612 de 09 de setembro de 2005 (BRASIL, 2005).

Apesar do caráter complementar dos serviços psiquiátricos em hospitais gerais (HG) dentro da RAPS, para que haja efetivação do cuidado dentro modelo de atenção psicossocial preconizado, os hospitais gerais precisam desenvolver intervenções baseadas na integralidade e multidimensionalidade, superando o modelo biomédico, medicalizado e médico centrado. Associado a isto, a falta de qualificação profissional para tratar da questão tem sido apontada como a principal barreira para a efetivação dos HG na rede (PAES *et al.*, 2013).

O modelo organizacional das instituições hospitalares tende a valorizar menos as ações de educação permanente, realizando capacitações tecnicistas e que não consideram o modelo de atenção integral (ROCHA *et al.*, 2014; TRONCHIN *et al.*, 2009). Apesar deste tipo de formação ter o seu espaço na capacitação dos profissionais para desenvolvimento de técnicas que acarretem numa assistência mais eficaz e efetiva, tal fato pode influenciar diretamente na assistência dos usuários de SPAs, uma vez que a problemática exige do profissional um olhar multidisciplinar e voltado para integralidade.

Nesse sentido, em 2010, através do Decreto nº 7.179, o Governo Federal institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (BRASIL, 2010<sub>b</sub>), estimulando a criação dos Centros Regionais de Referência (CRRs), que se destinam à educação permanente dos profissionais que atuam diretamente ou indiretamente na RAPS. Atualmente, o Espírito Santo conta com 03 (três) CRRs, dentre eles o Centro Regional de Referência sobre Drogas criado através de uma parceria entre a Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)/Centro de Estudos e Pesquisas sobre Álcool e outras Drogas (CEPAD) e os municípios de Vitória e Vila Velha (SIQUEIRA; BUAIZ, 2012).



O CRR-ES visa intensificar, ampliar e diversificar as ações oferecidas pelos serviços no sentido de estimular a promoção da saúde, da prevenção e da redução de riscos e danos associados ao consumo de crack e outras drogas, ampliando a capacidade técnica dos profissionais para a atenção integral aos usuários, através da oferta de cursos, contribuindo para a formação em substâncias psicoativas (SIQUEIRA *et al.*, 2011).

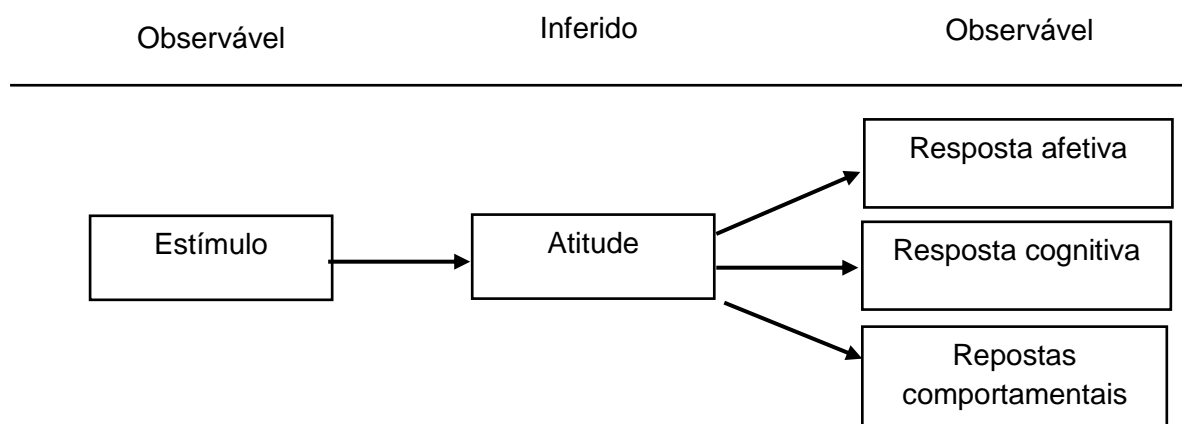
### 1.3 ATITUDES E CRENÇAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

O termo atitude pode ser definido de diferentes formas, tanto unidimensional, atribuindo apenas um componente a sua constituição, quanto multidimensional, atribuindo mais de um componente a sua constituição. Entretanto, as literaturas confluem para a definição de atitude como sendo uma “predisposição para agir sempre do mesmo modo, diante de uma determinada classe de objetos, não como eles são, mas sim, como são concebidos” (VARGAS, 2010a). Trata-se de um construto psicológico, que no contexto das ciências sociais possui uma multiplicidade de definições, que de forma geral concordam que se trata de uma avaliação de um objeto psicológico capturado em seus atributos, avaliando-o como bom-ruim, positivo-negativo (NEIVA; MAURO, 2011).

Já as crenças constituem-se no componente cognitivo das atitudes, influenciando-as diretamente, de forma que para haver mudança nas atitudes faz-se necessário uma desconstrução e reconstrução das crenças (LOPES, 2009).

As atitudes são definidas como variáveis não observáveis, porém inferíveis a partir de seus componentes internos: a) componente cognitivo é composto pelas percepções, crenças e conceitos que se têm a respeito do objeto atitudinal; b) componente afetivo é composto por sentimentos e emoções positivas ou negativas vinculadas ao objeto atitudinal; c) componente comportamento é composto pela ação ou predisposição para ação diante do objeto (NEIVA; MAURO, 2011; PILLON; SIQUEIRA; SILVA, 2010). A *figura 1* abaixo esquematiza o que foi exposto:

Figura 1 – Os componentes da atitude



Fonte: Eagly e Chaiken (1993) apud Pillon, Siqueira, Silva, (2010)

No que diz respeito a resposta comportamental, as atitudes nem sempre são as melhores preditoras, uma vez que vários outros fatores podem se apresentar como preditores do comportamento, como fatores situacionais e culturais. Os componentes das atitudes são internamente consistentes, embora seja mais notória consistência entre os componentes cognitivos e afetivos (NEIVA; MAURO, 2011).

Segundo a teoria da consistência cognitiva, quando há coerência entre os componentes cognitivos e afetivos das atitudes, elas se tornam mais duradouras, ao passo que quando há uma inconsistência interna provoca-se tensão e desejo de mudança decorrentes da incoerência entre esses componentes. Sendo assim, “a mudança de um componente afetivo da atitude pode resultar em uma mudança num componente cognitivo e vice-versa” (NEIVA; MAURO, 2011)

Estudos que objetivam avaliar a formação em álcool e outras drogas, tem utilizado como parâmetro as atitude e crenças desses profissionais, uma vez que o conhecimento, ou a falta dele, podem contribuir para a exacerbação de atitudes como preconceitos e estereótipos em relação aos usuários de drogas que conseqüentemente podem se manifestar nos cuidados ao paciente (COSTA *et al.*, 2015; LEMOS *et al.*, 2007; RONZANI; FURTADO, 2010; SOUZA; RONZANI, 2012;

VARGAS, 2010a, 2010b). Ainda, o estudo das atitudes dos profissionais pode ser uma importante ferramenta não apenas para o reconhecimento delas, mas para possibilitar a avaliação da mudança de atitudes após intervenções educativas, provocando reflexões a respeito das próprias atitudes dos profissionais (VARGAS, 2014). O primeiro estudo realizado no Brasil a fim de investigar as atitudes de profissionais e enfermeiros e estudantes de enfermagem frente ao alcoolismo foi publicado na década de 90 (PILLON, 1998).

Em estudo bibliográfico, Soares, Vargas e Oliveira (2011), apontam que não foram encontradas nos profissionais de saúde atitudes que se diferenciavam do senso comum, além indicarem número reduzido de publicações no que diz respeito às atitudes desses profissionais frente ao álcool, alcoolismo e alcoolista. Reforçam ainda, que a falta de conhecimentos pode ser atribuída às atitudes negativas, fator que pode interferir diretamente no cuidado com as pessoas que sofrem com problemas relacionados ao uso de substâncias.

#### 1.4 AVALIAÇÃO EM SAÚDE

O ato de avaliar está presente em vários contextos da vida, sendo uma atividade banal, ligada ou não às instituições, que está presente desde os primórdios da humanidade. Entretanto, é no período da Grande Depressão nos Estados Unidos e da Segunda Guerra Mundial que a avaliação se torna uma prática e estratégia de governo, sendo de certa forma “profissionalizada”, a fim de acompanhar as políticas (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997; CRUZ, 2015).

O campo da avaliação se expandiu nos últimos tempos, passando por diversas transformações adquirindo uma perspectiva interdisciplinar com influência de diversos campos do saber, como as ciências sociais, a economia, a pesquisa clínica, a epidemiologia e o direito (CRUZ, 2015).

A história da avaliação pode ser dividida em quatro gerações que evidenciam as características importantes de cada etapa: a primeira geração enfatiza a construção e a aplicação de instrumentos de medidas para os fenômenos estudados, sendo o

avaliador um técnico capacitado para a execução desta; a segunda geração tem como principal característica a descrição do processo, e não somente na medição dos resultados; a terceira fundamenta-se no julgamento da intervenção, em que o avaliador emite um juízo de valor a respeito; finalmente, a quarta geração, também chamada de avaliação construtivista responsiva, é definida pela negociação entre os atores interessados e envolvidos no processo (GUBA; LINCOLN, 2011).

Para Cruz (2015) essa divisão não significa a supressão de uma geração em favor de outra, sendo que as abordagens presentes em cada uma delas podem coexistir e se complementar até nas pesquisas mais recentes. Assim:

O que varia entre as gerações é a posição do avaliador diante da avaliação, o uso preferencial da avaliação, o modo de entender e produzir os parâmetros e critérios e o envolvimento ou não de atores na construção de processos avaliativo (CRUZ, 2015, p.290).

O termo avaliação em saúde é polissêmico, possuindo inúmeras definições no que diz respeito aos objetos de avaliação e os métodos utilizados. Pode-se sintetizar uma definição geral como um julgamento sobre determinado objeto ou práticas sociais (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997; VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Os objetivos de uma avaliação são diversos e dependem de quem está formulando a pergunta que orienta o processo avaliativo. Entre os objetivos estão: subsidiar o planejamento, a gestão e a formulação de políticas; fornecer elementos para a melhoria das ações de saúde; produzir conhecimento que pode ser incorporado a médio e longo prazo; e, prestação de contas de serviços prestados (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997; VIEIRA-DA-SILVA, 2014; CRUZ, 2015).

A condução da avaliação tem início a partir da formulação da pergunta que irá direcionar todo o processo, variando de acordo com a perspectiva de quem a formula. Sendo assim, a avaliação pode ser conduzida por especialista externo ou por membros internos. Evidentemente essas diferentes perspectivas irão influenciar na escolha da metodologia da avaliação, na abordagem teórica utilizada, além de ter implicações políticas e gerencias (VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

A avaliação externa resulta em uma maior distância entre o avaliador e o objeto da avaliação, permitindo rupturas com a visão dos agentes do objeto avaliado. Já

avaliação interna possibilita uma percepção de diversos aspectos não totalmente acessíveis ao avaliador externo, como por exemplo noções a respeito da realidade a ser avaliada (VIEIRA-DA-SILVA, 2014). Outro ponto importante é que as avaliações internas e mistas tendem a trazer contribuições mais úteis, pois o avaliador interno identifica melhores estratégias para garantia do uso do resultado a fim de serem realizados ajustes na implementação, considerando os aprendizados (CRUZ, 2015).

Faz-se necessário a seleção de características e atributos das práticas, programa, políticas e sistema a serem avaliados que orientará a metodologia adotada. Dentre os principais atributos, estão: a) cobertura, acessibilidade, equidade – relacionadas com a disponibilidade e distribuição social dos recursos; b) eficácia, efetividade, impacto – relacionadas com o efeito das ações; c) eficiência – relacionada com os custos e produtividade das ações; d) qualidade técnico-científica – relacionada com a adequação das ações e conhecimento técnico e científico vigente; e) percepção dos usuários, satisfação dos usuários, acolhimento, relações de trabalho e no trabalho – características relacionais entre os agentes (SILVA; FORMIGLI, 1995; VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Cabe ressaltar que a incorporação da avaliação na gestão e o uso dos resultados no processo de tomada de decisão não depende apenas do percurso metodológico adotado, embora estes sejam importantes (VIEIRA-DA-SILVA, 2014). A avaliação não é neutra ou isenta de valores, o que faz com que seja inserida dentro do debate político. É inegável, entretanto, o potencial reflexivo proporcionado pelo processo avaliativo, gerando aprendizados e informações que orientam as mudanças necessárias (CRUZ, 2015).

No que diz respeito ao campo da saúde mental, há uma tendência internacional de incorporação da avaliação, entretanto não há uma tradição em avaliação quando em comparação com outras áreas de atenção à saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2014). Neste campo, os processos avaliativos adquirem ainda especial função política decorrentes das mudanças que redirecionam o modelo assistencial, servindo como elemento potencializador das novas práticas (COSTA; COLUGNATI; RONZANI, 2015).

Nesse sentido, diante das recentes ofertas de formação em saúde na área de álcool e outras drogas, dentre elas os CRRs, faz-se necessário a compreensão e reflexão

crítica a respeito das potencialidades e dificuldades das mesmas (COSTA *et al.*, 2015). A avaliação de alguns deles já vem sendo realizadas, para que de fato haja repercussão na qualidade do atendimento prestado. Os resultados preliminares têm apontado como potencialidade a criação de espaços potentes para a propulsão das políticas públicas do campo abordado, e como fragilidades, a limitada articulação da rede de atenção aos usuários de drogas e, também, as ações isoladas e fragmentadas dos CRRs (LIMA JÚNIOR *et al.*, 2015; MATTA *et al.*, 2016).

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 GERAL

Mensurar as atitudes e compreender as concepções dos profissionais de hospitais gerais frente ao álcool, alcoolismo e alcoolista, antes e após a capacitação oferecida pelo Centro Regional de Referência sobre Drogas do Espírito Santo (CRR-ES).

### 2.2 ESPECÍFICOS

- Identificar as atitudes dos profissionais capacitados, frente ao álcool, alcoolismo e ao alcoolista;
- Verificar a influência das variáveis sociodemográficas nas atitudes e conhecimentos dos profissionais; e
- Comparar as atitudes dos profissionais capacitados antes e após as capacitações.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um *estudo exploratório, descritivo, comparativo, de abordagem* quasi-experimental, cuja investigação é fundamentada na mensuração das atitudes e conhecimentos dos profissionais de hospitais gerais frente ao álcool, alcoolismo e ao alcoolista.

O *estudo exploratório* permite o conhecimento do repertório popular das respostas referindo-se ao conhecimento, crença e opinião, como a atitude, os valores e a conduta, como afirmam Piovesan e Temporini (1995). Os autores afirmam ainda que, o estudo exploratório permite maior precisão e grande entendimento a respeito do fenômeno estudado. Já os estudos descritivos permitem descrever determinadas características de uma população ou fenômeno, e o estabelecimento de relações entre as variáveis (GIL, 2012).

Os *estudos caracterizados como comparativos* permitem que se possa analisar o dado concreto pelo estudo das semelhanças e diferenças entre vários tipos de grupos. Além disso, contribuem para melhor compreensão do comportamento humano. As comparações são realizadas com o objetivo de verificar semelhanças e explicar divergências (MARCONI; LAKATOS, 2003).

A *abordagem quasi-experimental* assemelha-se muito aos experimentos, porque os estudos quasi-experimentais também envolvem a manipulação de uma variável independente. No entanto, não possuem características típicas dos experimentos verdadeiros, pois não tem distribuição aleatória dos sujeitos, randomização ou grupo controle. Há vários delineamentos quasi-experimentais, mas os dois mais comumente usados são o delineamento grupo de controle não equivalente e o delineamento tempo-série (SELLTIZ; WRIGHTSMAN; COOK, 1976; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).



## 3.2 CENÁRIO

O estudo foi realizado junto ao banco de dados do curso de Atualização em Atenção Integral aos usuários de Crack e outras Drogas para profissionais de Hospitais Gerais oferecido pelo CRR-ES (SIQUEIRA; BUAIZ, 2012), um dos projetos desenvolvido pela equipe técnica do Centro de Estudos e Pesquisas sobre o Álcool e outras Drogas – CEPAD (SIQUEIRA *et al.*, 2011), o qual é localizado no Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). E também, no local de trabalho dos profissionais pesquisados, como hospitais e secretarias de saúde, assim como na Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, em que foram realizadas as entrevistas.

## 3.3 SUJEITOS

A *população* do estudo se constituiu pelos 31 profissionais que foram aprovados no curso de capacitação Atualização em Atenção Integral aos usuários de Crack e outras Drogas para profissionais de Hospitais Gerais, oferecido pelo CRR-ES nos meses de setembro a novembro de 2014, conforme os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. Para o artigo 2, foram selecionados os 10 assistentes sociais que se encaixaram nos critérios de inclusão e exclusão, entretanto, houve quatro recusas de participação, finalizando a população de estudo em seis sujeitos.

Foram *incluídos* na pesquisa, todos os profissionais aprovados no curso acima mencionado, a saber aqueles que cumpriram frequência acima de 75% e atingiram média 7,0, conforme os critérios definidos pelo curso. Foram *excluídos* aqueles que não possuíam condições de responder ao instrumento no momento da aplicação.

## 3.4 PROCEDIMENTOS

### 3.4.1 Coleta de Dados

Os dados foram obtidos a partir da coleta em fontes primárias, que deram origem aos dados qualitativos da pesquisa, e secundárias, que deram origem aos dados quantitativos.

Em um primeiro momento fez-se contato com a Coordenação do CEPAD, executor do CRR-ES, através de carta de apresentação, solicitando autorização para conduzir a pesquisa e ter acesso ao banco de dados. Após a assinatura do Termo de Consentimento Institucional (TCI), conforme o Apêndice A, iniciou-se o processo de coleta de dados, mediante a assinatura do Termo de Confidencialidade e Sigilo (Apêndice B).

Para a coleta dos dados qualitativos, fez-se contato com os assistentes sociais selecionados convidando-os para a realização de uma entrevista, sendo a *amostra definida por exaustão*, ferramenta utilizada nas pesquisas qualitativas em que se aborda todos os indivíduos elegíveis e disponíveis (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008). Os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme Apêndice C.

#### 3.4.1.1 Instrumentos de Pesquisa

Utilizou-se, como instrumento de mensuração das atitudes a “Escala de Atitudes Frente ao Álcool, ao Alcoolismo e ao Alcoolista” (EAFAAA) (Anexo 1), composta por 50 itens, dividida entre quatro fatores que abordam o tema sob ângulos diferentes (VARGAS, 2014). São eles:

- Fator 1: O trabalho e as relações interpessoais com pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool, com 16 afirmações;
- Fator 2: A pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool, com 13 afirmações;
- Fator 3: O alcoolismo (etiologia), com 11 afirmações;
- Fator 4: As bebidas alcoólicas e seu uso, com 10 afirmações.

O instrumento foi criado por Vargas (2005) e é específico para medir as atitudes dos profissionais relacionadas às questões de álcool, de forma segura. Em estudo mais recente realizado por Vargas (2014) houve mudança no termo “alcoologista” presente no nome do instrumento para “pessoa com transtornos relacionados ao uso de álcool”, uma vez que se considerou o termo mais apropriado para o contexto atual. Ainda, houve mudança no acrônimo que passa a ter duas letras A, representando as palavras “Álcool” e “Alcoolismo”. Isto posto, daqui em diante opta-se por utilizar a nomenclatura mais recente.

Trata-se de uma escala tipo Likert de 5 pontos, que variam de discordo totalmente a concordo totalmente, com alternativas de um a cinco. Segundo Vargas (2005), as escalas tipo Likert tem sido amplamente utilizada nos estudos sobre a moral e de atitudes, além de permitir maior precisão nos itens avaliados.

No que se refere às vantagens do instrumento utilizado, pode-se dizer que facilita sua aplicação no Brasil, pelo fato de ter sido construída em Língua Portuguesa, além de apresentar dois fatores não abordados nas escalas disponíveis (VARGAS, 2005).

Associada ao instrumento acima, foi aplicado também um questionário sócio demográfico (Apêndice D). Aos assistentes sociais selecionados foi aplicado um roteiro de entrevista semiestruturada (Apêndice E), no momento do consentimento de participação na pesquisa.

#### 3.4.1.2 Técnica de Pesquisa

As informações coletadas no banco de dados foram obtidas através de um questionário, composto pela escala EAFAA e questionário socioeconômico, aplicado de forma online através da página oficial do curso, sendo que os sujeitos do estudo responderam ao questionário no momento da inscrição do curso (primeira aplicação) e, após a realização da última atividade durante o curso (segunda aplicação). Na aplicação do instrumento, a resposta a cada pergunta foi condição obrigatória para a

pergunta subsequente, sendo impossível prosseguir no formulário *online*, sem responder à pergunta anterior.

O questionário é um instrumento constituído por uma série de perguntas que devem ser respondidos por escrito e sem a presença do entrevistador, e tem a vantagem de atingir maior números de pessoas simultaneamente e há menos risco de distorção, uma vez que há uma menor influência do pesquisador (MARCONI; LAKATOS, 2003).

Para coleta dos dados qualitativos foi utilizada a entrevista, que consiste no “processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado” (HAGUETTE, 1997). A técnica empregada permite acessar informações que tratam da reflexão do próprio sujeito sobre a realidade que vivencia, expressando ideias, crenças, maneiras de pensar, atitudes, etc. (MINAYO, 2014).

Optou-se pela entrevista semiestruturada, que obedece a um roteiro utilizado pelo pesquisador, facilitando a abordagem e assegurando que os pressupostos da pesquisa serão cobertos na análise. Entretanto, deve-se ter o cuidado na análise dos temas para que não se restrinja ao que foi previamente estabelecido, explorando as estruturas do material fornecido pelos entrevistados (MINAYO, 2014).

### **3.4.2 Análise dos dados**

Os dados provenientes da escala EAFAA foram analisados com o auxílio do programa StatisticalPackage for the Social Science (SPSS 22.0), utilizando-se a análise univariada para a descrição das *variáveis quantitativas*. Em seguida comparou-se as frequências dos itens da escala que compõe os quatro fatores analisados pré e pós capacitação, destacando-se as afirmativas que mostraram mudanças de atitudes.

