

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA FAMÍLIA E REPRESENTAÇÕES
SOCIAIS DO ALCOOLISMO

Luiz Gustavo Silva Souza

Vitória, ES

2012

LUIZ GUSTAVO SILVA SOUZA

PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA FAMÍLIA E REPRESENTAÇÕES
SOCIAIS DO ALCOOLISMO

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do Grau de Doutor em Psicologia, sob a orientação da Professora Maria Cristina Smith Menandro e coorientação do Professor Paulo Rogério Meira Menandro.

UFES

Vitória, maio de 2012

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

S729p Souza, Luiz Gustavo Silva, 1979-
Profissionais de saúde da família e representações sociais do
alcoolismo / Luiz Gustavo Silva Souza. – 2012.
637 f. : il.

Orientadora: Maria Cristina Smith Menandro.
Coorientador: Paulo Rogério Meira Menandro.
Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal do Espírito
Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais.

1. Alcoolismo. 2. Cuidados primários de saúde. 3. Família -
Saúde e higiene. 4. Representações sociais. 5. Identidade social.
I. Menandro, Maria Cristina Smith, 1962-. II. Menandro, Paulo
Rogério Meira. III. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro
de Ciências Humanas e Naturais. IV. Título.

CDU: 159.9

Profissionais de Saúde da Família e representações sociais do
alcoolismo

LUIZ GUSTAVO SILVA SOUZA

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção
do grau de Doutor em Psicologia.

Aprovada em 28 de maio de 2012, por: -



Profa. Dra. Maria Cristina Smith Menandro – Orientadora – UFES



Profa. Dra. Angela Maria de Oliveira Almeida – UnB



Prof. Dr. Antonio Marcos Tosoli Gomes – UERJ



Profa. Dra. Zeidi Araújo Trindade – UFES



Prof. Dr. Lídio de Souza – UFES

À Dona Penha, Dodó
À Lauri

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos professores orientadores, Maria Cristina Smith Menandro e Paulo Rogério Meira Menandro, ao orientador do estágio de doutorado na Université de Provence, professor Thémis Apostolidis, aos demais professores do Curso de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, especialmente professores Zeidi Araújo Trindade e Sávio Silveira de Queiroz; aos colegas e professores, especialmente Luciene Bittencourt Pinheiro, Alexsandro Luiz de Andrade, Renata Lira dos Santos Aléssio, Filipe Martins Aléssio, Valeschka Martins Guerra, Fernanda Cabral Ferreira, Séverin Guignart, Christophe Demarque, Loïc Bourse, Vanessa Laguette, Maud Hidalgo e Marina Del Sarto; aos profissionais que participaram deste estudo; à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES, pelo financiamento.

Agradeço também a Bianca e Patrícia, profissionais de saúde cujos nomes reais devem ser escondidos pelo sigilo de pesquisa (pena!), por me deixarem pensar e fazer junto um pouco de Saúde da Família.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	22
CAPÍTULO 1: ALCOOLISMO E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	24
1.1. Definições e percepções do alcoolismo	26
1.1.1. Formas da intemperança	26
1.1.2. “Problemas com o álcool”	35
1.1.3. Alcoolismo como objeto social e psicossocial	49
1.2. Atenção Primária à Saúde	68
1.2.1. Diretrizes mundiais de proximidade e continuidade	71
1.2.2. Sistema de Saúde e Atenção Primária no Brasil	79
1.2.3. Estratégia Saúde da Família	83
1.2.4. Da dificuldade dos princípios ao princípio das dificuldades	91
1.3. O desafio da Saúde Mental	97
1.3.1. Atenção Primária de problemas com o álcool	100
1.3.2. Saúde Mental na Atenção Primária brasileira	105
1.3.3. Problemas com o álcool na Atenção Primária brasileira	113
1.4. Atenção Primária e Saúde do Homem	118
1.5. Entre diretrizes e desafios, as tramas psicossociais	123
1.5.1. A pesquisa: fundamentação teórica	127
1.5.2. Teoria das Representações Sociais	128
1.5.3. Ancoragem de conceitos	137
1.5.4. Objetivos e procedimentos	141
CAPÍTULO 2: FIGURAS DO ALCOOLISMO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	151
2.1. Uma vivência como método	151
2.1.1. Análise dos registros de campo	159
2.1.2. A observação em números	162
2.2. A Unidade de Saúde da Família e seus personagens	169

2.2.1. Os espaços da Unidade	171
2.2.2. Os papéis do pesquisador	179
2.3. Da entrada aos consultórios	182
2.3.1. A entrada	183
2.3.2. A recepção	199
2.3.3. A sala de preparo	206
2.3.4. A sala de espera	211
2.3.5. Os consultórios	216
2.3.6. A farmácia	226
2.3.7. O consultório das dentistas	237
2.4. Os atendimentos de grupos	241
2.4.1. Sessão de cinema com idosos	243
2.4.2. Fumantes e não fumantes	244
2.4.3. Bate-papo e orientação alimentar	248
2.4.4. Os lugares das gestantes	255
2.4.5. Palestras do Bolsa Família	261
2.4.6. Atendimentos de grupos e a questão do alcoolismo	267
2.5. Gestão da Unidade, gestão da vida	274
2.5.1. Gerir a Unidade de Saúde	275
2.5.2. Gerir os usuários	283
2.5.3. Reuniões das equipes de Saúde da Família	283
2.5.4. Reuniões com profissionais de outros serviços	305
2.5.5. A reunião com o pesquisador	314
2.5.6. Os enfermeiros e a gestão	329
2.5.7. Os moradores dos Quatro Cantos	333
2.6. A construção contextual das figuras do alcoolismo	343
CAPÍTULO 3: DISCURSOS SOBRE O ALCOOLISMO	366
3.1. Roteiro de conversas	366
3.1.1. Análise das entrevistas	373
3.2. Como o alcoolismo aparece, com o que se parece?	379
3.2.1. Atender o usuário alcoolizado	401

3.3. O que causa o alcoolismo?	407
3.4. Que tratamentos devem ser propostos?	425
3.4.1. Percepções sobre atendimentos com resultados	437
3.5. Dois discursos em um só	451
3.5.1. Lugares de enunciação	460
3.5.2. Sistemas de pensamento e de práticas	468
3.5.3. Dois pontos do triângulo	480
CAPÍTULO 4: UM ALCOOLISTA, UMA ALCOOLISTA, UM DIABÉTICO	484
4.1. Percepções em números	484
4.2. O alcoolista como usuário atípico e difícil	491
4.3. A usuária alcoolista	496
4.4. Implicações representacionais e identitárias	500
CAPÍTULO 5: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO ALCOOLISMO	507
5.1. Os usuários do alcoolismo	507
5.2. O alcoolismo dos usuários	516
5.3. Construtos sócio-históricos	537
5.4. Pesquisar e agir	554
5.4.1. O retorno ao campo	560
5.5. Depois do triângulo	577
5.6. Considerações finais	600
ANEXO	602
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	622

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Observação participante: frequência dos profissionais no conjunto (N = 65) de <i>Situações</i> observadas	164
Tabela 2. Observação participante: frequência dos <i>tipos de Situação</i> e respectivos locais	165
Tabela 3. Observação participante: frequência das <i>ações-chave</i> nas <i>Situações</i>	168
Tabela 4. Entrevistas: caracterização dos participantes quanto à frequência das categorias profissionais	372
Tabela 5. Análise temática das entrevistas: respostas à questão sobre como o alcoolismo aparece na Unidade de Saúde	380
Tabela 6. Análise temática das entrevistas: respostas à questão sobre como a equipe da Unidade de Saúde lida com casos de alcoolismo	385
Tabela 7. Análise temática das entrevistas: respostas à questão sobre que sentimentos os profissionais associam ao atendimento de usuário alcoolizado	403
Tabela 8. Análise temática das entrevistas: respostas à questão sobre que fatores causam o alcoolismo – fatores sociais	408
Tabela 9. Análise temática das entrevistas: respostas à questão sobre que fatores causam o alcoolismo – fatores genéticos	415
Tabela 10. Análise temática das entrevistas: respostas à questão sobre que fatores causam o alcoolismo – fatores psicológicos	416
Tabela 11. Análise temática das entrevistas: respostas à questão sobre que	

tratamento deve ser adotado	426
-----------------------------------	-----

Tabela 12. Análise temática das entrevistas: serviços mencionados nas respostas sobre o tratamento	429
--	-----

LISTA DE ILUSTRAÇÕES (QUADROS E FIGURAS)

Quadro 1. Cronograma de aplicação das estratégias de coleta de dados	146
--	-----

Quadro 2. Observação participante: comparação esquemática entre os Fluxos da Unidade observada	343
--	-----

Quadro 3. Observação participante: Temas relativos aos usuários em geral e implicações quanto ao alcoolismo e aos usuários alcoolistas	349
--	-----

Quadro 4. Observação participante: Temas relativos à Unidade e ao sistema de saúde e implicações quanto ao alcoolismo e aos usuários alcoolistas	352
--	-----

Quadro 5. Observação participante: Temas relativos aos casos de saúde mental e implicações quanto ao alcoolismo e aos usuários alcoolistas	354
--	-----

Quadro 6. Observação participante: Temas relativos ao alcoolismo e aos usuários alcoolistas	355
---	-----

Quadro 7. Observação participante: Figuras do alcoolismo, dos usuários alcoolistas e hipóteses sobre padrões afetivos dominantes	357
--	-----

Quadro 8. Roteiro utilizado nas entrevistas semiestruturadas e respectivas dimensões de apreensão do objeto investigadas	370
--	-----

Quadro 9. Entrevistas: frequência dos participantes quanto a gênero e profissão (médicos <i>versus</i> não-médicos)	371
Quadro 10. Resultados do ALCESTE para a questão sobre como o alcoolista aparece na Unidade de Saúde e sobre como a equipe lida com os casos – Quadro AICLA para Classe 1	392
Quadro 11. Resultados do ALCESTE para a questão sobre como o alcoolista aparece na Unidade de Saúde e sobre como a equipe lida com os casos – Quadro AICLA para Classe 2	394
Quadro 12. Resultados do ALCESTE para a questão sobre como o alcoolista aparece na Unidade de Saúde e sobre como a equipe lida com os casos – Quadro AICLA para Classe 3	395
Quadro 13. Resultados do ALCESTE para a questão sobre como o alcoolista aparece na Unidade de Saúde e sobre como a equipe lida com os casos – Quadro AICLA para Classe 4	397
Quadro 14. Resultados do ALCESTE para a questão sobre que fatores causam o alcoolismo – Quadro AICLA para Classe 1	420
Quadro 15. Resultados do ALCESTE para a questão sobre que fatores causam o alcoolismo – Quadro AICLA para Classe 2	422
Quadro 16. Resultados do ALCESTE para a questão sobre que fatores causam o alcoolismo – Quadro AICLA para Classe 3	423
Quadro 17. Resultados do ALCESTE para a questão sobre que tratamento deve ser adotado – Quadro AICLA para Classe 1	432

Quadro 18. Resultados do ALCESTE para a questão sobre que tratamento deve ser adotado – Quadro AICLA para Classe 2	434
Quadro 19. Resultados do ALCESTE para a questão sobre que tratamento deve ser adotado – Quadro AICLA para Classe 3	435
Quadro 20. Agrupamento das Classes geradas pelo ALCESTE segundo associação aos universos reificado e consensual	469
Quadro 21. Diferentes tomadas de posição cognitivo-discursivas dos participantes, associadas aos universos reificado e consensual	471
Quadro 22. Relações entre Classes identificadas pelo ALCESTE e variáveis independentes gênero e profissão	477
Quadro 23. Questionários: dimensões de percepção investigadas e itens correspondentes	489
Quadro 24. “Proposta de intervenção sobre o alcoolismo” formulada pela educadora física e pela psicóloga da Unidade observada	562
Quadro 25. Cafés da manhã (“Grupo de Homens”) com usuários da Unidade observada: participantes e temas abordados	569
Quadro 26. Elementos da proposta de intervenção psicossocial e exemplos extraídos dos dados da pesquisa	597
Figura 1. Plantas estilizadas da Unidade de Saúde observada, primeiro e segundo andares	177

Figura 2. Direção de análise entre dados apresentados pelo ALCESTE e representações sociais	377
Figura 3. Dendrograma das Classes geradas pelo ALCESTE a partir das respostas à questão sobre como o alcoolismo aparece e sobre como a equipe lida com os casos	400
Figura 4. Dendrograma das Classes geradas pelo ALCESTE a partir das respostas à questão de que fatores são importantes para entender porque alguém se torna alcoolista	424
Figura 5. Dendrograma das Classes geradas pelo ALCESTE a partir das respostas à questão sobre que tratamento deve ser adotado	436
Figura 6. <i>Quadro integrador ALCESTE e análise de conteúdo</i> para a questão sobre como o alcoolismo aparece e como a equipe lida com os casos	463
Figura 7. <i>Quadro integrador ALCESTE e análise de conteúdo</i> para a questão sobre que fatores causam o alcoolismo	465
Figura 8. <i>Quadro integrador ALCESTE e análise de conteúdo</i> para a questão sobre que tratamento deve ser adotado	467
Figura 9. Questionários: médias das dimensões de percepção avaliadas em cada um dos três casos	499
Figura 10. Questionários: médias dos itens causais (fatores sociais, genéticos, psicológicos) em cada um dos três casos	500
Figura 11. Sistema representacional na construção de representações e práticas sobre o alcoolismo e os usuários alcoolistas	529

Figura 12. Hipóteses sobre núcleo central e sistema periférico das representações sociais do alcoolismo	553
Figura 13. Mobilização de teorias implícitas sobre o alcoolismo, a partir do possível núcleo central da representação	554
Figura 14. Modelo de ações centrais e periféricas (MACP)	585
Figura 15. Esquema operacional da Intervenção Centrada nas Práticas	594

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

- AA: Alcoólicos Anônimos.
- AICLA (Quadro): Quadro Auxiliar para Interpretação de Classes geradas pelo ALCESTE.
- ALCESTE: *Analyse des Lexèmes Co-occurants dans les Enoncés Simples d'un Texte* (Análise de Lexemas Coocorrentes nos Enunciados Simples de um Texto).
- ANOVA: *Analysis of Variance* (Análise de Variância).
- APS: Atenção Primária à Saúde.
- AUDIT: *Alcohol Use Disorders Identification Test* (Teste para Identificação de Problemas relacionados ao Uso de Álcool).
- CAGE: acrônimo para *Cut-down, Annoyed, Guilty e Eye-opener* (palavras-chave de quatro questões que compõem o teste correspondente de triagem para problemas com o álcool).
- CAPS: Centro de Atenção Psicossocial.
- CAPS-ad: Centro de Atenção Psicossocial – álcool e drogas.
- CID-10: Classificação Internacional das Doenças (OMS, 10ª edição).
- DSM-IV: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria, 4ª edição).
- DST: Doenças Sexualmente Transmissíveis.
- EUA: Estados Unidos da América.
- HIV/AIDS: *Human Immunodeficiency Virus* (Vírus de Imunodeficiência Humana)/ *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida).
- MACP: Modelo de Ações Centrais e Periféricas.
- MANOVA: *Multiple Analysis of Variance* (Análise de Variância Multivariada).
- OMS: Organização Mundial da Saúde.
- ONG: Organização não Governamental.
- PSF: Programa de Saúde da Família.

- SEMUS: Secretaria Municipal de Saúde.
- SUS: Sistema Único de Saúde.
- TIB: Triagem e Intervenção Breve (para problemas com o álcool).
- TRS: Teoria das Representações Sociais.
- UCE: Unidade de Contexto Elementar.
- USF: Unidade de Saúde da Família.

Souza, L. G. S. (2012). Profissionais de Saúde da Família e representações sociais do alcoolismo. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, 637 pp.

RESUMO

O uso problemático de álcool é frequente em todo o mundo. A Atenção Primária à Saúde (APS) tem importante papel na abordagem dos “problemas com o álcool” e do “alcoolismo” em específico. No Brasil, a Estratégia Saúde da Família apresenta potencial para melhorar a assistência a esses problemas e ao conjunto de questões de Saúde Mental. Torna-se relevante analisar como profissionais de APS constroem conhecimentos e condutas sobre o alcoolismo, sobre os usuários alcoolistas e sobre os objetos associados. A pesquisa relatada nesta tese teve o objetivo de investigar e analisar representações sociais e práticas sociais construídas por profissionais de Saúde da Família em um município do sudeste brasileiro sobre alcoolismo e usuários alcoolistas. Três estudos foram conduzidos: observação participante realizada em uma Unidade de Saúde da Família (USF) durante cerca de oito meses (84 participantes); entrevistas semiestruturadas (40 participantes de 11 USF); questionários com vinhetas (120 participantes de 16 USF). Dados da observação e das entrevistas foram tratados com análise de conteúdo temática. Falas dos entrevistados foram também submetidas ao programa ALCESTE. Dados dos questionários foram tratados com análises de variância (MANOVA, ANOVA) com auxílio do programa SPSS. A observação participante verificou a construção contextual de cinco “Figuras” do usuário alcoolista, por meio de processos de objetivação e ancoragem: alcoolista ausente; alcoolista como caso difícil; alcoolista presente e, no entanto, ausente; bêbado-cômico e bêbado-problema. Foram observadas práticas centradas no paradigma biomédico tradicional e práticas com sentido geral de exclusão física e simbólica do alcoolista. Verificou-se ênfase na atribuição de alteridade aos usuários em geral, alcoolistas e não-alcoolistas. As falas em entrevistas indicaram

ambiguidade da apreensão do alcoolismo, simultaneamente representado como “doença multifatorial a ser tratada de forma integral” e “problema social, relacionado à pobreza das comunidades”. Para a atribuição de causas ao alcoolismo, notou-se a coexistência da racionalidade científica e de crenças sobre a “cultura diferente” das “comunidades pobres” e sobre suas “famílias desestruturadas”. As Unidades de Saúde da Família foram representadas simultaneamente como “importantes” e como “impotentes” para o tratamento do alcoolismo. Resultados dos questionários indicaram que o alcoolista era objetivado como usuário “atípico e difícil”, ao qual se dirigiam atitudes negativas e elementos sócio-cognitivos de estigmatização. As causas do alcoolismo foram identificadas nos âmbitos psicológico e social, em contraste com menor ênfase na determinação genética (biológica). O alcoolismo feminino foi possivelmente percebido como mais difícil de explicar, mas não necessariamente como mais difícil de tratar. Os resultados dos três estudos são integrados em plano analítico, gerando compreensão sobre o sistema representacional que orientava as práticas (também ambíguas). A construção das representações é analisada sob ponto de vista histórico. Ressalta-se a tradição higienista-coercitiva na relação entre profissionais de saúde e classes populares. Reflexões são feitas sobre determinantes psicossociais dos obstáculos para tratar o alcoolismo e sobre formas de superar esses obstáculos. A partir das análises, são sugeridas contribuições teóricas e metodológicas sobre práticas sociais e intervenção psicossocial.

Palavras-chave: alcoolismo, Atenção Primária à Saúde, Saúde da Família, Saúde Mental, Saúde Masculina, representação social, prática social, identidade social, intervenção psicossocial.

Souza, L. G. S. (2012). Family Health professionals and social representations of alcoholism. Doctoral Thesis, Post-Graduation Program in Psychology, Center of Human and Natural Sciences, Federal University of Espírito Santo, Vitória, Brazil, 637 pp.

ABSTRACT

Alcohol misuse is frequent worldwide. Primary Health Care (PHC) has an important role in approaching “alcohol problems” and “alcoholism” in specific. In Brazil, the Family Health Strategy presents the possibility of enhancing care to these problems and to mental health conditions in general. It is relevant to analyze how PHC professionals construct knowledge about (and actions towards) alcoholism, alcoholic patients and associated objects. The research reported here aimed at investigating and analyzing social representations and social practices constructed by Family Health professionals working in a Brazilian Southeast municipality about alcoholism and alcoholic patients. Three studies were conducted: a participant observation carried out in one Family Health Center (FHC) for approximately eight months (84 participants); the administration of semi-structured interviews (40 participants from 11 FHC) and of questionnaires with case vignettes (120 participants from 16 FHC). Content analysis was used to treat the data gathered with the observation and with the interviews. Answers of the interviewed professionals were also submitted to ALCESTE software. Data from the questionnaires were treated with analyses of variance (MANOVA, ANOVA) using SPSS. With the participant observation, it was possible to verify the contextual construction (through processes of objectification and anchoring) of five “Images” of alcoholic patients: the “absent alcoholic”; the “alcoholic as a difficult case”; the “alcoholic present although absent”; the “comic drunk” and the “problem drunk”. Practices focused on the traditional cure-centered paradigm were observed as well as practices leading to physical and symbolical exclusion of the alcoholic. It was verified the emphasis on the attribution of otherness (alterity) to patients in general, alcoholics and non-alcoholics. The interviews suggested the

presence of ambiguity in the perception of alcoholism, simultaneously represented as “multifactorial disease demanding comprehensive care” and “social problem related to the poverty of the slums”. In the process of attributing causes to alcoholism, it was possible to notice the coexistence of the scientific rationality and some beliefs related to the “different culture” of the “poor neighborhoods” and of their “multi-problem families”. Family Health Centers were represented simultaneously as “important” and as “impotent” to provide treatment to alcoholism. Data from the questionnaires indicated that the alcoholic was objectified as “atypical and difficult” patient, towards whom professionals held negative attitudes and socio-cognitive elements related to stigmatization. Mainly social and psychological factors were perceived as causes of alcoholism, in contrast to the lesser importance attributed to genetic (biological) factors. Female alcoholism was possibly perceived as more difficult to explain but not necessarily as more difficult to approach. Results from the three studies are integrated in analytical level, leading to a comprehension of the representational system that oriented the social practices (which were also ambiguous). The construction of the investigated social representations is analyzed from a historical perspective. The tradition of coercion and its association to historical hygienism in professional-patient interactions are highlighted. The psychosocial determinants of difficulties faced to approach alcoholism are discussed as well as some suggestions to overcome these obstacles. The analyses lead to theoretical and methodological contributions regarding social practices and psychosocial interventions.

Key-words: alcoholism, Primary Health Care, Family Health, Mental Health, Men’s Health, social representation, social practice, social identity, psychosocial intervention.

Souza, L. G. S. (2012). Professionnels de Santé de la Famille et représentations sociales de l'alcoolisme. Thèse de Doctorat, Programme de Post-Graduation en Psychologie, Centre de Sciences Humaines et Naturelles, Université Fédérale de Espírito Santo, Vitória, Brésil, 637 pp.

RÉSUMÉ

L'usage problématique d'alcool est fréquent dans le monde entier. Les Soins de Santé Primaires (SSP) ont un rôle important dans la prise en charge des « problèmes liés à l'alcool » et spécifiquement de « l'alcoolisme ». Au Brésil, la Stratégie de Santé de la Famille présente des atouts pour améliorer l'approche de ces problèmes et des problèmes de santé mentale en général. Il devient important d'analyser comment les professionnels de SSP construisent des connaissances sur (et des actions envers) l'alcoolisme, les patients alcooliques et les objets associés. La recherche présentée ici a eu l'objectif d'investiguer et d'analyser les représentations sociales et les pratiques sociales construites par des professionnels de Santé de la Famille travaillant dans une municipalité du sud-est brésilien sur l'alcoolisme et sur les patients alcooliques. Trois études ont été menées : une observation participante réalisée dans un Centre de Santé de la Famille (CSF) pendant environ huit mois (84 participants) ; la réalisation d'entretiens semi-directifs (40 participants, 11 CSF) et l'application de questionnaires basés sur des vignettes (120 participants, 16 CSF). Les données recueillies par l'observation et par les entretiens ont été traitées avec l'analyse de contenu thématique. Les réponses des interviewés ont constitué des corpus soumis au logiciel ALCESTE. Les données des questionnaires ont été traitées avec des analyses de variance (MANOVA, ANOVA) opérées par le logiciel SPSS. L'observation participante a constaté la construction contextuelle, par de processus d'objectivation et d'ancrage, de cinq « Figures » du patient alcoolique : « l'alcoolique absent » ; « l'alcoolique comme un cas difficile » ; « l'alcoolique présent et, pourtant, absent » ; « l'ivrogne comique » et « l'ivrogne problème ». On a observé des pratiques centrées sur le paradigme médical traditionnel et des

pratiques menant à l'exclusion physique et symbolique de l'alcoolique. On a constaté l'accent sur l'attribution d'altérité aux patients en général, alcooliques et non-alcooliques. Les entretiens ont indiqué l'ambiguïté de l'appréhension de l'alcoolisme, simultanément représenté comme « maladie multifactorielle qui demande des soins intégraux » et comme « problème social lié à la pauvreté des bidonvilles ». Dans le processus d'attribution de causes à l'alcoolisme, on a remarqué la coexistence de la rationalité scientifique et de croyances sur la « culture différente » des « communautés pauvres » et sur ses « familles problématiques ». Les Centres de Santé de la Famille ont été représentés simultanément comme « importants » et comme « impuissants » en ce qui concerne le traitement de l'alcoolisme. Les données des questionnaires ont indiqué que l'alcoolique était objectivé comme patient « atypique et difficile », envers lequel les professionnels adoptaient des attitudes négatives et des éléments sociocognitifs liés à la stigmatisation. Les causes de l'alcoolisme étaient perçues surtout dans les domaines psychologique et social, en contraste avec la moins grande importance conférée à la détermination génétique (biologique). Il est possible que l'alcoolisme féminin aie été perçu comme plus difficile à expliquer, mais pas nécessairement comme plus difficile à traiter. Les résultats des trois études sont intégrés sur le plan analytique, générant une compréhension du système représentationnel qui orientait les pratiques (qui étaient, elles aussi, ambiguës). La construction des représentations est analysée sous un point de vue historique. On remarque la tradition hygiéniste-coercitive dans les relations entre professionnels de santé et classes populaires. Les déterminants psychosociaux des difficultés pour la prise en charge de l'alcoolisme sont discutés aussi bien que des stratégies pour surmonter ces obstacles. À partir des analyses, on suggère des contributions théoriques et méthodologiques sur les pratiques sociales et sur l'intervention psychosociale.

Mots-clés : alcoolisme, Soins de Santé Primaires, Santé de la Famille, Santé Mentale, Santé Masculine, représentation sociale, pratique sociale, identité sociale, intervention psychosociale.

APRESENTAÇÃO

Não sou abstinente. Nem se fosse, estaria livre das representações e práticas socialmente construídas e compartilhadas em torno da alcoolização.

Foi um período de trabalho como psicólogo em um Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas, CAPS-ad, que me lançou em direção ao tema do alcoolismo. Ali, me confrontei com a difícil tarefa de promover estratégias clínicas e psicossociais direcionadas à *toxicomania*, de trabalhar e retrabalhar diariamente com a lógica de redução de danos. Esse trabalho exigiu estudos adicionais à formação em psicologia, leituras e discussões sobre saúde coletiva, sociologia, antropologia e psicanálise. Estudos que permitissem enfrentar um desafio complementar atribuído aos profissionais de CAPS-ad: fornecer apoio técnico a outros atores do sistema de saúde, especialmente às Unidades de Saúde da Família. O trabalho no CAPS-ad também me lançou em direção às Unidades.

Nesta tese, serão analisadas representações e práticas construídas por profissionais de saúde que trabalham em Unidades de Saúde da Família. Uma ressalva é importante. Gostaria de afastar desde já a impressão, que pode ser comum nos estudos sociais, de que o pesquisador *acusa e condena* os contextos e os participantes de sua pesquisa. Gostaria de evitar definitivamente a assimilação do pesquisador a uma espécie de especialista-modelo que denuncia o erro e que superpõe, externamente, a receita.

Pretendi que os conhecimentos produzidos por esta pesquisa pudessem promover a reflexão e, quem sabe, a transformação da realidade pesquisada. Entretanto, eles só poderão fazê-lo se os atores envolvidos estabelecerem

relações cooperativas. Na confluência do mundo acadêmico e do mundo dos serviços de saúde, não se trata de perpetuar as hierarquias e divisões maniqueístas entre teoria e prática, um dizendo ao outro a verdade sobre a prática ou a prática sobre a verdade.

Como pesquisador, tive a possibilidade de aplicar um olhar *estrangeiro* aos obstáculos que os profissionais enfrentavam e talvez esse olhar permita sugerir caminhos de superação. Mas acredito que, se estivesse no lugar dos pesquisados, lidaria com o cotidiano muito provavelmente da mesma forma que eles. Muito provavelmente com acertos e erros semelhantes. Não é simples o desafio de responder às demandas numerosas e heterogêneas da Atenção Primária à Saúde, de escapar ao curativismo, de superar estigmas, de promover mobilização social e transformação de estilos de vida. E de fazer isso todos os dias.

Esta tese é tributária da minha passagem do CAPS-ad ao doutorado. A experiência no CAPS-ad sugeriu as seguintes questões: como trabalhar em conjunto com as Unidades de Saúde da Família? Por que é tão difícil implantar estratégias de atenção aos problemas com álcool na Atenção Primária? Como é possível promover o cuidado junto a pessoas com problemas com o álcool? O conhecimento das representações e das práticas sociais construídas pelos profissionais de saúde sobre o alcoolismo pode facilitar a elaboração dessas estratégias?

No texto que se segue, espero mostrar como essas indagações iniciais evoluíram e quais resultados elas puderam produzir.

CAPÍTULO 1

ALCOOLISMO E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE¹

Esta tese é dedicada à compreensão de como profissionais de saúde constroem conhecimento sobre seu público e sobre o alcoolismo, mais especificamente sobre os usuários alcoolistas que se colocam direta ou indiretamente sob seus cuidados. A escolha do vocabulário não é fortuita. Durante muito tempo, os personagens privilegiados da saúde foram o médico e seu paciente. Se, ao invés de médico, fala-se em profissionais de saúde, é porque muitos outros atores também estão em cena e não são apenas figurantes. Se o termo alcoolista é utilizado, é porque convém contornar os inconvenientes da palavra “alcoólatra”. E se, ao invés de paciente, fala-se em usuário, é porque coube à linguagem encontrar um termo que trocasse a passividade pela atividade.

O objetivo então é conhecer um tipo de conhecimento (e práticas envolvidas). Além disso, assume-se que esse tipo de conhecimento não é natural ou imediato, se é que existe algo assim. Ele é construído. Trata-se, de fato, de uma espécie de saber contextualizado, baseado em construtos sócio-históricos, que emerge das interações cotidianas entre pessoas, que permite e ordena a comunicação, que orienta ações e que se rebate sobre as interações e sobre os atores eles mesmos para defini-los, ou seja, trata-se de representações sociais.

Para atingir esse objetivo, a investigação realizada recorreu a múltiplos procedimentos, observações de campo, entrevistas, questionários. Seguindo

¹ Este capítulo contém trechos transcritos ou ligeiramente modificados de artigos coproduzidos pelo pesquisador ao longo do Curso de Doutorado: Souza e Menandro (2011), Souza, Queiroz e Menandro (2010), Souza *et al.* (no prelo), Souza e Pinheiro (2009).

desenho exploratório e compreensivo, a questão que serviu de eixo à investigação foi o “como?”, embora essa interrogação implicasse certas medidas de “por quê?”. Buscou-se, portanto, compreender maneiras pelas quais profissionais de saúde representavam o alcoolismo e os(as) usuários(as)² alcoolistas e refletir sobre os motivos dessas representações. Além disso, sensível às possíveis relações entre conhecer e transformar, a pesquisa procurou mostrar alternativas para refletir sobre a realidade e talvez reconstruí-la.

Os resultados dessa pesquisa são relatados nos Capítulos 2, 3 e 4. O Capítulo 5 se propõe a explorar implicações temáticas, teóricas e práticas dos resultados e a formular possíveis respostas integradoras às questões de partida. Antes de chegar a essas elaborações, é preciso dedicar mais linhas às definições operacionais utilizadas e à pluralidade de atores e de objetos que constituem o campo investigado, tarefa para este primeiro capítulo.

De fato, é preciso explicar como estes dois termos vieram a constituir o título acima, “alcoolismo e atenção primária à saúde”, também não sendo imediata a relação entre eles. É preciso entender um pouco sobre como o alcoolismo veio a se tornar objeto e, depois, objeto da saúde. A Atenção Primária também deve ser abordada, assim como as esperanças e os sentidos atribuídos a ela. Em seguida, será necessário descrever o quadro teórico que forneceu a lente científica para enxergar os fenômenos estudados e que inscreveu o estudo na psicologia social. Para começar, aborda-se a história do alcoolismo.

² Ao longo do texto, a flexão de gênero com o acréscimo do parêntesis “(a)” não foi incluída, para fins de concisão, e deve ser ocasionalmente subentendida.

1.1. DEFINIÇÕES E PERCEPÇÕES DO ALCOOLISMO

1.1.1. FORMAS DA INTEMPERANÇA

Descrever a história do alcoolismo implica compreender formas pelas quais sociedades humanas conferiram significados à alcoolização, ao excesso do consumo de álcool e às suas causas, às maneiras de identificar seus problemas e soluções. Os diferentes processos de produção, distribuição e consumo de bebidas alcoólicas mobilizaram e mobilizam atores sociais com interesses frequentemente contraditórios.

A palavra “alcoolismo” (*alcoholismus, alcoolisme, alcoholism*) apareceu na Europa do século XIX. Anteriormente, o consumo de bebidas percebido como *excessivo* era nomeado bebedeira (*ivrognerie, drunkenness*) ou intemperança (*intempérance, intemperance*). Vocábulo como “alcoolista” (*alcoolique, alcoholic*) e “etilista” se afirmaram como alternativas a palavras mais afeitas ao estigma, como “bêbado” (*ivrogne, drunk*). O aparecimento e a consolidação da palavra “alcoolismo”, cujo sufixo é aplicado a alguns tipos de *doença*, decorreram de formas *médicas* de conceber o fenômeno, que ganharam relevo no período oitocentista (Conrad & Schneider, 1992; Sournia, 1986).

A história da *alcoolização* é evidentemente mais antiga. Mesmo em animais não humanos, é possível verificar o consumo *deliberado* de substâncias capazes de modificar funções psicológicas. A alcoolização por meio de frutos fermentados pode ter sido anterior ao surgimento da espécie humana. Existem evidências de que práticas sistematizadas de fermentação de frutos e consumo de líquidos embriagantes surgiram anteriormente ao sedentarismo, ao estabelecimento da agricultura e das primeiras cidades (MacRae, 2001; Sournia, 1986).

No passado e no presente, nas mais variadas sociedades, o consumo de bebidas alcoólicas cumpre funções importantes em festas e ritos de passagem, contribuindo para alterar a consciência, para realizar a transcendência de si, para possibilitar o prazer, para entrar em contato com a divindade. O álcool se integrou à farmacopeia como elemento fundamental, utilizado para o cuidado com o corpo, para a anestesia, para a cura (Sournia, 1986).

A história dos danos relativos ao álcool também é antiga. Uma vez que a mesma substância pode ser tanto *remédio* quanto *veneno*, é compreensível que as práticas de alcoolização tenham sido, desde sempre, objeto de forte normatização social. Prescrições buscaram garantir que a procura dos efeitos desejados fosse acompanhada da proteção do grupo, de seus símbolos e de sua identidade, com controle dos riscos de alienação, violência e morte (Sournia, 1986). Dessa necessidade de normatização resulta que um discurso sobre o álcool seja sempre e imediatamente um “discurso sobre a sociedade” (Ancel & Gausso, 1998).

Segundo situações e contextos específicos, a prescrição social pode variar da abstinência ao consumo controlado ou mesmo ao excesso mais extremo. Para o indivíduo, a experiência de alcoolização pode engendrar tanto prazer quanto medo (por exemplo, desejo de aliviar tensões *versus* perda do controle sobre o corpo e sobre a consciência). Para o grupo, pode facilitar a coesão, mas também pode levar à desintegração e à violência (Ancel & Gausso, 1998). É compreensível que a *ambiguidade* da *droga lícita* se manifeste como característica central das representações e das práticas sociais relativas às *bebidas*.

Em grandes textos prescritivos da Antiguidade, no Código de Hamurabi, no Talmud, na Bíblia, encontram-se restrições ao comércio, ao consumo e ao *uso excessivo* de bebidas alcoólicas. Na literatura da Grécia Antiga, há referências à condenação da bebedeira e à valorização do homem que consegue manter o consumo controlado. A moderação foi considerada importante princípio de eficácia da farmacopeia grega (Conrad & Schneider, 1992; Sournia, 1986).

Gregos e romanos descreveram personagens célebres que seriam hoje classificados como alcoolistas. O filósofo romano Seneca foi provavelmente o primeiro a escrever sobre a diferença entre uma pessoa *intoxicada* pelo álcool e uma pessoa *acostumada* ao álcool, referindo-se ao que seria chamado atualmente de episódio agudo e dependência. Também datam da Antiguidade descrições “médicas” de efeitos nocivos do consumo excessivo de álcool, tanto físicos quanto mentais, como “inflamação do fígado” ou “delírios”, por exemplo (Conrad & Schneider, 1992; Sournia, 1986).

A cultura e o simbolismo do vinho, em especial, herdeiros de sociedades remotas, foram reformulados e difundidos por povos cristãos. A conhecida associação ao “sangue de Cristo” reiterou seu caráter sagrado. Ao simbolismo, adicionou-se o papel econômico, uma vez que as vinhas constituíram importantes fontes de recurso para a Igreja. A Idade Média também contou com registros de “consumo problemático”. Clérigos apresentavam conduta de alcoolização crônica, prática que Concílios tentaram coibir. No Renascimento, a Europa conheceu vulgarização progressiva das bebidas fermentadas e, no século XVII, avanço pronunciado das bebidas destiladas. Durante muito tempo, uma das funções tradicionais das bebidas, sobretudo fermentadas, de prover fonte segura de água,

tornava a abstinência total impensável e impraticável (Gold & Adamec, 2010; Sournia, 1986).

Popularizaram-se os salões de consumo coletivo, bares e similares. Taxas aplicadas às bebidas as tornaram importantes fontes de renda para os soberanos, contribuindo para consolidar a aceitação social da droga. A *massificação*, característica essencial da industrialização e da modernidade, atingiu também o álcool. O consumo massificado, em especial das bebidas destiladas, mais potentes, popularizou os benefícios que podem ser atribuídos ao álcool, mas também generalizou os problemas. Logo, a bebedeira e a intemperança foram identificadas como “calamidades”, responsáveis pela degradação do povo e da pátria (Sournia, 1986).

Nos séculos XVII e XVIII, o mal foi sobretudo atribuído às bebidas destiladas e, como todo *mal*, foi frequentemente imputado ao *outro*. Em diferentes povos, há registros da crença de que as bebidas destiladas teriam sido inventadas por estrangeiros, com o intuito específico de enfraquecer o endogrupo. Contrapôs-se o caráter estrangeiro e degradante percebido nas bebidas destiladas às supostas qualidades sagradas do vinho (preparações fermentadas como o vinho e a cerveja foram chamadas, até o final do século XIX, de “bebidas higiênicas”). Consolidaram-se também as crenças, ainda atuais sobre muitos aspectos, de que o consumo excessivo de álcool é essencialmente característica das classes populares e está associado ao crime, brigas, estupros, homicídio, prostituição. A intemperança passou a ser caracterizada como *pecado social*, contrário aos ideais da sociedade moderna, industrial, medicalizada e higienizada que nascia (Sournia, 1986).

A apropriação médica da intemperança pode ser localizada no século XIX. Entretanto, houve antecedentes na passagem do século anterior, como as obras de Thomas Trotter, na Inglaterra, e de Benjamim Rush, nos Estados Unidos. Esses autores já designavam o hábito de beber como doença e qualificavam a intemperança como forma de loucura. Rush preconizou tratamentos de confrontação do alcoolista, internação (*sober houses*) e abstinência forçada (Sournia, 1986). A objetivação médica do *bêbado* foi contemporânea àquela aplicada ao louco, analisada no clássico de Foucault (1999a), com consequências frequentemente parecidas: exclusão social, com justificativas pretensamente racionais, baseada em crenças de demonização.

No século XIX, a evolução da clínica médica e da autópsia fez proliferar descrições de danos causados pelo álcool nos diversos tecidos do corpo e de consequências correlatas, físicas e mentais. A expressão *delirium tremens* foi utilizada pela primeira vez, como referência a uma espécie de “loucura alcoólica”. A psiquiatria nascente descreveu um *distúrbio mental* caracterizado pela “perda da liberdade de se abster”. Surgiram as primeiras associações preocupadas com o “avanço das bebedeiras”, as sociedades de temperança. Seu marco fundador pode ser localizado nos EUA em 1808. Elas inauguraram as prescrições coletivas de moderação e abstinência. Nasceram políticas e medidas governamentais antialcoólicas. A intemperança foi descrita como atentado contra a moral e contra a pátria (Sournia, 1986).

Ideias de combate à bebedeira foram formuladas por razões de controle de massas populacionais associadas à industrialização e ao inchaço das cidades. A bebedeira foi concebida essencialmente como vício do indivíduo e obstáculo à

organização social. Especialmente nos Estados Unidos, no século XIX, a “luta contra o consumo excessivo de álcool” se caracterizou pela mistura de “muita moral a uma parte de religião e a um pouco de medicina” (Sournia, 1986, p. 52).³

Nesse país, ao longo do século XIX, foram criadas várias associações de temperança, como os *Washingtonians*, *The Good Templars* e a *Woman’s Christian Temperance Union*. É interessante destacar que as reuniões dos *Washingtonians* eram similares ao que veio a se instituir posteriormente nos Alcoólicos Anônimos. Referências religiosas nos nomes ilustram a percepção de necessidade de luta do *bem* contra o *mal*. Falava-se em “cruzada” contra o álcool (*o demônio, o inimigo*). O combate à substância foi característico do período 1850-1950, enquanto o resto do século XX se debruçou sobre o combate à doença (Gold & Adamec, 2010; Sournia, 1986).

Na passagem do vício à doença, a inscrição do fenômeno no quadro de referências próprio à medicina pode ser analisado de ponto de vista amplo, considerando que o saber médico tomou, em muitos aspectos, as rédeas do controle social (Conrad & Schneider, 1992; Donzelot, 1986; Foucault, 1999a). Distingue-se um marco dessa apropriação: a atuação científica e política de Magnus Huss (médico sueco).

Sua principal publicação foi intitulada *Alcoholismus chronicus, ou doença alcoólica crônica. Contribuição ao conhecimento das discrasias, segundo minha experiência pessoal e aquela dos outros*. Datada de 1849, a obra disseminou a palavra “alcooolismo” inicialmente na Europa do norte e posteriormente no resto do continente e nos EUA. Sistematizou de forma inédita o conjunto sintomas e danos

³ As citações literais de textos em língua estrangeira foram traduzidas pelo autor da tese, a partir dos respectivos originais em francês, inglês ou espanhol.

físicos e mentais observados em pessoas com consumo crônico e de longa duração. Descreveu o fenômeno como *doença* da classe das intoxicações, cujas consequências deveriam ser abordadas na clínica médica (Sournia, 1986).

A criação da categoria nosológica por Huss e sua divulgação na Europa e, mais tarde, nos EUA, estabeleceram pela primeira vez o consumo excessivo como tópico a ser tratado de maneira permanente na formação e na prática da medicina. Huss contribuiu para fazer passar o alcoolista “da polícia para o médico” e deu visibilidade ao fenômeno do consumo crônico e de suas consequências (na época, largamente ignorado na França, por exemplo). Mesmo assim, a obra de Huss manteve o saber sobre o alcoolismo no âmbito do ensinamento moral, adaptando-se bem às persistentes ideias de pecado social cometido por indivíduos “degenerados” (Sournia, 1986).

Na segunda metade do século XIX e início do século XX, os discursos antialcoólicos escapavam ao rigor estatístico e veiculavam antigas crenças. Distúrbios físicos e mentais associados ao alcoolismo, descrições científicas, preceitos morais e religiosos, uma série heterogênea de saberes foi articulada e unificada sob a hipótese da “degenerescência” (degradação biológica e moral que ameaçaria a espécie). Essa hipótese, ao mesmo tempo em que salvaguardava o consumo tido como moderado, individualizava e “explicava” o alcoolismo: o indivíduo era alcoolista porque degenerado e degenerado porque alcoolista (Sournia, 1986).

A eloquência médica sobre os malefícios, os danos, as causas, as normas e a moral contrastaram com tímidas descrições de tratamentos possíveis para o alcoolismo crônico. Estabelecimentos especializados para internação e

desintoxicação se disseminaram em alguns países no início do século XX. Prescrevia-se a vigilância do meio familiar e a adesão a associações de temperança para evitar recaídas (soluções extramédicas que mantêm sua atualidade). “Mais ou menos conscientes de sua impotência”, médicos se contentavam com “uma condenação moral dos infelizes” e eram “tão incapazes quanto a sociedade que os envolvia de decidir se o alcoolismo era um vício ou uma doença” (Sournia, 1986, p. 132).

Com intensa participação dos movimentos de temperança, a venda e o consumo de bebidas alcoólicas foram proibidos nos EUA em 1919/ 1920 (“A Proibição”). A lei foi revogada em 1933. Dentre os motivos da revogação, avaliou-se que a interdição tinha favorecido o crime e o contrabando, que o consumo de álcool continuava alto e que houve aumento dos agravos à saúde, uma vez que as bebidas ilegais eram frequentemente adulteradas e que os dependentes de álcool ficaram ainda mais marginalizados e desassistidos (Gold & Adamec, 2010; Sournia, 1986).

A história do alcoolismo foi marcada pela ambiguidade. Governantes se dividiram entre a necessidade de controlar a desordem social e as taxas advindas da produção de bebidas, entre os riscos de improdutividade e os ganhos da indústria do álcool. Muitas iniciativas de controle e proibição surgiram, tendo alcançado efeitos variáveis. Destacou-se a desobediência e a revolta de populações contra essas tentativas (Sournia, 1986).

Uma nova inflexão na história do alcoolismo ocorreu em meados do século XX, com o enfraquecimento dos discursos morais e patrióticos ligados ao tema da degenerescência, com o fim da “Proibição” nos EUA e com a consolidação da

medicina como quadro explicativo. Dentre os marcos desse processo, encontra-se a obra de E. M. Jellinek, em especial a publicação de *The disease concept of alcoholism*, em 1960. No momento em que a criminalização do alcoolismo entrou em declínio, a medicalização e a definição como doença avançou e se estabeleceu firmemente (Conrad & Schneider, 1992). Daí se pode entrever que os dois processos, criminalização e medicalização, são intercambiáveis em certa medida.

A criação e a notável difusão dos Alcoólicos Anônimos (AA) contribuíram para a consolidação da hipótese da doença (Conrad & Schneider, 1992). É possível afirmar que esse movimento social foi o principal agente de medicalização do alcoolismo, antes mesmo dos médicos (Conrad, 2007). Os AA tiveram seu início em 1935 e foram assim batizados em 1939. Seus fundadores, os americanos Robert Smith e William Wilson, se reconheciam como alcoolistas e prescreveram a si mesmos benefícios do suporte mútuo fornecido por pessoas com experiências semelhantes (Gold & Adamec, 2010).

Embora não tenham assumido definição clara sobre o alcoolismo, os AA se referiram ao fenômeno como “alergia”, metáfora adequada ao paradigma médico. Adotaram e difundiram as ideias de que “um alcoólico será sempre um alcoólico”, de que a única solução para o problema é a abstinência total e definitiva e de que seu tratamento deve incluir grupos calcados na espiritualidade e nos depoimentos pessoais. O primeiro dos famosos “doze passos” faz referência à *perda do controle* sobre a bebida. Essas ideias encontraram pronunciada sedimentação no senso comum (Conrad & Schneider, 1992).

Conhecedor dos AA, E. M. Jellinek parece ter, em grande medida, retirado dali os padrões estereotipados que aplicou a *todos* os alcoolistas. Defendeu a ideia de que o alcoolismo era uma doença e insistiu que essa patologia era ontologicamente diferente de qualquer outra forma de consumo de álcool. Para ele, a causa da doença era interna ao indivíduo, principalmente fisiológica, tomando a forma de uma “reação em cadeia” que levaria à perda do controle sobre o pensamento e sobre o comportamento a partir do primeiro gole. Sustentou que a doença era progressiva e constituída de fases bem delimitadas. Em *The disease concept of alcoholism* definiu o alcoolismo (de forma paradoxalmente ampla) como “qualquer tipo de consumo que engendre danos ao indivíduo, à sociedade ou a ambos” e realizou a primeira classificação sistemática dos alcoolistas (agora em desuso), com as categorias alfa, beta, gama, delta e épsilon (Conrad & Schneider, 1992).

A história do alcoolismo se caracterizou pela firme apreensão do fenômeno pela medicina em meados do século XX. Será útil verificar como se apresenta atualmente o conhecimento especializado sobre o assunto nas ciências da saúde. O tópico seguinte descreve algumas das principais formas pelas quais essas ciências definem contemporaneamente o alcoolismo, suas causas e possíveis tratamentos.

1.1.2. “PROBLEMAS COM O ÁLCOOL”

Na década de 1980, Sournia (1986) escreveu que a “alcoologia moderna” deveria estar atenta às singularidades de cada caso, às múltiplas variáveis culturais, familiares e subjetivas que intervêm no encontro de cada sujeito com o

álcool. O autor mencionou procedimentos de tratamento ambulatorial (consultório do médico generalista, centros de especialidade públicos ou privados), ou com internação em hospital geral e uso de medicações psicotrópicas que ganharam impulso a partir da década de 1960.

O autor preconizou também a abordagem pluridisciplinar; a participação das famílias no tratamento; a manutenção da assistência mesmo com as possíveis múltiplas recaídas; a recomendação que o médico controle seu narcisismo e que tenha paciência com o alcoolista; o recurso a grupos de ajuda mútua, como os Alcoólicos Anônimos, ou a grupos religiosos. Recomendou que médicos estabelecessem parceria com esses grupos, superando a competição e a desconfiança mútuas que eventualmente caracterizaram a relação desses atores no passado (Sournia, 1986).

De fato, os AA suscitaram e continuam a suscitar comentários elogiosos de especialistas da saúde. Assumindo postura humilde (o que surpreende pela raridade), a medicina delega parte importante do tratamento do alcoolismo-*doença* a aparatos extramédicos, dentre eles o famoso grupo de mútua-ajuda (Conrad & Schneider, 1992). Ao longo do século XX, os Alcoólicos Anônimos encontraram grande expansão e contam hoje com milhões de participantes em mais de 140 países. Sua abordagem é reputada pela produção de efeitos notáveis em número considerável de pessoas (Emrick, 2004).

Os AA valorizam a participação do sujeito no início do tratamento: ele é que se declara alcoolista. A procura da cura deve ser um ato de sua vontade. A identificação com o grupo é promovida por meio do envolvimento em atividades coletivas e da leitura de publicações próprias. O espaço para depoimentos é

baseado em empatia (Rotgers & Davis, 2006). Em teoria, profissionais de saúde deveriam praticar ainda mais esses princípios (valorização da participação do sujeito, de sua identificação com o serviço e atenção empática). Entretanto, frequentemente as estratégias mais adotadas pelos profissionais para tratar o alcoolismo são aquelas que obtiveram resultados nulos ou francamente ruins em pesquisas (Brown, 2004).

É comum que a abordagem de serviços e de profissionais de saúde se baseie na hetero-classificação acusatória (“você é alcoolista, você tem um problema”). Muitas vezes, essa abordagem é focada na imagem estereotipada do dependente de álcool, negligenciando outros padrões de problemas com o álcool. Encontram-se comumente prescrições unilaterais, coerção e confrontação (com eventual recrutamento de familiares para desafiar o usuário) e limitação a objetivo único: estabelecer abstinência para o resto da vida (Rotgers & Davis, 2006).

Crenças e práticas de profissionais podem não diferir substancialmente de concepções arraigadas no senso comum. Encontram-se frequentemente as ideias de que *a doença* se transmite de forma hereditária; de que o desejo pela intoxicação é forçosamente progressivo (o alcoolista perderia totalmente o controle sobre seu consumo e tenderia a beber mais e mais desde que o álcool esteja disponível); de que o dependente nunca reconhece seus problemas (negação); de que a única solução é a abstinência total para o resto da vida e de que a recaída demonstra definitivamente o fracasso do tratamento (Rotgers & Davis, 2006).

O conhecimento contemporâneo das ciências da saúde busca se contrapor a essas crenças. Argumenta-se que grande número de pesquisas demonstrou a

insuficiência dessas ideias para contemplar as diversas dimensões empíricas do fenômeno. Afirma-se que fatores genéticos podem predispor o sujeito à dependência de álcool, mas que não se pode falar em transmissão hereditária da doença, como se ela fosse um bloco monolítico. Quanto à suposta progressão, ela pode acontecer, mas não se trata da regra. Importante estudo longitudinal conduzido por G. E. Vaillant mostrou que a maior parte das pessoas com diagnóstico de abuso de álcool não desenvolvem dependência. Dentre os dependentes, a maioria tende a encontrar padrão estável de consumo e pode escolher, de forma intermitente, abster-se por alguns dias (Formigoni & Monteiro, 1997; Rotgers & Davis, 2006).

A *negação* deve ser vista menos como característica intrínseca ao usuário de álcool e mais como resultado de certas formas de interação social (com familiares, profissionais de saúde, etc.) em que há processos de confrontação e acusação. Mostrou-se que o aconselhamento coercitivo engendra resistência e prediz resultados terapêuticos piores. Em interações coercitivas e punitivas, a *negação* pode ser vista até mesmo como resposta “saudável” e “socialmente coerente” (Brown, 2004; Gaussoit, 2005; Rotgers & Davis, 2006).

A solução de abstinência para o resto da vida é rara. Nos EUA, por exemplo, dois terços dos usuários que tentam atingir a abstinência têm episódios de lapso nos primeiros três meses que sucedem o início do tratamento. Apenas 35% conseguem permanecer abstinentes ao longo do primeiro ano. Lapso e recaída são descritos como eventos distintos. Enquanto o primeiro corresponde a episódio de quebra do objetivo terapêutico, o segundo se refere ao retorno crônico a estado pré-tratamento. Afirma-se que nenhum dos dois eventos significa

“o fracasso” do tratamento, que inclui avanços e retrocessos e que tem o objetivo mais amplo de controlar as consequências negativas do consumo de álcool, reduzindo danos. Propõe-se considerar grande variedade de soluções possíveis para contemplar a heterogeneidade dos problemas com o álcool. A motivação para tratar-se, seja com objetivo de moderação do consumo ou abstinência, deve ser considerada como mais importante que o objetivo em si (Rotgers & Davis, 2006).

O conhecimento médico atual sobre o alcoolismo ampliou o foco das preocupações sanitárias relativas ao consumo. A concepção de alcoolismo como doença, popularizada por E. M. Jellinek, implicava a identificação de condição do tipo “tudo ou nada”, doente ou não. Essa visão foi revista nas décadas finais do século XX. Trabalhos de autores ligados à medicina e às ciências sociais fizeram notar a variabilidade de “problemas com o álcool” e de condições associadas. Ao invés de focar no alcoolismo como *quadro unitário*, propõe-se a atenção a diferentes padrões de consumo, seus respectivos efeitos e níveis de gravidade, correspondendo a ofertas terapêuticas também múltiplas (Ramos & Woitowitz, 2004). As previsões de Conrad e Schneider (feitas em 1980, republicadas em 1992) quanto ao futuro da apropriação médica do alcoolismo pareceram se concretizar:

“Provavelmente, médicos continuarão a endossar a abordagem de ‘saúde’ para esse tipo de consumo de álcool, omitindo cuidadosamente o uso do termo ‘doença’. Isso é parte da reforma que a perspectiva dos problemas [‘problemas com o álcool’] já está efetuando (p. 106) [...] Essa sutil

redefinição descarta a bagagem vulnerável, ‘doença’, enquanto preserva a definição tradicional segura sob a contínua expansão do domínio da medicalização” (Conrad & Schneider, 1992, p. 109).

Já no final da década de 70, Edwards e Gross (1976) descreveram o alcoolismo como síndrome clínica que comporta múltiplas variações. Citaram sete sinais típicos dessa síndrome, como, por exemplo, estreitamento do repertório comportamental ao beber, tolerância aumentada e repetidos sintomas de abstinência. Propuseram que diferentes graus de dependência devem ser considerados pelos profissionais e que o reconhecimento precoce dos sinais da síndrome contribui para melhores prognósticos. Mesmo com a dita variabilidade, sugeriram que a prescrição da abstinência é a medida mais segura para aqueles identificados como dependentes de álcool.

A passagem do entendimento restrito de “alcoolismo” para o entendimento amplo de “problemas com o álcool” se operou principalmente nas últimas três décadas (Nilsen, Kaner & Babor, 2008). Especialistas propõem que os “problemas com o álcool” devem ser vistos em um *continuum*, com inúmeras gradações, como na citação a seguir:

“Problemas com o álcool não são mais vistos como entidades clínicas unitárias, ‘tudo ou nada’ (por exemplo, ‘alcoolismo’) para a qual há um único e melhor tratamento. Ao invés disso, problemas com o álcool são agora amplamente conceituados como transtornos que vão de formas brandas a manifestações muito severas, com considerações sobre o

tratamento variando de acordo com a gravidade e características singulares do problema do indivíduo e da situação” (Yang & Skinner, 2004, p. 22).

O paradigma atual defende que o próprio estado de dependência alcoólica comporta variabilidade, o que torna a denominação “síndrome de dependência do álcool” mais pertinente que aquela de “alcoolicismo”. A transição entre o consumo sem riscos e a dependência é reconhecida como longa. Em geral, essa transição envolve o abandono progressivo de círculos familiares e profissionais em contraste com o investimento cada vez maior no consumo da substância. A síndrome não é determinada somente por fatores biológicos, genéticos. A formação da condição de alcoolista é descrita como gradual e multifacetada, incluindo fatores sociais, psicológicos e culturais (Formigoni & Monteiro, 1997; Rotgers & Davis, 2006). Essa explicação das causas da dependência pode ser referida como *multifatorial* ou *tridimensional* (fatores genéticos, psicológicos e sócio-culturais).

A classificação dos problemas com o álcool pode ser feita segundo *padrões de consumo* ou segundo *critérios diagnósticos* (focados em consequências do consumo). Identificam-se quatro padrões de consumo: moderado, arriscado, nocivo e *binge*. Considerando um *sujeito abstrato*, o consumo moderado, ou “seguro”, é definido em média como menos de 14 doses por semana e menos de quatro doses por episódio de consumo para homens, sendo respectivamente nove e três doses, para mulheres. O consumo arriscado é aquele que se faz acima desses limites e que tem potencial de produzir danos.

Um padrão reiterado de uso já associado a danos físicos, mentais ou sociais define o uso nocivo. Por fim, beber em *binge* significa uso episódico e em grande quantidade (Rotgers & Davis, 2006).

Segundo a Associação Americana de Psiquiatria (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM-IV), os transtornos devem ser classificados como *abuso de álcool* ou *dependência de álcool*. O abuso de álcool pode ser diagnosticado com a identificação de um (ou mais) dentre quatro critérios: falhas quanto ao papel social, uso arriscado, problemas em relações interpessoais ou com a lei. A dependência de álcool é identificada quando o usuário apresenta três (ou mais) dentre sete critérios. Esses critérios incluem tolerância, sintomas de crise de abstinência (que indicam dependência fisiológica), desejo persistente pela droga entre outros. Como o diagnóstico é feito pela verificação de três em sete critérios, pode haver considerável diferença entre usuários diagnosticados sob o mesmo rótulo de dependentes. Disso resulta que os alcoolistas são público heterogêneo e que as abordagens devem ser forçosamente heterogêneas (Rotgers & Davis, 2006).

As definições e os critérios do DSM-IV são semelhantes àqueles adotados pela Organização Mundial da Saúde, na versão atual de sua Classificação Internacional das Doenças (CID-10). Nessa publicação, não se utiliza a noção de abuso de álcool. As duas categorias centrais são *uso nocivo de álcool* e *síndrome de dependência de álcool*. O diagnóstico de uso nocivo é feito quando são identificados danos físicos, mentais ou sociais inequivocamente ligados ao consumo de álcool ao mesmo tempo em que não se verifica dependência. Por sua vez, o diagnóstico da dependência se faz de forma semelhante ao que foi

exposto para o DSM-IV, com averiguação de três ou mais dentre seis critérios. A presença de sinais de compulsão, tolerância e síndrome de abstinência são centrais, mas pode haver grande variedade de situações singulares incluídas na mesma categoria “dependência” (Bertolote, 1997).

Grosso modo, podem ser identificados três tipos de bebedores: *moderados, problemáticos e dependentes*. Bebedores problemáticos, apesar de não serem dependentes do álcool, podem se expor, por causa de seu padrão de consumo, a riscos e danos em diversos âmbitos sociais. Podem ter problemas de saúde, econômicos ou com a lei (Bertolote, 1997).

A identificação de problemas com o álcool pode ser feita em duas etapas: triagem e avaliação integral (*comprehensive assessment*). A primeira objetiva encontrar os casos, dos mais leves aos mais graves, e deve ser aplicada tipicamente em serviços de Atenção Primária à Saúde. A segunda, mais adequada a serviços especializados e a casos graves, visa à compreensão ampla dos problemas em suas implicações físicas, psicológicas e sociais (presença de comorbidades, qualidade da rede de suporte familiar, entre outras). Diferentes instrumentos de identificação podem ser empregados como questionários padronizados, exames clínicos, testes laboratoriais e informações de pessoas próximas (Yang & Skinner, 2004).

Em casos de dependência de álcool, propõe-se que a abordagem terapêutica deve ser organizada com tempo estruturado de tratamento seguido de estratégias de acompanhamento pós-tratamento, incluindo prevenção de recaída. Os serviços podem ser de internação ou ambulatoriais. Os primeiros são tipicamente utilizados para manejo da desintoxicação e dos sintomas de

abstinência, embora a maior parte dos casos possa ser atendida em ambulatórios com os mesmos objetivos. Distinguem-se graus variáveis de gravidade da síndrome de abstinência e complicações associadas (Brown, 2004; Laranjeira, Nicastri, Jerônimo & Marques, 2000).

A promoção da motivação para mudar comportamentos, transformar-se a si mesmo e seu contexto, é descrita como tópico central para o tratamento dos problemas com o álcool. Promover a motivação requer estabelecer relação de empatia, confiança e respeito junto ao usuário; valorizar sua autonomia e as soluções que ele próprio constrói ao longo do processo. Tratamentos reputados efetivos buscam centrar-se no usuário, ou seja, valorizar sua participação ativa na construção do diagnóstico e das soluções. Buscam ainda treinar novas habilidades cognitivas e comportamentais capazes de sustentar os objetivos estabelecidos (Brown, 2004; Rotgers & Davis, 2006).

Especialistas sugerem avaliar a “prontidão [do usuário] para a mudança”, no início e ao longo de todo o processo. Utiliza-se frequentemente a tipologia estabelecida por J. O. Prochaska e C. C. DiClemente para verificar em que “estágio de mudança comportamental” se encontra o usuário (“pré-contemplação, contemplação, preparação, ação, manutenção ou recaída”). Quadros conceituais e operacionais para o tratamento foram testados com bons resultados em conjunto expressivo de ensaios randomizados. São exemplos: intervenções breves, entrevista motivacional (*motivational interviewing*), treinamento de habilidades sociais (*social skills training*), reforço comunitário (*community reinforcement*), contratos comportamentais (*behavior contracting*), terapias de aversão e prevenção de recaídas. Dentre as características próprias ao terapeuta,

a empatia mostrou-se a mais importante (Brown, 2004; Rotgers & Davis, 2006). Há evidências de que a empatia do terapeuta é mais importante que sua opção teórica (Ramos & Woitowitz, 2004).

Medicações são descritas como instrumentos de suporte. Fármacos específicos podem atuar com objetivos distintos: criando aversão ao consumo de álcool, auxiliando o processo de desintoxicação e o tratamento da síndrome de abstinência, controlando comorbidades psiquiátricas, minorando ou suprimindo o desejo por álcool. Indicadas para o dependente, medicações favorecem a busca e a manutenção da abstinência, uma vez que “medicação para permitir um indivíduo a reconquistar controle sobre o beber, de forma que o álcool possa ser apreciado com moderação, ainda não foi identificada” (Chick, 2004, p. 64). Destacam-se a naltrexona e acamprosato como inibidores do desejo pela substância. Avalia-se que antidepressivos e benzodiazepínicos podem produzir bons resultados. A combinação de medicação com formas estruturadas de tratamento psicossocial é descrita como a estratégia mais eficaz (Brown, 2004; Chick, 2004).

Sugere-se que atendimentos na forma de *intervenções breves* sejam adotados rotineiramente em serviços de saúde. A produção técnico-acadêmica sobre intervenções breves para problemas com o álcool remonta aos anos 1980. Seu foco foi direcionado não ao objetivo de abstinência, mas sim à diminuição do consumo e à educação para o consumo (Nilsen *et al.*, 2008).

Intervenções breves podem ser classificadas em dois tipos. O *tratamento breve* é normalmente oferecido em serviços especializados, para pessoas que apresentam maior comprometimento e que buscam assistência específica para

problemas com o álcool. Enquanto isso, a *intervenção breve oportunista* é atribuição característica de profissionais generalistas, principalmente associados aos serviços de Atenção Primária à Saúde. A intervenção breve oportunista deve ser aplicada a pessoas que buscam cuidados por outros motivos e que podem se beneficiar de redução do consumo de álcool. Pode constituir a primeira etapa de sistema de tratamento progressivamente mais intensivo, que apresente custos viáveis e soluções adaptadas às situações singulares dos usuários (Heather, 2004a).

Junto ao dependente de álcool, a intervenção breve oportunista pode motivar para tratamentos mais intensivos. Entretanto, ela é especialmente dirigida a pessoas que exibem padrões de consumo arriscado ou nocivo. O objetivo é a moderação do consumo e não a abstinência. Embora os resultados possam ser modestos para cada usuário, sua implantação em larga escala tem o potencial de trazer benefícios expressivos para os níveis gerais de saúde de uma população. Elas constituem, portanto, *estratégias de saúde pública*. Considerando a sociedade em geral, são capazes de reduzir mais os danos totais causados pelo consumo de álcool do que abordagens restritas a bebedores pesados ou dependentes (Heather, 2004a). Esse assunto, que toca especialmente os serviços de Atenção Primária à Saúde, será retomado mais adiante.

Atualmente, um conjunto de princípios e abordagens nomeado *redução de danos* tem influenciado a formulação de políticas e práticas de saúde voltadas ao consumo de substâncias psicoativas. A tentativa de reduzir danos em si é tão antiga quanto o uso de drogas. Entretanto, autores consideram a Inglaterra da década de 1920 como berço das abordagens modernas de redução de danos.

Afirma-se que a redução de danos ganhou grande impulso e visibilidade na década de 1980 com o aparecimento da epidemia de HIV/AIDS. O fornecimento de seringas descartáveis foi dirigido a usuários de drogas injetáveis resultando em impactos positivos no controle do HIV e hepatites. Já que a simples proibição do uso de drogas pareceu sem efeito, passou-se a preconizar o uso *limpo* (sem infecções) e seguro (sem overdose) com danos reduzidos, simultâneo à tentativa de envolver o usuário na tarefa de manter-se saudável. Diferentes soluções de redução de danos, envolvendo aspectos físicos e psicológicos, têm sido propostas para usuários de diferentes drogas, inclusive álcool (Andrade & Friedman, 2006; Bastos & Mesquita, 2001).

A redução de danos se baseia na constatação de que as drogas são fenômeno humano universal e que nunca houve sociedade livre de drogas. Partidários desse referencial afirmam que políticas de proibição, “combate às drogas” e “tolerância zero” são fadadas ao fracasso e tendem a violar direitos humanos. Preconizam abordagem pragmática, que reconheça a presença do uso drogas e que trabalhe pela redução de seus danos sem condicioná-la à obtenção da abstinência a qualquer custo (a abstinência é, nesse quadro, apenas mais uma forma de reduzir danos). Defendem a diminuição da estigmatização dos usuários de drogas e a valorização de sua participação democrática e cidadã na elaboração de cuidados de si, no funcionamento de associações e na formulação de políticas (Andrade & Friedman, 2006; Bastos & Mesquita, 2001).

Como foi dito, especialistas contemporâneos reconhecem a pluralidade de “problemas com o álcool” e afirmam que, para padrões de uso arriscado ou nocivo, a prescrição da abstinência total pode ser impertinente e contraprodutiva.

Para os usuários reconhecidos como dependentes de álcool a abstinência é ainda descrita como solução mais segura. Entretanto, reitera-se a importância de cuidar do usuário em seus aspectos físicos, psicológicos e sociais, mesmo com possíveis lapsos e recaídas, mesmo que a abstinência para toda a vida não seja possível. As intervenções breves são sugeridas como estratégias para reduzir danos do álcool em escala populacional. Em todos os casos, enfatiza-se a participação do usuário na construção do diagnóstico e das soluções. É possível, portanto, interpretar as propostas atuais de tratamento do alcoolismo como propostas de redução de danos.

O rótulo nem sempre é consensual. Rotgers e Davis (2006) consideram o termo “redução de danos” politicamente sobrecarregado. Embora concordem com seus princípios, preferem nomear sua abordagem como “baseada em evidências e focada no usuário” (*evidence based, patient-centered*). De qualquer maneira, ideias e práticas de redução de danos têm sido agentes de transformação da relação entre sociedade e drogas. No Brasil, a redução de danos foi legitimada como diretriz para o tópico desde 1998 (Bastos & Mesquita, 2001) e é citada na “Política nacional sobre o álcool” (Brasil, 2007).

Em suma, no âmbito da produção científica contemporânea sobre o alcoolismo, verifica-se ampliação das preocupações com diversos aspectos, biológicos, psicológicos e sociais ligados ao consumo do álcool e com a heterogeneidade de problemas decorrentes. Sugere-se a detecção precoce de padrões de consumo problemático de forma a possibilitar a prevenção. Intervenções breves e aconselhamento são indicados para diminuir riscos associados ao consumo, para promover a motivação, a mudança de

comportamentos ou, dependendo do caso, a adoção de tratamentos mais intensivos.

Para o dependente de álcool, indica-se desintoxicação com manejo de síndrome de abstinência e complicações associadas. Propõe-se a aplicação de programa estruturado de tratamento que deve ser seguido de estratégias pós-tratamento, incluindo prevenção de recaída. São utilizados recursos medicamentosos e (psico)terapêuticos, esses últimos baseados principalmente em teorias motivacionais e cognitivo-comportamentais. Intervenções buscam construir ou fortalecer redes sociais. Relações de parceria podem ser estabelecidas entre profissionais de saúde e grupos de mútua ajuda como os Alcoólicos Anônimos. O conjunto de atores e serviços a ser envolvido em atividades de promoção de saúde, prevenção, tratamento e reabilitação psicossocial é potencialmente grande. Para problemas heterogêneos, prescrevem-se soluções heterogêneas.

Heather (2004b) avalia que há bons tratamentos disponíveis e que eles são muito pouco aproveitados no mundo inteiro. Dentre as causas para isso, encontram-se a falta de treinamentos e, em perspectiva mais ampla, de intervenções capazes de mudar a visão dos profissionais de saúde e da sociedade em geral quanto aos problemas com o álcool.

1.1.3. ALCOOLISMO COMO OBJETO SOCIAL E PSICOSSOCIAL

Na medicina, o alcoolismo foi definido em princípio como doença a ser identificada e tratada, com etiologia e manifestações biológicas e psicológicas próprias, destacadas das demais doenças. Em seguida, a *prática de consumo*

crônico foi incluída na designação mais abrangente de “problemas com o álcool” e descrita como síndrome de dependência, entidade polimorfa. Segundo esse novo paradigma, o conceito de alcoolismo como doença deve ser questionado e a própria palavra “alcoolismo” vem a parecer anacrônica.

Diferente é o ponto de vista sociológico. Nem como doença, nem mesmo como problema de saúde, a perspectiva sociológica sobre o consumo crônico de álcool evidencia que ele é representado como *desvio*. Isso indica certa relatividade, uma vez que ele não é unanimemente representado como anormalidade em todas as sociedades, tempos históricos ou mesmo contextos intraculturais específicos.

Segundo perspectiva sociológica sócio-construcionista, é possível traçar a origem do conceito de alcoolismo como doença. A noção de doença é resultante da *medicalização* de certa característica ou prática qualificada como anormalidade ou desvio (*deviance*). Medicalização é o processo cultural que engendra a definição de eventos ou problemas humanos em termos médicos, principalmente como doença ou transtorno, e que prescreve tratamentos médicos para abordá-los. O objetivo geral da medicalização é instituir formas de *controle social* dos desvios e dos fenômenos humanos em geral (Conrad & Schneider, 1992; Conrad, 2007).

O desvio é um *construto social*, ou seja, ele não existe como entidade objetiva na natureza ou na sociedade. Para além do fato em si (no caso, o consumo de álcool ou especialmente o consumo crônico), é preciso compreender a percepção social do fato, sua nomeação, a atribuição de causas e consequências. O desvio é construído coletivamente, pela ação de diversos

atores sociais e por aquela do próprio desviante. Ele é essencialmente *afrota aos padrões morais e aos valores da sociedade que o (re)produz* (Conrad & Schneider, 1992).

A construção social do desvio é universal. Não se conhece sociedade em que ela não esteja presente. Entretanto, o conteúdo do que é percebido como desvio é claramente relativo em termos culturais. Dentre as características comuns, encontram-se a presença de assimetria de poder entre grupos sociais e a hetero-aplicação do rótulo de desviante. Instituem-se regras, procedimentos de identificação das transgressões e práticas punitivas. Grupos com maior influência e *poder*⁴ aplicam rótulos de desvio a grupos marginalizados, por meio de ações políticas e institucionais. Disso resulta que os desviantes são tipicamente reconhecidos nas classes “subalternas” e que eles são percebidos ali como mais numerosos (Conrad & Schneider, 1992).

Podem-se distinguir três principais paradigmas para definição dos desvios: “pecado, crime e doença”, com respectivas ligações históricas à Igreja, à pátria e à medicina. Nas sociedades industrializadas, aparatos formais de controle social dos desvios incluem a lei e a polícia, mas também a educação e a medicina. A medicina nem sempre gozou do prestígio que tem hoje. Mas, a partir de sua institucionalização no século XIX, ganhou poderes crescentes para circunscrever problemas e para definir intervenções governamentais de larga escala. Esse

⁴ O conceito de poder não é consensual nas ciências sociais. Foucault (1999b) o define como exercício distribuído, capilarizado na sociedade, que age na construção de formas de existência. Na citação, esse conceito se refere ao acesso diferenciado, legitimado socialmente, a recursos materiais e simbólicos. No primeiro caso, não faz sentido falar em grupos “com mais poder”, enquanto no segundo sim. Sem negar o potencial explicativo da noção de poder como exercício, a noção de poder será referida nesta tese na segunda acepção. Ela traduz aspecto concreto do contexto estudado: profissionais têm maior acesso a recursos materiais (aparelhos, medicações, etc.) e simbólicos (diagnósticos, terminologias, etc.) que usuários. Os primeiros controlam o fluxo de recursos direcionados aos segundos e isso é legitimado social e contextualmente.

processo se deu no bojo de transformações culturais importantes, como a ascensão da racionalidade científica e de “teorias deterministas” fisiológicas e ambientais, além do sucesso da medicina no combate de infecções e outras causas de sofrimento (Conrad & Schneider, 1992).

Atualmente, observa-se predominância da racionalidade científica e do paradigma médico para identificação e nomeação dos desvios. A anormalidade é rotulada como doença e sua etiologia é explicada cientificamente. Como efeito da medicalização, passa-se frequentemente da punição à terapêutica e a medicina é convocada para prover as soluções. A rotulação produz significados que mudam a percepção social sobre o doente e aquela do doente sobre si mesmo. Reconhecer um doente implica reconhecer a necessidade de cuidado humanitário, mas o valor atribuído à doença é invariavelmente negativo. A doença se situa em um continuum com o pecado e com o crime, partilhando um *fundo* de imoralidade e transgressão. Sua identificação pode atenuar a percepção negativa sobre o desviante, o que explicaria por que a medicalização do alcoolismo parece aumentar com seu reconhecimento nas classes médias e ricas (quando deixa de ser “problema só de pobre”). Entretanto, a aplicação do rótulo de doente não implica abandono da avaliação moral (Conrad & Schneider, 1992).

Conrad (2007) nota que a medicalização obteve notável crescimento nas últimas décadas do século XX e início do século XXI, incorporando não só desvios (tradicionalmente vistos como pecado ou crime), mas também eventos ou experiências humanas corriqueiras. São exemplos os processos de medicalização dos estados de humor, da menstruação, da menopausa, da tensão pré-menstrual e, mais recentemente, da andropausa e da disfunção erétil (nota-se a tradicional

supermedicalização da mulher e a tendência atual de medicalização dos homens). Emoções como preocupação e timidez também foram medicalizadas, em estreita relação com a ampliação do mercado biomédico e com os interesses da indústria farmacêutica. A medicalização atual registra crescente participação dessa indústria e da pesquisa genética.

Desde a década de 1960, estudos adotaram olhar crítico quanto à medicalização. Autores alertaram quanto aos perigos de considerar aspectos cotidianos da vida humana como doenças. A medicalização pode levar à crescente intolerância quanto à pluralidade, quanto à diferença. Foram feitas denúncias da exploração comercial de condições medicalizadas, em especial pela indústria estética e farmacêutica. Notou-se que um dos efeitos da medicalização pode ser a individualização do problema, sua localização em características físicas ou psicológicas de indivíduos. Isso reduz a possibilidade de entender determinantes sociais dos fenômenos e de construir soluções coletivas capazes de transformar a realidade social (Conrad, 2007). No caso do alcoolismo, por exemplo, isso pode se manifestar na tensão entre as ideias de “tratar o indivíduo alcoolista” e “trabalhar pela reconstrução ampla das experiências culturais ligadas ao álcool”.

Há, no entanto, a possibilidade de considerar que a medicalização é uma *faca de dois gumes* e de que ela não circunscreve apenas aspectos negativos. Autores argumentaram que efeitos benéficos podem ser obtidos se ela for realizada no quadro de abordagem holística da saúde, com diretrizes e profissionais que vão além do enfoque biomédico tradicional, com estabelecimento de relações colaborativas entre profissionais e usuários (Conrad,

2007). Sob essa perspectiva, a “medicalização” (entre aspas porque surge aqui a questão de se não há termo melhor) pode contribuir para identificar determinantes de sofrimento antes insuspeitos, ou seja, naturalizados como parte da vida e não como problema, e melhorar níveis globais de qualidade de vida de uma população.

Adotando o ponto de vista sócio-construcionista, cabe reconhecer que o alcoolismo é sim uma doença, justamente porque houve notável sucesso na difusão e no enraizamento cultural dessa definição, cuja solidez pode ser atestada em organizações sociais e no senso comum. Entretanto, o alcance da noção de alcoolismo-doença tem seus limites. Médicos e população geral hesitam em ver no alcoolismo uma “doença como as outras”. As práticas de cuidados em saúde dirigidas a essa doença continuam claramente incipientes. O alcoolismo não é visto como tão incapacitante quanto a loucura, por exemplo, o que tem reflexos jurídicos: diferentemente do louco o alcoolista deve ser responsabilizado por eventuais desobediências à lei. Há *graus de medicalização* e, no caso do alcoolismo, esse grau não é completo. Julgamentos moralizantes e fatalistas subsistem: herança biológica, pecado, falta de força de vontade, escolha do mau caminho (Conrad & Schneider, 1992; Conrad, 2007).

Pesquisadores ressaltaram a hegemonia do ponto de vista biomédico na apreensão científica do alcoolismo (Ancel & Gaussoit, 1998; Houtaud & Taleghani, 1995; Nahoum-Grappe, 2010; Neves, 2004) e argumentaram que as ciências humanas e sociais também podem oferecer contribuições singulares e relevantes para a abordagem do fenômeno. Para isso, estudos dirigiram olhar antropológico

que não se restringiu à dependência de álcool e que tentou apreender significados construídos sobre o campo mais amplo da alcoolização.

“Mary Douglas lembra que, em numerosas sociedades, o alcoolismo, tal como nós podemos defini-lo de forma médica e social – definição que surge no século XIX – parece praticamente ausente como estado passível de repreensão; em alguns casos, a embriaguez pode ser até mesmo habitual e exaltada” (Ancel & Gaussoit, 1998, p. 19).

Ao invés de *substância natural*, o álcool pode ser analisado como objeto ativamente *produzido* por sujeitos, grupos ou comunidades humanas que o recobrem de diferentes significados, processo que é marcado por relatividade cultural (Neves, 2004). Alvarez (2004) destaca alguns significados comumente atribuídos ao álcool e a seu consumo:

“‘doping’ para o trabalho duro; fonte calórica para desnutridos e alívio para a sensação de fome; indicador cultural de virilidade e maturidade; substituto simbólico das necessidades sociais existentes e não satisfeitas; objeto sinalizador e substituto dos vínculos afetivos (encher a solidão, as perdas); oferece a sensação de prazer com menor custo de ansiedade e esforço de conquista; resolve aparentemente as contradições entre ética e conduta, facilitando a fuga e a alienação” (p. 153).

Trabalhadores podem buscar o consumo pesado de álcool, sem que esse consumo esteja ligado à dependência ou a ocasiões *genuinamente* festivas. A origem dessas alcoolizações pode estar relacionada à “suspensão da palavra” do trabalhador (“a dicção é substituída por uma adicção”). Essa suspensão é característica de estratégias gerenciais hegemônicas de exploração e intimidação. O álcool é frequentemente eleito como droga psicoativa preferencial por ser barato, legalizado e de fácil acesso. Em sociedades capitalistas-industriais, pode funcionar como *estratégia coletiva de defesa* de massas de trabalhadores, para administrar tensões e encontrar um equilíbrio mental, ainda que arriscado e patológico (Karam, 2003).

Sob ângulo psicossocial, é possível estudar como sujeitos ou grupos se apropriam de construtos sócio-culturais para estabelecer relações interpessoais, crenças, percepções, estereótipos de gênero, atitudes e estigmatização em relação ao alcoolismo e aos alcoolistas. Esses fenômenos se articulam na formação de processos psicossociais complexos e dinâmicos, representações, identidades e práticas sociais. Pesquisas adotaram esse enfoque e analisaram elementos sócio-cognitivos, afetivos e comportamentais relacionados a esses processos (Alvarez, 2001; Ancel & Gaussoit, 1998; Garcia, 2004; Gaussoit, 2005; Maia *et al.*, 2000; Matos, 2000; Nahoum-Grappe, 1998).

Um estudo com redações de jovens vestibulandos brasileiros analisou suas concepções sobre causas, consequências e tratamento do alcoolismo. As causas mais citadas pelos jovens foram fatores externos ao alcoolista, problemas de caráter pessoal e pressões sociais. O alcoolista foi descrito como alguém que

busca fugir de seus problemas. A precariedade sócio-econômica também foi citada como causa (Maia *et al.*, 2000).

As redações dos jovens pareceram refletir a ambiguidade dos meios de comunicação e da sociedade em geral quanto ao álcool (forte incentivo do consumo simultâneo à forte condenação do excesso). As sugestões de tratamento se concentraram ora na ação pública, como a formulação de campanhas educativas e leis proibitivas, ora na ação individual, como a participação em grupos de mútua ajuda para aumentar a autoestima (Maia *et al.*, 2000). A referência aos grupos de mútua ajuda, feita por jovens, indica a importância de organizações como os Alcoólicos Anônimos no imaginário coletivo sobre o alcoolismo. A referência à precariedade sócio-econômica remete à associação histórica entre alcoolismo e pobreza.

Outro estudo com população geral não-alcoolista contou com participantes brasileiros e cubanos. Verificou que, dentre os participantes, as representações sociais do alcoolismo tinham núcleo figurativo comum, centrado nas ideias de vício, doença e problemas/ conflitos. O alcoolismo foi muitas vezes descrito como doença incurável e fatal, que invariavelmente demanda tratamento, o que denota apropriação *medicalizada* do fenômeno. Os participantes brasileiros sugeriram sobretudo internação em clínicas e frequência a grupos de Alcoólicos Anônimos. Quase todos os entrevistados afirmaram que a reação da sociedade frente ao alcoolismo é de exclusão, desprezo, discriminação e indiferença (Alvarez, 2001).

Pesquisa feita com não-alcoolistas franceses evidenciou a importância das representações sociais do alcoolismo na definição das regras do “beber bem”, ou seja, das práticas aceitas e recomendadas de alcoolização. O “beber bem” era

representado como maneira de afirmar o pertencimento social e de vivenciar formas permitidas de relaxamento e diversão. Na distinção entre o “beber bem” e o alcoolismo, operavam normas sociais a respeito, por exemplo, do contexto em que se bebe, da bebida que se bebe, da companhia com quem se bebe (sozinho, acompanhado por quem) e da hora do dia em que se bebe. O lugar, o momento e o significado das interações podem proibir, admitir ou até mesmo incentivar e impor o consumo de álcool, de maneira que o abstinência pode se tornar, ele também, um desviante incômodo (Ancel & Gaussoit, 1998).

Nas falas dos participantes investigados pelos autores, as explicações científicas do alcoolismo (genéticas, psicológicas, sociais) pareceram mais ambíguas e menos *pregnantes* que a imagem concreta da *queda* do alcoolista, de sua (auto)segregação e degeneração moral e social. O discurso dos não-alcoolistas reconhecia o perigo das causas e deixava transparecer o medo de que qualquer um pode ser levado ao alcoolismo, mas buscava diferenciar claramente as consequências da alcoolização, buscava separar com nitidez o “bom bebedor” do “bêbado” (Ancel & Gaussoit, 1998).

O alcoolista foi representado tipicamente como o consumidor de álcool que quebra as regras do “beber bem”. Aos códigos estritos que caracterizam suas normas, o alcoolista oporia a indiferença. A percepção social do alcoolista não recorria necessariamente à quantidade de álcool ingerida, nem a critérios abstratos descritos em manuais médicos. O alcoolista era identificado quando seu consumo de álcool era associado à degradação de papéis sociais valorizados. Duas características se destacavam para rotular alguém como alcoolista: a percepção de seu descontrole (da vontade, da fala, do comportamento) e de seu

isolamento social (solidão e quebra de protocolos). O alcoolista era visto como aquele que nega os danos que a alcoolização produz a si e aos outros. A medicalização (procura por tratamento médico e, especialmente, pela internação e pela “desintoxicação”) consagrava sua rotulação como alcoolista (Ancel & Gausso, 1998).

Os autores distinguiram três sistemas de imagens e crenças que compunham as representações sociais do alcoolismo. No sistema que chamaram de dominante, o mais difundido socialmente e o que dirigia mais fortemente as práticas, o “bêbado” era considerado como “outro monstruoso” (*degenerado moral e social diferente de mim*). Em um sistema secundário (“menor”), articulavam-se ideias sobre a patologia alcoólica: o alcoolista era rotulado como doente e era considerado como “igual em dificuldade” (*alguém como eu, mas que teve a infelicidade de desenvolver o alcoolismo*). Finalmente, um terceiro sistema (“marginal”) representava o alcoolista como “artista” ou como “pessoa excepcionalmente criativa” e o caracterizava como “outro brilhante” (*alguém cujo alcoolismo pode ser justificado pelas dádivas criativas que produz*) (Ancel & Gausso, 1998).

Os autores propuseram que as representações sociais do alcoolismo têm função de manter e reforçar a normatividade social sobre o “beber bem” e os valores implicados nela, como autorrealização e controle de si. Têm igualmente as funções de resguardar a diferenciação identitária entre “bebedores normais” e alcoolistas e, nos primeiros, controlar o medo relacionado ao consumo de álcool (Ancel & Gausso, 1998).

Representações do alcoolismo também desempenham papéis na criação e na manutenção de representações de gênero. Crenças arraigadas associam o consumo de álcool à virilidade. Para o homem, beber, mesmo em excesso, pode servir para reforçar características tidas como masculinas, enquanto, para a mulher, o efeito seria inverso: a desnaturação do feminino. O alcoolismo é tido essencialmente como fenômeno masculino associado à sujeira, à vulgaridade e à obscenidade. O alcoolismo feminino pode ser visto como chocante e antinatural, uma vez que seria contrário a ideais compartilhados de feminilidade como beleza, delicadeza, fragilidade, castidade, capacidade reprodutiva, proteção do marido, dos filhos e do lar. A mulher, cujo “espaço natural” seria a casa, pode ser vista como prostituta se frequentar sozinha o bar (Ancel & Gaussoit, 1998; Gaussoit, 2005; Nahoum-Grappe, 1998).

Em representações tradicionais, o alcoolismo do homem seria fruto de integração social “forte demais” (*é natural que ele beba*); sua alcoolização é essencialmente pública, “até que se torne um problema”; a consequência do alcoolismo é a destruição da “verdadeira” virilidade e a propensão a cometer violências, estupros (posição ativa comumente atribuída aos homens); o alcoolismo do homem é retratado como degradação de suas funções públicas e é associado à vergonha (Gaussoit, 2005).

Nessas representações, os termos para a mulher alcoolista seriam opostos. O alcoolismo feminino seria originado de uma fraca integração social; o consumo de álcool é essencialmente privado (*em casa*) e é chocante quando revelado; a mulher alcoolista seria vítima da propensão a se oferecer, a sofrer estupro (posição passiva, comumente atribuída às mulheres); seu alcoolismo é

retratado como degradação das funções privadas e é associado à culpa (Gaussof, 2005).

No caso do homem, o alcoolismo é representado como causa de problemas psicológicos e psiquiátricos. Na mulher, ao contrário, ele é representado como consequência de problemas dessa natureza. Essas concepções arraigadas e reforçadoras de papéis de gênero se encontram presentes no senso comum e também no discurso médico (Gaussof, 2005).

No Brasil do final do século XIX e início do século XX, campanhas antialcoólicas se destinavam essencialmente aos homens de classe popular. Discursos médico-higienistas reforçaram estereótipos e papéis de gênero, defendendo a representação do homem-trabalhador-provedor, condenando o alcoolismo como antítese desses valores. Nesses discursos, a mulher, como esposa, deveria garantir a seu marido um “lar aconchegante” de maneira a prevenir o alcoolismo. Filhos poderiam ser “contaminados” pelo pai “alcoólatra”, que os levaria à vagabundagem e ao crime ou lhes transmitiria o alcoolismo de forma hereditária (Matos, 2000).

Pesquisa com membros dos Alcoólicos Anônimos revelou que mulheres integrantes da associação eram frequentemente chamadas de “mulheres que bebem”, ao invés de alcoolistas ou alcoólicas(as) (rótulos mais usualmente empregados no grupo). Estaria implícito que só o homem pode ser “propriamente” alcoolista. Uma das participantes reclamou de “machismo” e de “cantadas” que acontecem dentro do grupo e afirmou que mulheres abandonam os AA por esses motivos (Garcia, 2004).

Outros estudos também abordaram crenças e representações sobre o alcoolismo construídas por membros dos Alcoólicos Anônimos (Alvarez, 2004; Campos, 2004, 2005).

Foram pesquisadas representações sociais construídas por alcoolistas divididos em dois grupos, com tratamento (em clínica ou em grupo de AA) e sem tratamento. Enquanto os primeiros centravam suas representações na categoria doença, os segundos destacavam as noções de vício ou hábito. Se para os primeiros era fundamental afirmar-se como doentes em recuperação, para os segundos importava caracterizar sua conduta como habitual e, de certa forma, normal. Em ambas as situações, os indivíduos buscaram explicações que mantivessem bom autoconceito e que justificassem sua atitude e seu comportamento frente à bebida (Alvarez, 2004).

Dentre participantes dos AA, verificou-se que o alcoolismo era representado como mal físico, (genético, inato); como mal moral (perda de controle frente ao álcool, que domina a vontade do indivíduo e que o impede de ser *responsável*) e como “doença espiritual”. “Sintomas morais”, como egoísmo e onipotência, eram evocados ao lado de sintomas orgânicos. Os AA opunham ao “bêbado desleixado” a imagem de “doente em recuperação”, *homem* responsável que deixa de ser orgulhoso para se tornar humilde, que deixa de ser egoísta para ser altruísta, contribuindo para a recuperação de outras pessoas, homem renovado que cuida de sua aparência e que cumpre com responsabilidade os papéis de pai, marido e trabalhador (Campos, 2004).

A “doença moral” impediria o homem de assumir suas funções de provedor e chefe de família e impediria a mulher de assumir seus papéis de mãe dedicada

e dona-de-casa eficiente. Membros do AA e seus familiares também se referiam ao alcoolismo como “doença da família”, que pode levar os familiares, por exemplo, à depressão. Pode-se dizer que o alcoolismo era também representado como doença “contagiosa”, não do ponto de vista biológico, mas sim social e interpessoal (Campos, 2005).

A trajetória de membros dos Alcoólicos Anônimos foi estudada por Garcia (2004) como experiência de *conversão* semelhante à conversão religiosa. Esse processo implica adesão a sistema novo de representações e práticas, implica reinterpretação do passado segundo esse novo sistema e reelaboração identitária. Sujeitos e grupos envolvidos transformam o “alcoólatra” ou “alcoólico ativo” em “alcoolista em recuperação” ou “alcoólico passivo”. Para o participante do AA, a conversão implica reconstrução do sentido da vida, formação de novos laços de solidariedade, experimentação de certo poder, dignidade, e senso de coerência. Por meio do grupo, o alcoolista sai do espaço de exclusão e silenciamento atribuído socialmente ao alcoolista para reassumir uma “fala pública”.

Segundo Garcia (2004), os participantes adotavam a promoção e a manutenção da abstinência como preceitos fundamentais, apoiados em certo sistema de crenças sobre o alcoolismo. Explicavam-no como doença que poderia ser determinada por eventos infelizes da trajetória de vida, como problemas familiares, pobreza e adolescência inconsequente. A atribuição de causas biológicas era forte e vista como universal. Entretanto, não parecia ser suficiente para a adesão ao sistema de representações e práticas dos AA. Para isso, era necessário incorporar a noção de “fundo do poço”, verdadeira “representação

coletiva”, dado o grau de sua difusão entre os membros. Nota-se que, também no AA, ficou claro o investimento em representações que ultrapassavam a noção estrita de doença.

O “fundo do poço” era representado pelos participantes como destino trágico do “alcoólico ativo”, como momento de absoluta angústia diante da morte, de desamparo revelador. O “alcoólico ativo” é “fraco diante da bebida”, é um “pecador”. O alcoolista no “fundo do poço” é o “alcoólatra” prototípico: ele é como um animal, ele vive na rua como um cachorro, ele come lixo, ele é um mendigo, ele abdica totalmente “da moral e da dignidade”. Os relatos dos participantes sobre a trajetória que leva ao “fundo do poço” incluíam a perda do apoio de familiares e amigos, a submissão e a humilhação sofrida nos bares, a expulsão, a degradação física, a proximidade com a morte e com a loucura. *O alcoolismo é representado como o caminho que leva o “fundo do poço”*. Depois da decadência absoluta (“quando os pés tocam o fundo do poço”), o encontro com os AA era descrito como ruptura, renascimento e ascensão (Garcia, 2004).

O grupo pesquisado era vivenciado por seus membros como espaço *correlato* ao bar, pois permitia laços de amizade, sociabilidade e compromisso. Nos bairros de classe popular, o bar é espaço privilegiado de expressão da masculinidade, comportando regras sobre saber como beber (Neves, 2004). Os homens que falhavam em seguir essas regras pelas inconveniências do excesso podiam “se reencontrar” no AA e conversar *como se conversa no bar*, por exemplo, na “hora do cafezinho”. Vários elementos fortaleciam o sentimento de pertença ao grupo: hierarquias formais e informais, a “literatura” do AA, cujo estudo era incentivado, as relações de representatividade estabelecidas com

pessoas e organizações “externas”. Por mais diferentes que pudessem ser as trajetórias de vida relatadas nos depoimentos, a reconstrução do discurso sobre si era operada com base em noções coletivas, ou seja, produzidas coletivamente e compartilhadas (Garcia, 2004).

Segundo membros do AA, haveria apenas duas opções para o “alcoólico”, ou manter fielmente a abstinência ou retomar os trilhos que levam à degradação. O pensamento sobre o alcoolismo é polarizado, o que impossibilita pensar em redução de danos.

Além da população geral e dos membros dos AA, profissionais de saúde também participaram de pesquisas com enfoque psicossocial. A realização de *surveys* na população geral e em médicos, que remonta à década de 1960, mostrou repetidamente que o alcoolismo não é visto como doença comum, que a ele se dirigem julgamentos morais, que alcoolistas são vistos por médicos como “criadores de problema”, “fracos”, cujo tratamento equivaleria à “perda de tempo” (Conrad & Schneider, 1992).

Em diversos países, dentre os problemas de saúde e especificamente de saúde mental, o uso problemático de álcool e outras drogas recebe os níveis mais altos de estigmatização e moralização. Demonstrou-se que o estigma atribuído ao alcoolismo está associado a piores níveis de acesso a cuidados em saúde e de qualidade do cuidado. Esses processos de estigmatização ocorrem não só em meio à população geral, mas também entre profissionais de saúde, apesar de seu treinamento específico (Ronzani & Furtado, 2010).

Ramos e Woitowitz (2004) citaram estudos que mostraram ineficácia médica no diagnóstico da síndrome de dependência, inexistência de programas

específicos de tratamento em hospitais e inoperância da graduação em medicina para modificar noções prévias dos estudantes sobre o alcoolismo.

No Brasil, uma série de estudos abordou estudantes e profissionais de enfermagem, seus conceitos, crenças e atitudes quanto ao alcoolismo. Verificou-se que enfermeiros usavam mais adjetivos negativos para qualificar alcoolistas do que para qualquer outro tipo de usuário; que alcoolistas foram os usuários mais rejeitados por estudantes de enfermagem; que a profissionalização não conseguiu eliminar atitudes negativas, baseadas em julgamentos morais; que há impaciência dos profissionais e incompreensão quanto à complexidade do problema. Foram detectadas insuficiência na formação, criação ou manutenção de atitudes negativas, podendo resultar em ineficácia de programas de tratamento. Constatou-se que a classificação do alcoolismo como doença não eliminou sua moralização (Carraro, Rassool & Luis, 2005; Diniz & Ruffino, 1996; Lopes & Luis, 2005; Pillon & Laranjeira, 2005).

Em resumo, na revisão de literatura descrita acima, é possível verificar que o alcoolismo é concebido de formas diferentes por diferentes atores sociais. Representantes atuais das ciências da saúde o incluíram na categoria heterogênea de problemas com o álcool e enfatizaram a variabilidade da condição de dependência. Dessa forma, relativizaram a categoria doença e enfatizaram a noção de síndrome com variáveis sociais e psicológicas que se expressam de forma singular em cada caso.

Estudos sociológicos mostraram que o alcoolismo é representado como desvio, em certa relação de continuidade com o pecado e com o crime. Pesquisas que partiram de perspectiva antropológica ou psicossocial evidenciaram a

construção social do álcool e a variedade de formas de significar seu uso ou uso excessivo.

Pesquisas recentes sobre concepções ou representações do alcoolismo mostraram a persistência da noção de doença “tudo ou nada”, associada à fraqueza psicológica e à pobreza. Averiguaram o papel da representação do alcoolismo na definição das práticas aceitas de alcoolização e a objetivação do alcoolista como “outro monstruoso”. Representações de gênero engendram a percepção do alcoolismo como problema masculino e a percepção da mulher alcoolista como aberração.

Representações construídas por membros dos Alcoólicos Anônimos guardam grande correspondência com concepções historicamente arraigadas sobre o alcoolismo-doença, *mal progressivo e fatal, moral e espiritual*, que animaliza o alcoolista e que o leva ao “fundo do poço”. A forte difusão social das ideias dos AA contribui para a sedimentação dessas representações no senso comum. A associação entre a doença alcoólica e a degeneração moral persiste também em meio a profissionais de saúde. Foram constatadas insuficiências na formação e na atuação desses profissionais.

Autores preconizam que políticas e intervenções devem ser elaboradas para diminuir a estigmatização e que deve ser superada a dicotomia entre “alcoólatra” e “bebedor social” em favor de compreensão ampliada sobre os “problemas com o álcool”. Esse assunto será retomado em tópicos seguintes, junto ao segundo grande conjunto temático abordado nesta tese, a Atenção Primária à Saúde.

1.2. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O acesso a “serviços de saúde”, cuja diversidade e variabilidade cultural justificam as aspas, é certamente um dos indicadores mais emblemáticos do grau em que sociedades concretizam valores de justiça e solidariedade. Recorrer a esses “serviços” é uma tentativa de lidar com o sofrimento físico e psíquico, com a doença e com a morte, temas de cuja universalidade não se pode duvidar. Diferenças de estatuto social podem determinar que uns tenham possibilidade de aliviar seu sofrimento e evitar a morte enquanto outros não. É de se esperar que o tópico apresente grande força política e que mobilize pessoas, famílias, comunidades ou povos inteiros.

Nas sociedades industrializadas, os serviços de saúde ganharam contornos também industriais, ou seja, intrinsecamente ligados aos desafios de gerenciar grandes massas populacionais, o que remete ao aparecimento da *saúde pública como política*. As primeiras políticas de Estado voltadas ao atendimento em saúde foram geradas no contexto europeu, nos séculos XVII e XVIII, em consonância com transformações sociais, demográficas e produtivas da Revolução Industrial. Essas políticas visavam a atender mais às necessidades do novo contexto produtivo que às demandas de saúde da população. Seu sentido era mais econômico que humanitário (Franco & Merhy, 2007).

Na modernidade, o Estado se encarrega da gestão de populações, servindo a interesses de grupos hegemônicos. Além disso, é pressionado por grupos contra-hegemônicos, o que gera uma arena pública complexa, na qual se confrontam ideias, valores e modelos ligados à assistência à saúde. O que resulta

dessa arena são soluções de compromisso que atendem interesses múltiplos e muitas vezes contraditórios (Franco & Merhy, 2007).

Entre o *uso econômico* (modulado por diferentes contingências sócio-históricas) e o *valor humanitário* (associado a necessidades físicas e psicológicas perenes do humano), apresenta-se tensão intrínseca e não resolvida. A cada análise do campo da saúde, torna-se pertinente questionar em que medida políticas e serviços funcionam para legitimar e reproduzir interesses econômicos e em que medida promovem saúde física, psicológica e social (*mudança social*), inferindo que graus variáveis desses processos estarão presentes simultaneamente.

No período pós-guerras do século XX, países socialistas e alguns países capitalistas europeus construíram sistemas de saúde públicos, de âmbito nacional, com o objetivo de garantir a universalidade do atendimento (modelo de “Sistema Nacional e Público de Saúde”). Outros países, notadamente os Estados Unidos, se organizaram de forma a que os serviços fossem comprados diretamente pela população, de forma individual ou coletiva (mutualismo). Nesses últimos, a saúde se caracteriza mais como mercadoria do que como direito do cidadão (“Modelo Liberal Privatista”). Ambos os modelos ensejaram pronunciada elevação de gastos com saúde, correlatos ao aumento da procura por hospitais e por medicina especializada (*viés hospitalocêntrico*) e ao desenvolvimento de tecnologias e equipamentos médicos mais sofisticados e mais caros (Coelho, 2008).

Críticas ao cuidado em saúde convencional, centrado em hospitais, clínicas e ambulatórios especializados e em programas focados em doenças, incluíram as

seguintes constatações: os serviços frequentemente não atingem aqueles que mais precisam deles; envolvem alto custo, levando à impossibilidade de financiamento público pleno e ao empobrecimento das famílias que têm que pagar pelo cuidado; implicam subaproveitamento de estratégias preventivas; há hiperespecialização de serviços e programas, impedindo abordagem holística e há altos índices de danos associados, como infecções hospitalares e mau uso de medicações (World Health Organization, 2008).

Estudos mostraram que o aumento de custos com o modelo centrado no hospital não melhorava os indicadores de saúde e que o *estilo de vida* era a variável mais importante para a determinação dos níveis de saúde de uma população. Além disso, as últimas décadas do século XX foram caracterizadas por políticas neoliberais, que implicaram diminuição dos gastos estatais com o setor. Todos esses fatores podem ser considerados determinantes da (re)valorização dos serviços e estratégias de *Atenção Primária à Saúde (APS)*, de prevenção de doenças e de promoção de estilos de vida saudáveis (Coelho, 2008).

Nos tópicos seguintes, serão descritos princípios da *Atenção Primária à Saúde* e suas potencialidades, bem como desafios e problemas enfrentados nesse nível de atenção. Em seguida, serão abordados os temas da *Saúde Mental* e das intervenções direcionadas, na *APS*, aos problemas com o álcool. Para cada um desses grandes temas, serão feitas considerações sobre diretrizes difundidas internacionalmente e sobre pesquisas realizadas em diferentes países, seguidas de descrições relativas ao caso brasileiro. Por fim, será discutido o tópico da *Saúde Masculina na APS*.

1.2.1. DIRETRIZES MUNDIAIS DE PROXIMIDADE E CONTINUIDADE

Segundo países e contextos diversos, a APS pode receber definições diferentes com padrões variáveis de correspondência entre a definição e a assistência efetivamente prestada. Em sua acepção mais abrangente, não é apenas um nível da assistência (com caráter ambulatorial e de primeiro contato), mas sim uma *lógica* que ordena todo o sistema em todos os níveis de complexidade (Giovanella & Mendonça, 2008; Greenhalgh, 2007). De acordo com Giovanella (2006):

“Nos países europeus, o termo atenção primária refere-se, de modo geral, aos serviços ambulatoriais de primeiro contato, diferente do que se observa nos países periféricos, nos quais atenção primária com frequência corresponde também a programas seletivos, focalizados e de baixa resolutividade para cobrir determinadas necessidades previamente definidas de grupos populacionais em extrema pobreza. [...] em geral há acordo entre os ‘policy makers’ europeus de que a atenção primária deve ser a base de um sistema de saúde bem desenhado e orientar a organização do sistema como um todo” (p. 952-953).

Os estabelecimentos característicos da APS possuem história mais recente que os hospitais. Eles nasceram no século XVII, quando foram criadas, na Europa, as primeiras unidades de atenção ambulatorial com funcionamento

independente do hospital. Na França, associadas à filantropia, realizavam a distribuição de medicamentos e, por esse motivo, ficaram conhecidas como “dispensários”. Somente na década de 1920, na Grã-Bretanha, foi organizado um primeiro nível de cuidados em saúde endossado formalmente pelo governo (Giovanella & Mendonça, 2008).

A importância do tópico cresceu ao longo do século XX. A Conferência e a Declaração de Alma-Ata, promovidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas pela Infância em 1978, foram marcos da afirmação da APS como prioridade e como eixo de reorganização dos sistemas nacionais de saúde. Representou a reorientação da OMS, que antes focava intervenções de APS verticais e restritas a doenças específicas (Giovanella & Mendonça, 2008). A Declaração reconheceu profundas desigualdades mundiais no acesso à saúde, estabeleceu o objetivo de “saúde para todos” e afirmou que esse objetivo deveria ser atingido por meio do fortalecimento da APS (World Health Organization, 1978).

A Atenção Primária foi definida como o cuidado em saúde básico, como o primeiro nível de acesso ao sistema de saúde, cuja atuação junto aos usuários deveria se caracterizar por proximidade e continuidade, abordando lesões e doenças mais comuns, garantindo acesso à imunização e a “medicamentos essenciais” (World Health Organization, 1978). Nas décadas finais do século XX e no início do século XXI, muitos países empreenderam esforços de reorganização dos sistemas sanitários conferindo centralidade à Atenção Primária (Coelho, 2008).

Decorridos trinta anos, a Organização Mundial da Saúde reafirmou suas apostas na APS. Constatou avanços obtidos, mas também grandes lacunas entre os princípios estabelecidos e a realidade alcançada. Verificou que o desenvolvimento da APS constitui ainda demanda a ser suprida em todo o mundo e que é preciso superar a concepção de que ela se restringe à assistência simplificada e de baixo custo. Defendeu a garantia da universalidade do acesso a serviços de saúde resolutivos (que respondam efetivamente a cerca de 80% das demandas em saúde) e com suporte social (World Health Organization, 2008).

As considerações seguintes são baseadas no relatório da OMS (World Health Organization, 2008), bem como nos trabalhos de Starfield (2002) e de Giovanella e Mendonça (2008).

A Atenção Primária à Saúde não é apenas conjunto de serviços, mas também conjunto de princípios e de valores que devem nortear a (re)organização global dos sistemas de saúde. Ela implica certo *modelo* de organização das práticas de saúde que prioriza a universalidade, a prevenção, o protagonismo dos atores, o compartilhamento de decisões, a promoção de encontros significativos e permanentes entre pessoas, profissionais e usuários. Suas características distintivas são as seguintes:

- Acompanhamento próximo: delimitar previamente a população a ser atendida, conhecê-la bem; garantir que os profissionais se sintam implicados e responsabilizados pelo atendimento à população identificada. Estabelecer serviços e profissionais geograficamente próximos à população;

- Acompanhamento longitudinal: estabelecer relações de caráter continuado entre profissionais e usuários; constituir-se como porta de entrada estável e funcional ao sistema de saúde. Indicar profissionais de referência aos usuários. Construir vínculos, relações de confiança entre os atores;
- Cuidados integrais (*comprehensive care*): combinar todo o aparato curativo e de exames com abordagens preventivas, de promoção de saúde e com estratégias de suporte social, com vistas a fornecer respostas integrais aos problemas dos usuários; adotar postura pró-ativa, buscando os usuários em seus contextos de vida;
- Cuidado focado na pessoa (*person-centered care*), que implica não reduzir o usuário à sua doença, considerar seu conjunto de características biológicas, psicológicas e sociais;
- Integração com outros serviços de saúde e com outros setores (educação, ação social, etc.); realização de encaminhamentos responsáveis, ou seja, com acompanhamento de seus resultados. Assumir a coordenação do cuidado de cada caso quanto aos diversos pontos da rede de serviços.

Preconiza-se que a APS não atenda simplesmente a doentes, mas sim a pessoas; que suas referências espaço-temporais sejam a proximidade e a continuidade; que seja resolutiva para a grande maioria dos casos (cerca de 80%); que não abandone os aparatos curativos, mas que não se limite a eles, adiantando-se à demanda e centrando-se na promoção da saúde; que seja ao mesmo tempo a porta de entrada e a principal referência dos usuários, mesmo quando são atendidos também em outros serviços.

Segundo esses princípios, o foco do sistema de saúde deve deixar de ser a cura de doenças (*curativismo*) ou a abordagem de doenças prioritárias, embora essas tarefas não deixem de acontecer. O objetivo principal passa a ser a *promoção da saúde*, ou seja, a transformação de condições pessoais, ambientais e sociais em direção à maior qualidade de vida.

O profissional da APS deve deixar de ser *autoridade absoluta* do conhecimento em saúde e passar a ser *colaborador do usuário*. Esse último deve ser visto como plenamente ativo na construção de práticas de saúde e de estilos de vida (princípio de empoderamento, protagonismo). Preconiza-se que a atuação do profissional se baseie na empatia, na escuta e na negociação de decisões junto ao usuário (*shared decision making*). O foco na pessoa pressupõe uma espécie de “democracia participativa” no âmago mesmo da clínica.

O princípio de integralidade pode assumir diferentes sentidos, contemplando a ideia de protagonismo dos usuários. Em sua acepção mais imediata, ele se aproxima da exigência de resolutividade: significa tratar doenças com todos os recursos disponíveis. Entretanto, sob ponto de vista ampliado, a integralidade significa também agir de forma pró-ativa sobre os determinantes da saúde, o que implica mobilizar comunidades para a transformação de seu meio, portanto, para a transformação política e social. Para isso, é preciso fomentar a abertura para o diálogo com os usuários, tanto na clínica do dia-a-dia quanto nas diversas outras atividades dos profissionais. A integralidade pode ser descrita como “imagem-objetivo”, que não tem formas fixas de concretização, mas que

deve ser vista como factível, como articuladora de esforços de diferentes atores e como aberta a imprevisibilidades (Mattos, 2001).

Dezenas de estudos realizados em todo o mundo produziram evidências de que a aplicação desses princípios leva a custos menores, melhores resultados e maior satisfação dos atores envolvidos. Dentre os efeitos esperados, constatou-se diminuição da mortalidade, das internações, das consultas com especialistas e das situações de emergência, maior adesão aos tratamentos, aumento da satisfação dos usuários com os serviços e dos profissionais com seu trabalho. Constatou-se que usuários valorizam ser ouvidos e respeitados, ter certa liberdade para escolher o profissional em que confiam e ter garantia de confidencialidade (Giovanella & Mendonça, 2008; Starfield, 2002; World Health Organization, 2008).

Em seu sentido ampliado, como lógica para ordenação do sistema, a APS se caracteriza pela universalidade, pela proximidade e pelo acompanhamento longitudinal. Seus serviços devem ser portas de entrada e inserir-se de forma orgânica em uma rede de serviços. A prática clínica deve dirigir foco simultâneo ao usuário e à população. As definições formais, no entanto, muitas vezes contrastam com a realidade, que pode incluir populações instáveis, em condições sociais precárias, impossibilidade ou ambiguidade quanto às melhores estratégias de atendimento e conflitos de valores ou de interesses entre profissionais e usuários (Greenhalgh, 2007).

Propõe-se que definições e práticas de APS considerem valores como holismo, equilíbrio, foco no usuário, rigor, equidade, *reflexividade*. Espera-se aliar as melhores evidências científicas ao cuidado variável exigido por cada caso;

equilibrar o intervencionismo necessário (postura pró-ativa do serviço) com o imperativo de promover autonomia das pessoas (promoção do autocuidado, transformação de estilos de vida); fomentar, apesar da sobrecarga de trabalho, espaços reflexivos permanentes para (re)construção de saberes e práticas (Greenhalgh, 2007).

A hierarquização dos procedimentos em saúde, a centralização exclusiva na figura do médico e a restrição da atuação profissional ao fornecimento heterônomo de soluções prontas (*hegemonia do paradigma biomédico tradicional*) podem favorecer a coerção ao invés da colaboração e podem constituir obstáculos persistentes. Preconiza-se considerar as interações entre profissionais e usuários como elemento fundamental do trabalho em APS e enfatiza-se a importância de *movimentos instituintes* de novas relações humanas na produção da saúde. As práticas da APS, apesar de seu instrumental aparentemente mais simples, devem ser vistas como complexas, sobretudo no que diz respeito às *tecnologias humanas*. Essas práticas devem integrar epidemiologia e clínica, para construir formas de relação entre profissionais e usuários baseadas no vínculo e na autonomia (Franco & Merhy, 2007).

Para explorar diretrizes, desafios e recomendações associados atualmente à APS, Souza e Menandro (2011) realizaram revisão de artigos internacionais, principalmente americanos, britânicos e canadenses, publicados entre 1999 e 2009. Verificou-se que os artigos se concentraram nos tópicos da incorporação de diretrizes científicas, clínico-políticas e administrativas; das relações entre profissionais e usuários e da avaliação de programas e intervenções. Os resultados mostraram uma série de obstáculos à efetivação de princípios da APS.

Destacou-se que o contexto da APS é muito complexo e diverso, o que dificulta a implantação de diretrizes e protocolos “baseados em evidências” (produzidos em quantidades talvez excessivas). Profissionais podem estar desmotivados e com práticas cristalizadas. Frequentemente acreditam não ser capazes de promover a mudança do estilo de vida dos usuários e percebem obstáculos culturais intransponíveis para lidar com classes populares e com outras etnias. Médicos se ressentiam de baixos salários, aumento de responsabilidades e diminuição da autonomia. Notaram-se dificuldades em considerar questões de saúde mental. Faltava tempo para centrar a atenção no usuário, em seu contexto e em atividades preventivas e essas ações eram percebidas como sub-remuneradas (Souza & Menandro, 2011).

Os estudos detectaram visões estereotipadas sobre a relação médico-usuário, incluindo a crença de que o especialista deve fornecer unilateralmente a solução imediata para a doença; médicos não se sentiam preparados para promover a prevenção e faltavam profissionais específicos para educação em saúde. Tomar decisões em conjunto com os usuários era tido como raro e difícil; médicos dominavam a fala no encontro clínico e enfatizavam interações técnicas em detrimento das interações sócio-afetivas. Faltavam médicos generalistas, já que esse trabalho era considerado como posição desvalorizada financeira e socialmente; a quantidade de usuários por profissional era em geral excessiva e pessoas com baixa renda, minorias étnicas e pessoas com deficiências tinham acesso significativamente mais difícil à APS. As propostas e os dados corroboraram o descompasso mencionado entre a APS ideal e aquela efetivamente existente, mesmo em países “ricos” (Souza & Menandro, 2011).

Muitos autores consideraram direta ou indiretamente que percepções e crenças compartilhadas por profissionais, gestores e usuários têm papel crucial na organização do serviço, no encontro clínico e na determinação de sua eficácia. A literatura internacional analisada apresentou contradição nesse ponto: ao mesmo tempo em que afirmou a importância de percepções, crenças, valores e relações interpessoais, não adotou instrumentos teóricos para compreendê-los (desenvolvidos pelas ciências humanas e sociais). Priorizou a “abordagem” (diretrizes para prática, com função informativa) em detrimento da “teoria” (visão de homem e de mundo, com função explicativa). Propôs que as ciências da saúde considerem “o humano” sem se aproximar das ciências humanas (Souza & Menandro, 2011).

Práticas de saúde são práticas sociais, imersas em jogos complexos de significação, afetividade e valor; associadas a identidades sociais, relações de gênero, estereótipos, preconceitos e representações. Como praticar a promoção de saúde, a prevenção e a clínica na APS, como promover participação popular, corresponsabilização e autonomia, como ajudar os usuários a reverter a lógica curativista, sem considerar esses sistemas de valores e de representações sociais que constroem seu mundo cotidiano? (Souza & Menandro, 2011).

1.2.2. SISTEMA DE SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL

O sistema de saúde brasileiro pode ser descrito como heterogêneo e o acesso a ele, desigual, apresentando relações complexas entre esferas públicas e privadas. Para compreender as características atuais desse sistema e de seus serviços de Atenção Primária, é fundamental levar em conta alguns de seus

determinantes históricos, abordados de forma resumida a seguir. A descrição desses determinantes fornecerá o pano de fundo para a compreensão do surgimento das Unidades de Saúde e das diretrizes de Saúde da Família.

Durante muito tempo, as iniciativas públicas se concentraram em ações pontuais de saneamento. No Império e no início da República, as políticas de saúde corresponderam essencialmente ao controle de endemias e epidemias, à normatização e à fiscalização dos portos e da “vida urbana” e à internação dos “doentes mentais”. Tradicionalmente, a assistência à saúde ficou a cargo, por um lado, da iniciativa privada, com hospitais e outros serviços contratados pelas elites econômicas, e, por outro, da filantropia, com as santas casas de misericórdia destinadas às classes populares. O início do século XX foi marcado por tentativas de controlar epidemias e endemias, com campanhas de viés autoritário e militar (Escorel & Teixeira, 2008).

Desde o início, o sistema de saúde se caracterizou pela divisão entre, de um lado, ações de saúde pública, executadas de forma *vertical*, sobre problemas específicos, pelo poder público centralizado e, de outro, por ações de assistência, focadas em hospitais e em médicos, com valorização dos serviços privados. Essas características persistiram de diferentes formas ao longo do século XX e até o momento atual (Arretche, 2005; Escorel & Teixeira, 2008).

A urbanização e a industrialização brasileiras, aceleradas na década de 1930, promoveram transformações no panorama sanitário. A Era Vargas foi caracterizada pela instituição e multiplicação do mutualismo em meio a diversas categorias profissionais. Caixas e Institutos de Aposentadorias e Pensões forneciam serviços de saúde restritos a essas categorias. Nos anos

subsequentes, 1950-1960, as políticas de saúde foram pensadas no quadro do *desenvolvimentismo*. Acreditava-se que melhores níveis de saúde seriam atingidos por meio do desenvolvimento econômico. A referida dicotomia entre programas verticais e assistência médica não se alterou significativamente (Escorel & Teixeira, 2008).

Durante a Ditadura Militar, os Institutos de Previdência foram unificados. Houve crescimento da compra de serviços de iniciativa privada e, *pari passu*, da indústria médica voltada para o lucro. Políticas de atenção à saúde continuaram a se basear nos princípios de curativismo, individualismo e *especialismo* em detrimento de abordagens coletivas e de prevenção. Acumularam-se evidências de ineficácia e crise do sistema (Escorel, 2008).

Nesse contexto, na segunda metade da década de 1960 e principalmente na década de 1970, foram lançadas bases teóricas e experiências práticas de transformação das políticas de saúde que ficaram conhecidas como o Movimento Sanitário. Esse Movimento articulou estudantes, centros de pesquisa, médicos e profissionais ligados às universidades, participou ativamente do processo de redemocratização do país e liderou a construção do SUS, o Sistema Único de Saúde (Escorel, 2008).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, que incluiu pela primeira vez a participação dos usuários, a promulgação da Constituição de 1988 e as Leis 8.080 e 8.142 de 1990 foram importantes marcos da construção do SUS. Por meio deles, afirmou-se o compromisso constitucional do Estado em prover serviços de saúde como direito de todo cidadão, segundo princípios de universalidade, integralidade, descentralização e participação. A atenção à saúde,

tradicionalmente restrita às elites econômicas e a certas categorias profissionais, foi apresentada, pela primeira vez no Brasil, como direito de cidadania a ser garantido a todos os brasileiros. Para atingir esse objetivo, propôs-se um sistema unificado com financiamento assegurado e participação social (Escorel, 2008). As políticas brasileiras aderiram formalmente ao modelo de “Sistema Nacional e Público de Saúde”.