Os *dados qualitativos*, coletados por meio de entrevistas, foram gravados e posteriormente transcritos em software de processamento de textos, Microsoft Word (2013). Após a transcrição realizou-se a leitura exploratória dos dados que serão

analisados empregando-se a análise de conteúdo de Bardin (2011), sendo definida como um conjunto de técnicas de análise de comunicação a fim de se obter indicadores, quantitativos ou não que permitam a inferência de conhecimentos.

### **3.4.3 Aspectos Éticos**

Este estudo integra o projeto de pesquisa intitulado “Atitudes frente ao álcool, alcoolista e alcoolismo: O que pensam os profissionais?”, submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (CCS-UFES) através da Plataforma Brasil, observando-se os dispositivos da Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa com Seres Humanos, sendo aprovado pelo CEP-UFES sob o Parecer nº. 732.798 (ANEXO 2).

## **4 RESULTADOS**

### **4.1 ARTIGO 1**

#### **ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DE UM CURSO DIRIGIDO A HOSPITAIS GERAIS FRENTE AO ÁLCOOL, ALCOOLISMO E ALCOOLISTA**

Camila Barcelos Vieira; Marluce Mechelli de Siqueira

#### **RESUMO**

Apesar do consumo nocivo do álcool ser considerado um dos principais problemas de saúde pública no mundo, o acesso ao tratamento é baixo. Somado a isto, a rede de saúde é precária e não possui profissionais qualificados. Evidencia-se a necessidade de capacitação dos profissionais que atuam na rede, com foco nas atitudes. Dessa forma, objetiva-se comparar as atitudes de profissionais que participaram de capacitação em álcool e outras drogas direcionada para hospitais gerais, frente ao álcool, alcoolismo e pessoa com transtornos relacionados ao uso de álcool. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, comparativo, utilizando a Escala Atitudes Frente ao Álcool, ao Alcoolismo e a Pessoas com Transtornos Relacionados ao Uso do Álcool (EAFAA). A população do estudo foi pelos 31 profissionais que foram aprovados no curso. Os dados foram analisados com o auxílio do programa Statistical Package for the Social Science versão 22 (SPSS 22). O fator da escala que apresentou mais itens com maior diferença percentual entre a primeira e a segunda aplicação, foi o fator 1, que trata do trabalho e as relações interpessoais com pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool. Nos demais fatores, houve também mudanças entre o período pré e capacitação, entretanto, de forma menos expressiva, o que pode sugerir o que o modelo moral de explicação do alcoolismo ainda exercer forte influência nas concepções e atitudes dos profissionais. A capacitação ofertada exerceu influência positiva nas atitudes dos profissionais frente ao trabalho e o relacionamento com esses pacientes, o que pode favorecer o relacionamento interpessoal.

**Descritores:** Álcool; Alcoolismo; Conhecimentos, Atitudes e Práticas em Saúde; Capacitação de Recursos Humanos em Saúde.

## **ABSTRACT**

Although harmful alcohol consumption is considered a major public health problem in the world, access to treatment is low. Added to this, the health network is precarious and does not have qualified professionals. There is evidence of the need for training of professionals working in the network, focusing on attitudes. Thus, it is aimed to compare the attitudes of professionals who participated in training in alcohol and other drugs directed to general hospitals, against alcohol, alcoholism and people with disorders related to alcohol use. This is an exploratory, descriptive, comparative study using the Attitudes Facing Alcohol Scale, Alcoholism, and People with Alcohol Related Disorders (EAFAA). The study population was by the 31 professionals who were approved in the course. The data were analyzed with the aid of the Statistical Package for the Social Science version 22 (SPSS 22). The factor of the scale that presented the most items with the highest percentage difference between the first and second applications was factor 1, which deals with work and interpersonal relationships with patients with disorders related to alcohol use. In the other factors, there were also changes between the pre and training periods, however, in a less expressive way, which may suggest that the moral model of explanation of alcoholism still exerts a strong influence on the professionals' conceptions and attitudes. The offered training had a positive influence on the professionals' attitudes toward work and the relationship with these patients, which may favor interpersonal relationships.

**Keywords:** Alcohol; Alcoholism; Health Knowledge, Attitudes, Practice; Health Human Resource Training.

## INTRODUÇÃO

O uso do álcool está presente nos relatos históricos da humanidade, e é socialmente aceito em nossa sociedade e até, de certa forma, incentivado. Entretanto, os prejuízos decorrentes do uso nocivo do álcool fazem com o que o consumo nocivo do álcool seja considerado um dos principais problemas de saúde pública no mundo (SIQUEIRA *et al.*, 2016).

A taxas de morbimortalidade associadas ao álcool são elevadas, o que comprovam a afirmação acima. Segundo o relatório World Health Statistics (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016) cerca de 33,4% das mortes por doenças cardiovasculares e diabetes podem ser atribuídas ao álcool, assim como, 17,1% das mortes por ferimentos não intencionais, 16,2% das mortes por problemas gastrointestinais, e 12,5% das mortes por câncer. No que diz respeito ao consumo mundial, estima-se que a população acima 15 anos ingere cerca de 6,2 litros de álcool puro por ano (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014<sub>b</sub>).

No Brasil, o relatório do II Levantamento Nacional de Álcool e outras Drogas - II LENAD (LARANJEIRA, 2014) aponta que apesar de não haver diferença significativa na quantidade de pessoas que bebem álcool entre este e o primeiro LENAD, as pessoas bebem mais e mais frequentemente. O relatório ainda aponta que o beber em binge, padrão de uso pesado e episódico que corresponde ao consumo de cinco doses ou mais, cresceu significativamente tanto em homens quanto em mulheres, além de crescimento significativo na frequência de consumo.

Os estudos também apontam que o acesso ao tratamento é baixo, o que pode estar relacionado a uma cobertura dos serviços de forma inadequada, como também ao processo de estigmatização dos usuários de álcool e outras drogas, levando a uma subutilização dos serviços por estes (LIMA JÚNIOR *et al.*, 2015; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016). Cabe ainda ressaltar que, quando estão disponíveis os serviços encontram dificuldades de operar de acordo com os princípios da legislação vigente a respeito do tema numa perspectiva de intervenção integrada e reinserção social dos usuários e dependentes químicos, com uma rede de saúde precária e falta de profissionais qualificados (SOUZA, 2015).



Diante disto, é mister a capacitação dos profissionais atuantes na rede de atenção aos usuários de substâncias psicoativas (PILLON; SIQUEIRA; SILVA, 2010; LIMA JÚNIOR *et al.*, 2015). Para além de um treinamento com foco em habilidades técnicas, as capacitações devem trabalhar aspectos das atitudes e crenças dos profissionais relacionadas a questão, uma vez que estas influenciam diretamente na qualidade da atenção prestada por estes profissionais (RONZANI, 2007; PILLON; SIQUEIRA; SILVA, 2010; SOARES; VARGAS; OLIVEIRA, 2011).

As atitudes são um construto psicológico que exercem influência direta sobre o comportamento e a maneira de ver o mundo, podendo ser definida como a avaliação de uma classe de determinado objeto psicológico levando a uma predisposição para agir conforme este é concebido (VARGAS, 2010<sup>a</sup>; NEIVA; MAURO, 2011). Os estudos têm mostrado que há correlação direta entre conhecimento a respeito do objeto e atitudes, ou seja, quanto maior o conhecimento a respeito do objeto maior será a tendência de se apresentarem atitudes positivas (SOARES; VARGAS; FORMIGONI, 2013; SOUZA, 2016; GONÇALVES; SIQUEIRA; BUAIZ, 2016).

Dessa forma, este estudo objetiva comparar as atitudes de profissionais que participaram de capacitação em álcool e outras drogas direcionada para hospitais gerais, frente ao álcool, alcoolismo e pessoa com transtornos relacionados ao uso de álcool, nos períodos pré e pós capacitação.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, comparativo cuja investigação é fundamentada na mensuração das atitudes e conhecimentos dos profissionais que participaram de capacitação em álcool e outras drogas destinado a hospitais gerais frente ao álcool, alcoolismo e pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool nos períodos pré e pós capacitação.

O estudo foi realizado junto ao banco de dados do curso de Atualização em Atenção Integral aos usuários de Crack e outras Drogas para profissionais de Hospitais Gerais oferecido pelo CRR-ES, um dos projetos desenvolvidos (SIQUEIRA; BUAIZ, 2012) pela equipe técnica do Centro de Estudos e Pesquisas sobre o Álcool e outras Drogas

– CEPAD (SIQUEIRA *et al.*, 2011), o qual é localizado no Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

A população do estudo foi constituída pelos 31 profissionais que foram aprovados no curso de capacitação Atualização em Atenção Integral aos usuários de Crack e outras Drogas para profissionais de Hospitais Gerais, oferecido pelo CRR-ES nos meses de setembro a novembro de 2014. Segundo os critérios estabelecidos pela instituição executora da capacitação, recebiam aprovação aqueles profissionais que cumpriram frequência acima de 75% e atingiram média 7,0 nas atividades propostas. Cabe ressaltar que responderam ao questionário pós capacitação, 29 dos 31 sujeitos contemplados nos critérios, sendo que este esteve disponível para preenchimento de dezembro de 2014 a novembro de 2016.

Inicialmente, fez-se contato com a Coordenação do CEPAD, executor do CRR-ES, através de carta de apresentação, solicitando autorização para conduzir a pesquisa e ter acesso ao banco de dados. Concedida a autorização, iniciou-se o processo de coleta de dados mediante a assinatura do Termo de Confidencialidade e Sigilo.

Os dados que compõem o banco foram obtidos através da Escala de Atitudes Frente ao Álcool, ao Alcoolismo e a Pessoas com Transtornos Relacionados ao Uso do Álcool - EAFAA, instrumento criado por Vargas (2005), com versão reduzida revisada (VARGAS, 2014), e de questionário socioeconômico. A escala é específica para medir as atitudes dos profissionais relacionadas às questões de álcool, de forma segura. Trata-se de uma escala do tipo Likert de 5 pontos, variando entre de discordo totalmente a concordo totalmente (1 = discordo totalmente; 2 = discordo; 3 = indiferente; 4 = concordo; 5 = concordo totalmente).

Esta possui 50 itens divididos entre quatro fatores, a saber: fator 1- O trabalho e as relações interpessoais com pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool, com 16 afirmações; fator 2: A pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool, com 13 afirmações; fator 3: O alcoolismo (etiologia), com 11 afirmações; fator 4: As bebidas alcoólicas e seu uso, com 10 afirmações.

O questionário socioeconômico composto por seis questões, relacionadas a gênero, idade, estado civil, nível de escolaridade, profissão, tempo de atuação. Ambos foram aplicados de forma online através da página oficial do curso, sendo que os sujeitos do

estudo responderam ao questionário no momento da inscrição do curso (primeira aplicação) e, após a realização da última atividade durante o curso (segunda aplicação). Na aplicação dos instrumentos, a resposta a cada pergunta foi condição obrigatória para a pergunta subsequente, sendo impossível prosseguir no formulário *online*, sem responder à pergunta anterior.

Os dados foram analisados com o auxílio do programa *Statistical Package for the Social Science* versão 22 (SPSS 22), utilizando-se a análise univariada para a descrição das variáveis quantitativas. Comparou-se as atitudes dos profissionais dentro dos fatores estabelecidos na escala, antes e após a capacitação, que tiveram mudança percentual superior a 6%, prosseguindo com a análise de mudança de atitudes.

Este estudo integra o projeto de pesquisa intitulado “Atitudes frente ao álcool, alcoolista e alcoolismo: O que pensam os profissionais?”, submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (CCS-UFES) através da Plataforma Brasil, observando-se os dispositivos da Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa com Seres Humanos, sendo aprovado pelo CEP-UFES sob o Parecer nº. 732.798

## RESULTADOS

### Caracterização dos sujeitos

Os sujeitos do estudo, conforme apontado na Tabela 1, caracterizam-se predominantemente por indivíduos do gênero feminino (83,9%), que se encontram na faixa etária de até 25 anos (27,6%), e entre 26 e 35 anos (27,6%), solteiros (51,6%), com Ensino Superior em curso (32,3%).

**Tabela 1.** Características sociodemográficas dos participantes. Vitória-ES, 2016. (Continua)

Variáveis	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)
<b>Gênero</b>		
Feminino	26	83,9
Masculino	5	16,1

**Tabela 1.** Características sociodemográficas dos participantes. Vitória-ES, 2016. (Continuação/Conclusão)

Variáveis	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)
<b>Total</b>	31	100,0
<b>Faixa etária</b>		
Até 25 anos	8	27,6
Entre 26 e 35 anos	8	27,6
Entre 36 e 45 anos	3	10,3
Entre 46 e 55 anos	7	24,1
Acima de 56 anos	3	10,3
<b>Total</b>	29	100,0
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro	16	51,6
Casado	12	38,7
Vivendo como casado	1	3,2
Viúvo	2	6,5
<b>Total</b>	31	100,0
<b>Nível de Escolaridade</b>		
Ensino Médio Completo	2	6,5
Superior Incompleto	1	3,2
Superior em curso	10	32,3
Superior Completo	6	19,4
Pós-graduação (Lato Sensu)	8	25,8
Mestrado	4	12,9
<b>Total</b>	31	100,0

A Tabela 2 apresenta os dados profissionais dos participantes que em sua maioria eram acadêmicos/estagiários (22,6%), seguidos pelos assistentes sociais (32,3%), com tempo de atuação de menos de um ano.

**Tabela 2.** Dados profissionais dos participantes. Vitória-ES, 2016. (Continua)

Variáveis	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)
<b>Profissão</b>		
Agente Comunitário de Saúde	1	3,2

**Tabela 2.** Dados profissionais dos participantes. Vitória-ES, 2016.  
(Continuação/Conclusão)

<b>Variáveis</b>	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)
Enfermeiro	4	12,9
<b>Profissão</b>		
Psicólogo	5	16,1
Assistente social	10	32,3
Acadêmicos/Estagiários	7	22,6
Outros	4	12,9
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>
<b>Tempo de atuação</b>		
Menos de um ano	14	45,2
De um a cinco anos	8	25,8
Mais de cinco anos	9	29,0
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>

### **Atitudes dos profissionais nos períodos pré e pós capacitação**

No que diz respeito ao Fator 1, os itens que obtiveram maior diferença percentual entre a primeira e a segunda aplicação estão destacados na Tabela 3. Dos 14 itens e/ou afirmações que representam atitudes negativas, houve aumento na discordância em 5 itens.

Após a capacitação, 93,1% dos profissionais discordam que tenham medo de abordar o problema do álcool com os pacientes e 41,4% discordam que os pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool não aceitem o que os profissionais de saúde falam sobre seus problemas com a bebida, sendo estes os itens que apresentaram maior diferença percentual entre os períodos pré e pós capacitação.

Das 2 afirmações que traziam atitudes positivas, em apenas uma houve mudança percentual maior na concordância total, na qual 51,7% concordam que devem cuidar do paciente com transtornos relacionados ao uso do álcool, mesmo que ele não acredite precisar de ajuda.

**Tabela 3.** O trabalho e as relações interpessoais com pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool (Fator 1).

Itens	Pré Capacitação	Pós Capacitação
<b>Atitudes Negativas</b>		
<b>Discordo totalmente</b>		
Eu tenho medo de abordar o problema do álcool com meus pacientes	22 (71%)	27 (93,1%)
De todos os meus pacientes, o paciente com transtornos relacionados ao uso do álcool é aquele que dá mais trabalho	8 (25,8%)	10 (34,5%)
Sinto raiva ao trabalhar com pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool	26 (83,9%)	27 (93,1%)
Pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool nunca aceitam o que os profissionais de saúde falam sobre seus problemas com a bebida	7 (22,6%)	12 (41,4%)
Quando trabalho com pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool, não sei como conduzir a situação	13 (41,9%)	16 (55,2%)
<b>Atitudes Positivas</b>		
<b>Concordo Totalmente</b>		
Devo cuidar do paciente com transtornos relacionados ao uso do álcool, mesmo que ele acredite não precisar de cuidado de saúde	14 (45,2%)	15 (51,7%)

A Tabela 4 traz os itens do Fator 2 que apresentaram maior diferença percentual nos períodos pré e pós capacitação. O fator é composto por 11 afirmações que contém atitudes negativas, sendo que em apenas uma delas houve aumento percentual na discordância total. Nesta afirmativa, após a capacitação, 34,5% dos profissionais discordam totalmente que pacientes com transtorno do álcool são pacientes que cooperam com o tratamento.

**Tabela 4.** A pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool (Fator 2).

Itens	Pré Capacitação	Pós Capacitação
<b>Atitudes Negativas</b>	<b>Discordo totalmente</b>	
Pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool são pacientes que cooperam com seu tratamento	8 (25,8%)	10 (34,5%)

O fator 3 contém 11 afirmativas das quais 10 trazem atitudes positivas e 1 apresenta atitude negativa. A Tabela 5 apresenta as atitudes positivas que apresentaram maior diferença de concordância total nos períodos mencionados. Após a capacitação, 13,8% concordam que predisposições hereditárias levam ao alcoolismo e 17,2% que as pessoas bebem para se sentir mais sociáveis.

Apesar do item que apresentava atitude negativa não ter apresentado diferença na discordância total, houve diminuição na concordância total, saindo de 3 profissionais (9,7%) que concordavam que a pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool bebe porque não consegue enfrentar a sua realidade, no período pré capacitação, para 0 (0%) que concordavam totalmente no período pós capacitação.

**Tabela 5.** O alcoolismo (etiologia) (Fator 3).

Itens	Pré Capacitação	Pós Capacitação
<b>Atitudes Positivas</b>	<b>Concordo Totalmente</b>	
Predisposições hereditárias levam ao alcoolismo	3 (9,7%)	4 (13,8%)
As pessoas bebem para se sentir mais sociáveis	3 (9,7%)	5 (17,2%)

Quanto ao fator 4, cujo dados estão apresentados na Tabela 6, as mudanças de atitudes positivas para concordância total foi para os itens o uso da bebida alcoólica é algo normal (20,6%), e eu sou favorável ao beber moderado (13,8%). Cabe ressaltar que o fator 4 é composto por 10 itens dos quais 7 medem atitudes positivas.

**Tabela 6.** As bebidas alcoólicas e seu uso (Fator 4).

Itens	Pré Capacitação	Pós Capacitação
<b>Atitudes Positivas</b>	<b>Concordo Totalmente</b>	
O uso da bebida alcoólica é algo normal	2 (6,5%)	6 (20,6%)
Eu sou favorável ao beber moderado	2 (6,5%)	4 (13,8%)

Finalmente, dos 50 itens da escala, em que 18 medem atitudes positivas e 32 atitudes negativas, coube destacar as mudanças de atitudes que foram percentualmente superiores no período pós capacitação de 5 itens que se referem a atitudes positivas, sendo que dos 13 restantes, 5 tiveram mudanças para concordância parcial; e, a 6 que se referem a atitudes negativas, sendo que dos 22 restantes, 9 tiveram mudanças para discordância parcial.

## DISCUSSÃO

Uma das peculiaridades do curso avaliado em detrimento de trabalhos anteriores realizados com foco em outros cursos do CRR-ES (AMARAL, 2016; SOUZA, 2016), é a preponderância de cursistas são acadêmicos e estagiários e estão em ensino superior em curso. Tal fato pode estar relacionado com a deficiente formação dos profissionais no que diz respeito a abordagem do paciente dependente químico desde a graduação (PILLON; SIQUEIRA; SILVA, 2010; LIMA JÚNIOR *et al.*, 2015).

Ao compararmos as atitudes nos períodos pré e pós capacitação é possível inferir que a capacitação provocou mudanças nas atitudes dos profissionais cursistas, especialmente no fator 1 que diz respeito ao trabalho e às relações interpessoais com pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool, fato que concorda com os achados em outros estudos (SOARES; VARGAS; FORMIGONI, 2013). Ainda, este achado pode indicar que após receberem capacitação os profissionais se sintam mais confortáveis e preparados em atuar com a pessoa com transtorno relacionados ao álcool, qualificando a assistência (VARGAS; LABATE, 2005; PILLON; SIQUEIRA; SILVA, 2010; COSTA *et al.*, 2015).



O aumento da concordância no item “*Devo cuidar do paciente com transtornos relacionados ao uso do álcool, mesmo que ele acredite não precisar de cuidado de saúde*” vai ao encontro dos achados de Vargas (2010) em estudo realizado com enfermeiros, em que se os mesmos se mostram favoráveis em ajudar o paciente alcoolista mesmo que o mesmo não consiga manter-se abstinente. Tal fato pode estar relacionado a uma atitude positiva quanto a habilidade de ajudá-los no tratamento, beneficiando a relação entre o usuário do serviço e o profissional.

A discreta mudança observada no fator 2 pode indicar na manutenção de estigmas relacionados a pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool, embora tenha sido identificado uma maior disposição para cuidar deste público, como no encontrado por Souza (2016). Tal fato pode relacionar-se aos diversos fatores intervenientes que atuam sobre a formação das atitudes, dentre eles o fator sociocultural, que é também substrato do processo de estigmatização (RONZANI; FURTADO, 2010).

Não apenas o fator 2 apresentou menor mudança de atitude, fato que ocorreu também nos fatores 3 e 4, o que pode ser observado também no estudo de Soares, Vargas e Formigoni (2013). Isto não significa que a capacitação não tenha exercido influência sobre eles, uma vez que as evidências têm apontado uma melhora ainda maior em tempo superior que permita que o profissional coloque em prática os conhecimentos adquiridos (FORD; BAMMER; BECKER, 2009).

No fator 3, que avalia as atitudes dos profissionais quanto a etiologia da doença, prevaleceu a compreensão da predisposição hereditária para o desenvolvimento da doença, assim como aspectos comportamentais. A explicação hegemônica atual para a etiologia do alcoolismo é a teoria biopsicossocial, através de uma concepção multicausal, apesar de Moraes e Barroco (2016) em estudo de revisão apresentarem que por muitas vezes tal concepção não se tratar de uma mera justaposição de fatores, com a construção de um “quebra-cabeça” humano, o que parecer estar de acordo com os achados aqui.