O Sistema Único de Saúde é o “conjunto de ações e serviços públicos de saúde”, voltado à promoção da saúde, à prevenção de doenças, ao tratamento e à reabilitação. Esse conjunto de ações e serviços tem o objetivo de fornecer assistência à saúde, realizar e normatizar o saneamento ambiental, a produção dos diversos insumos ligados ao setor, vigilância sanitária e epidemiológica. Apesar de definido como público, o SUS pode contratar serviços da iniciativa privada (Noronha, Lima & Machado, 2008).

Com o SUS, o Movimento Sanitário propôs transformar padrões culturais sócio-sanitários arraigados na história brasileira, caracterizados pela exclusão social, pela primazia do privado em detrimento do público, pelo modelo curativista centrado na assistência médica. Sua implantação e expansão tiveram que se contrapor a orientações políticas hegemônicas de caráter neoliberal particularmente fortes na década de 1990, logo após o processo de redemocratização. O SUS evoca o desafio, mais amplo que a assistência à saúde, de fortalecer a “solidariedade social no Brasil” (Noronha *et al.*, 2008). Sob ponto de vista histórico e cultural, isso implica criar novas relações entre as elites econômicas e políticas e o conjunto do povo brasileiro.

Princípios e diretrizes integram a legislação do Sistema, dentre os quais se destacam: a garantia de acesso a todos (universalidade); a ausência de quaisquer diferenciações, como, por exemplo, de gênero ou classe, que impliquem preconceito e exclusão (igualdade); a integração de políticas e serviços sociais e sanitários para responder de forma completa aos problemas de saúde (integralidade); o controle da política e dos serviços realizado pelos usuários, formalizado nos Conselhos e Conferências de saúde (participação democrática e comunitária); a promoção de sistema descentralizado, que enfatize a atuação do município e que conte com serviços mais complexos em âmbito regional (descentralização, com regionalização e hierarquização) (Noronha *et al.*, 2008).

Os serviços de APS do SUS devem estar próximos à população e imediatamente disponíveis a todos, sob gestão direta do município. Caso necessário, serviços de diagnóstico e tratamento mais complexos devem ser oferecidos em centros de maior abrangência regional. Após o encaminhamento a esses centros, o usuário deve retornar ao acompanhamento na APS, trajeto que deve ser regulado por procedimentos claros e eficientes de referência (encaminhamento à especialidade) e contrarreferência (retorno ao nível primário) (Noronha *et al.*, 2008).

1.2.3. ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

No Brasil, os centros de saúde ambulatoriais tiveram sua atuação tradicionalmente restrita a programas seletivos e verticais de prevenção e de assistência médica. Experiências inovadoras ocorridas no bojo do Movimento Sanitário contribuíram para alterar o quadro em direção a princípios defendidos

pela Declaração de Alma-Ata. Na década de 1980, em meio ao processo de redemocratização, houve grande expansão da rede de unidades de saúde municipais para assistência ambulatorial. O programa Ações Integradas de Saúde preconizou a coordenação das esferas federal, estadual e municipal, a integração das ações de saúde pública e assistência à saúde em unidades de abrangência local, que constituiriam o sistema de cuidados primários para o conjunto da população (Giovanella & Mendonça, 2008).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde foi criado no início da década de 1990 como programa seletivo de atenção primária e ganhou maior importância e abrangência com o surgimento posterior do Programa de Saúde da Família ao qual foi incorporado. Os agentes comunitários são moradores das regiões atendidas, “leigos” recrutados como trabalhadores da APS, treinados por (e sob supervisão de) profissionais de nível superior para prover serviços de prevenção e promoção de saúde. Realizam principalmente atividades de reconhecimento e mapeamento das famílias atendidas, identificação dos principais problemas e prioridades, educação em saúde e prevenção, atividades facilitadas por sua inserção comunitária (Giovanella & Mendonça, 2008).

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi criado formalmente em 1994. Foi sistematizado pela Norma Operacional Básica 01 de 1996, que instituiu meios mais consistentes de financiamento. O PSF pode ser visto como a forma brasileira de centrar o sistema de saúde na APS. Foi instrumento fundamental para a consolidação do SUS, contribuindo para a expansão de sua abrangência e para a materialização de seus princípios de universalidade e participação social. Deixou de ser descrito como “Programa” pontual e seletivo, para se apresentar

como “Estratégia” para (re)ordenação de todo o Sistema Único de Saúde. Sua expansão foi promovida, junto aos municípios, por meio de incentivos financeiros do Ministério da Saúde (Giovanella & Mendonça, 2008, Viana & Dal Poz, 1998). Segundo dados de 2006 do Sistema de Informação da Atenção Básica, as equipes de Saúde da Família prestavam “assistência a 83,8 milhões de pessoas em 5.274 municípios brasileiros” (Sousa & Hamann, 2009, p. 1326).

A Estratégia Saúde da Família foi descrita como *modelo substitutivo à APS tradicional*. Propôs-se que a família (não só o indivíduo) fosse tomada como objeto privilegiado das ações em saúde. Isso implica que os serviços de APS não se restrinjam à demanda espontânea. Eles devem primar pelo enraizamento local e devem, por meio do conhecimento do território e das famílias, *adiantar-se à demanda*. Devem conhecer bem seu público alvo, mapeando os principais determinantes e riscos de saúde. Devem agir principalmente sobre esses determinantes e riscos ao invés de se concentrar na cura dos danos (Brasil, 1998; Giovanella & Mendonça, 2008; Viana & Dal Poz, 1998).

Essas propostas foram inspiradas por experiências de medicina comunitária de outros países como Canadá, Inglaterra e Cuba. A Saúde da Família foi preconizada em período de relativa estagnação das políticas de saúde. Contribuiu para descentralizar, dinamizar e consolidar o SUS, para ampliar a rede ambulatorial de municípios, transformar os critérios de financiamento e nortear a assistência à saúde segundo diretrizes adotadas pelo Sistema. Conseguiu articular benefícios da focalização (estabelecimento de prioridades) e do universalismo (acesso garantido a todos) em um mesmo quadro de referência. A presença de um novo ator, o agente comunitário de saúde, contribuiu para a

visibilidade das transformações (Viana & Dal Poz, 1998). A prestação de assistência característica de APS por meio de equipes multidisciplinares constitui originalidade da proposta brasileira de Saúde da Família, em comparação com o que se encontra em outros países (Sousa & Hamann, 2009).

Sob ponto de vista amplo, a Saúde da Família foi descrita como Estratégia para transformar o próprio *paradigma biomédico tradicional* de assistência à saúde, cujas características foram identificadas como se segue:

[O paradigma tradicional é] “Baseado na doença, atuando exclusivamente sobre a demanda espontânea, com ênfase na medicina curativa, tratando o indivíduo como objeto de ação, com baixa capacidade de resolver os problemas de saúde, com saber e poder centrado no médico, geralmente limitado à ação setorial, com desvinculação do pessoal de serviço com as comunidades, e de relação custo-benefício desvantajosa” (Brasil, 1996, citado em Viana & Dal Poz, 1998, p. 23).

Os princípios do modelo desejável se opõem termo a termo. Espera-se que ele esteja focado na promoção de saúde e não na cura de doenças; que seja capaz de ordenar a demanda, identificando prioridades e provendo educação para uso correto dos recursos em saúde; que encare os sujeitos como atores das ações, promovendo sua corresponsabilização sanitária; que seja resolutivo e que esteja baseado em colaboração horizontal entre os membros da equipe multidisciplinar; que estabeleça parceria com outros setores, como ação social, trabalho e educação, por exemplo, e que aproveite os recursos da própria

comunidade atendida para atingir os objetivos de saúde, com boa relação custo-benefício. A proximidade e a continuidade do atendimento devem garantir a criação de vínculos sólidos entre usuários e profissionais, facilitando a integralidade (Brasil, 1998; Giovanella & Mendonça, 2008; Viana & Dal Poz, 1998).

Em 2006, o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Atenção Básica (segundo tradição do Movimento Sanitário, no Brasil, a APS é nomeada Atenção Básica). Nesse documento, a APS foi caracterizada como via preferencial para acesso ao SUS, organizada de acordo com a Estratégia Saúde da Família e definida como se segue:

“A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da

responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” (Brasil, 2006, p. 2).

O principal estabelecimento da Atenção Básica é a Unidade de Saúde da Família (USF). Antigos postos ou centros de saúde devem ser convertidos em USF. Cada Unidade é responsável pelo atendimento a certo *território* delimitado, mapeado em suas características geográficas, sanitárias, culturais e psicossociais. Uma USF pode incluir uma ou mais Equipes de Saúde da Família, responsáveis por partes do território, nomeadas *áreas*. Cada Equipe conta com vários agentes de saúde, cada um responsável por parte da área, nomeada *microárea* (Brasil, 2000).

A Equipe de Saúde da Família deve ser composta pelo menos por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes de saúde. Cada Equipe deve atender a, no máximo, 4.000 habitantes, sendo 3.000 a média recomendada. Deve haver máximo de 12 agentes por equipe e 750 usuários por agente. Profissionais de saúde bucal podem ser incorporados às Equipes, cirurgiões dentistas, auxiliar de consultório e técnico de higiene dental (Brasil, 2006).

Outros profissionais também podem ser incluídos para dar suporte a várias Equipes, como assistentes sociais, educadores físicos, psicólogos, ginecologistas, psiquiatras (Onocko Campos & Gama, 2008). Profissionais com treinamento específico podem ser contratados como “sanitaristas”, atuando diretamente em vigilância epidemiológica, identificação e controle de determinantes, riscos e danos, sistematização de dados e notificações. Além disso, equipes formadas por

especialistas nomeadas *equipes de apoio matricial* devem disseminar conhecimentos especializados (nutrição, saúde mental, etc.) em meio aos profissionais de Saúde da Família de forma contínua, com supervisão de casos, identificação de prioridades e elaboração conjunta de planos terapêuticos (Campos & Domitti, 2007).

O apoio matricial em saúde mental pode contribuir para regular o fluxo, definindo para cada caso o nível de acompanhamento mais adequado, primário ou mais especializado. Baseado em reuniões, elaboração de projetos terapêuticos singulares e visitas domiciliares, foi descrito como estratégia para enriquecer as práticas em saúde mental e para desfazer preconceitos. Além de difundir o saber especializado, constitui oportunidade para construção conjunta de soluções criativas (Bezerra & Dimenstein, 2008; Delfini, Sato, Antoneli & Guimarães, 2009).

Segundo o Plano Nacional de Humanização do SUS (Brasil, 2009) a assistência à saúde deve se utilizar da noção de *clínica ampliada*. A clínica ampliada é semelhante às propostas de decisão compartilhada, autocuidado e cuidado focado na pessoa (World Health Organization, 2008). Pressupõe que o objeto da prática clínica não seja a *doença* como entidade abstrata, objeto ao qual se aplica *protocolo universal*, mas sim o *sujeito* em sua complexa constituição biopsicossocial junto ao qual deve ser construído *atendimento singular que promova sua participação* (corresponsabilização por sua própria saúde). A clínica ampliada é reconhecida como particularmente importante para a assistência a condições crônicas.

A clínica ampliada é definida como prática de cuidado atenta à dialética entre sujeito e doença: características do sujeito determinam a patologia e vice

versa. A clínica ampliada não desconsidera padrões (universais) da doença, mas também não perde de vista a singularidade de cada caso e não reduz o sujeito à doença como entidade abstrata. Essa prática solicita, portanto, a colaboração de profissionais de diversas áreas do conhecimento (Campos, 2003; Campos & Domitti, 2007).

A escuta é descrita como um de seus instrumentos principais: a abertura do encontro clínico às falas do(s) usuário(s), a formulação de perguntas pertinentes não só às condições patológicas mas ao estilo de vida de forma mais ampla, a valorização das falas dos usuários, de suas implicações para a vida em geral e para o processo saúde-doença. Recomenda-se prestar atenção aos vínculos e afetos produzidos entre profissionais e entre eles e os usuários; evitar a culpabilização e infantilização do usuário (reconhecer sua capacidade decisória), orientar e informar perguntando sobre o que foi entendido das orientações, negociar comportamentos e metas em conjunto com os usuários e buscar alternativas terapêuticas à medicação em favor de transformações de estilo de vida (trocar a solução *passiva* e imediatista por soluções *ativas* e permanentes) (Brasil, 2009; Campos, 2003).

Os princípios da clínica ampliada estão baseados em definição abrangente de saúde. Saúde não é entendida meramente como o contrário de doença, mas sim como *capacidade normativa*. Trata-se da autonomia em seu sentido radical, ou seja, *produção de normas, invenção de formas de vida* em todos os seus âmbitos, biológico, psicológico e social. A partir dessas noções, questiona-se a definição consagrada pela OMS de “perfeito estado de bem-estar” (World Health Organization, 1978). Saúde não é *estado idílico* a ser atingido, mas sim *processo*

a ser continuamente construído. Ter saúde não significa não ter problemas, mas poder lidar com eles, poder ser ativo frente ao mundo, a si mesmo e às adversidades; é ter meios de lidar com os desafios da realidade biopsicossocial (Canguilhem, 1995; Dejours, 1984).

O conceito de autonomia, por sua vez, remete a possibilidades de relação democrática. As relações sociais podem ser consideradas de coação ou de cooperação. As relações de coação são caracterizadas pela atribuição imediata de prestígio a uma das partes, por mecanismos de obediência automática e pela definição unilateral das normas, ou seja, pela heteronomia. Já as relações de cooperação se definem pela operação coletiva sobre os objetos, pela coordenação de pontos de vista dos diversos agentes e pela construção conjunta das normas, ou seja, pela autonomia (La Taille, 1992).

Articula-se assim o conceito de saúde às necessidades de transformação sociopolíticas, expressas de formas variadas e convergentes nas diretrizes de Atenção Básica, Saúde da Família, apoio matricial e clínica ampliada. Promover saúde equivale, em parte, a promover capacidade de enfrentamento, autonomia, participação democrática, cidadania.

1.2.4. DA DIFICULDADE DOS PRINCÍPIOS AO PRINCÍPIO DAS DIFICULDADES

Tendo em vista a história das políticas e do sistema de saúde brasileiros, a força do paradigma biomédico tradicional e a supervalorização das especialidades não só no Brasil como em todo o mundo, pode-se afirmar que as diretrizes e os objetivos do Movimento Sanitário, do SUS e da Saúde da Família são bastante

ambiciosos. Sua materialização plena implicaria transformações sanitárias, sociais e culturais de grande magnitude. Naturalmente, as dificuldades correspondentes não são pequenas.

Dois grandes grupos de problemas, sociais e institucionais, se destacam para países como o Brasil. Por um lado, sua história se caracterizou por processos crônicos de exclusão e marginalização social, concentração de riqueza, empobrecimento de camadas expressivas da população. Por outro, há funcionamento descoordenado de instituições e serviços, pouca autonomia local, fraca tradição de associação e de participação democrática (Noronha *et al.*, 2008).

Características anteriores ao Movimento Sanitário persistem no SUS, como a importância da rede hospitalar privada e a centralização do financiamento dos serviços. A insatisfação das classes médias com os serviços públicos levou à demanda por seguros privados de saúde (incluindo os *planos de saúde*), que tiveram grande expansão no período da Ditadura Militar. Na qualidade de clientes de serviços privados, as classes médias não se envolveram organicamente na Reforma Sanitária e na construção do SUS. A atividade legislativa que aconteceu no bojo da Reforma Sanitária manteve a concentração decisória em âmbito federal e incluiu certa conciliação de interesses entre atores públicos e privados (Arretche, 2005). Sobre essa conciliação, constata-se que:

“ganharam todos: o setor privado lucrativo conservou seu papel na provisão de serviços, sem garantir exclusividade ao SUS; os médicos mantiveram a possibilidade de prestar simultaneamente serviços ao SUS e

ao exercício liberal da medicina; e prefeitos e governadores poderiam agradar seu eleitorado com o aumento da provisão de serviços gratuitos e ganharam, finalmente, os cidadãos, pela promessa de que receberiam a integralidade dos serviços de saúde de modo universal e gratuito. Estava constituída a grande coalizão de sustentação do SUS” (Arretche, 2005, p. 294).

O SUS é para todos? “Quinze anos após seu batismo legal, o SUS é considerado por uma grande parcela dos profissionais da saúde, órgãos de imprensa, determinadas autoridades governamentais, empresários e sindicalistas como um sistema para os pobres” (Bahia, 2005, p. 410). A universalidade é apenas formal. Na prática, observam-se claras diferenças de acesso aos serviços segundo estratos sócio-econômicos. Os gastos *per capita* correspondentes aos titulares de planos privados são cerca de três vezes maiores que os gastos *per capita* do SUS (Bahia, 2005).

Os planos privados cobrem cerca de 25% da população. A assistência à saúde no Brasil é caracterizada pela duplicidade de atuação dos profissionais, dirigida simultaneamente ao SUS e à demanda privada. As infraestruturas hospitalares acompanham essa ordenação, diferenciando duas portas de entrada, uma para os clientes “do público” e outra para os clientes “do privado”. Há complexidade nas relações entre público e privado para a composição da assistência. Um usa o outro de formas variadas, o que, extrapolando o âmbito individual, relativiza a clivagem simplista entre quem tem e quem não tem plano de saúde (Bahia, 2005).

Desigualdades sócio-econômicas promovem inversão entre graus de necessidade e de acesso a recursos. Aqueles que avaliam positivamente sua saúde (indicador razoável da situação real – Barata, 2008) consomem significativamente mais planos privados e recursos de saúde (Bahia, 2005).

Os serviços de APS se constituem de forma heterogênea. Assumem diferentes configurações públicas e privadas, das Unidades de Saúde aos consultórios e clínicas particulares. Na APS pública, ao contrário do que ocorre nos planos de saúde privados, os usuários não têm a possibilidade formal de escolher onde e por quem querem ser atendidos e não podem dirigir-se diretamente a especialistas (países europeus que adotam o sistema de porta de entrada obrigatória – pré-condição para encaminhamento ao especialista – fornecem, ainda assim, certa liberdade de escolha do médico generalista, o que não acontece nas Unidades de Saúde brasileiras). Há pronunciadas desigualdades regionais, no que diz respeito a profissionais e serviços disponíveis (visitas domiciliares, medicamentos, imunização, entre outros). Faltam especialmente serviços de diagnóstico complementar (Giovanella & Mendonça, 2008).

Sobre sistemas de saúde europeus, Giovanella (2006) nota que o número de usuários por médico generalista é “muito menor do que a norma estipulada no Brasil para o território de abrangência da equipe do PSF com adscrição de até mil famílias e média de 3.450 pessoas por equipe” (p. 956). O dado sugere que as equipes de Saúde da Família trabalham em contextos com sobrecarga de demanda.

A Estratégia Saúde da Família encontra dificuldades para implantação em grandes cidades, que dispõem de redes já estabelecidas de serviços tradicionais. Disputas político-partidárias desestabilizam os serviços e a violência urbana dificulta a penetração comunitária das equipes. Há incapacidade dos municípios em complementar a verba destinada pelo Governo Federal à APS, limitando a expansão da rede de saúde. Nenhuma solução consistente foi apresentada para o problema da capacitação permanente dos profissionais (Campos, Gutiérrez, Guerrero & Cunha, 2008; Sousa & Hamann, 2009). Afirma-se que a implantação da Saúde da Família é uma “agenda inerte e incompleta”, por mostrar-se incapaz de “ampliar as condições para a superação efetiva do modelo biomédico hegemônico nas políticas públicas do setor saúde no Brasil” (Sousa & Hamann, 2009, p. 1334).

Profissionais em geral não são formados em consonância com as diretrizes da Saúde da Família. Frequentemente, não contam com apoio técnico, não obtêm satisfação no trabalho, valorização, nem perspectiva de crescimento profissional. A impossibilidade de o usuário escolher seus profissionais de referência pode afetar a legitimidade social da proposta. O trabalho é pouco atrativo para médicos, gerando dificuldades em mantê-los envolvidos na Saúde da Família. Muitas vezes, pesquisadores e profissionais confundem a crítica ao *paradigma biomédico tradicional* com a crítica aos médicos. Esse hipercriticismo pode afastar os profissionais de medicina dos serviços públicos reforçando, mais do que combatendo, o modelo tradicional (Campos *et al.*, 2008).

Teixeira e Solla (2005) afirmam que “ainda não ocorreram mudanças significativas na direção da sonhada ‘reversão’ do modelo de atenção” e que as

transformações representam mais a “racionalização do modelo hegemônico” (p. 471), com mera reordenação da demanda e melhoria de ações epidemiológicas. Avaliam a situação atual da APS brasileira como se segue:

“Correndo o risco de parecer pessimista, cabe concluir que, apesar dos esforços realizados e dos avanços alcançados, a mudança operada na organização dos serviços e no perfil das práticas de saúde apenas ‘arranha’ a superfície do modelo hegemônico. Desse modo, apesar do aumento extraordinário na produção de serviços básicos, cabe reconhecer que, no geral, o perfil de oferta de serviços revela a reprodução, em escala ampliada, do modelo médico, assistencial, hospitalocêntrico. E ainda que isso evidencie o atendimento a uma demanda reprimida historicamente pela insuficiência e ineficiência do sistema público, do ponto de vista da cobertura, acessibilidade, integração sistêmica e qualidade de atenção, expressando a garantia de um direito conquistado, também evidencia o quão distante ainda se está de um sistema de serviços de saúde que opere segundo a lógica da intervenção sobre determinantes, riscos e danos, nesta ordem de prioridades, e não o contrário, como continua a acontecer” (p. 471-472).

Um estudo com 10 grandes municípios (com mais de 100 mil habitantes) revelou que em alguns deles o PSF permaneceu como programa focal e paralelo enquanto, em outros, ele se constituiu propriamente como estratégia substitutiva da APS tradicional, com graus variáveis de materialização de suas diretrizes.

Dentre as conquistas da implantação da Saúde da Família, foram verificados índices expressivos de facilidade de acesso às USF, de visitas domiciliares por profissionais de nível superior e de acompanhamento de casos de hipertensão e diabetes. Observaram-se índices moderados de utilização dos serviços, de atendimento por agente comunitário e de atividades de educação em saúde. Profissionais declararam conhecer bem os principais problemas da população. Dados indicaram aumento de vínculo entre usuários e serviços (Escorel, Giovanella, Mendonça & Senna, 2007).

Dentre os principais desafios, constatou-se que serviços de urgência constituem rede paralela de Atenção Primária, sendo portas de entrada frequentemente mais usadas que as USF. Há problemas no acesso a serviços ambulatoriais de média complexidade e na realização de exames diagnósticos; fragilidade do sistema de referência e contrarreferência; pouca formação específica dos profissionais de nível superior para atuação comunitária e fraca integração intersetorial. Preconizou-se o aprofundamento da Estratégia Saúde da Família, com ênfase em iniciativas municipais (Escorel *et al.*, 2007).

1.3. O DESAFIO DA SAÚDE MENTAL

A realização dos princípios e objetivos associados à Atenção Primária à Saúde não pode prescindir de conhecimentos e ações de saúde mental. Desconsiderá-los tornaria impossíveis abordagens integrais, holísticas, com foco na pessoa. Apesar disso, continuam baixos os níveis de efetiva integração da saúde mental à APS em todo o mundo. Globalmente, centenas de milhares de pessoas sofrem com transtornos mentais, como depressão, esquizofrenia,

problemas com álcool ou outras drogas, associados a enormes custos pessoais, sociais e econômicos, à exclusão social, estigma, violência, altas taxas de incapacidade e suicídio (World Health Organization & World Organization of Family Doctors, 2008). O tópico inclui as estratégias de abordagem dos problemas com o álcool na APS, que serão discutidas mais adiante.

A efetiva incorporação da atenção à saúde mental em Atenção Primária (com proximidade e continuidade) pode representar mais uma inflexão nas relações que as sociedades industrializadas constroem com a loucura e com outros tipos de *desvios* como o alcoolismo.

Os manicômios foram originalmente estabelecimentos de caráter jurídico-policial correlatos às diversas formas de enclausuramento que dominaram a Europa no século XVII. A constituição da psiquiatria como saber e como prática social no século XIX se deu sobre a base dessa tradição de domínio e de exclusão física e simbólica da loucura (Foucault, 1999a).

No período pós-guerras do século XX, surgiram condições para novos questionamentos ao saber psiquiátrico e ao modelo asilar. Tendências reformistas, como a psicoterapia institucional e a psiquiatria preventiva não deixaram de legitimar o poder explicativo da psiquiatria e a função curativa do manicômio. A verdadeira ruptura com o modelo “asilar e excludente” aconteceu com as experiências da Psiquiatria Democrática Italiana que enfatizou a desinstitucionalização, entendida não como simples desospitalização, mas como mudança profunda da relação com a loucura e das práticas dirigidas ao sofrimento mental (Amarante, 1995).

Em acordo com essas transformações, a OMS sugere o fim dos grandes hospitais psiquiátricos e daqueles que funcionem de forma *tradicional* (ou seja, com institucionalização e despersonalização). Em geral, a internação é desaconselhada, uma vez que é frequentemente associada a altos custos e violações de direitos humanos (World Health Organization & World Organization of Family Doctors, 2008).

A Atenção Primária, tendo em vista suas características distintivas como proximidade, acompanhamento longitudinal e protagonismo dos usuários, pode ser descrita como poderoso instrumento e como eixo central do sistema de saúde mental. Por um lado, agindo junto à população, deve promover maciçamente o envolvimento dos usuários com o autocuidado e o envolvimento da comunidade na integração das pessoas portadoras dos diversos tipos de transtorno. Por outro lado, agindo junto aos serviços especializados, centros específicos ou hospitais gerais, deve buscar parcerias para atendimento simultâneo dos usuários, supervisão de casos, reabilitação psicossocial, recorrendo o mais parcimoniosamente possível aos serviços de longa internação. Ressalta-se a importância de mecanismos plenamente funcionais de referência, contrarreferência, supervisão e compartilhamento de informações entre os serviços (World Health Organization & World Organization of Family Doctors, 2008).

O conjunto de funções da APS inclui, principalmente, estratégias para identificação precoce de transtornos mentais, acolhimento e acompanhamento de usuários portadores dos transtornos mais frequentes, bem como de transtornos mais graves estabilizados, realizando encaminhamentos quando necessário. Os

serviços devem atuar junto a todos os usuários, na promoção de saúde e na prevenção ligada a temas de saúde mental, bem como considerar o sofrimento mental que acompanha todas as doenças “físicas” (World Health Organization & World Organization of Family Doctors, 2008).

1.3.1. ATENÇÃO PRIMÁRIA DE PROBLEMAS COM O ÁLCOOL

Como já dito, o nível de integração das estratégias de atenção à saúde mental na APS é baixo em todo o mundo. Isso é atribuído a certa combinação de fatores relativos aos usuários (por exemplo, não reconhecimento de sintomas, resistência a buscar ajuda), aos profissionais (por exemplo, falta de treinamento, preconceito, falta de interesse), aos sistemas de saúde (falta de recursos materiais e humanos) e a tradições culturais relacionadas a estigma e exclusão (World Health Organization & World Organization of Family Doctors, 2008).

A decalagem entre demanda e oferta em serviços comunitários é especialmente pronunciada no que diz respeito aos problemas com álcool. Um estudo que envolveu 37 países, nos cinco continentes, averiguou a quantidade de pessoas que apresentavam transtornos mentais e não recebiam tratamento (*treatment gap*). A segunda maior *lacuna de tratamento* detectada se referia ao transtorno de ansiedade generalizada, com média de 57,5% e a maior delas se referia a abuso e dependência de álcool, com média expressiva de 78,1% dos casos sem tratamento (Kohn, Saxena, Levav & Saraceno, 2004).

Diretrizes propostas pela Organização Mundial da Saúde, e seguidas por políticas brasileiras, recomendam a adoção de estratégias para identificação e abordagem de problemas relacionados ao consumo de álcool na Atenção

Primária à Saúde. Essas estratégias podem ser descritas como Triagem e Intervenção Breve (TIB). Como foi dito acima para as intervenções breves oportunistas (Heather, 2004a), o foco dessas estratégias não é tratar a dependência de álcool, mas sim abordar a gama variável de problemas com o álcool, especialmente os padrões de uso arriscado e de uso nocivo, junto a usuários que se dirigem normalmente aos serviços por outros motivos (Ronzani, Rodrigues, Batista, Lourenço & Formigoni, 2007; Ronzani, Mota & Souza, 2009).

Essas diretrizes foram sugeridas com base em estudos que remontam à década de 1970. Verificou-se que efeitos de intervenções breves podem ser comparáveis àqueles de longas terapias. Mostrou-se ainda que mais benefícios poderiam ser conseguidos com intervenções junto a grande número de bebedores moderados do que com o foco em número pequeno de bebedores em uso pesado. Na década de 1980, a Organização Mundial da Saúde iniciou projetos para implantação de estratégias simples de identificação e intervenção breve na APS de todo o mundo. Foram propostas as categorias de *bebedor de risco* e *bebedor em uso nocivo* e a ideia de que esses usuários, apesar de não serem dependentes, podem se beneficiar de mudanças em seu padrão de consumo. Os projetos da OMS geraram instrumento difundido mundialmente, o *Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)* e diretrizes para Triagem e Intervenção Breve (Aasland, Nygaard & Nilsen, 2008).

Intervenção breve pode ser definida como abordagem “de tempo limitado, centrada no usuário e que enfoca mudança de comportamento” (Nilsen *et al.*, 2008, p. 454). Variações podem ocorrer no número e na duração de sessões, no tipo de profissional envolvido e no arcabouço teórico utilizado. Modelos difundidos

de intervenção frequentemente adotam princípios de “*feedback*, corresponsabilidade, aconselhamento, menu de mudanças de comportamento, empatia e autoeficácia”. Muitos estudos, em diferentes países e contextos de APS, mostraram que intervenções breves são eficazes para modificar condições de risco e diminuir uso problemático de álcool (Kaner *et al.*, 2009; Nilsen *et al.*, 2008). A TIB para problemas com o álcool mostrou relação custo-benefício positiva, superior a intervenções desenhadas para outras condições médicas, devendo ser priorizada (Solberg, Maciosek & Edwards, 2008).

Para triagem, sugere-se a aplicação sistemática (pelo menos uma vez por ano) do AUDIT a todos os usuários de APS. O AUDIT é composto por dez perguntas, elaborado especialmente para uso por profissionais de Atenção Primária, validado em diferentes países (inclusive Brasil), disponível em diferentes línguas (inclusive português), focado no comportamento de alcoolização recente (últimos 12 meses). Permite identificar não só situações que sugerem dependência do álcool, mas também padrões de consumo de baixo-risco, de consumo de risco e de uso nocivo (Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro, 2001). São utilizadas as noções já descritas de consumo moderado, arriscado, nocivo e *binge* (Rotgers & Davis, 2006).

Para cada um dos níveis de consumo identificados, indicativos de baixo risco, risco, uso nocivo e dependência, recomenda-se respectivamente educação em saúde, aconselhamento, intervenção breve e encaminhamento. Espera-se que a APS tenha atuação importante em todas essas situações: que reforce orientações junto a consumidores de baixo risco; que se responsabilize pela intervenção e acompanhamento junto a usuários de risco e consumidores em uso

nocivo; que intervenha junto a possíveis dependentes de álcool, promovendo, nesse último caso, motivação para o tratamento e garantindo encaminhamento a serviços especializados (Babor & Higgins-Biddle, 2001).

Testes de biomarcadores também podem ser usados na APS para evitar problemas de confiabilidade ligados à autoavaliação inerente aos questionários, permitindo maior sensibilidade e precisão na identificação de padrões de consumo problemático. Esses testes permitem acompanhamento objetivo, identificação de recaídas e avaliação de resultados de intervenções (Miller & Anton, 2004).

O aconselhamento e a intervenção breve são destacados como instrumentos de baixo custo, eficácia comprovada e rápida aplicação, tornando-se viáveis em contextos sobrecarregados por demanda intensa e heterogênea, como são em geral os serviços de APS. Sugere-se que todos os profissionais, médicos, enfermeiros, etc., incluam estratégias de TIB em sua rotina de trabalho ou que haja profissional específico para esse fim. Aconselhamento e intervenção breve implicam escuta empática, suspensão da atitude de julgamento moral, negociação de decisões e objetivos (sem abdicar da autoridade profissional), fornecimento de informações, promoção da motivação e implicação do usuário em acompanhamento contínuo (Babor & Higgins-Biddle, 2001).

Entretanto, assim como foi dito para princípios da APS e da atenção à saúde mental, uma série de fatores frequentemente dificulta a implantação da TIB nos serviços. Em meio aos profissionais, pode haver percepção de falta de formação para lidar com o tema; medo de abordar questões pessoais e constrangedoras junto aos usuários; crenças de que a falta de tempo

característica da APS inviabiliza a TIB, de que intervenções de APS dirigidas a alcoolistas são inúteis e de que problemas com álcool não devem ser abordados na Atenção Primária (Babor & Higgins-Biddle, 2001; Nilsen *et al.*, 2008).

Para responder a esses obstáculos, argumenta-se que a falta de formação pode ser real, mas não é definitiva nem difícil de ser superada; que a TIB despende pouco tempo, sendo compatível com as demais atividades de APS; que numerosos estudos mostraram que usuários em geral não se sentem constrangidos com questões relativas ao consumo de álcool e que intervenções breves na Atenção Primária são eficientes (Babor & Higgins-Biddle, 2001; Nilsen *et al.*, 2008).

A consulta a trabalhos recentes sobre Atenção Primária à Saúde e problemas com o álcool revela que dificuldades para implantar a TIB são enfrentadas em várias partes do mundo. Na Finlândia e na Espanha, verificou-se que a abordagem de problemas com o álcool em contextos de APS era escassa (Aalto, Pekuri & Seppä, 2002; Garcia, Solé, Mestre, Belmonte & Farran, 2006). Na Suécia e no Reino Unido, profissionais declararam-se despreparados para realizar intervenções, expressaram crenças de que o consumo de álcool é assunto constrangedor e que seu cotidiano de trabalho não é adaptado à TIB (Johansson, Bendtsen & Akerlind, 2005; Lock, Kaner, Lamont & Bond, 2002).

Nos EUA, uma pesquisa registrou em áudio discussões entre profissionais e usuários sobre o consumo de álcool. Os resultados mostraram que muitos usuários falavam abertamente sobre o consumo e alguns deles abordaram o assunto espontaneamente. Em contraste, a maior parte dos profissionais formulou apenas questões fechadas (sem espaço para maiores elaborações) ou desviaram

o foco da conversa. O aconselhamento sobre o uso de álcool foi escasso e ambíguo, diferindo de falas sobre tabagismo em que diretrizes eram apresentadas com precisão. O desconforto dos profissionais com o assunto ficou claro em muitas ocasiões, manifestado, por exemplo, em comportamentos como risos inapropriados e fala ambígua (McCormick *et al.*, 2006).

Esse conjunto de pesquisas mostrou, em diferentes contextos, a falta de formação específica, de conhecimentos e de práticas condizentes com diretrizes internacionais sobre TIB. Obstáculos já identificados, discutidos e relativizados (Babor & Higgins-Biddle, 2001) foram comuns: percepção de falta de tempo, crença do profissional na sua incapacidade de intervir e no caráter “delicado” do assunto. A implantação de estratégias de abordagem dos problemas com o álcool na Atenção Primária à Saúde se revela difícil em todo o mundo.

1.3.2. SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA BRASILEIRA

Algumas considerações históricas sobre a psiquiatria no Brasil são importantes para entender o surgimento de serviços como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que devem constituir atualmente, junto com as Unidades de APS, uma rede de atenção à saúde mental. Essas considerações servirão também para situar diretrizes atuais de assistência a pessoas com problemas com álcool e outras drogas.

No final do século XX e início do século XXI, assim como em muitos outros países, políticas e serviços brasileiros de atenção à saúde mental passam por consideráveis transformações referidas como *Reforma Psiquiátrica*. A Reforma Psiquiátrica Brasileira é descrita como processo social que articula diversos

atores (profissionais, usuários, serviços, conselhos, etc.) com o objetivo construir formas acolhedoras, não-asilares, de lidar com a diferença, com a loucura, com o sofrimento mental (Amarante, 2008).

A assistência psiquiátrica brasileira oficial começou em meados do século XIX, com a fundação do Hospício Pedro II. Outras “colônias de alienados” foram criadas ao longo do mesmo século. Seus programas de tratamento preconizavam a correção da loucura, entendida como *distúrbio moral*, por meio do trabalho (laborterapia). O modelo asilar perdurou de forma exclusiva ao longo de quase todo o século XX. Houve aumento substancial do número de leitos privados a partir da década de 1960 (Ditadura Militar), com correlata exploração comercial da loucura (Amarante, 2008).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira teve suas origens no final da década de 1970, em meio ao movimento pela redemocratização do país, momento em que foram divulgadas notícias sobre maus-tratos de usuários internados em manicômios. Organizou-se o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, que passou a questionar os fundamentos epistemológicos da psiquiatria e os efeitos de exclusão e cronificação da “doença mental” operados pelos hospitais psiquiátricos (Amarante, 2008).

A Reforma brasileira foi fortemente influenciada pela experiência italiana (Amarante, 1995). A Psiquiatria Democrática Italiana, centrada no conceito de desinstitucionalização, buscou superar a díade racionalista problema-solução, para construir alternativas ao saber psiquiátrico e ao modelo asilar. Constatou-se a impotência histórica da psiquiatria para alcançar a solução-cura para a “doença mental” e denunciou-se o acúmulo de categorias diagnósticas como disfarce

dessa impotência (Rotelli, Leonardis & Mauri, 2001). Foi proposto substituir um objeto virtual, a “doença mental”, por um objeto real, a pessoa e seu sofrimento, opondo ao “pessimismo da razão” o “otimismo da prática” (Basaglia, citado em Amarante, 1995).

A perspectiva da Reforma Psiquiátrica é construir uma sociedade sem manicômios, sejam eles físicos (hospitais) ou simbólicos (formas de relação humana). Na experiência italiana a desinstitucionalização começou no interior mesmo do manicômio, aproveitando as estruturas existentes para acabar com o modelo asilar *por dentro*. Serviços inovadores foram criados para operacionalizar as diretrizes, como Centros de Saúde Mental e Centros de Tóxico-Dependentes (Rotelli *et al.*, 2001). Uma vez que esses serviços devem substituir o manicômio, podem ser descritos como serviços substitutivos. Idealmente plurais, heterogêneos e organizados em rede, fornecem alternativas ao modelo único representado pelas práticas de exclusão asilar.

No Brasil, alguns marcos da Reforma Psiquiátrica foram: a criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (em 1978), a VIII Conferência Nacional de Saúde, a I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial, em São Paulo (1987), a intervenção da Prefeitura de Santos em manicômio privado e a implantação de serviços substitutivos (1989), a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental e a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei 10.216), em 2001. Essa lei estabeleceu a primazia dos serviços substitutivos (Amarante, 2008).

A rede de serviços pode ser composta por centros de referência, leitos em hospitais gerais, centros de convivência, residências terapêuticas, entre outros,

com importante participação das Unidades de APS. O CAPS é responsável pelo atendimento ambulatorial diário de uma parcela dos usuários, junto aos quais deve evitar internações, promover reabilitação psicossocial, corresponsabilização e cidadania. Deve também contribuir para organizar a assistência nos outros pontos da rede de saúde mental, articulando a ação de cada um quanto aos projetos terapêuticos singulares e supervisionando os respectivos profissionais na forma de apoio matricial. Para os problemas com uso de álcool e outras drogas, essas funções são atribuídas ao CAPS-ad, Centro de Atenção Psicossocial - álcool e drogas (Amarante, 2008; Ella, 2005).

As últimas quatro décadas foram de intensas transformações nas políticas de saúde e de saúde mental. O movimento que criou o SUS e centrou-o na APS foi acompanhado de questionamentos dirigidos à assistência psiquiátrica. A Reforma Sanitária, com sua ênfase na APS, na defesa do controle social, da universalidade e da integralidade da atenção, apresenta evidentes congruências programáticas com a Reforma Psiquiátrica. As ações de APS, organizadas segundo a Estratégia Saúde da Família, baseadas na criação de vínculos e no cuidado longitudinal, podem ser fundamentais para a construção de alternativas às práticas de exclusão ou simples medicalização dos transtornos mentais (Brasil, 2005). Preconiza-se a importância do apoio matricial às equipes de APS, da formação permanente dos profissionais e da sistematização dos indicadores específicos de saúde mental na APS (Brasil, 2003).

A Reforma Psiquiátrica não deve se restringir à extinção física dos manicômios. Ela implica construir novas formas de lidar com as pessoas que estão em sofrimento mental. Implica criar novos e múltiplos espaços de

sociabilidade, que contemplem a diversidade da vida social. Por isso, também é evidente que esse movimento não deve se restringir à abertura de CAPS (Amarante, 2008).

Para atingir os objetivos da Reforma, é necessário estar radicalmente próximo à população, construindo vínculos duradouros, considerando a família como unidade de cuidados, conhecendo o território e inventando formas de intervir nele. Trata-se de diretrizes da Saúde da Família. Por isso, a produção de ações em saúde mental, pelas Equipes de Saúde da Família (e sua articulação em rede) pode ser vista como a forma mais promissora de mobilizar os recursos da comunidade e de efetivar a Reforma Psiquiátrica (Amarante, 2008; Dalla Vecchia & Martins, 2009).

Estratégias foram propostas para operacionalizar essas diretrizes nos encontros clínicos, nos atendimentos individuais e de grupos, em todos os tipos de interação entre profissionais e usuários. Essas estratégias, que valorizam a expressão dos usuários, foram chamadas de *atitudes psicoterapêuticas* ou *atitudes psicoterapêuticas e de reabilitação* (Oliveira, Vieira & Andrade, 2006; Saraceno, Asioli & Tognoni, 2001). Apesar da alusão à psicoterapia, os autores defendem que não só psicólogos, mas todos os profissionais de APS adotem essas *atitudes*.

De fato, seus princípios podem ser aplicados pelo conjunto de profissionais e não só nos consultórios, como também nos diversos espaços das Unidades, no trabalho de campo nos bairros, nas casas durante visitas domiciliares e outras ocasiões. Eles incluem: *escutar* o discurso verbal e não-verbal do usuário; suspender os julgamentos normativos para acolher a pessoa e sua expressão;

repetir frases do usuário e fazer perguntas de forma a promover sua fala; suspender a tendência a dar conselhos e a sobrepor soluções prontas aos problemas apresentados; solicitar *pensar junto* sobre os problemas; promover vínculos com o usuário e entre o usuário e *outros significativos*; promover a corresponsabilização e valorizar as conquistas objetivas e subjetivas do usuário ao longo do acompanhamento (Oliveira *et al.*, 2006; Saraceno *et al.*, 2001).

Como já exposto, a integração de ações de saúde mental na APS é vista como fundamental para a abordagem do sofrimento mental que acompanha qualquer problema de saúde bem como dos transtornos mentais, psicóticos ou não, de variados níveis de gravidade e dos problemas com álcool e outras drogas.

Entretanto, pesquisas que investigaram percepções, crenças e práticas de profissionais de USF quanto aos transtornos mentais identificaram a persistência de uma série de problemas. Crenças sobre as causas dos transtornos evocavam imaginário associado ao “trauma psicológico”, mas também aos estigmas de pobreza e degeneração. Foram averiguados temores dos profissionais quanto a possíveis comportamentos agressivos dos usuários; ausência de registros em prontuários; dificuldades em estabelecer vínculos; permanência de referências *biologizantes* para a compreensão do fenômeno, de comportamentos moralizantes e repressivos e da internação como perspectiva “terapêutica”; ausência de estratégias definidas, de planejamento e de fluxos específicos e recurso à medicação como única possibilidade de tratamento. Notou-se ainda ausência de estratégias para lidar com violência e problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas (Dimenstein, Santos, Brito, Severo & Morais, 2005;

Jucá, Nunes & Barreto, 2009; Lucchese, Oliveira, Conciani & Marcon, 2009; Nunes, Jucá & Valentim, 2007; Silva *et al.*, 2005).

Profissionais pesquisados acreditavam não estar preparados para lidar com os transtornos mentais, percebiam seu treinamento na graduação e as capacitações oferecidas pelos municípios como insuficientes, gerando sentimentos de impotência e frustração (Jucá *et al.*, 2009; Nunes *et al.*, 2007; Souza, Matias, Gomes & Parente, 2007). O apoio matricial pode ser percebido por profissionais de USF como sobrecarga de trabalho. Avaliou-se que a cooperação entre CAPS e rede de APS ainda é precária e que os serviços se apresentam isolados (Bezerra & Dimenstein, 2008; Delfini *et al.*, 2009).

Dificuldades também foram identificadas no que diz respeito à inclusão dos psicólogos na Estratégia Saúde da Família. Afirmou-se que a formação em psicologia e a atuação dos psicólogos continuam marcadas pelo chamado *modelo clínico tradicional*, ou seja, o atendimento individual em consultório, inspirado na prática médica curativista (Costa & Olivo, 2009; Oliveira, Silva & Yamamoto, 2007).

Outros estudos mostraram resultados mais condizentes com as diretrizes. Agentes de saúde pesquisados por Barros, Chagas e Dias (2009) conferiam importância às interações sociais dos usuários para a reabilitação psicossocial. Notou-se que a inserção comunitária desses profissionais facilitava a postura de escuta e o diálogo, instrumentos de trabalho muitas vezes negligenciados pelo *especialista*. Médicos, enfermeiros, auxiliares e agentes pesquisados por Dalla Vecchia e Martins (2009) mostraram ter incorporado importantes princípios da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica. Além disso, sensibilizavam-se com

a percepção de precariedades materiais, sociais e afetivas de seus usuários, o que lhes sugeria a necessidade de propor estratégias de clínica ampliada.

Relatos de intervenção mostraram que a inserção do profissional de psicologia na Saúde da Família pode ir além do modelo tradicional. A variedade de estratégias de intervenção relatada foi grande: acolhimento, oficinas psicossociais, grupos operativos, grupos de psicoterapia, psicoterapia breve, atendimento familiar, educação em saúde na sala de espera, atividades de mobilização comunitária, entre outras. (Cardoso, 2002; Cardoso & Féres-Carneiro, 2008; Gama & Koda, 2008; Soares & Pinto, 2008).

Iniciativas mostraram alternativas produtivas e promissoras. Instrumentos específicos de atenção à saúde mental foram propostos como, por exemplo: o uso constante de “formulário de busca ativa” por agentes de saúde; o diagnóstico ampliado da situação (para além do rótulo psiquiátrico), com identificação dos recursos pessoais, familiares, comunitários disponíveis; a adoção de *atitudes psicoterapêuticas*; o acolhimento sem agendamento, conciliando a escuta com postura ativa do profissional; intervenções para estabilização de crises com implicação do usuário no tratamento; formulação de projetos terapêuticos singulares, envolvendo famílias e o próprio usuário na construção dos projetos; manejo farmacológico de apoio e grupos terapêuticos (Oliveira *et al.*, 2006; Onocko Campos & Gama, 2008; Saraceno *et al.*, 2001; Tenório, 2000).

Entretanto, o quadro geral ainda se mostra incipiente. Há manutenção de visões estereotipadas sobre os transtornos mentais; dificuldades em reconhecer o sofrimento mental e os problemas com álcool e drogas como objeto de atenção; predominância da lógica manicomial; foco em medicamentos e em internações;

ausência de registros, fluxos, estratégias, de treinamento específico dos profissionais, de apoio qualificado às famílias e de integração com os CAPS. Equipes de APS frequentemente trabalham *divididas*, alguns profissionais cuidando da “saúde física” e outros da “saúde mental” (Onocko Campos & Gama, 2008; Souza *et al.*, no prelo; Tanaka & Ribeiro, 2009).

Pode-se supor que, embora a Estratégia Saúde da Família traga inovações em termos de estrutura e processos de trabalho, ela ainda não foi capaz de tocar no centro dos fatores que transformariam a atenção em saúde mental, tais como maior e melhor disponibilidade de profissionais e recursos, delimitação de fluxos próprios, promoção da escuta psicossocial, do acolhimento da alteridade e do trabalho integrado nas equipes e em rede de serviços (Souza *et al.*, no prelo).

1.3.3. PROBLEMAS COM O ÁLCOOL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA BRASILEIRA

A “Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas” afirma que o álcool é problema de saúde pública *maior e mais grave* do que todas as drogas ilícitas juntas. A Política propõe que os serviços de Atenção Primária à Saúde devem desenvolver ações consistentes de prevenção de problemas com o álcool junto aos seus usuários. Devem primar pela inclusão dos usuários com problemas com o álcool em geral, e dos alcoolistas em específico, oferecendo alternativas de atenção integral e intersetorial, orientando-se pela lógica de redução de danos (Brasil, 2004).

A “Política Nacional sobre o Álcool” também pressupõe a organização da prevenção e do tratamento sob a ótica da redução de danos. Propõe o

funcionamento colaborativo de diversos serviços de saúde, acessíveis e *territorializados*. Defende o fortalecimento do treinamento continuado dos profissionais por meio de “programas de formação” e o uso das intervenções breves (Brasil, 2007).

As políticas enfatizam o importante papel da APS em relação à variada gama de problemas com o álcool. Esse papel é condizente com seus objetivos gerais de promoção de qualidade de vida e de transformação de estilos de vida e com suas estratégias gerais de atenção aos múltiplos determinantes da saúde e acompanhamento longitudinal. Recomenda-se a adoção de procedimentos de identificação precoce, intervenção breve e da lógica de redução de danos; cuidado continuado a usuários problemáticos de álcool e outras drogas e cooperação estreita com serviços especializados, principalmente com o CAPS-ad. Verifica-se que essas recomendações são compatíveis com propostas da literatura internacional revisada, indicando conjunto de preocupações de relevância mundial.

Entretanto, a concretização das diretrizes parece distante. Nas últimas décadas, a população cadastrada em USF aumentou significativamente, mas a proporção de registros de casos de “alcoolismo” diminuiu (de 1,4% para 0,8%, muito abaixo da prevalência geral esperada), o que sinaliza a baixa prioridade dada ao tema no contexto das USF (Souza, 2005). Isso pode estar associado à estigmatização do consumo e da dependência de álcool por parte de profissionais de saúde.

Profissionais de Atenção Primária à Saúde pesquisados por Ronzani, Higgins-Biddle e Furtado, (2009) percebiam especialmente dependência de

tabaco, maconha, cocaína e álcool segundo modelo moral. Esse modelo implica rejeição não só dos sintomas, mas da pessoa em si, associada à crença de elevada responsabilidade pessoal do dependente sobre o problema. Comparada a outras condições como esquizofrenia, HIV/AIDS e tabagismo, a dependência do álcool foi vista como mais difícil de ser abordada e tratada. O padrão de estigmatização do uso de substâncias psicoativas encontrado em meio aos profissionais de saúde foi similar àquele relativo à população geral.

Iniciativas recentes foram tomadas para diminuir a estigmatização do alcoolismo e melhorar a Atenção Primária aos problemas com o álcool em níveis local, regional e nacional. Em parceria com a Organização Mundial da Saúde e em consonância com diretrizes mundiais para o tópico, pesquisadores brasileiros elaboraram programas de implantação de estratégias de TIB junto a serviços, gestores e profissionais de APS em algumas cidades, colaborando na construção de políticas públicas.

Profissionais das cidades de São Paulo, Diadema e Curitiba foram treinados para identificação e intervenção breve. Um ensaio clínico demonstrou que usuários problemáticos de álcool que receberam intervenção breve apresentaram redução significativa de consumo de risco, comparados a grupo controle. A apresentação dos resultados a gestores de saúde contribuiu para a adoção de estratégias de TIB como programas oficiais. Pesquisas originadas de universidades brasileiras influenciaram a formulação de políticas públicas para o setor, como, por exemplo, a “Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas” editada em 2004 (Souza-Formigoni, Boerngen-Lacerda & Vianna, 2008).

Um programa de treinamento em estratégias de identificação, intervenção e encaminhamento foi desenvolvido pelo Programa de Atenção Integrada a Problemas com Álcool e outras Drogas, em Ribeirão Preto. Ele é constituído de quatro módulos (16 horas) que abordam, entre outros tópicos, a extensão dos problemas com o álcool para além da dependência, o uso do AUDIT, as diretrizes dos manuais da OMS, os princípios e técnicas de intervenção breve e o aconselhamento específico para situações de encaminhamento a serviço especializado (Furtado, Corradi-Webster & Laprega, 2008).

Aplicado a 14 municípios da região de Ribeirão Preto, o programa resultou em melhora dos conhecimentos e atitudes de profissionais (a maior parte deles agentes de saúde) quanto às estratégias de TIB, bem como aumento do sentimento de estar preparado para abordar problemas com álcool. Foram detectadas a diminuição da moralização do alcoolismo e a diminuição de preconceitos, com correlata apreensão dos problemas com o álcool como problemas de saúde pública (Corradi-Webster *et al.*, 2005; Furtado *et al.*, 2008).

Treinamento de profissionais de APS realizado em cinco cidades de Minas Gerais, sobre triagem, intervenção breve e encaminhamento, mostrou-se eficaz para melhorar uma série de variáveis relativas a essas atividades. Após o treinamento, médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, auxiliares de enfermagem e agentes de saúde mostraram maior conhecimento sobre o *continuum* de problemas relacionados ao álcool e sobre diretrizes para identificação e abordagem. Mostraram ainda maior autoeficácia, menos obstáculos percebidos e maior expectativa de sucesso quanto à TIB. Nos meses que se seguiram ao treinamento, foi realizado número significativo de

procedimentos de TIB, com destaque para a atuação de agentes de saúde. Entretanto, não houve implantação permanente dessas estratégias na rotina dos serviços pesquisados (Ronzani, Amaral, Souza-Formigoni & Babor, 2008).

A incorporação efetiva na rotina permanece um desafio. Profissionais treinados por Amaral, Ronzani e Souza-Formigoni (2010) consideravam importante abordar problemas com o álcool e percebiam as técnicas de TIB como de simples compreensão e aplicação. Valorizaram a implantação colaborativa das estratégias, com discussões prévias e supervisão contínua. Entretanto, avanços cognitivos e atitudinais não foram acompanhados por mudanças de práticas. Apenas cerca de 10% dos profissionais treinados aplicaram estratégias de TIB. Dentre as justificativas, estavam falta de tempo, existência de outras prioridades, desconforto quanto ao assunto, restrição do foco à dependência de álcool (em detrimento do espectro mais amplo de problemas com o álcool), falta de serviços de referência para encaminhamento e instabilidade política na gestão municipal (Amaral *et al.*, 2010).

Observa-se que a produção científica brasileira sobre atuação da APS relativa a problemas relacionados ao álcool está centrada na implantação de estratégias de Triagem e Intervenção Breve em serviços de APS como Unidades de Saúde da Família. Os treinamentos foram dirigidos a profissionais médicos e não-médicos e incluíram profissionais de nível básico ou técnico, como auxiliares de enfermagem e agentes de saúde. Verificou-se que as iniciativas melhoraram conhecimentos, atitudes e autoeficácia dos profissionais, além de outros elementos cognitivo-afetivos, em direção favorável à TIB. Entretanto, essas mudanças não foram necessariamente acompanhadas de mudanças nas

práticas. Não foram registrados casos de implantação sistemática e permanente da TIB na rotina de serviços.

Cabe perguntar se a pesquisa psicossocial em contextos de USF poderia fornecer pistas para a implantação mais efetiva de estratégias de abordagem dos problemas com o álcool. Essa questão é retomada no Capítulo 5.

1.4. ATENÇÃO PRIMÁRIA E SAÚDE DO HOMEM

Como foi visto, pesquisas com diferentes enfoques, histórico, social, cultural e psicossocial, constataram que o alcoolismo foi e é percebido como problema essencialmente masculino. Estudos mostraram que, em todo o mundo, os problemas com o álcool são mais frequentes na população masculina (World Health Organization, 2004). No Brasil, o uso nocivo e a dependência são, em média, quatro vezes mais comuns em homens que em mulheres (Laranjeira, Pinsky, Zaleski & Caetano, 2007).

O estudo de homens sob perspectiva de gênero iniciou-se tardiamente. O interesse pela saúde masculina, construída como objeto de políticas e de pesquisas, é recente e tem despertado cada vez mais atenção (Almeida, Santos, Vasconcellos & Coenga-Oliveira, 2011; Trindade, Menandro, Nascimento, Cortez & Ceotto, 2011b). No Brasil, destaca-se a edição da “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem” no ano de 2008.

Esse texto afirma que os cuidados com a saúde masculina devem se dar em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica. Menciona a importância de considerar a construção social e histórica das masculinidades. Destaca que homens podem apresentar maiores taxas de morbidade e

mortalidade que mulheres, mas procuram significativamente menos os serviços de saúde, especialmente de APS, e cita a maior prevalência de problemas com o álcool em homens (Brasil, 2008).

Segundo o chamado *modelo tradicional de masculinidade*, a representação do homem é totalmente oposta à feminilidade: a atividade, a racionalidade e a força seriam atributos masculinos, enquanto a passividade, a afetividade e a fraqueza seriam características femininas. Esse modelo se traduz em representações e práticas que servem não só para a construção da identidade, mas também para a organização e o funcionamento da sociedade (Trindade *et al.*, 2011b).

Homens que aderem ao modelo tradicional de masculinidade têm maiores níveis de morbidade e mortalidade. Como causas de morte, destacam-se ferimentos não intencionais, homicídio e suicídio. Não procurar os serviços de saúde pode ser visto pelo homem como condição para afirmar sua masculinidade e para evitar a aproximação com características tidas como femininas ou homossexuais (Almeida *et al.*, 2011; Mosse, 1996; Trindade *et al.*, 2011b).

Estudos indicaram que o horário de funcionamento de serviços de Atenção Primária é percebido como incompatível com o *trabalho*, que é objeto de preocupação central para os homens. Mostraram ainda que os serviços são vistos como espaços “femininos” (profissionais e usuários são predominantemente mulheres), o que dificulta a identificação dos homens com esses espaços. Eles buscam ajuda de forma frequentemente tardia (após agravamento do quadro) ou emergencial. Em geral, priorizam a cura, o alívio imediato de sintomas, o que pode levar à procura de informações diretamente em farmácias e a uso de

medicação sem acompanhamento médico (Santos, Almeida, Maravilha & Oliveira, 2011).

Pesquisa realizada junto a oito serviços de Atenção Primária em quatro estados brasileiros analisou crenças de usuários e profissionais quanto à saúde masculina. Verificou que usuários homens tendiam a procurar os serviços tardiamente. Dentre as justificativas, encontraram-se crenças associadas ao modelo de masculinidade hegemônica, como as ideias de que o homem *deve ser forte e suportar sozinho a dor* e de que *cuidar-se e preocupar-se com a prevenção é coisa de mulher*. Usuários citaram a crença de que as mulheres têm tempo para se cuidar, enquanto os homens em geral não podem fazê-lo *porque trabalham*. Homens viam os serviços de Atenção Primária como subequipados. Demandavam tipicamente o atendimento o mais especializado possível, pontual e imediato, restrito aos sintomas agudos. Essa prática, centrada no modelo curativista, negligenciava as diretrizes de promoção de saúde e prevenção (Schraiber et al., 2010).

Essa mesma pesquisa, por meio de observação participante e entrevistas, constatou que as atividades dos serviços de APS investigados eram claramente centradas no paradigma biomédico. Consultas individuais, prescrições de exames, medicamentos e encaminhamentos eram os procedimentos priorizados. Consultas focavam-se essencialmente em queixas “físicas”, com pouco espaço para escuta de determinantes sociais e psicológicos, o que enfraquecia possibilidades de promoção de saúde e de prevenção. Profissionais acreditavam que as demandas dos usuários se restringiam a esses mesmos aspectos curativistas. Acreditavam ainda que usuários homens não se adaptavam bem ao

contexto dos serviços. Verificou-se pouca atenção às questões de gênero e escassez de esforços para construir vínculos com a população masculina (Schraiber et al., 2010).

Investigação realizada em cinco capitais brasileiras sobre representações sociais construídas por homens verificou que a representação de saúde era centrada em ideias de vida e bem-estar. Essa representação foi associada a noções como qualidade de vida, equilíbrio físico, mental e social, bem como à possibilidade de acesso a práticas e a serviços de saúde. A doença foi representada principalmente como mal, mal-estar, dor e sofrimento e associou-se ao desequilíbrio, à incapacidade (especialmente para o trabalho), à necessidade de tratar-se e ao medo da morte. Para definir saúde, os participantes expressaram ideias ligadas à promoção de saúde e à prevenção, como os comportamentos de alimentar-se bem, fazer exercícios físicos, controlar o estresse e procurar o médico (Almeida & Santos, 2011).

Nesse mesmo estudo, avaliou-se que as ideias sobre o “cuidar da saúde” incorporaram fortemente conteúdos prescritivos e normativos estabelecidos por especialistas das ciências da saúde e vulgarizados cotidianamente pela grande mídia. Esses conteúdos constituíram a parte mais saliente do discurso dos homens sobre o tópico. Ideias referentes à promoção de saúde e à prevenção foram mais destacadas que ideias restritas à cura de doenças. Manifestou-se inclusive percepção de risco associado ao consumo de álcool e outras drogas. Houve evidências de que os homens adotaram discurso politicamente correto, normativo e publicitário, com pouca ou nenhuma influência na construção de experiências e práticas (Almeida *et al.*, 2011).

Os dados sugeriram que homens com menor escolaridade expressaram menos ideias ligadas à concepção ampliada de saúde. Esses homens evocavam mais frequentemente práticas curativas e a ideia de *evitar vícios*, para conceber o cuidar da saúde (Almeida *et al.*, 2011).

Ao mesmo tempo, verificou-se que os participantes pareciam associar o cuidado com a saúde à vaidade (característica atribuída “naturalmente” às mulheres). A maioria dos homens investigados (cerca de 80%) expressou a percepção de que *homens em geral não cuidam da saúde*. Destacou-se a evidência de que o discurso normativo dominante nas representações de saúde poderia não se aplicar de fato aos homens. Apontou-se a necessidade de criar, especialmente na APS, estratégias de saúde atentas às representações hegemônicas de masculinidade, de maneira a envolver os usuários em práticas ampliadas de saúde (Santos *et al.*, 2011; Trindade, Menandro, Nascimento, Cortez & Ceotto, 2011a).

Em consonância com os fatores de gênero apontados, notou-se a escassez de mobilização social dos homens para estabelecimento e melhoria de ações de promoção de saúde. A família parecia ser espaço privilegiado para tratar de questões relativas à saúde masculina. Quando doentes, é à família que os homens declararam hegemonicamente recorrer. Sugere-se que envolver os homens nos cuidados com os filhos (higiene, alimentação, etc.) pode ser estratégia para a construção de novas e melhores práticas de autocuidado (Trindade *et al.*, 2011a).

A APS centrada no grupo familiar, a *Saúde da Família*, pode ser instrumento privilegiado de abordagem e transformação de arraigados estereótipos e relações de gênero.

1.5. ENTRE DIRETRIZES E DESAFIOS, AS TRAMAS PSICOSSOCIAIS

Assim se completa a exposição sobre os grandes eixos temáticos que embasam esta tese. Foram abordados processos históricos que produziram a noção de “alcoolismo” bem como perspectivas atuais sobre o tema, tanto no campo das ciências da saúde quanto no campo das ciências humanas e sociais. Em seguida, foram discutidos os temas da Atenção Primária à Saúde e da incorporação de estratégias de saúde mental. Evidenciou-se a importância da APS na abordagem de problemas com o álcool, tanto da dependência quanto de outros padrões de consumo. Verificou-se a convergência entre diretrizes adotadas internacionalmente e aquelas que orientam políticas públicas brasileiras. Desafios e obstáculos comuns foram identificados em âmbito nacional e internacional.

A importância do tópico do alcoolismo pode ser enfatizada de várias formas. Os pesquisadores destacam frequentemente informações relativas à alta prevalência de problemas com álcool e aos custos econômicos e sociais derivados. O álcool é a droga mais utilizada no mundo e seu uso problemático é um dos principais determinantes de doenças, incapacitação e morte. Na América Latina, 16% dos anos de vida útil são perdidos em decorrência do uso de álcool, o que corresponde a quatro vezes a média mundial (Laranjeira *et al.*, 2007).

No que diz respeito aos custos econômicos e sociais do consumo de álcool, pesquisadores enfatizam despesas e danos como internações hospitalares, violência urbana e intrafamiliar, homicídios e tentativas de homicídio, acidentes de trânsito, mortalidade e incapacitação, absenteísmo, baixa produtividade e acidentes no trabalho. Esses eventos são percebidos como *tragédias*, implicando sofrimento psicológico. Em termos econômicos, especula-se que o custo anual total para a sociedade brasileira gire em torno de 7% do Produto Interno Bruto, ou 130 bilhões de reais (Moraes, Campos, Figlie, Laranjeira & Ferraz, 2006).

No Brasil, levantamento específico sobre padrões de consumo de álcool na população brasileira constatou que cerca de um quarto da população (24%) faz uso “frequente e pesado” do álcool, o que coloca em risco sua saúde física, mental e social, e gera impacto relevante aos diversos serviços de saúde. Considerando a população de 18 anos ou mais, verificou-se que 12% dos brasileiros têm algum problema grave com consumo de álcool: cerca de 3% preencheram critérios para uso nocivo e 9% para dependência (Laranjeira *et al.*, 2007).⁵ Aproximadamente um em cada dez brasileiros com 18 anos ou mais pode ser descrito como alcoolista.

Esses dados evidenciam a importância de investigar e analisar representações sociais do alcoolismo e dos alcoolistas. A constatação de grandes custos e danos, relacionados a sofrimento frequente e intenso por parte de pessoas e famílias, contrasta com a permissividade conferida à *droga lícita*, com as conhecidas práticas de tolerância e incentivo associadas à alcoolização. A

⁵ Esses dados foram recolhidos pelo “I Levantamento Nacional Sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira” e são os dados mais atuais disponíveis. Informações sobre o “II Levantamento”, ainda em curso, podem ser obtidas no endereço eletrônico: www.inpad.org.br.

pesquisa sobre as representações sociais relacionadas a esses temas pode fornecer reflexões importantes para as *negociações simbólicas* que sujeitos e sociedades travam com o consumo do álcool. Mais especificamente, verifica-se a relevância de estudar as relações que profissionais da Atenção Primária à Saúde estabelecem com essa problemática, uma vez que eles estão constantemente implicados nela e são vistos como parte da solução.

Como foi visto, estudos nacionais e internacionais mostraram dificuldades dos profissionais de saúde para lidar com o tópico. Isso evoca as questões sobre os fatores que determinam esse fenômeno e sobre as formas de intervir junto a ele: por que é tão escassa a abordagem do alcoolismo ou dos problemas com o álcool nos serviços de Atenção Primária? O que pode ser feito para transformar esse cenário? O estudo de representações sociais construídas pelos profissionais da APS pode contribuir para responder a essas questões e para levantar hipóteses de forma original. A partir da abordagem psicossocial das representações sociais, mais do que verificar se há ou não estigmatização e exclusão, se as diretrizes preconizadas por organismos nacionais e internacionais são ou não seguidas, cabe perguntar sobre as *teorias cotidianas*, os *conhecimentos práticos* que profissionais efetivamente usam para lidar com o alcoolismo e com usuários alcoolistas.

A revisão de literatura efetuada não encontrou qualquer trabalho específico sobre representações e práticas sociais relacionadas ao alcoolismo e aos usuários alcoolistas construídas por profissionais de Unidades de Saúde da Família. Desvendar essas representações sociais pode ter relevância para a formulação de políticas, para a (re)organização dos serviços e para a formação

continuada de profissionais; pode contribuir para formular estratégias de intervenção dirigida aos problemas com o álcool (Triagem e Intervenção Breve e outras) e de dispositivos capazes de promover a melhoria dos níveis de saúde masculina. Essas são algumas justificativas da pesquisa descrita aqui e cujos objetivos serão detalhados mais adiante.

Entre as diretrizes oficiais para a APS e para a atenção aos problemas com o álcool e os diferentes entraves já identificados para a implantação de estratégias de cuidado, quais são as *tramas psicossociais* fabricadas no cotidiano dos serviços? Para além da descrição formal da síndrome de dependência do álcool, como se caracteriza o universo consensual sobre o alcoolismo, o pensamento dos profissionais sobre o fenômeno e suas causas? Como médicos, enfermeiros, dentistas, farmacêuticos, psicólogos, assistentes sociais, educadores físicos, auxiliares e agentes de saúde conversam sobre o tópico? Esse assunto é tratado em reuniões de equipe? Na percepção dos profissionais, ele emerge como desafio a ser enfrentado na prática? Que conhecimentos, crenças, imagens e valores são mobilizados para enxergar e para classificar os usuários alcoolistas? Como os profissionais se relacionam com usuários que apresentam problemas com o álcool e como dirigem a eles seu saber e sua técnica? Para além da constatação do estigma atribuído ao alcoolismo pelos profissionais, como o processo de estigmatização se materializa efetivamente em seu funcionamento sócio-cognitivo, afetivo e comportamental? Que alternativas às representações e práticas hegemônicas são construídas no cotidiano?

1.5.1. A PESQUISA: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A pesquisa adotou o campo teórico da psicologia social. Buscou investigar fenômenos psicossociais, entendidos como *produtos e processos* construídos por pessoas em sua relação com diferentes grupos sociais e com diferentes construtos sócio-culturais. Partiu da concepção de que fenômenos psicossociais são híbridos, intrinsecamente psicológicos e sociais, construídos por sujeitos como conjuntos organizadores de sua atividade intrapsíquica e por sujeitos e grupos como conjuntos organizadores de sua atividade social.

A perspectiva psicossocial adotada enfatizou a construção histórica e contextual desses processos. Buscou fundar-se no *olhar psicossocial*, que não focaliza a relação binária entre sujeito e objeto, mas, considerando certa “terceiridade”, aborda a relação entre sujeito (EGO), outro (ALTER) e Objeto. Dessa forma, privilegia reflexões sobre a inserção histórico-social de sujeitos e grupos e sua relação com diversos “outros” possíveis (Moscovici, 1984/2008).

O estudo se inseriu no que tem sido chamado de *vertente sociológica* da psicologia social. Diferentemente da *vertente psicológica*, que enfoca o comportamento individual em relação à presença real ou presumida do outro, a vertente sociológica enfoca processos comportamentais e cognitivos construídos coletivamente, ancorados em processos culturais e históricos, que contribuem para a definição da realidade objetiva e subjetiva de pessoas e grupos e para a orientação de suas práticas (Ferreira, 2011).

1.5.2. TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A principal referência foi a Teoria das Representações Sociais, doravante TRS (Jodelet, 1985, 1989, 1999; Moscovici, 1961, 2007). A discussão desse referencial pode ser encontrada em numerosos trabalhos teóricos e empíricos. A seguir, serão revisados apenas alguns princípios e conceitos especialmente importantes para esta tese.

A Teoria pressupõe que a realidade (física e social) não é algo já-dado, apreendido com mais ou menos objetividade pela consciência individual. Ao contrário, a realidade é intrinsecamente simbólica, construída por humanos e grupos humanos por meio de processos contínuos de interação e comunicação (Jodelet, 1985, 1999).

Sua *natureza simbólica* não implica considerá-la como menos concreta. É exatamente o mundo concreto, dos instrumentos, das habitações, dos meios de produção e de transporte, dos recursos energéticos, da alimentação, das artes, das instituições como família, escola, igreja, hospital, governo, enfim, é exatamente o mundo concreto das coisas e das pessoas que é intrinsecamente constituído por símbolos. Sua materialidade apreendida pelos sentidos físicos só pode ser integrada e vivida de forma propriamente humana por meio de significados construídos de forma histórica e social. Assim como foi enfatizado por Vygotsky (1984), pressupõe-se que os processos psicológicos intrapessoais são antes, e sempre, interpessoais.

As representações sociais são sistemas de crenças, conhecimentos e imagens, construídos coletivamente, compartilhados, e que funcionam como teorias de senso comum, para orientar condutas. São uma forma de

“conhecimento prático” (Jodelet, 1985, 1999). Com base na TRS, foi possível demonstrar, por exemplo, que “apesar” da disseminação de informações científicas sobre os transtornos mentais, conhecimentos e práticas populares sobre a loucura podem continuar se baseando em concepções leigas do funcionamento de nervos e cérebro e em antigas ideias sobre sujeira, degeneração e contágio (Jodelet, 1989).

Representações sociais orientam a comunicação e a ação sobre os diversos objetos relevantes à vida social. Elas possibilitam o compartilhamento da própria atividade do pensamento, classicamente descrito como *função psicológica*. Sua elaboração e reelaboração são atividades constantes da vida cotidiana. Implicam negociação de sentidos em situações de possível convergência ou confrontação de atores com inserções sociais heterogêneas (Moscovici, 2007).

A TRS supera dicotomias presentes tradicionalmente nas ciências humanas, dentre as quais se destacam os pares sujeito-objeto, indivíduo-sociedade, produto-processo. Como *produtos*, as representações se materializam em diversos instrumentos materiais e simbólicos. Destacam-se por sua estabilidade histórica, que faz com que o mesmo objeto possa ser percebido e explicado de forma semelhante em diferentes épocas e sociedades. Contribuem para organizar a percepção dos objetos no presente com os *olhos* do passado. Como *processos*, podem ser referidas como *ação de representar*. Seu funcionamento como processo remete ao presente, onde podem ser (re)feitas, (re)colocadas em ato. No presente, podem ser mantidas, adaptadas ou transformadas (Jodelet, 1985; Moscovici, 2007; Sá, 1993).

Estudos experimentais vinculados à Teoria do Núcleo Central mostraram que as representações podem ser descritas como estruturas constituídas por sistema central e sistema periférico, o primeiro tributário da consolidação histórica e o segundo, das adaptações do presente (Abric, 1994a).

Cabe dizer que as representações sociais constituem parte da *realidade ela própria*. Elas têm “estatuto misto de percepção e conceito” (Jodelet, 1999, p. 74). Não são instâncias intermediárias entre estímulo e resposta, mas sim instâncias definidoras do próprio estímulo (Moscovici, 2007). São simultaneamente a *coisa* e o *manual consensual* que explica o que é a *coisa* e o que fazer com ela.

Consequentemente, as representações integram dimensões afetivas. Elas evidenciam que os afetos não são experiências unicamente individuais, mas fazem parte da conexão dos sujeitos com a realidade intrinsecamente coletiva. As representações cumprem ao menos três funções afetivas: ao ordenar o universo, controlam a angústia frente ao não-familiar; estabelecem padrões afetivos compartilhados, sentimentos e emoções comuns frente aos objetos (o que inclui o elemento avaliativo das atitudes); fortalecem o sentimento de pertença a grupos, importante componente da identidade social (Arruda, 2009). A afetividade pode ser descrita como forma de conhecimento, como maneira de *se envolver* com o objeto.

Outro aspecto relacionado à afetividade parece igualmente merecedor de destaque. Ele remete à relação do sujeito ou do grupo com suas representações; não com o objeto da representação, como descrito acima, mas com o próprio *ato de representar*. O que se evidencia é que sujeitos e grupos *aderem* às suas *ações*

de representar, às suas visões de si e do mundo. A *adesão* remete a um tipo de afetividade semelhante à fé religiosa, certa paixão pela crença.

Segundo fórmula bem conhecida, as representações têm a função geral de tornar familiar o que pertence ao domínio do não-familiar. Cumprem também funções específicas de orientar e justificar comportamentos dirigidos ao objeto; permitir e facilitar a comunicação no interior do grupo que as produz, pela adoção de quadro de referência comum; provocar ou reforçar processos de construção da identidade. Um grupo social se define, em parte, pelas representações que compartilha sobre certo objeto ou conjunto de objetos (Abric, 1994a; Jodelet, 1999; Moscovici, 2007).

Uma vez que as representações sociais correspondem à realidade vivida por sujeitos e grupos, intrinsecamente polissêmica e inacabada (em constante processo de construção), não é possível apreendê-las em sua “totalidade”. A pesquisa sobre esses fenômenos psicossociais busca reconstituí-los a partir de análises científicas que, mesmo sem a pretensão de exaustividade, podem revelar implicações subjacentes dessas *teorias práticas* e podem ser úteis à compreensão e à transformação da realidade social (Jodelet, 1999).

O *objeto de pesquisa* não é idêntico ao fenômeno. Apresenta-se antes como construção do pesquisador, que circunscreve o fenômeno. A construção do objeto de pesquisa deve verificar se a existência das representações sociais é plausível e se é possível investigá-las com os instrumentos teórico-metodológicos disponíveis. Sua delimitação se completa com a especificação dos procedimentos de pesquisa a serem utilizados. Eles esclarecem quais os aspectos das

representações e de seu contexto de construção e de manutenção serão enfocados (Sá, 1998).

Embora todo conhecimento seja “social” em certa medida, nem todo conhecimento se expressa sob a forma de representações sociais. Dentre os critérios a serem satisfeitos para identificar representações sociais, estão os seguintes:

- Há formação de *atitudes* quanto ao objeto; difusão de *informações* sobre ele em meio ao grupo e campo comum de ideias e imagens (*campo representacional*), por meio do qual as informações são recebidas. Atitude, informação e campo representacional são dimensões das representações sociais (Moscovici, 1961);
- Esse conjunto de crenças, conhecimentos e imagens é construído coletivamente por meio de processos de interação e comunicação; serve para orientar a comunicação e a conduta quanto ao objeto;
- As teorias de senso comum incidem sobre *objetos coletivos* que têm relevância cognitiva, afetiva e pragmática para o grupo, que servem para definir e reforçar identidades sociais (Sá, 1998).

Sujeitos e grupos não recebem passivamente representações, eles são ativos em sua (re)construção. Para isso, recorrem a dois processos sócio-cognitivos (processos cognitivos *compartilhados*, que intervêm nas interações): objetivação e ancoragem. A objetivação implica seleção, organização e naturalização de ideias e imagens capazes de fornecer uma figura concreta para um conceito abstrato, permitindo enxergá-lo no mundo. A ancoragem é o

processo por meio do qual o objeto é classificado, inserido em conjunto pré-existente de significações (Moscovici, 1961, 2007; Sá, 1993). Objetivação e ancoragem funcionam como processos simultaneamente sociais e psicológicos. São processos do *pensamento compartilhado*: imagens e classificações se sedimentam nas interações e por meio delas.

As teorias de senso comum se apropriam dos conhecimentos produzidos e veiculados pelos atores sociais que são considerados legítimos representantes do saber, da *verdade* e das leis. Se, nas sociedades tradicionais, esses atores se ligavam principalmente à religião, no caso das sociedades modernas eles se encontram também no âmbito das instituições científicas, governamentais, jurídicas e midiáticas (Sá, 1993).

Entretanto, as representações não se restringem ao saber especializado. Elas possuem caráter inventivo capaz de recriar teorias especializadas para favorecer a adaptação a contextos concretos. O contraste entre o *ambiente* (de pensamentos e práticas) *puro* e *sobrehumano* da ciência e da lei com o *ambiente impuro* e *humano* dos conhecimentos do cotidiano remete à tradicional contraposição entre sagrado e profano. A Teoria das Representações Sociais reconhece dois sistemas análogos que operam na construção da realidade social: respectivamente universo reificado e universo consensual. Enquanto no primeiro, buscam-se *verdades*, no segundo, buscam-se *sentidos* (Moscovici, 2007).

O universo reificado corresponde aos sistemas de pensamento e de práticas que delimitam aspectos *formais* da realidade, às verdades definidas por instâncias *normatizadoras* como a religião e a ciência. Estabelece hierarquias, indicando representantes legítimos do saber, os únicos considerados aptos a falar

em nome dele (por exemplo, representantes religiosos ou médicos). O sujeito que se expressa no registro do universo reificado age, ou tenta agir, como porta-voz imparcial de conhecimentos aos quais se submete, conhecimentos consagrados por instâncias coletivas, impessoais (Moscovici, 2007; Sá, 1993).

Em contraste, o universo consensual corresponde aos sistemas de pensamento e de práticas que delimitam aspectos *informais* da realidade, aos conhecimentos construídos por pessoas e grupos em sua dinâmica recorrente de interação e comunicação. Trata-se dos sistemas que geram conhecimentos *utilitários*, representações sociais. O sujeito que se expressa no registro do universo consensual age como *erudito amador*, porta-voz de sua própria experiência, veiculando sua visão pessoal em nome de grupos nos quais se insere, integrando de forma mais ou menos precisa elementos do universo reificado (Moscovici, 2007; Sá, 1993).

A lógica que rege as representações sociais não é exclusivamente *formal*, *hipotético-dedutiva*. As representações integram tipos de raciocínio tradicionalmente atribuídos ao pensamento *primitivo* ou *pré-formal* (animismo, realismo, antropomorfismo). A atividade representacional se caracteriza pelo caráter fragmentário e sincrético dos conhecimentos produzidos e pela coexistência, no mesmo grupo ou no mesmo sujeito, de tipos múltiplos e heterogêneos de racionalidade, o que foi chamado de “estado de polifasia cognitiva” (Jovchelovitch, 2008; Moscovici, 1961, 1999).

O tipo de elaboração cognitiva e comunicativa correspondente às representações sociais difere do raciocínio formal. Foram destacadas três características desse tipo de elaboração: o formalismo espontâneo (envolvendo o

uso de clichês, frases feitas); o dualismo causal (atribuição simultânea de causalidade eficiente e causalidade fenomênica – por contiguidade – ou antropomórfica); a coinferência (as inferências do raciocínio são determinadas de antemão pela conclusão, há primazia da conclusão sobre as premissas) (Moscovici, 1961).

O pensamento não se limita ao raciocínio operatório, que pressupõe a conservação das premissas e sua articulação lógica. Raciocina-se também por indícios, por acentuação e por enumeração, envolvendo respectivamente pressuposições não demonstradas, repetição de fórmulas e descrição de temas associados ao objeto. Objetiva-se mais comunicar, afirmar opiniões, certo ponto de vista social e subjetivo, que propriamente demonstrar uma conclusão com base em premissas (Moscovici, 1961).

Dois princípios gerais caracterizam a elaboração das representações sociais. Por um lado, a *analogia* produz várias imagens, que são associadas ao objeto por meio de metáforas, implicando generalização e economia de informação. Por outro, a *compensação* assegura a convivência de argumentos contraditórios. O sincretismo das representações não as desqualifica como formações cognitivas. Ao contrário, confere-lhes poder de constituição da realidade e de adaptação à realidade (Moscovici, 1961).

Representações e práticas sociais estabelecem relações de determinação recíproca. Práticas sociais são definidas como “sistemas de ação socialmente estruturados e instituídos em relação com papéis” (Jodelet & Moscovici, 1990, citados em Abric, 1994b, p. 217). As representações contribuem para delimitar a realidade e fornecem, portanto, o próprio meio onde as práticas acontecem.

Representações sociais, como sistemas cognitivo-afetivos, orientam e justificam práticas. Sua força prescritiva pode variar, determinando comportamentos percebidos como incontornáveis ou permitindo maior autonomia de ação por parte dos sujeitos (Abric, 1994b).

Práticas sociais são elementos de manutenção ou de transformação de representações sociais. Práticas podem *atualizar* representações, ou seja, colocá-las em ato, fazer viver no presente a força prescritiva do passado e das ideias coletivas. Podem também transformar representações. Práticas novas, percebidas pelos membros do grupo como irreversivelmente constituintes de sua realidade, engendram a recriação ou transformação de representações, o que pode acontecer de forma “progressiva, resistente ou brutal” (Abric, 1994b; Flament, 1994).

A coerção exercida pelas representações sobre as práticas é *variável*. Elas não determinam os comportamentos eles mesmos, mas sim as condições em que os comportamentos devem acontecer. A influência das práticas sobre as representações é diferente: elas levam à reafirmação, reajuste ou transformação das representações (Rouquette, 1998).

Por fim, cabe reconhecer que a realidade social é *povoada* por diversas representações sociais, construídas por diferentes coletividades sobre diferentes objetos. É razoável supor que representações constituam sistemas e que esses sistemas estão em constante transformação seguindo o dinamismo da realidade social. Em cada situação ou vivência, não é apenas *uma* representação social que orienta *uma* prática, mas sim *sistemas de representações* que orientam *sistemas de práticas*. A ênfase na *construção da prática social como objeto de*

estudo pode ser especialmente importante para o desenvolvimento da TRS e da psicologia social, bem como para o aproveitamento desses campos de conhecimento na intervenção psicossocial (Almeida, Santos & Trindade, 2000).

1.5.3. ANCORAGEM DE CONCEITOS

Foram descritos conceitos importantes para a interpretação da realidade investigada, dentre eles, representações sociais, práticas sociais, objetivação, ancoragem, universos reificado e consensual, polifasia cognitiva. Além de fornecer esses conceitos, a TRS constitui quadro geral e integrador para interpretação de diferentes fenômenos psicossociais (Jodelet, 1999).

Ancorados a esse quadro geral fornecido pela Teoria, a pesquisa recorreu a conceitos e considerações teóricas de outros campos da psicologia social: atitude, identidade social, estigma e atribuição de causalidade. O conceito de gênero, também referido, embasa múltiplas vertentes de teorias e pesquisas e pode ser aproveitado pela psicologia social. A pesquisa não pretendeu explorar em profundidade cada um desses campos, mas aproveitar parte de seu potencial explicativo para compreender os objetos estudados. Para isso, foram pressupostas definições e considerações operacionais descritas a seguir.

Atitude é definida como predisposição avaliativa (positiva ou negativa) quanto ao objeto, associada a conteúdos afetivos e cognitivos, bem como a predisposições comportamentais (Neiva & Mauro, 2011). Como foi dito, a atitude é considerada uma das três dimensões da representação social. A ancoragem desse conceito à TRS propõe considerar os aspectos coletivos e simbólicos da construção das atitudes.

Gênero corresponde às formas socialmente construídas de representar os sexos, feminino e masculino, de transformar, sócio-culturalmente, machos e fêmeas em homens e mulheres. Significados relacionados a gênero são ativamente apropriados pelos sujeitos, no curso de seu desenvolvimento, influenciando todos os aspectos de sua experiência subjetiva e social. Características e diferenças de gênero podem ser explicadas por abordagem interacionista, que considere determinações simultâneas e complexas de fatores biológicos e culturais (Burr, 2002).

O tema da identidade social remete às situações em que a interação entre pessoas é determinada mais ou menos fortemente por seu pertencimento a categorias sociais, em que ela é mais ou menos próxima ao “polo interpessoal” ou ao “polo intergrupar”. Em situações fortemente próximas ao polo intergrupar, ou seja, em que as pessoas agem e interagem principalmente com base em sua afiliação grupal, há tendência à despersonalização e desumanização do outro, à uniformização do comportamento dirigido ao exogrupo e à indiferenciação das pessoas pertencentes a ele (Tajfel, 1983).

Identidade social é definida como “parte do autoconceito” referente ao pertencimento a grupos sociais, pertencimento que envolve aspectos cognitivos, avaliativos e afetivos. A pessoa *se sabe* e *se sente* integrante de determinados grupos sobre os quais formula juízos de valor, com consequências para a produção de representações sobre si, sobre o outro e para a ordenação dos comportamentos. A construção da identidade social depende da categorização social, da divisão da realidade em endogrupos e exogrupos, da elaboração de crenças sobre esses grupos e sua comparação. Nessa comparação, os sujeitos

tendem a adotar raciocínios que permitam criar ou manter avaliação positiva do endogrupo (Tajfel, 1983).

O estigma é uma marca. Pode ser definido como atributo pessoal ou grupal profundamente *desacreditado* ou *desacreditável*, associado a valores negativos, implicando forte reprovação social. O estigma pressupõe relação entre atributo e estereótipo (sistema de crenças naturalizadas sobre os indivíduos). A estigmatização é um tipo de relação social no qual o atributo reprovado (por exemplo, uma deformidade física, uma doença mental) dirige fortemente as interações, representações e práticas. Nessa relação, a pessoa como um todo, o conjunto de suas características, qualidades positivas e negativas, tende a ser negligenciada em favor do papel central desempenhado pelo estigma. Em outras palavras, o traço reprovado define a pessoa, frequentemente percebida como *de menor valor* ou como *menos humana*. O estigma estimula o medo de contágio biológico ou “simbólico” (Goffman, 1963/1986).

A estigmatização é composta por múltiplos elementos: traços pessoais ou grupais são identificados, rotulados e relacionados a estereótipos negativos; estigmatizadores operam separações identitárias entre “nós e eles”; pessoas ou grupos estigmatizados são discriminados, levando-os a diversos tipos de desvantagens sociais. Esses processos ocorrem em situações em que estigmatizadores exercem instrumentos institucionalizados de poder (Link & Phelan, 2001).

Julgamentos sociais negativos podem estar relacionados a *teorias ingênuas* sobre atribuições causais, teorias que são constantemente construídas na vida cotidiana. Julgamentos sociais podem funcionar por meio de modelo

“pecado ou doença”, baseado em percepções de *possibilidade de controle* e de *responsabilidade pessoal*. Em geral, a percepção de causas julgadas não-controláveis e de pessoas julgadas como não-responsáveis por suas ações indesejadas ou por sua condição engendra empatia e comportamentos de ajuda. Inversamente, a percepção de causas julgadas como controláveis e de pessoas julgadas responsáveis por suas ações indesejadas ou por sua condição favorece a raiva, a distância social, a punição e os comportamentos agressivos (Weiner, 1993).

Diferentes correntes teóricas abordaram percepções, conhecimentos, opiniões, crenças e atitudes como fenômenos individuais. Dizer que são elementos de representações sociais indica certa apreensão teórica e certa direção de análise. Significa pressupor que são construídos coletivamente, que são compartilhados, que servem para orientar a comunicação e a ação, que são produzidos em relação a determinados contextos e a processos identitários. A pesquisa sobre representações sociais considera conteúdo, forma, origem, funções e consequências de crenças e conhecimentos sobre certo objeto. Busca compreender o que se sabe, sobre o que se sabe, quem sabe, em qual contexto o saber é produzido, como se sabe e quais os efeitos desse saber (Jodelet, 1999).

Diferentes modelos em psicologia da saúde focaram o indivíduo, suas estratégias de *coping*, seus processos motivacionais, recursos cognitivos e estratégias de solução de problemas, considerando os “fatores sociais” como influências externas. Uma abordagem diferente e complementar foi desenvolvida pela psicologia social da saúde, na qual o “social” não é meramente determinante externo a ser manipulado e corrigido, mas também um sistema de significados

que permite a construção da doença e das práticas de saúde como objetos sócio-cognitivo-afetivos. Com base na TRS, essa abordagem pretende entender sentidos atribuídos aos objetos em níveis individuais e culturais e os sistemas de crenças onde percepções e práticas ancoram (Apostolidis, 2006; Morin & Apostolidis, 2002).

Essa abordagem é particularmente focada nas distâncias entre a informação técnica e os princípios e crenças aos quais usuários e profissionais aderem. Privilegia a compreensão das relações entre profissionais e usuários. Enfatiza que profissionais constroem representações dos usuários com base em determinantes sócio-culturais que podem ser muito diferentes do conhecimento técnico-científico proposto pelas ciências biomédicas. A saúde não é representada de forma apenas técnica, mas também normativa. A percepção sobre o que é saudável se aproxima frequentemente do que é prescrito historicamente para ser “um bom homem” ou “uma boa mulher”. Nas representações e nas crenças, existem correspondências entre, por um lado, a saúde, o correto, o belo e o bem e, por outro, a doença, o incorreto, o feio e o mal (Apostolidis, 2006; Morin & Apostolidis, 2002).

1.5.4. OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS

A pesquisa teve o objetivo geral de investigar e analisar representações e práticas sociais construídas por profissionais de saúde, trabalhadores de Unidades de Saúde da Família, sobre o alcoolismo e os usuários alcoolistas. Foram enfocados especialmente profissionais de nível superior. Esse objetivo geral foi desdobrado nos seguintes objetivos específicos:

- Analisar conteúdos e dimensões das representações sociais dos objetos-alvo, suas principais formas de expressão, suas funções, seus respectivos processos de objetivação (núcleos figurativos) e ancoragem (classificação), relacionando essas características e processos aos contextos de produção das representações;
- Identificar características do sistema de representações e de práticas sociais em que se inserem os objetos-alvo;
- Identificar práticas sociais que caracterizam o cotidiano de Unidades de Saúde da Família. Identificar e analisar práticas sociais dirigidas aos objetos-alvo e suas articulações com as representações sociais;
- Identificar e analisar possíveis diferenças na construção das representações segundo gênero e profissão dos participantes (homens *versus* mulheres, médicos *versus* não-médicos);
- Identificar e analisar possíveis diferenças na construção das representações sobre alcoolismo masculino e alcoolismo feminino;
- Sugerir princípios e procedimentos para possível transformação das representações e práticas sociais investigadas.

A delimitação de objetivos específicos é particularmente importante para pesquisa sobre representações sociais, uma vez que esses fenômenos podem ser investigados sob diferentes aspectos. O objetivo geral indica mais a adesão ao quadro teórico e à direção de análise proposta pela TRS do que efetivamente os dados que serão considerados e os procedimentos para reuni-los (Sá, 1998).

Tendo em vista a importância cultural do consumo de álcool, a alta prevalência da síndrome de dependência e o fato de que o trabalho cotidiano dos profissionais das Unidades de Saúde da Família implica proximidade da população, cuidado longitudinal e contato com os mais variados aspectos da vida dos usuários, foi pressuposto que os objetos-alvo (alcoolismo, usuários alcoolistas) eram objetos coletivos com importantes implicações para as conversações e demais práticas do grupo investigado. Essas indicações, presentes na literatura científica da área, foram relevantes para, previamente à coleta de dados, delimitar o objeto de pesquisa (Sá, 1998).

O grupo investigado pode ser caracterizado como “orgânico” (em contraposição a “taxionômico”), uma vez que os profissionais partilhavam vivências de forma recorrente e definiam reciprocamente papéis e funções. Como será visto, a pesquisa verificou que as condições típicas para a produção de representações (Moscovici, 1961; Sá, 1998) estavam presentes: “dispersão de informações”, provenientes de fontes variadas e desiguais (formação acadêmica, meios de comunicação de massa, experiências pessoais); “pressão para inferência” (presença cotidiana dos objetos-alvo, necessidade de fornecer respostas, contexto atribulado da APS) e “focalização” (saliência de determinados aspectos dos objetos-alvo relacionada à atuação profissional dos participantes e ao contexto das USF).

As opções metodológicas decorreram dos objetivos específicos. O estudo se baseou em três procedimentos de coleta de dados e em diferentes procedimentos de análise, como se segue:

1. **Observação participante:** realizada em uma Unidade de Saúde da Família, com total de 84 profissionais, durante cerca de oito meses. Buscou coletar dados sobre representações e práticas sociais relacionadas aos objetos-alvo (alcoolismo, usuários alcoolistas) e sobre objetos associados (usuários em geral, bairros atendidos, serviços de saúde, saúde mental). Preocupou-se especialmente com a gênese coletiva de representações e práticas sociais no âmbito de grupo específico de profissionais. O tratamento dos dados partiu de categorias apreendidas de forma indutiva no contexto (principalmente relações entre espaços e práticas) para constituição de relato de tipo etnográfico (Olivier de Sardan, 2008), com auxílio de análise de conteúdo temática (Bardin, 1977; Pope, Ziebland & Mays, 2005). Sob ponto de vista amplo, a Unidade, seus atores (profissionais, usuários) e seu contexto (território) podem ser considerados *o participante* do procedimento de observação. Para definir o número de profissionais que integrou a pesquisa, todos aqueles da USF observada serão considerados *participantes*.
2. **Entrevistas semiestruturadas:** realizadas junto a 40 profissionais de saúde, que trabalhavam em 11 diferentes Unidades de Saúde da Família. Enfocaram conhecimentos, crenças e imagens construídas pelos participantes sobre os objetos-alvo. Possibilitaram analisar alguns aspectos da construção das representações segundo as variáveis gênero e profissão (médicos *versus* não-médicos). Os dados foram tratados com análise de conteúdo temática (Bardin, 1977; Pope *et al.*, 2005) e com o programa

ALCESTE, *Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte* (Camargo, 2005; Lima, 2008; Reinert, 2000).

3. **Questionários estruturados:** aplicados a 120 profissionais de saúde, que trabalhavam em 16 diferentes Unidades de Saúde da Família. Buscaram investigar certas dimensões de percepção relacionadas aos objetos-alvo. Permitiram analisar algumas diferenças quanto às percepções do alcoolismo masculino e feminino. O questionário foi formulado com escalas de tipo Likert com cinco níveis. Os dados foram tratados com auxílio do programa SPSS, por meio de análises de variância (MANOVA, ANOVA).

Seguindo as normas do Conselho Nacional de Saúde (CNS 196/96), a proposta de pesquisa foi inicialmente analisada e aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos de Universidade Federal (número de folha de rosto do Comitê de Ética Nacional FR-263177). Profissionais entrevistados e que responderam ao questionário assinaram Termo de Consentimento que consta no Anexo A. O diretor da Unidade observada também assinou o Termo e comprometeu-se a transmitir as informações ao conjunto de profissionais da Unidade. As 40 entrevistas foram realizadas após assinatura do Termo e após aplicação do questionário (esses 40 profissionais contam dentre os 120 participantes do terceiro procedimento).

Observação participante, entrevistas semiestruturadas e questionários foram aplicados respectivamente em uma, onze e dezesseis Unidades de Saúde da Família de um mesmo município, localizadas em bairros urbanos de classe popular. A observação contou com 84 profissionais. Alguns deles também

estiveram entre os 120 participantes dos outros procedimentos. Descontando a interseção entre esses grupos, a pesquisa contou, no total, com 193 participantes.

Todas as 16 Unidades de Saúde da Família envolvidas nos procedimentos de coleta de dados pertenciam a um mesmo município do sudeste brasileiro, com cerca de 330 mil habitantes e formação essencialmente urbana. As Unidades se localizavam em diferentes bairros de classe popular. Unidades localizadas em bairros cuja população era caracteristicamente de classe média não foram incluídas. A aplicação dos procedimentos de coleta de dados seguiu o cronograma descrito no Quadro 1. Dois meses iniciais de observação participante e uma entrevista-teste serviram para elaboração do roteiro de entrevista semiestruturada e do questionário estruturado.

Quadro 1. Cronograma de aplicação das estratégias de coleta de dados

	Set 2009	Out 2009	Nov 2009	Dez 2009	Jan 2010	Fev 2010	Mar 2010	Abr 2010	Mai 2010
OP	X	X	X	X	X	X	X	X	X
ET		X							
ESE			X	X	X	X	X	X	X
QU			X	X	X	X	X	X	X

Legenda: OP = Observação participante; ET = Entrevista-teste; ESE = Entrevistas semiestruturadas; QU = Questionários.

A entrevista-teste foi realizada com uma enfermeira, a partir de roteiro preliminar, e também envolveu a aplicação de uma versão piloto do questionário. Revelou temas que, juntamente com conhecimentos angariados a partir da revisão de literatura da área, foram importantes para a formulação das versões finais do roteiro de entrevista semiestruturada e do questionário.

A observação participante apresenta possibilidades que não são plenamente contempladas por outros procedimentos, como indica, a seguir, a citação de Jodelet (1989):

“Lembremos algumas críticas formuladas a propósito, sobretudo, da pesquisa por questionário ou entrevista: imposição à população interrogada da problemática, das pré-concepções e das categorias do pesquisador; hipótese da transparência dos discursos; fechamento do discurso isolado de seu contexto de produção e sem relação com as práticas; respostas dadas para agradar ou vistas como socialmente desejáveis ou ainda racionalizações em relação a posições efetivamente adotadas; caráter intuicionista das interpretações; leitura do sentido de tipo hermenêutico sem domínio dos mecanismos de emergência das significações, etc. Para evitar esses obstáculos, era necessário recolocar as representações em seu contexto de emergência e de funcionamento” (p. 43).

“Recolocar as representações em seu contexto” parece valer não só para o fenômeno empírico, mas também para a própria apreensão teórica do fenômeno, dada a importância de considerar a produção coletiva dos saberes e sua função de orientar práticas também coletivas. No que diz respeito aos demais procedimentos, entrevistas e questionários, apenas profissionais de nível superior foram convidados a participar, escolha que é justificada a seguir:

- Os papéis de liderança, direção da Unidade, coordenação das equipes de Saúde da Família, da farmácia, etc., eram (e são) formalmente atribuídos a

esses profissionais, eles recebiam os maiores salários, eram representantes das categorias profissionais mais tradicionais e valorizadas socialmente, sua formação implicava percebê-los como legítimos representantes do saber técnico-científico em saúde. Por esses motivos, pode-se dizer que eram os principais operadores do campo investigado;

- Havia o interesse de verificar como esses legítimos representantes do *universo reificado* produziam representações no *universo consensual*;
- Pressupôs-se homogeneidade desse grupo quanto ao pertencimento às classes médias (pressuposição apoiada, posteriormente, por autodeclarações). Havia o interesse de analisar percepções desse grupo quanto aos usuários de classe popular;
- Por fim, respeitou-se também o critério de exequibilidade, de aplicação dos procedimentos de coleta de dados nos prazos previstos.

A divisão analítica entre médicos e não-médicos foi escolhida por ser especialmente importante para o contexto analisado. Estudos referidos acima demonstraram (assim como dados da própria pesquisa) que serviços e demanda em Atenção Primária à Saúde continuam a se organizar principalmente de forma médico-centrada, apesar dos reiterados argumentos a favor de abordagens interdisciplinares horizontais e a favor do paradigma de promoção de saúde e transformação de estilos de vida. Havia o interesse em verificar se os discursos produzidos sobre o alcoolismo seriam de alguma forma diferentes entre médicos e não-médicos e se essas diferenças poderiam ser compreendidas levando em

conta o dito centramento do campo da saúde na medicina e nos atendimentos individuais em consultórios.

Nos Capítulos 2, 3 e 4, encontram-se descrições detalhadas dos procedimentos de coleta e de análise de dados, bem como caracterização dos participantes de cada procedimento. Esses capítulos são dedicados respectivamente à observação participante, às entrevistas semiestruturadas e aos questionários. O Capítulo 5 realiza síntese dos resultados e análises, discutindo algumas de suas implicações para o contexto pesquisado.

A delimitação dos objetivos, geral e específicos, conduziu à escolha de procedimentos que permitissem fornecer respostas às questões de pesquisa e indicações para novas questões. Os procedimentos foram plurais, o que envolveu formas heterogêneas de *produzir o fenômeno*. A articulação dessas formas pode ser chamada de *triangulação metodológica*. Dentre suas funções estão: aumentar a validade do estudo, aumentar a confiança em seus achados, gerar conhecimentos novos a partir da integração de informações sobre fenômenos ontologicamente complexos, reduzir riscos de sub ou superinterpretação, favorecer generalizações (Apostolidis, 2006; Moran-Ellis *et al.*, 2006).

A pesquisa se caracterizou pela adoção de abordagem psicossocial e delineamento exploratório. Buscou *explorar*, descrever e compreender as variáveis envolvidas e suas relações, aliando procedimentos de coleta e de análise de dados *qualitativos* e *quantitativos*.

Como já dito, a realização do estudo foi apoiada por justificativas temáticas: a escassez de estudos sobre representações sociais construídas por profissionais de Saúde da Família sobre os objetos-alvo; a importância da atuação desses

profissionais junto aos problemas com o álcool; a atenção crescente dirigida à Saúde do Homem, tradicionalmente negligenciada. Além desses pontos, evidenciaram-se justificativas teóricas e metodológicas.

Foi notada a escassez de pesquisas sobre representações sociais apoiadas em procedimentos de observação, que abordassem diretamente práticas sociais (Trindade, 1998). Tal empreendimento poderia permitir análises de articulações entre construtos sócio-históricos e vivências subjetivas e intersubjetivas. Avanços teóricos poderiam ser obtidos para compreensão das relações entre representações e práticas sociais e para a formulação de intervenções psicossociais. A combinação de diferentes tipos de informação e de procedimentos de análise serve como ilustração de potencialidades e limites da triangulação metodológica.

Por fim, cabe destacar a justificativa correspondente ao último objetivo específico descrito: sugerir princípios e estratégias para possível transformação das representações e práticas sociais investigadas. A atividade científica tem a característica geral de “tornar não-familiar o que é familiar” (Moscovici, 2007). Pode produzir conhecimentos novos, inacessíveis na experiência *imediate*. Contribui assim para a desnaturalização do cotidiano, para a construção de reflexões sobre a realidade e para seu rearranjo.

A pesquisa não buscou *a verdade* sobre os fenômenos investigados, mas também não se contentou com o ensaísmo subjetivista. Procurou apoiar-se firmemente nos achados empíricos considerando seu caráter processual. A busca pelo rigor confere à pesquisa social mais chances de levantar questões e reflexões relevantes à realidade social e à sua transformação.

CAPÍTULO 2

FIGURAS DO ALCOOLISMO

EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA⁶

2.1. UMA VIVÊNCIA COMO MÉTODO

Este capítulo é dedicado ao relato e à análise da observação participante. A observação participante é definida como procedimento de pesquisa caracterizado pela presença constante do observador no contexto pesquisado, com sua inserção no grupo estudado, criação de vínculos e partilha do cotidiano. O pesquisador deve ter sensibilidade aos valores e crenças construídos pelos participantes e adotar, simultaneamente, postura ativa na busca por dados interessantes. Ao longo da observação, confrontam-se permanentemente teorias assumidas, hipóteses explicativas e fatos colhidos no campo (Jodelet, 1989; Olivier de Sardan, 2008).

A realização de uma observação participante pode implicar diferentes graus de envolvimento do pesquisador. Neste estudo, o pesquisador não se transformou em mais um dos integrantes do grupo social estudado, atuando apenas como observador. Observou as práticas de profissionais e usuários, especialmente no interior de uma Unidade de Saúde da Família. Buscou informações junto aos participantes por meio de conversas informais e registrou sistematicamente os dados colhidos.

Inicialmente, impôs-se a tarefa de escolher a USF a ser observada e justificar essa escolha. Para isso, foi conveniente e necessário consultar

⁶ Parte dos resultados deste Capítulo foi publicada em Souza, Menandro e Menandro (2012).

profissionais que atuavam como referências técnicas na Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS). Interessava, desde o início, estabelecer relações colaborativas com a Secretaria, tendo em vista o potencial de contribuição da pesquisa social e de seus produtos para a análise e para a transformação dos sistemas de saúde, dos serviços e de seu cotidiano. Além disso, havia necessidade de informações que caracterizassem o conjunto das USF e que pudessem embasar a escolha.

A *Unidade dos Quatro Cantos* foi escolhida. Esse nome é fictício, assim como todos os nomes de profissionais e de usuários citados neste relato. Ele faz referência aos quatro principais bairros, localizados em morros, que compunham o território da USF. Os motivos da escolha dessa Unidade foram os seguintes:

- a) Era uma das maiores do município, composta por seis Equipes de Saúde da Família, atendendo a população de aproximadamente 14 mil habitantes. O maior número de profissionais e de usuários tenderia a garantir maior riqueza e diversidade de interações observadas;
- b) Localizada em região empobrecida da cidade, atendia às classes populares. Havia poucos consumidores de planos de saúde privados no território. Segundo dado do Sistema de Informações da Atenção Básica, citado pela sanitarista da Unidade, apenas 3% dos usuários cadastrados na USF possuíam *plano de saúde* privado (bem menor que o índice nacional de 25% mencionado por Bahia, 2005). O foco em um serviço público de saúde teve como objetivo contribuir para a análise e para a melhoria desse tipo de serviço, do qual depende a maioria da população brasileira;

c) As referências técnicas da SEMUS informaram que a Unidade era “representativa” do conjunto de Unidades do município que atendia a bairros de classe popular, ou seja, apresentava funcionamento e indicadores de resultados próximos às médias municipais. Segundo a opinião desses técnicos, o diretor da Unidade e sua equipe (diferentemente de diretores e equipes de outras Unidades) tenderiam a não dificultar a realização da observação participante.

Mediante autorização do diretor da Unidade, a observação teve início em 28 de setembro de 2009 e terminou em 04 de maio de 2010. O período foi de 31 semanas, ou seja, aproximadamente oito meses. Foram realizadas 40 visitas à USF, que serão chamadas de *sessões de observação*. Contaram-se 18 sessões em 2009 e 22 em 2010. Cada sessão de observação teve duração estimada de, em média, duas horas e meia. Portanto, estima-se que foram realizadas, ao todo, cerca de 100 horas de observação. As informações foram registradas em caderno de campo (papel e caneta).

Nas primeiras semanas de observação, o pesquisador se apresentou aos profissionais e se familiarizou com os espaços da Unidade. Ele esteve sensível ao fato de que sua presença, registrando sistematicamente falas e comportamentos, poderia ser sentida em algum grau como desconfortável e ameaçadora. Procurou lidar com a possível existência desses afetos, verbalizando ao máximo as informações e garantias expressas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A). No início da interação com cada profissional e sempre que necessário, buscou renovar o pedido de permissão para compartilhar as

experiências cotidianas e registrar o que se passava. Em momento algum o pesquisador foi impedido de realizar as observações. A equipe da Unidade apresentou, em geral, postura colaborativa e aberta quanto à pesquisa.

Foram utilizadas três modalidades principais de produção de dados de campo: 1) inserção no cotidiano da Unidade em seus diversos espaços; 2) observação das interações entre profissionais e entre eles e os usuários, com registro das interações e das falas; 3) realização de entrevistas de tipo etnográfico (conversas informais e contextualizadas), com profissionais e usuários. O pesquisador utilizou estratégias para aproximar as entrevistas das formas comuns de conversação cotidiana, atentando para dimensões importantes da interação, como adaptação contínua ao interlocutor, improvisação e empatia. Os participantes foram considerados consultores sobre sua realidade social e, ao mesmo tempo, testemunhas de sua própria experiência (Olivier de Sardan, 2008).

O Termo de Consentimento (Anexo A) foi assinado pelo diretor da Unidade, que se comprometeu a informar seu teor a todos os demais profissionais. Toda a equipe, ao longo da observação, teve amplas oportunidades de esclarecer qualquer dúvida junto ao próprio pesquisador. Sempre que questionado sobre seu objetivo, o pesquisador respondia resumidamente que estava ali para *conhecer o funcionamento da Unidade*, acrescentando as demais informações solicitadas pelo interlocutor. Essa resposta, que traduz *objetivo de fundo* da pesquisa, sempre foi considerada suficiente pelos participantes e apresentava a vantagem de não levar os profissionais a focarem-se *artificialmente* no assunto do alcoolismo.

O pesquisador esteve especialmente atento aos profissionais de nível superior, principais participantes da pesquisa. Assumiu sua presença no contexto da Unidade, não buscando escondê-la. Ao mesmo tempo, preocupou-se em *não atrapalhar*, ou seja, não intervir ostensivamente nos contextos e vivências estudadas, permanecendo como observador com a maior discrição possível. Foram registradas referências espaciais e temporais importantes do campo (divisões em salas, horários específicos, etc.) e a distribuição das pessoas nessas dimensões de espaço e tempo (lugares ocupados por profissionais ao redor de uma mesa, fluxo de usuários segundo turnos de atendimento, etc.). Buscou-se diversificar ao máximo os interlocutores e utilizar frequentemente a atenção difusa, para registrar eventos em seus vários detalhes simultâneos.

Três estratégias foram utilizadas para obter a maior variedade possível de observações: 1) as sessões de observação foram feitas em dias e horários variados, ou seja, alternaram-se dias da semana e horários matutinos e vespertinos; 2) o pesquisador, em geral, não programava de antemão quais eventos (reuniões, atendimentos de grupo, etc.) seriam observados. Essa decisão era, via de regra, tomada *in loco*, a partir da realidade que se apresentava na Unidade a cada dia; 3) buscou-se observar as práticas que se desenrolavam em espaços variados: entrada, corredores, cozinha, recepção, farmácia, auditório, etc.

Observações de atendimentos individuais em consultórios também foram realizadas, com as dentistas e com outra profissional de nível superior. No entanto, essas observações foram exceções. No caso das dentistas, registraram-se atendimentos individuais, mas uma única sala era compartilhada por três

dentistas, várias auxiliares, vários usuários e acompanhantes que podiam ver e ouvir o que se passava em cada atendimento. No caso da outra profissional (também não-médica), tratou-se de duas ocasiões em que ela própria solicitou a presença do pesquisador no consultório, com o objetivo de obter um *feedback* sobre seus atendimentos, três ao todo. Nesses casos, uma autorização especial foi pedida aos usuários observados.

Ressalta-se, portanto, um limite do procedimento: o pesquisador não solicitou observar atendimentos individuais feitos por médicos, enfermeiros, assistente social e psicóloga, apesar de constituírem práticas centrais do funcionamento da USF. Dois foram os principais motivos: esses atendimentos são geralmente tratados pelas corporações profissionais, pelos profissionais eles próprios e pelos usuários como invioláveis; a presença do pesquisador alteraria além do admissível o fenômeno observado e poderia acarretar danos à relação dos usuários com a Unidade e ao cuidado em saúde. Alternativas metodológicas, como gravação de consultas em áudio (utilizada, por exemplo, por McCormick *et al.*, 2006) ou em vídeo, podem ser aproveitadas em outras pesquisas.

Outro limite importante foi a circunscrição da observação ao interior da Unidade de Saúde (com exceção de apenas uma sessão de observação). Não foram observados os trabalhos de campo e as visitas domiciliares realizados principalmente por agentes comunitárias de saúde e também por outros profissionais. Tendo em vista a importância das visitas domiciliares e da atuação das agentes para a Estratégia Saúde da Família (Brasil, 1998; Giovanella & Mendonça, 2008), procurou-se registrar seus desdobramentos nas práticas

observadas dentro da Unidade. Esse limite visou a garantir a exequibilidade da pesquisa e foi decorrência do foco nos profissionais de nível superior.

Com essas ressalvas, pode-se afirmar que a investigação realizada refletiu razoavelmente bem o cotidiano no interior de uma Unidade de Saúde da Família, pois abarcou a maior diversidade possível de vivências e de espaços dentre aqueles que estavam abertos à observação.

Os registros foram feitos em caderno de campo. Em parte, foram realizados no mesmo momento em que se observavam as respectivas interações. Não raro, falas de profissionais e usuários foram transcritas de forma literal. Outros casos demandaram a *presença integral do pesquisador*, impossibilitando utilização concomitante do caderno de campo. Nesses casos, o registro foi feito imediatamente após os eventos.

O procedimento durou cerca de oito meses. Uma permanência mais longa no campo poderia ter revelado novas vivências e enriquecido o corpo de dados. A decisão pelo fim da observação se deu por razões pragmáticas e de saturação. Primeiro, é preciso considerar que o procedimento foi aplicado no quadro de um curso de doutorado, com limites de tempo intrínsecos. Segundo, pode-se afirmar que foram identificados indícios de saturação, ou seja, a obtenção de cada vez menos informação nova a cada sessão de observação (Pope *et al.*, 2005; Olivier de Sardan, 2008). Por exemplo, os padrões gerais de funcionamento das reuniões de equipe, da recepção dos usuários, dos atendimentos de grupo, da espera por consultas, etc., começaram a se repetir nos registros de campo.

Por fim, cabe destacar que, ao longo da observação, o pesquisador tentou estar ao máximo atento às suas próprias representações, crenças e valores. Com

isso, procurou minorar o perigo frequente de encontrar na realidade o que já esperava que ali estivesse. A coleta de dados incluiu portanto uma espécie de *exercício de estranhamento*, ou seja, a tentativa permanente de *questionar* eventos geralmente considerados como anódinos ou *normais*. A mesma ideia levou à busca de nuances e contraexemplos, elementos importantes para a análise dos dados (Olivier de Sardan, 2008). O pesquisador procurou aproximar seu procedimento da etnografia, caracterizada como se segue por Da Matta (1997):

“uma *etnografia* sempre assume uma posição de *estranhamento* diante de seu objetivo. Realmente, no discurso etnográfico, sempre se encontram, como um requisito básico, algumas considerações sobre a posição do etnógrafo, fazendo o autor questão de submergir como um sujeito que somente julga, qualifica, ordena etc. Numa palavra, diz-se que a etnografia é parte do discurso científico e objetivo justamente porque nela o autor não deve existir como *criador* da realidade, mas como seu *tradutor*, isto é, como veículo ou instrumento que faz passar pelo filtro das teorias que conhece o estranhamento e o exotismo de uma realidade humana diferenciada da sua. Sendo assim, o etnógrafo não inventa, situando-se como aquele que permite a transformação do exótico em familiar ou do familiar em distante” (p. 307, grifos no original).

Uma oportunidade imprevista somou-se aos procedimentos de coleta de dados. Seguindo sugestão da educadora física e do diretor da Unidade dos

Quatro Cantos, dois meses depois de concluída a observação participante, programou-se uma reunião de devolução *preliminar* dos dados. A reunião contou com a participação de cerca de trinta profissionais da USF, incluindo o diretor. Nela, o pesquisador expôs elementos das análises iniciais sobre a realidade observada, gerando reflexões no grupo. A reunião durou duas horas e meia e foi registrada em áudio. Essa ocasião, que aproximou a pesquisa (timidamente, pois não era o foco) da lógica da pesquisa-ação, será descrita mais adiante.

2.1.1. ANÁLISE DOS REGISTROS DE CAMPO

A imersão do pesquisador no contexto estudado não pode ser relatada de forma completa. A observação participante implica *vivência*, impregnação pelo contexto, que não pode ser descrita em sua totalidade (Olivier de Sardan, 2008). Portanto, os registros de campo representam apenas parte dessa vivência. Eles incluem descrições de espaços, interações, relações e práticas, entremeadas pelo esforço interpretativo do pesquisador e por suas próprias sensações. A análise correspondeu ao desafio de encontrar, nesse material, elementos de resposta para as questões de pesquisa.

A observação participante permitiu explorar e analisar condições contextuais de construção e manutenção de representações e práticas sociais dirigidas ao alcoolismo e aos usuários alcoolistas. Representações sociais são construídas e mantidas com base em mundo objetivo-subjetivo compartilhado por certo grupo social, por meio de suas práticas e de seus processos de interação e de comunicação (Jodelet, 1989, 1999). A análise dos dados buscou mostrar parte do mundo que os profissionais de saúde compartilhavam e entender como as

representações sociais do alcoolismo e dos usuários alcoolistas se articulavam às suas *redes mais amplas de representações e de práticas sociais* (Almeida *et al.*, 2000; Trindade, 1998).

Os registros do caderno de campo foram digitalizados. Em seguida, foram tratados com análise de conteúdo temática (Bardin, 1977; Pope *et al.*, 2005). Esse procedimento se iniciou com a leitura flutuante do material, que permitiu a identificação de 12 categorias nomeadas como *ações-chave*. As ações-chave foram definidas como *comportamentos de interação entre atores específicos* ou como *comportamentos de fala sobre objetos específicos* e como *elementos de práticas sociais*. Elas estão listadas na Tabela 3. Evidentemente, foram categorias escolhidas dentre muitas possíveis. Sua delimitação partiu dos objetivos da pesquisa e do enfoque psicossocial assumido. Considerou as relações entre EGO, ALTER e Objeto (Moscovici, 1984/2008), no caso, respectivamente, profissionais de saúde, usuários e representações sobre objetos relevantes (serviços de saúde, Unidade de Saúde, alcoolismo).

Em seguida, foram isoladas *Situações*, definidas como sequência de eventos e comportamentos ocorridos em tempo e espaço determinados (“sequências sociais claramente circunscritas”, para retomar expressão de Olivier de Sardan, 2008, p. 47). São exemplos de Situações: uma reunião de equipe, um atendimento de grupo, a espera por consultas, etc. Os espaços foram, com uma única exceção, espaços da Unidade de Saúde (recepção, farmácia, auditório, etc.) e os tempos foram muito variáveis, podendo ir de alguns minutos a algumas horas (mas não mais que três horas).

O conjunto das Situações não pode ser tomado como a totalidade da *vivência* do pesquisador, mas sua delimitação se apresentou como estratégia de análise pertinente. A maior parte dos registros de campo digitalizados pôde ser isolada na forma de Situação. Esse procedimento foi realizado com o auxílio de quadro específico composto por cinco colunas: *Local, Presença de profissionais de nível superior, Atores, Tipo de Situação e Ações-chave*. Esses dados foram sistematizados de forma quantitativa. Eles serão descritos mais adiante e servirão para caracterizar o procedimento de observação participante, além de indicar elementos iniciais para responder às questões de pesquisa.

A ordenação das Situações permitiu a realização do procedimento central da análise, ou seja, a identificação de Temas. Temas são definidos como núcleos de significação recorrentes e articulados, expostos de forma implícita ou explícita nos discursos e práticas dos participantes (Bardin, 1977). Os Temas são apresentados aqui como *padrões hegemônicos* que puderam ser identificados no funcionamento da Unidade, nos comportamentos, nas interações e nas falas dos profissionais.