Os dados parecem indicar também uma ambivalência dos profissionais diante das características pessoais da pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool e das bebidas alcoólicas, observados pelo grande número de itens que de concordância parcial, no caso de atitudes positivas, e discordância parcial, no caso de atitudes negativas. Esses achados vão ao encontro dos achados de outros estudos de atitudes

realizados com enfermeiros (VARGAS, 2010b, 2010a), em que os profissionais encontram dificuldades de se posicionar a favor ou contra determinados itens que envolvem o álcool e o alcoolista, o que pode estar relacionado com o modelo moral de explicação do alcoolismo ainda exercer forte influência nas concepções e atitudes dos profissionais.

Ainda segundo alguns autores essa concepção moralizante é prejudicial para o processo terapêutico, criando barreiras para a produção do cuidado, necessitando que os profissionais realizem uma reflexão sobre suas próprias atitudes e concepções (VARGAS; LABATE, 2005; RONZANI; FURTADO, 2010).

## CONCLUSÕES

Os resultados apresentados e discutidos até aqui sugerem que a capacitação ofertada exerceu influência positiva nas atitudes dos profissionais frente ao trabalho e o relacionamento com esses pacientes, o que pode favorecer o relacionamento interpessoal.

Fica claro que há necessidade de maior atenção a formação dos profissionais envolvidos direta e indireta no cuidado da pessoa com transtorno relacionado ao uso de substâncias, seja na graduação ou através de cursos e capacitações oferecidas, com foco na mudança de atitudes. Para além, é importante oportunizar ao trabalhador momentos de reflexão a respeito de sua práxis.

Faz-se necessária a realização de mais estudos que envolvam a avaliação das atitudes de profissionais que passem por estratégias de capacitação, a fim de direcionar a elaboração destas.

## REFERÊNCIAS

AMARAL, T. R. **Atitudes dos profissionais da Rede de Atenção Compartilhada frente ao álcool, alcoolismo e alcoolistas**. 2016.116f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2016.

COSTA, P. H. A. et al. Capacitação em álcool e outras drogas para profissionais da saúde e assistência social: relato de experiência. **Interface (Botucatu)**, v. 19, n. 53, 2015.

FORD, R.; BAMMER, G.; BECKER, N. Improving nurses' therapeutic attitude to patients who use illicit drugs: workplace drug and alcohol education is not enough. **Int J NursPract**, v. 15, n. 2, p. 112–118, 2009.

GONÇALVES, W.; SIQUEIRA, M. M.; BUAIZ, V. **Atitudes dos profissionais frente ao álcool, alcoolismo e alcoolista: A visão dos profissionais da Rede Socioeducativa**. Portugal: Nova Edições Acadêmicas, 2016.

LARANJEIRA, R. (Ed.). **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) - 2012**. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP, 2014.

LIMA JÚNIOR, J. M. D. et al. A educação permanente em álcool e outras drogas: marcos conceituais, desafios e possibilidades. In: RONZANI, T.M. et al. (Org). **Rede de Atenção ao Usuário de Drogas: Políticas e Práticas**. São Paulo: Cortez, 2015.

MORAES, R. J. S.; BARROCO, S. M. S. B. Concepções do alcoolismo na atualidade: pesquisas hegemônicas, avanços e contradições. **Psic.: Teor. e Pesq.**, v. 32, n. 1, p. 229–237, 2016.

NEIVA, E. R.; MAURO, T. G. Atitude e mudança de atitudes. In: TORRES, C. V.; NEIVA, E. R. (Orgs). **Psicologia Social: principais temas e vertentes**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 171–203.

PILLON, S. C.; SIQUEIRA, M. M.; SILVA, C. J. Dependência Química no Currículo de Graduação dos Profissionais de Saúde. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D.C.; LARANJEIRA, R. (Org.). **Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

RONZANI, T. M. A Reforma Curricular nos cursos de Saúde: Qual o papel das crenças? **Rev. bras. educ. med.**, v. 31, n. 1, p. 38–43, 2007.

RONZANI, T. M.; FURTADO, E. F. Estigma social sobre o uso de álcool. **J. bras. Psiquiatr.**, v. 59, n. 4, p. 326–332, 2010.

SIQUEIRA, M. M. et al. Centro de Estudos e Pesquisas sobre Álcool e outras Drogas: Uma Experiência de Transdisciplinaridade. In: SEQUEIRA, C.; SÁ, L. (Coord). **Informação e Saúde Mental - Actas do III Congresso da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. Algarve: Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 2011. p. 15–21.

SIQUEIRA, M M. et al. (Org.). **Álcool, tabaco e outras drogas: uma abordagem para a atenção básica**. Vitória: EDUFES, 2016.

SOARES, J.; VARGAS, D.; FORMIGONI, M.L.O.D.S. Atitudes e conhecimentos de enfermeiros frente ao álcool e problemas associados: impacto de uma intervenção educativa. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 5, p. 1178–1185, 2013.

SOARES, J.; VARGAS, D.; OLIVEIRA, M.A.F. Atitudes e conhecimentos de profissionais de saúde diante do álcool, alcoolismo e do alcoolista: levantamento da produção científica nos últimos 50 anos. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. Port.)** [online], v. 7, n. 1, 2011.

SOUZA, D.P.O. Políticas sobre drogas e redes sociais: desafios e possibilidades. In: SILVA, E.A.; MOURA, Y.G.; ZUGMAN, D.K. **Vulnerabilidades, Resiliência, Redes: uso, abuso e dependência de drogas**. São Paulo: Red Publicações, 2015. p. 267–286.

SOUZA, R. C. F. **Atitudes dos profissionais de um curso dirigido à área de segurança pública frente ao álcool, alcoolismo e alcoolista**. 2016. 115f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2016.

VARGAS, D.; LABATE, R. C. Trabalhar com pacientes alcoolistas: satisfação de enfermeiros de hospital geral. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, v. 26, n. 2, p. 252–260, 2005.

VARGAS, D. **A construção de uma escala de atitudes frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista: um estudo psicométrico**. 2005. 200f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

\_\_\_\_\_. Atitudes de enfermeiros de hospital geral frente às características pessoais do paciente alcoolista. **Rev Bras Enferm**, v. 63, n. 6, p. 1028–1034, 2010a.

\_\_\_\_\_. Atitudes de enfermeiros frente as habilidades de identificação para ajudar o paciente alcoolista. **Rev Bras Enferm**, v. 63, n. 3, p. 190–195, 2010b.

\_\_\_\_\_. Validação de construto da Escala de Atitudes Frente ao Álcool, ao Alcoolismo e a Pessoas com Transtornos Relacionados ao Uso do Álcool. **Rev. psiquiatr. clín.**, v. 41, p. 105–110, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Global Status Report on Alcohol and Health 2014**, 2014.

\_\_\_\_\_. **World Health Statistics 2016: Monitoring Health for the Sustainable Development Goals**, 2016.

## 4.2 ARTIGO 2

### **CAPACITAÇÃO EM ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: O QUE PENSAM OS ASSISTENTES SOCIAIS?**

Camila Barcelos Vieira; Marluce Mechelli de Siqueira

#### **RESUMO**

A Reforma Psiquiátrica Brasileira traz elementos para o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental. Especialmente no campo da dependência química, os profissionais da assistência social adquirem grande relevância diante da característica multicausal da questão. Diante dos desafios do novo modelo proposto, faz-se necessário a capacitação destes profissionais para prestarem um atendimento adequado a esta população. Dessa forma, o objetivo do estudo é explorar as concepções dos assistentes sociais que participaram do curso de capacitação oferecido pelo CRR-ES, acerca da questão do abuso e da dependência de substâncias. Trata-se de um estudo exploratório do tipo descritivo e analítico, com abordagem qualitativa baseada na análise de conteúdo, através da técnica de análise temática. Participaram do estudo 6 assistentes sociais que concluíram o curso de capacitação, sendo que 100% eram do gênero feminino, entre 26 e 35 anos (50%), e que tinham pós-graduação *lato sensu*. Pode-se observar que a capacitação teve influência positiva nas atitudes e crenças dos profissionais, assim como nos conhecimentos acerca da temática e na aplicação dos conhecimentos no cotidiano do trabalho. Entretanto, alguns aspectos devem ser considerados em futuras capacitações como a abordagem da prevenção ao uso e a dependência de substâncias, e a ênfase na abordagem multicausal da questão.

**Descritores:** Educação Continuada; Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias; Assistentes Sociais.

## **ABSTRACT**

The Brazilian Psychiatric Reform brings elements for the redirection of the mental health care model. Especially in the field of chemical dependency, social assistance professionals acquire great relevance in face of the multicausal characteristic of the issue. Faced with the challenges of the proposed new model, it is necessary to train these professionals to provide adequate care to this population. Thus, the objective of the study is to explore the conceptions of social workers who participated in the training course offered by CRR-ES, on the issue of substance abuse and dependence. This is an exploratory descriptive and analytical study with a qualitative approach based on content analysis through the thematic analysis technique. Six social workers who completed the training course participated in the study, of which 100% were female, between 26 and 35 years old (50%), and had undergraduate studies. It can be observed that the training had a positive influence on the attitudes and beliefs of the professionals, as well as on the knowledge about the theme and the application of the knowledge in the daily work. However, some aspects should be considered in future training such as the substance use and substance use prevention approach, and the emphasis on the multi-causal approach to the issue.

**Keywords:** Education, Continuing; Substance-Related Disorders; Social Workers.

## INTRODUÇÃO

A reforma psiquiátrica brasileira, situada entre as décadas de 1980 e 1990, culminou na progressiva extinção dos manicômios e criação dos serviços substitutivos de atendimento através da discussão sobre o modelo de tratamento vigente e do surgimento de serviços que previam a superação deste modelo (HIRDES, 2009). Para além de desospitalizar, o projeto político da desinstitucionalização proposto pela reforma prevê uma mudança cultural na relação da sociedade com a loucura, no sentido da superação do estigma e da segregação dos sujeitos (ANDRADE; MALUF, 2016).

Nesse sentido, um importante marco político é a aprovação da Lei Federal nº. 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, fato que legitima o processo de mobilização social por se tratar de uma política de Estado (BRASIL, 2001). Entretanto apenas em 2011, através da portaria nº 3.088, é instituída a Rede de Atenção Psicossocial, que tem como objetivo fornecer aos usuários com demandas de saúde mental e/ou de dependência química o tratamento, acompanhamento, acolhimento que eles e suas famílias precisem para o enfrentamento da adversidade (BRASIL, 2011).

Um dos objetivos propostos pelo movimento dos trabalhadores em saúde mental para o fortalecimento da rede ambulatorial e de saúde mental, posteriormente sustentado pela portaria da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), é a expansão da rede ambulatorial com equipes multiprofissionais de saúde, indicando a necessidade dos mais diversos profissionais, como psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, etc. (BRASIL, 2011; SCHEFFER; SILVA, 2014). Especialmente no campo de trabalho com usuários de drogas, os profissionais da assistência social adquirem grande relevância, primeiro, por se tratar de uma questão multifacetada e afetada transversalmente pelas questões sociais, e, por estes profissionais terem espaço privilegiado para atuarem através das políticas públicas, neste caso especificamente, através da prevenção, encaminhamentos para tratamento e suporte para a família (SANTOS; FREITAS, 2012; COSTA *et al.*, 2015).

Diante disso, num contexto de uma rede com um atendimento tão amplo, com usuário com demandas tão complexas, diante da consolidação de novas práticas em saúde

mental, há a necessidade de manter os profissionais atuantes na rede socioassistencial capacitados para o melhor acompanhamento do usuário (RODRIGUES, 2007; COSTA *et al.*, 2015; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2016). Com vistas a atender essa demanda de formação, no ano de 2010 é instituído o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas através do decreto nº. 7.179, que tem entre seus objetivos a capacitação dos atores envolvidos no tratamento, prevenção e reinserção social de usuários de crack e outras drogas (BRASIL, 2010c).

A partir deste decreto, em 2011, é lançado o programa “Crack é possível vencer” que se estrutura em três eixos de atuação: cuidado, autoridade e prevenção. Neste último, estão ancorados os Centros Regionais de Referência, que funcionam junto a instituições públicas de ensino superior, que se destinam a educação permanente dos diversos profissionais que atuam com substâncias psicoativas, como por exemplo, profissionais da saúde, assistência social, justiça, educação, etc, totalizando em 51 centros espalhados pelo país (LIMA JÚNIOR *et al.*, 2015).

No Espírito Santo, em 2011, foi criado o Centro Regional de Referência sobre Drogas do Espírito Santo (CRR-ES), em parceria com os municípios de Vitória e Vila Velha, sendo sua sede na Universidade Federal do Espírito Santo no Centro de Estudos e Pesquisas sobre Álcool e outras Drogas (CEPAD). O CRR-ES foi criado com o objetivo de atender a necessidade de educação permanente de profissionais da rede de atenção integral aos usuários, considerando as evidências científicas sobre a expansão do consumo de substâncias psicoativas e, conseqüentemente, seus impactos para a saúde individual e coletiva (SIQUEIRA; BUAIZ, 2012).

Nesse sentido, as atividades realizadas pelos CRRs precisam ser avaliadas a fim de se verificar a eficácia do processo de formação na prática profissional daqueles que participaram dos cursos, além de aperfeiçoá-los (COSTA *et al.*, 2015; LIMA JÚNIOR *et al.*, 2015). Sendo assim, o presente estudo objetiva explorar as concepções dos assistentes sociais que participaram do curso de capacitação Atualização em Atenção Integral aos usuários de Crack e outras Drogas para profissionais de Hospitais Gerais, oferecido pelo CRR-ES, acerca da questão do abuso e da dependência de substâncias.



## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, de caráter exploratório, realizado junto aos participantes do curso de Atualização em Atenção Integral aos usuários de Crack e outras Drogas para profissionais de Hospitais Gerais oferecido pelo CRR-ES, desenvolvido pela equipe técnica do Centro de Estudos e Pesquisas sobre o Álcool e outras Drogas – CEPAD, o qual é localizado no Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

Definiu-se como população de interesse a categoria profissional que obteve maior representatividade dentre todas que participaram do curso, selecionando-se assim, os 10 assistentes sociais que foram aprovados segundo os critérios definidos pela instituição. Destes, apenas 6 aceitaram o convite para participar voluntariamente do estudo.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os participantes nos meses de outubro e novembro de 2016. O local e horário eram pré acordados, através de agendamento telefônico, e a entrevista tinha duração de aproximadamente 30 minutos. Estas foram gravadas em áudio com permissão dos entrevistados, e posteriormente foram transcritas.

Os dados foram coletados através de um questionário de identificação, com perguntas sociodemográficas e situação profissional, além de 14 questões divididas entre quatro categorias de temáticas: 1- Atitudes & Crenças, 2 - Conhecimentos específicos, 3 - Boas práticas e 4 – Capacitação, previamente estabelecidas.

Para análise dos dados utilizou-se a análise de conteúdo temática, realizando-se a leitura exploratória do material, em que a partir de então se elegeu aqueles discursos que emergiram com maior frequência dando origem as categorias de análise. Para garantir o anonimato dos sujeitos, os trechos das falas serão identificados pelas letras AS, seguida de um número de 1 a 6.

A realização desta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo, sob o parecer nº. 732.798, observando-se os dispositivos da Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisas com Seres Humanos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### *Caracterização da população de estudo*

A população estudada é composta em sua totalidade por pessoas do gênero feminino, majoritariamente entre 26 e 35 anos de idade (50%), e com pós-graduação lato-sensu (66,6%), conforme os dados apresentados na Tabela 1.

**Tabela 1.** Características sociodemográficas da população estudada. Vitória-ES, 2016.

Variáveis	Frequência Absoluta (N)	Frequência Relativa (%)
<b>Gênero</b>		
Feminino	6	100,0
Masculino	0	0
<b>Total</b>	6	100,0
<b>Faixa etária</b>		
Entre 26 e 35 anos	3	50,0
Entre 36 e 45 anos	1	16,7
Entre 46 e 55 anos	2	33,3
<b>Total</b>	6	100,0
<b>Nível de Escolaridade</b>		
Superior Completo	1	16,7
Pós-graduação (Lato Sensus)	4	66,6
Mestrado	1	16,7
<b>Total</b>	6	100,0

No que diz respeito a situação profissional, a Tabela 2 mostra que 80% das assistentes sociais estavam empregadas exercendo a função para qual se graduaram, e majoritariamente em instituições hospitalares (40%), com tempo de atuação menor que 1 ano (40%). Pode-se verificar que metade destes mudou de vínculo, setor e/ou emprego após a capacitação, assim como não realizou outro curso em álcool e outras drogas após o realizado no CRR-ES.

**Tabela 2.** Situação profissional da população estudada. Vitória-ES, 2016.

<b>Variáveis</b>	<b>Frequência Absoluta (N)</b>	<b>Frequência Relativa (%)</b>
<b>Vínculo empregatício</b>		
Sim	4	80,0
Sim, porém não como assistente social	1	10,0
Não	1	10,0
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>
<b>Local de trabalho</b>		
Hospital	2	40,0
Instituição Militar	1	20,0
Área Técnica	1	20,0
Sistema Socioeducativo	1	20,0
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>
<b>Tempo de atuação instituição atual</b>		
Menor que 1 ano	2	40,0
Entre 1 e 5 anos	1	20,0
Acima de 10 anos	2	40,0
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>
<b>Mudança de emprego/vínculo/setor após a capacitação</b>		
Sim	3	50,0
Não	3	50,0
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>
<b>Outra capacitação em AD pós CRR-ES</b>		
Sim	3	50,0
Não	3	50,0
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>

O relatório do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) a respeito do perfil dos assistentes sociais indica semelhança com a caracterização mostrada aqui, sendo apresentada como predominantemente feminina, que possui ao menos um vínculo

empregatício. De maneira oposta ao perfil encontrado, o relatório mostra que os assistentes sociais têm idade entre 35 e 44 anos e mais da metade possui apenas a graduação (TRINDADE *et al.*, 2005).

No que diz respeito a mudança de vínculo, emprego e setor, observa-se ocorrência em metade dos profissionais entrevistados. Segundo Lima Júnior *et al.* (2015), a construção de uma política de educação permanente em substâncias psicoativas encontra dois entraves principais: o primeiro é o quantitativo de profissionais atuantes na RAPS; e o segundo, é a precarização dos vínculos profissionais, sujeito às alterações a cada mudança de gestão como resultado de jogo político, perdendo-se o investimento feito na equipe anterior. O mesmo foi observado por Souza (2016), em seu estudo realizado com profissionais atuantes na saúde, na assistência social e na segurança pública, cuja população se caracteriza pela alta rotatividade dos profissionais prejudicando a formação de vínculo e desenvolvimento de tratamento.

Isto posto, parte-se então para a análise do conjunto dos relatos (gravados e transcritos) de alguns profissionais concluintes, divididos em quatro Classes Temáticas (CT): 1. Atitudes e crenças; 2. Conhecimentos específicos; 3. Boas práticas e; 4. Capacitação, e subdivididas em categorias de análise, sintetizadas na Tabela 3.

**Tabela 3.** Categorias temáticas e categorias empíricas. Vitória-ES, 2016. (Continua)

<b>Categorias Temáticas</b>	<b>Categorias Empíricas</b>
<b>Atitudes e crenças</b>	Acolhimento e Empatia Estigmas
<b>Conhecimentos específicos</b>	Modelos: psicológicos, sociais e biológicos Entrevista: quantidade de uso, tipo de substância, abstinência.
<b>Boas práticas</b>	Prevenção – aspecto informacional Trabalho multiprofissional e em Rede Atividades Terapêuticas
<b>Capacitação</b>	Desafios Contribuições para a prática profissional

## **Atitudes e Crenças**

Ao avaliarmos a categoria temática Atitudes e Crenças, evidenciou-se nos discursos que a postura do profissional que atua com usuários de substâncias psicoativas deve-se pautar pelo acolhimento e empatia, como nos relatos que se seguem:

*[...] sempre entender o porquê de tá acontecendo aquilo com aquela pessoa. Vamo no meu exemplo, o adolescente, não julgar pelo histórico dele, mas sim tentar entender, né? Então vejo o profissional, ele tem que olhar para aquele indivíduo e tentar entender o porquê daquela situação, né? (AS1)*

*Tem que ser uma postura acolhedora, tem que ser uma postura de escuta, né, para que ele possa sentir à vontade de falar, né? [...] Então dependendo do que for identificado, sempre uma postura acolhedora, de escuta, e de sensibilização. (AS 4)*

O acolhimento é uma das diretrizes ética, estética e política da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde, sendo descrita como uma tecnologia do encontro capaz de firmar relações de potência nas produções de saúde, permitindo a reflexão a respeito das relações, dos modelos de atenção e dos modos de operar a assistência (BRASIL, 2010<sub>b</sub>). Trata-se de uma nova forma de operar, reconhecendo as necessidades dos usuários com um olhar humanizado, livre de estigmas e/ou preconceitos (BRASIL, 2010<sub>b</sub>; SOUZA; MELO, 2015).

Em estudo realizado com profissionais que atuavam no CAPS AD do interior da Bahia, a respeito das ações de acolhimento realizadas com usuários de crack, evidencia que o acolhimento é uma tecnologia utilizada no encontro com o usuário, sendo a escuta um ponto crucial para sua efetivação (SOUZA; MELO, 2015), o que se assemelha com os discursos dos assistentes sociais deste estudo.

A empatia, também citada pelos profissionais, é uma das habilidades definidoras da Inteligência Emocional, que se baseia nas reações emocionais a partir da autoconsciência, que pode ser resumida como adotar uma perspectiva de uma determinada situação, apreciando-a como se estivéssemos no lugar da pessoa que a experimenta. Além disso, juntamente com a alteridade e o afeto, constitui-se um marco teórico do acolhimento que inclui a compreensão dos afetos alheios (SCHOLZE; DUARTE JÚNIOR; SILVA, 2009). Esta também é apresentada como princípio geral das técnicas de intervenção breve e também da entrevista motivacional (MICHELI; FORMIGONI; CARNEIRO, 2014), que também foram citadas pelos

profissionais como técnicas utilizadas em suas abordagens, como nos relatos a seguir:

*Eu aposto muito mesmo nessa perspectiva motivacional. (AS2)*

*[...] sobre o uso, como que é o dia a dia, o que que aquele uso da substância vai interferir na sua vida, né, quais são é... as suas perdas, e... e realmente sensibilizá-lo, a gente acaba fazendo a intervenção breve, para que ele possa realmente se tratar. (AS 4)*

Outro aspecto que emergiu dos discursos relacionado a postura profissional diante do paciente usuário de substâncias psicoativas foi a desconstrução de estigmas e preconceitos como postura a ser adotada diante do paciente que tem problemas relacionadas ao uso de substâncias, como podemos ver nos relatos abaixo:

*Principalmente porque por ter feito o curso e por ter trabalhado um tempo no CAPS, eu tive a oportunidade de compreender que primeiro as substâncias psicoativas são as mais variadas inclusive os medicamentos, então já começa por aí, né? Eu acho que a gente tem que descortinar vários preconceitos. (AS 5)*

*Desprovida de preconceito acima de tudo né? Sem ficar falando 'poxa, você tá usando isso'. Você ser desprovido de preconceito, acho que é o primeiro. Você se colocar no outro, compreender a necessidade da situação que ele tá e a necessidade de ajuda. (AS 6)*

O preconceito, o estigma e a discriminação se constituem importantes barreiras para a oferta de cuidado em saúde, interferindo negativamente no vínculo de confiança, no acesso ao tratamento e na sua baixa adesão (RONZANI; FURTADO, 2010; RONZANI; NOTO; SILVEIRA, 2014; LIMA JÚNIOR *et al.*, 2015). O estigma está relacionado ao preconceito, que é definido como uma “atitude negativa, relativamente inflexível, que predispõe a pessoa que apresenta o preconceito a determinados comportamentos ou profecias autorrealizadoras” (RONZANI; FURTADO, 2010).

Uma das primeiras estratégias a serem adotadas para a redução do estigma, e consequentemente, do preconceito, é a educação, que pode ser combinada com outras estratégias (RONZANI; NOTO; SILVEIRA, 2014). Dessa forma, é importante que os profissionais de todos os níveis de atenção recebam capacitação para atenção ao uso e abuso de drogas, que tenham como elemento norteador não apenas na

técnica, mas na mudança de atitudes e superação dos estigmas (RONZANI; NOTO; SILVEIRA, 2014; LIMA JÚNIOR *et al.*, 2015).

A pesquisa realizada por Amaral (2016), com profissionais que atuam em Centro de Acolhimento para dependentes químicos e realizaram o curso de capacitação em Intervenção Breve e Aconselhamento Motivacional, mostrou, semelhantemente, que os profissionais consideram ser necessário apresentar uma postura acolhedora e livre de preconceito. O estudo reforça a importância da inclusão diante de contextos de atitudes estigmatizadoras.

### **Conhecimentos Específicos**

Essa categoria temática pretende compreender a aplicação dos conhecimentos teóricos adquiridos, durante a capacitação oferecida, no cotidiano do trabalho dos assistentes sociais.

Os modelos etiológicos da dependência química contribuem para a compreensão do fenômeno e das estratégias de intervenção a serem adotadas. Os modelos etiológicos contemporâneos se subdividem em: moralistas, naturais, biológicos, psicológicos, sociais, espirituais, de saúde pública e o ecletismo informado (PRATTA; SANTOS, 2009; PERRENOUD; RIBEIRO, 2010).

No que diz respeito ao modelo etiológico do alcoolismo não existe uma resposta definitiva e consensual, sendo mais frequentemente abordado na literatura como multicausal e explicado pelo modelo biopsicossocial (MORAES; BARROCO, 2016). Pode-se observar que os profissionais se utilizam desse modelo para tentar explicar o fenômeno:

*Bom, acredito que tem a questão genética, uma predisposição. Fatores psíquicos, assim do histórico, da experiência de vida, os possíveis traumas que a pessoa tenha tido na vida, é... essa questão da forma como ela estabelece a relação com o uso da substâncias, se ela utiliza ela como, por exemplo, pra... todos os dias depois do trabalho, pra relaxar eu preciso fazer uso do álcool, ou qualquer outra substância. Então a tendência é que isso vá se ampliando cada vez mais, né? Assim, a necessidade do uso contínuo aumente cada vez mais. Se ela usa sempre aos finais de semana, mas sempre vinculado ao prazer, e só os momentos do uso da substância é que trazem prazer e diversão então tem muito disso. (AS 5)*

Os autores Moraes e Barroco (2016) ponderam que apesar do amplo uso do modelo biopsicossocial para o alcoolismo, muitas vezes acaba sendo reduzido a um modelo unicausal, em que as causas se encontram justapostas, fragmentando o indivíduo o que não contribui para o enfrentamento da questão. Propõem ainda que a questão seja compreendida entendendo o homem como um ser histórico e social, produto de múltiplas determinações. Este fato é constatado por Scaduto e Barbieri (2009) em que apesar dos profissionais adotarem o modelo multicausal, tinham dificuldade em integrar todos os fatores nas intervenções realizadas.

Semelhantemente, em alguns discursos dos profissionais deu-se mais ênfase a determinador fator ou até mesmo omitindo, como podemos observar no relato abaixo:

*Os fatores ambientais, familiares, sociais, e... Eu acho que o fator genético também, porque a compulsão ela tá muito ligada... ela pode se dar pelo alimento, pela droga, o próprio transtorno pode levar a compulsão pra droga. Às vezes vai levar a uma compulsão alimentar, vai levar uma compulsão pra dependência química. Então esse fator genético, apesar dos outros também, eu acho que também é bem importante.(AS 4)*

Quando questionados sobre os critérios utilizados para detecção de uso abusivo e dependência química, pode-se notar que os profissionais utilizam os critérios definidos pela Classificação Internacional de Doenças, 10ª versão (CID-10) e Diagnostic and Statistical Manual, 4ª versão (DSM IV), abordando os pacientes através de entrevista. Apesar disto, nenhum profissional indicou utilizar instrumento de triagem padronizado para investigar o uso da substância. Isto fica claro nos seguintes relatos:

*Critério número um: quantidade de uso. Quantidade de uso que a pessoa faz diário, né? É as relações sociais, outro fator, se já está afetando as relações sociais. É... as relações se estende, tanto relacionado ao trabalho, a família, né, relacionamento mesmo com a sociedade como todo. (AS 2)*

*Então, normalmente nas minhas abordagens, eu pergunto, qual a frequência do uso, a quantidade do uso, né? Quais são as situações em que o uso da substância é feita, se existe algum sintoma de abstinência, então eu pergunto se sente delirium tremens, que é esse tremor nas mãos, se tem essa questão da compulsão, da necessidade pelo uso, se sente algum outro fator de abstinência, né? Mais o quê? Há quanto tempo faz o uso da substância, qual foi a primeira substância que experimentou na vida, né, com quantos anos, quanto tempo usa, se já fez tratamento alguma vez, há quanto tempo interrompeu esse tratamento, se teve algum momento de interrupção do uso da substância e de retorno. Tudo isso influencia. (AS 5)*



Tanto o CID – 10 quanto o DSM IV apresentam como critérios para o diagnóstico da dependência química a ocorrência de: tolerância - necessidade de doses crescentes da substância para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas; perda do controle; síndrome de abstinência; negligência de atividades e muito tempo gasto em função do consumo da substância; e, a persistência no uso apesar dos prejuízos que este tem causado (SILVA, 2010).

Para que o tratamento da dependência química seja eficaz, todos os profissionais envolvidos devem estar de acordo com o diagnóstico, sendo portanto, fundamental que todos conheçam os critérios diagnósticos estabelecidos (SILVA, 2010). Além disto, os profissionais que atuam na atenção primária e nos serviços de proteção social têm maiores probabilidades de intervirem precocemente, pois atendem uma grande demanda que já podem ter problemas relacionados com o uso de álcool e outras drogas. É importante ressaltar que a dependência não se instala repentinamente, deste modo o dependente já passou por diferentes padrões de uso que não foram identificados anteriormente para que houvesse uma intervenção (MICHELI *et al.*, 2014).

### ***Boas práticas***

Nesta categoria temática, os profissionais destacaram as intervenções realizadas no seu cotidiano de trabalho, assim como seus aspectos positivos e negativos.

No que diz respeito às atividades de prevenção, a maioria relatou realizar palestras e reuniões com um aspecto de transmissão de informações:

*No momento, a gente tem feito muitos...Por exemplo, tem os adolescentes aqui, os estagiários... que também trabalham conosco, é nossos funcionários também, então a gente tira um dia dos estagiários, geralmente quando eles estão iniciando pra gente dar palestras sobre drogas e o alcoolismo, sobre o uso de tabaco, sobre doenças sexualmente transmissíveis, essas coisas... e para os militares quando a gente tem a oportunidade de na, nas unidades, a gente fala também, faz palestras também sobre drogas, né? (AS 6)*

A literatura tem apontado que a utilização de palestras como meio de difusão das informações sobre a substância, seus riscos e complicações, apesar de serem amplamente difundidas, podem gerar pouco ou nenhum resultado se realizada isoladamente (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2013; BRASIL,

2015). O modelo mais difundido e com comprovação de eficácia em diferentes grupos é o de habilidades de vida, que se baseia nas habilidades de autoconhecimento, relacionamento interpessoal, lidar com problemas, pensamento criativo, utilizando como ferramentas instruções, demonstrações, role play, feedback e reforço social (BRASIL, 2015).

Assim, pode-se perceber que os profissionais ainda mantêm uma perspectiva conservadora a respeito das atividades de prevenção. Pode-se notar um conhecimento limitado sobre as atividades de prevenção, considerando como sinônimo de prevenção universal que se destina à população geral, sem qualquer fator associado ao risco (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2013). Importante destacar ainda que para a população adulta, em serviços de saúde, a estratégia a ser utilizada seria a intervenção breve e entrevista motivacional, já citadas aqui como técnicas utilizadas pelos profissionais, e se constituindo uma estratégia de prevenção indicada, voltadas para pessoas identificadas como usuárias ou com comportamentos de risco relacionados (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2013).

Quando questionados o que destacariam como boas práticas no tratamento da dependência química, o enfoque foi dado ao tratamento não farmacológico, com ênfase nas diversas atividades terapêuticas:

*Criar vínculos familiares com pessoas que não fazem o uso de substância, o próprio tratamento psicológico, trabalhos manuais, é... participar de oficinas terapêuticas, né, terapia ocupacional, seriam essas assim, participar de grupos na comunidade. (AS 4)*

As oficinas terapêuticas são realizadas em grupo sob a orientação de um ou mais profissionais a fim de promover o desenvolvimento de habilidades, maior integração social e familiar, a manifestação de sentimentos e problemas latentes, a realização de atividades produtivas, o exercício coletivo da cidadania, e atividades recreativas (BRASIL, 2004a; PINHO *et al.*, 2009).

Estas são as principais atividades desenvolvidas nos serviços substitutivos de saúde mental, sendo colocada como principal mecanismo para a reinserção social. Entretanto, para que esta não seja uma reprodução das características da psiquiatria

tradicional, em que se deve entreter o doente, o serviço deve estar voltado para a mudança de vida do usuário, trabalhando aspectos como “a emancipação (empowerment) dos utilizadores; a prevenção e combate ao estigma e à discriminação; o desenvolvimento das capacidades sociais e a criação de um sistema de suporte continuado” (PINHO *et al.*, 2009).

### **Capacitação**

Neste eixo, os entrevistados foram convidados a refletir sobre a importância dos processos formativos e de educação permanente no cotidiano do trabalho. A partir da análise dos discursos, foi possível perceber que a motivação para buscar conhecimento na área de saúde mental/ substâncias psicoativas é gerada a partir de desafios, sejam eles no aspecto da vida profissional, pessoal ou do próprio reconhecimento do problema na sociedade.

*A minha maior motivação foi eu conseguir compreender depois que eu vim trabalhar no serviço social, que nós temos diversos militares que tem problemas com o uso de álcool e de outros tipos de droga, e como falei, uma coisa muito velada por ser um meio militar, e a necessidade, que eles precisavam ter um profissional que pudesse compreender e ajudá-los nesse sentido. (AS 6)*

Além disto, destacou-se também que a participação da capacitação contribuiu com diversos elementos no cotidiano do trabalho, sejam estes operacionais ou até mesmo na postura dos profissionais diante da questão, como podemos observar nos relatos abaixo:

*Olha só, o que que eu percebi que depois que a gente fez esse curso, o que melhorou, uma situação muito importante foi o estudo de caso, entendeu? Estudo de caso em reunião. Então assim, o paciente X, a gente vai fazer o estudo de caso a partir daquela situação que os profissionais estão acompanhando, aí tem avaliação do assistente social, do psicólogo, do psiquiatra, o que a gente pode fazer pra tá melhorando, entendeu? (AS2)*

*Com certeza, a nossa forma de abordar, como a gente conduz, como a gente faz o convencimento, as orientações através do que a gente entende que pode prejudicar a pessoa. Então assim, a capacitação foi de suma importância. (AS 6)*

Dessa forma, pode-se observar que a motivação para procurar a capacitação está de acordo com o princípio da Educação Permanente em Saúde (EPS), que surge a partir do cotidiano do trabalho, propondo-se uma reflexão e avaliação sobre as ações em saúde (CECCIM, 2005). Ainda, Ceccim (2005) afirma que é a partir dos desconfortos experimentados no cotidiano do trabalho é que somos motivados a mudar os processos ou incluir novos elementos à prática.

Os impactos da EPS vão desde o aprimoramento de técnicas e revisão de conceitos até na melhoria do relacionamento entre os próprios trabalhadores e os usuários do serviço, mesmo em pequenas ações. Ao participar de um processo educativo como este, os profissionais se sentem motivados ao terem a oportunidade de trocarem experiências e conhecimentos para melhorar a qualidade da atenção (SARRETA, 2009).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A Reforma Psiquiátrica resultou em uma mudança assistencial no campo da saúde mental, que não foi acompanhada pelos processos de formação dos profissionais de saúde e assistência social. Sendo assim, é mister a capacitação desses profissionais e a educação permanente se constitui um importante instrumento para esse processo.

Evidenciou-se que a capacitação oferecida munuiu os profissionais com conhecimento técnico-científico da dependência de substâncias, especialmente no que diz respeito aos critérios clínicos e diagnósticos da dependência. Observa-se ainda que os benefícios vão para além dos conhecimentos adquiridos, influenciando também aspectos atitudinais dos profissionais. Isto pode influenciar positivamente na qualidade do atendimento prestado, sendo este também um atendimento mais humanizado.

Apesar disto, o estudo também aponta que os profissionais não utilizam nenhum instrumento de triagem padronizado, o que pode fazer com que alguns casos não sejam identificados antes que se instale a dependência, perdendo-se a oportunidade de intervenção. Ainda, percebeu-se pouco conhecimento a respeito das atividades de prevenção de acordo com as evidências científicas, o que pode sinalizar a necessidade de abordar esse tema através da educação permanente.

No que diz respeito ao Serviço Social, a capacitação permitiu a compreensão do usuário e dependente como um ser social e complexo, além de uma reflexão sobre o projeto ético-político da profissão e abordagem crítica diante da temática.

Sendo assim, faz-se necessário mais pesquisas que avaliem as estratégias de capacitação oferecidas, além de um redirecionamento destas para inclusão de abordagens de prevenção e reflexão a respeito da compreensão do modelo multicausal da dependência, abordado por uma perspectiva da saúde coletiva.

## REFERÊNCIAS

AMARAL, T. R. **Atitudes dos profissionais da Rede de Atenção Compartilhada frente ao álcool, alcoolismo e alcoolistas**. 2016.116f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2016.

ANDRADE, A.P.M.; MALUF, S.W. Sujeitos e(m) experiências: estratégias micropolíticas no contexto da reforma psiquiátrica no Brasil. **Physis**, v. 26, n. 1, 2016.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Política Nacional de Saúde Mental. 2001. **Casa Civil** – Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)>. Acesso em: 20 mar. 2017.

BRASIL. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. 2010b. **Casa Civil** – Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2010/decreto/d7179.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7179.htm)>. Acesso em: 20 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Portaria nº3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Saúde Legis** - Sistema de Legislação da Saúde. 2011. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)>. Acesso em: 20 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. **Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas: Guia AD**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface (Botucatu)**, v. 9, n. 16, p. 161–168, 2005.

COSTA, P. H. A. et al. Capacitação em álcool e outras drogas para profissionais da saúde e assistência social: relato de experiência. **Interface (Botucatu)**, v. 19, n. 53, 2015.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Cien Saude Colet**, v. 14, n. 1, p. 297–305, 2009.

LIMA JÚNIOR, J. M. et al. A educação permanente em álcool e outras drogas: marcos conceituais, desafios e possibilidades. In: RONZANI, T.M. et al. (Org). **Rede de Atenção ao Usuário de Drogas: Políticas e Práticas**. São Paulo: Cortez, 2015.

MICHELI, D. et al. Uso, abuso ou dependência? Como fazer triagem usando instrumentos padronizados. In: FORMIGONI, M.L.O.S. (Coord). **Deteção do uso e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas: módulo 3**. 7. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014. p. 23–43.

MICHELI, D.; FORMIGONI, M.L.O.S.; CARNEIRO, A. P. L. Intervenção Breve: módulo 4. In: FORMIGONI, M.L.O.S. (Coord.). **SUPERA: Sistema para deteção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento**. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014.

MORAES, R.J.S.; BARROCO, S.M.S.B. Concepções do Alcoolismo na Atualidade: Pesquisas Hegemônicas, Avanços e Contradições. **Psic.: Teor. e Pesq.**, v. 32, n. 1, p. 229–237, 2016.

NASCIMENTO, C.C.S.; OLIVEIRA, C.M. Educação Permanente e Serviço Social: Apontamentos sobre a formação profissional. **Temporalis**, n. 31, p. 133–165, 2016.

PERRENOUD, L.O.; RIBEIRO, M. Etiologia dos transtornos relacionados ao uso de substâncias. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D.C.; LARANJEIRA, R. (Org.). **Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PINHO, P. H. et al. Reabilitação psicossocial dos usuários de álcool e outras drogas: a concepção de profissionais de saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 43, n. especial 2, 2009.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. **Psic.: Teor. e Pesq.**, v. 25, n. 2, p. 203–211, 2009.

RODRIGUES, J.S. O serviço social e as políticas públicas brasileiras no trato do álcool e outras drogas. In: III JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS: QUESTÃO SOCIAL E DESENVOLVIMENTO NO SÉCULO XXI. São Luís - Maranhão, 28 a 30 de agosto 2007. **III Jornada Internacional de Políticas Públicas**. Disponível em:

<[http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos/EixoTematicoF/412f790d5d5aa2a196efJanaina\\_dos\\_Santos.pdf](http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos/EixoTematicoF/412f790d5d5aa2a196efJanaina_dos_Santos.pdf)>. Acesso em: 01 fev. 2017.

RONZANI, T. M.; FURTADO, E. F. Estigma social sobre o uso de álcool. **J. bras. Psiquiatr.**, v. 59, n. 4, p. 326–332, 2010.

RONZANI, T. M.; NOTO, A. R.; SILVEIRA, P. S. **Reduzindo o estigma entre usuários de drogas: guia para profissionais e gestores**. Juiz de Fora: UFJF, 2014.

SANTOS, A. R.; FREITAS, T. P. **O Serviço Social na prevenção ao uso de drogas: desafios interdisciplinares para o trabalho profissional**. In: VIII SEMINÁRIO DE SAÚDE DO TRABALHADOR E VI SEMINÁRIO “O TRABALHO EM DEBATE”. Franca, São Paulo, 25 a 27 de setembro de 2012. **Proceedings online...Unesp Franca**. Available from: <[http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=MSC000000112012000100036&lng=en&nrm=abn](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000112012000100036&lng=en&nrm=abn)>. Acesso em 01 fev. 2017.

SARRETA, F.D.O. **Educação Permanente em Saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

SCADUTO, A. A.; BARBIEIRI, V. O discurso sobre a adesão de adolescentes ao tratamento da dependência química em uma instituição de saúde pública. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, n. 2, p. 605–614, 2009.

SCHEFFER, G.; SILVA, L. G. Saúde mental, intersectorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos. **Serv. Soc. Soc.**, v. 1, n. 118, p. 366–393, 2014.

SCHOLZE, A. S.; DUARTE JÚNIOR, C. F.; SILVA, Y. F. E. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade? **Interface (Botucatu)**, v. 13, n. 31, p. 303–314, 2009.

SILVA, C. J. Critérios de diagnóstico e classificação. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D.C.; LARANJEIRA, R. (Org.). **Dependência Química: Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

SIQUEIRA, M. M.; BUAIZ, V. **Centro Regional de Referência para Formação Permanente de Profissionais para a Rede de Atenção aos Usuários de Substâncias Psicoativas do Estado do Espírito Santo (CRR-ES)**. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo - UFES, 2012.

SOUZA, R. C. F. **Atitudes dos profissionais de um curso dirigido à área de segurança pública frente ao álcool, alcoolismo e alcoolista**. 2016. 115f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2016.

SOUZA, S. L.; MELO, L. G. Acolhimento aos usuários de crack de um Centro de Atenção Psicossocial: os sentidos atribuídos pelos trabalhadores. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. Port.)**, v. 11, n. 4, p. 181–189, 2015.

TRINDADE, R. L. P. et al. **Assistentes Sociais no Brasil: Elementos para o estudo do perfil profissional**. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social -CFESS, 2005.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME – UNODC. **Normas Internacionais Sobre a Prevenção do uso de Drogas.** 2013.