Esse procedimento foi, portanto, indutivo. Os Temas são *abstrações*, tanto no sentido de *extração* (obtidos a partir de descrições da realidade) quanto no sentido de *generalidade* (aplicam-se a conjuntos mais ou menos amplos de Situações). Com isso, os resultados e análises da observação participante pretendem a certo grau de generalização. Ou seja, sugere-se que eles podem ser úteis para compreender a realidade de outras Unidades de Saúde da Família no município e no país.

As Situações se apresentavam em ordem cronológica nos registros de campo, de acordo com a sequência das sessões de observação. Sua ordenação analítica implicou desfazer a ordem cronológica e descrevê-las em conjunto tendo em vista certas características comuns. Esse procedimento possibilitou a elaboração de relato com características etnográficas, exposto a seguir. O relato fornecerá inteligibilidade aos Temas e permitirá apreender processos de construção das representações sociais, objetivação e ancoragem.

A análise incluiu as seguintes tarefas: interpretar a distribuição dos espaços, dos atores e dos fluxos associados ao funcionamento cotidiano da Unidade; realizar reflexões sobre as interações (em geral) entre profissionais e usuários nesses espaços; derivar dessas reflexões elementos para compreensão das representações e práticas relacionadas ao alcoolismo e aos usuários alcoolistas em específico.

Com isso, buscou-se elucidar relações entre representações, atores e contextos, apreendendo não só expressões de processos sócio-cognitivos, como também expressões de processos afetivos, inscritas nas dinâmicas das ações e do corpo. A análise das relações entre representações e contextos seguiu duplo movimento, procurando entender: 1) como as representações orientavam as práticas e a organização do contexto; 2) como as práticas e o contexto determinavam a construção das representações (Jodelet, 1989).

2.1.2. A OBSERVAÇÃO EM NÚMEROS

A análise de conteúdo permitiu a identificação de 65 *Situações*, tais como definidas acima, nos registros de campo. A seguir, são apresentados dados que

permitem caracterizar a observação participante com maior precisão. Segundo informações do diretor da Unidade, o serviço contava com 84 funcionários, dentre os quais 21 de nível superior. Existiam seis Equipes de Saúde da Família, havendo portanto seis médicos, seis enfermeiros e seis auxiliares de enfermagem diretamente ligados à Estratégia, junto com 27 agentes comunitárias de saúde (todas mulheres). A Unidade contava também com três dentistas, uma farmacêutica, uma psicóloga, um assistente social, uma educadora física, uma sanitária e um diretor.

Os profissionais de nível superior, foco da pesquisa, estiveram presentes na maioria das Situações observadas (53 de 65, 81,5%). Os profissionais de nível técnico e/ ou os usuários também estiveram presentes na maior parte das Situações (49 das 65, 75,3%). Poucas Situações contaram com um único participante (nove, ou seja, 13,8%): foram ocasiões em que o pesquisador estabeleceu conversa informal com o ator em questão. Portanto, a maioria das Situações observadas incluiu interações entre profissionais, entre usuários ou entre profissionais e usuários. A análise psicossocial que se pretendeu realizar enfocou especialmente os fenômenos produzidos e reproduzidos nas relações entre esses atores, *tanto em seus padrões arraigados quanto em características transformadoras possivelmente presentes nessas mesmas relações.*

A Tabela 1 fornece levantamento da frequência (n) de Situações em que cada categoria profissional esteve presente. As porcentagens (%) foram calculadas com base no número total de Situações.

Tabela 1. Observação participante: frequência de profissionais e usuários no conjunto (N = 65) de *Situações* observadas

Participantes	n	%
Enfermeiros	28	43,0
Agentes de saúde	21	32,3
Usuários	21	32,3
Técnicos ou Auxiliares (Enfermagem, Farmácia, Odontologia)	18	27,6
Médicos (das Equipes de Saúde da Família)	12	18,4
Assistente Social	12	18,4
Dentistas	8	12,3
Psicóloga	6	9,2
Diretor da Unidade	6	9,2
Educadora Física	5	7,6
Profissionais de outros serviços	5	7,6
Sanitarista	4	6,1
Vigia patrimonial	4	6,1
Farmacêutica	3	4,6
Representantes da SEMUS	3	4,6
Psiquiatra (profissional de apoio)	2	3,0
Pediatra (profissional de apoio)	1	1,5
Auxiliar administrativo	1	1,5

Nota-se que os profissionais mais observados foram enfermeiros, agentes de saúde, técnicos e auxiliares de enfermagem, farmácia e odontologia. Os usuários estiveram presentes em cerca de um terço das *Situações*. Pode-se dizer que esses foram os atores mais *visíveis* na realidade cotidiana da USF. Outros profissionais, como médicos, assistente social, dentistas, psicóloga, diretor da Unidade, etc., apareceram menos, pois estiveram mais fechados em salas e consultórios que os enfermeiros por exemplo. Principalmente médicos, dentistas e psicóloga exerciam seu trabalho prioritariamente em consultórios.

A Tabela 2 mostra os tipos de Situação observados e os respectivos locais, mais uma vez com as porcentagens calculadas com base no total de Situações. Neste caso, as porcentagens somam 100%, pois cada Situação foi classificada em apenas um tipo.

Tabela 2. Observação participante: frequência dos *tipos de Situação* e respectivos locais

<i>Tipos de Situação</i>	<i>Locais</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Conversa informal	Entrada da USF	24	36,9
	Recepção		
	Cozinha		
	Corredor		
	Farmácia		
	Consultório das dentistas		
	Sala das agentes		
	Sala dos enfermeiros		
	Auditório		
Atendimento de grupo	Auditório	9	13,8
	Sala das agentes		
	Igreja do bairro		
Espera por consultas	Sala de espera	6	9,2
Recepção de usuários	Entrada da USF	5	7,6
	Recepção		
Reunião de equipe de Saúde da Família	Sala das agentes	5	7,6
Atendimento individual	Consultório	4	6,1
	Consultório das dentistas		
	Farmácia		

Reunião de rede de serviços	Sala das agentes Auditório	2	3,0
Reunião com sanitarista	Sala das agentes Auditório	2	3,0
Reunião com diretor para autorizar pesquisa	Sala da direção	1	1,5
Formação em serviço (curso de fitoterapia)	Cozinha	1	1,5
Dispensação de medicamentos na farmácia	Farmácia	1	1,5
Reunião de equipe matricial	Auditório	1	1,5
Reunião geral dos profissionais da USF	Auditório	1	1,5
Preparo para consultas	Sala de Preparo	1	1,5
Colegiado Gestor	Sala das agentes	1	1,5
Discussão de caso	Auditório	1	1,5
Total		65	100

Como se pode ver, cerca de 37% das Situações observadas foram conversas informais que envolveram um ou mais atores, em vários locais da USF. A maioria delas, ou seja, as outras 63%, foram procedimentos do cotidiano da USF, como atendimentos de grupos, espera por consultas, recepção de usuários e reuniões de Equipe de Saúde da Família. Todas as Situações se passaram nos espaços da Unidade, exceto um atendimento de grupo (orientação alimentar) que foi realizado na entrada de uma igreja do bairro. São apresentados a seguir alguns esclarecimentos sobre as Situações citadas na Tabela 2:

- Os atendimentos de grupo tinham as seguintes condições-alvo: tabagismo, idosos, orientação alimentar, maternidade e educação em saúde dirigida a beneficiários do Programa Bolsa Família (programa do Governo Federal, de complementação de renda, dirigido a famílias empobrecidas). As reuniões de Equipe de Saúde da Família contavam em geral com a participação do enfermeiro (coordenador da equipe), do médico, do auxiliar de enfermagem e das agentes de saúde e tratavam principalmente de assuntos específicos de suas áreas e microáreas.
- As reuniões de rede de serviços foram aquelas em que participaram profissionais de outras Unidades, de outros serviços ou de organizações não-governamentais (não necessariamente ligados diretamente ao campo da saúde). A Unidade contava com uma médica que exercia o cargo de *sanitarista*, responsável pela sistematização de dados relativos ao território, pela organização de ações relacionadas a programas como o combate à dengue e por notificações. Foram observadas duas reuniões ligadas especificamente à sua atuação. A reunião da equipe matricial de saúde mental foi realizada com uma psiquiatra que promovia supervisões coletivas de casos clínicos também em outras Unidades. Além de uma das reuniões com a sanitaria, foi observada apenas uma reunião geral de profissionais.
- O Colegiado Gestor era um grupo formado por representantes de categorias profissionais e tinha, segundo o diretor, o objetivo de “compartilhar a gestão”. A *discussão de caso* mencionada na Tabela 2 foi feita entre uma agente de saúde e o assistente social (vários casos foram

discutidos em reuniões de Equipe de Saúde da Família e na reunião de supervisão matricial, mas essa *discussão de caso* se diferenciou por envolver apenas os dois profissionais mencionados).

A Tabela 3 mostra frequências e porcentagens das *ações-chave*, tais como definidas acima, também relativas ao número total de Situações. Como foram registradas diferentes ações-chave em cada Situação, as porcentagens não somam 100%.

Tabela 3. Observação participante: frequência das *ações-chave* nas *Situações*

<i>Ações-chave</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Interação profissional-profissional	35	53,8
Profissionais falam sobre usuários	34	52,3
Interação profissional-usuário	26	40,0
Profissionais falam sobre a Unidade	23	35,3
Profissionais falam sobre alcoolismo ou alcoolista (fala não requisitada pelo pesquisador)	14	21,5
Profissionais falam sobre alcoolismo ou alcoolista (fala requisitada pelo pesquisador)	13	20,0
Profissionais falam sobre outros profissionais	13	20,0
Profissionais falam sobre a SEMUS	9	13,8
Usuários falam sobre a Unidade	8	12,3
Profissionais falam sobre outros serviços de saúde	6	9,2
Interação profissional-usuário alcoolizado	3	4,6
Usuários falam sobre alcoolismo ou alcoolista (fala não requisitada pelo pesquisador)	2	3,0

Vê-se que em cerca de metade das Situações registraram-se interações profissional-profissional e falas dos profissionais sobre os usuários. Em pouco mais de um terço das Situações, encontraram-se interações profissional-usuário e

profissionais falando sobre a USF. Em um quinto, profissionais falaram sobre outros profissionais. Mais raramente, observaram-se também usuários falando sobre a Unidade e profissionais falando sobre a SEMUS e sobre outros serviços de saúde.

Sobre o tópico específico do alcoolismo, um dado fica imediatamente evidente. Em aproximadamente um quinto das Situações observadas, profissionais falaram sobre o alcoolismo ou sobre usuários alcoolistas sem serem solicitados a fazê-lo pelo pesquisador. Entretanto, foram observadas interações diretas entre profissional e *usuário alcoolizado* em apenas três Situações. Utiliza-se a expressão *usuário alcoolizado*, pois não se pôde ter certeza do diagnóstico de dependência de álcool nos usuários observados, embora esse diagnóstico fosse provável. De qualquer maneira, como visto no Capítulo 1, a percepção social do alcoolista *ultrapassa* o diagnóstico médico de dependência (Ancel & Gausso, 1998, Conrad & Schneider, 1992) e, nos três casos referidos, os profissionais efetivamente percebiam os usuários como alcoolistas.

Esses dados indicam, neste primeiro nível de análise, que o alcoolismo e os usuários alcoolistas apareceram *mais no discurso do que nas interações*. Ao longo da análise temática, essa constatação ganhará nuances mais complexas.

2.2. A UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E SEUS PERSONAGENS

Algumas informações sobre convenções adotadas são necessárias à leitura do relato que se segue. As frases “entre aspas” correspondem sempre a transcrições literais das falas dos participantes. ‘Aspas simples’ são utilizadas para marcar reproduções de falas de um terceiro, dentro de uma fala transcrita.

As falas dos participantes (também transcritas literalmente) não estão entre aspas quando diálogos são apresentados com recuo de parágrafo. Com fim de diferenciação, os destaques feitos pelo pesquisador estão sempre *em itálico*. Informações inseridas pelo pesquisador em meio a falas ou diálogos estão [entre colchetes]. O sinal com colchetes e três pontos [...] significa parte omitida do discurso. São utilizadas iniciais maiúsculas na grafia de expressões-chave da análise: Tema, Situação, Cenas (definidas como parte de uma Situação e numeradas em sequência ao longo do relato), Fluxo e Figura (definidos mais adiante).

Os personagens principais deste relato são os profissionais de nível superior da USF. Eles recebem nomes fictícios iniciados pela primeira letra do nome de cada categoria profissional. Os seis enfermeiros, por exemplo, têm nomes fictícios iniciados pela letra “e”: Evandro, Elisa, Eraldo, Edinete, Elda e Elvira. Os seis médicos são chamados de Márcio, Melissa, Marcela, Miranda, Maristela e Mauro. As três dentistas são Diana, Daniela e Dora; a farmacêutica, Flávia; a psicóloga, Patrícia; a sanitária, Simone e o assistente social, Alexandre. Há duas exceções para essa regra de formulação dos nomes fictícios. A educadora física se chama Bianca e o diretor da Unidade, Bruno. Em algumas Situações, para respeitar a confidencialidade, nem mesmo nomes fictícios serão usados, mas sim o termo *profissional de nível superior*, mencionado por siglas: PNS-1, PNS-2, etc.

Outros personagens são referidos apenas por sua posição funcional na Unidade: os vigias patrimoniais, as agentes de saúde, os auxiliares de

enfermagem, de odontologia e de farmácia, além das médicas que proviam suporte às Equipes de Saúde da Família: a psiquiatra e a pediatra.

2.2.1. OS ESPAÇOS DA UNIDADE

No final de setembro de 2009, o pesquisador se dirigiu pela primeira vez à Unidade dos Quatro Cantos. Apesar de estar em contato com o município pesquisado há muitos anos, nunca havia visto a Unidade até essa ocasião. Isso é surpreendente, pois ela já contava oito anos de existência, localizada bem próxima a uma das principais avenidas da cidade. É possível dizer que a Unidade ocupava uma dessas *zonas de invisibilidade* urbanas, que certos grupos buscam esconder deliberadamente ou não, algo semelhante à omissão de Ainay-le-Château no mapa da revista (Jodelet, 1989).

Pode-se fazer uma reflexão inicial sobre a relação entre o pesquisador e o contexto-alvo. Nesse caso, fica evidente o pertencimento do pesquisador a grupo que se pode chamar de classe média urbana brasileira. É possível que, tipicamente, os membros desse grupo restrinjam sua movimentação na cidade a certas áreas, mais urbanizadas e mais valorizadas social e economicamente, e que os bairros de classe popular sejam raramente conhecidos e visitados. O ponto envolvido nessas hipóteses é importante, pois os profissionais de nível superior da USF também pertenciam hegemonicamente a esse grupo social. Nesta tese, o tópico das relações entre classes médias e classes populares brasileiras será uma das chaves analíticas.

O acesso à Unidade não era difícil. Bastava entrar em uma rua perpendicular à avenida citada e andar cerca de quarenta metros. A Unidade era

responsável por atender a território composto principalmente por quatro bairros, que se localizavam sobretudo em morros adjacentes, compondo o tipo de formação urbana conhecido como favela. Entretanto, a própria Unidade ficava em uma região plana, no que uma das profissionais chamou de “pé do morro”.

O primeiro aspecto que chamava a atenção era a diferença visual entre a avenida e a rua que levava até a Unidade. Embora a rua estivesse permanentemente cheia de carros estacionados, ela parecia marcar uma contraposição à aparência essencialmente urbana da avenida. Ali, já era possível ver terra batida (e não mais somente asfalto), casas inacabadas, trechos sem calçadas, bananeiras, etc. Na falta de expressão mais apropriada, pode-se dizer que certa *rusticidade* se contrapunha ao *urbano*. Eram visíveis também algumas marcas de precariedade: uma esquina sempre cheia de lixo não-acondicionado, ruas estreitas, construções que evocavam o improvisado. Em frente à Unidade, localizava-se uma organização religiosa que servia de abrigo para crianças e que distribuía itens de consumo cotidiano (comida, gás, entre outros) a moradores dos bairros. Era como se uma linha virtual, porém com sinais bem concretos, dividisse dois mundos: cidade e favela.

A Unidade dos Quatro Cantos era um prédio de dois andares. Possuía escada, rampa de acesso e corrimões característicos. O propósito da primeira visita foi conversar sobre a pesquisa com o diretor, Bruno, e pedir sua autorização para efetuar a observação participante. Após reunião com enfermeiros, Bruno recebeu o pesquisador, falou-lhe sobre características dos bairros atendidos e recursos da Unidade e autorizou a realização da observação. Em seguida,

apresentou-o aos enfermeiros Elisa, Eraldo e Elda, que estavam em uma sala ao lado.

As interações com os profissionais serão retomadas mais adiante. Interessa agora apresentar os espaços da Unidade, os diversos palcos onde foi possível observar as práticas de muitos atores em diversidade também grande de tipos de interação.

Uma rampa, à direita, e uma escada, à esquerda, levavam a um mesmo espaço de entrada, elevado cerca de um metro em relação à rua. Nesse espaço da entrada, reuniam-se todas as manhãs dezenas de usuários, organizados em filas que se dirigiam à recepção. Frequentemente, agentes de saúde ajudavam a organizar essas filas.

As portas que davam acesso ao interior da Unidade eram, na verdade, grades metálicas com a parte inferior maciça e a parte superior vazada. Na entrada, era possível ler diversos cartazes colados aos muros e às grades. É interessante destacar que os cartazes faziam referência unicamente a médicos, com nomes e respectivos dias de agendamento, e dentistas, com nomes e respectivas áreas de atendimento. Tratava-se de um primeiro sinal de que o *produto* mais importante que a Unidade tinha a oferecer a seus usuários, sendo também o *produto mais claramente demandado* por eles próprios, eram as consultas individuais organizadas segundo padrões biomédicos. A placa de inauguração trazia o brasão da Prefeitura, os nomes das autoridades e o ano de inauguração, 2001.

Ao entrar, avistava-se logo à esquerda a sala de vacinação. Um pouco mais adiante, também à esquerda, ficava a porta de acesso à cozinha. O que se

via mais claramente era a recepção, cerca de três metros bem à frente. Tipicamente, dois funcionários (às vezes, sendo um deles enfermeiro) recebiam os usuários para orientações e marcação de consultas. Na recepção, um balcão separava as filas de usuários (em pé) dos funcionários (sentados do outro lado do balcão). Entretanto, não havia vidro de separação. Dentro da recepção, grandes arquivos guardavam prontuários. Encontravam-se também agendas dos profissionais e uma série de outros registros.

À direita, um corredor levava a outros espaços essenciais ao funcionamento da Unidade. Avistavam-se primeiramente o guichê da farmácia e o guichê da entrega de material para exames (fezes, urina). Diferentemente da recepção, esses guichês eram separados por vidros. Um pouco mais adiante, ficava uma área de escovação equipada com pias, ao lado do consultório das dentistas. Em seguida, encontravam-se a sala de expurgo, a sala de esterilização, a sala de nebulização/ medicação, a sala de curativos e os banheiros feminino e masculino destinados aos usuários.

Andando mais alguns metros, chegava-se *ao fundo* da Unidade, a área destinada aos consultórios. Via-se primeiramente a “sala de atendimento” dos enfermeiros e a “sala de preparo”. Placas coladas nas portas das salas indicavam esses nomes. Todos os usuários destinados a consultas médicas, odontológicas ou de enfermagem deviam passar antes pela sala de preparo, onde auxiliares de enfermagem realizavam principalmente a aferição de pressão. Em seguida, encontravam-se a *sala* de espera (na verdade, uma parte do corredor) e sete consultórios.

Note-se, desde já, a interessante diferença de nomeação dos espaços dedicados ao trabalho de enfermeiros e médicos. Para os enfermeiros, definiu-se uma “sala de atendimento” enquanto que para os médicos manteve-se o tradicional nome de “consultório”. Entretanto, é preciso sublinhar que, apesar de serem espaços destinados principalmente aos médicos, enfermeiros e outros profissionais também utilizavam os consultórios. Havia outra diferença interessante. Ao contrário da “sala de atendimento” dos enfermeiros, que se encontrava ainda no corredor principal, os consultórios se localizavam em corredor transversal no final do percurso, ou seja, realmente *no fundo* da Unidade. Esse dado será explorado mais adiante.

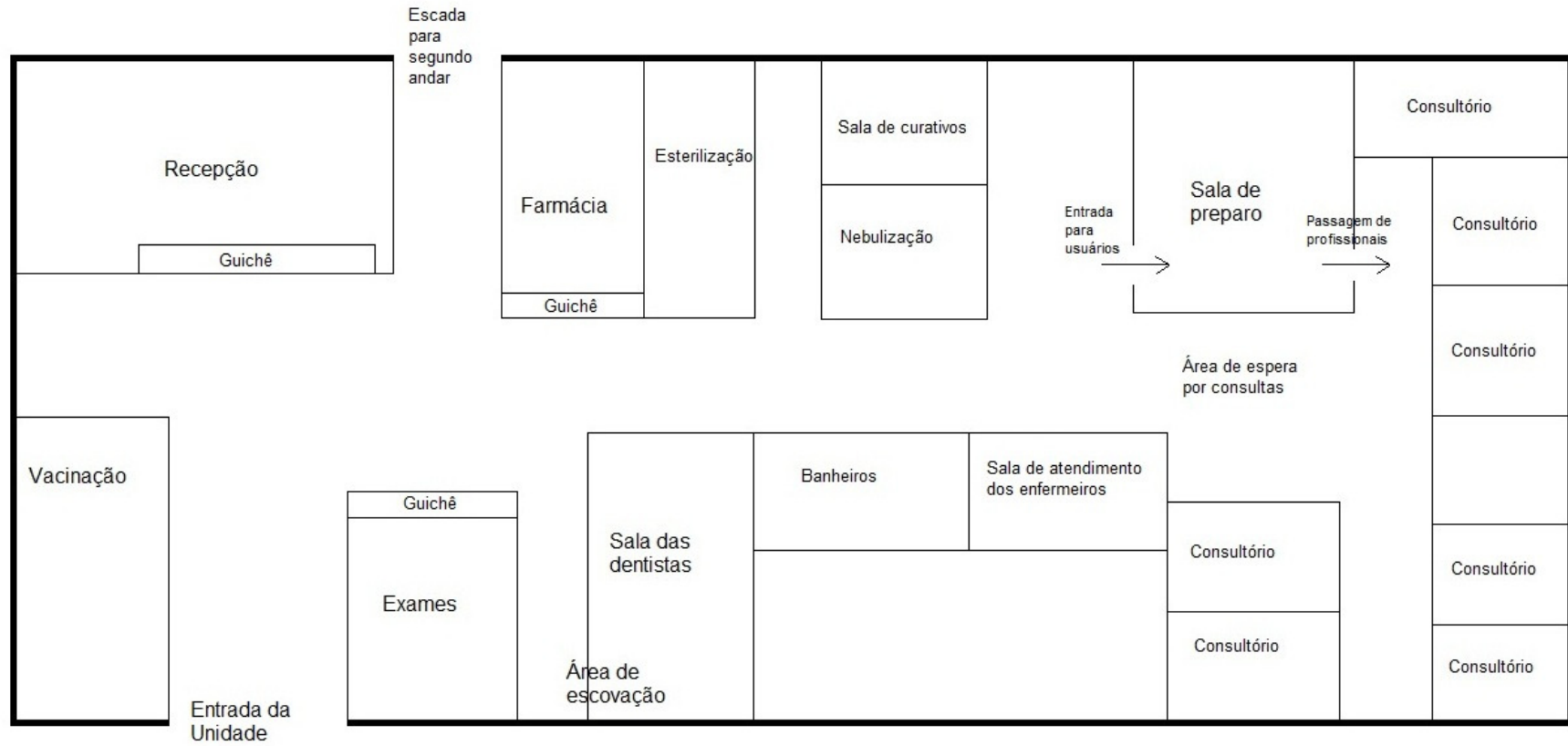
De retorno ao início do percurso, avistava-se ao lado da recepção, antes de tomar o corredor que levava aos consultórios, o primeiro dos dois lances de escada que davam acesso ao segundo andar. Lá, encontrava-se primeiramente a sala compartilhada pela psicóloga e pelo assistente social. Ao lado, havia uma sala destinada à marcação de exames e de consultas externas à USF. Do outro lado desse primeiro corredor, encontrava-se o “auditório” e, no final, a “sala das agentes de saúde”.

O auditório era o maior espaço da Unidade. Contava com uma mesa grande, posicionada entre uma lousa branca e várias cadeiras (cerca de trinta). A “sala das agentes”, como era conhecida, também era equipada com uma mesa grande, ao redor da qual se colocavam cerca de dez cadeiras. Era o espaço normalmente utilizado para as reuniões de Equipe de Saúde da Família. Encontrava-se ali uma lousa verde e uma estante com pastas de arquivo.

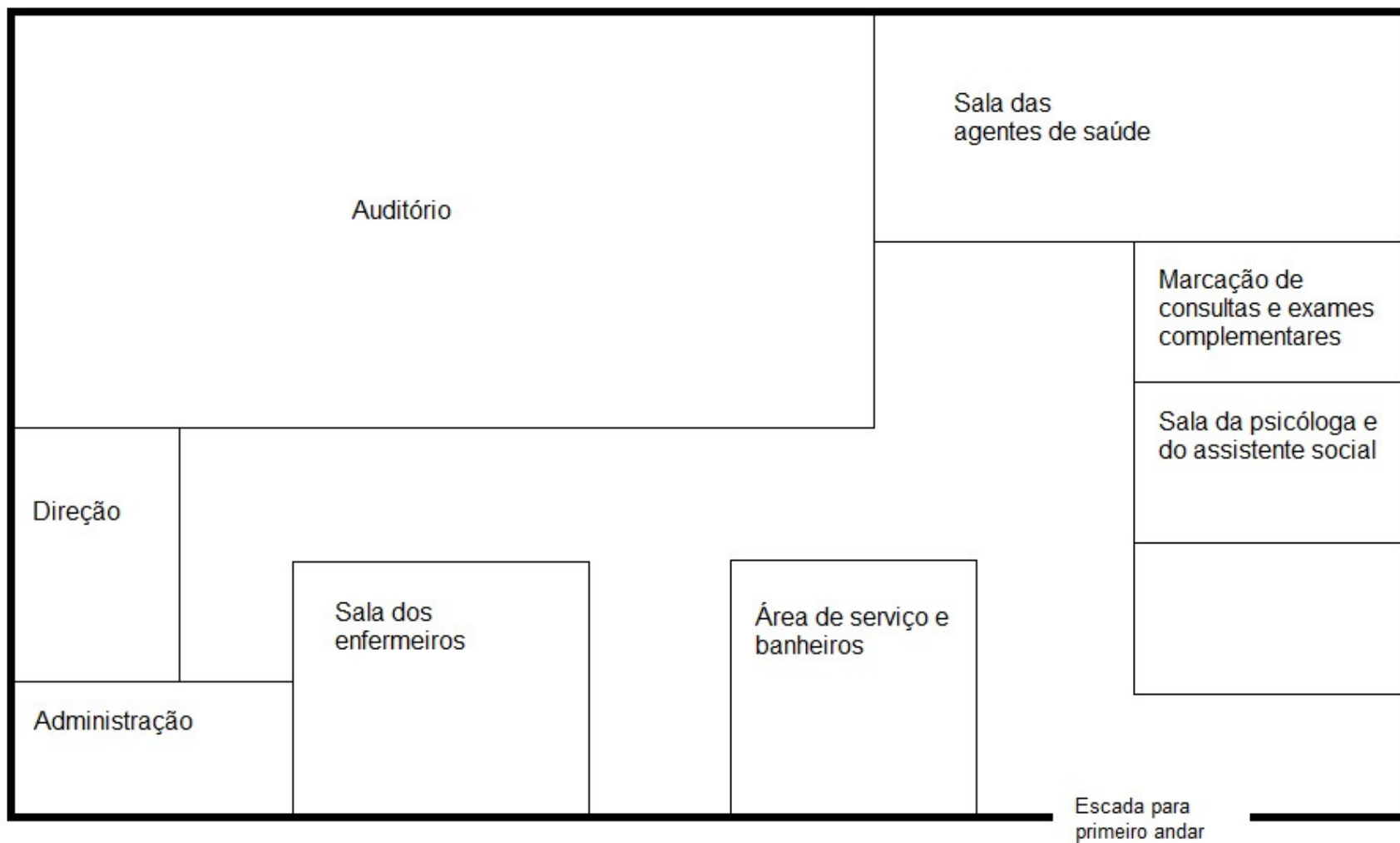
Ainda no segundo andar, outro corredor levava aos banheiros dos funcionários e às salas destinadas à administração e à direção. Perto dessas salas, encontrava-se a “sala dos enfermeiros”, que, desde o primeiro momento da observação, pareceram ser os profissionais mais *próximos* da direção da Unidade. Mais adiante, será retomada a hipótese de que a proximidade entre essas salas, a sala dos enfermeiros e a sala da direção, não se dava por acaso, assim como não seria fortuito todo o resto da distribuição espacial da USF. A Figura 1 mostra plantas estilizadas da Unidade, respectivamente do primeiro e do segundo andares.

Figura 1. Plantas estilizadas da Unidade de Saúde observada, primeiro e segundo andares

PRIMEIRO ANDAR



SEGUNDO ANDAR



2.2.2. OS PAPÉIS DO PESQUISADOR

É preciso reconhecer ainda a existência de mais um personagem da Unidade, o próprio pesquisador. Sem dúvida, ele fez parte do contexto estudado e a pesquisa que realizou sobre o campo não cessou de ser também uma pesquisa sobre si mesmo. Levar em conta sua própria presença fez parte de um esforço (sempre tão insuficiente quanto produtivo e necessário) de *controlar* suas próprias representações e práticas e realizar interpretações com o maior grau possível de fidelidade ao contexto, ou seja, à realidade comum, construída e compartilhada pelos atores.

Ao longo da observação participante, algumas falas dos profissionais revelaram aspectos dos *papéis* que o pesquisador assumiu em suas representações. Algumas vezes, sempre em tom de brincadeira e com risos, profissionais qualificaram o pesquisador como “fiscal” ou “espião da SEMUS”. “Cuidado com esse rapaz aí do seu lado [...] ele é o X9 [delator] da SEMUS”, afirmou uma das enfermeiras. “Tenho que parar de falar porque o Luiz tá só me canetando [registrando *infrações*]”, brincou a educadora física, evocando a imagem do *fiscal*. O caderno de campo (literalmente os *papéis do pesquisador*) foi às vezes apelidado pelos profissionais de “pasta secreta do espião”. Considerando o adágio popular segundo o qual repousa em cada brincadeira um *fundo de verdade*, cabe, ao lado do tom jocoso, levar em conta as imagens evocadas. Elas podem revelar aspectos de como os participantes representavam sua relação, não só com o pesquisador e com a pesquisa social, mas também com seu próprio trabalho.

A imagem de “espião da SEMUS” associa-se a um Tema que será explorado mais adiante, a frequente desconfiança dos profissionais quanto aos serviços de gestão do sistema de saúde. Também é possível associar a imagem do “fiscal” às percepções sobre o meio acadêmico. Durante uma reunião e referindo-se a um “problema da US [Unidade] e do sistema”, uma enfermeira dirigiu-se ao pesquisador e afirmou “é um problema que você pode anotar aí”. Em outras ocasiões semelhantes, profissionais encorajaram o pesquisador a registrar imprevistos e dificuldades.

A mesma ideia de fundo foi expressa em outra ocasião, quando o assistente social saudou o pesquisador como aquele que vinha “ver os problemas”. Esses dados indicam que os profissionais percebiam a pesquisa social como procedimento de *detecção de falhas* e de *denúncia*. É possível inferir que isso se associava à percepção do meio acadêmico como detentor de certos ideais profissionais nem sempre exequíveis (a conhecida contraposição entre *teoria* e *prática*), implicando a possível desqualificação da academia por ser *distante da realidade*.

O pesquisador foi apresentado pelo diretor e, por sua vez, apresentou-se aos participantes sempre como *pesquisador da Universidade*. Geralmente, foi essa a denominação utilizada pelos profissionais quando eles deixavam de lado o tom jocoso. Não só o diretor, mas a equipe de profissionais como um todo acolheu o pesquisador e a observação participante. O receio de que ele fosse um “fiscal” ou um “espião”, expresso indiretamente pelas piadas, foi *gerenciado* adequadamente pelas partes. Um sinal disso é que em momento algum o acesso do pesquisador à Unidade foi negado. Ao contrário, os profissionais

frequentemente incentivaram o pesquisador a estar presente, convidando-o a participar de reuniões de equipe de Saúde da Família, de atendimentos de grupo e até, como será visto com mais detalhes, de atendimentos individuais em consultório.

Esses dados levam a pensar que os profissionais, apesar de reconhecerem uma série de problemas em seu trabalho, confiavam em sua própria atuação. Pareciam ter o sentimento de que, apesar das dificuldades ou talvez por causa delas, realizavam trabalho importante e com resultados significativos. Os dados indicaram também que os profissionais valorizavam o contato com um representante da área acadêmica, elemento essencial para a construção de relações colaborativas capazes de enriquecer os dois lados, tanto a produção de pesquisas quanto a produção dos cuidados em saúde.

O pesquisador falava de sua filiação à psicologia apenas quando perguntado especificamente a respeito. Uma auxiliar brincou, certa vez, “você vai ver que os funcionários são todos loucos”. Também em tom de brincadeira, uma das enfermeiras pediu que o pesquisador desse o diagnóstico a uma agente de saúde que ela chamou de “paranoica”. No caso já mencionado dos atendimentos individuais observados, a profissional envolvida buscou um *feedback* do pesquisador referindo-se à sua formação como psicólogo.

Finalmente, cabe mencionar, ao menos de passagem, a filiação de gênero. O pesquisador era um homem em um contexto composto majoritariamente por mulheres (tanto usuárias quanto profissionais). Em uma das reuniões de equipe, uma das agentes mencionou o tópico explicitamente, “hoje, temos uma presença masculina”. Os dados mostraram que representações sociais de gênero podem

estar relacionadas às práticas de saúde e aos estilos de comunicação observados no contexto.

Espião, fiscal, pesquisador, psicólogo-consultor, homem, os *papéis* do pesquisador nas representações dos profissionais foram ricos em implicações imaginárias e identitárias. Não se faz observação participante com um pesquisador *inodoro e insípido*. Reconhecer essas implicações fez parte do esforço de apreensão contextualizada dos dados. Como já foi dito, há evidências de que os atores da observação puderam gerenciar bem os seus *papéis*. O pesquisador foi abertamente acolhido pela equipe, não encontrou obstáculo em momento algum para a realização da observação, foi incentivado a estar presente e a registrar dados e pôde receber comunicações de participantes em tom de confiança. De qualquer maneira, para as possíveis meta-análises futuras, é importante guardar em mente que, no relato da observação, quem conta a história é esse personagem.

2.3. DA ENTRADA AOS CONSULTÓRIOS

As referências de espaço serão especialmente importantes nesta primeira parte do relato. Uma série de eventos e interações pôde ser observada no trajeto que leva da entrada aos consultórios. A descrição dessas Situações terá início na entrada da Unidade, seguirá pela recepção, sala de preparo, sala de espera, consultórios e finalmente pela farmácia, tipicamente a última parada dos usuários antes de deixar a Unidade. Em seguida, abordar-se-á um circuito menor que leva ao consultório das dentistas. Ao longo do relato, será possível verificar como certas *Figuras do alcoolismo* habitaram esse cenário.

2.3.1. A ENTRADA

De acordo com o diretor e outros profissionais, segunda-feira era normalmente o dia mais movimentado da USF. A Unidade não funcionava no final de semana, então, havia muitos usuários que, tendo problemas de saúde no sábado e no domingo, recorriam à Unidade na segunda-feira. Ao explicar esse fenômeno, alguns profissionais também fizeram referência às “festas” e aos “abusos” cometidos pelos usuários nos finais de semana. O turno matutino, por sua vez, era bem mais movimentado que o turno vespertino. Isso acontecia porque a marcação de consultas ocorria pela manhã. Segundo informações dos profissionais, a regra geral, independentemente de que dia da semana fosse, era faltar vagas para consultas. Por isso, segundo eles, por volta das cinco horas da manhã, duas horas antes de a Unidade abrir, já havia usuários fazendo fila em frente ao portão de entrada.

Em uma segunda-feira, às 07h30min da manhã, encontramos a entrada da Unidade lotada, com o portão já aberto. Era possível identificar três filas. Uma agente de saúde ajudava a organizá-las. Ela explicou que a primeira fila era para as “intercorrências” (ocasiões em que o usuário apresentava um sintoma, como uma dor aguda por exemplo, que exigia atenção imediata), a segunda fila era para a marcação de consultas com uma das médicas e para a distribuição de senhas aos usuários já agendados e a terceira fila era para as dentistas. A agente ficava no espaço de entrada da USF, antes do portão, enquanto outras agentes ajudavam a organizar o fluxo no interior da Unidade.

A movimentação intensa durou relativamente pouco. Por volta de 08h30min, já havia muito menos usuários circulando na recepção (pelo que se pôde verificar ao longo da observação, esse esvaziamento constituía um padrão). A entrada dos usuários pela manhã era um momento importante e tenso, que mobilizava algumas agentes de saúde, o vigia patrimonial e os profissionais da recepção.

Por volta de 07h50min, uma agente de saúde anunciou em voz alta, de dentro da Unidade, que “o agendamento para Dra. Miranda acabou”. Nesse momento, vários usuários ficaram inquietos, indignados e alguns começaram a usar palavrões. Um dos usuários afirmou que estava “há várias semanas” para mostrar um exame para Dra. Miranda e que não conseguia. Afirmou que “só vai dar jeito” se conversar com o diretor da Unidade, mas que “ele se esconde da gente”.

Outro usuário se dirigiu a uma agente e afirmou que “a população cresceu” e que “o prefeito não vê isso”. “Por que [nome de um bairro de classe média] tem e nós não? Tá faltando uma creche”. Ele não estava tão exaltado quanto o primeiro usuário. Não utilizou palavrões e parecia pretender que a agente transmitisse seu recado ao resto da equipe. Sugeriu, em seguida, que o agendamento fosse feito para o mês inteiro. Disse que chegou às 05h30min e que vai “ter que chegar às 04h00min”. Outro usuário reclamou com a mesma agente dizendo “a gente perde um tempo... e diz que não tem vaga”. Citou também o diretor: “Bruno, né, o nome dele. Vou conversar com ele”.

É interessante ressaltar o caráter político das manifestações dos usuários. Eles falaram em responsabilizar figuras de autoridade que deveriam representar

os interesses dos cidadãos, o prefeito, o diretor da USF. Questionaram a distribuição dos recursos municipais entre os bairros, deixando entrever a percepção de privilégio concedido a bairros de classe média. Formularam sugestões de como a USF deveria funcionar no cotidiano. Responsabilização, cobrança de direitos, reflexão sobre a cidade, participação ativa na formulação das regras dos serviços públicos, todos esses elementos estiveram presentes em caráter mais ou menos embrionário, expressos na afetividade (raiva, indignação), nos movimentos do corpo, nas expressões faciais de descontentamento, nas falas. São elementos importantes para um movimento civil organizado destinado a aprimorar e a transformar a atenção em saúde e que, segundo a política vigente, deveria encontrar expressão nos Conselhos de Saúde, por exemplo (Cf. Noronha *et al.*, 2008).

Outro tópico interessante é relativo ao campo da saúde masculina. Na Situação descrita, somente homens chegaram a expressar suas reclamações para as agentes de saúde. Um deles disse, a propósito da perda de tempo, que “a gente tem que trabalhar”. Estudos atestam que as Unidades de Saúde são frequentadas muito mais por mulheres do que por homens (o que foi também a impressão do pesquisador quanto à Unidade dos Quatro Cantos). Discute-se uma série de dificuldades relacionadas à socialização de gênero (incluindo o “a gente tem que trabalhar”), que afastam os homens dos serviços de saúde (Schraiber *et al.*, 2010; Trindade *et al.*, 2011b).

Levantam-se questões que podem ser interessantes para outras pesquisas e para intervenções. Como canalizar as reclamações dispersas (como essas registradas na entrada da USF e outras observadas em outras Situações) em um

movimento organizado capaz de acompanhar sistematicamente os serviços de saúde? Que efeitos a forma de recepção dos usuários pode gerar na relação entre os homens e a USF? A questão a ser abordada mais adiante será a das consequências das formas de recepção dos usuários para a construção de representações e práticas ligadas aos problemas com o álcool e ao alcoolismo.

Boa parte da fila se dispersou com o anúncio do fim das vagas. Sobre seu trabalho, a agente de saúde que organizava as filas afirmou “tem que saber como [a Unidade] funciona, para poder orientar, porque é muita confusão”. Interações entre essa agente e algumas usuárias puderam ser observadas. Com uma usuária idosa, ela falou sobre como solicitar consultas e sobre os riscos da automedicação. “Os exames da senhora mostram o tanto de remédio que a senhora pode tomar. [...] Tomou dois e não pode. [...] Ir à farmácia e tomar por conta própria não pode”. Sobre “conseguir a consulta” a usuária objetou “mas, cê acha que vai conseguir...”; ao que a agente respondeu que ela deveria “chegar cedo e conversar com quem estiver aqui fora” [possivelmente para conseguir agendamento de forma privilegiada].

Esse diálogo, assim como os que foram relatados acima, ilustra a função de mediação (Da Matta, 1997) exercida pelas agentes de saúde entre a Unidade e os usuários. As agentes falavam como *alguém de dentro* da Unidade, ao mesmo tempo em que eram moradoras do bairro, parte da população-alvo. Por isso, eram capazes de transmitir informações privilegiadas tanto para a Unidade quanto para a população. Realizavam manejo *artesanal* de casos singulares, de acordo com o conhecimento que tinham das famílias. Às vezes, apaziguavam

conflitos entre usuários queixosos e uma Unidade que não conseguia atender todas as demandas.

As agentes pareciam exercer as funções compensatórias da mediação, instaurando a *pessoa* (que pode usufruir de privilégios clientelistas) onde antes só havia o *indivíduo* (que está submetido à *frieza* e à violência da lei e do espaço público) (Da Matta, 1997). Preconiza-se que a Estratégia Saúde da Família funcione por meio da priorização, adiantando-se à demanda, procurando prevenir o surgimento ou o agravamento de casos de risco iminente (Brasil, 1998). Ao levantar a *hipótese da mediação*, abre-se na verdade a questão dos critérios de priorização utilizados pelas agentes, aspecto que também merece outros estudos. De qualquer maneira, cabe adiantar que, como se verá com maior detalhe na descrição das reuniões de Equipe de Saúde da Família, o alcoolismo e os usuários alcoolistas não pareciam satisfazer esses critérios de priorização.

Em seguida, a agente conversou com uma usuária acompanhada por sua filha. A usuária, idosa, apresentava uma afecção na perna que dificultava sua marcha. Ao saber que elas tinham andado até a Unidade, a agente perguntou à filha da usuária “por que não trouxe ela [sua mãe] de ônibus?”. A pergunta, em tom ríspido, pareceu ter soado como acusação para a filha, algo como: *você é tão insensível que não pagou nem algumas passagens de ônibus para sua própria mãe que mal consegue andar*. A filha fez semblante de raiva, não respondeu à pergunta e virou-se bruscamente de costas para a agente.

Uma reflexão sobre essa interação pode levar a interessantes *insights* sobre certa dimensão afetiva das relações entre profissionais e usuários. Ao mesmo tempo em que são público-alvo da Unidade, as agentes se distinguiam

por serem funcionárias do setor saúde. Representações e práticas de saúde são normativas, *estar em boa saúde* muitas vezes equivale a estar de acordo com normas sociais (Apostolidis, 2006; Morin & Apostolidis, 2002). A distinção atingida pela agente de saúde levava a privilégios, como poder se colocar em posição superior e emitir julgamento moral sobre a ação dos outros.

Na Situação descrita, o *papel de juiz* da agente teve sua contrapartida, complementar e reforçadora, no *papel de réu* da filha da usuária. Essa última reagiu como quem estava sendo julgada, virando-se contrafeita sem emitir palavra. A agente, por sua vez, representava a Unidade que, a partir de sua posição de autoridade, não se contentava em prescrever comportamentos de saúde e prescrevia também comportamentos sociais (como tratar a própria mãe). No que diz respeito aos profissionais de nível superior, médicos, enfermeiros, etc., é razoável supor que o *status* e o poder de emitir julgamentos normativos são ainda maiores. Ao longo da observação participante, em muitas outras Situações, profissionais e usuários assumiram esses papéis sociais que ligam normatividade sanitária à normatividade social.

Na sequência da Situação, a agente conversou com outra usuária, que a abordou para um *bate-papo*. Notou-se interessante mudança de registro de interação. A agente pareceu ter suspenso seu papel profissional, para assumir papel de *vizinha, amiga de bairro*. A senhora que a abordou falou sobre seu filho e reclamou de sua nora – “nunca cozinhou feijão na casa dele”. Defendeu a divisão tradicional de tarefas entre marido e mulher e revelou que seu filho “agora, arranhou uma loira”, dando a entender que se tratava de uma amante. Ao ouvir essas histórias, a agente não mais transmitia *orientações em saúde* como visto

anteriormente, mas sim ria e participava animadamente do *bate-papo* e da *fofoca*. Certos tópicos evocados na conversa, como estereótipos de gênero, importantes para a saúde psicossocial da população (Schraiber *et al.*, 2010; Trindade *et al.*, 2011a, 2011b) permaneceram naturalizados.

Ao levar em conta esse conjunto de interações e outras descritas mais adiante, cabe perguntar se não haveria outra abordagem profissional possível, diferente tanto da orientação unilateral e normativa quanto da complacência do bate-papo. As propostas de *clínica ampliada* (Campos, 2003) e *atitude psicoterapêutica* (Oliveira *et al.*, 2006; Saraceno *et al.*, 2001) indicam que alternativas existem. Essa questão tem implicações para o cuidado à saúde oferecido aos usuários em geral e aos usuários alcoolistas em específico. Será retomada algumas vezes mais adiante.

Ao falar sobre os usuários, a agente de saúde destacou o caráter médico-centrado de suas demandas à Unidade: “eles acham que é só médico [...] não aceitam que o enfermeiro faça puericultura e o preventivo... [para eles] enfermeiro não sabe de nada [...] eles não se enquadraram no PSF, não buscam informação”. Ver-se-á mais adiante, na descrição dos atendimentos de grupo, que a ideia de que o PSF implica *transmitir informações* é importante elemento definidor das relações entre profissionais e usuários.

A agente comentou em seguida o comportamento de uma senhora que estava ao lado e que parecia exibir sintomas psicóticos: “com certeza, é porque não está tomando o remédio”. Afirmou que “ela [a senhora] fica na rua, batendo nas pessoas, batendo na gente”. Aproveitou para comentar o caso de outra usuária [portadora de transtorno mental] que “não aceitava medicação e só queria

vitaminas”. Afirmou que, na reunião de equipe matricial, a equipe decidiu apresentar a injeção de medicação psicotrópica “disfarçada de vitamina”. Disse, em seguida, que “[a usuária] passou pela psicóloga também, que dá uma orientação”. Questionada sobre o que a psicóloga faz, não soube explicar. Na sequência do diálogo, o pesquisador mencionou o tópico dos problemas com álcool:

Pesquisador: e se vier uma pessoa, assim, *bêbada*?

Agente: se *ele* [note-se o gênero] chegou aqui, é porque está com um mínimo de consciência. A gente vê porque é que ele veio, dá o atendimento. Às vezes é pra medir a pressão. E orienta para o tratamento. [...] Mas depende se a pessoa quiser, né. Se ela não quiser, não adianta.

Pesquisador: onde é o tratamento?

Agente: nos centros de tratamento... tem os AA [Alcoólicos Anônimos], né... [não mencionou o CAPS-ad, localizado na mesma cidade. Em seguida, fez referência ao grupo de apoio ao tabagista, “que tem na Unidade”. Essa última frase pareceu evidenciar o *que não tem*, ou seja, uma alternativa de acompanhamento para problemas com o álcool].

Falou sobre um caso de “um rapaz de 40 anos” que vivia em sua área de saúde e era alcoolista: “ia para o hospital direto e morreu”. Afirmou que tentou orientá-lo para o tratamento e que ele respondia que “não, não adianta, minha vida é beber mesmo”. A agente se mostrou consternada com a história, exemplificando o frequente sentimento de impotência de profissionais de saúde

diante de problemas com o álcool (Babor & Higgins-Biddle, 2001; Johansson *et al.*, 2005; Lock *et al.*, 2002). “Quando é assim, a gente oferece o tratamento e a pessoa não quer, fica difícil”. Ao explicar a condição do usuário, disse: “problema familiar, a mulher o deixou, ou a pessoa é assim desiludida da vida mesmo, acha que só tem que ir para o bar beber”.

É interessante refletir sobre a riqueza de dados fornecida pela observação. A descrição pormenorizada de uma única Situação, composta por algumas interações sociais, possibilita abordar um sem número de tópicos relevantes, capazes de mobilizar conceitos centrais como papéis sociais, identidade, representações e práticas sociais. Tendo em vista a historicidade e a contextualização da construção dos fenômenos psicossociais, um único pedaço de realidade social pode dizer muito sobre o conjunto mais amplo. Entretanto, essa riqueza pode se mostrar enganadora na exposição de resultados relevantes sobre o contexto, pois cada Situação pode conter muitos *elementos de exceção*. Para a segurança do procedimento analítico, é preciso, portanto, destacar os elementos comuns.

A Situação descrita revelou algumas faces do cotidiano de uma Unidade de Saúde. É possível extrair dela, precocemente, alguns Temas relevantes. Ver-se-á que esses Temas se repetiram em muitas outras Situações:

- Tema 1: a existência de práticas de orientação normativa e de julgamento moral por parte dos profissionais em relação aos usuários;
- Tema 2: simultâneas ao papel social de profissional, a existência de relações de intimidade assemelhadas à *amizade* com os usuários, implicadas no acompanhamento longitudinal oferecido pela USF

(principalmente no caso das agentes de saúde, é provável que houvesse relações de amizade de fato);

- Tema 3: a presença, nas interações, de um tipo de conversação assemelhado ao *bate-papo* e à *fofoca*;
- Tema 4: a percepção de que tratar casos de saúde mental significava essencialmente administrar medicação psicotrópica, associada à falta de menção ou clareza quanto a abordagens psicológicas ou psicossociais;
- Tema 5: a existência de sentimentos de consternação (entendida, nesta tese, como misto de surpresa e tristeza) e de impotência diante do alcoolismo.

O foco da pesquisa foi dirigido a profissionais de nível superior e somente eles participaram das outras formas de produção de dados (entrevistas e questionários). Entretanto, no quadro da observação participante, ignorar situações como a que acabou de ser descrita seria claramente contraprodutivo.

Principalmente, dois motivos justificaram levar em conta as representações e práticas dos profissionais de nível técnico. Primeiramente, considerou-se que elas são construídas em relação com as representações e práticas dos profissionais de nível superior. Na Situação descrita acima, por exemplo, quando a agente de saúde agia, ela não agia como indivíduo isolado, mas sim com toda a bagagem sincrônica e diacrônica (a agente de saúde era uma das mais experientes da Unidade, contava nove anos de trabalho) de inserção no serviço de saúde e de interação com colegas de nível superior. Parte-se da hipótese de que esses últimos tenham poderosa influência na construção da atuação dos

profissionais de nível técnico, hipótese embasada, por exemplo, pela observação de reuniões de Equipe de Saúde da Família. Em segundo lugar, os Temas enumerados acima se repetiram em muitas Situações protagonizadas por profissionais de nível superior, como será visto mais adiante.

Uma segunda sessão de observação realizada no espaço de entrada da Unidade abordou novamente um profissional de nível técnico, desta vez um dos vigias patrimoniais da USF. A Unidade contava com dois vigias que se revezavam em turnos. Essa sessão de observação teria sido frustrada em princípio, pois, ao chegar à Unidade, o pesquisador verificou que ela estava fechada por causa de um feriado. Um cartaz colado ao portão anunciava: “Senhores usuários, a Unidade não abrirá no dia 28/10/09, quarta-feira, devido ao feriado do funcionalismo público”.

Mas a frustração inicial deu lugar a uma interessante entrevista com o vigia. Ele se encontrava do outro lado da grade, dentro da Unidade. Ao saber sobre os objetivos da pesquisa, opinou que “aqui é tranquilo [...] embora dê confusão de vez em quando”. Sobre essas “confusões”, mencionou inicialmente um caso que foi lembrado por vários outros profissionais ao longo da observação participante: uma usuária que, um dia, deu um “tapa na cara” de uma atendente da recepção. Esse evento, aparentemente marcante na história da USF, será chamado doravante de *história-do-tapa-na-cara*. Segue parte do diálogo com o pesquisador:

Pesquisador: Por que [a usuária deu o “tapa na cara”]?

Vigia: Negócio de vaga, de agendamento.

Pesquisador: Como ela [a atendente da recepção] reagiu?

Vigia: Ela ficou sem reação. Depois chamou a polícia para fazer ocorrência e algumas pessoas serviram como testemunha. Mas, é assim. O pessoal é muito mal-educado. Já chega arrumando briga.

Contou, em seguida, um episódio em que um rapaz, “um negão, alto, forte”, tentou “passar direto”, ou seja, furar a fila forçando sua entrada na USF. O vigia contou que estava na porta, entreaberta, e que teve que agir rapidamente para impedir a entrada. Fez um movimento com a mão espalmada e disse que a encostou no peito do rapaz. Esse último reagiu e chegou a ameaçá-lo de morte. Nas palavras do vigia, o rapaz teria dito: “você não tem peito de aço não, hein! Você vai ficar bonito na foto, hein!” Ficou falando essas gracinhas assim. Depois, uma menina lá falou que ele era vagabundo mesmo” [criminoso ligado ao tráfico]. “Saiu, pegou a bicicleta dele e saiu pra lá resmungando”. Em seguida, contou outro episódio, em que teve que pedir para um usuário se retirar porque estava sem camisa, “depois veio um outro assim me dizer: ‘rapaz, cê sabe quem ele é!? Ele é da boca lá de cima!’” [local de venda de drogas].

O vigia destacou que, nessas ocasiões, procurava agir com muita calma, “[sendo] educado [...] não pode chegar falando ‘pra fora!’. Tem que explicar direitinho. [no caso do usuário sem camisa]: Pedi pra ele ficar aqui fora e que a filha dele ia ser atendida. Ele veio pra fora numa boa”. Mais adiante, disse que “é uma profissão arriscada”. Mas, que ele tem que fazer o seu trabalho: [no caso do rapaz que queria furar fila]: “se não, tinha um monte de senhoras na fila que iam ficar reclamando [...]. Tem que agir, mas com calma e educação. O cara não pode

ser estourado [...]. É porque eu sou evangélico também, né. E o Senhor tem dado o livramento” [expressou a crença de que Deus o protege em seu trabalho].

Ao longo da conversa, o vigia permanecia constantemente atento às pessoas que passavam na rua, em frente à USF. Alguns usuários paravam para perguntar sobre a Unidade e ele informava sobre o fechamento por causa do feriado. Uma das usuárias, ao ver que a Unidade estava fechada, virou-se bruscamente para trás, expressando raiva, agitando os braços e gritando que “o único jeito é queimar isso tudo aqui mesmo!”. O vigia comentou, prontamente: “Tá vendo? Esse povo é assim. Nem pergunta nada e já sai dizendo que tem que queimar tudo”. Em seguida, apontou para outra senhora que passava em frente à USF e disse: “aquela lá é muito barraqueira”.

Vale a pena sublinhar a expressão “barraqueira”, utilizada algumas vezes pelos profissionais ao longo da observação participante, para caracterizar a população atendida. A palavra *barraco* se refere, no Brasil, à típica moradia precária encontrada nas favelas (os usuários, “barraqueiros”, moravam em *barracos*). Evidenciam-se três núcleos de significação que também se repetirão mais adiante:

- Tema 6: a percepção de que a população era “barraqueira”; os usuários eram “barraqueiros”.
- Tema 7: a associação dos “barracos” produzidos por usuárias (mulheres) a ameaças verbais e a agressões físicas com função de desmoralização (por exemplo, o “tapa na cara”).

- Tema 8: a associação dos “barracos” produzidos por usuários (homens) ao tráfico, ao consumo de drogas e às ameaças de violência armada e de morte.

Em outra sessão de observação, o outro vigia patrimonial disse ao pesquisador: “você devia ter vindo [de manhã], ia dar um ótimo relatório. Uma mulher, que estava na fila, entrou na US e começou a fazer o maior barraco. Ela ficou gritando que ‘não tem ninguém pra me atender!’ Depois, ficou xingando e resmungando pela Unidade”. Uma agente de saúde também comentou o caso, dizendo que “a gente tenta fazer eles entender o PSF, mas parece que eles não querem e vêm pra cá fazer barraco”. Pode-se levantar a hipótese de que, nas representações que os profissionais construíam sobre os usuários, havia elementos das representações hegemônicas de gênero: enquanto as mulheres seriam estigmatizadas pela ausência (*pouco femininas*), os homens seriam estigmatizados pelo excesso (*animalidade, agressividade*).

É interessante registrar que, na entrevista com o primeiro vigia, ele *iniciou sua fala* sobre a Unidade com o tópico das “confusões” que acontecem “de vez em quando”. Na sequência, as “confusões” foram definidas como ocasiões em que os usuários se revoltaram contra a Unidade, agrediram ou prometeram agredir verbal ou fisicamente as instalações ou os profissionais. O vigia não iniciou e manteve esse assunto por acaso. Ele ilustrava seu papel social, funções que lhe eram atribuídas pelo contexto, pelos demais profissionais. Em outras situações, como será visto, ficou claro que, quando se tratava de uma “confusão”, de um “barraco”, na USF, era o vigia patrimonial quem devia ser acionado. Ele era

o funcionário da Unidade mais próximo de um *policia*, aquele que devia usar de força física para garantir a *normalidade*.

Nessa entrevista, o assunto do alcoolismo não foi introduzido pelo pesquisador, mas sim, evocado de forma espontânea pelo profissional. “De vez em quando vêm uns bêbado aqui e também dá trabalho. Pô, o cara tá bêbado, o que que ele vai fazer numa Unidade de Saúde?! Eles entram sem camisa e a gente tem que tirar. Uma vez teve um que ficou falando gracinha para a menina da farmácia [auxiliar de farmácia]... que ela é bonitinha... ficou cantando ela... Ela me chamou para tirar”. Destacam-se três Temas:

- Tema 9: a classificação da entrada de um usuário alcoolizado na Unidade (um “bêbado”) como “confusão”, ou “barraco”.
- Tema 10: a mobilização do vigia (o *policia da Unidade*) para lidar com a presença de um usuário alcoolizado;
- Tema 11: diante de um usuário embriagado e “barraqueiro”, a orientação dada à ação visava à sua expulsão e não a seu acolhimento (“o cara tá bêbado, o que que ele vai fazer numa Unidade de Saúde?!”).

A sessão de observação incluiu ainda o registro de uma interação com uma usuária. Ao saber sobre o fechamento da Unidade, ao invés de ir embora, ela permaneceu ao lado do pesquisador e falou longamente, dirigindo-se também ao vigia, sobre os motivos de sua vinda. Sobre o que ela pensava da Unidade, afirmou “aqui é muito bom. As pessoas tratam a gente com muita atenção. Não tenho nada que reclamar [...]. Até pelo telefone... É só a agente de saúde que

deixa um pouco a desejar. Ela quase não vai lá em casa. Se bobear, passa uma vez só no ano. Por isso, eu prefiro vir aqui pessoalmente para marcar [consultas]”.

Em seguida, fez uma ressalva à sua opinião geral e relatou uma ocasião em que foi publicamente desqualificada por uma médica. A profissional lhe teria dito, em voz alta, na frente de outras pessoas: “você são todos uns acomodados que ficam pedindo tudo aos agentes”. A usuária acrescentou: “Cheguei a jurar que não botaria os pés de novo na Unidade de Saúde. Mas, aí, depois de um tempão, minha agente me convenceu a voltar” [também porque a médica de referência tinha saído da equipe]. A caracterização dos usuários como “acomodados” foi feita, de fato, por alguns profissionais ao longo da observação participante.

Dois elementos merecem destaque. Primeiramente, a hipótese de que a usuária foi à Unidade buscar mais do que consulta ou medicação. Ela queria conversar. O vigia e o pesquisador foram os interlocutores encontrados. Na vivência da usuária, a USF poderia aparecer como *espaço de sociabilidade*. Essa hipótese leva a considerar a importância de a Unidade de Saúde oferecer, de forma sistemática, algo mais do que os produtos biomédicos tradicionais. Em segundo lugar, o fato de a usuária utilizar termos específicos da Estratégia Saúde da Família em seu discurso, mencionando o número de cadastro de sua família, o número de sua microrregião e o nome de seu médico de referência. Não só conhecia sua agente de saúde como demandava maior atenção por parte dessa profissional, conferindo-lhe *status* importante nos cuidados com sua mãe. É possível que, apesar das dificuldades, a USF tenha conseguido construir junto a alguns usuários certa *cultura de Saúde da Família*.

W. A. Mozart apresentou nos primeiros compassos de fugas da *Missa Longa* os temas que as compuseram (Mozart, 1775/2006). Este tópico fez uma humilde imitação. Espera-se que a delimitação precoce de certos Temas, extraídos da análise de conteúdo, facilite a apreensão da sequência do relato, em que esses núcleos de significação, assim como na música polifônica, se repetem, se buscam, se contrapõem e se complementam.

2.3.2. A RECEPÇÃO

Da entrada os usuários se encaminhavam para a recepção, uma sala, equipada com um balcão aberto, ocupada em geral por dois profissionais. Realizava-se ali a marcação de consultas na forma de “intercorrências” (o usuário recebia uma senha para ser atendido no mesmo dia) e de “agendamento” (marcava-se uma data na semana seguinte). As Cenas descritas a seguir, observadas na recepção (dentro da sala e à frente dela), incluem interações entre profissionais e usuários nesse espaço da Unidade.

Cena 1: em um “dia de puericultura”, reservado especialmente a grávidas, mães, bebês e crianças, a educadora física, Bianca, conversou com algumas usuárias e crianças chamando-as de “meu amor”. Sua expressão corporal e seu tom de voz, às vezes *infantilizador*, denotavam intimidade, remetendo a elementos expostos nos Temas 2 e 3 (uma lista de todos os Temas identificados está disponível no Anexo B).

Cena 2: uma auxiliar de enfermagem afirmou “hoje, por incrível que pareça, sobrou vaga na intercorrência”. Disse, em seguida, que os usuários frequentemente burlavam os procedimentos da Unidade, entrando indevidamente

na “fila de intercorrência”. A médica Miranda, que acompanhava a conversação, acrescentou: “eles enganam mesmo”. Em seguida, contou o caso de uma jovem mulher que fez uma queixa de dor abdominal na recepção e que, no consultório, revelou a ela, Miranda, que o verdadeiro problema era “ardência quando tem relação sexual” [problema que, segundo ela, deveria ser tratado como “agendamento” e não como “intercorrência”]. A auxiliar de enfermagem acrescentou “mas, a gente não pode questionar o usuário” e em seguida: “você vai ver muita briga aqui ainda”. Os dados indicam que a recepção da USF era lugar de relações conflituosas entre profissionais e usuários, remetendo ao Tema 6.

Cena 3: a enfermeira Elisa trabalhava na recepção e retomou o tópico da burla descrito na Cena anterior: “vem muita ‘demanda’ [o mesmo que intercorrência]. Mas, é demanda que não é demanda, né. A gente faz vista grossa. Às vezes, [o usuário] quer pegar medicação que devia ter pego um mês atrás e fala que está com dor nas costas”. Para esse problema, mencionou possível solução: “falou que está com dor nas costas, [o médico] vai tratar só dor nas costas!” e em seguida ponderou “mas, todo mundo [todos os profissionais] teria que fazer senão fica o bonzinho e o mauzinho. [...] Eles [os usuários] já sabem como funciona, e aí...”. Afirmou que era comum que usuários ligassem para a Unidade para saber qual médico atenderia às intercorrências. Escolhiam assim por qual médico seriam atendidos, utilizando-se da burla para obter atendimento naquele mesmo dia, ao invés de agendamento.

Os profissionais reprovavam a “falta de compreensão” dos usuários quanto à Estratégia Saúde da Família. Criticavam a demanda estritamente médica e

curativista formulada pelos usuários, em detrimento de ideias ligadas à prevenção e à promoção de saúde. Ao mesmo tempo, é preciso considerar que a burla, alvo da reprovação, possibilitava o acesso à consulta médica no mesmo dia e a escolha do profissional (contornando – sem resolvê-los – problemas mencionados por Campos *et al.*, 2008 e por Giovanella & Mendonça, 2008). Contornar um problema é característico do *jeitinho brasileiro*, procedimento para evitar ser *indivíduo* e afirmar-se como *pessoa* (Da Matta, 1997).

Escolher profissional e dia do atendimento são características comuns na prestação privada de serviços de saúde, incluindo *planos de saúde* dos quais os próprios profissionais de nível superior eram provavelmente clientes (o pesquisador o era, diga-se de passagem). A linha virtual evocada anteriormente, que delimitava aqueles bairros empobrecidos, incluía também uma repartição dos serviços sanitários. Diferenças entre “saúde para rico” e “saúde para pobre”, como mencionou Diana, uma das dentistas, em outra ocasião. A percepção dos usuários no registro da *alteridade* será relevante para análises posteriores.

Diferenças entre as próprias Unidades de Saúde eram percebidas. Elisa afirmou: “minha tia veio aqui [à Unidade] conhecer e me perguntou: ‘ué, não é tudo igual não?’”. Esclareceu que no local onde sua tia morava, bairro de classe média, a Unidade possuía bancos acolchoados e ar condicionado central, diferentemente da Unidade dos Quatro Cantos. Elisa reproduziu a resposta que deu a ela: “não, tia, os cacarecos vêm tudo pra cá!”.

Cena 4: Em outra sessão de observação, o pesquisador encontrou novamente a enfermeira Elisa na recepção. Em resposta ao cumprimento, ela disse “bom dia” rápida e mecanicamente. Depois de alguns instantes, com um

sorriso, dirigiu-se novamente ao pesquisador e disse pausadamente “Deus me livre [pausa] e guarde!” [com essa segunda frase, refez-se do tom inicial ríspido, justificando-o pelo excesso de trabalho naquele momento].

Geralmente, o comportamento de Elisa se caracterizava por empatia e cordialidade, tanto para com o pesquisador quanto para com os usuários e outros profissionais. Por isso, ao acompanhar seu trabalho na recepção, o pesquisador se surpreendeu com a rispidez e o embrutecimento de seu tom de voz e da formulação de suas frases. Suas respostas às perguntas das usuárias eram curtas e definitivas, demarcando insistentemente limites da Unidade, como nos exemplos: “*Só* à tarde”; “Então, *vai* medir a febre dela. Se ela estiver com febre, *vai* marcar para tarde”; “Pode ser que *não seja* o pediatra” [os grifos em itálico indicam palavras enfatizadas na fala]. Uma das usuárias atendidas, com semblante descontente, saiu da recepção resmungando algo sobre “esse lugar aqui...”.

O que agia, na interação com os usuários no espaço da recepção, para produzir o embrutecimento da voz e do discurso? É possível levantar algumas hipóteses explicativas: a percepção de falta de tempo para fornecer informações mais detalhadas; o medo de, ao adotar atitude empática, ser alvo ainda mais fácil da agressividade da população; a percepção da necessidade de afirmar claramente a ideia de que a Unidade tem limites e que não pode mesmo responder a todas as demandas; a ideia de que é preciso (re)agir com certa agressividade diante de usuários representados como agressivos, “barraqueiros”.

Uma agente de saúde comentou o comportamento de usuárias ali presentes que reclamavam e exigiam atendimento na sala de vacinação. Disse ao

pesquisador “cê viu que povo sem educação: eles são muito sem educação”. Em seguida, falou sobre uma discussão motivada por alguém que furou a fila, lembrou-se da *história-do-tapa-na-cara* e mencionou outra ocasião em que usuários quebraram os vidros da Unidade. “Brigam entre eles, brigam com a gente. Qualquer coisa, briga. Tem dia que está tranquilo. Parece que eles rezam antes de descer. Aí, fica mais tranquilo”.

Por volta das 8h50min, cerca de uma hora depois da movimentação intensa na recepção, a fila contava somente com quatro pessoas. As filas da sala de exames e da farmácia, por sua vez, ficavam cada vez maiores, indicando o fluxo recepção-consultórios-farmácia/exames. Elisa, ainda na recepção, atendia usuárias calmamente e com atitude sensivelmente mais empática. Isso indica que sua ansiedade⁷ e sua rispidez inicial poderiam estar associadas à imagem, possivelmente ameaçadora, da multidão que se aglomerava nas filas.

As observações realizadas indicaram que havia grande concentração de usuários na entrada e na recepção da Unidade nas primeiras horas da manhã e que, a partir de 9h00min, esse afluxo diminuía consideravelmente, permitindo que os profissionais assumissem outros padrões afetivos e outras práticas. Verificou-se a existência de certos *momentos de folga* em meio à sequência intensa de atividades que caracterizava o trabalho na recepção e na USF como um todo. Na linha das autorreflexões proporcionadas pelo procedimento, o pesquisador notou que demorou alguns meses para se dar conta desse fato e pensou que isso talvez se devesse à sua própria dificuldade em se dar folga.

⁷ O termo *ansiedade* é usado, na Tese, para denotar estado afetivo difuso de apreensão, expectativa e antecipação relacionadas a uma ameaça percebida ou sentida de forma não-consciente, estado que implica níveis variados de medo, com possíveis efeitos de agitação emocional e tensão muscular (Öhman, 2008).

Os *momentos de folga* se referem a certa quantidade de tempo livre, alguns minutos angariados pelos profissionais em meio a seu trabalho, utilizados para a conversação informal e para atividades de caráter lúdico. Na recepção já vazia, foi possível observar, por exemplo, auxiliares de enfermagem que tiravam fotos de si com um telefone celular, ao mesmo tempo em que comentavam uma matéria do jornal impresso estirado à frente. *Momentos de folga* parecidos puderam ser observados na cozinha da Unidade, na entrada, nos corredores, na farmácia, na sala dos enfermeiros, etc. Exercícios físicos na academia, o clima, a vida na roça, um pássaro de estimação trazido por uma das enfermeiras à Unidade foram exemplos de assuntos em conversas informais.

Cena 5: uma entrevista realizada com o enfermeiro Evandro permitiu elucidar parte das características do fluxo de usuários descrito acima. À frente do balcão da recepção, o pesquisador comentou com Evandro o fato de que aquele espaço parecia praticamente esvaziado a partir das 9h00min. Com discrição na voz, em tom de confiança, ele retrucou que isso estava relacionado a certas preferências de trabalho dos profissionais. Segundo Evandro, parte do fenômeno se explicaria pelo seguinte: os médicos marcavam todas as suas consultas matutinas para as 7h00min. Assim, eles obrigavam os usuários a chegarem o mais cedo possível, a pegarem senha e a esperarem (segundo a ordem de chegada) até cerca de três horas pelo atendimento.

A função desse procedimento era permitir que o médico terminasse seu turno mais cedo. O profissional cumpria certa cota de consultas, com os usuários que compulsoriamente esperavam, e podia sair da USF antes das 12h00min, horário de saída previsto em seu contrato de trabalho. Evandro acrescentou que:

“se o profissional não se sensibiliza para isso, é uma coisa para a direção né...”, dando a entender que o diretor da Unidade tinha conhecimento daquelas práticas e era conivente. Ainda Evandro: “se não fosse assim, melhoraria a recepção, a sala de preparo...”. O enfermeiro fez referência ao possível melhoramento do fluxo de atendimento se as consultas fossem marcadas em horários específicos e sequenciais utilizando todo o turno matutino, ou seja, até as 12h00min. Ver-se-á, no tópico seguinte, algumas consequências concretas para a sala de preparo.

É interessante destacar algumas impressões do pesquisador sobre Evandro: tratava-se de profissional especialmente crítico às barreiras que se levantavam cotidianamente à consecução mais plena dos objetivos do SUS, incluindo as barreiras interpostas pela atuação da própria equipe. Como ficará evidente em outros momentos do relato, foram observadas relações predominantemente cordiais e cooperativas (não-persecutórias, não-acusatórias) entre os profissionais da Unidade Quatro Cantos, incluindo Evandro. Portanto, quando ele fez os comentários descritos acima, o pesquisador não identificou em seu discurso o tom acusatório que poderia lhe ser atribuído. Parte da motivação de sua comunicação parecia ser esclarecer algo que poderia estar escapando à percepção do pesquisador, algo dos *segredos* próprios ao *backstage* da Unidade (Goffman, 1959). Comportamento corajoso, pois envolvia expor a equipe e a si próprio.

Aparentemente, a equipe agia como se quisesse atender rapidamente a demanda, feita por “esse povo”, expressão utilizada por uma das agentes para se referir aos usuários. *Você também não faz parte desse povo?* – retrucou, um pouco espantado, um personagem alemão do filme *Cinema, aspirinas e urubus*.

Essa questão (os profissionais de saúde e os usuários *fazem ou não fazem* parte do *mesmo povo*?) é central e será explorada mais adiante. Quanto às demandas dos usuários, os dados indicam que ela *se manifestava* como curativista e médico-centrada, o que não significa que ela se restringia a essas características.

Para o acolhimento de problemas relacionados ao álcool, quais as consequências de uma recepção lotada, frequentemente conflituosa e de profissionais submetidos à ansiedade e à exigência de rapidez? Aparentemente, a impermeabilidade e a exclusão. A impossibilidade de acolher os *problemas com o álcool começava do começo*: eles não tinham recepção. A Unidade dos Quatro Cantos não contava com estratégias específicas de identificação recomendadas pela literatura da área (Babor *et al.*, 2001; Ronzani *et al.*, 2007). Os dados descritos acima ilustram dificuldades organizacionais e psicossociais para a implantação dessas estratégias.

2.3.3. A SALA DE PREPARO

Da recepção, os usuários eram quase sempre encaminhados para consulta médica ou odontológica. Em quaisquer desses casos, eles deviam passar antes pela sala de preparo. Tratava-se de uma sala localizada perto dos consultórios, no fundo da Unidade. Duas auxiliares de enfermagem administravam ali procedimentos preparatórios para as consultas, de forma a dividir o trabalho clínico e tornar mais ágeis os procedimentos. Em adultos, aferia-se sempre a pressão, realizava-se a pesagem e eventualmente (em casos apontados pelos próprios usuários ou pelos profissionais) media-se a glicemia. Em crianças,

realizavam-se medições de peso e altura. Os dados eram anotados em prontuários e inseriam-se no bojo do acompanhamento longitudinal.

Note-se que a sala de preparo é um dos sinais da divisão de certos Fluxos da Unidade. A noção de Fluxo se refere a *tipos específicos de distribuição e de movimentação de usuários e profissionais no espaço e no tempo*. Chamaremos o primeiro desses fluxos de *Fluxo A*, caracteristicamente biomédico, envolvendo principalmente médicos, dentistas e enfermeiros, com usuários que passavam pela sala de preparo. O *Fluxo B*, por sua vez, não exigia que os usuários passassem pela sala de preparo, sendo caracteristicamente *complementar* (essa ideia será desenvolvida mais adiante), envolvendo principalmente a educadora física, o assistente social, a psicóloga e os atendimentos de grupo.

A sala de preparo possuía duas portas localizadas em lados opostos. Uma delas era voltada para o corredor que servia também como sala de espera. Outra era voltada para os consultórios, ou seja, dava acesso ao corredor perpendicular do fundo. Assim, ela se colocava explicitamente em lugar intermediário entre a recepção/espera e a consulta. Dentro dela, havia duas mesas utilizadas pelas auxiliares de enfermagem para atender os usuários, com cadeiras opostas, uma de cada lado da mesa. Havia também leito pediátrico, estante, cômoda com gavetas, balança pediátrica, pia, materiais de higiene. O ambiente era climatizado e decorado com motivos infantis.

A única sessão de observação realizada nesse espaço começou com uma referência espontânea ao consumo de álcool por parte de uma funcionária da limpeza. Ela trazia lençóis para a sala e os guardava nos armários quando afirmou “não sei como é que num tempo desses [chovia] esse pessoal não fica

em casa. Sexta-feira e segunda costuma dar muita gente. Eles tomam todas no final de semana, aí segunda enche”. Verificou-se novamente a referência à ideia dos abusos cometidos por usuários no final de semana.

Foi observada uma série de atendimentos realizados pelas profissionais na sala de preparo. Em um caso, uma auxiliar aferiu a pressão de uma senhora que aparentava ter cerca de 40 anos, pediu que ela subisse na balança e conferiu o resultado de longe. Trocaram poucas palavras. A auxiliar anotou os resultados e encaminhou a usuária para a sala de espera, informando o número do consultório. Em outro atendimento, uma senhora aparentemente um pouco mais jovem se submeteu aos mesmos procedimentos. Notou-se novamente pouquíssima comunicação. A auxiliar lhe disse “só passar por ali e aguardar” e a usuária saiu da sala rispidamente, como se estar ali tivesse sido uma obrigação indesejada.

Segundo as profissionais, havia ocasiões em que os usuários se dirigiam à sala de preparo sem ter consulta marcada, unicamente para se fazer aferir a pressão, por exemplo, no quadro do acompanhamento de doença hipertensiva. Foi o caso de uma senhora que se apresentou a uma das auxiliares de enfermagem dizendo que não se sentia bem. Foi possível observar que essa fala não foi acolhida pela profissional, que não lhe fez qualquer comentário ou pergunta a respeito de seu mal-estar. Aferiu sua pressão, disse-lhe “doze por oito” e a usuária saiu da sala em silêncio.

“Próximo”, gritou a profissional sem se levantar da cadeira. Dois senhores entraram na sala. Parte dos diálogos é exposta a seguir: “dezesseis por nove. É controle, ou o senhor vai consultar?” – “Vou consultar” – “Sobe então na balança”.

Enquanto isso, a outra auxiliar, dirigindo-se ao outro senhor: “tá doze por sete, pressão de menino”. Em seguida, gritou “próximo”, “tem algum próximo ou não?” e, diante da ausência de mais usuários, afirmou “Aleluia!”.

A pausa nos atendimentos se apresentou como oportunidade para entrevistar as profissionais. Ao longo da conversa, as auxiliares falaram sobre uma série de iniciativas e de providências que tomaram com o objetivo de organizar e melhorar o trabalho da sala de preparo. Um exemplo se referia ao controle dos exames de glicemia. Uma delas disse: “antes, vinha gente querendo furar o dedo para saber se estava com diabetes” e “o material para furar o dedo é escasso, às vezes falta”. Segundo elas, esforçaram-se para explicar aos usuários que o exame para detectar o diabetes era específico e solicitado por médico. Outro exemplo se referia ao acompanhamento do programa Bolsa Família (ao qual os profissionais da USF se referiam como “o Bolsa”). Para continuar a receber o benefício do Governo Federal, as famílias – em quase todos os casos, as mulheres – deviam levar suas crianças à USF regularmente, além de cumprir outras exigências. Mencionaram a elaboração de um cartão datado que organizou esse fluxo de usuárias.

Em seu discurso, mostraram orgulho por seu trabalho. Compararam-no ao que era “antes”: as funcionárias “ficavam ali só medindo pressão, lendo jornal e revista”. “Antes”, os médicos ficavam buscando materiais e serviços auxiliares e “ninguém ajudava”. A reorganização que afirmaram ter feito envolvia: copiar a agenda da recepção, saber onde estavam todos os profissionais (médicos e enfermeiros), saber de que eles iriam precisar (por exemplo, sonares, gel, fita métrica, etc.) e adiantar a disponibilização desses materiais nos consultórios.

Periodicamente, completavam pastas de documentos que ficavam nos consultórios (pedidos de exame, prontuários, etc.): “não estressa o médico”. Acompanhavam exames ginecológicos feitos por médicos e enfermeiros homens, “porque eles precisam de um respaldo” (interessante determinação de gênero no trabalho da USF). Concluíram: “nós conseguimos transformar a sala de preparo em um dos setores mais organizados da Unidade”.

Comentaram a organização do trabalho e o funcionalismo público: “quando você trabalha num setor que todo mundo fala a mesma língua, fica mais fácil”. Em seguida: “você trabalha no setor público, mas não precisa trabalhar como funcionário público... Pode trabalhar como funcionário particular, que tem aquela preocupação em ter tudo organizadinho”. Encontrou-se novamente a ideia “saúde para rico [...] saúde para pobre” mencionada acima. As auxiliares afirmaram que, *mesmo sendo funcionárias públicas*, trabalhavam com cuidado, critério e dedicação. Mostraram-se envolvidas com seu trabalho e orgulhosas de suas iniciativas.

É possível considerar, contudo, que suas iniciativas e sua dedicação tinham se concentrado nos materiais, nos procedimentos, nos espaços, nos fluxos, ou seja, nos aspectos *externos à relação propriamente dita com os usuários*. Ficou claro que o foco se dirigiu à *eficiência administrativa*, não propriamente à *eficiência clínica*, e de forma alguma à *eficiência psicossocial*. Isso se refletiu, por exemplo, na escassez de comunicação e de escuta observada nos atendimentos. Parecia ser mais evidente (talvez mais *fácil?*) concentrar-se nas coisas do que nas pessoas.

Logicamente, isso dificultaria a detecção e a abordagem de possíveis *problemas com o álcool*. Durante a observação, a sala de preparo se destacou como espaço potencialmente pertinente e estratégico para a identificação desses problemas, já que a maioria dos usuários passava por ali, com aplicação de instrumentos como o AUDIT (Babor *et al.*, 2001). Tendo em vista esse potencial, o pesquisador questionou as auxiliares sobre a comunicação com os usuários. Parte desse diálogo é apresentada a seguir:

Pesquisador: às vezes, vocês perguntam mais coisas [aos usuários], sobre sua doença, sua vida?

Auxiliar: sim... mas, a gente não pode conversar muito senão a fila cresce.

Pesquisador: mas, [se] a fila crescer, não chega a atrapalhar o fluxo dos consultórios, né?

Auxiliar: os médicos começam a bater na porta aqui pedindo para medir a pressão de fulano, pra atender logo.

Esses dados ilustraram um tipo de impedimento organizacional para a implantação de estratégias de identificação e intervenção breve. Em um plano de análise mais amplo, indicaram que o fluxo biomédico da USF estava mais centrado nos procedimentos que nos usuários, com pouco espaço para sua fala.

2.3.4. A SALA DE ESPERA

Os usuários entravam e saíam da sala de preparo pela mesma porta, aquela que era mais externa. A porta voltada para o corredor dos consultórios era

utilizada somente pelos profissionais. Mas, no que diz respeito à ocupação dos corredores, não havia separação. Em horários movimentados, toda essa área da USF, inclusive o corredor dos consultórios, era ocupada por usuários que esperavam consultas. Nesses momentos, as cadeiras existentes se mostravam insuficientes e encontrava-se não raro mais da metade dos usuários esperando em pé. Por exemplo, em uma sessão de observação com sala de espera cheia, em uma quinta-feira, às 8h15min, contaram-se 34 mulheres (adultas ou jovens), seis homens (adultos ou jovens), sete crianças e nove crianças de colo, num total de 56 usuários.

Normalmente, a sala de espera era um lugar de conversação, principalmente para as mulheres. A conversa das usuárias formava burburinho constante. Os homens, sempre menos numerosos, geralmente esperavam calados por suas consultas. Os médicos (com menor frequência, os enfermeiros e outros profissionais) ficavam a maior parte do tempo dentro dos consultórios, saindo de vez em quando para chamar os usuários. Perguntavam por senhas, números ou cores de fichas. Técnicos e auxiliares entravam e saíam dos consultórios levando e trazendo materiais de apoio. A maior parte dos usuários, ao sair das consultas, dirigia-se à farmácia.

A sala (área) de espera foi palco de manifestações de descontentamento por parte de usuárias. Uma usuária comentou sobre uma médica e mostrou desconfiança quanto ao trabalho da USF: “ela não chegou ainda. Eles [funcionários da recepção] tão tentando ligar pra ela, mas ‘esse ligar deles’...”. Outra usuária afirmou: “E o pessoal aqui ‘roda a baiana’. Teve até uma que deu um tapa na enfermeira” [reencontra-se a *história-do-tapa-na-cara*, dessa vez

evocada por uma usuária, mostrando que ela não marcou somente os profissionais]. A usuária continuou: “já deu muito barraco aqui nesse lugar. Principalmente dia de segunda-feira. Não é nada de graça não. A gente não paga imposto? Nem a água que você bebe é de graça”. Outra usuária reclamou: “ficar uma hora e meia aqui esperando médico...”.

O mesmo tópico foi encontrado em outra sessão de observação. Na conversa entre duas usuárias, uma delas reclamou sobre o atraso de um médico, agitando as mãos no ar: “todo médico chega, menos o Dr. Mauro! Ele é o último que chega aqui!”. Em seguida, reclamou da relação com esse médico no momento da consulta: “vou falar pra ele: ‘Dr., olha pra mim! Eu sei que sou velha e feia, mas olha pra mim!’ Ele não olha pra gente de jeito nenhum! Não sei se é preconceito que ele tem...”. Cerca de uma hora depois, o médico ainda não havia chegado. Nesse momento, foi possível observar a mesma usuária falando ao telefone celular, reclamando agressivamente em altos brados, utilizando palavras contra o médico e contra a Unidade.

Especialmente esse médico, Mauro, parecia desagradar os usuários. Em outra ocasião, observou-se uma breve conversação sobre ele entre usuários, um homem e uma mulher: “Tem profissionais e profissionais”; “O médico tem que conversar com o paciente!”; “Não aguento consultar com aquele homem!”. Profissionais comentaram que os usuários se utilizavam das práticas de *burla* descritas acima para não serem atendidos por Mauro. Isso indica que a *burla* não era feita unicamente para escolher o médico desejável, mas também para evitar o médico indesejável.

Alguns dias depois, registrou-se, na sala de espera, mais uma manifestação de agressividade por parte de uma usuária, que reclamava especificamente das numerosas filas e da demora do atendimento. Dirigindo-se a outra mulher, exclamou: “Não... Mas tem que chamar aquele idiota daquele coordenador [Bruno] aqui pra ver a burrice que ele tá fazendo nessa Unidade!”, fala acompanhada de agressividade na voz e na expressão corporal.

A representação dos usuários como “barraqueiros”, por parte dos profissionais, encontrou ecos cotidianos em falas e atos de usuárias. Tratar a representação como mero reflexo seria, entretanto, simplista. Representar significa construir mundos. Uma vez que as representações são construídas coletivamente por meio da interação e da comunicação, caberia supor relação de engendramento mútuo entre a atividade representacional dos profissionais e as práticas dos usuários. A primeira também determinava as segundas. No processo de objetivação dos usuários como “barraqueiros”, agiam processos sócio-cognitivos de seleção ativa de conteúdos (crenças, imagens, afetos), generalização e naturalização de atributos. A objetivação implica certa economia da percepção. A partir de *um usuário barraqueiro* era possível inferir que *os usuários eram barraqueiros*.

Em outra Situação na sala de espera, o médico Márcio interagiu com um usuário jovem, que aparentava ter cerca de 25 anos. Márcio mostrava-se hipercinético, agitado (talvez pela carga de trabalho). Deu *tapinhas* no boné do usuário, que se encontrava sentado, e lhe disse: “Chegou agora? Já mediu pressão? [resposta negativa] Então tem que ir nessa salinha aqui ó [assoviou e apontou a sala de preparo] Vai medir a pressão enquanto eu vou tomar uma

água”, dirigindo-se então para a cozinha. Na volta, pelo mesmo corredor, cumprimentou o pesquisador e perguntou sobre os objetivos da pesquisa. Comentou brevemente o funcionamento da Unidade, falando sobre a sala de preparo. Com voz alta e apontando para o usuário ali presente, disse: “igual a ele ali, que foi agora medir a pressão”.

Em seguida, começou a falar sobre a possível implantação do procedimento de “avaliação inicial” na Unidade. Tratava-se de avaliação clínica preliminar dos casos de intercorrência, aos quais seriam atribuídas senhas coloridas conforme ordem de prioridade, e não mais conforme ordem de chegada. “Vamos ficar chic. Vai funcionar igual à UNIMED [rede privada de assistência médica]” – afirmou. Em seguida, disse: “Tem gente [usuário] que vai chiar pra caramba. Se pegar verde [cor que significa mínima prioridade de atendimento], pode ser que fique o dia inteiro esperando”. Continuou: “outra coisa é aquilo ali [apontou para um cartaz que tratava do respeito ao idoso]. Os idosos vão ter prioridade e aí vai ter gente que vai chiar pra caramba: elas aqui ó...” [apontou para duas senhoras, uma com bebê no colo, sentadas ao lado do pesquisador]. Márcio conversou com o pesquisador por alguns minutos, enquanto o primeiro usuário descrito aguardava a consulta.

Aspectos relevantes podem ser depreendidos dessa Situação. Note-se a infantilização, com os *tapinhas* no boné de um usuário adulto, com o substantivo no diminutivo, “salinha”; com o assobio. Note-se também certa *coisificação*, na medida em que o médico falou dos usuários, o jovem e as duas senhoras, na presença deles, a uma terceira pessoa, sem incluí-los na conversação. Destaca-se também a imposição da espera, o jovem foi levado a tolerar, sem receber

verbalmente justificativas, o atraso no início da consulta. Infantilização e coisificação foram encontradas em outras Situações e, na sequência da análise, se mostrarão como elementos relevantes das interações profissionais-usuários em geral e profissionais-usuários alcoolistas em específico.

2.3.5. OS CONSULTÓRIOS

Chegar ao consultório correspondia ao final de um *caminho de interiorização progressiva* percorrido pelo usuário na Unidade de Saúde. Com efeito, em consonância com outros estudos (por exemplo, Schraiber *et al.*, 2010), as demandas *explícitas* feitas pelos usuários à Unidade pareciam ser essencialmente centradas nas consultas médicas. O que levanta as questões: os usuários não sabiam ou não queriam demandar outros *serviços*? Outros *serviços* realmente não eram direta ou indiretamente demandados? A palavra *explícitas* está destacada, pois acredita-se que os usuários também faziam (e fazem) uma série de demandas *implícitas* à Unidade, que convocam processos intra, inter e extra consultas médicas.

De qualquer maneira, faz sentido falar em um *caminho de interiorização progressiva*, uma vez que, ao chegar ao consultório, o usuário está *mais dentro da Unidade do que nunca*. Estar ali corresponde estar onde ele esperava estar, ter o que ele veio *explicitamente* buscar.

Os consultórios eram salas relativamente pequenas, equipadas com uma mesa e algumas cadeiras. Um biombo dividia cada sala, criando um espaço mais reservado, onde se localizava um leito para exames. Em consonância com a atividade clínica *básica* que se espera encontrar nos serviços de APS, notava-se

que os equipamentos médicos eram simples, com baixa densidade de *tecnologias duras*. As *tecnologias leves*, aquelas relativas às interações e dinâmicas afetivas entre profissionais e usuários, são aspecto central da APS (Franco & Merhy, 2007).

Isso leva à questão do que se passava concretamente dentro dos consultórios. O planejamento da observação participante não incluiu a coleta desse tipo de dado por motivos já expostos. Entretanto, de forma inesperada e oportuna, a chance de realizar observações de atendimentos individuais em consultórios se apresentou. Durante uma das observações realizadas na sala de espera, o pesquisador encontrou uma das profissionais de nível superior, PNS-1, com quem conversou brevemente sobre a pesquisa. A profissional informou que realizava, naquele momento, entrevistas iniciais para inclusão de usuários no grupo de apoio ao tabagista e convidou o pesquisador a observar essas entrevistas.

Nas Cenas observadas, a profissional se sentou na cadeira reservada, próxima à parede. Os usuários sentaram-se na cadeira posicionada à frente, do outro lado da mesa. O pesquisador se sentou ao lado dos usuários, que foram informados sobre a pesquisa e consentiram com sua presença. A profissional dirigiu essas entrevistas por meio de questionário padronizado, que recolhia principalmente informações sócio-demográficas e relativas aos hábitos de consumo do tabaco, além de questões sobre exames realizados, eventuais sintomas, alergias e consumo de álcool.

A primeira entrevista observada foi realizada com um jovem adulto. A primeira questão foi “onde trabalha?”, ao que a profissional acrescentou

rapidamente que tanto a entrevista inicial quanto a frequência ao grupo permitiam a emissão de comprovantes de presença, utilizados para justificar eventuais faltas ao trabalho. A profissional explicou o funcionamento do grupo de apoio, mencionou os adesivos utilizados para a reposição de nicotina e frisou a necessidade de assinar um termo no caso de recurso aos adesivos.

As informações sócio-demográficas incluíam, por exemplo, idade, endereço, estado civil e religião. Aquelas relacionadas aos hábitos de tabagismo eram, entre outras: “quantos cigarros fuma por dia? Qual o mais gostoso do dia? Já tentou parar de fumar? Por que volta? Gosta de fumar? Acha saboroso? Te acalma? Acha charmoso?”.

A profissional fazia as questões com voz alta e assertiva, olhando diretamente para o usuário e anotando as respostas no questionário. Sua postura era certamente atenciosa, mas pouco acolhedora. Ela sobrepunha uma questão à outra de forma rápida. Sua voz alta e sua relativa eloquência contrastavam claramente com as respostas monossilábicas e em voz baixa dos usuários. Essas características da interação permitiram supor que o contato com os usuários gerava ansiedade, possivelmente relacionada à imprevisibilidade de cada encontro clínico e à necessidade de fornecer rapidamente resposta *competente* à demanda do usuário, parte relevante das crenças que profissionais de saúde constroem sobre sua própria atuação. A voz alta e a insistência no caráter estruturado do questionário podem ser interpretadas como estratégias para lidar com a ansiedade. Seguem-se trechos da primeira entrevista, que podem ilustrar essas análises:

PNS-1: bebe final de semana? Todo dia? Como é que é?

Usuário: nunca. [a profissional se contentou com essa resposta e passou rapidamente a outra questão]

[...]

PNS-1: o que o cigarro atrapalha?

Usuário: trabalho, futebol.

[...]

PNS-1: [afirmou que ligaria para o usuário para marcar o primeiro encontro do grupo] quer a declaração? [de comparecimento à entrevista]

[Enquanto a profissional redigia a declaração, o silêncio permitiu finalmente que o usuário falasse sem a mediação do questionário estruturado. Ele comentou sobre um colega que parou de fumar. A profissional não reagiu a essa fala *livre*. Possivelmente por causa disso, o usuário calou-se].

Uma segunda entrevista, realizada também com um adulto jovem, transcorreu como se segue:

PNS-1: o que que te traz aqui?

Usuário: vontade de parar de fumar.

PNS-1: ah! Gosto de ouvir assim! [questionou o usuário sobre sua disponibilidade de tempo]. O grupo não é palestra, é trabalho de grupo. A gente discute tudo sobre o cigarro e tenta dar dicas para as pessoas pararem de fumar. [...] Diante disso que eu te falei, você quer participar do grupo?

Usuário: Se der resultado...

PNS-1: você só vai saber se participar.

O usuário colocou o funcionamento do grupo em questão afirmando que “todo fumante já sabe que o cigarro faz mal”. Para responder, a profissional recorreu à autoridade da ciência, dizendo que a explicação do grupo “é fisiológica”: “explica o que você está sentindo e como fazer para lidar”. À questão sobre o consumo de bebidas alcoólicas, o usuário respondeu que bebia “de mês em mês” e também neste caso não houve maiores aprofundamentos. Constatava-se novamente a ansiedade da profissional, que parecia querer terminar rapidamente a aplicação do questionário. Ela agitava os pés na cadeira, enquanto passava rapidamente de uma questão a outra. O usuário afirmou que voltou a fumar quando “deu umas recaídas com a ex-mulher”, ponto que também não foi explorado pela profissional. Na sequência, o usuário queixou-se sobre sua própria compleição física:

Usuário: eu me acho muito fino, os braços...

PNS-1: é muito fino porque você não exercita os músculos. [...] Exercício para você é fundamental!

Usuário: eu tô pensando em entrar mesmo.

PNS-1: isso! É só a gente querer!

Verifica-se que a profissional intencionava *aconselhar* e *motivar* o usuário, atividades certamente importantes para a atuação em saúde. Cabe, no entanto,

notar que aconselhar e motivar são procedimentos essencialmente *externos* ao usuário, ou seja, intervenções *unilaterais* por parte do especialista. Se tomados como estratégia principal, podem impedir justamente a expressão do usuário (Campos, 2003), ou seja, de suas possíveis questões, crenças, práticas e representações.

A terceira entrevista é particularmente interessante. Ela foi realizada com um usuário mais velho que os precedentes, aparentando ter entre 45 e 50 anos, que se apresentou com forte cheiro de álcool. Nesta entrevista, o questionário estruturado pareceu cumprir ainda mais a função de *proteger* a profissional do contato com o usuário, pois ela olhava mais frequentemente para o papel enquanto conversava com ele. A profissional incluiu nesta entrevista questões que não fez aos outros dois usuários observados, por exemplo, se o usuário já havia tido convulsões, se ele já havia seguido tratamento psicológico ou psiquiátrico. Segue parte da interação:

PNS-1: E bebida? Bebe todo dia?

Usuário: Todo dia. [o usuário não hesitou em confirmar seu consumo diário de álcool]

[A profissional procurou um formulário específico e aplicou o CAGE⁸. Sua técnica de aplicação se restringiu a formular as questões e registrar as respostas, sem qualquer espaço para maiores elaborações por parte do usuário].

[...]

⁸ O CAGE é um questionário padronizado para triagem de problemas com o álcool, composto por quatro questões de tipo sim ou não.

Usuário: [aproveitando um momento de pausa das questões] eu não durmo à noite.

PNS-1: [ateve-se ao questionário estruturado] acorda e fuma depois de quantos minutos?

Sob ponto de vista psicológico, e também clínico em geral, a fala do usuário “eu não durmo à noite” pode ser considerada importante e merecedora de aprofundamento (Campos, 2003; Oliveira *et al.*, 2006). A partir dessa fala, muitas questões seriam possíveis (por exemplo: que motivos acha que levam à insônia? Como isso afeta as pessoas ao seu redor? Já tentou tratar esse problema? Acha que pode ter alguma relação com o consumo de álcool?, etc.), questões que poderiam levar a certa implicação do sujeito com sua condição (Tenório, 2000) e à criação de vínculo com a profissional, instrumento central da APS.

Entretanto, a profissional não aproveitou essa fala para realizar esse tipo de aprofundamento. Ateve-se ao questionário estruturado e formulou a pergunta seguinte sobre quantos minutos levava para fumar o primeiro cigarro depois de acordar. Dificilmente se poderia imaginar uma forma tão clara de ignorar a fala do usuário: como ele poderia *acordar* se tinha acabado de dizer que *não dormia*?

A entrevista prosseguiu com mais questões sobre o consumo do tabaco. Notava-se que a voz da profissional era alta demais para a distância entre ela e o usuário e tinha certo tom professoral (assemelhando-se a uma professora que, ao falar com uma criança, se utiliza da voz forte para impor autoridade). A profissional explicou o funcionamento do grupo, citou o uso dos adesivos e afirmou que ligaria para informar sobre a primeira sessão. Interessante destacar

que, além de a questão do possível alcoolismo não ter sido realmente abordada, também não houve encaminhamento para o serviço especializado, ou seja, o CAPS-ad do município. O alcoolismo estava presente e, no entanto, ausente.

Após esse atendimento, o pesquisador realizou uma entrevista com a profissional. Primeiramente, questionou-a sobre o grupo de apoio ao tabagista. Ela afirmou que, em geral, o grupo atendia mais mulheres que homens e que as mulheres paravam mais de fumar que os homens. Afirmou que: “é muito legal, porque a gente consegue [a abstinência] com mais de 50%. No último grupo foram oito [participantes] e cinco pararam. É muito gratificante ver que você participa dessa transformação na vida da pessoa”. Falou dos adesivos e dos remédios como mecanismos terapêuticos centrais. Ao ser questionada se achava que os usuários entrevistados parariam de fumar, relutou um pouco para responder e disse: “acho que no caso do Sr. [o usuário com mais idade] vai ser muito difícil. Está associado com a bebida. Ele é alcoolista”.

O pesquisador perguntou por que ela tinha percebido o usuário como alcoolista, ao que ela respondeu: “ele bebe todo dia!”. Acrescentou que o usuário respondeu afirmativamente a três questões do CAGE. Sobre as possibilidades de tratamento, disse que “a Unidade não tem recursos para tratá-lo. Na Prefeitura [na rede municipal], tem o CAPS-ad. Se lá tem tratamento para isso, por que não tem aqui?”. Sobre o que ela achava que a Unidade deveria ter, citou “remédios que poderiam ajudar”. Disse que tentaria envolver “o médico dele” no tratamento e acrescentou “mas isso é uma coisa minha”, dando a entender que se tratava de um esforço extra, não previsto nas rotinas da Unidade. Afirmou que tentaria fazer

ele “parar” com a bebida e com o cigarro ao mesmo tempo. Da descrição dessa situação, é possível depreender quatro Temas associados ao alcoolismo:

- Tema 12: a percepção de incapacidade da Unidade de Saúde de lidar com o caso de alcoolismo;
- Tema 13: a percepção de que tratar casos de alcoolismo significava essencialmente administrar medicação psicotrópica, associada à falta de menção ou clareza quanto à abordagem de reabilitação psicossocial;
- Tema 14: a percepção de que o tratamento do alcoolismo devia ser centrado na promoção da abstinência, associada à falta de menção ou clareza quanto à abordagem de redução de danos;
- Tema 15: a ausência de previsão de fluxos para a suspeita de problemas com álcool, levando à tentativa de improvisado por parte da(o) profissional.

Acrescente-se que, nas semanas subsequentes, o pesquisador buscou notícias do usuário junto à profissional. Ela afirmou que ele não compareceu às sessões do grupo de apoio ao tabagista.

O usuário era alcoolista? Não se pode afirmar com certeza. O diagnóstico especializado não é tão simples (Bertolote, 1997; Rotgers & Davis, 2006). É certo que se apresentaram indícios da pertinência desse diagnóstico: o resultado positivo em um teste de triagem (CAGE) e o fato de o usuário se apresentar com forte cheiro de álcool em uma quinta-feira por volta das 15 horas. De qualquer maneira, o usuário foi *percebido* como alcoolista pela profissional, como atestaram seu comportamento diferenciado ao longo da interação e a entrevista realizada em seguida.

O que determinou essa percepção? Além das respostas ao CAGE, pode-se inferir que o cheiro e a aparência do usuário foram elementos importantes, bem como certa dificuldade do usuário em compreender as questões e em respondê-las. Esses elementos evocam o processo de objetivação (Moscovici, 1961), que responde à necessidade de dar *imagem concreta* a um conceito abstrato (o alcoolismo), permitindo enxergá-lo na realidade (*um alcoolista*).

A interação social *gera* representações sociais e a observação participante permitiu investigar certos processos de gênese. Ao acompanhar essa última entrevista, assistiu-se à objetivação do usuário como alcoolista por parte da profissional. Um fenômeno e seus múltiplos sinais (o usuário) foram interpretados pela profissional com base em quadro conceitual prévio, por meio de noções ativamente selecionadas e que forneceram balizas para a orientação de seu comportamento. Pode-se dizer que a representação social do alcoolismo foi *mobilizada* no quadro de uma interação social para orientar e justificar práticas. Pode-se dizer ainda que, mais que mobilizada, essa representação foi *(re)criada* ao longo da interação. Mais que um *objeto*, a representação é um *processo*. Ela é tributária do passado, mas vive no presente.

Um usuário foi percebido como alcoolista, alguém a ser tratado com certa distância, portador de um quadro com prognóstico desfavorável (“acho que no caso do Sr., vai ser muito difícil. Está associado com a bebida. Ele é alcoolista”). O processo de ancoragem é simultâneo ao de objetivação (Moscovici, 1961). A percepção do alcoolista foi ancorada em sistema de representações e práticas pré-existente, notadamente sobre os usuários em geral, sobre o papel dos

profissionais de saúde e sobre os potenciais e limites da Unidade (reflexões mais detalhadas sobre a ancoragem podem ser encontradas no Capítulo 5).

Como resultado desses processos de objetivação e ancoragem, vê-se surgir uma primeira *Figura do alcoolista* na Unidade de Saúde. O alcoolismo foi representado como *comorbidade*, ou seja, como manifestação coocorrente a outra queixa (*explícita*) que trouxe o usuário à Unidade. A essa representação como *doença coocorrente*, correspondeu a *Figura do alcoolista presente e, no entanto, ausente*. O alcoolismo foi *percebido* e se fazia, portanto, presente. Mas, ao mesmo tempo, *construiu-se sua ausência*, quando não foram acolhidas as falas relativas a essa condição e quando não foram disponibilizadas alternativas de diagnóstico preciso e de tratamento.

O relato apresentado descreveu práticas em consultórios, mas não tratou das consultas individuais mais tradicionais e mais frequentes realizadas na Unidade (principalmente médicas). No entanto, é possível considerar que as consultas tradicionais guardem correspondências importantes com os elementos observados, com consequências similares para os problemas relacionados ao álcool. Dados descritos no Capítulo 3 fortalecem essa hipótese.

2.3.6. A FARMÁCIA

As consultas geralmente resultavam em prescrições de medicamentos. Por isso, o *caminho de volta* dos usuários, depois dos atendimentos nos consultórios, incluía em geral uma passagem pela farmácia da Unidade. Tratava-se de uma terceira e última fila. Primeiro, enfrentava-se a fila para a recepção; em seguida, para as consultas; finalmente, para a farmácia. Chegava-se então a um guichê

com um vidro que tinha aberturas por meio das quais os usuários mostravam suas receitas, conversavam com os auxiliares e recebiam os medicamentos. Em quase todos os casos, o atendimento aos usuários que vinham das consultas era feito por dois auxiliares de farmácia (um homem e uma mulher jovens), que ficavam sentados frente ao vidro do guichê.

O interior da farmácia era equipado principalmente com armários, onde se guardavam os medicamentos. No fundo da sala, em uma espécie de espaço separado, encontrava-se a mesa de trabalho da farmacêutica, Flávia.

Uma entrevista com essa profissional permitiu obter alguns dados gerais sobre o trabalho nesse setor. Perguntada se atendia a muitos usuários, afirmou que o “bate e volta” (ou seja, a maior parte da demanda que vinha das consultas) ficava a cargo dos auxiliares, orientados por ela sempre que necessário. Flávia disse que se ocupava de casos “mais complicados”, citando como exemplo casos de saúde mental, entre outros. Afirmou que a maior parte de seu trabalho era lidar com esses casos e discutir a “medicação dos usuários com outros profissionais”.

O pesquisador perguntou se muitos usuários alcoolizados recorriam à farmácia. Ela afirmou que sim e que um deles vinha toda semana. À questão de se ela atendia geralmente esses casos, respondeu: “olha só, o que eles [auxiliares de farmácia] acham que eles não dão conta, eles passam pra mim”. Comentou sobre a dispensação de preservativos a esses usuários (esse ponto retornará no final deste tópico) e afirmou que a diretriz era fornecer vinte preservativos, mas que, se o usuário vinha toda semana, entregavam-se menos. “Se ele está alcoolizado, caindo, o vigilante para ele lá [na entrada da Unidade –

reedição dos Temas 10 e 11]. Se pelo menos ele sabe o que está fazendo, não tem como negar [os preservativos]”.

Os auxiliares também foram entrevistados e fizeram referência ao trabalho da farmacêutica. A auxiliar de farmácia afirmou que é Flávia quem devia autorizar, por exemplo, a mudança na forma de administração de um medicamento de comprimidos para gotas, caso necessário. Afirmou que “ela [a farmacêutica] interage bastante com os usuários”. Mencionou a participação de Flávia no grupo de apoio ao tabagista e em visitas domiciliares.

A auxiliar de farmácia descreveu seu trabalho. Mostrou a forma padrão de dispensação dos medicamentos, fichas de registro diário em papel e formulários no computador. Afirmou que “pela manhã, é bem movimentado”. Mostrou caixas, guardadas em um armário, marcadas com nomes de “usuários de saúde mental”, com kits de medicação a serem entregues semanalmente.

Perguntada sobre o que achava desses usuários “de saúde mental”, afirmou que “faltava assistência”, que eles precisariam de “mais acompanhamento”, que a SEMUS incentivava que se fizessem grupos e oficinas, mas que não dava o apoio necessário (materiais e capacitação, para psicóloga ou para outros profissionais). O pesquisador questionou sobre os alcoolistas e ela se lembrou de um caso recente, envolvendo a farmacêutica e a equipe de apoio matricial. Esquivou-se da questão afirmando que “não sabia dizer” e que se deveria conversar com Flávia sobre esse assunto. Segue-se parte de um diálogo com o outro auxiliar de farmácia, que falou sobre alguns desafios de seu trabalho:

Auxiliar: Tem muito usuário que é avesso à medicação, dependendo do tamanho do comprimido. [afirmou que, se o comprimido for muito grande, sua aceitação por parte dos usuários é menor]. Se é AAS [ácido acetilsalicílico]... que eles sabem que 'afina o sangue', eles ficam meio assim... Tem muitas crenças, né.

Pesquisador: E como faz com essas crenças?

Auxiliar: A gente fica insistindo. Às vezes, chama a farmacêutica para ajudar. Tem vez que a gente sabe que o usuário não está tomando direito, que está estocando remédio em casa.

Pesquisador: Em geral, eles aceitam orientação?

Auxiliar: Sim. Insistindo, né. Às vezes, a gente já conhece a pessoa e pergunta 'e aí? Como é que está lá'.

Uma série de interações entre auxiliares e usuários foi observada. Algumas vezes, os auxiliares informavam aos usuários que certos remédios receitados não estavam disponíveis na farmácia, como no exemplo: "tá tendo que comprar esse remédio. Esse outro também. Um a Prefeitura não tem mesmo e outro tá em falta lá no almoxarifado. Nenhuma US tá tendo". Foram observados três casos desse tipo. Em nenhum deles, houve manifestação de revolta por parte dos usuários. Em um dos casos, a auxiliar sugeriu a uma usuária que ela se dirigisse à Farmácia Popular: "mesmo que seja longe, vale à pena ir lá pelo preço e pra não ficar sem o remédio. No total, a Senhora vai gastar uns dez reais" [a profissional considerou, nessa conta, o valor da passagem de ônibus].

Os auxiliares pareciam esforçados em atender bem e prontamente. Em geral, seus procedimentos se davam na seguinte ordem: cumprimentavam os usuários; anotavam uma série de informações em fichas e no computador; localizavam a medicação em um armário; entregavam-na ao usuário; explicavam modo de uso e frequência, eventualmente insistindo em alguns detalhes; falavam sobre a data em que o usuário deveria retornar; perguntavam se o usuário queria uma “sacolinha” para transportar a medicação. Segue-se um exemplo de interação, em que duas irmãs se apresentaram ao guichê, mostrando a receita médica:

Auxiliar: Juliane [nome fictício] é você? Vocês são gêmeas? [empaticamente, a profissional fez referência à semelhança entre as irmãs. Uma das usuárias pediu mais informações. A auxiliar escreveu a orientação sobre posologia em uma fita crepe e colou-a na cartela do remédio].

Auxiliar: é de 12 em 12 horas. Se tomar agora, depois é só 9 da noite. Tomar até acabar. Este aqui é pra cólica é o buscopan. Este aqui é o antialérgico. Você vai tomar à noite, porque ele dá um pouquinho de sonolência, então é melhor tomar à noite. [ambas as usuárias acompanharam as orientações, fizeram mais questões e agradeceram].

A auxiliar apresentava atitude empática. Parecia buscar, com isso, aproximar-se dos usuários e facilitar a transmissão das orientações necessárias. Reescrevia informações sobre modo de uso diretamente na caixa do remédio,

facilitando sua localização. Usava frequentemente expressões de cordialidade. Sua voz era firme e alta (possivelmente para atravessar bem o vidro do guichê). Notava-se preocupação constante em saber se os usuários estavam ouvindo e entendendo bem as orientações. A tarefa, de forma geral, parecia consistir em convencer os usuários a ter relações *saudáveis* com as medicações: comprar remédios na Farmácia Popular, se eles não estivessem disponíveis na Unidade; não deixar de tomar a medicação; seguir a prescrição de horários, posologia.

É possível dizer que os auxiliares de farmácia dividiam o trabalho de orientação dos usuários atribuído principalmente aos médicos. Os usuários observados, por sua vez, agiram em geral cordialmente. Alguns foram menos comunicativos e contentaram-se em passar a receita pelo guichê e aguardar a entrega dos medicamentos.

Diferentemente da recepção que, pela falta crônica de vagas além de outros fatores, apresentou-se como espaço afetivamente tenso, a farmácia se caracterizou em geral por interações de cordialidade. Talvez por que os usuários já teriam passado pela consulta médica, principal *produto* buscado. Por causa desse ambiente mais *ameno*, chamavam especialmente a atenção os eventuais casos de conflito protagonizados diante do guichê da farmácia. Em um desses casos, testemunhado de relance pelo pesquisador, um usuário aparentemente portador de transtorno mental gritou em direção ao interior da farmácia “Ô peste!” e saiu da Unidade esbravejando. Uma das agentes de saúde presentes se afastou rapidamente em direção à cozinha: “Eu hein! O pessoal ainda fica na beira... pra ele dar um soco...” e outra agente afirmou “pensei que ele estava armado com uma faca”.

Outra Situação desse tipo envolveu interações com um usuário alcoolizado, sendo de especial interesse. Em uma quarta-feira à tarde, o usuário entrou na Unidade e dirigiu-se bruscamente ao guichê. Apresentava marcha e fala descoordenadas. Aparentava ter cerca de 40 anos, vestia roupas sujas e rasgadas, camisa de um time de futebol, portando um boné deslocado na cabeça. Começou a gritar em direção ao interior da farmácia. Sua entrada na Unidade foi *brusca*, inusitada (seu comportamento destoava claramente do que usualmente se observava nos usuários) e agressiva (o usuário impôs sua presença e suas demandas sem considerar a presença de outros usuários e os *protocolos* socialmente prescritos para interação com os profissionais). Apresentava cheiro de álcool, seu discurso era desconexo e, como se constatou posteriormente, solicitava preservativos. Segue um trecho da interação:

Usuário: [gritando em direção ao interior da farmácia] Doutora! Doutora!
[começou a reclamar do que estava escrito em um cartaz colado ao vidro do guichê] Eu sou militar! Eu sou polícia! [mostrando sua carteira aberta em direção ao interior da farmácia].

[...]

[O vigilante patrimonial se colocou ao lado do usuário].

[...]

Funcionária da limpeza: [dirigindo-se ao vigilante patrimonial em voz baixa]

Fique atento... talvez você tenha que agir.

[...]

[A auxiliar de farmácia entregou uma sacola com preservativos ao usuário, ao mesmo tempo em que uma profissional de nível superior, PNS-2, se colocou ao lado dele].

[...]

PNS-2: [colocou a mão no ombro do usuário – ele sorriu] Pronto! Certo? [referindo-se à entrega dos preservativos]. Vai pra casa agora?

Usuário: Casa?... vou beber cachaça!

PNS-2: [consternada] Então vai! [fez um gesto de repulsão lançando a mão ao ar, encerrou sua interação com o usuário e entrou em uma das salas da Unidade].

Usuário: [andando um pouco mais em direção ao interior da Unidade] Tem alguém dormindo aqui! Vou chamar o prefeito! [em seguida, saiu da Unidade, repetindo ameaças].

A observação dessa Situação permitiu uma série de reflexões. Primeiramente, é preciso destacar o caráter *perturbador* do usuário. Seu comportamento e sua fala alta e desconexa chamaram a atenção de todos os outros atores presentes, usuários e profissionais. Sua presença alterou o *clima de normalidade* que caracterizava o guichê da farmácia e o primeiro andar como um todo. Na medida em que todos concentraram sua atenção nesse usuário, era como se o funcionamento da Unidade tivesse sido radicalmente alterado ou suspenso. Expressões corporais e verbais observadas denotaram a ansiedade provocada pelo evento.

Em segundo lugar, destaca-se o *conjunto articulado de ações* que os profissionais adotaram frente ao evento, ou seja, a *prática* adotada frente à entrada de um usuário alcoolizado. O profissional mobilizado pelo contexto foi o vigilante patrimonial (o *policia*l da Unidade, Temas 9 a 11). Diante de um evento desestabilizador, convocou-se imediatamente o ator que mais se aproximava daquele que poderia reestabelecer a ordem. “Ter que agir”, como afirmou a funcionária da limpeza, significava conduzir o usuário para fora da Unidade.

A interação com a profissional PNS-2 foi especialmente interessante. Seu movimento inicial de aproximação caracterizou-se pela tentativa de se mostrar acolhedora (a mão no ombro, por exemplo). Pode-se formular a hipótese de que a profissional orientava seu comportamento com base em crenças sobre o papel (prescrito) dos profissionais de saúde, com elementos de conduta esperados pelos outros profissionais. A fala “Pronto! Certo?” pode ser interpretada da mesma forma e pode indicar também a vontade de *acalmar* o usuário, reduzir o caráter perturbador e ansiogênico de sua presença; além da vontade de remeter o usuário para fora da Unidade, enfatizando o cumprimento de sua demanda explícita (a entrega dos preservativos).

A fala que se seguiu, “Vai pra casa agora?”, é particularmente interessante por ter sido possivelmente uma falsa questão, ou seja, uma *sugestão* de que o usuário *fosse para casa*. Entendemos que essa fala se apresentou muito menos como uma tentativa de acolher o usuário (com suas demandas explícitas e implícitas) e muito mais como uma projeção da expectativa da profissional. Diante da inesperada resposta do usuário, a vontade de que ele se ausentasse se explicitou claramente, “Então, vai!”, com um gesto de repulsão. Nesse caso

específico, o atendimento da profissional foi mais centrado na sugestão do que na escuta. A ideia *tentei abordar, mas é impossível* estava possivelmente presente, associada à percepção de que não se tem o que fazer diante de um usuário alterado pelo consumo de álcool.

De forma geral, considerando a dinâmica comportamental e afetiva da *prática social* empregada pelos profissionais (vigilante, auxiliar de farmácia, funcionária da limpeza, psicóloga e outros), a direção dada ao caso não foi acolher o usuário, mas sim retirá-lo o mais brevemente possível da Unidade. É possível afirmar que as interações sociais produziram ali não a objetivação de um *alcoolista* (problema a ser tratado), mas sim principalmente a objetivação de um *bêbado* (problema a ser evitado). Destaca-se uma segunda forma de expressão das representações sociais do alcoolismo construída contextualmente: o *alcoolismo como obstáculo e ameaça*, à qual corresponde a *Figura do bêbado-problema*.

É interessante destacar que vários Temas descritos em tópicos precedentes se repetiram nesta Situação. Identificaram-se o Tema 1: abordagem normativa dos usuários, envolvendo julgamento moral; o Tema 5: consternação e impotência diante do alcoolismo; os Temas 6 e 8: a população é barraqueira e os barracos produzidos pelos homens são relacionados a drogas (neste caso, o álcool); os Temas 9, 10 e 11: a mobilização do vigia patrimonial para reestabelecer a ordem e a orientação das práticas não para o acolhimento, mas sim para a expulsão do usuário e a possível presença implícita dos Temas 12, 13, 14 e 15.

Resta considerar o discurso do usuário (faltou-lhe, justamente, *consideração?*). E aqui, não é possível ter mais certezas que dúvidas. Quando ele se apresentou como “militar” e “polícia” (informação falsa?), estaria buscando a *autoridade de homem* que perdeu ao se tornar um *bêbado* (Matos, 2000)? [Interpretação de cunho mais intrapsíquico e psicossocial]. Seria uma forma de protesto, imperfeita e involuntária, contra a marginalização das classes populares? [Interpretação de cunho mais societal]. Estaria reagindo antecipadamente à indiferença e repulsa comumente dirigida aos alcoolistas? [Interpretação de cunho mais interpessoal]. Seria também esse um possível sentido de suas ações quando ele reclamou do cartaz, ameaçou a Unidade e afirmou que ia chamar o prefeito? Quando, logo depois da interação com a profissional PNS-2, ele afirmou que “tinha alguém dormindo”, poderia estar se referindo também à profissional, aos profissionais ou à Unidade como um todo? A hipótese da polissemia do discurso, como se sabe, não é estranha à psicologia (Freud, 1900/1987; Moscovici, 1961; Vygotsky, 1934/2000).

Em suma, seria possível considerar que o usuário formulou demandas *implícitas* que, se acolhidas, poderiam levar, naquele momento e na sequência do cuidado longitudinal, à criação de vínculos e possível abordagem do alcoolismo? Formular a questão é importante e, tendo em vista a literatura da área, tende-se a responder afirmativamente. No entanto, não se conhece realmente a resposta e pode-se dizer que ela só pode ser formulada no contexto concreto que a suscitou.

Cabe um último comentário sobre o caso. Afinal, o usuário alcoolizado pediu preservativos! No dia da observação, o pesquisador pensou que poderia se tratar de demanda particularmente adequada ao que se observa nos programas

de redução de danos (demanda descrita como bom efeito desses programas): procurar minorar os riscos mesmo que a abstinência não seja possível (Andrade & Friedman, 2006). Conclusão apressada do pesquisador? Provavelmente. Mais tarde, no curso de uma entrevista, um enfermeiro afirmou que usuários alcoolistas trocavam, nos bares, os preservativos por cachaça.