### 4.3 CAPÍTULO DO LIVRO CENTRO REGIONAL DE REFERÊNCIA SOBRE DROGAS (CRR-ES): UMA EXPERIÊNCIA INTERSETORIAL E INTERINSTITUCIONAL

#### Capítulo 2

#### **Políticas Públicas e a Formação de Recursos Humanos em Álcool e Drogas**

Camila Barcelos Vieira; Wanderson dos Santos Gonçalves;

Marluce Mecheli de Siqueira; Telmo Mota Ronzani.

#### **Introdução**

A construção das políticas públicas, a despeito da autonomia do Estado, sofre influências internas e externas, sendo dependente, portanto, dos momentos históricos vividos (SOUZA, 2006). Assim sendo, cabe analisar a construção das políticas públicas sobre drogas em nosso país também em uma perspectiva histórica, tentando compreender as influências que a permearam.

Em 1924, num contexto internacional proibicionista encabeçado pelos Estados Unidos da América e nacional de expansão do consumo, inclui-se no código penal brasileiro através do Decreto nº 4.294, a penalidade de prisão para aqueles que comercializassem cocaína e ópio, assim como seus derivados (FIORE *apud* ALVES, 2009). As legislações que se seguem só reforçam o conteúdo proibicionista, adotando uma posição moralizante crescente, se alinhando ao pensamento político internacional vigente, sem considerar os aspectos de saúde e sociais envolvidos no uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas.

Apenas em 1971, com a aprovação da lei nº. 5.726, que dispõe sobre medidas preventivas e repressivas ao tráfico e ao uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, que a legislação aborda intervenções de saúde, entretanto, sendo direcionadas apenas aos “viciados em substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, que praticarem os

crimes previstos no art. 281 e seus §§ do Código Penal”, estabelecendo internação em hospital psiquiátrico.

As Convenções Internacionais realizadas pela Organização das Nações Unidas (ONU) através da Comissão de Narcóticos, a saber, Nova Iorque, 1961; Viena, 1971; e, Viena, 1988, chamadas Convenções-Irmãs, marcam a internacionalização das políticas sobre drogas entre os países signatários, sendo o Brasil signatário de todas as citadas (ALVES, 2009; SANTOS; OLIVEIRA, 2012). As convenções citadas ratificaram a política proibicionista, expandindo-a para outros países do mundo, com um conteúdo repressor e moralista. Dessa forma, não se trata apenas de uma prática de “exportação” de substâncias psicoativas, mas também de ideologias, de orientações de políticas, como se o fenômeno pudesse ser reduzido a uma uniformidade mundial, desconsiderando que os aspectos socioeconômicos e políticos são diferentes nos diversos países.

Este proibicionismo às drogas expresso internacionalmente nas três Convenções da ONU pretendeu restringir a fins exclusivamente médicos e científicos a produção, a distribuição e o consumo das substâncias e matérias-primas tornadas ilícitas nesse momento, mediante a criminalização de condutas relacionadas aquelas atividades que se realizem com quaisquer outros fins (SEIBEL, 2010).

As convenções internacionais sobre drogas delimitam de forma mais rígida as interpretações a respeito do consumo, prescrevendo receitas únicas que tem pouca relação com o mundo real. Tais convenções se contrapõem aos tratados a respeito dos direitos humanos, uma vez que a criminalização não permite que direitos fundamentais como a um juízo justo, de não ser objeto de discriminação, e de acesso à saúde, sejam plenamente executados e defendidos pelo Estado (METAAL, 2014).

Em 1976, com a sanção da lei nº 6.368, observa-se um avanço em relação à legislação anterior no que diz respeito ao tratamento, que se restringia ao tratamento dos infratores, passa então a determinar o tratamento para os dependentes de modo geral. Entretanto, não é previsto em lei uma rede de tratamento que seja compatível com a complexidade do problema, revelando em suas entrelinhas, uma abordagem médico-psiquiátrica.

A elaboração da Constituição de 1988, chamada Constituição Cidadã, destaca a saúde como uma das condições essenciais a uma vida digna sendo, portanto, um direito humano fundamental, o que influencia na elaboração da Política de Saúde foi formulada com a finalidade de viabilizar o direito à saúde. É a partir das Leis nº. 8.080/90 e 8.142/90, com a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), que se garante este princípio constitucional (BRASIL, 1990<sub>a</sub>; BRASIL, 1990<sub>b</sub>; RONZANI; MOTA, 2010).

Se analisarmos o percurso histórico descrito até aqui, é possível observar que da década de 80 e até o início dos anos 90, pouco havia sido feito pelos órgãos responsáveis de saúde pública em termos de uma política de atendimento aos usuários de drogas (LUIS *et al.*, 2011). As políticas de drogas, até esse momento, abordavam a questão numa perspectiva da redução da oferta de drogas, com ações no campo jurídico e médico (GARCIA; LEAL; ABREU, 2008).

É a partir de 1998, que a Presidência da República adere aos “Princípios Diretivos de Redução da Demanda por Drogas”, discutida em Assembleia Geral das Nações Unidas, que define uma igual ênfase na redução de oferta e de demanda, e ênfase na prevenção do uso e redução das consequências adversas do abuso de drogas. Após essa adesão, é que foram tomadas as primeiras medidas relacionadas ao problema “drogas”, dentre elas a criação da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) ligada diretamente à, então, Casa Militar da Presidência da República (BRASIL, 2010a). Observa-se aqui uma tênue mudança na abordagem da questão de drogas a nível mundial, passando a observar a redução de demanda, ocasionando também uma tênue mudança na política nacional.

Apenas em 2002, por meio do Decreto Presidencial nº. 4.345, que temos formulado e instituída uma política específica para o problema, a Política Nacional Antidrogas (PNAD), que tem como metodologia a interação entre governo e sociedade, orientada pelo princípio da responsabilidade compartilhada (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2010b). Cabe aqui fazer uma análise inicial a partir do nome dado à política, em que se observa o prefixo anti, evidenciando que o foco da política está na droga e não sobre o indivíduo e suas múltiplas relações. Tal fato é ainda reforçado pelo primeiro item dos pressupostos da política: “buscar, incessantemente, atingir o ideal de construção de uma sociedade livre do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas”,

discurso presente entre os proibicionistas, apesar de ter um pequeno capítulo para a abordagem de redução de danos (BRASIL, 2002<sub>a</sub>, grifo nosso).

Ao longo dos primeiros anos de existência da PNAD, o tema drogas manteve-se em pauta e a necessidade de aprofundamento do assunto também. Assim, foi necessário reavaliar e atualizar os fundamentos da PNAD, levando em conta as transformações sociais, políticas e econômicas pelas quais o País e o mundo vinham passando (DUARTE; DALBOSCO, 2010).

E é através de desdobramentos que se seguem aos debates na sociedade civil e comunidade acadêmica, que em 2005, por meio da Resolução nº. 3/GSIPR/ CONAD, a política é realinhada e passa a se chamar Política Nacional sobre Drogas (PNAD), embasada em dados epidemiológicos atualizados e cientificamente fundamentados (BRASIL, 2010<sub>a</sub>). Mais do que a mudança de nomenclatura, que anteriormente trazia a força do ideal proibicionista, a política dá um maior espaço à estratégia de redução de danos, e, ao contrário de idealizar em seu primeiro pressuposto uma sociedade livre do uso de drogas, passa então a considerar uma sociedade protegida do uso de drogas ilícitas. Ainda assim, esse pressuposto inicial admite uma ambiguidade em uma avaliação mais profunda, pois uma sociedade protegida do uso, pode significar uma exclusão dos usuários, a fim de que se alcance a proteção pretendida.

Acompanhando as mudanças de concepção nas políticas que tratam a matéria, em 2006, é decretada a Lei nº. 11.343, que revoga a Lei nº. 10.409 de 2002 e a Lei nº. 6.368 de 1976, avançando na medida em que distingue usuário e dependentes de drogas dos traficantes. Entretanto, a subjetividade na determinação de quem é um e quem é o outro, fortalece injustiças e desigualdades nas punições.

Em recente pesquisa sobre justiça criminal e tráfico de drogas, realizada no Rio de Janeiro e em Brasília, os dados mostram que há uma alta quantidade de condenados por tráfico de drogas primários e de bons antecedentes, presos em flagrante, desarmados, sozinhos, sem que haja outros agentes, e sem concurso material, indicando que os condenados por tráfico de drogas nesses locais, não representam risco à sociedade, e são elementos descartáveis na estrutura do tráfico de drogas. Os dados referentes aos critérios raça, cor, etnia ou classe social dos condenados não constavam nas sentenças analisadas, entretanto segundo as informações analisadas

no Sistema Penitenciário Nacional, quase totalidade presos no Brasil são de pobres ou economicamente desfavorecidos (BOITEUX *et al.*, 2009).

Recentemente, em 2010, através do decreto 7.179, institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, com vistas à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários e ao enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas ilícita. A partir desse decreto, em 2011, definiu-se o Programa “Crack, é possível vencer!”, que tem por objetivo “aumentar a oferta de serviços de tratamento e atenção aos usuários e seus familiares, reduzir a oferta de drogas ilícitas por meio de enfrentamento ao tráfico e às organizações criminosas, além de promover ações de educação, informação e capacitação”. As produções científicas a respeito do Programa revelam que há uma necessidade de intersetorialidade, além das dificuldades dos municípios colocarem em prática as ações propostas, uma vez que não dispõem dos dispositivos necessários para sua execução, somando-se a necessidade de monitoramento dos recursos repassados a estados e municípios (MOREIRA *et al.*, 2014).

Para além das questões apresentadas nos artigos que analisam o programa, há algumas questões que emergem já pelo enunciado do programa, dentre elas: é realmente possível vencer o crack, uma droga que não se figura como uma entidade?; porque focalizar em apenas uma substância psicoativa?. A Pesquisa Nacional sobre o Uso do Crack desmistifica as questões colocadas, uma vez que revela que o crack não pode ser visto como a única droga existente no Brasil, com potencial que cause danos à população, além de não ser a droga mais consumida no país. A pesquisa reafirma ainda a necessidade de emancipação das estratégias relacionada aos dependentes e abusadores de substâncias psicoativas, ampliando a oferta de serviços de saúde e de oferta de ações sociais (BASTOS; BERTONI, 2014). Dessa forma, o caráter repressivo adotado no último governo, além do investimento massivo em vagas em comunidades terapêuticas, evidencia o descompasso na aplicação do programa, limitando o entendimento da complexa questão das drogas e enfraquecendo o Sistema Único de Saúde (SUS).

## **A Política Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Outras Drogas – PAIUAD**

Em 2003, o Governo instaura a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas (PAIUAD) que está articulada à Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde, regulamentada através da Lei nº. 10.216/02. Tal política se baseia no direito constitucional à saúde, através do Sistema Único de Saúde, garantindo a atenção aos usuários de substâncias psicoativas. A PAIUAD se fundamenta nos princípios de redução de danos, tendo em vista o rompimento com as metas de abstinência como única possibilidade terapêutica e é convergente com os princípios e orientações do SUS, buscando a universalidade do acesso e do direito à assistência aos usuários (BRASIL, 2003).

A construção dessa política se deu em um contexto em que se revia o modelo assistencial em saúde, com o fortalecimento do controle social e do respeito dos direitos humanos, discutidos em um seminário sobre a atenção aos usuários de álcool e outras drogas realizado no Ministério da Saúde e na III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), ambos realizados em 2001 (MACHADO, 2006; GARCIA; LEAL; ABREU, 2008). Diante disso, havia condições favoráveis à criação da política através da Coordenação de Saúde Mental, permitindo a assistência a esse público no âmbito da saúde pública.

Vale ressaltar o embate político-ideológico que perpassava o contexto mencionado, uma vez que uma vertente se posicionava favorável a construção de uma política antidrogas, outra defendia a criação de uma política direcionada aos problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas com tratamento na saúde pública (MACHADO, 2006).

A PAIUAD está organizada em sete diretrizes: 1) Intersetorialidade; 2) Atenção integral; 3) Prevenção; 4) Promoção e proteção à saúde de consumidores de álcool e outras drogas; 5) Modelos de atenção – CAPS e redes assistenciais; 6) Controle de entorpecentes e substâncias que produzem dependência física ou psíquica, e de precursores – padronização de serviços de atenção à dependência de álcool e outras drogas; e 7) Diretrizes para uma Política Nacional, Integral e Intersetorial de Redução de danos à saúde e ao bem-estar causados pelas bebidas alcoólicas (BRASIL, 2003). As diretrizes nos dão pistas de que a política explora a lógica do campo da saúde para diagnóstico, tratamento e reabilitação, promoção e prevenção, a redução de danos, e tendo a rede de saúde como local de conexão e de inserção do indivíduo.

Diversas portarias publicadas no ano de 2002 configuraram o cenário de tratamento dos usuários de álcool e outras drogas definido pela política ministerial em 2003, dentre elas a Portaria GM nº. 336 de 19/02/2002 que cria a possibilidade de existência no SUS dos Centros de Atenção Psicossocial- Álcool e Drogas (CAPS ad), que são serviços de atenção diária para pessoas dependentes ou em uso prejudicial de álcool e outras drogas, e a Portaria GM nº. 816 de 30/04/2002 que institui, no âmbito do SUS, Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas, propondo a articulação de uma rede assistencial para tratamento e desenvolvimento de ações nas áreas de capacitação de recursos humanos, e prevenção de agravos e promoção à saúde (BRASIL, 2002<sub>b</sub>; BRASIL, 2002<sub>c</sub>). Assim, a PAIUAD está organizada a partir do estabelecimento de uma rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas.

A execução destes princípios se dá através da recém instituída Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, através da Portaria nº. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. (BRASIL, 2003; RONZANI, 2010; BRASIL, 2011). Esta portaria tem como objetivos ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, promover a vinculação das pessoas com transtornos mentais e necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e as famílias aos pontos de atenção e também garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2011).

A RAPS está organizada por níveis de atenção e se constitui em sete níveis: atenção básica; atenção psicossocial estratégica; atenção residencial de caráter transitório; atenção hospitalar; urgência e emergência; estratégias de desinstitucionalização; e, estratégias de reabilitação psicossocial. De forma a exemplificar cada nível, fazem parte da RAPS, respectivamente: Unidades Básicas de Saúde (UBS) e equipes Estratégia de Saúde da Família (ESF); Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – tipo I, II, III, ad e infantil; Unidades de Acolhimento; leitos em Hospitais Gerais; Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs); estratégias de geração de trabalho e renda (CARVALHO, 2007; BRASIL, 2011).

Conforme afirmam Ronzani et al. (2015), essa apresentação dos níveis de atenção hierarquizada é apenas didática, devendo os dispositivos atuarem de forma articulada, com o objetivo de construir continuamente vínculos para o cuidado. Os autores ainda afirmam que somente os esforços isolados do setor saúde não podem compreender todos os determinantes sociais envolvidos na questão, propondo uma conformação da Rede de Atenção aos Usuários de Drogas em que estão presentes: a Rede de Assistência à Saúde, a RAPS, a Rede de Assistência Social, e os setores e recursos comunitários se interseccionando em conjunto a fim de formar a Rede de Atenção aos Usuários de Drogas.

E é na intersectorialidade que se encontra um dos nós da efetivação das políticas para esse público, uma vez que dada a complexidade dessas questões e as dificuldades de articulação intersectoriais, a emancipação social através da reabilitação social permanece na teoria (AMBRÓSIO *et al.*, 2009; PEREIRA; VARGAS; OLIVEIRA, 2012). Trata-se de uma construção permanente, conflituosa, em que saberes e práticas se aproximam, sendo necessária a estipulação de parâmetros mínimos de atuação, além de disponibilização de ferramentas adequadas, e formação de pessoal (AMBRÓSIO *et al.*, 2009; RONZANI *et al.*, 2015).

No que diz respeito a construção ideológica das políticas, em comparação com a Política Nacional sobre Drogas (PNAD), a PAIUAD se posiciona mais firmemente em favor de um modelo orientado pela redução de danos. Alguns autores afirmam ainda que a política se contrapõe ao modelo de atenção voltado para internações psiquiátricas e comunidades terapêuticas, que consideram abstinência como meta única do tratamento, além de considerarem que a efetivação da política é um processo que sofre inúmeros atravessamentos que são permeados por diversos interesses, como das indústrias produtoras de álcool e tabaco, proprietários de clínicas, comunidades terapêuticas conveniadas ao SUS (número que vem crescendo vertiginosamente), entre outros (GARCIA, 2008; ALVES, 2009).

O que se nota é que há uma polarização ideológica-racional das políticas vigentes a respeito da temática – abstinência x redução de danos, guerra às drogas x saúde pública – que prejudicam a efetivação das políticas.



## Política Nacional sobre o Álcool – PNA

Após um longo processo de discussão que contou com a participação popular, tendo como base as evidências científicas–epidemiológicas e clínicas; os índices de morbimortalidade relacionados ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas na população geral e especiais, surge então a Política Nacional sobre o Álcool em 2007, apresentada por meio do Decreto nº. 6.117 de 22 de maio de 2007 (DUARTE; DALBOSCO, 2010; SIQUEIRA *et al.*, 2013).

O processo de participação social foi fomentado pelo Conselho Nacional Antidrogas, hoje denominado Conselho Nacional sobre Drogas (CONAD), atento aos graves problemas inerentes ao consumo prejudicial de álcool, ao instalar, em julho de 2005, a Câmara Especial de Políticas Públicas sobre o Álcool (CEPPA). A Câmara Especial foi composta por diferentes órgãos governamentais, especialistas, legisladores e representantes da sociedade civil (SIQUEIRA *et al.*, 2013).

Cabe ressaltar, que anteriormente à publicação dessa política, o Estado juntamente com a sociedade civil, representada por associações de diversos representantes, atuavam através de campanhas higienistas que conferiam aos alcoolistas à imagem de degenerados sociais (NASCIMENTO; GARCIA, 2009).

Essa política tem como objetivo o enfrentamento coletivo dos problemas relacionados ao consumo de álcool, através de ações para a redução dos danos sociais, à saúde e à vida causados pelo consumo desta substância, bem como as situações de violência e criminalidade associadas (BRASIL, 2007). Além de das diretrizes, a PNA veio acompanhada de algumas medidas passíveis de implementação pelos órgãos de governo no âmbito de suas competências e outras de articulação com o Poder Legislativo e demais setores da sociedade (DUARTE, 2010). Cabe ressaltar que dentre as medidas, encontra-se a categoria capacitação de profissionais e agentes multiplicadores de informações sobre temas relacionados à saúde, educação, trabalho e segurança pública (BRASIL, 2007).

É evidente a forte contribuição da associação álcool e violência no trânsito para a construção das políticas relacionadas ao uso e abuso da substância. Isto posto, em 19 de junho de 2008 sancionou-se a Lei nº. 11.705, alcunhada de Lei Seca.

A Lei seca alterou alguns dispositivos do Código de Trânsito Brasileiro, a fim de inibir o consumo de bebidas alcoólicas por condutor de veículo automotor, impondo penalidades mais severas para o condutor que dirigir sob a influência de álcool. Pela lei são vedados, na faixa de domínio de rodovia federal ou em local próximo à faixa de domínio com acesso direto à rodovia, a venda varejista ou o oferecimento de bebidas alcoólicas para consumo no local. Prevê também, que os estabelecimentos comerciais que vendem ou oferecem bebidas alcoólicas sejam obrigados a exibir aviso informativo de que é crime dirigir sob a influência de álcool, punível com detenção (BRASIL, 1997; BRASIL, 2008<sub>a</sub>).

Em 2013, o Conselho Nacional de Trânsito, através da Resolução nº 432, clarifica os procedimentos a serem adotados pelas autoridades de trânsito e seus agentes na fiscalização do consumo de álcool ou de outra substância psicoativa. A resolução possibilita tanto sanção administrativa, quanto penal, sendo a primeira caracterizada pelo condutor que tiver qualquer concentração de álcool por litro de sangue estará sujeito às penalidades administrativas, ou o teste de etilômetro com medição realizada igual ou superior a 0,05 miligrama de álcool por litro de ar alveolar expirado (0,05 mg/L), e a segunda caracterizada por condutor que apresente exame de sangue que apresente resultado igual ou superior a 6 (seis) decigramas de álcool por litro de sangue (6 dg/L), ou teste de etilômetro com medição realizada igual ou superior a 0,34 miligrama de álcool por litro de ar alveolar expirado (0,34 mg/L). As penalidades administrativas são: multa, apreensão do veículo, apreensão da carteira e suspensão do direito de dirigir por 12 (doze) meses; e as penais são: pena de detenção de seis meses a três anos, além das penalidades administrativas (BRASIL, 2013<sub>b</sub>).

Se compararmos a evolução da criação das políticas sobre drogas, dentre elas as lícitas – álcool e tabaco, iremos observar que as políticas relacionadas ao álcool são recentes, e carecem de avanços e de aplicação de medidas mais eficazes para o enfrentamento da questão. Não obstante, as legislações relacionadas à associação álcool e trânsito representam um reconhecimento do problema por parte do poder público, colocando-o na agenda política brasileira (NASCIMENTO; GARCIA, 2009). As medidas aplicadas por essas legislações são efetivas, entretanto há que se aumentar a certeza de punição, a velocidade das mesmas, assim como, aumentar a fiscalização e torná-la sistemática (LARANJEIRA, 2004; RONZANI, 2013).

Ainda, existe um contrassenso quando falamos das políticas públicas relacionadas às substâncias psicoativas no Brasil, uma vez que seu atual delineamento tem se dado em direção ao combate ao crack, diante de uma suposta epidemia, enquanto milhares de brasileiros morrem em decorrência do consumo do álcool, fato observado nas pesquisas epidemiológicas encomendadas pelo governo. A política do álcool deveria priorizar aumento de preços e da proibição de propaganda, dentre outras medidas, para alcançar o sucesso da política de tabaco (SIQUEIRA, 2013).

Por fim, é necessário que o processo de criação dessas políticas sejam mais transparentes e correspondam as reais necessidades da população, superando-se os interesses contraditórios e velados – interesses públicos x privados - que se configuram resistências para uma política do álcool efetiva e baseada em evidências (LARANJEIRA, 2004; NASCIMENTO; GARCIA, 2009).

### **Política Nacional de Controle do Tabagismo – PNCT**

O tabagismo é considerado um dos principais fatores de risco para ocorrência de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTs), sendo considerado pela Organização Mundial de Saúde a causa de morte e doença mais evitável (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

Em 1978, a Organização Mundial de Saúde já expressava sua preocupação com o alarmante crescimento da produção e no consumo do cigarro, inserindo o assunto em pauta nas Assembleias Mundiais de Saúde (OBSERVATÓRIO NACIONAL DO CONTROLE DO TABACO, 2016).

Em 1989, o Ministério da Saúde, através do Instituto Nacional de Câncer (INCA), o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) que está inserido na Política Nacional de Promoção à Saúde, tendo como objetivo geral a redução da prevalência de fumantes e da consequente morbi-mortalidade associada (DIAS, 2011).

Dentre as estratégias do PCNT encontram-se: a prevenção da iniciação do tabagismo, ações para estimular os fumantes a deixarem de fumar, criação de medidas que visam a proteger a saúde dos não fumantes da exposição à fumaça do tabaco em ambientes

fechados e medidas que regulam os produtos do tabaco e sua comercialização (INCA, 2003).

Para o alcance da meta de estimular os fumantes a deixarem de fumar era necessário a oferta de tratamento, resultando numa política de restrição ao consumo através do Programa Unidades de Saúde Livres do Tabaco e, simultaneamente, de apoio à cessação do uso do tabaco pelo Programa Ajudando seu Paciente a Deixar de Fumar (BRASIL, 2001). Posteriormente, a publicação da Portaria nº. 1.035/04 do MS/GM (BRASIL, 2004<sub>a</sub>), amplia a abordagem e tratamento do tabagismo para atenção básica e de média complexidade e define os materiais de apoio e medicamentos para o tratamento do tabagismo. Tal portaria viria a ser revogada em 2013, pela Portaria nº. 571 MS/GM (BRASIL, 2013<sub>c</sub>) que atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS), fornecendo maiores detalhes a respeito do tratamento no âmbito do SUS.

É através da Portaria Nº 442/04 SAS/MS, que aprovou o Plano para Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo no SUS e o Protocolo Clínico e as Diretrizes Terapêuticas a serem utilizadas na abordagem ao fumante, que se consolida o tratamento dos tabagistas no âmbito do SUS, através da abordagem cognitivo-comportamental e de terapia medicamentosa (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2003; BRASIL, 2004<sub>c</sub>).

Em 2006, o Decreto Nº. 5.658, ratifica a inclusão dos princípios da Convenção Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) na Política Nacional sobre Drogas, conferindo o status de política pública ao PCNT, até o momento vinculado ao Ministério da Saúde (BRASIL, 2006). O Brasil apresentou um papel de destaque na negociação da convenção, que se constitui o primeiro tratado internacional de saúde pública negociado no âmbito da OMS, que institui uma política de preços e impostos para o setor do fumo por meio de sucessivos ajustes nos impostos sobre cigarros e combate ao mercado ilegal de produtos de tabaco (BRASIL, 2006<sub>b</sub>; DIAS, 2011).

Como afirmam Garcia, Leal e Xavier (2008), assumir o status de política pública significa considerar que o problema então passa ser prioridade do Estado, reafirmando sua responsabilidade na condução da política. Ou ainda, é a expressão da postura do poder público diante dos problemas e dos diferentes atores que

compõem o cenário e sua intenção de dar respostas afeiçãoadas ao papel do Estado na sua relação com a sociedade (MARIN FILHO, 2005; SIQUEIRA; BARBOSA; LARANJEIRA, 2008).

O PNCT é desenvolvido em parceria com as secretarias estaduais e municipais de Saúde e com vários setores da sociedade civil organizada, sobretudo das sociedades científicas e de conselhos profissionais da área da saúde. E, suas ações têm diminuído a aceitação social do uso do tabaco, fazendo com que um número cada vez maior de fumantes deseja cessar o tabagismo (BRASIL, 2003b; CAVALCANTE, 2005; INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2007). Além das ações no âmbito do tratamento, uma série de medidas e legislações na esfera da educação em saúde e de restrições sobre publicidade e propaganda vêm sendo realizadas.

Os resultados obtidos a partir do desenvolvimento do programa são inegáveis, como por ex. a redução significativa do consumo, e ganham reconhecimento internacional através do Prêmio Bloomberg para o Controle Global do Tabaco, concedido pela Fundação Bloomberg Philanthropies a organizações governamentais e não governamentais que se destacam no combate ao tabagismo, em março de 2015 (HISTÓRIA, CIÊNCIAS E SAÚDE MANGUINHOS, 2015). O último relatório da OMS sobre a epidemia mundial de tabaco também cita o Brasil entre os 7 países que implementaram 4 ou mais medidas do Plano de Políticas e Intervenções do MPOWER, em seu mais alto nível (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

Não obstante os resultados positivos do programa, há que se refletir sobre o crescimento da indústria fumicultora no país e os desdobramentos advindos da mesma na saúde. Além de uma discussão mais profunda sobre os reflexos de uma política regulatória na estigmatização dos usuários de tabaco, uma vez que há influências negativas na saúde pública, a longo prazo, na adoção de políticas moralistas (BAYER; STUBER, 2006; VERAS, 2010).

## **Políticas Públicas e a Formação de Recursos Humanos em Álcool e Drogas: Um Desafio**

Por se tratar de um problema reconhecidamente de saúde pública, é inevitável que os profissionais de saúde ou da assistência social se depare, nos mais diversos equipamentos da rede, com uma pessoa com transtornos relacionados ao uso de substâncias. Dessa forma, a formação, em nível de graduação e capacitações posteriores dos profissionais de saúde, da assistência social, da educação e de outros setores da sociedade, é essencial para que a saúde mental seja integrada com êxito nos cuidados primários.

As questões relacionadas ao álcool e drogas, requerem formação durante a graduação, a qual deve ser continuada por meio da educação permanente para todos os profissionais, sobretudo, aqueles da atenção básica, ou seja, os que praticam cuidados primários. Ainda que para se justificar a deficiência na formação da graduação na temática utilize-se o argumento de que se trata de uma formação generalista, há que se pensar que tipo de formação generalista não inclui as questões relacionadas ao abuso e dependência de substâncias psicoativas.

Segundo afirmam Pillon, Siqueira e Silva (2010), no contexto brasileiro, existem poucos estudos que ofereçam um panorama sobre o treinamento sobre dependência química nas graduações, entretanto, os próprios profissionais de saúde reconhecem a deficiência em sua formação para lidar com a questão, além referirem dificuldades, insatisfação e ansiedade ao lidar com esse público. Os autores ainda reforçam que essa deficiência na formação pode ser um fator dificultador na detecção de problemas decorrentes associados, na prevenção e no início do tratamento, além de substanciar uma visão de sociedade de exclusão do dependente químico, no que diz respeito aos cuidados.

Conforme mencionamos, a Política Nacional sobre Drogas (2005), estabelece entre seus objetivos e diretrizes a formação e capacitação dos atores sociais envolvidos com a temática. Em 2010, com a criação do “Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas”, através do Programa Crack é possível vencer, de 2011, que tinha como um de seus eixos a prevenção, fomentou-se a ocorrência de diversos cursos de capacitação, dentre eles a criação, e posterior consolidação, dos Centros Regionais de Referência (CRRs), junto às instituições públicas de ensino superior. Os CRRs se propõem em realizar educação permanente dos diversos profissionais envolvidos na questão (rede de assistência à saúde, assistência social, justiça,

educação, etc.), a fim de garantir a eficácia e efetividade das ações. Há que se ressaltar a importância desses cursos oferecidos, diante dos desertos acadêmicos no trato com a temática e dos profissionais sedentos por uma formação.

Segundo Lima Júnior *et al.* (2015), avaliações dos cursos oferecidos pelo CRRs têm sido realizadas, e seus resultados preliminares indicam a carência na formação relacionada a articulação da rede de atenção aos usuários de drogas, diante da multidimensionalidade do fenômeno. Para além da formação, observa-se uma fragmentação das ações no cotidiano de práticas desses profissionais, que embora capacitados, se deparam com relações e pactuações fragilizadas.

Até o momento, a oferta de cursos dos CRRs tem se dado através de editais, com exigências mínimas para as realizações dos cursos, permitindo que cada instituição os realize através das mais diversas metodologias. Diante disso, vale alguns questionamentos: como falar de educação permanente, no contexto dos CRRs, se o que se observa é uma descontinuidade dos editais que provocam vácuos na temporalidade das formações?; diante das mais variadas metodologias utilizadas, os CRRs têm realmente oferecido cursos que se encaixe nos pressupostos da educação permanente?; sendo a formação elemento fundamental da política sobre drogas, as formações oferecidas se constituem a efetivação da política ou uma estratégia de governo?.

Assim sendo, a formação em substâncias psicoativas, mais do que capacidade técnica, deve ser dialógica, como uma estratégia da educação libertadora, na perspectiva da educação freiriana, promovendo a criticidade, a invenção, a reinvenção, a procura, construindo conhecimento, estimulando habilidades e mudando atitudes (FREIRE, 1982; PILLON; SIQUEIRA; SILVA, 2010). Para Souza (2015), no contato com esse universo novo, emergem as nossas dificuldades enquanto profissionais de saúde, o que implica na busca por novas formas de assistência que esteja em sintonia com as expectativas das sociedades em que os atores estão inseridos.

Nesse sentido, conforme afirmam Lima Júnior *et al.* (2015), mais do que redimensionar políticas públicas que redirecionem dispositivos assistenciais, é imprescindível a constituição de um contingente de profissionais capazes de ressignificar suas práticas de cuidado e sua formação repressora. Para além disso, há que garantir uma

distribuição de profissionais, geográfica e de serviços, que tenham recebido as capacitações, de forma equânime, assim como fortalecer os vínculos profissionais, constituem-se um grande desafio, assim como a organização de uma educação permanente de fato, ampliando o processo de formação para atenção e cuidado dos usuários.

Os profissionais que atuam nos diversos cenários de práticas necessitam de bases sólidas sobre políticas públicas – drogas, álcool, tabaco, etc., apresentadas anteriormente, independente se atuem direta ou indiretamente nos cuidados de saúde mental. E, estas bases, devem ser continuadas através da educação permanente, pois a mesma é essencial para uma atenção integral ao usuário e seus familiares. Por fim, a formação isolada, sem apoio e nem supervisão, apresenta poucas possibilidades de melhoria nos cuidados primários dirigidos ao indivíduo, família e comunidade em qualquer setor da sociedade.

Sendo as políticas uma expressão das ações Estatais em direção aos interesses públicos ou coletivos, podendo ser compreendidas como uma ação ou omissão do Estado enquanto resposta a esses interesses, sua construção é permeada por embates em torno de ideias e interesses de diferentes setores da sociedade. O pano de fundo em que há o desenrolar dessas construções, desconstruções, embates, interesses e preferências, são os governos (SOUZA, 2006; PINTO; VIEIRA-DASILVA; BAPTISTA, 2014). Como resultado disso, muitas vezes têm-se períodos intercalados de avanços e retrocessos, fato que é observado também no que diz respeito às políticas sobre álcool e outras drogas, campo complexo, marcado por interesses e preconceitos que por muitas vezes se sobressaem na elaboração das políticas relacionados a ele. Não há dúvidas que no Brasil há que se avançar na construção de uma política de drogas que considere o indivíduo, deixando-se moralismos, preconceitos e interesses, e na garantia da efetividade dessas políticas. Mais do que vontade política, numa perspectiva macro, é necessário também vontade política, em nível micro, para a ampliação das ações em direção a um objetivo comum a todos atores envolvidos.



## REFERÊNCIAS

ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2309-2319, nov. 2009.

AMBRÓSIO *et al.* Rede de atenção aos usuários de substâncias psicoativas: mapeamento de serviços e equipes de enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v. 11, n.2, p.318-326, 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a12.htm>. Acesso em: 28 mar.16.

BASTOS, F.I.; BERTONI, N. (Org.). **Pesquisa nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras?** Rio de Janeiro: ICICT/FIOCRUZ, 2014.

BAYER, R.; STUBER, J. Tobacco control, stigma, and public health: rethinking the relations. **Am J Public Health**. v. 96, n. 1, p. 47–50, january 2006.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispões sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 1990<sub>a</sub>.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispões sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 1990<sub>b</sub>.

\_\_\_\_\_. Lei nº 9503, de 23 de setembro de 1997. Institui o Código de Trânsito Brasileiro. **Diário Oficial da União**. Brasília: 1997.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Abordagem e Tratamento do Fumante – Consenso 2001**. Rio de Janeiro: INCA, 2001<sub>a</sub>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Abordagem e tratamento do fumante – Consenso 2001**. Rio de Janeiro: INCA, 2001<sub>b</sub>.

BRASIL. **Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002**. Institui a Política Nacional Antidrogas e dá outras providências. Brasília: 2002<sub>a</sub>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº336, de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília, 2002<sub>b</sub>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº816, de 30 de abril de 2002**. Brasília, 2002<sub>c</sub>.

BRASIL. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras Drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003<sub>a</sub>.

\_\_\_\_\_. **Programa Nacional de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco de Câncer**: modelo lógico e avaliação. Rio de Janeiro: INCA, 2003<sub>b</sub>.

\_\_\_\_\_. Portaria MS/ SAS/N.442 de 13 de agosto de 2004. Aprova o Plano para Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo no SUS e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dependência à Nicotina. **Diário Oficial da União**. Brasília, 16 ago. 2004<sub>b</sub>.

\_\_\_\_\_. Lei nº 11.343 de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília: 2006.

\_\_\_\_\_. Decreto Nº 5.658, de 2 de janeiro de 2006. Promulga a Convenção-Quadro sobre o Controle do Uso do Tabaco assinada pelo Brasil. **Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil**. Brasília, 3 jan. 2006<sub>b</sub>.

\_\_\_\_\_. Decreto nº. 6.117, 23 de maio de 2007. Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília: 2007.

\_\_\_\_\_. Lei nº 11.705, de 19 de junho de 2008. Altera a Lei no 9.503, de 23 de setembro de 1997, que 'institui o Código de Trânsito Brasileiro', e a Lei no 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal, para inibir o consumo de bebida alcoólica por condutor de veículo automotor, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília: 2008.

\_\_\_\_\_. Lei nº 11.754, de 23 de julho de 2008. Acresce, altera e revoga dispositivos da Lei no 10.683, de 28 de maio de 2003, cria a Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, cria cargos em comissão; revoga dispositivos das Leis nos 10.869, de 13 de maio de 2004, e 11.204, de 5 de dezembro de 2005; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília: 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Prevenção do uso de drogas**: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. 5 ed. Brasília, 2013.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional sobre Drogas**. Presidência da República. Gabinete da Segurança Institucional. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010.

BRASIL. **Resolução Nº 432, de 23 de janeiro de 2013**. Dispõe sobre os procedimentos a serem adotados pelas autoridades de trânsito e seus agentes na fiscalização do consumo de álcool ou de outra substância psicoativa que determine dependência, para aplicação do disposto nos arts. 165, 276, 277 e 306 da Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997 – Código de Trânsito Brasileiro (CTB). Conselho Nacional de Trânsito. Brasília, 2013<sub>a</sub>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº571, de 5 de abril de 2013. **Diário Oficial da União**. Brasília: 2013<sub>b</sub>.

BOITEUX, L. et al. Tráfico de drogas e Constituição: um estudo jurídico-social do tipo do art. 33 da Lei de Drogas diante dos princípios constitucionais-penais. UFRJ/UnB. **Série Pensando o Direito**, Rio de Janeiro/Brasília, n.1, 2009.

CARVALHO, D. B. B. (Coord.). **Mapeamento das instituições governamentais e não governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil – 2006/2007**: Relatório. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

CAVALCANTE, T.M. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v.32, n.5, p.283-300, 2005.

DIAS, H.M. **Programa de Controle do Tabagismo no município de Juiz de Fora**: a especificidade do tratamento na atenção básica. 2011. 124 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2011.

DUARTE, P.C.A.V.; DALBOSCO, C. Módulo III. Políticas e Legislação. Unidade 11 - A política e a legislação brasileira sobre drogas. In.: **Prevenção ao uso indevido de drogas**: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias. 3.ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 11. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

GARCIA, M.L.T.; LEAL, F.X.; ABREU, C. C. A política antidrogas brasileira: velhos dilemas. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 267-276, 2008.

HISTÓRIA CIÊNCIAS SAÚDE MANGUINHOS. **Brasil Recebe Prêmio Internacional Pelo Controle Do Tabagismo**. 2015. Disponível em: <<http://www.revistahcsm.coc.fiocruz.br/brasil-recebe-premio-internacional-pelo-controle-do-tabagismo/>>. Acesso em: 28 mar. 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Tabagismo**: um grave problema de saúde pública. 2007. Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/t\\_Tabagismo.pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/t_Tabagismo.pdf)>. Acesso em: 10 set. 2015.

LARANJEIRA, R. Consenso brasileiro sobre políticas públicas do álcool. **Rev Bras Psiquiatr**.v.26, supl I, p. 68-77, 2004.

LIMA JÚNIOR, J.M. et al. A educação permanente em álcool e outras drogas: marcos conceituais, desafios e possibilidades. In: RONZANI, T.M. et al. (org.). **Redes de Atenção ao Usuários de Drogas: políticas e práticas**. São Paulo: Cortez, 2015.

LUIS, M.A.V; VENTURA, C.A.A; SILVA, E.C.; CORRADI-WEBSTER, C.M. Modulo I - Substâncias Psicoativas nas Sociedades Contemporâneas. In: **Curso de Formação de Pesquisadores em Álcool e Outras Drogas**. Presidência da República. Gabinete da Segurança Institucional. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011.

MACHADO, A.R. **Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública**: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas. 151f. 2006. Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

MARIN FILHO, C.J. Concepção de políticas públicas - definição, viabilização e execução. In: **Curso de capacitação de técnicos municipais para elaboração de planos diretores**. Santo Ângelo: URI – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus Santo Ângelo, 2005.

MEETAL, P. Principios y Normas Globales sobre – los derechos de- personas que usan drogas ilícitamente. In: CORREA, C.P.; YOUNGERS, C. (Ed.). Em busca de los derechos: usuarios de drogas y las respuestas estatales em América Latina. **Coletivo de Estudios Drogas y Derecho**. México, jul. 2014.

MOREIRA, M. R. et al. Uma revisão da produção científica brasileira sobre o crack - contribuições para a agenda política. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1047-1062, abr. 2015.

NASCIMENTO, A.S.; GARCIA, M.L.T. Álcool e Direção: Uma questão na agenda política brasileira. **Psicol. Soc.**, v.21, n. 2, p. 213-222, 2009.

OBSERVATÓRIO DA POLÍTICA NACIONAL DE CONTROLE DO TABACO. **A política nacional**. Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio\\_controle\\_tabaco/site/status\\_politica/a\\_politica\\_nacional](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/status_politica/a_politica_nacional)>. Acesso em: 18 set. 2015.

PEREIRA, M.O.; VARGAS, D.; OLIVEIRA, M.A. F. Reflexão acerca da política do Ministério da Saúde brasileiro para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas sob a óptica da Sociologia das Ausências e das Emergências. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)** [online]. v.8, n.1, p. 9-16 . 2012.

PILLON, S.C.; SIQUEIRA, M.M.; SILVA, C.J. Dependência química no currículo de graduação dos profissionais de saúde. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. (Org.). **Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PINTO, I.C.M.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M.; BAPTISTA, T.V.F. Ciclo de uma Política Pública de Saúde: problematização, construção da agenda, institucionalização, formulação, implementação, avaliação. In: PAIM, J.S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.). **Saúde Coletiva** -Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Medbook, 2014, v. 1, p. 69-82.

RONZANI, T.M.; MOTA, D.C.B. Módulo III - Políticas e Legislação. Unidade 12 - Políticas de saúde para a atenção integral a usuários de drogas. In: **Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias**. 3 ed, Brasília: Presidência da República. Secretária Nacional de Políticas Sobre Drogas – SENAD, 2010.

RONZANI, T.M. Sem Regulação, problemas tendem a aumentar. **Radis**, Rio de Janeiro, nº 132, p. 24, set. 2013. Entrevista concedida a Bruno Dominguez pelo coordenador do Centro de Referência em pesquisa, Intervenção e Avaliação em Álcool e Outras Drogas (Crepeia) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

RONZANI, T.M. et al. Redes de atenção aos usuários de álcool e outras drogas: histórico, políticas e pressupostos. In: RONZANI, T.M. et al. (org.). **Redes de Atenção ao Usuários de Drogas: políticas e práticas**. São Paulo: Cortez, 2015.

SIQUEIRA, M.M.; BARBOSA, D. A.; LARANJEIRA, R. As políticas públicas relacionadas às substâncias psicoativas. **Enfermagem Atual** (Rio de Janeiro), v. 45, p. 25-29, 2008.

SIQUEIRA, M.M. et al. Revisando o Alcoolismo. In: SIQUEIRA, M.M. (Org.). **Síndrome de Dependência Alcoólica: da teoria à prática do cuidar**. Vitória: EDUFES, 2013.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**. Porto Alegre, ano 8, n.16, p. 20-45, jul/dez 2006.

SOUZA, D.P.O. Políticas sobre Drogas e Rede Sociais: Desafios e Possibilidades. In: SILVA, E.A.; ZUGMAN, D.K.; MOURA, Y.G. **Vulnerabilidades, Resiliência, Redes** – Uso, abuso e dependência de drogas. São Paulo: Red Publicações, 2015.

VERAS, R. (Org.). **Risco à saúde: fumaça ambiental do tabaco** – pontos para um debate. Rio de Janeiro: Uerj, Unati, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Health Organization Report on the Global Tobacco Epidemic 2008** - The MPowerPachage. Geneve, 2008.