2.3.7. O CONSULTÓRIO DAS DENTISTAS

O trajeto descrito, que se iniciava na entrada da Unidade, que incluía a recepção, a sala de espera, a sala de preparo, os consultórios e a farmácia, correspondia ao fluxo mais valorizado da USF, tanto por usuários quanto por profissionais (mais adiante, outros elementos reforçarão essa afirmação). Por esse fluxo, passavam cerca de 180 usuários por dia, havendo dentre eles 50 a 60 casos de intercorrência, segundo informações do diretor. Incluída no primeiro andar do prédio, encontrava-se outra modalidade desse fluxo consultório-centrado: o trajeto entre a recepção e o consultório das dentistas, que também incluía passagem pela sala de preparo.

Três dentistas trabalhavam no mesmo consultório junto com suas auxiliares. Tratava-se de uma sala grande dividida em três baias de atendimento por pequenos biombos. Cada baia possuía uma cadeira de dentista e equipamentos anexos. Havia também armários, prateleiras, pias e uma bancada de uso comum. Dessa forma, três usuários podiam ser atendidos simultaneamente. Entretanto, não se contava com privacidade nesses atendimentos uma vez que os biombos não impediam que profissionais, usuários

e acompanhantes (frequentemente mães de crianças que estavam sendo atendidas) vissem e ouvissem o que se passava em qualquer canto da sala.

As auxiliares chamavam os usuários na sala de espera, buscavam e organizavam materiais constantemente. Um exemplo de atendimento foi registrado com a dentista Diana. Ela leu primeiramente o prontuário e recebeu um adolescente, pronunciando seu nome. Sem diálogo, o usuário sentou-se na cadeira reclinada. Enquanto trabalhava, Diana falava com o adolescente: “seu dente está doendo? [...] Abra um bocão de jacaré”. Mencionou os dentes careados e orientou quanto aos procedimentos de higiene bucal. Após o atendimento, Diana se despediu do usuário, dizendo-lhe: “com esse papel, você vai marcar os exames de Raios-X e com essa ficha você vai marcar o retorno para mim lá na recepção, entendeu?”. A interação continuou semelhante a um monólogo até o fim, pois o usuário não respondeu e saiu do consultório. O atendimento durou cerca de 20 minutos, depois dos quais a dentista fez registros no prontuário e a auxiliar, a higienização dos materiais.

Segundo Diana, as baias de atendimento eram abertas para aproveitar o único aparelho de ar condicionado existente na sala. Em uma entrevista, a profissional comentou esses e outros elementos que ela julgava precários em seu espaço de trabalho. Afirmou que o consultório estava “bagunçado”, pois havia muitos materiais espalhados, somente uma pia para lavar a mão, um “armário velho, caindo aos pedaços” e comentou que “desviaram o dinheiro do nosso armário. Foi para [nome de um bairro de classe média], pro armário de lá, porque lá é um bairro melhor, né”. Disse, em seguida: “a Vigilância Sanitária não deixaria

funcionar assim se fosse meu consultório particular, não deixaria! Fico puta com isso... Saúde para rico é diferente de saúde para pobre?”.

Diana afirmou que, por causa do excesso de demanda, não podia dedicar nem meia hora a cada usuário: “não dá pra fazer uma anamnese direito. A gente pergunta também e o usuário não diz tudo, porque todo mundo ouve, é público. Quando tem alguma doença sexualmente transmissível, quando é epilético...”.

Neste e em outros momentos da observação participante, Diana deixou clara sua insatisfação com o lugar reservado para as dentistas na Unidade. Segundo ela, os outros profissionais esperavam que ela restringisse sua atuação ao consultório e aos problemas dentários. Reclamando por melhor integração nas atividades da Unidade, a dentista afirmou: “é como se meu consultório fosse fora da Unidade. O dentista faz mais falta nos consultórios. Eles [os outros profissionais da USF] só chamam quando precisam de dinheiro para fazer uma festa. Já pedi para me avisarem das reuniões. Nós temos mais proximidade com os pacientes que os médicos. A gente fica sabendo da vida deles toda”.

Manifestou insatisfação também com a falta de privacidade comentada acima. Segundo Diana, não era possível falar de tudo com os usuários, embora em muitos casos isso fosse necessário. Afirmou que se podiam identificar, no consultório dentário, casos de violência, de abuso sexual, de uso de drogas, crianças com queimaduras de colher quente e de cigarro, problemas bucais decorrentes do uso de crack, etc. A organização espacial da sala era um dos elementos que impedia a abordagem mais aprofundada desses problemas junto aos usuários e que reforçava o foco exclusivo nos problemas dentários.

A profissional falou sobre sua percepção a respeito dos usuários, expressando a *alteridade* que lhes foi frequentemente atribuída. Evocou o caso de uma mãe que, em sua opinião, não disciplinava adequadamente a ingestão de doces por parte de seu filho. Sobre os usuários em geral, afirmou: “eles não entendem que a sociedade é organizada com leis, que cada instituição tem suas regras. Eles fazem o que querem... são ‘autônomos’ [referindo-se a empregos provisórios e ao tráfico de drogas], não têm horário pra nada, pra comer, pra dormir. A criança não vai à escola porque resolveu não ir. Muita indisciplina. Os pais batem muito. Os irmãos mais velhos batem nos mais novos porque eles foram criados assim, né”. A dentista evocou também imagens estereotipadas das mulheres daqueles bairros: “elas acham que, se arrumar um homem, tá bom. Ela vai ficar ali fazendo filhos”. Ao mesmo tempo em que defendia a *mesma saúde* para “rico e pobre”, caracterizou os “pobres” como essencialmente diferentes.

Afirmou que usuários alcoolistas não apareciam muito: “acho que eles bebem tanto que não estão nem aí. Só quando tem uma dor aguda, muito forte”. Sobre os casos de transtorno mental em geral, disse pensar que deveriam ser tratados pela psicóloga da Unidade, mas avaliou que “Tinha que ter atendimento de grupo, de família. Ela fica fazendo só individual, aí não adianta. Eles faltam muito, não vão. Acho que ela fica muito só no consultório dela”.

Outra dentista, Daniela, também opinou que a participação da psicologia na Saúde da Família é muito importante e que deveria haver um psicólogo em cada equipe. Em consonância com a preocupação de não restringir o atendimento aos problemas dentários, afirmou que: “a gente não atende uma boca, é uma pessoa que está numa família”. Entretanto, quando perguntada sobre os usuários

alcoolistas, afirmou “na US, tem assistente social”, não citando possibilidades de intervir nesses casos. Afirmou ainda que “anota tudo” para levar para reuniões de equipe, o que reforçou a impressão de que Daniela pensava os casos de alcoolismo como tarefa a ser atribuída essencialmente a outros profissionais.

2.4. OS ATENDIMENTOS DE GRUPOS

Os usuários não iam à Unidade apenas para as consultas caracteristicamente biomédicas, *tradicionais*, por assim dizer, com médicos, dentistas e enfermeiros. Eles iam também para as consultas, ou, enfatizando a diferença, para *os atendimentos* feitos pela psicóloga e pelo assistente social. Nesses casos, como já dito, os usuários não passavam pela sala de preparo (aferição da pressão, etc.). Dirigiam-se diretamente ao segundo andar, tomando a escada ao lado da recepção, e podiam esperar pelo atendimento sentados nas três cadeiras localizadas à frente da sala compartilhada por esses dois profissionais. A psicóloga e o assistente social revezavam turnos segundo os dias da semana, para realizar atendimentos individuais nessa mesma sala.

Por motivos já mencionados, essas consultas não foram observadas. Outros estudos, com outros procedimentos, poderão abordar a interessante questão de como se dão concretamente os atendimentos de psicólogos e assistentes sociais em contexto de USF.

De qualquer maneira, os atendimentos individuais feitos por esses profissionais não eram a única alternativa às consultas ditas tradicionais. Os usuários iam à Unidade também para participar de atividades em grupo. Tomando o ponto de vista dos profissionais, pode-se dizer que eram realizados diferentes

atendimentos de grupo, com idosos, fumantes, gestantes, etc. Esses atendimentos aconteciam em horários diferenciados e quase sempre em espaços localizados no segundo andar da Unidade, no auditório e na sala das agentes de saúde.

Esse conjunto de atividades, atendimentos com a psicóloga, com o assistente social e atendimentos de grupo, assim como suas especificidades de organização espacial e temporal, se destacou com clareza do fluxo consultório-centrado que se vinha descrevendo até então. Esse outro fluxo será chamado *Fluxo B*. Como discutido mais adiante, o Fluxo B se apresentou como não-prioritário, assistemático e complementar (em comparação ao Fluxo A).

Os tópicos seguintes serão consagrados à análise dos atendimentos de grupo observados. Entender suas formas hegemônicas de organização pode acrescentar elementos à compreensão das representações sociais investigadas. Mais adiante, explorar-se-á a hipótese de que as formas de manejo dos grupos não favoreciam a abordagem do consumo de álcool, reforçando a crença de que o alcoolismo *não tinha lugar* na USF.

Foi visto que a literatura da área enfatiza a importância dos atendimentos de grupo como instrumento de atuação dos psicólogos na APS (Cardoso, 2002; Gama & Koda, 2008; Cardoso & Féres-Carneiro, 2008; Soares & Pinto, 2008). Entretanto, na Unidade de Saúde pesquisada, a psicóloga não se utilizava desse instrumento. Em entrevista, ela afirmou que tinha codirigido oficinas, mas que cessou essa participação em determinado momento por dois motivos: considerava difícil “manejar grupos” e alegava não contar com apoio técnico da Prefeitura para isso. Acrescentou que realizava somente atendimentos

individuais, com “orientação psicanalítica”. Usou o termo orientação, pois, em suas palavras: “é uma escuta psicanalítica. Não dá pra fazer psicanálise em uma US”.

Os atendimentos de grupo observados foram realizados por enfermeiros, pela educadora física, Bianca, pela farmacêutica, Flávia, pelo assistente social, Alexandre e por uma das médicas, Marcela. Como citado na Tabela 2, observaram-se nove encontros: grupo de idosos, grupo de apoio ao tabagista, grupo de gestantes (um encontro cada), grupo de orientação alimentar (dois encontros), grupo de beneficiários do Bolsa Família (quatro encontros). Esses atendimentos serão analisados a seguir.

2.4.1. SESSÃO DE CINEMA COM IDOSOS

O encontro do grupo de idosos resumiu-se, na verdade, à exibição de um filme. Uma agente de saúde esclareceu: “é uma atividade da semana do idoso [...] O objetivo é eles saírem de casa, porque eles ficam muito em casa, fazer uma confraternização”. De fato, foi como se o auditório da Unidade se tivesse convertido em uma sala de cinema. Com o filme já iniciado, havia cerca de cinquenta usuários idosos sentados e ainda chegavam outros. O enfermeiro Eraldo e uma agente de saúde buscavam mais cadeiras e recebiam os usuários com cordialidade. A agente de saúde afirmou que havia mais pessoas do que o grupo semanal costumava receber e explicou que, para o filme, “focaram em [convidaram] mais pessoas”. Perguntado se haveria alguma discussão após o filme, Eraldo respondeu que não, que uma “palestra” já tinha sido realizada e que a “educação em saúde fica para os grupos semanais”.

2.4.2. FUMANTES E NÃO-FUMANTES

O encontro do grupo de apoio ao tabagista contou com a coordenação conjunta de Bianca, Eraldo e Flávia. Tratava-se do primeiro encontro daquele grupo em específico (outros grupos já haviam sido atendidos em meses anteriores). Realizou-se no auditório e incluiu dez usuários, oito mulheres e dois homens. Os participantes se sentaram em círculo e havia algumas cadeiras vazias que separavam os profissionais dos usuários. Os profissionais se colocaram no lado contrário ao da porta de entrada para o auditório, na posição, portanto, de quem representava o serviço e recebia o público. Esse *posicionamento de coordenação* foi repetido nos outros atendimentos de grupo e também nas reuniões de profissionais, que serão descritas mais adiante, por aqueles que assumiam a direção dos trabalhos.

O encontro foi iniciado com a evocação dos atendimentos individuais realizados para inscrever os usuários. Flávia questionou: “qual a expectativa quanto ao tratamento aqui? Vocês estão mesmo decididos em parar de fumar?” e pediu uma resposta a cada um dos usuários. Em seguida, fez considerações sobre a dependência da nicotina e sobre o comportamento do dependente: “a gente quer parar e não quer. Um lado ganha do outro. A gente tem que mudar esse pensamento dentro da gente... dizer que ‘a gente não é capaz’. Isso é um mecanismo que a gente faz para manter o vício mesmo. ‘Eu não paro porque eu sou fraca mesmo, eu não sou capaz’. Tem que mudar esse pensamento”.

À medida que os usuários falavam, os profissionais se revezavam para fazer questões, dentre as quais as seguintes: “você é uma pessoa mais tranquila

ou agitada? Quantos cigarros fuma por dia? Se fosse parar hoje, o que seria mais difícil? Quanto tempo demora para fumar o primeiro cigarro do dia?”. Os profissionais justificavam as questões e as informações transmitidas ao grupo utilizando-se das expressões “na literatura”, “nos estudos”, enfatizando portanto o enraizamento científico da abordagem. Seguem algumas falas registradas, em sequência, no encontro:

Usuário: [sobre o cigarro] é uma droga lícita, né.

[...]

Usuária: já fiz simpatia e nada! Coloquei o cigarro na água e bebi. Eu quase morri! [outros usuários riram e alguns admitiram também ter feito a “simpatia”]

[...]

Bianca: deixa eu fazer uma pergunta pra todo mundo: alguém já diminuiu? [alguns afirmaram que sim] Já, né? Pensando já em parar, né? Muito bem!

[...]

Usuário: [mencionando o alcoolismo]: tem um ano que eu parei. Era alcoólatra mesmo. “Zé Bonitinho”, sabe como é o “Zé Bonitinho”? Ia no boteco falar com a “tchaça”. Hoje, nem por telefone eu falo com a “tchaça”. [Contou que decidiu abster-se do álcool por causa de um início de enfarte. Continuou a fumar, mas queria parar também alegando que “faz mal”].

[...]

Bianca: [relacionou o fumo ao “ficar nervoso” e aconselhou a criação de outros hábitos, diferentes do cigarro, para “acalmar”].

[...]

Eraldo: [afirmou que a “dependência psicológica” demora mais para acabar que a “dependência física”] Vai associar com outras coisas. Tem que ver outras válvulas de escape. É por isso que é muito pessoal também. Apesar de às vezes a dica de um servir para o outro.

[...]

Flávia: [definiu o apoio do grupo como um “apoio psicológico”]. O que que a gente vai combinar aqui: que a gente vai dar o suporte que for necessário. O único jeito de parar de fumar é parar de fumar. Então vocês não podem ficar esperando. Vocês têm que sair daqui com o pensamento de que vão acordar um dia e parar de fumar.

[...]

Eraldo: Em geral, as pessoas colocam as expectativas todas em cima da gente ou do remédio. E quem tem que decidir parar de fumar são vocês. Vocês têm que pensar no dia D. Numa data para parar de fumar.

[...]

Usuário: Porque me sinto mais cansado? Por que tenho tanta queimação? O que devo fazer já que os colegas de trabalho fumam do meu lado? [as perguntas foram respondidas pelos profissionais].

[...]

Usuária: eu juro que vou parar dois dias. Mas, eu vou vir aqui, hein! [referiu-se à busca de apoio na USF, para lidar com a *fissura*. Os profissionais disseram que não precisaria nem esperar dois dias. Poderia

ser uma tarde: “quando pensar que não aguenta mais e quiser fumar, vem aqui”].

Ao longo do encontro, os usuários apresentaram posturas diferentes. Alguns se mostraram mais expressivos, participativos. Outros, com fala confusa e resistente, às vezes monossilábica, apresentaram postura mais *passiva*, como quem simplesmente esperava receber instruções ou como quem se inseriu no grupo mais pela curiosidade do que pela intenção de participar ativamente. Nesses casos, os profissionais formularam outras questões, mais simples e indiretas como “onde mora?”, por exemplo, talvez como tentativa de construir vínculos mais sólidos e reforçar a participação no grupo. Entretanto, as questões formuladas mantiveram em geral o foco constante nos tópicos relacionados ao fumo.

O encontro seguia diretrizes nacionais para o atendimento ao tabagista na APS (Instituto Nacional do Câncer, 2001). Nota-se que o objetivo central era a promoção da abstinência, que a abordagem era de orientação cognitivo-comportamental, diretiva, e que visava frequentemente à transmissão (professoral) de informações.

Utilizaram-se metáforas para facilitar a transmissão de conhecimentos científicos: “A hemoglobina é um carrinho. É um caminhão de mudança” [...] “É como se fosse numa obra”. Com efeito, frequentemente o encontro se pareceu com uma aula. Houve ainda outras metáforas escolares: ao final, pediu-se aos participantes que cumprissem um “dever de casa”. “Tem que ler o livrinho [material próprio à abordagem] e fazer o dever de casa” (a tarefa era “identificar o

que faz vocês fumarem”). No que diz respeito às relações entre profissionais e participantes, ficava clara a divisão entre um lado *positivo* (*nós que não fumamos*) e um lado *negativo* (*vocês que fumam*). Os especialistas se colocavam em lugar duplamente superior: ao mesmo tempo em que se afirmavam como não-dependentes da nicotina, apresentavam-se como detentores de um saber capaz de transformar a vida dos outros.

2.4.3. BATE-PAPO E ORIENTAÇÃO ALIMENTAR

Nas sessões do grupo de orientação alimentar, verificaram-se alguns elementos comuns com o relato acima. Os encontros observados foram coordenados por Bianca e Marcela. As principais estratégias utilizadas pelas profissionais foram parecidas com aquelas do grupo de apoio ao tabagista: *transmissão de informações, recurso a apoios visuais* (neste caso, alimentos, equipamentos), *aconselhamento e sugestão*.

Corresponde ao grupo de orientação alimentar a única sessão de observação realizada fora da Unidade de Saúde, um encontro feito em frente a uma pequena igreja localizada na região. Além das coordenadoras do grupo, Bianca e Marcela, estavam presentes duas agentes de saúde e uma técnica de enfermagem. Como apenas quatro usuárias participaram do encontro, havia mais profissionais que usuárias. Bianca e Marcela comentaram que isso se devia possivelmente ao fato de o grupo ter sido suspenso por duas semanas, sendo aquele o encontro de retomada. Marcela afirmou:

Marcela: é porque nós não viemos por duas semanas. Perde totalmente o vínculo. Eles ficam com preguiça.

Pesquisador: são só mulheres, né?

Marcela: Não. É aberto para todo mundo. Muito raramente vem homem. Às vezes, vem um ou outro.

Quando as profissionais chegaram ao local do encontro, na hora marcada, apenas uma usuária estava presente. Assim, o encontro propriamente dito demorou cerca de vinte minutos para começar. Nesse intervalo, a técnica de enfermagem aferiu a pressão e realizou a pesagem da usuária e de uma das agentes de saúde, procedimento que repetiu para as outras três usuárias que chegaram posteriormente. Uma fita métrica colada à parede da igreja serviu para medição da altura. Mas, esse tempo foi ocupado essencialmente com conversas informais (*animadas*, em tom de intimidade, com risos frequentes) entre as profissionais, a usuária e outras participantes que foram chegando, como se vê no trecho seguinte:

Marcela: [dirigindo-se à usuária, que tinha cerca de 60 anos] é, Dona Alva, tem que tomar coragem de operar essa perna, hein! [falou sobre varizes] Operar as pernocas! Já foi ao angiologista? [a usuária afirmou que marcou a consulta].

[...]

Bianca: [comentou o caso de outra usuária, uma “menina”, que “largou o marido e foi ficar com o irmão dele e agora está grávida” e da mãe dessa

“menina”]: a vó quer criar os filhos depois quer criar os netos. E se puder cria os bisnetos também. A menina já é folgada. Vai ficar folgada e meia.

[...]

Profissionais em conjunto: [exclamam]: Êêê! [com a chegada de outra usuária]

Usuária: Tô até com medo de subir na balança! Eu não emagreço nem engordo!

Bianca: Se não engordar tá bom. É meio caminho.

[...]

Usuária: [comentou que tomou café com adoçante, em substituição ao açúcar].

Bianca: Muito bem, Dona Alva! [bateu a palma da mão na palma da mão da usuária]. Essa velha é show! Só de não tomar conta de neto já é maravilhosa. Quem tem que tomar conta de neto é filha!

[...]

Coordenadoras: [perguntaram sobre o que outra usuária tinha comido no café da manhã. Marcela orientou essa usuária quanto à alimentação, tendo em vista sua medicação].

Notou-se a presença de um tipo de conversação assemelhado ao bate-papo (Tema 3), caracterizado pela informalidade, jocosidade e eventualmente pela fala sobre uma terceira pessoa ausente (*fofoca*). Uma análise das práticas das profissionais de nível superior revela a coexistência, já notada em Situações anteriores, de duas *propostas de interação*: a) uma relação próxima à *amizade*,

ligada ao caráter longitudinal do acompanhamento, com informalidade do discurso, das expressões faciais, do tom de voz, dos gestos, dos toques e com risos frequentes; b) uma relação entre especialistas e leigos, em que os primeiros se identificam como portadores do conhecimento válido, informam e aconselham os segundos.

Verifica-se que essas *propostas de interação* se entremeavam e se faziam presentes não só em procedimentos *mais tradicionais*, como o encaminhamento ao angiologista, mas também em comentários morais sobre organização familiar (“Quem tem que tomar conta de neto é filha!”). É importante notar que a autoridade científica que embasa a primeira ação, o encaminhamento, também foi evocada direta ou indiretamente, consciente ou inconscientemente na segunda ação, o aconselhamento familiar. Assim, a especialista em saúde se tornava muito clara e diretamente *normatizadora social*.

Os atores do grupo se sentaram em roda, em bancos da igreja trazidos para o espaço externo. As coordenadoras de um lado, as usuárias de outro. Bianca tomou a palavra para o início efetivo do encontro: “Vamos fazer uma recapitulação do que a gente já viu. Porque é importante comer frutas e legumes? Quem sabe?”. Destaca-se o termo “recapitulação”, facilmente reconhecível no discurso escolar. Em seguida, as coordenadoras falaram, como em uma palestra, sobre a importância das vitaminas e das fibras.

Mais adiante, Marcela afirmou: “E o colesterol bom, que faz igual a um trator, que faz a limpeza do ruim. [O colesterol ruim] faz placas em nossas veias, igual àquela gordura que fica presa na pia”. Mostrou, em seguida, pequenos potes contendo alimentos (aveia, granola, linhaça, soja, etc.). Destacou-se aqui o uso

de metáforas e de apoios visuais, elementos comuns aos atendimentos de grupos em geral. Esses elementos pareceram associar-se à possível crença dos profissionais na importância de transformar noções abstratas em *objetos concretos*, como parte do tipo de pedagogia que eles praticavam junto aos usuários.

A maior parte do tempo do encontro foi tomada pela fala professoral das coordenadoras. Distribuíram panfletos com os “10 mandamentos da alimentação saudável”. Transmitiram orientações: “quantas latas de óleo por pessoa, por mês? [pausa] Meia!”. Cada usuária falou sobre seu uso de óleo de soja. Como nos exemplos:

Usuária 1: [falou de uma amiga a quem reprovava o uso exagerado de óleo]: Ela me disse ‘você tá com mania de cuidar da saúde’. É claro, tem que cuidar da saúde!

Usuária 2: Eu ia direto na gordura. Depois eu vi que aquilo tava me fazendo mal e parei de comer.

Com essas falas as usuárias se identificaram como *boas alunas*, papel social complementar àquele assumido pelas *coordenadoras-professoras*. A ambiguidade do papel de *professoras-amigas* foi bem representada em uma das falas de Bianca: “Laura, procurar diminuir óleo e fritura, hein!... Minha filha adora fritura... Tem que tentar diminuir, tá!”. Dentre os tópicos abordados, encontrou-se também o consumo de álcool, sobre o qual se comentou que “engorda porque é

calórico”. Tratou-se de uma menção rápida, não havendo oportunidade para as usuárias falarem sobre seus possíveis hábitos de consumo de álcool.

Dona Alva, a usuária mais idosa, interrompeu o *funcionamento normal* do encontro levantando-se para mostrar remédios à médica. Marcela respondeu: “Agora não. Agora a gente tá no grupo. Dá meia voltinha” [pegou nos ombros da usuária e girou-a de volta]. Como Dona Alva procurou a agente de saúde, em seguida, pelo mesmo motivo, Marcela insistiu: “não. Agora é grupo”. Ao que Bianca acrescentou: “já tá acabando, Dona Alva”. Cabe um questionamento sobre as motivações da usuária, que quase não falou ao longo do encontro. Estava mais interessada nas instruções sobre alimentação ou no acesso privilegiado à médica?

Um dos últimos assuntos tratados foi a importância dos exercícios físicos. As coordenadoras frisaram não só isso, mas também a importância de reservar um dia para si, para cuidar de si, para se fazer o que gosta. Nesse momento, algumas preocupações das usuárias foram levadas em conta nas falas das profissionais (como “cuidar de filha”, por exemplo). As coordenadoras aconselharam a caminhada como exercício: “andar em rua tranquila de carro. Ir conversando. Ver gente bonita. Ah, gente, isso é bom! Faz bem pra gente sair do nosso cantinho, ver coisa diferente, abrir a mente! É importante ter um tempo pra vocês! Sem preocupação de filho, de marido, pensando só no que é importante para vocês. Se eu estou bem, também vou fazer bem pra quem eu cuido”. Note-se que a mulher foi descrita como “quem cuida” e que o exercício físico teria o potencial de melhorar esse cuidado (estratégia de aconselhamento baseada em naturalização de representações de gênero).

Bianca acrescentou mais adiante: “Todo dia a gente tem que ver o que fazer melhor para viver melhor. Eu sou velha e continuo vendo”. Profissionais e usuárias retomaram, nesse momento, as características de descontração e *animação* notadas no início do encontro, com tom de voz mais alto e risos. As usuárias fizeram eco às sugestões: “É, eu já estou ficando estressada em casa”; “Meu marido fala direto dessa gordurinha aqui [apertou o próprio ventre]”; “Tenho que tirar um dia para Deus e para mim”; [a usuária afirmou “será domingo”]; “vou rachar fora” [para evitar a proximidade do marido, que fumava dentro de casa].

Essas falas constituíram possíveis contraexemplos à organização professoral dominante no grupo, uma vez que elas puderam acontecer de forma mais livre. Por alguns momentos, as usuárias puderam expressar seus próprios desejos, representações e práticas. Entretanto, essas falas foram provavelmente tomadas pelos atores em questão como algo *menos sério*, que não mereceria atenção cuidadosa e sistemática. Os dados mostram que a proposta central do grupo era transmitir informações e não abrir um espaço de expressão e de reflexão.

Encerrado o encontro, a usuária mais idosa, Dona Alva, pôde conversar com Marcela. Sua questão era sobre a medicação: “É porque eu tomo e fico com a língua pinicando”. A médica orientou a usuária. Outras usuárias também conversaram com Marcela e receberam orientações clínicas, o que fez pensar na proximidade característica da medicina comunitária. Ao mesmo tempo, pode-se questionar o alcance dessa proximidade, uma vez que ela esteve restrita, naquele momento, às usuárias que participavam do grupo.

No encontro relatado, havia mais profissionais que usuárias. Um encontro observado mais tarde (dessa vez na Unidade de Saúde, mas com as mesmas características gerais) contou com mais participantes (14 usuários, sendo um homem). Pode-se argumentar que o *investimento* feito pelas profissionais no grupo não fosse de *retorno* tão pequeno, uma vez que as participantes possivelmente atuavam como multiplicadoras da educação em saúde recebida junto a sua própria família e junto a seus vizinhos e amigos.

Um ponto interessante a destacar é que as próprias profissionais se questionaram sobre esse retorno. Dirigiram-se ao pesquisador e comentaram que era “uma pena” contar com tão poucas participantes. Seria esse um esboço de questionamento, por parte das profissionais, sobre sua própria abordagem? O autoquestionamento relativo ao pequeno número de participantes poderia incluir um questionamento sobre as formas de condução dos encontros. Se essa hipótese estiver correta, seria um sinal da disponibilidade da parte delas para tentar outras abordagens, mais capazes de envolver e de mobilizar os usuários.

2.4.4. OS LUGARES DAS GESTANTES

A análise dos atendimentos de grupos ressaltou duas formas dominantes de relação entre profissionais e usuários, às vezes excludentes e às vezes simultâneas e complementares. Uma delas ligada à descontração, à conversação informal, ao riso e à fofoca, que pode ser chamada *proposta-bate-papo*; outra, ligada à normatização, à transmissão de informações e de valores, que pode ser chamada de *proposta-aula* (relacionada aos Temas 1, 2 e 3). O grupo de apoio ao tabagista centrou-se sobretudo nessa última (*proposta-aula*), enquanto o grupo de

orientação alimentar se constituiu em uma mistura mais ou menos equivalente dessas duas *propostas de interação*.

No caso do grupo de gestantes, observou-se ênfase clara na *proposta bate-papo*. O público-alvo incluía gestantes e mães com crianças em fase de amamentação (“nutrizes”). O encontro observado contou com 16 usuárias, muitas delas com suas crianças, sete no total. É importante ressaltar uma diferença. O grupo não era coordenado por profissionais de nível superior, mas por uma agente de saúde (jovem com cerca de 25 anos). No encontro observado, houve divisão em dois momentos. Primeiramente, as participantes viram um filme sobre cuidados com bebês (de acordo com a agente, esse primeiro momento era ocupado com “uma palestra” em outros encontros). Em seguida, passaram à atividade de pintura monocromática de tecidos com motivos infantis, a partir de moldes. As usuárias pintavam o enxoval de seus próprios filhos. Em outros encontros aprendiam a costurar.

Tratou-se de mais uma Situação em que o duplo lugar das agentes ficou evidente: neste caso, ora como coordenadora do grupo, ora como se fosse uma das participantes. A coordenação realizada pela agente era diferente daquelas de outros grupos. Uma vez que ela não possuía o mesmo *status* que os profissionais de nível superior, não poderia se apresentar tão facilmente como legítima portadora do saber científico, sistemático e supostamente superior. Sua tarefa se definia então pela proposição de certas atividades, facilitação do acesso à Unidade e a seus recursos e *animação do bate-papo*. Dito de outra forma, ela não se posicionou como *professora* da educação em saúde. Apresentam-se a seguir

alguns exemplos de suas falas ao longo do encontro que foram feitas, em geral, em tom de intimidade e brincadeira.

Agente: Que que a gente não faz para viver?! [referindo-se ao grupo e à sua atividade de coordenação. Várias falas de brincadeira incluíram esse traço de desvalorização das atividades].

Usuária: Se ficar em casa, a gente só presta pra dormir.

Agente: Posso relaxar agora?

Usuária: Não. A gente não te liberou!

[...]

Agente: [dirigindo-se ao pesquisador] Viu, aquela confusão foi só no começo. Agora, elas estão mais calmas. Eu tenho uma folga delas.

[...]

Agente: [pegou um bebê no colo e fez alusão ao “trabalho que dá”].

Usuária: Nada, [nome da agente], você acostuma! Tudo passa na vida... Os filhos crescem... [nesse caso, a agente de saúde, que ainda não era mãe, é que foi colocada no lugar de quem deveria aprender].

[...]

Agente: [tirando fotos do grupo]: vocês vão ficar chateadas se encontrarem uma foto de vocês lá em baixo?

Usuária: Só se rolar um din din.

Usuária: O pior é encontrar a Belzinha [nome fictício] dormindo. [foram comuns as falas que se poderia qualificar de *implicâncias*, dirigidas tanto às outras participantes quanto à agente de saúde. Pode-se fazer a hipótese

que a desvalorização subjacente imputada às colegas implicava, por processos identitários, em autodesvalorização].

[...]

Agente: quem me chamou? Tem certeza que vocês não sonham comigo?... de tanto que vocês me chamam? [...] Nunca ouvi tanto meu nome. [na brincadeira, naturalização do lugar de *carência* das usuárias].

[...]

Agente: [organizando um “amigo x”]: Quem vocês querem tirar? Eu?

Usuária: Você é a última pessoa que a gente quer tirar!

Agente: Poxa, eu venho pra cá toda terça-feira, faço das tripas coração...

Pelo menos eu tenho meu namorado pra descontar.

Usuária: Se a [nome da agente] largar a gente, quem a gente vai encher o saco?

[...]

Agente: Ninguém vai me homenagear não? A menina pode chamar [nome da agente]. [...] Faltam duas meninas [participantes do grupo]. E aí, a gente vai fazer o sorteio hoje?

Usuária: E salgadinho? Quem vai trazer?

Usuária: A outra tá falando em comer! [risos]

Usuária: Traz as crianças. Traz a benção que, junto com a minha benção, faz uma bençona.

Usuária: No ano que vem vai ter 3 horas com pão com manteiga?

Agente: Já dou minha paciência pra vocês, já é muito!

Usuária: Vai ter um funk aqui para a gente dançar?

Agente: Eu vou trazer música de acalmar bebê.

[...]

Agente: Galera do meu Brasil, é triste a dor do parto, mas são quatro horas.

Usuária: Aí, já tá mandando a gente embora. Tá expulsando a gente.

Agente: Também não é assim, né, vocês são tão boas comigo.

A conversa acontecia enquanto as participantes pintavam os tecidos. As práticas condiziam com estereótipos das representações hegemônicas de gênero: mulheres que se ocupavam de crianças, que falavam muito, que faziam *fofoca*, que faziam artesanato. Os tópicos da conversa foram os cuidados com as crianças, as atividades do próprio grupo e os relacionamentos com os homens. Uma menção espontânea ao alcoolismo foi feita por uma usuária, no seguinte diálogo:

Usuária 1: [aproveitando um comentário sobre o café preto, dirigiu-se à usuária 2]: Tenho culpa se seu marido é chegado numa cor?

Usuária 2: Não, ele é branco.

Usuária 1: [ironizando] Eu vi a brancura dele lá fora.

Usuária 2: Eu tô querendo matar ele!

Usuária 1: Uai, já pegou raiva do homem já? Olha o fruto do seu amor aí com ele [apontou para a barriga da usuária 2].

[...]

Usuária 1: [reclamou com a usuária 2, que era, na verdade, sua ex-cunhada, por ter se separado do seu irmão] Teve um monte de filho com ele [irmão da usuária 1], depois largou o homem. Ele tá na rua, com a cara inchada de tanto beber cachaça [manifestou a crença de que o alcoolismo poderia estar relacionado ao fim de uma união amorosa, possivelmente ligada à representação da mulher como aquela que deve se ocupar de seu marido e controlar seu consumo de álcool].

A descrição desse encontro tem ao menos três pontos de interesse. Primeiramente, ilustra análises feitas acima sobre relações profissionais-usuários, e especificamente sobre a coordenação do grupo por uma agente de saúde. Segundo, mostra que as conversações incluíam elementos importantes da realidade objetiva-subjetiva das usuárias (destacam-se processos relativos ao gênero). Terceiro, evidencia que esses elementos não foram tratados com escuta sistemática, mas sim, como subprodutos de um *bate-papo*. Assim como nos outros grupos, não foram encontrados espaços de reflexão e esforços coordenados de análises coletivas que permitissem questionar os estereótipos de gênero, produzir autonomia, cidadania e empoderamento. O grupo era menos um espaço construído pelas usuárias e mais um espaço oferecido a elas pela Unidade, da qual elas *dependiam*. Portanto, é razoável supor que o funcionamento do grupo contribuía para a naturalização dos estereótipos e da dependência.

Os objetivos do grupo, mencionados pelas usuárias e pela agente, eram distrair, sair de casa, aprender a costurar e a pintar enxoval, ver palestras e filmes

sobre como cuidar das crianças e dos bebês. Dito isso, pode-se supor que as atividades poderiam ser feitas em qualquer outro local, como em um clube, por exemplo. Ou seja, ao não abordar sistematicamente importantes aspectos psicossociais referentes à relação mãe-criança, aos relacionamentos amorosos, às relações de gênero, o grupo deixava escapar possibilidades de intervenção psicossocial e a Unidade de Saúde perdia sua especificidade. As usuárias saíam de casa, o lugar naturalizado para as mulheres (Matos, 2000), para dirigir-se à Unidade de Saúde. Mas, a troca de lugares físicos não favorecia a possibilidade de transformar os lugares subjetivos.

2.4.5. PALESTRAS DO BOLSA FAMÍLIA

O programa de transferência de renda do Governo Federal, o Bolsa Família, incita as famílias beneficiárias a recorrer a serviços públicos relacionados à ação social, à educação e à saúde. Para receber o benefício, é preciso cumprir *condicionalidades*, por exemplo, matrícula das crianças em escolas com controle de frequência, acompanhamento adequado de sua vacinação, participação em grupos de educação em saúde, entre outras. O descumprimento das *condicionalidades* pode ocasionar bloqueio, suspensão ou cancelamento do benefício (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2012). No caso da Unidade dos Quatro Cantos, os grupos de educação em saúde tomavam principalmente a forma de palestras.

Os profissionais responsáveis por essas atividades eram a enfermeira Edinete e o assistente social Alexandre. Observaram-se quatro atendimentos de grupo destinados aos usuários do “Bolsa”. Dois deles foram palestras sobre AIDS

e outras doenças sexualmente transmissíveis (DST), ministradas por Edinete com apoio de Alexandre. Os outros dois atendimentos foram conduzidos por profissionais convidados de outros serviços: palestra sobre economia doméstica e higiene; curso interativo sobre gestão do lixo.

Esses quatro atendimentos contaram com os respectivos números de participantes, usuários adultos: cinco mulheres; 16 mulheres; 25 mulheres; 32 (30 mulheres e 2 homens). Algumas crianças estiveram eventualmente presentes. Os três primeiros atendimentos se caracterizaram por abordagem unidirecional, constituindo-se em palestras sem espaço real para questões ou comentários durante ou após a fala dos profissionais. O quarto atendimento, sobre gestão do lixo, baseou-se em exposição dialogada.

Durante as palestras, verificou-se que os profissionais não esperavam efetivamente interagir com o público. A possibilidade de interação foi oferecida algumas vezes com frases como “alguma questão?”, que eram rapidamente abandonadas. A distribuição espacial dos atores combinava com essa análise. As usuárias ficavam sentadas em fileiras, de forma dispersa, enquanto Edinete se colocava em pé frente ao grupo, exatamente como professora em uma sala de aula tradicional. A enfermeira usava cartazes para ilustrar as consequências das DST, contendo figuras de órgãos sexuais masculinos e femininos afetados. Encontrou-se novamente o recurso frequente a metáforas e apoios visuais.

O comportamento das usuárias ao longo das palestras variava. Algumas fixavam a atenção em Edinete, enquanto outras olhavam apenas eventualmente para a enfermeira ou mantinham os olhos fechados (possível *cochilo?*). Algumas mostravam sinais de aversão frente às figuras apresentadas para ilustrar as

doenças, balançando a cabeça e franzindo a testa. Em outros momentos, mostravam sinais de aprovação quanto às orientações. Seguem alguns exemplos de falas da enfermeira, referentes a duas palestras em dias distintos:

Edinete: Vamos falar um pouco do “Bolsa” e depois vamos falar de um assunto informativo. É importante porque é um assunto tabu, doenças sexualmente transmissíveis.

[...]

Edinete: Por isso que é importante fazer o preventivo. [...] [Sobre corrimento]: Tem cheiro de peixe podre. É bolhoso. [...] Não quer dizer que traiu não. Pode procurar o profissional de saúde. Vai ter que tratar você e seu companheiro. [...] A mulher fica preocupada só com a gravidez, mas tem que pensar também nas DSTs.

[...]

Edinete: Por isso é importante fazer o quê? Pré-na...? Pré-natal [nota-se a *frase para completar*, recurso emblemático do discurso professoral].

[...]

Edinete: [mostrando figuras de pênis]: Não tem homem na plateia, mas vocês conhecem homens que podem estar com problema. [Mencionando o perigo de que a DST levasse à esterilidade, sugeriu]: Falem isso pra eles. [Frisou que havia tratamento disponível para as doenças e que se devia procurar a Unidade]. Falem pros maridos, pros filhos, pros namorados para virem, pra gente poder acabar com essas doenças.

[...]

Edinete: Alguém tem alguma dúvida? [não deixou efetivamente espaço para resposta, parecendo apressada para terminar o encontro].

[...]

Edinete: Gostaram da palestra? [algumas usuárias balançaram a cabeça afirmativamente e, por sua postura corporal, deram a entender que gostariam de falar, mas não falaram].

[...]

Edinete: [em outro encontro]: Alguém tem alguma dúvida? Tá muito calor! [com uma frase imediatamente ligada à outra, abriu-se pouco espaço para as possíveis dúvidas]. Fechou? Deu pra acrescentar alguma coisa? [algumas usuárias balançaram a cabeça afirmativamente. Edinete ofereceu “tirar dúvidas” individualmente se alguém quisesse e frisou a importância de repassar as informações transmitidas ali].

Ao longo da palestra, Edinete leu informações escritas nos cartazes, ao lado das fotos, e comentou-as acrescentando informações e sugestões, utilizando-se de fala plenamente audível (volume de voz) e clara (preocupada em se fazer entender). Tinha-se a impressão de que seu discurso era um *programa fechado*, sem possibilidade de *rewind* (repetição) e de que, portanto, não diferiria muito de um vídeo. Ao longo de sua *performance* (Goffman, 1959) a plateia permaneceu calada e atenta.

Depois de encerradas as palestras, Edinete e Alexandre orientaram individualmente as usuárias quanto a uma grande variedade de assuntos relativos à saúde e assistência social, como, por exemplo: benefícios, cartões de vacina,

receitas, atividades do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). As orientações foram breves, demorando tipicamente de 1 a 5 minutos. Nesse momento, realizaram também controle de nomes, números e microáreas relativos às usuárias. Em um dos encontros, uma usuária perguntou “pode ir embora?”, ao que Edinete respondeu “pode. Ó, quem já deu o nome já tá liberado, viu?”. Uma usuária chegou após a palestra e deu a entender que queria assinar a lista de presença, o que não foi permitido pelos profissionais. A ausência repetida em atividades como essa poderia levar a problemas no recebimento do benefício.

Outra palestra observada teve como mote economia doméstica e higiene e foi ministrada por profissionais de outro serviço. Também neste encontro, as interações verbais com as usuárias foram mínimas ao longo da palestra. No final, Edinete e Alexandre agradeceram repetidamente aos palestrantes e fizeram o habitual controle de presença.

O curso interativo sobre gestão do lixo foi ministrado por profissionais de um programa da Prefeitura especificamente ligado às políticas habitacionais e abordou também a questão da dengue. Nessa atividade, também houve a preocupação de aliar a transmissão de informações com o uso de suportes visuais. Dessa vez, os usuários estavam dispostos em dois semicírculos concêntricos enquanto uma mediadora se mantinha de pé entre a mesa e o público. No meio do círculo, deitado no chão, havia um desenho de uma casa, feito de papel e barbante. Em cima da mesa, exemplos de materiais que os participantes deveriam classificar como lixo seco ou úmido.

Os profissionais pediram que usuários lessem frases escritas em pequenos pedaços de papel, como, por exemplo, “deixar paredes e piso sujos”, “misturar

lixo úmido e seco”. A cada frase lida por um participante, a mediadora perguntava ao grupo se deveriam “manter a frase” (caso em que o pedaço de papel era colocado dentro da casa de barbante) ou “descartar a frase” (caso em que ele era jogado no lixo do desenho). Travava-se então, com um ou dois participantes, um breve diálogo que era seguido por uma explicação, mais longa, sobre o ponto em questão. Nesse sentido, a participação verbal dos usuários se constituiu mais como uma *plataforma* para a transmissão de mensagens já prontas do que efetivamente partes de uma interação. Se bem que se tenham observado também, neste encontro, ocasiões em que os usuários tomaram a palavra espontaneamente.

A referência a manter ou descartar uma *frase* poderia não ser inócua. Tratava-se de fato de uma espécie de seleção de elementos para a montagem de um discurso ideal que deveria ser adotado. Era possível pensar em uma contraposição entre *frase* e *ação*, já que não se observava real abertura para a discussão das práticas e das dificuldades concretas dos usuários no que diz respeito à gestão de sua habitação e de seu lixo. A mediadora fazia questões como: “e o vidro? Ele quebra? Por quebrar, ele é reciclável ou não? O que que você acha?” [apontou para uma participante]. Caso um participante desse uma resposta *inadequada*, ela pedia para “refletir mais”.

Ao final, a moderadora acrescentou “a gente precisa do meio ambiente e o meio ambiente precisa de vocês” e os usuários aplaudiram. Edinete anunciou aos usuários que precisaria “pegar os nomes de vocês, para poder liberar vocês” (note-se que a palavra “liberar” tendia a naturalizar a *obrigação de presença* como a única função do grupo). Na medida em que Edinete e Alexandre registravam os

nomes dos participantes, momento em que também transmitiam orientações individualizadas, eles foram deixando o auditório.

2.4.6. ATENDIMENTOS DE GRUPOS E A QUESTÃO DO ALCOOLISMO

Nos registros de campo, a primeira menção aos atendimentos de grupo foi feita na sessão inicial de observação, na reunião com o diretor da Unidade dos Quatro Cantos. Nessa ocasião, o pesquisador perguntou que atendimentos de grupo eram realizados na Unidade. O diretor citou três públicos específicos: idosos, gestantes e adolescentes. Não mencionou outros alvos que foram identificados posteriormente: tabagismo, orientação alimentar, Bolsa Família. O grupo de adolescentes permaneceu suspenso ao longo do período da observação participante, pois o enfermeiro responsável não dispunha de tempo suficiente. Notou-se certa hesitação do diretor quanto aos grupos que estariam em funcionamento e seus respectivos dias, correspondente à sua sugestão de que o pesquisador verificasse essas informações junto aos enfermeiros.

Destacam-se sinais que diferenciaram os atendimentos de grupo daquelas atividades incluídas no Fluxo A: o diretor não os descreveu de forma sistemática, eles eram esporádicos, dependiam de contingências como a disponibilidade de enfermeiros, poderiam ser suspensos por longos períodos. Aparentemente, tratava-se de atividades percebidas pelo diretor e pelo conjunto de profissionais da Unidade como não-essenciais e *complementares*. Junto com os atendimentos individuais realizados pela psicóloga e pelo assistente social constituíram o que

se pode chamar de Fluxo B, uma forma de os usuários virem à Unidade diferente do Fluxo A.

Na análise dos atendimentos de grupo feita acima, abordaram-se aspectos da relação entre profissionais e usuários e das formas pelas quais os profissionais conduziram os grupos. Notaram-se características comuns, que se apresentaram com mais ou menos intensidade em cada atendimento. O formato tradicional de *palestra* foi o padrão geral seguido pelos profissionais, caracterizado pela transmissão unilateral de informações, baseada, por sua vez, em três pressupostos: a) existe um saber correto e válido sobre saúde que deve ser transmitido à população; b) esse saber é o saber científico, da literatura científica; c) os profissionais são legítimos portadores desse saber. O recurso a apoios visuais, a objetos *concretos*, visou a facilitar a transmissão de informações. Essa última foi tratada como estratégia central do manejo dos grupos, ao lado do aconselhamento e da sugestão.

Viu-se que a orientação em saúde foi acompanhada, ou constituída, de orientações de caráter moral (instância que define o certo e o errado), de normatizações da vida social. Assim, contrapôs-se ao fumante um jeito *certo* de ser, ou seja, não-fumante; contrapuseram-se à “simpatia” popular, os tratamentos *corretos* da literatura científica; propuseram-se formas *certas* de escolher e preparar os alimentos, de criar os filhos, de programar o final de semana, de lidar com a gestação, de alimentar os bebês, de lidar com as doenças sexualmente transmissíveis, de cuidar da higiene, de limpar a casa e de gerenciar o lixo.

O quadro geral assemelhou-se ao de uma sala de aula. As metáforas, a postura corporal dos profissionais e dos usuários, seus trejeitos, a organização do

espaço, do tempo e do discurso, as referências à literatura, ao dever de casa, à lista de presença, tudo isso se aparentou claramente à cena escolar. Os usuários assumiram hegemonicamente o lugar de alunos, ora mostrando desinteresse pelas instruções, ora encarnando as virtudes do *bom aluno* tradicional, ou seja, obediência e prontidão para aprender.

Isso se relacionava a outra interessante característica comum: a quase total ausência de *espaço* para a expressão das representações e das práticas construídas *pelos* usuários. A palavra *espaço* designa aqui principalmente: a) tempo para a referida expressão; b) adequação à organização geral do atendimento; c) disponibilidade cognitivo-afetiva dos profissionais para acolher essa expressão.

Dessa forma, em cada grupo, muitas questões permaneceram virtuais. Pode-se citar, por exemplo: no grupo de apoio ao tabagista, quais os sentidos atribuídos ao fumo por homens e mulheres? Como se sentiam frente à crescente condenação social do cigarro? No grupo de orientação alimentar, quais eram as práticas culinárias efetivamente adotadas pelas usuárias? Como essas práticas se colocavam em relação com a família, principalmente companheiros e filhos? O que levava à escolha dos alimentos? No grupo de gestantes, que elementos comuns poderiam ser destacados da relação das mulheres com seus companheiros e filhos? Que lugares as mulheres assumiam nessas relações? No grupo do Bolsa Família, quais eram as práticas efetivamente adotadas e as dificuldades encontradas pelos usuários em relação às DST? Como se caracterizava o manejo cotidiano do lixo, nos ambientes domésticos e comunitários? Que inovações teriam que ser construídas nesses âmbitos para um

manejo mais saudável? E, para todos os grupos, alguns exemplos de questões estratégicas: como se construíam as representações e práticas relativas a gênero? As representações de saúde e doença? As interações entre profissionais e usuários? Como se poderia promover a *apropriação do grupo* pelos usuários, de forma a que eles o construíssem realmente em conjunto com os profissionais ao invés de recebê-lo pronto?

Pode-se dizer que as falas dos usuários não foram objeto central de atenção por parte dos atendimentos de grupo. Mesmo assim, elas estiveram presentes, como nos momentos em que as usuárias afirmaram que “já estava estressada em casa”; que “o marido fala direto dessa gordurinha”; que “em casa, a gente só presta pra dormir”; que “tudo passa na vida”; que “seu marido é chegado numa cor”, falas que, a partir de uma escuta atenta, permitiriam a abordagem de importantes aspectos psicossociais nas atividades de promoção de saúde (Campos, 2003; Oliveira *et al.*, 2006; Saraceno *et al.*, 2001).

Em todos os grupos, observou-se alternância mais ou menos forte, segundo o caso, entre os polos *instrução* e *bate-papo/fofoca*. A mesma alternância foi identificada quando da descrição dos Temas 2 e 3. Os bate-papos e fofocas se constituíram em espaços de expressão dos usuários, mas foram tratados como *acidentes* no curso normal do atendimento, ou como forma de *subproduto* da instrução pré-programada. Viu-se também que, mesmo no bate-papo e na fofoca, os profissionais pareciam manter postura de especialista, instrutor, moralizador, *normatizador* social.

Reencontrou-se um aspecto citado no Tema 4, a dificuldade de conceber uma intervenção de caráter *psicológico*. Escutar as representações e as práticas

dos *outros*, acolhê-las em suas semelhanças e singularidades, garantir *espaços* para sua expressão e questionamento coletivo, abordar o cotidiano e mobilizar para sua transformação, tudo isso parecia constituir um trabalho difícil. Ouvir o cotidiano dos outros, suas representações e fantasias, refletir sobre a relação que esses outros mantêm consigo mesmos e com os profissionais, essas tarefas podem levar o profissional ao questionamento de suas próprias práticas e representações, o que também não é fácil.

Esses são possíveis motivos para as configurações dominantes observadas nos grupos. No Brasil, provavelmente os psicólogos são os profissionais que mais discutem essa *escuta*, ao longo de sua formação. Levá-la a cabo no contexto da APS parece ser uma verdadeira contribuição a ser promovida pela psicologia (Cf. Cardoso, 2002; Gama & Koda, 2008; Cardoso & Féres-Carneiro, 2008; Onocko Campos & Gama, 2008; Soares & Pinto, 2008, entre outros). Tendo em vista o que foi dito, cabe isolar dois Temas relativos aos atendimentos de grupo em específico e às relações profissionais-usuários em geral.

- Tema 16: nos atendimentos de grupo, a organização hegemônica das interações segundo *modelo-palestra* (baseada nas crenças de superioridade e transmissibilidade do saber científico);
- Tema 17: nos atendimentos de grupo, a ausência de espaços sistemáticos de escuta e análise coletiva das expressões subjetivas (psicológicas e psicossociais) dos usuários.

Há ainda outros questionamentos que poderiam ser dirigidos aos atendimentos observados. Um deles se refere à exígua presença de homens nos grupos. Como os profissionais percebiam esse fenômeno? Em que medida isso se relacionava às dificuldades descritas pela literatura sobre promoção da saúde masculina (Schraiber *et al.*, 2010; Trindade *et al.*, 2011b)? Seria possível pensar estratégias para aumentar a participação dos homens, no contexto da Unidade dos Quatro Cantos?

Outro questionamento se refere à provável restrição dos atendimentos de grupo a poucos usuários, que se repetiam nos encontros. Há ainda a hipótese de que talvez não fossem esses os usuários que estivessem em maior vulnerabilidade. Ou seja, pode ser que os moradores do território que mais necessitavam das atividades de promoção da saúde estivessem ausentes dos grupos. Cabe a outras pesquisas verificar se essas hipóteses são verdadeiras e, se sim, apontar alternativas para aumentar o alcance dos atendimentos de grupo.

É possível refletir sobre como as análises feitas e os Temas identificados se relacionam à questão do alcoolismo. Primeiramente, constata-se que não existiam atendimentos de grupo ligados especificamente à prevenção ou ao tratamento de problemas com o álcool, fato correlato à inexistência de estratégias sistemáticas no Fluxo A (Tema 15). O consumo de álcool foi mencionado de passagem no grupo de orientação alimentar e o alcoolismo foi citado por usuários no grupo de apoio ao tabagismo e no grupo de gestantes. No entanto, assim como outros importantes aspectos da realidade psicossocial dos usuários a que já se fez alusão, esse assunto não teve real *espaço* de elaboração e de intervenção.

Certos aspectos das teorias implícitas sobre o alcoolismo mencionados nos Temas 5, 12 e 13 pareceram agir: o sentimento de impotência diante do alcoolismo, a percepção de incapacidade da Unidade de Saúde para lidar com o fenômeno e a medicalização, que foi expressa, nos grupos, pelo objetivo central de transmitir saber competente.

Tanto o *modelo-palestra*, quanto o *bate-papo* não condiziam com a postura de escuta atenta e empática, suspensão do julgamento moral e diretividade *moderada* propostas pela literatura sobre Triagem e Intervenção Breve para problemas com o álcool (Babor *et al.*, 2001; Babor & Higgins-Biddle, 2001). Isso indica que considerar as *propostas de interação* destacadas pode ser importante em iniciativas de implantação de abordagens de TIB.

A realização de atendimentos de grupo direcionados a usuários alcoolistas, como estratégia de atenção em parceria com o CAPS-ad, parecia distante da realidade. Princípios propostos para atendimentos desse tipo, como acolhimento, vínculo, implicação do sujeito em sua condição, compreensão das dinâmicas da recaída, sustentação da escuta de histórias repetidamente *trágicas*, redução de danos (Andrade & Friedman, 2006; Bucher, 1992; Tenório, 2000), estavam ausentes ou muito tímidos nas práticas sociais construídas por profissionais e usuários.

Não foi possível verificar diretamente formas de abordagem de problemas com o álcool em atendimentos individuais realizados pelo assistente social e pela psicóloga. Mas, tendo em vista os dados recolhidos, é possível dizer que, assim como no Fluxo A, não havia *espaço* para acolher o usuário alcoolista em parte substancial do Fluxo B.

2.5. GESTÃO DA UNIDADE, GESTÃO DA VIDA

Nos tópicos anteriores, foram analisados componentes do cotidiano da Unidade de Saúde agrupados segundo o Fluxo A e o Fluxo B. Esses nomes, como nos antigos discos de vinil, evocam certa predominância do lado A sobre o lado B. Será empreendida a tarefa, mais adiante, de sistematizar essa reflexão. Resta um terceiro e último fluxo a analisar. Para diferenciá-lo da relação de predominância que acaba de ser evocada, ele será nomeado *Fluxo G*, como referência à noção de *gestão*. Os Fluxos A e B trataram das formas pelas quais os usuários *se dirigiam* à Unidade. Inversamente, descrever o Fluxo G implicará abordar certas maneiras pelas quais a Unidade *se dirige* aos usuários. Tomando vocabulário próprio à fisiologia, pode-se dizer que os Fluxos A e B eram *aferentes*, enquanto o Fluxo G era *eferente*.

Em consonância com os princípios da Estratégia Saúde da Família, a atuação das agentes de saúde em espaços externos era um dos principais meios pelos quais a Unidade dos Quatro Cantos *se dirige* aos usuários. Entretanto, por motivos já expostos, esse tipo de atuação não foi observado diretamente. Ele foi registrado de forma indireta, por meio de entrevistas com as agentes, no interior da Unidade, e por meio da observação de reuniões de equipe de Saúde da Família. Os tópicos seguintes descreverão certas maneiras pelas quais os profissionais programavam sua ação junto aos usuários, principalmente por meio de diferentes tipos de reunião.

Retomando as *ações-chave* mais frequentes, descritas na Tabela 3, verifica-se que enquanto as Situações correspondentes aos Fluxos A e B

incluiram principalmente interações entre profissionais e usuários, as Situações correspondentes ao Fluxo G incluíram principalmente interações dos profissionais entre si e suas falas sobre os usuários e sobre a Unidade.

Nesse fluxo *eferente*, é preciso distinguir dois conjuntos de representações e de práticas. O primeiro diz respeito à gestão propriamente dita das atividades da Unidade, avaliação de sucessos e fracassos, delineamento de novas iniciativas, definição de atores, objetivos e procedimentos. O segundo diz respeito à gestão direta ou indireta da vida dos usuários. As representações e práticas sociais incluídas nesse segundo âmbito indicaram, mais uma vez, que o exercício da Estratégia Saúde da Família aproximava muito claramente a normatização sanitária da normatização social e moral (Tema 01). Descreve-se a seguir como isso se deu e discutem-se consequências desse processo para a construção de representações e práticas sociais relativas ao alcoolismo e aos usuários alcoolistas.

2.5.1. GERIR A UNIDADE DE SAÚDE

As atividades agrupadas sob o nome de Fluxo A *não podiam parar*. Esse foi um dos motivos alegados pelos participantes para justificar a inexistência de reunião periódica com todos os profissionais da Unidade. Entretanto, uma série de reuniões fazia parte do cotidiano de trabalho. Essas reuniões contavam com representantes de cada categoria profissional, caso do “Colegiado Gestor”, ou com número de profissionais que não inviabilizasse o fluxo consultório-centrado.

Segundo Bruno, diretor da Unidade, o Colegiado Gestor era um instrumento para *compartilhar a gestão*. Ele afirmou que o Colegiado era “uma

forma democrática de tomar as decisões. Tem algumas que sou eu quem tomo mesmo, mas outras eu divido com esse grupo de profissionais”. As diversas categorias que integravam a Unidade indicavam representantes para compor o Colegiado, que se reunia normalmente sob base quinzenal ou mensal.

Na reunião do Colegiado Gestor observada, Bruno se atrasou por causa de outro compromisso profissional e pediu, pelo telefone, que a sanitária, Simone, coordenasse a reunião. Onze profissionais estavam presentes. Inicialmente, Simone leu a ata da reunião anterior, citando assuntos relacionados aos espaços e processos do Fluxo A, por exemplo, a troca de ventiladores da sala de espera, o agendamento de consultas para o exame preventivo e para a puericultura. Observou-se que a condução da reunião permitia e incentivava a expressão de todos os participantes. Os encaminhamentos, assim como os responsáveis pela execução de cada atividade, foram registrados em ata. Um representante da Secretaria Municipal de Saúde também estava presente. Bruno chegou mais tarde e assumiu a coordenação da reunião.

A quase totalidade do encontro foi dedicada à discussão de protocolos a serem implantados nas Unidades do município e cujo objetivo amplo era reorganizar o sistema de saúde. O primeiro deles era um protocolo de “avaliação de risco”. A avaliação determinaria nível de gravidade e de urgência para cada caso, com o objetivo de encaminhar o usuário ao serviço de saúde adequado. A médica Maristela avaliou positivamente o protocolo, mas criticou as condições de implantação, ou seja, o funcionamento da rede de serviços. Seguem algumas de suas falas assim como aquelas de outros profissionais:

Maristela: O protocolo é bem bolado porque diminui o fluxo de urgência e emergências dentro do pronto-socorro. [Mas] a rede não funciona. Está bagunçada. Tem paciente cinco ou seis dias esperando uma vaga. Se eu encaminhar para CTI [Centro de Tratamento Intensivo], ele tem que ir para o CTI. Só faz sentido, o protocolo, dessa maneira. O protocolo é primoroso, mas tem que reestruturar a rede.