\_\_\_\_\_. **WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2015: raising taxes on tobacco**. Luxembourg, 2015.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados deste estudo permitem inferir que a capacitação em álcool, crack e outras drogas exerce influência positiva nas atitudes dos profissionais, especialmente nas atitudes relacionadas ao trabalho e as relações interpessoais com pessoas com transtornos relacionados ao uso do álcool. Isto permite dizer que os conhecimentos adquiridos durante o processo de educação permanente conferiram maior segurança para abordagem deste paciente.

As reflexões realizadas durante o processo de educação permanente, além de proporcionaram um atendimento mais qualificado, também faz com que o profissional tenha um olhar humanizado para este público, o que se reflete nas práticas de cuidado.

Dessa forma, deve-se oportunizar um canal permanente de discussão sobre o assunto, que não se limite a oferta de cursos de capacitação, mas que sejam inseridas na lógica dos serviços. Ainda, faz-se necessário a revisão dos currículos das graduações a fim de que abordem a temática com foco nas atitudes e crenças dos alunos diante da temática álcool e drogas, em virtude do estigma social associado a tema.

Em uma perspectiva mais ampla, para que os processos de educação permanente resultem em mudanças efetivas deve encontrar um ambiente de gestão compartilhada e horizontalizada, que permita uma reflexão a respeito das práticas em saúde e a construção de um novo modelo de assistência. Para além, é preciso fortalecer, ampliar e equipar a rede socioassistencial, a fim de que haja maior articulação de suas ações.

A formação permanente em álcool e outras drogas não consiste no único caminho a ser trilhado para uma melhoria da qualidade na assistência à pessoa com transtornos relacionados ao uso de substâncias. Inquestionavelmente, é um caminho necessário, que adquire maior potência quando associado ao fortalecimento da rede e a elaboração de políticas públicas que rejeitem posturas estigmatizadoras.

## REFERÊNCIAS

ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2309-2319, nov. 2009.

AMARAL, T. R. **Atitudes dos profissionais da Rede de Atenção Compartilhada frente ao álcool, alcoolismo e alcoolistas**. 2016.116f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2016.

AMBRÓSIO, B.T. *et al.* Rede de atenção aos usuários de substâncias psicoativas: mapeamento de serviços e equipes de enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v. 11, n.2, p.318-326, 2009.

ANDRADE, A.P.M.; MALUF, S.W. Sujeitos e(m) experiências: estratégias micropolíticas no contexto da reforma psiquiátrica no Brasil. **Physis**, v. 26, n. 1, 2016.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BASTOS, F.I.; BERTONI, N. (Org.). **Pesquisa nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras?** Rio de Janeiro: ICICT/FIOCRUZ, 2014.

BAYER, R.; STUBER, J. Tobacco control, stigma, and public health: rethinking the relations. **Am J Public Health**. v. 96, n. 1, p. 47–50, january 2006.

BESSA, B. Bráulio Bessa e seus cordéis. **Facebook**. 10 de janeiro de 2017. Disponível em:< <https://www.facebook.com/braulio398/posts/901962019959832>>. Acesso em: 15 mar. 2017.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispões sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 1990<sub>a</sub>.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispões sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências

intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 1990<sub>b</sub>.

BRASIL. Lei nº 9503, de 23 de setembro de 1997. Institui o Código de Trânsito Brasileiro. **Diário Oficial da União**. Brasília, 1997.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001**. Política Nacional de Saúde Mental. Brasília, 2001<sub>a</sub>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Abordagem e tratamento do fumante** – Consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA, 2001<sub>b</sub>.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002**. Institui a Política Nacional Antidrogas e dá outras providências. Brasília: 2002<sub>a</sub>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº336, de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília, 2002<sub>b</sub>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº816, de 30 de abril de 2002**. Brasília, 2002<sub>c</sub>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **A política do ministério da saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003<sub>a</sub>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Programa Nacional de Controle do Tabagismo e outros fatores de risco de câncer: modelo lógico e avaliação**. Rio de Janeiro, 2003<sub>b</sub>.

\_\_\_\_\_. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004<sub>a</sub>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004**. Brasília, 2004<sub>b</sub>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, 2004. Portaria MS/SAS nº 442, de 13 de agosto de 2004. Aprova o plano para implantação da abordagem e tratamento do tabagismo no sus e o protocolo clínico e diretrizes



terapêuticas – dependência à nicotina. **Diário Oficial da União**. Brasília, 16 ago. 2004<sub>c</sub>.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 1.612, de 09 de setembro de 2005**. Normas de funcionamento e credenciamento/ habilitação dos serviços hospitalares de referência para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas. Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2006<sub>a</sub>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Decreto Nº 5.658, de 2 de janeiro de 2006. Promulga a convenção-quadro sobre o controle do uso do tabaco assinada pelo Brasil. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 2006<sub>b</sub>.

\_\_\_\_\_. Decreto nº. 6.117, de 23 de maio de 2007. Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2007.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, 2007.

\_\_\_\_\_. Lei nº 11.705, de 19 de junho de 2008. Altera a Lei no 9.503, de 23 de setembro de 1997, que 'institui o Código de Trânsito Brasileiro', e a Lei no 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal, para inibir o consumo de bebida alcoólica por condutor de veículo automotor, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2008<sub>a</sub>.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 11.754, de 23 de julho de 2008**. Acresce, altera e revoga dispositivos da Lei no 10.683, de 28 de maio de 2003, cria a Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, cria cargos em comissão; revoga dispositivos das Leis nos 10.869, de 13 de maio de 2004, e 11.204, de 5 de dezembro de 2005; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2008<sub>b</sub>.

BRASIL. Presidência da República. Gabinete da Segurança Institucional. **Política Nacional sobre Drogas**. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010a.

\_\_\_\_\_. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010**. Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Brasília, 2010c.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Brasília, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Prevenção do uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. 5 ed. Brasília, 2013a.

\_\_\_\_\_. **Resolução Nº 432, de 23 de janeiro de 2013**. Dispõe sobre os procedimentos a serem adotados pelas autoridades de trânsito e seus agentes na fiscalização do consumo de álcool ou de outra substância psicoativa que determine dependência, para aplicação do disposto nos arts. 165, 276, 277 e 306 da Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997 – Código de Trânsito Brasileiro (CTB). Conselho Nacional de Trânsito. Brasília, 2013b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 571, de 5 de abril de 2013. **Diário Oficial da União**. Brasília: 2013c.

\_\_\_\_\_. **Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas**: Guia AD. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BOITEUX, L. et al. Tráfico de drogas e Constituição: um estudo jurídico-social do tipo do art. 33 da Lei de Drogas diante dos princípios constitucionais-penais. UFRJ/UnB. **Série Pensando o Direito**, Rio de Janeiro/Brasília, n.1, 2009.

CARDOSO, L.S.; TOMAS, C.L.; SIQUEIRA, M.M. Prevenção do uso de substâncias psicoativas entre escolares: uma experiência com atividades lúdicas. **Adolesc. Saude**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 52-56, jan/mar 2014.

CAPUCHO, M. C.; JARDIM, A. P. Os pomeranos e a violência: a percepção de descendentes de imigrantes pomeranos sobre o alto índice de suicídio e homicídio

na Comunidade de Santa Maria de Jetibá. **Gerais Rev. Interinst. Psicol.**, v. 6, n. 1, p. 36–53, 2013.

CARVALHO, D. B. B. (Coord.). **Mapeamento das instituições governamentais e não governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil – 2006/2007**: Relatório. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

CAVALCANTE, T.M. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v.32, n.5, p.283-300, 2005.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface (Botucatu)**, v. 9, n. 16, p. 161–168, 2005.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. et al. A avaliação na área da Saúde: Conceitos e Métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 131.

COSTA, P. H. A. et al. Capacitação em álcool e outras drogas para profissionais da saúde e assistência social: relato de experiência. **Interface (Botucatu)**, v. 19, n. 53, 2015.

COSTA, P.H.A.; COLUGNATI, F.A.B.; RONZANI, T.M. Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura. **Cien Saude Colet**, v. 20, n. 10, p. 3243–3253, 2015.

CRUZ, M. M. Avaliação de Políticas e Programas de Saúde: Contribuições para o Debate. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T.W.F. (Org.). **Caminhos para Análise das Políticas de Saúde**. Interlocações - Práticas, experiências e pesquisas em saúde. Porto Alegre: Rede Unida, 2015. p. 285–317.

DIAS, H.M. **Programa de Controle do Tabagismo no município de Juiz de Fora**: a especificidade do tratamento na atenção básica. 2011. 124 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2011.

DUARTE, P.C.A.V.; DALBOSCO, C. Módulo III. Políticas e Legislação. Unidade 11 - A política e a legislação brasileira sobre drogas. In.: **Prevenção ao uso indevido de drogas**: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias. 3.ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010.

FEHLBERG, J. **Trabalho, igreja e boteco**: identidades em transformação entre descendentes de pomeranos do interior do espírito santo. 2011.300f. Tese (Doutorado em Psicologia) — Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2011.

FERRAZ, F. et al. Políticas e programas de educação permanente em saúde no Brasil: revisão integrativa de literatura. **Sau. & Transf. Soc.**, v. 3, n. 2, p. 113–128, 2012.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 17–27, jan. 2008.

FORD, R.; BAMMER, G.; BECKER, N. Improving nurses' therapeutic attitude to patients who use illicit drugs: workplace drug and alcohol education is not enough. **Int J Nurs Pract**, v. 15, n. 2, p. 112–118, 2009.

FRANÇA, M.G. et al. Núcleo de Estudos sobre Álcool e Outras Drogas: Uma Trajetória de Extensão. **Rev. Guará**, v.1, n.1, p.15-25, 2013.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 11. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

GARCIA, M.L.T.; LEAL, F.X.; ABREU, C. C. A política antidrogas brasileira: velhos dilemas. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 267-276, 2008.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2012.

GONÇALVES, W.; SIQUEIRA, M. M.; BUAIZ, V. **Atitudes dos profissionais frente ao álcool, alcoolismo e alcoolista**: a visão dos profissionais da rede socioeducativa. Portugal: Nova Edições Acadêmicas, 2016.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Avaliação de quarta geração**. Campinas: Unicamp, 2011.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na Sociologia**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. **CienSaudeColet**, v. 14, n. 1, p. 297–305, 2009.

HISTÓRIA CIÊNCIAS SAÚDE MANGUINHOS. **Brasil recebe prêmio internacional pelo controle do tabagismo**. 2015. Disponível em: <<http://www.revistahcsm.coc.fiocruz.br/brasil-recebe-premio-internacional-pelo-controle-do-tabagismo/>>. Acesso em: 28 mar. 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Tabagismo**: um grave problema de saúde pública. 2007. Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/t\\_Tabagismo.pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/t_Tabagismo.pdf)>. Acesso em: 10 set. 2015.

KANNO, N. D. P.; BELLODI, P. L.; TESS, B. H. Profissionais da Estratégia Saúde da Família diante de demandas médico-sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento. **Saúde Soc.**, v. 21, n. 4, 2012.

LARANJEIRA, R. (Ed.). **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) - 2012**. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP, 2014.

LEMOS, B. K. J. et al. Fenômeno das drogas: Crenças e Atitudes dos graduandos de Enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, v. 15, n. 4, p. 538–543, 2007.

LIMA JÚNIOR, J. M. et al. A educação permanente em álcool e outras drogas: marcos conceituais, desafios e possibilidades. In: RONZANI, T.M. et al. (Org). **Rede de atenção ao usuário de drogas: políticas e práticas**. São Paulo: Cortez, 2015.

LOPES, J. M. **Crenças e expectativas sobre o uso de álcool**: avaliação do efeito do treinamento em intervenção breve. 2009. 163 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental) — Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

MACENTE, L. B. **Análise espaço-tempo da ocorrência de suicídios no estado do Espírito Santo**: um estudo ecológico. 2010. 129f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) — Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2010.

MACIEIRA, M.S.; GOMES M.P.Z.; GARCIA M.L.T. Programa de Atendimento ao Alcoolista do HUCAM da UFES (PAA-HUCAM-UFES), **J. Bras. Psiq**, v.42, n.2, p.97-109, 1993.

MACIEIRA, M.S. et al. Núcleo de Estudos sobre o Álcool e outras Drogas - NEAD. **Rev. HUCAM**, s.v, n.11, p.11-15, 2002.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARIN FILHO, C.J. Concepção de Políticas Públicas - Definição, Viabilização e Execução. In: **Curso de capacitação de técnicos municipais para elaboração de planos diretores**. Santo Ângelo: URI – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus Santo Ângelo, 2005.

MATTA, A.N.B. et al. Processos formativos em álcool e outras drogas para trabalhadores da rede pública do município de São Paulo: a experiência do CRR-DIMESAD-UNIFESP. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, 11(3), São João del-Rei, 2016.

MICHELI, D. et al. Uso, abuso ou dependência? Como fazer triagem usando instrumentos padronizados. In: FORMIGONI, M.L.O.S. (Coord). **Deteção do uso e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas**: módulo 3. 7. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014. p. 23–43.

MICHELI, D.; FORMIGONI, M. L. O. S.; CARNEIRO, A. P. L. Intervenção Breve: módulo 4. In: FORMIGONI, M.L.O.S. (Coord.). **SUPERA**: Sistema para deteção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014.

MICROSOFT WORD. Versão 15.0. Microsoft, 2013.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MORAES, R. J. S.; BARROCO, S. M. S. B. Concepções do alcoolismo na atualidade: pesquisas hegemônicas, avanços e contradições. **Psic.: Teor. e Pesq.**, v. 32, n. 1, p. 229–237, 2016.

MORETTI-PIRES, R. O.; CORRADI-WEBSTER, C. M.; FURTADO, E. F. Consumo de álcool e Atenção Primária no interior da Amazônia: sobre a formação de médicos e enfermeiros para assistência integral. **Rev. bras. educ. med.**, v. 35, n. 2, 2011.

NASCIMENTO, C.C.S.; OLIVEIRA, C.M. Educação Permanente e Serviço Social: apontamentos sobre a formação profissional. **Temporalis**, n. 31, p. 133–165, 2016.

NEIVA, E. R.; MAURO, T. G. Atitude e mudança de atitudes. In: TORRES, C. V.; NEIVA, E. R. (Orgs). **Psicologia Social: principais temas e vertentes**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 171–203.

OBSERVATÓRIO DA POLÍTICA NACIONAL DE CONTROLE DO TABACO. **A política nacional**. Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio\\_controle\\_tabaco/site/status\\_politica/a\\_politica\\_nacional](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/status_politica/a_politica_nacional)>. Acesso em: 18 set. 2015.

OLIVEIRA, M.A.F. et al. Processos de avaliação de serviços de saúde mental: uma revisão integrativa. **Saúde debate**, v. 38, n. 1, p. 368–378, 2014.

PAES, M.R. et al. O papel do hospital geral na rede de atenção à saúde mental no Brasil. **Cienc Cuid Saude**, v. 12, n. 2, 2013.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION - PAHO. **Regional status report on alcohol and health in the Americas**. Washington DC: 2015.

PEREIRA, M.O.; VARGAS, D.; OLIVEIRA, M.A.F. Reflexão acerca da política do Ministério da Saúde brasileiro para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas sob a óptica da Sociologia das Ausências e das Emergências. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)** [online], v.8, n.1, p. 9-16 . 2012.

PERRENOUD, L.O.; RIBEIRO, M. Etiologia dos transtornos relacionados ao uso de substâncias. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D.C.; LARANJEIRA, R. (Org.). **Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PILLON, S.C. **Atitude dos Enfermeiros com relação ao alcoolismo - avaliação de escalas**. 1998. 102f. Dissertação (Mestrado). Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo: 1998.

PILLON, S.C.; SIQUEIRA, M.M.; SILVA, C.J. Dependência química no currículo de graduação dos profissionais de saúde. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D.C.; LARANJEIRA, R. (Org.). **Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PINHO, P. H. et al. Reabilitação psicossocial dos usuários de álcool e outras drogas: a concepção de profissionais de saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 43, n. especial 2, 2009.

PINTO, I.C.M.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M.; BAPTISTA, T.V.F. Ciclo de uma Política Pública de Saúde: problematização, construção da agenda, institucionalização, formulação, implementação, avaliação. In: PAIM, J.S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.). **Saúde Coletiva**. Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Medbook, 2014, v. 1, p. 69-82.

PIOVESAN, A.; TEMPORINI, E.R. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Rev. Saúde Públ.**, v. 29, n. 4, 1995.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PORTUGAL, F.B.; FRANÇA, M.G.; SIQUEIRA, M.M. Núcleo de Estudos sobre Álcool e outras Drogas: Uma experiência de interdisciplinaridade. **Rev enferm Herediana**, v. 2, p. 52-56, 2009.

PRATTA, E.M.M.; SANTOS, M.A. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. **Psic.: Teor. e Pesq.**, v. 25, n. 2, p. 203–211, 2009.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA DE JETIBÁ. **Projeto de Lei nº 062/2011, de 22 de dezembro de 2011**. 2011.

ROCHA, F.L.R. et al. A cultura organizacional de um hospital público brasileiro. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n. 2, p. 308–314, 2014.

RODRIGUES, J.S. O serviço social e as políticas públicas brasileiras no trato do álcool e outras drogas. In: III JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS: QUESTÃO SOCIAL E DESENVOLVIMENTO NO SÉCULO XXI. São Luís - Maranhão, 28 a 30 de agosto 2007. **III Jornada Internacional de Políticas Públicas**. Disponível em: <[http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos/EixoTematicoF/412f790d5d5aa2a196efJanaina\\_dos\\_Santos.pdf](http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos/EixoTematicoF/412f790d5d5aa2a196efJanaina_dos_Santos.pdf)>. Acesso em: 01 fev. 2017.

RONZANI, T.M. A Reforma Curricular nos cursos de Saúde: Qual o papel das crenças? **Rev. bras. educ. med.**, v. 31, n. 1, p. 38–43, 2007.

RONZANI, T.M.; MOTA, D.C.B. Módulo III - Políticas e Legislação. Unidade 12 - Políticas de saúde para a atenção integral a usuários de drogas. In: **Prevenção ao uso indevido de drogas**: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias. 3. ed. Brasília: Secretária Nacional de Políticas Sobre Drogas – SENAD, 2010.



RONZANI, T.M.; FURTADO, E.F. Estigma social sobre o uso de álcool. **J. bras. Psiquiatr.**, v. 59, n. 4, p. 326–332, 2010.

RONZANI, T.M. Sem Regulação, problemas tendem a aumentar. **Radis**, Rio de Janeiro, nº 132, p. 24, set. 2013. Entrevista concedida a Bruno Dominguez pelo coordenador do Centro de Referência em pesquisa, Intervenção e Avaliação em Álcool e Outras Drogas (Crepeia) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF).

RONZANI, T.M. et al. Redes de atenção aos usuários de álcool e outras drogas: histórico, políticas e pressupostos. In: RONZANI, T.M. et al. (org.). **Redes de Atenção ao Usuários de Drogas: políticas e práticas**. São Paulo: Cortez, 2015.

RONZANI, T.M.; NOTO, A.R.; SILVEIRA, P.S. **Reduzindo o estigma entre usuários de drogas: guia para profissionais e gestores**. Juiz de Fora: UFJF, 2014.

SANTOS, E.G.; SIQUEIRA, M.M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **J. Bras. Psiquiatr.**, v.59, n.3, p.238-246, 2010.

SANTOS, A.R.; FREITAS, T.P. **O Serviço Social na prevenção ao uso de drogas: desafios interdisciplinares para o trabalho profissional**. In: VIII SEMINÁRIO DE SAÚDE DO TRABALHADOR E VI SEMINÁRIO “O TRABALHO EM DEBATE”. Franca, São Paulo, 25 a 27 de setembro de 2012. **Proceedings online...Unesp Franca**. Available from: <[http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=MSC000000112012000100036&lng=en&nrm=abn](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000112012000100036&lng=en&nrm=abn)>. Acesso em 01 fev. 2017.

SARRETA, F.D.O. **Educação Permanente em Saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

SCADUTO, A. A.; BARBIEIRI, V. O discurso sobre a adesão de adolescentes ao tratamento da dependência química em uma instituição de saúde pública. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, n. 2, p. 605–614, 2009.

SCHEFFER, G.; SILVA, L.G. Saúde mental, intersectorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos. **Serv. Soc. Soc.**, v. 1, n. 118, p. 366–393, 2014.

SCHOLZE, A.S.; DUARTE JÚNIOR, C.F.; SILVA, Y.F.E. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade? **Interface (Botucatu)**, v. 13, n. 31, p. 303–314, 2009.

SELLTIZ, C.; WRIGHTSMAN, L.S.; COOK, S. **Métodos de pesquisa nas relações sociais**. São Paulo: EPU, 1976.

SILVA, C. J. Critérios de diagnóstico e classificação. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D.C.; LARANJEIRA, R. (Org.). **Dependência Química: Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

SILVA, L.M.V.; FORMIGLI, V.L.A. Avaliação em Saúde: limites e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, v. 10, n. 1, p. 80–91, 1995.

SIQUEIRA, M.M.; BARBOSA, D.A.; LARANJEIRA, R. As políticas públicas relacionadas às substâncias psicoativas. **Enfermagem Atual** (Rio de Janeiro), v. 45, p. 25-29, 2008.

SIQUEIRA, M.M.; BUAIZ, V. **Centro Regional de Referência para Formação Permanente de Profissionais para a Rede de Atenção aos Usuários de Substâncias Psicoativas do Estado do Espírito Santo (CRR-ES)**. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo - UFES, 2012.

SIQUEIRA, M.M. et al. Revisando o Alcoolismo. In: SIQUEIRA, M.M. (org.). **Síndrome de Dependência Alcoólica: da teoria à prática do cuidar**. Vitória: EDUFES, 2013.

SIQUEIRA, M.M.; BUAIZ, V. Uma chance para recomeçar: Centro de Estudos e Pesquisas sobre o Álcool e outras Drogas, **Rev. Universidade**, s.v, n.1, p.10-15, 2013.

SOARES, J.; VARGAS, D.; FORMIGONI, M.L.O.S. Atitudes e conhecimentos de enfermeiros frente ao álcool e problemas associados: impacto de uma intervenção educativa. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 5, p. 1178–1185, 2013.

SIQUEIRA, M. M et al. Centro de Estudos e Pesquisas sobre Álcool e outras Drogas: Uma Experiência de Transdisciplinaridade. In: SEQUEIRA, C.; SÁ, L. (Coord). **Informação e Saúde Mental - Actas do III Congresso da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. Algarve: Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 2011. p. 15–21.

SIQUEIRA, M.M. et al. (Org.). **Álcool, tabaco e outras drogas: uma abordagem para a atenção básica**. Vitória: EDUFES, 2016.

SOARES, J.; VARGAS, D.; OLIVEIRA, M.A.F. Atitudes e conhecimentos de profissionais de saúde diante do álcool, alcoolismo e do alcoolista: levantamento da produção científica nos últimos 50 anos. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. Port.)** [online], v. 7, n. 1, 2011.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**. Porto Alegre, ano 8, n.16, p. 20-45, jul/dez 2006.

SOUZA, D.P.O. Políticas sobre drogas e redes sociais: desafios e possibilidades. In: SILVA, E.A.; MOURA, Y.G.; ZUGMAN, D.K. (Org.). **Vulnerabilidades, Resiliência, Redes: uso, abuso e dependência de drogas**. São Paulo: Red Publicações, 2015. p. 267–286.

SOUZA, I.C.W.; RONZANI, T.M. Álcool e drogas na Atenção Primária: avaliando estratégias de capacitação. **Psicol. estud.**, v. 17, n. 2, p. 237–246, 2012.

SOUZA, R.C.F. **Atitudes dos profissionais de um curso dirigido à área de segurança pública frente ao álcool, alcoolismo e alcoolista**. 2016. 115f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2016.

SOUZA, S.L.; MELO, L.G. Acolhimento aos usuários de crack de um Centro de Atenção Psicossocial: os sentidos atribuídos pelos trabalhadores. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. Port.)** [online]., v. 11, n. 4, p. 181–189, 2015.

STATISTICAL PACKAGE FOR THE SOCIAL SCIENCE - SPSS. Versão 22.0. NY: IBM, 2013.

TEIXEIRA, T.G. et al. Centro de Estudos e Pesquisas sobre Álcool e outras Drogas. **Revista Guará**, v.2, n.4, 2015.

TRINDADE, R.L.P. et al. **Assistentes Sociais no Brasil - Elementos para o estudo do perfil profissional**. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social -CFESS, 2005.

TRONCHIN, D.M.R. et al. Educação permanente de profissionais de saúde em instituições públicas hospitalares. **Rev Esc Enferm USP**, v. 42, n. Especial 2, p. 1210–1215, 2009.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME - UNODC. **Normas internacionais sobre a prevenção do uso de drogas**. 2013.

\_\_\_\_\_. **World Drug Report 2015**. New York, 2015.

VARGAS, D.; LABATE, R.C. Trabalhar com pacientes alcoolistas: satisfação de enfermeiros de hospital geral. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, v. 26, n. 2, p. 252–260, 2005.

VARGAS, D. **A construção de uma escala de atitudes frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista**: um estudo psicométrico. 2005. 200f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

\_\_\_\_\_. Atitudes de enfermeiros de hospital geral frente às características pessoais do paciente alcoolista. **Rev Bras Enferm**, v. 63, n. 6, p. 1028–1034, 2010a.

\_\_\_\_\_. Atitudes de enfermeiros frente as habilidades de identificação para ajudar o paciente alcoolista. **Rev Bras Enferm**, v. 63, n. 3, p. 190–195, 2010b.

\_\_\_\_\_. Validação de construto da Escala de Atitudes Frente ao Álcool, ao Alcoolismo e a Pessoas com Transtornos Relacionados ao Uso do Álcool. **Rev. psiquiatr. clín.**, v. 41, p. 105–110, 2014.

VARGAS, D.; 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. **Texto Contexto Enferm**, v. 20, n. 1, 2011.

VERAS, R. (Org.). **Risco à saúde**: fumaça ambiental do tabaco – pontos para um debate. Rio de Janeiro: Uerj, Unati, 2010.

VIEIRA, C.B. **Percepção de mudanças decorrentes do tratamento no Programa de Atendimento ao Alcoolista**. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo, 2014.

VIEIRA, C.B. et al. Prevenção do uso de substâncias psicoativas entre estudantes: multiplicadores em ação. **Revista Guará**, n.3, 2015.

VIEIRA, C. B.; CARDOSO, L. S.; SIQUEIRA, M. M. Changes perceived by users after treatment for alcohol dependence. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 16, dez. 2016.

VIEIRA, C.B. et al. Políticas públicas e a formação de recursos humanos em álcool e drogas. In: **Drogas, e eu com isso?** – Na perspectiva de um Centro Regional de Referência. Curitiba-PR: Ed. Appris, cap.2, 2017 (no prelo).

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Avaliação de políticas e programas de saúde**. 22. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Organization Report on the Global Tobacco Epidemic 2008 - The MPowerPackage**. Geneve, 2008.

\_\_\_\_\_. **Preventing suicide: a global imperative**. [S.l.]. 2014a.

\_\_\_\_\_. **Global Status Report on Alcohol and Health 2014**. Luxembourg, 2014b.

\_\_\_\_\_. **WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2015: raising taxes on tobacco**. Luxembourg, 2015.

\_\_\_\_\_. **World Health Statistics 2016: Monitoring Health for the Sustainable Development Goals**. France, 2016.

.

## APÊNDICES

**APÊNDICE A –TERMO DE CONSENTIMENTO INSTITUCIONAL (TCI)**

Vitória, \_\_\_\_/\_\_\_\_/ 2015.

Ilmº. Sr. Prof. Vitor Buaiz

MD. Coordenador do Centro de Estudos e Pesquisas sobre o Álcool e outras Drogas

Prezado Senhor:

Vimos através deste, solicitar a V. S<sup>a</sup>. autorização para realizar pesquisa intitulada **“Atitudes dos Profissionais de Hospitais Gerais frente ao Álcool, Alcoolismo e Alcoolista”** (em anexo), junto aos alunos do curso de Atualização em Atenção Integral aos usuários de Crack e outras Drogas para profissionais de Hospitais Gerais, ministrado pelo Centro Regional de Referência sobre Drogas do Espírito Santo (CRR-ES), projeto vinculado a este Centro.

Esclarecemos que a pesquisa será desenvolvida pela Enf<sup>a</sup>. e mestranda Camila Barcelos Vieira do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, com participação de aluno de iniciação científica e sob a orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marluce Mechelli de Siqueira.

A pesquisa tem como objetivo, avaliar as atitudes dos profissionais de hospitais gerais frente ao álcool, alcoolismo e alcoolista que participaram do curso Atualização em Atenção Integral aos usuários de Crack e outras Drogas para profissionais de Hospitais Gerais ofertado pelo Centro Regional de Referência sobre Drogas do Espírito Santo (CRR-ES).

Colocamo-nos à disposição, agradecendo a atenção e colaboração.

Atenciosamente,

---

Enf<sup>a</sup>. Camila Barcelos Vieira (mestranda)  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marluce Mechelli de Siqueira (orientadora)  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

## APÊNDICE B - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO

---

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

---

### Termo de Confidencialidade e Sigilo

Eu, Camila Barcelos Vieira, responsável pelo projeto de pesquisa intitulado Atitudes dos Profissionais de Hospitais Gerais frente ao Álcool, Alcoolismo e Alcoolista, declaro cumprir com todas as implicações abaixo:

**Declaro:**

- a) Que o acesso aos dados registrados no banco de dados do curso de capacitação Atualização em Atenção Integral aos usuários de Crack e outras Drogas para profissionais de Hospitais Gerais, para fins da pesquisa científica, será feito somente após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética;
- b) Que o acesso aos dados será supervisionado por uma pessoa que esteja plenamente informada sobre as exigências de confiabilidade;
- c) Meu compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados preservando integralmente o anonimato e a imagem do participante, bem como a sua não estigmatização;
- d) Não utilizar as informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico-financeiro;
- e) Que o pesquisador responsável estabeleceu salvaguardar e assegurar a confidencialidades dos dados de pesquisa;
- f) Que os dados obtidos na pesquisa serão usados exclusivamente para finalidade prevista no protocolo;
- g) Que os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para o projeto vinculado, os quais serão mantidos em sigilo, em conformidade com o que prevê os termos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, assino este termo para salvaguardar seus direitos.

Camila Barcelos Vieira

Fone: (27) 99938-6612

E-mail: camilabarcelosv@gmail.com

Vitória, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.



## APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

---

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

---

Estou sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), de uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assinarei no final deste documento, que esta em duas vias: uma delas será minha e a outra será do pesquisador responsável. Se houver dúvidas, poderei solicitar o esclarecimento prévio.

### **Título da pesquisa**

Atitudes dos Profissionais de Hospitais Gerais frente ao Álcool, Alcoolismo e Alcoolista.

### **Instituição Proponente da Pesquisa**

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PPGSC  
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES

### **Pesquisadores responsáveis**

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marluce Mechelli de Siqueira  
Enf<sup>a</sup>. Camila Barcelos Vieira

### **Justificativa**

O estudo justifica-se, pois as atitudes e conhecimentos dos profissionais frente às substâncias psicoativas, particularmente o álcool, desperta pouco interesse dos pesquisadores, causando uma lacuna nessa área do conhecimento.

### **Objetivo**

Explorar as concepções dos assistentes sociais que participaram do curso de capacitação Atualização em Atenção Integral aos usuários de Crack e outras Drogas para profissionais de Hospitais Gerais

### **Duração e local**

O estudo será realizado durante o período pós-capacitação, em que responderei a uma entrevista, com duração aproximada de 30 minutos, no local que for conveniente a mim.

### **Direito de Recusa**

Fui esclarecido(a) que minha recusa não trará nenhum prejuízo a instituição e que tenho o direito de interromper livremente a minha participação ou retirar o meu consentimento quando desejar, sem sofrer penalização.

### **Autonomia**

Estou ciente que minha participação é livre e espontânea e que posso me recusar a responder qualquer pergunta que achar conveniente.

**Garantia de sigilo de identidade**

Fui esclarecido(a) que as informações obtidas têm caráter confidencial, sendo resguardada a minha privacidade e anonimato, uma vez que, não haverá identificação dos participantes e os dados serão analisados em conjunto.

**Beneficência**

Os benefícios relacionados a pesquisa com minha participação, são as contribuições para melhoria das atitudes dos profissionais da rede de atenção frente ao álcool, alcoolismo e alcoolista.

**Risco/desconforto**

Estou ciente que esta pesquisa tem risco de gradação mínima, ou seja, apenas o inconveniente de ocupar um pouco do meu tempo.

**Ressarcimento**

Fui esclarecido que esta pesquisa não implica despesa e também que não há compensação financeira relacionada à minha participação.

**Esclarecimentos de dúvidas**

Em caso de dúvidas referentes à pesquisa, poderei realizar contato com os responsáveis pela pesquisa:

MarluceMechelli de Siqueira – (27) 3335.7492 – marluce.siqueira@ufes.br  
Camila Barcelos Vieira – (27) 99938.6612 – camilabarcelosv@gmail.com

Caso não consiga poderei entrar em contato com o site do Comitê de Ética em Pesquisa - Telefone: 3335-7211 – Endereço: Av. Marechal Campos, nº 1468, Maruípe, Vitória-ES - [www.ccs.ufes.br/cep](http://www.ccs.ufes.br/cep).

Conforme Resolução CNS 466/2012 o TCLE emitido em duas vias, ficando uma na posse do participante e a outra em posse do pesquisador.

---

Eu, \_\_\_\_\_, estou ciente dos pontos abordados acima e sinto-me esclarecido (a) a respeito do estudo proposto, e por minha livre vontade que aceito participar como sujeito e autorizo a divulgação dos resultados, como dispostos nos termos citados acima.

Vitória, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Participante da Pesquisa

---

Enf<sup>a</sup>. Camila Barcelos Vieira  
Mestranda em Saúde coletiva

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marluce Mechelli de Siqueira  
Orientadora

**APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO**

---

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

---

1. Gênero:  Feminino                       Masculino
2. Idade: \_\_\_\_\_anos
3. Estado Civil:  Solteiro(a)     Casado(a)     Divorciado(a)  
 Viúvo(a)     Outra. Qual: \_\_\_\_\_
4. Nível de Escolaridade:  Ensino Médio Completo  
 Ensino Superior Incompleto  
 Ensino Superior Completo  
 Especialização  
 Mestrado  
 Doutorado
5. Profissão: \_\_\_\_\_
6. Tempo de atuação no trabalho: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE E – ROTEIRO DE ENTREVISTA

---

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

---

### EIXO 1 – ATITUDE & CRENÇAS

1. Quais abordagens realizadas em seu trabalho que você acredita que possam recuperar os dependentes?
2. Qual deve ser a postura do profissional que atua com usuários de substâncias psicoativas?
3. O que leva o indivíduo a beber? Qual o papel dos fatores sociais no abuso e na dependência de substâncias?
4. Qual o seu sentimento ao lidar com dependentes químicos?

### EIXO 2 – CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

1. Quais fatores tornam o indivíduo como um potencial usuário compulsivo?
2. Você saberia indicar critérios para avaliar (ou diagnosticar) a condição de saúde do dependente?
3. Quais os sinais e sintomas que podem sinalizar complicações do uso de substâncias?

### EIXO 3 – BOAS PRÁTICAS

1. No seu setor de trabalho, como são as medidas/ações de prevenções ao uso e abuso de drogas?
2. O que você destaca como Boas Práticas? Cite exemplos conhecidos ou vividos por você.
3. Quais condutas que você assume no seu cotidiano de trabalho que podem auxiliar na abordagem de usuários abusivos de álcool ou dependentes?

### EIXO 4 – CAPACITAÇÃO

1. Na sua atuação profissional você se sente preparado para lidar com usuário de substâncias psicoativas?
2. Qual a sua opinião sobre a integração dos processos de educação e trabalho na aprendizagem/formação dos profissionais?
3. Qual sua motivação para buscar mais conhecimento na área de saúde mental/ substâncias psicoativas?
4. Você consegue identificar mudanças práticas em seu cotidiano de trabalho após a realização da capacitação? Cite exemplos vividos por você.

**ANEXOS**

## ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO “EAFAAA”

---

### Escala de Atitudes frente ao Álcool, ao Alcoolismo e ao Alcoolista (EAFAAA)

---

#### Instrução

O objetivo desta escala é coletar a **sua opinião** sobre indivíduos que fazem uso de bebida alcoólica. Não se trata de um teste. Não há respostas certas ou erradas. Seu nome não será revelado, de modo que não será possível identificar qual opinião é a sua.

Portanto, é importante que você responda com a sua opinião natural, sincera e espontânea, e não com a resposta que seria a mais correta ou a que as pessoas esperariam que você dissesse.

Ou seja, sua opinião, mesmo que ela seja julgada como errada ou indesejada, certa ou desejada, **é a sua opinião e você tem o direito de expressá-la.**

Você simplesmente deverá expressar sua opinião sobre cada uma das afirmações a seguir assinalando um “X” na coluna correspondente, de acordo com a seguinte escala: **concordo plenamente, concordo um pouco, indiferente, discordo um pouco e discordo plenamente.**

		Concordo totalmente						
		Concordo em parte						
		Estou em dúvida						
		Discordo em parte						
		Discordo totalmente						
01	Eu tenho medo de abordar o problema do álcool com meus pacientes.							
02	Pessoas com transtornos relacionados ao uso do álcool não têm bom senso.							
03	Penso que passar por um desajuste familiar leva ao alcoolismo.							
04	Penso que as pessoas têm o direito de beber se elas quiserem.							
05	Eu tenho medo da agressividade de pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool.							

06	Pessoas com transtornos relacionados ao uso do álcool são mal educadas.						
07	Pessoas tímidas ou inibidas têm maior chance de desenvolver o alcoolismo.						
08	A bebida alcoólica é agradável e proporciona bem-estar ao usuário.						
09	Sinto-me frustrado quando trabalho com pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool.						
10	Pessoas com transtornos relacionados ao uso do álcool são irresponsáveis.						
11	Penso que a depressão leva ao alcoolismo.						
12	O uso da bebida alcoólica é algo normal.						
13	De todos os meus pacientes, o paciente com transtornos relacionados ao uso do álcool é aquele que dá mais trabalho.						
14	Pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool têm maior probabilidade de se tornarem violentos contra mim.						
15	O que falta na pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool é força de vontade.						
16	A bebida em qualquer quantidade vai deixar o indivíduo dependente.						
17	Devo cuidar do paciente com transtornos relacionados ao uso do álcool, mesmo que ele acredite não precisar de cuidado de saúde.						
18	Penso que pessoas que desenvolvem o alcoolismo são fracas.						
19	As questões sociais levam o indivíduo a beber.						
20	Beber com moderação não é prejudicial.						
21	Mesmo quando não intoxicado o paciente com transtornos relacionados ao uso do álcool, é desrespeitoso com os membros da equipe.						



22	Eu percebo que pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool não querem se cuidar.						
23	Predisposicoeshereditarias levam ao alcoolismo.						
24	Eu sou contra o uso de álcool em qualquer momento.						
25	Sinto raiva ao trabalhar com pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool.						
26	Não confio nas informações que pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool relatam.						
27	Pessoas insatisfeitas abusam do álcool.						
28	Eu sou favoravel ao beber moderado.						
29	Pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool nunca aceitam o que os profissionais de saúde falam sobre seus problemas com a bebida.						
30	Penso que a pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool é culpada por seus problemas de saúde.						
31	As pessoas que desenvolvem o alcoolismo têm baixa auto-estima.						
32	Doses pequenas de álcool são capazes de causar dependência.						
33	Considero o paciente com transtornos relacionados ao uso do álcool como um caso perdido.						
34	A pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool acaba sempre voltando ao serviço de saúde com o mesmo problema.						
35	As pessoas com transtornos relacionados ao uso do álcool são psicologicamente abaladas.						
36	O álcool em quantidades reduzidas é benéfico.						
37	Abordar o problema do álcool com pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool significa menos tempo para os demais pacientes.						

38	De todos os meus pacientes, o paciente com transtornos relacionados ao uso do álcool é o mais difícil de lidar.					
39	As pessoas bebem para se sentirem mais sociáveis.					
40	As pessoas podem beber desde de saibam se controlar.					
41	Eu prefiro trabalhar com pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool a trabalhar com outros pacientes.					
42	A pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool é uma pessoa difícil de relacionar-se.					
43	A pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool bebe porque não consegue enfrentar a sua realidade.					
44	Eu considero difícil estabelecer um relacionamento terapêutico com pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool.					
45	Pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool são pacientes que cooperam com seu tratamento.					
46	É preciso tomar cuidado para não ser agredido ao trabalhar com pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool.					
47	Pessoas com transtornos relacionados ao uso do álcool não levam o tratamento a sério.					
48	Quando o paciente com transtornos relacionados ao uso do álcool não aceita que tem problemas relacionados ao uso do álcool, a melhor decisão é desistir de ajudar.					
49	Quando trabalho com pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool, não sei como conduzir a situação.					
50	Cuidar de pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool não é gratificante para mim.					

**Fonte:** Vargas, 2005.

## ANEXO 2 – AUTORIZAÇÃO DO CEP

CENTRO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE/UFES



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ATITUDES FRENTE AO ÁLCOOL, ALCOOLISMO E ALCOOLISTA: O QUE PENSAM OS PROFISSIONAIS?

**Pesquisador:** Marluce Miguel de Siqueira

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 31449914.2.0000.5080

**Instituição Proponente:** Centro de Ciências da Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 732.798

**Data da Relatoria:** 30/07/2014

#### Apresentação do Projeto:

Projeto de Mestrado.

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo comparativo de abordagem quase-experimental, objetivando avaliar as atitudes dos profissionais capacitados pelo Centro Regional de Referência sobre Drogas do Espírito Santo (CRR-ES).

O estudo será realizado no Centro de Estudos e Pesquisas sobre o Álcool e outras Drogas – CEPAD (SIQUEIRA et al., 2011a) localizado no Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), no banco de dados dos cursos de capacitação oferecidos pelo CRR-ES (SIQUEIRA et al., 2011b), projeto em desenvolvimento pelo referido Centro.

A população estudada será constituída por profissionais da rede de atenção (da saúde, da assistência social, do sistema judiciário, da segurança pública e do ministério público) participantes dos cursos de capacitação, tendo uma estimativa de 600 participantes. Continuação do Parecer: 700.049

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:**

Avaliar as atitudes dos profissionais capacitados pelo Centro Regional de Referência sobre Drogas

CENTRO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE/UFES



Continuação do Parecer: 732.798

do Espírito Santo (CRR-ES) frente ao álcool, alcoolismo e alcoolista.

**Objetivo Secundário:**

Identificar as atitudes dos profissionais capacitados, frente ao álcool, alcoolismo e ao alcoolista; Verificar a influência das variáveis sociodemográficas nas atitudes e conhecimentos dos profissionais; e Comparar as atitudes dos profissionais capacitados durante o período pré e pós-capacitação.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

o autor descreve que:

- Os benefícios são as contribuições para melhoria das atitudes dos profissionais da rede de atenção frente ao álcool, alcoolismo e alcoolista.
- O Risco é de gradação mínima, ou seja, apenas o inconveniente de ocupar um pouco do tempo do participante

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Estudo relevante.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresenta os seguintes termos:

- Folha de rosto devidamente preenchida;
- Instrumento de coleta de dados no corpo do projeto anexo
- TCLE, conforme descrito na Resolução CNS 466/2012.
- Instrumentos de coleta de dados (questionário, entrevista...) aos quais os participantes serão submetidos.
- Carta de autorização do CEPAD

**Recomendações:**

Recomendo a aprovação do estudo.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não constam pendências

**Situação do Parecer:**

Aprovado

CENTRO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE/UFES



Continuação do Parecer: 732.798

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

VITORIA, 30 de Julho de 2014

---

**Assinado por:**  
**Cynthia Furst Leroy Gomes Bueloni**  
**(Coordenador)**