[...]

Evandro: A gente não pode estruturar isso aqui se não tiver estruturado [se a rede não estiver estruturada].

[...]

Maristela: O que é da US a gente resolve muito bem. [Se o protocolo for implantado sem rede estruturada] a batata quente vai estourar na nossa mão aqui.

[...]

Simone: Não sei não... Acho que a Secretaria Municipal de Saúde se precipitou em dizer que vai implantar esse protocolo na rede.

Maristela: Pra mim, isso não é precipitação, é incompetência de um monte de gente que não sabe o que está fazendo.

Os profissionais discutiram também um protocolo de “avaliação inicial”. Essa avaliação estaria baseada em respostas fornecidas pelos usuários sobre seus sintomas e resultaria em encaminhamentos a médico ou enfermeiro. Ao passo que a enfermeira Elisa defendia a ideia, a pediatra que fornecia suporte às equipes da Unidade criticou: “minha filha [a pediatra, com cerca de 50 anos,

dirigia-se à enfermeira, que tinha cerca de 30 anos], um mês que a gente implante a avaliação inicial, a população já sabe os sintomas que levam ao médico”. A dentista Diana apoiou a observação da pediatra: “já sabem o caminho das pedras”.

Também foram assuntos tratados na reunião: o agendamento de “grupos prioritários” (crianças, diabéticos, hipertensos); dificuldades no atendimento médico (usuários em número excessivo, usuários que não tomavam medicação como prescrito, que faltavam às consultas, que perdiam as receitas, etc.); desorganização no agendamento de consultas médicas, com crianças superatendidas (em dois dias seguidos, por exemplo), ao mesmo tempo em que havia grande demanda e usuários sem atendimento.

Constata-se que os tópicos debatidos estavam claramente centrados na atuação dos médicos. Ao mesmo tempo, o pesquisador teve a impressão de que as médicas falaram mais que os outros profissionais ao longo da reunião. Se um observador externo tivesse que julgar o trabalho da Unidade baseado somente nesse encontro, provavelmente diria que os atendimentos médicos são a atividade principal, que os enfermeiros são auxiliares do *fluxo produtivo* e que as dentistas são algo a parte. Educadora física, psicóloga e assistente social sequer entrariam nesse relatório hipotético. As atividades do Fluxo B não foram citadas na reunião do Colegiado Gestor. Tendo em vista o relato desse encontro, é possível identificar dois Temas, que se repetirão mais adiante:

- Tema 18: a existência de críticas e sentimento de desconfiança com relação à Secretaria Municipal de Saúde (existência de sinais de que o

trabalho entre a Unidade e a Secretaria era hegemonicamente não-colaborativo).

- Tema 19: a priorização do Fluxo A nas reuniões que tinham o objetivo de discutir a gestão das atividades da Unidade.

Foram observadas ainda duas outras reuniões em que essas características se repetiram. Essas reuniões foram nomeadas, segundo expressões dos profissionais, como “reunião com a sanitarista” e “reunião para discutir a recepção”. A reunião com a sanitarista acontecia anualmente e centrava-se em tarefa específica: avaliar índices de produtividade da Unidade em relação a metas “pactuadas” junto à Secretaria Municipal de Saúde. Como produto dessa reunião, a sanitarista deveria escrever relatório a ser encaminhado à Secretaria. Caso as metas não fossem atingidas, o relatório deveria conter as respectivas justificativas e o planejamento de estratégias para melhorar os indicadores.

Mais uma vez, observou-se que as relações entre os profissionais eram predominantemente colaborativas, que a coordenação da reunião, assim como o comportamento dos participantes permitia e incentivava a participação de todos. A presença do diretor da Unidade na reunião não pareceu impedir a expressão dos participantes. Agentes de saúde e auxiliares de enfermagem também estavam presentes, mas notou-se que os profissionais de nível superior falaram mais. Os profissionais se sentaram em semicírculo mais ou menos organizado. Dois dados de posicionamento chamaram a atenção: médicos e enfermeiros de uma mesma Equipe de Saúde da Família se sentaram lado a lado. As dentistas se sentaram

mais afastadas do grupo, o que talvez simbolizasse seu lugar de *profissionais à parte* no contexto da USF.

Os profissionais (18 ao todo) tiveram que elaborar justificativas, por exemplo, para o número de exames preventivos realizados, que, segundo Simone, estava “abaixo da média em todas as equipes”. A Equipe 1, composta por médico e enfermeiro homens, tinha o pior índice. Segundo eles, muitas usuárias se negavam a se submeter ao exame preventivo com profissionais homens, o que explicaria em parte a constatação. Edinete confirmou que realizava muitos exames que “eram da Equipe 1”. Márcio, o médico da referida equipe, pediu que os exames não fossem marcados na segunda-feira, afirmando que “eles [os usuários] namoram no final de semana, aí fica inviável”. Com isso, provocou risos maliciosos, principalmente de agentes de saúde. Outra justificativa citada pela Equipe 1 foi o número mais alto de usuárias que se submetiam ao exame por plano de saúde privado em relação às outras equipes. Para esse ponto em específico, os encaminhamentos elaborados foram intensificar os “mutirões de preventivos” e a busca ativa por usuárias, com vistas a aumentar o número de primeiros exames.

Uma enfermeira frisou que havia itens para os quais “não temos que justificar nada não, né”, acrescentando: “vamos falar o menos possível!”. Mais adiante, uma profissional de nível superior sugeriu, de forma sarcástica, um encaminhamento para o indicador “mortes por armas de fogo”: “eu tenho uma sugestão para essa aí: aquele pessoal subir o morro e pedir para eles não matarem mais ninguém”. Destaca-se o uso da expressão “aquele pessoal” para referir-se aos técnicos da Secretaria Municipal de Saúde. Ao longo da reunião,

essa e outras falas indicaram que a Secretaria não era vista como parceira para o trabalho, mas principalmente como órgão controlador e fiscalizador. Verificou-se que os profissionais, ao longo da reunião, se uniram contra esse *adversário comum*. Considerando as falas, é possível depreender também a crença de que a Unidade não era capaz de atuar efetivamente junto a problemas relacionados à violência.

Os dados relativos à Secretaria de Saúde são expressões do Tema 16. O Tema 17 também foi identificado: ao longo da reunião, os profissionais utilizavam uma tabela com a descrição dos indicadores. O único deles referente à saúde mental era “taxa de cobertura CAPS por 100 mil habitantes”. Verificou-se que não havia meta pactuada para o território e que o referido item sequer foi discutido na reunião. Os indicadores discutidos centravam-se no Fluxo A. Não houve discussão sobre identificação, acompanhamento ou encaminhamento de problemas relacionados ao álcool e outras drogas.

A “reunião para discutir a recepção” evidentemente também abordou o fluxo consultório-centrado. Simone era mais uma vez a coordenadora da reunião, secretariada desta vez por Elisa. A sanitarista desenhou três colunas no quadro branco, referentes ao tópico “recepção”, intituladas “Ajuda, Atrapalha e Encaminhamentos”, onde inseria informações à medida que se desenrolavam as discussões.

Na coluna “Ajuda” escreveu, por exemplo, “conhecer o fluxo de funcionamento da US”, além de vários itens relativos ao trabalho do “posso ajudar” (agentes de saúde que utilizavam um colete com essa frase e que orientavam as filas da recepção). A coluna “Encaminhamentos” se referia a itens

da coluna “Atrapalha”. Por exemplo, os profissionais julgavam que “informar aos usuários quem é o médico da demanda” atrapalhava o funcionamento da recepção e sugeriram, como encaminhamento, “só informar o nome do profissional que irá atender na entrega da senha”.

Mais uma vez destacou-se o caráter colaborativo da reunião. Dessa vez, as agentes de saúde e os auxiliares de enfermagem estavam particularmente implicados no tópico em discussão, uma vez que eles, principalmente, lidavam com a recepção. Foi possível notar que participavam da reunião ativamente e sem dificuldades. Em determinado momento, uma das auxiliares sugeriu um “teatrinho”: agentes e auxiliares dramatizaram as sugestões que surgiram para o funcionamento da recepção, algumas delas representando profissionais e outras, usuários. Nessa ocasião, uma das auxiliares exclamou: “presta atenção para todo mundo trabalhar igual! [...] Aí, vai acabar...: quem é demanda vai para esse lado. Quem é agendamento para esse lado” [gritou a frase, dramatizando].

Falaram ainda sobre a importância de não haver discussões entre os profissionais “na frente de usuários”. Reservaram um momento ao final, para “avaliar a reunião”, momento em que se afirmou que “foi boa. Todo mundo participou”. Finalmente, marcaram outra reunião, decorridos trinta dias, para “ver se isso aqui funcionou”.

O caráter afirmativo e colaborativo das relações observadas entre os profissionais contrastou com o relato, feito pelo diretor Bruno, de uma interação com uma usuária. O diretor saiu do local da reunião para comunicar um dos encaminhamentos a um auxiliar administrativo. Segundo ele, uma usuária o reconheceu no corredor e reclamou agressivamente: ‘você só fazem as coisas

para piorar!'. Bruno se disse "revoltado": "deu vontade de pular no pescoço dela [...] É desanimador... você gasta o maior tempo com a equipe discutindo e a pessoa não te deixa nem explicar. A gente se matando para melhorar... quase brigando, mas sadicamente... Essa é uma boa observação para você, Luiz!" [concluiu, referindo-se ao pesquisador]. Temas relativos à percepção dos usuários serão retomados no tópico seguinte.

2.5.2. GERIR OS USUÁRIOS

2.5.3. REUNIÕES DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Cada uma das seis Equipes de Saúde da Família se reunia semanalmente, em dia e horário fixos. Cinco reuniões foram observadas, envolvendo quatro equipes diferentes, o que permitiu vislumbrar a diversidade de Situações geradas nesses encontros e registrar alguns padrões comuns de funcionamento.

Seguindo diretrizes da Estratégia Saúde da Família, os profissionais da Unidade dos Quatro Cantos esperavam que cada reunião contasse com todos os membros da respectiva equipe, enfermeiro, médico, auxiliar de enfermagem e agentes de saúde. Entretanto, as reuniões observadas apresentaram variações. Uma das reuniões foi realizada sem a enfermeira, que estava de férias. Em duas delas, o médico não estava presente, por motivos de férias e contratação de novo profissional. Em outras três, verificou-se a participação de outros profissionais.

Também em consonância com as diretrizes da Estratégia, os objetivos manifestos das reuniões foram a discussão do estado de saúde das respectivas áreas e microáreas, a discussão de casos específicos, a delimitação de prioridades, a marcação de visitas domiciliares e a atualização da equipe por meio

de diversos tipos de informes. Segundo os profissionais, as visitas domiciliares serviam, entre outros, para fornecer medicamentos para usuários acamados, agendar ambulância ou internação e encaminhar para profissionais de referência na Unidade.

Nessas reuniões, evidenciava-se o encontro de dois universos diferentes de saberes e de práticas, de um lado aquele das agentes comunitárias de saúde e, de outro, aquele dos profissionais de nível superior, principalmente enfermeiros e médicos. As agentes falavam essencialmente sobre os fatos observados ao longo da semana por meio de sua inserção no território e por meio das visitas domiciliares, destacando casos que, segundo seu julgamento, mereceriam *status* de prioridade para a equipe. Enquanto isso, enfermeiros e médicos assumiam o papel de especialistas em saúde, orientando o trabalho das agentes, transmitindo informações clínicas e organizacionais, assumindo o ponto de vista de quem trabalhava prioritariamente no interior da Unidade.

Sendo simultaneamente trabalhadoras da Unidade e moradoras do território, as agentes de saúde podiam transmitir para os demais profissionais uma espécie de *saber espontâneo*, o saber sobre seu próprio local de moradia e sobre a dinâmica das famílias que compunham a vizinhança, complementar ao *saber profissional* que elas próprias também produziam com seu trabalho cotidiano. Sua presença na equipe de saúde se constituía portanto em uma forma de o serviço e o saber institucionalizado, respectivamente a Unidade e as ciências da saúde, se apropriarem desse *saber espontâneo*. Essa apropriação permitia a elaboração contextualizada de objetivos e estratégias e a avaliação também contextualizada de resultados. As Cenas descritas a seguir ilustram esses pontos.

Cena 6: em uma reunião com enfermeiro Eraldo e agentes de saúde, o enfermeiro questionou uma das agentes sobre casos de hipertensão. A agente destacou que uma das usuárias “não toma o remédio direito, não toma mesmo”. O enfermeiro formulou um encaminhamento para o caso, pedindo à agente que fosse à casa da usuária, com uma técnica de enfermagem, para aferir sua pressão.

As agentes forneciam informações como: “Dona Leandra deu crise anafilática [...] Seu Augusto deu crise de diabetes. [...] Dona Lourdes fez cirurgia de catarata”. Também relataram dados sobre gestantes, crianças, idosos, usuários que estavam internados, etc. Sobre uma usuária com diagnóstico de doença de Alzheimer, uma das agentes afirmou: “ela tá com muito problema na família porque mataram o genro dela, nasceu um netinho cego. Ela tem uns onze filhos, mas eles não moram aqui”. Para esse caso, Eraldo sugeriu encaminhar a usuária para uma consulta com o médico da equipe e para o centro de referência específico para idosos. Ao longo de toda a reunião, esse procedimento se repetiu: com base nas informações trazidas pelas agentes, o enfermeiro formulava e transmitia diretrizes, cumprindo a função de coordenador do trabalho. Eraldo mencionou que passaria certos casos para o assistente social da Unidade. As informações transmitidas pelas agentes serviram de base para a compilação de demandas e identificação de prioridades.

Cena 7: uma agente de saúde pediu ao médico “Dr. Mauro, eu preciso de uma visita sua também [visita domiciliar]”, para o caso de uma usuária que “[...] está em casa com a perna desse tamanho [grande gesto com as mãos]”, ao que o médico respondeu “a gente vai lá pra internar ela”. O encaminhamento para

internação também foi registrado em outras reuniões e, como será visto mais adiante, mencionado para casos de saúde mental, álcool e drogas. São exemplos de outras reuniões as seguintes falas: sobre uma usuária idosa, uma das agentes comentou “a Dona Iraci, eu já entreguei pra Deus, hein! Eu não sei mais o que fazer ali, Eraldo. Tem que botar num asilo”. Sobre um caso de sífilis congênita, Miranda afirmou “se a pediatra que é pediatra não quer assumir, eu é que não vou assumir. Eu mando internar”.

Cena 8: em reunião com a enfermeira Elda, a médica Miranda e agentes de saúde, uma das agentes contou o caso de uma mulher com quatro filhos, viúva porque o ex-marido matou o marido atual. Sobre o caso, outra agente exclamou “que babado!” [expressão que se refere tipicamente à *fofoca*, denotando fato novo, íntimo e potencialmente chocante]. Miranda fez comentários sobre a vida de outra usuária: “o ex-marido da Lúcia agora é marido da Amélia. Aí, elas se encontraram aqui tudo junto. Falaram assim pra mim [sobre o filho de uma das mulheres]: ‘é... o pai não assumiu... mas, bem feito, veio a cara dele’” [risos].

As participantes continuaram a mencionar a palavra “babado”, enquanto a enfermeira Elda reclamava por não estar a par dos fatos: “ninguém me contou!”, ao que acrescentou “ué, a gente tem que saber dessas coisas!”, afirmação com a qual as agentes concordaram. As participantes relataram ao pesquisador casos considerados “delicados”, cujo manejo depende de informações não só sobre o estado de saúde dos usuários, mas também sobre sua vida *pessoal*. Citaram, por exemplo, a preocupação de não “marcar preventivo” (exame do colo do útero) no mesmo dia para duas mulheres grávidas do mesmo homem; de saber que certa

criança não vem à Unidade porque é filho de um traficante que “só vivia escoltado”, entre outros casos.

Verificou-se que as comunicações das agentes de saúde se aproximaram frequentemente do *bate-papo* e da *fofoca* (Tema 3), caracterizados pela informalidade das expressões e pelo tom jocoso. Nas reuniões de Equipe de Saúde da Família, os profissionais de nível superior exerciam alternadamente duas formas de lidar com o discurso das agentes: a) ora o apreendiam sob o ponto de vista técnico, utilizando-se das informações para planejar atividades; sob esse enfoque também orientavam as agentes e eventualmente as corrigiam; b) ora participavam do *bate-papo* e da *fofoca*, acrescentando informações que *normalmente* seriam restritas à intimidade ou ao sigilo clínico, rindo e participando das brincadeiras e das piadas, como visto no exemplo da médica Miranda.

Ao final de uma das reuniões, as profissionais se dirigiram espontaneamente ao pesquisador para afirmar que os comentários feitos nas reuniões eram públicos “só dentro da equipe”. Mencionaram o sigilo clínico e afirmaram que as informações não eram transmitidas aos profissionais das outras equipes. É preciso cautela ao mencionar a *fofoca*, termo com carga pejorativa, para caracterizar a fala dos profissionais. Não se busca, com isso, condenar o discurso dos profissionais pela comparação em si. A *fofoca* das reuniões de equipe pode ser vista como um instrumento da Saúde da Família, parte do caráter inovador da Estratégia e potente para a promoção da saúde. Ao mesmo tempo, impõe-se uma observação já feita em outros tópicos, a questão se esse tipo de discurso pode se mostrar mais atento aos fatores psicossociais e às possibilidades de intervenção psicossocial. Mais precisamente, a questão é a de

como esse discurso pode considerar *seriamente* os fatores psicossociais (gênero, identidade, crenças, representações sociais) como determinantes da saúde e formular intervenções correspondentes. *O problema não seria rir, mas restringir-se ao riso.*

Detectou-se outro dado interessante relativo ao estilo de conversação praticado nas reuniões. Os próprios participantes dirigiram-se algumas vezes ao pesquisador afirmando direta ou indiretamente que a reunião se dava de forma “confusa” ou “informal demais”, como ilustram as Cenas a seguir.

Cena 9: reunião em que a enfermeira estava ausente (férias). Uma das agentes afirmou “a enfermeira que coordena tudo. Quando ela sai, o rato faz a festa”. O médico Mauro acrescentou que “o enfermeiro coordena a frequência dos agentes, a produção do médico...”. Ao final, uma das agentes perguntou ao pesquisador “deu pra aproveitar alguma coisa dessa reunião?” e outra agente disse “pode deixar que PSF não é assim não, viu? É porque a gente tá sem a enfermeira”.

Cena 10: reunião em que se expressavam discordâncias entre membros da equipe e muitos deles falavam ao mesmo tempo. Nesse momento, uma das agentes olhou para o pesquisador, com um sorriso, referindo-se à “confusão”.

Cena 11: dirigindo-se ao pesquisador, uma das agentes perguntou/afirmou: “você tá todo perdido nessa reunião né?!”.

As falas revelam elementos de como os profissionais percebiam seu próprio trabalho nas reuniões de equipe e elementos sobre o que eles pensavam que um terceiro pensava sobre seu trabalho. Algumas hipóteses podem decorrer dessa observação: a) os participantes percebiam ou intuía uma decalagem

entre o que teoricamente se esperava das comunicações profissionais e a forma concreta pela qual falavam de seus usuários e de si mesmos; b) como decorrência, pode-se supor que a abordagem dos estilos de comunicação (seleção dos conteúdos, critérios de priorização, formas de objetivação, estilo de humor, vocabulário utilizado, etc.) pode ser estratégia interessante de reflexão junto às equipes. Por meio dessa estratégia, seria possível abordar as representações que os profissionais constroem sobre seu público-alvo.

Em algumas reuniões, houve referências explícitas à necessidade de mobilização popular para a transformação e para a melhoria dos serviços públicos de saúde, como exemplifica a Cena a seguir. Nela, o Tema 6 se expressou de forma diferente e inesperada, com a proposta de instrumentalizar os “barracos” dos usuários:

Cena 12: a dentista Diana contou o caso de um usuário que reclamou sobre um pronto-atendimento odontológico (outro serviço municipal de saúde), tendo sido indevidamente encaminhado para o “postinho” (Unidade de Saúde), com pedido de “laudo cardiológico” a ser realizado pela médica generalista Miranda. Ao que a dentista acrescentou: “a gente tem que pedir aos pacientes para fazer barraco lá. O PA [Pronto-Atendimento] odontológico não tá valendo nada! Então, eu queria pedir a vocês [agentes de saúde] que divulguem isso na comunidade” [a incitação a “fazer barraco”].

A dinâmica das relações interpessoais no interior de cada Equipe de Saúde da Família e, mais especificamente durante as reuniões de equipe, também se mostrou tópico de grande interesse. O aprofundamento desse tópico foge ao escopo do presente trabalho, mas fica a sugestão de que seja explorado por

outros estudos. Apresentam-se ao menos dois pontos importantes. O primeiro se refere às relações entre as agentes de saúde e os profissionais de nível superior, implicando possíveis relações de tutela e de infantilização das agentes. O segundo diz respeito às relações entre o enfermeiro, definido como o coordenador da equipe, e os demais participantes.

É possível formular questões como: quais as diferentes práticas de coordenação adotadas pelos enfermeiros e quais as consequências de cada tipo de coordenação para o trabalho da equipe (satisfação com o trabalho, índices de produtividade, etc.)? Que estratégias os enfermeiros utilizam para manejar a função de coordenação frente à autoridade tradicional dos médicos, historicamente consagrada? As Cenas descritas a seguir mostram diferentes aspectos das relações interpessoais observadas em reuniões de equipes de Saúde da Família.

Cena 13: em meio à discussão, uma das agentes de saúde perguntou ao médico Mauro, brincando, “pode ligar a televisão?”, ao que o médico, sério, respondeu “não”. Aparentemente, com a brincadeira, a agente se colocou na posição sócio-subjetiva de *ser tutelada* e/ou buscou testar a capacidade de coordenação do médico, na ausência da enfermeira. Na mesma reunião, notou-se que o médico estabelecia os pontos de pauta, transmitia informações técnicas sobre patologias, exames, quantidade e característica dos atendimentos que ele realizava. Notou-se que o discurso informal e jocoso das agentes contrastava com as falas técnicas do médico.

Cena 14: contrariamente ao que se passou na Cena anterior, a médica Miranda participava de brincadeiras e conversações informais com as agentes,

mas também se posicionava como o *centro* da reunião, pedindo informações, propondo pontos de pauta e encaminhamentos. Frente à médica, que falava a maior parte do tempo, a enfermeira Elda se retraía. Seu posto de coordenadora da equipe parecia apenas formal. Ao longo de uma reunião, por exemplo, a médica perguntou “tem três vagas. Quem quer a vaga?”; propôs um ponto de pauta, “Hein, e o mutirão de preventivo?”, e um encaminhamento que foi aceito sem discussão, “vamos dar prioridade pra quem trabalha” [usuárias que trabalham]. Ao final da reunião, continuou a coordenar: “pronto, acabamos?”. Depois que Miranda saiu da sala, algumas agentes confidenciaram ao pesquisador sua percepção de que a médica era voluntariosa demais.

Cena 15: A observação de uma segunda reunião da mesma equipe permitiu vislumbrar interessantes desdobramentos da relação do grupo. Miranda negava-se a fazer visitas domiciliares, a “subir o morro”, alegando falta de segurança pessoal para atuação profissional, medo da criminalidade. Segundo a médica, essa recusa se embasava em resolução do Conselho Regional de Medicina e tinha o acordo da coordenação da Unidade.

Ao longo da reunião, o assunto das visitas domiciliares foi trazido por Elda e imediatamente rebatido por Miranda, que reafirmou sua posição. A partir daí, intensa discussão foi travada entre Miranda, de um lado e, principalmente, Diana (dentista), agentes de saúde e auxiliares de enfermagem de outro. Essas últimas argumentaram que as visitas eram essenciais à Estratégia Saúde da Família e que a população precisava e cobrava. Em certo momento, uma das agentes ameaçou relatar o caso às autoridades da Secretaria Municipal de Saúde. Nesse ponto, Miranda dobrou-se à vontade do grupo (que parecia ter se articulado

anteriormente ao início da reunião, para pressionar a médica) e consentiu realizar certas visitas. Afirmou “eu continuo achando que eu não devo ir. Mas, vou ficar com um monte de gente falando no meu ouvido. Então eu vou. Mas, continuo achando que não devo ir. Não é porque eu sou especial não. Eu acho que ninguém devia subir”.

Ao final da reunião, após a saída da médica, Diana afirmou ao pesquisador “estamos tomando posse da reunião”. Ficou evidente que, com a pressão articulada, as profissionais se opuseram ao domínio que a médica exercia sobre as atividades da equipe. Opuseram sua vontade (*as visitas estão previstas na Saúde da Família são necessárias e devem ser feitas*) à vontade da médica, e ganharam a *queda de braço*. É possível ver a participação das agentes (delas principalmente) nesse episódio como forma de mobilização popular para construção do SUS.

Cena 16: diferentemente de Elda, Edinete coordenou efetivamente a reunião de sua equipe que foi observada. A comparação não pode ser exata aqui, pois o médico dessa equipe estava ausente na ocasião. Pediu informações às agentes, fez agendamentos de exames, propôs os pontos de pauta, a sequência das discussões e encaminhamentos. Em um exemplo de diálogo, Edinete recomendou a uma agente como se deveria conversar com uma usuária: “fala para ela que a gente vai cuidar disso e que ela vai ficar boa. Não esquece não, tá?”, ao que a agente respondeu “não, não esqueço não”. A observação das falas, expressões faciais e corporais indicou que as agentes prestavam atenção aos casos discutidos e participavam da reunião de forma colaborativa. As discussões sobre os diferentes pontos de pauta e casos clínicos tomavam a forma de

conversação coletiva. Havia conversas paralelas, mas em geral elas versavam sobre o assunto em pauta.

Cena 17: o enfermeiro Eraldo também exerceu efetivamente a função de coordenador da reunião de sua equipe que foi observada. Entretanto, houve interessante diferença quanto ao estilo de comunicação presente. Ao invés de conversação coletiva, o tratamento de cada assunto era feito hegemonicamente na forma de um diálogo entre o enfermeiro e cada uma das agentes. Com isso, as outras agentes de saúde se mostravam distanciadas da discussão e exibiam diferentes comportamentos evasivos (bocejos, conversas paralelas sobre outros assuntos, ligações em telefone celular, etc.). Observou-se também que o enfermeiro assumia mais claramente postura de tutor das agentes, com repreensões, recomendações e elogios professorais. Seguem-se alguns exemplos. Dirigindo-se às agentes, tratou-as como “meninas”: “[...] tá, meninas? Paciente de radioterapia e quimioterapia tem serviço de ambulância, tá?”. Em outro momento, sobre uma cartela de vacinas exibida por uma das agentes, disse “tá ótimo. Parabéns, viu!”.

Reitera-se a sugestão de mais estudos sobre as relações interpessoais nas equipes de saúde da família. Pesquisas poderiam verificar em que medida se estabelecem relações de coação ou de cooperação nas equipes (La Taille, 1992); poderiam igualmente avaliar os diferentes tipos de organização interpessoal entre enfermeiros, médicos e agentes e seus efeitos para a prática cotidiana.

Nas reuniões observadas, houve menções às dificuldades de infraestrutura urbana dos bairros e a dificuldades para a realização do trabalho cotidiano, como exemplificam as cenas abaixo.

Cena 18: uma das agentes afirmou “Nossa! Nossa área é muito complicada!”. Reclamou sobre as longas distâncias a serem percorridas para realização de visitas. Seguiu-se uma discussão sobre o meio de transporte. Uma auxiliar insistiu que se utilizasse o carro da Unidade, ao invés de percorrer os trajetos a pé, como defendiam suas colegas: “vocês querem que a gente seja escrava desse morro e a gente não ganha pra isso”.

Cena 19: uma das agentes comentou o fato de que vários moradores decidiram se mudar dos bairros atendidos: “ainda bem que estão mudando muito” [o número menor de usuários significaria menor quantidade de trabalho]. Outra agente, mencionando a migração, retrucou que “mudam 10, vêm 20 [outros] da Bahia”.

Foram frequentes relatos de problemas nas relações com os usuários e de manifestações de violência. O território atendido pela Unidade foi representado como espaço associado à ignorância (por exemplo, à falta de compreensão das propostas de promoção da saúde), à imoralidade (por exemplo, abusos em festas de final de semana, relações sexuais desregradas, geração de filhos unicamente para receber o “Bolsa Família”), à criminalidade (por exemplo, assaltos, homicídios, tráfico de drogas) e ao medo, como ilustram as Cenas a seguir.

Cena 20: uma das agentes falou sobre uma usuária diabética que a procurou em sua residência de manhã bem cedo. “Foi dez pras seis lá em casa me gritar, para eu ir medir o dedinho dela” [teste de glicemia]. A fala fez pensar nos desafios enfrentados pelas agentes, em seu lugar duplo. Nesse caso, evidencia-se o possível *assédio* por parte de usuários que se sentiriam à vontade para cobrar seus serviços fora do horário de trabalho. As agentes continuaram a

conversar sobre o caso: “ela [a usuária] disse: ‘não vou tomar remédio não, que não vai adiantar’. Aí, deu derrame e pronto, agora ela quer”. Outra agente complementou “agora, fala pra ela tomar o chazinho dela”, concluindo: “é rebelde”.

Cena 21: sobre um caso, uma das agentes afirmou “nossa, quanto mais pobre, mais burro!”. O enfermeiro Eraldo a repreendeu, “olha o julgamento...”, ao que ela respondeu “É...”, concordando com a necessidade de falar de outro modo ou fingindo concordar.

Cena 22: Miranda falou sobre usuários que têm muitos filhos: “tem que dar anticoncepcional para esse povo. Me desculpe... É vontade de ser pobre!”. Comentou o caso de um casal. A usuária, com cinco filhos, teria o sexto, que seria finalmente um menino. Segundo a médica a usuária lhe teria perguntado “será que agora meu marido vai deixar eu ligar [as trompas], porque veio o menino?... É vontade de ser pobre!”

Cena 23: Edinete afirmou que várias crianças não estavam comparecendo às consultas agendadas com ela (as mães não compareciam com as crianças). Acreditava que as mães pensavam ‘Ah, a criança está bem’ e, por causa disso, “não vêm no acompanhamento”. Acrescentou: “quando tá doente, aí quer porque quer a vaga”. A enfermeira falava de um aspecto das demandas centradas no modelo curativista e a ideia recorrente de que os usuários não tinham “cultura de Saúde da Família” nem vontade de se adequar a essa “cultura”.

Cena 24: Miranda descreveu comportamentos de usuários que qualificou de “poliqueixosos” e que, por via inversa àquela das mães citadas na Cena anterior, também não se adequariam ao funcionamento da Unidade: “ela está aqui

toda a semana. Ele está aqui todo o dia”. Uma das agentes disse à médica, rindo: “eu acho que aquele português vem é pra ver a Senhora!”. A médica respondeu parecendo concordar: “às vezes, ele vai atrás de mim no corredor pra ver se o remédio que passaram para ele é o certo”.

Cena 25: sobre o caso de uma usuária diabética, uma das agentes comentou: “ela precisa de uma dieta especial, mas o salário não dá”. Uma auxiliar de enfermagem disse: “olha, esse mundo é muito injusto. Pobre tinha que morrer antes de nascer”. A agente complementou: “a irmã é doidinha. Vai para o forró e dança a noite inteira”.

Cena 26: Miranda falou sobre o caso de uma usuária que reclamava de “ardência na vagina”: “passei um lubrificante pra ela. Não era candidíase, porque ela só sente na hora da relação”. Acrescentou: “sei lá o que esse pessoal faz na hora lá, né!?”. Uma das agentes complementou, rindo: “é o negócio desproporcional. Ou ela é seca”. Destaca-se o uso do termo “esse pessoal”, demarcação da alteridade representada pelos usuários. Destaca-se também a dúvida expressa quanto às práticas sexuais desses *outros* (“sei lá o que esse pessoal faz na hora lá”), o que remete à frequente atribuição de práticas sexuais *animalizadas e aberrantes aos grupos dos outros* mencionada por Joffe (1995).

Cena 27: uma das agentes falou sobre uma usuária que se negava a fazer exames pré-natais: “[ela] está me enrolando”. A enfermeira comentou em tom de brincadeira “ela tem marido? Vamos castrar o marido dela!”. Em seguida, complementou: “A gente oferece camisinha, anticoncepcional e eles recusam tudo”.

Cena 28: uma agente de saúde comentou o número de partos, que ela considerava excessivo: “eles [os usuários] têm que encher de Bolsa Família – ficar cheio de ‘bolsinhas’”. Uma enfermeira acrescentou: “[responsáveis pelo Programa] estão cancelando um monte de Bolsa Família. Graças a Deus!”. Essa enfermeira manifestou, em diferentes ocasiões, críticas a essa forma de assistência.

Cena 29: agentes de saúde comentaram que Miranda já tinha passado pela experiência de atender um homem armado em seu consultório, acompanhado de outro homem armado. Em outra ocasião, outras agentes falaram sobre o caso de usuária que teve que “fugir” do bairro, por causa de “problema com o tráfico”, deixando sua criança sob os cuidados de uma moradora alcoolista (discutiram a questão da negligência em relação à criança, “cheia de feridas”, com alimentação precária).

As Cenas descritas acima explicitam elementos das representações sociais construídas pelos profissionais sobre os usuários em geral. Trata-se de elementos que, direta ou indiretamente, já se fizeram presentes em outras partes deste relato e que cabe agora descrever na forma de Temas:

- Tema 20: a percepção de que os usuários constituíam mais objetos que sujeitos das práticas sócio-sanitárias (*coisificação*).
- Tema 21: a percepção de que os usuários eram ignorantes, relacionavam-se ao não-saber.
- Tema 22: a percepção de que os usuários não compreendiam o funcionamento da Estratégia Saúde da Família e/ou não queriam se adequar a esse funcionamento.

- Tema 23: a associação dos usuários a práticas imorais.
- Tema 24: a associação dos usuários a práticas de violência.
- Tema 25: a percepção de que os usuários se caracterizavam pela alteridade, de que eram um tipo diferente de pessoas, habitantes de “outra realidade”.

A construção, por parte dos profissionais, de representações sociais do alcoolismo e dos usuários alcoolistas deve ser compreendida em relação à construção das representações sociais sobre os usuários em geral. Essa ideia será retomada mais adiante. Cabe agora ressaltar que, nas reuniões de equipe, também houve menções a casos “de saúde mental” e a casos de dependência de álcool e outras drogas, como demonstram as Cenas a seguir.

Cena 30: respondendo a uma pergunta sobre a pesquisa, o pesquisador disse a Mauro que ela estava relacionada à saúde mental e ao alcoolismo. O médico prontamente retrucou que “aí, então, você tem que conversar com a psicóloga da Unidade”. Os profissionais pareciam perceber que a atuação em saúde mental se dava essencialmente com administração de medicação, muitas vezes mediada pela Equipe Matricial, e com os atendimentos individuais feitos pela psicóloga, Patrícia. Em outra reunião, Miranda e agentes de saúde falaram da necessidade de encaminhar o caso de um usuário “surtado” para Patrícia, para “orientação à família”.

Cena 31: agentes de saúde falaram sobre usuária psicótica em surto: – “ela tá doidinha! Todo mundo tá correndo dela no morro”. – “Vai que ela abraça um mal humorado, pode tomar um tiro”. – “Tadinha”.

Cena 32: Edinete dirigiu-se ao pesquisador para comentar que um “problema da US e do sistema” é o “controle de medicação de saúde mental”. Segundo ela, atualmente, apenas os enfermeiros mantêm registros sobre usuários e medicação prescrita, “tal paciente tem que tomar tal remédio em tal data” – comentou. Ela desejava que toda a equipe participasse desse controle, inclusive o médico. “O paciente não vem à US, aí é mais difícil ainda. A gente tem que levar a medicação. As agentes levam direto”.

Cena 33: Edinete, mais uma vez dirigindo-se ao pesquisador, comentou o caso de um usuário que “começou a surtar lá em cima [do morro] e terminou aqui em baixo [na Unidade de Saúde]”. É interessante destacar que a enfermeira comemorou o fato de o próprio usuário, mesmo em surto, ter se dirigido à Unidade para pedir ajuda: “com o vínculo que a gente criou com ele, ele veio para cá. Graças a Deus! A gente conseguiu encaminhar” [o encaminhamento foi feito, com ambulância, para o pronto-socorro psiquiátrico de um hospital geral]. Edinete comemorou mesmo que, segundo ela, o usuário tenha manifestado agressividade dentro da Unidade, com violência física contra profissionais: “começou batendo na mãe dele lá em cima e veio bater em todo mundo aqui em baixo, diretor, assistente, todo mundo. Precisou de cinco homens para segurar ele e ele é magrinho” [mostrando o dedo mínimo].

A fala da enfermeira, consoante com diretrizes para o caso (Oliveira *et al.*, 2006), foi relativizada por uma das agentes: “já pensou se eles todos viessem surtar aqui em baixo?...” [sussurrando para outra agente ao lado]. É interessante lembrar aqui do episódio do *bêbado-problema* relatado anteriormente. Mesmo manifestando agressividade física, um usuário em surto parece ter tido melhor

acolhimento que o alcoolista na Unidade dos Quatro Cantos. Assim como no estudo de Ronzani, Higgins-Biddle *et al.* (2009) profissionais da APS estigmatizam mais o alcoolismo, mesmo em comparação com a esquizofrenia.

Cena 34: em reunião com Eraldo, uma das agentes falou sobre o caso de um usuário “de saúde mental”. A família teria dito: “acho que a gente tinha que internar o Daniel”. A agente respondeu “não, não tem que internar não”, defendendo a manutenção da inserção familiar do usuário.

Alguns Temas importantes se destacam nessas Cenas, Temas que se repetirão, mais adiante, em outras Situações. Verificou-se que:

- Tema 26: a percepção de que os *casos de saúde mental* eram essencialmente casos de descompensação psicótica.
- Tema 27: a percepção de que os casos de saúde mental não constituíam prioridade. Inexistência de fluxos específicos, a descrição de casos graves não gerando, necessariamente, encaminhamentos.
- Tema 28: a associação do atendimento não-medicamentoso em saúde mental principalmente ao trabalho individual da psicóloga.
- Tema 29: a existência de elementos de discurso consoantes com as atuais políticas para saúde mental, como a importância de acolher o usuário mesmo em surto e o questionamento da solução-internação.

Finalmente, destacam-se Cenas em que os profissionais falaram, ao longo das reuniões, sobre problemas com álcool e outras drogas:

Cena 35: uma das agentes citou “o caso de Leandro, que é um viciado”. Eraldo corrigiu-lhe a terminologia dizendo “dependente”. Perguntou-lhe, em

seguida: “aquilo ali é uma ‘boca’, né? Eles não estão morando aqui?”. A agente respondeu: “é um bacanal! Eles só vêm aqui pra pegar camisinha” [tom de voz ríspido]. Destaca-se a evidência de duplo julgamento moral dirigido ao consumo de drogas e a práticas sexuais consideradas desregradadas.

Cena 36: sobre a possibilidade de oferecer tratamento a dependentes de álcool ou outras drogas, uma das agentes exclamou: “Eles não querem! Quem dera se eles quisessem. Eu ia acabar com todos os alambiques. Eles dizem ‘não sou cachaceiro, cachaceiro é quem faz cachaça’”. Sobre usuários de drogas ilícitas, Edinete afirmou que “se ele não vem pedir ajuda, a gente não pode ir falar que ele é usuário. É perigoso para a gente, com o tráfico, com a violência...”. Acrescentou que “tinha que ser uma agenda separada. A gente não tem um fluxo organizado para esses pacientes”. Comentou a dificuldade de fazer vínculo com esses usuários e que essa dificuldade é agravada pela longa espera por agendamentos e consultas. Afirmou que, exceto o grupo de apoio ao tabagista, a Unidade não dispunha de qualquer estratégia bem estabelecida de cuidado “para saúde mental, nem para álcool e drogas”. Citou ainda que, de forma isolada, um alcoolista “vinha pegar remédio com o médico”. Uma das agentes falou sobre um usuário de drogas ilícitas: “[o médico] tava dando muita atenção pra ele”. Nessas falas, o tratamento efetivo dos casos assumiu caráter pontual, assistemático.

Cena 37: uma das agentes relatou o caso de uma usuária, “Bernardete, que é uma alcoólatra”. Acrescentou que “ela [Bernardete] tá dizendo que quer entrar num programa lá para parar de beber. Tem que mandar para o CAPS-ad, né?”. Eraldo citou outra possibilidade de tratamento, um programa específico para alcoolistas em um hospital geral da cidade: “é bem fácil de achar. Tem psicólogo

e tudo”. Ao final da reunião, questionado pelo pesquisador sobre uma possível preferência pelo programa citado, afirmou que “[nesse programa] já tem atendimento direto. Eles contam com médico lá de dentro [do hospital geral]” e acrescentou que considerava o acesso ao CAPS-ad como “mais difícil, mais burocrático”.

Nas Cenas descritas, evidenciaram-se dificuldades relacionadas ao atendimento a usuários de álcool e outras drogas: a moralização das práticas de consumo de drogas (imagens de *degeneração social e sexual*); a percepção de que os usuários não querem se envolver em qualquer tipo de tratamento; a associação das drogas ilícitas com o medo da violência ligada ao tráfico; a inexistência de estratégias e fluxos de atendimento bem definidos na Unidade; as dúvidas quanto ao encaminhamento a serviços especializados. Repetiram-se elementos dos Temas 12 a 15 e delineou-se outro Tema:

- Tema 30: a percepção de dificuldades nas relações entre Unidade de Saúde da Família e os CAPS, incluindo CAPS-ad.

Esse Tema se repetiu em uma série de Situações. Na reunião da Equipe Matricial observada, Melissa afirmou que “os pacientes são muito bem atendidos aqui. Agora, se for com o CAPS...”, ao que Edinete acrescentou “eu não tenho boa relação com o CAPS”. Após essa reunião, o pesquisador procurou a enfermeira para explorar melhor o assunto. Sobre o CAPS, ela afirmou que “quando a gente pede alguma coisa, raramente eles atendem. Ah... Eu sinto assim: como se eles se achassem superiores à gente. A nossa opinião não vale só porque somos da Atenção Básica”.

Em uma entrevista com Patrícia, a psicóloga disse que considerava difícil encaminhar usuários ao CAPS. “O CAPS tá abarrotado. [...] Estamos deixando a desejar com álcool e drogas e com transtorno infantil”. Sobre os transtornos relacionados a álcool e outras drogas, afirmou que o importante era manter o usuário frequentando a Unidade de Saúde, mesmo com as recaídas, ideia consoante com diretrizes de redução de danos. Entretanto, afirmou também que buscava evitar encaminhar esses usuários ao CAPS-ad, “quando encaminha para o CAPS-ad, a gente perde o controle”, evidenciando a inexistência de trabalho cooperativo entre os serviços envolvidos.

Na sala dos enfermeiros, Evandro contou aos colegas que a psiquiatra que compunha a Equipe Matricial deixaria aquele trabalho, “[ela] passou num concurso do Estado”. Os outros enfermeiros presentes exclamaram “Ah...”, longamente, expressando pesar. Elvira acrescentou “a gente só perde. A gente só se ferra aqui”, lamentando a saída da psiquiatra.

O pesquisador perguntou se ela era “legal”. Elvira e Edinete responderam “legal como pessoa, como médica, como psiquiatra. Se precisasse, ela subia o morro mesmo para ver o paciente, para ver o paciente surtado lá em cima. Era a única da rede que vestia a camisa mesmo. [...] Ela começou a bater de frente com o pessoal lá de cima [técnicos da SEMUS]”. Explicaram que a discordância com a SEMUS se dava por causa “[desse] negócio de subir o morro mesmo. De atender os pacientes”. Aparentemente, os técnicos da Secretaria insistiam na ideia de que os profissionais da Equipe Matricial deveriam fornecer suporte aos atendimentos das equipes de Saúde da Família e não realizar eles próprios os atendimentos.

Os profissionais da Unidade, com julgamento possivelmente mais pragmático, discordavam (referência ao Tema 16).

Sobre a saída da psiquiatra, Patrícia afirmou, em outra ocasião: “a coordenação [de saúde mental, da SEMUS] acabou com o matriciamento. [...] Agora, eles tão dizendo que vai funcionar com o CAPS. Mas, a gente tá meio descrente. Sempre que a gente precisou do CAPS, foi muito difícil, muita burocracia”. Disse que os casos de saúde mental estavam “bem encaminhados” e que temia pela estabilidade desses casos com a mudança no acompanhamento matricial.

Em entrevista, a própria psiquiatra comentou que julgava o fim das Equipes Matriciais e a retomada das supervisões pelo CAPS como “um retrocesso”. Fez outras críticas aos gestores do sistema de saúde (Tema 16). Afirmou que os profissionais do SUS sofrem intenso desgaste com “muita demanda, muito peso [...] Quem pode sair sai”. Citou colegas “que eram muito boas e que mudaram completamente de área”. Segundo ela, por causa de baixa remuneração, “só fica quem tem um compromisso com o público”.

Entretanto, não reclamou unicamente da remuneração, mas também do discurso que a SEMUS adotava frente aos psiquiatras. Qualificou-o de “discurso deformado”, afirmando que ele também afastava os profissionais [aparentemente, um dos motivos da dissolução das Equipes Matriciais era a falta de psiquiatras]. O “discurso deformado” era, segundo ela, um discurso contra a psiquiatria, culpando-a pelos problemas na assistência em saúde mental, baseado nas ideias, falaciosas segundo ela, de que o psiquiatra defende unicamente os remédios e a internação.

Sobre a Reforma Psiquiátrica afirmou que “a Reforma não tem que ser da psiquiatria, tem que ser da assistência”. Considerava o “discurso deformado” como um discurso “de exclusão”: “afasta os colegas! [Eles] preferem ficar no consultório [particular] ganhando 48 reais a consulta pelo plano de saúde para não ter essa encheção de saco”. “O modelo de assistência antigo, o manicômio, teve e tem que ser revisto, mas hoje a gente tem que concentrar em construir a rede”.

Falou sobre a necessidade de fortalecer o SUS, em comparação com o sistema privado. Reproduziu uma fala que teria feito a uma colega que era também profissional de saúde: “por que a perereca da Dona Maria tem que ser tratada pelo clínico da US, que não tem formação específica, e pelo enfermeiro, que colhe um preventivo superficial e o seu problema tem que ser tratado pelo melhor especialista em ginecologia?”. Em seguida, acrescentou: “a qualidade da saúde que a gente tem, a população tem que ter também! Porque hoje a gente está como profissional, mas amanhã a gente pode estar como paciente! Você pode ser atropelado por uma moto [...] e tem que ter a tranquilidade de, quando acordar, olhar pros lados e afirmar ‘que bom que me trouxeram pra cá [hospital público]! Engessaram a minha perna e eu nem vi”.

2.5.4. REUNIÕES COM PROFISSIONAIS DE OUTROS SERVIÇOS

Algumas reuniões observadas foram realizadas com a participação de profissionais *externos* à Unidade. A reunião da Equipe Matricial contou com a psiquiatra, que, apesar de ter sua presença programada, poderia ser descrita como *profissional externa*, uma vez que não restringia sua atuação à Unidade dos

Quatro Cantos. Nos outros casos, observou-se a participação de profissionais de outros serviços, não diretamente ligados ao setor saúde.

A sanitarista Simone, médica de formação, realizou uma reunião desse tipo com as agentes de saúde, para orientá-las quanto ao combate à dengue. Transmitiu diretrizes de forma objetiva, valorizando a participação das agentes na formulação de comentários e perguntas. As orientações versavam principalmente sobre como abordar os moradores do território e sobre como “conscientizá-los”. Reservou a segunda parte da reunião para falar sobre o lixo doméstico e sobre suas implicações quanto à dengue. Alguns comentários das agentes de saúde merecem destaque: “o povo é muito porco mesmo! Só tem essa palavra”; “Os garis são cavernosos”.

Essa segunda parte da reunião incluiu a participação de palestrantes externos à Unidade, uma mulher e um homem, integrantes de uma Organização Não-Governamental (ONG) ligada à educação ambiental. Simone apresentou a ativista da ONG e passou-lhe a palavra. Ela falou sobre um projeto de gestão do lixo doméstico já implantado com sucesso em outro bairro e cuja implantação também estava prevista para o território da Unidade. Destacou a importância da participação das agentes de saúde, “é bom porque elas sabem o nome das pessoas”, o foco do trabalho nos “pontos viciados”, “a coleta de óleo nas escolas, a tarde no parque” e o efeito obtido, “que deu resultado, tá!”. Nesse ponto, uma das agentes opinou “aqui vai ser melhor!”, demonstrando implicação com a proposta, orgulho do próprio bairro e do próprio trabalho.

A palestrante acrescentou: “sabemos da dificuldade de trabalhar com as pessoas, que é o mais difícil”. Sobre os resultados, disse que “é um processo” e

fez uma ressalva “entregar *folder* não conscientiza ninguém. Vocês sabem disso. Tem que ter aquela conversa antes, né”. Afirmou que tentavam não só conscientizar as pessoas, mas também pressionar o poder público. “Nós mobilizamos oito comunidades. Temos uma meta, uma pretensão para 2018: ser a comunidade mais limpa de [nome do município], quem sabe do Brasil”.

Cabe aqui uma rápida digressão. Primeiramente, é importante destacar a promoção de cidadania junto às próprias agentes que, com sua ação em seu próprio bairro, eram chamadas a mobilizar seus vizinhos, cobrar das entidades governamentais, transformar práticas. Em segundo lugar, certas interações daquele encontro merecem ser destacadas. Na Cena, uma médica branca passou a palavra a uma ativista negra, acolhendo e valorizando sua fala, com vistas à mobilização popular. Quantos eventos históricos, ligados à emancipação dos negros, à emancipação popular, à emancipação da mulher, à popularização da medicina, à expansão do sistema de saúde, etc., poderiam ser evocados como condições de possibilidade histórico-sociais e psicossociais para essa breve Cena? Vale a pena chamar a atenção para possíveis *microrrevoluções políticas* já em curso no cotidiano do SUS.

As outras reuniões que contaram com profissionais externos à Unidade foram as seguintes: reunião com uma das coordenadoras da área de saúde mental da Secretaria Municipal de Saúde; reunião com diversos serviços que atendiam a uma adolescente em risco; reunião com a Equipe Matricial. Dentre essas reuniões, a primeira e a terceira estavam, portanto, diretamente ligadas ao tópico da saúde mental na Atenção Primária.

A reunião com a coordenadora da área de saúde mental contou com a participação de profissionais, principalmente psicólogas e assistentes sociais, das diversas Unidades de Saúde inseridas na respectiva Região, bem como de profissionais dos CAPS do município (inclusive CAPS-ad). Notou-se que a coordenadora, que assumiu a direção da reunião, não promoveu apresentação prévia dos profissionais nem de pontos de pauta. No decorrer do encontro, transmitiu diversos informes sobre atividades na Região, serviços de saúde e de saúde mental, de forma assistemática, sem promover discussões dos pontos nem registrar encaminhamentos.

A coordenadora falou sobre assuntos relativos à reorganização do apoio matricial, à abertura de um novo CAPS, à reforma do CAPS-ad, à construção de uma nova Unidade de Saúde, à abertura de novas residências terapêuticas e à formação permanente. Os demais profissionais falavam de forma esporádica. Pode-se afirmar que a coordenadora transmitia informações da *gestão central* aos profissionais *da ponta* e que esse procedimento de *transmissão hierarquizada e vertical* estava distante da (preconizada) construção participativa de análises, projetos e encaminhamentos para a rede de serviços.

A coordenadora comemorou a diminuição do número de internações no município e afirmou que isso se devia à implantação das estratégias de matriciamento, “uma outra forma de trabalhar com saúde mental”. Patrícia, psicóloga da Unidade dos Quatro Cantos, afirmou que os casos de “transtorno grave, depressão e ansiedade” estariam relativamente bem encaminhados e que “o grande problema nosso é que álcool e drogas está fora do nosso cadastro. O que nós temos registrado nesse momento é muito abaixo da Unidade”. Sobre

esses usuários, os profissionais das USF afirmaram que “eles não frequentam a Unidade”. A psicóloga de outra Unidade relatou o caso de uma gestante, usuária de droga, “em risco”, e acrescentou que as equipes de Saúde da Família tendem a “já dar esses casos como perdidos. Há um sentimento de impotência. Começar a falar disso é uma maneira de superar”.

Nota-se que a relação das Unidades com o tópico *álcool e outras drogas* se mostrou inicial. A preocupação era começar a registrar a demanda. Ao final da reunião, Patrícia queixou-se da necessidade de ter que fazer acordos pontuais com profissionais como o psiquiatra do CAPS, de certa forma improvisados, para “a saúde mental funcionar”: “saúde mental infelizmente é assim”, concluiu, expressando o caráter secundário desse tópico para a rede de APS.

As outras duas reuniões citadas também mencionaram problemas relacionados ao consumo de álcool. Uma dessas reuniões tratou o caso específico de uma adolescente, considerada “em risco”. Contou com a participação de representantes de cinco serviços diferentes que atendiam a mesma adolescente e sua família, o Conselho Tutelar, duas ONG, a escola infantil municipal frequentada pelo filho da referida adolescente e a Unidade dos Quatro Cantos, que estava representada pelo assistente social Alexandre.

Ao longo da reunião, os profissionais trocaram informações sobre o caso. A adolescente em questão tinha 15 anos, foi identificada como “infratora”, em liberdade assistida. Tinha um “filho pequeno” e “conflitos com a mãe”. Sua frequência na ONG responsável pela medida sócio-educativa era irregular. Não seguia as orientações fornecidas pelos profissionais. A visita domiciliar feita por

Alexandre identificou precariedades sanitárias, “feridas, maus-tratos, questões de higiene”, além de postura “displicente” da usuária.

Os profissionais comentaram episódio em que a adolescente se negou a buscar seu filho na escola infantil. Suspeitavam que, na ocasião, ela estava “no morro, usando drogas”. O filho faltava frequentemente à escola. Segundo a representante do serviço, “ele é extremamente carente de todas as formas (afetiva, nutricionais, materiais). É uma criança abandonada em todos os sentidos. A mãe já chegou várias vezes para buscar, atrasada, com roupa... de biquíni... cheirando à cerveja. Se você vai falar, ela é extremamente grossa, mal educada, responde à professora”. Uma assistente social falou sobre a reprodução familiar dos problemas, “da avó, pra mãe, pro filho. Um círculo de negligência: está se reproduzindo o que se viveu”. A educadora de uma das ONG acrescentou “a gente suspeita que [a mãe da adolescente] é alcoolista”.

Os encaminhamentos elaborados para o caso foram os seguintes: a escola infantil transmitiria um relatório à ONG responsável pela medida sócio-educativa que, por sua vez, faria pedido formal de intervenção ao Conselho Tutelar. Esse último acionaria o Serviço de Orientação, Acompanhamento e Apoio Sociofamiliar e o Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora com vistas a abrigar o filho da usuária. Julgou-se que ele deveria ser retirado do núcleo familiar, uma vez que esse núcleo oferecia riscos inadmissíveis. Quanto à adolescente, a atuação dos profissionais visaria trazê-la o mais brevemente possível ao tratamento com a psicóloga da Unidade dos Quatro Cantos. Como se pode verificar, a reunião funcionou como uma espécie de *prótese volitiva*: um grupo de profissionais assumiu a *gestão da vida* de uma família. Essa *gestão*, também presente nas

reuniões de Equipe de Saúde da Família descritas anteriormente, apareceu aqui de forma especialmente evidente.

“Ela [a adolescente] não vai ter por onde fugir. Nós vamos estar falando todos a mesma linguagem” – concluiu uma das educadoras. Cabe notar que o alcoolismo da mãe foi citado *de passagem* e não gerou encaminhamentos.

A *gestão da vida dos usuários* também foi claramente identificada na reunião com a psiquiatra da Equipe Matricial. Na reunião observada, verificou-se que a psiquiatra assumiu a coordenação dos trabalhos, pedindo e registrando informações e promovendo a discussão coletiva dos encaminhamentos. Constatou-se ainda que os profissionais presentes (Melissa, Edinete, Alexandre, três agentes e uma auxiliar) participavam ativamente da reunião e das tomadas de decisão junto com a psiquiatra.

A administração de medicamentos foi sugerida em todos os casos discutidos. Em um deles, indicou-se a administração involuntária, com a medicação escondida na comida, uma vez que o usuário se mostrava resistente. Entretanto, identificaram-se evidências de que a psiquiatra e os demais profissionais buscavam alternativas terapêuticas não restritas à medicação psicotrópica (o que condiz com o Tema 29). Para os casos discutidos, foram feitas sugestões de encaminhamento para: psicoterapia; aulas de vôlei em um centro para juventude; orientação familiar; supletivo de segundo grau; curso de informática; exercício físico.

Em dois casos, houve menções ao alcoolismo. No primeiro deles, o usuário Pedro foi descrito como portador de déficit intelectual e transtorno psicótico, não conseguindo aprovação no segundo ano do Ensino Médio e tendo manifestado

recentemente crises de agressividade. A agente de saúde presente comentou que “a fala dos pais é que ele é muito agressivo. Achei que ele era bem educado até, pro padrão da idade”. As profissionais relataram que o usuário foi abandonado por sua mãe desde cedo e concluíram que “é como se ele não tivesse ninguém por ele. Ele se isolou ainda mais”. O pai de Pedro foi identificado como alcoolista e esse fato foi apontado como possível causa para as crises de agressividade: “bêbado irrita até a gente!”.

Ao passar de um caso para outro, a psiquiatra comentou brincando: “quem é a ‘próxima vítima’?” [risos no grupo], brincadeira que evocava a tarefa de *gestão da vida* mencionada. No segundo caso, parecido com o primeiro, o usuário Daniel foi descrito como jovem adulto portador de transtorno psicótico, autor de constantes episódios de violência física contra sua mãe (ao que se fez o comentário: “agora a mãe que apanha, mas ela já bateu”), negando-se a tomar a medicação. Foi feita novamente a sugestão da administração involuntária da medicação e Melissa afirmou “tem que monitorar o uso desse vidrinho [de medicação], porque a mãe pode errar na dose ou exagerar para acalmar”. A mãe do usuário foi identificada como alcoolista. Seguiu-se um diálogo entre as profissionais:

Psiquiatra: tem o alcoolismo da mãe que a gente tem que tratar, né. Imagina o dia inteiro sem fazer nada, nesse calor, num barraco de Eternit.

Melissa: tá flambando!

Psiquiatra: Pra eles, beber e cair na rua é normal.

Agente: ela bebeu direto, do Natal até agora. É assim que ela bebe.

Edinete: e ela pede desculpa quando vai fazer exame: 'Desculpa, eu bebi'.

A frase “pra eles, beber e cair na rua é normal” se baseia claramente na percepção de alteridade quanto aos usuários em geral, um *outro* para quem algo insólito pode parecer normal. Na mesma reunião, as profissionais mencionaram dificuldades “sociais”, desemprego, ausência de opções de lazer, que levariam as crianças a “entrar no tráfico”. A psiquiatra concluiu: “é social, né. Mais social do que saúde mesmo”. Os usuários foram objetivados como *outro*, vivendo *outra realidade social*, capaz de explicar as diferenças.

É importante ressaltar o tipo de relação que os profissionais construíram com o alcoolismo e com os usuários alcoolistas em certas Situações descritas. Na Cena 29, por exemplo, os profissionais citaram o caso de uma usuária alcoolista e ressaltaram que a criança sob seus cuidados estava sendo vítima de negligência. Na Cena 37, o caso de outra usuária alcoolista gerou a sugestão de encaminhamento para um programa de reabilitação em hospital geral, sem elaboração de estratégias específicas por parte da própria Equipe de Saúde da Família. No caso discutido em reunião de rede de serviços, a mãe da adolescente em conflito com a lei foi identificada como alcoolista. Um dado comum a essas Situações é que a percepção do alcoolismo, ou seja, a objetivação de uma usuária como alcoolista, não implicou o engajamento dos profissionais na abordagem ou no tratamento do alcoolismo.

O mesmo padrão foi identificado na reunião com a Equipe Matricial. Mesmo nessa reunião, que poderia ser considerada como a instância mais imediatamente ligada às práticas de saúde mental na Unidade, o alcoolismo foi citado *de*

passagem. No caso de Daniel, a frase “tem o alcoolismo da mãe que a gente tem que tratar, né” foi prontamente *neutralizada* pela frase que se seguiu: “imagina o dia inteiro sem fazer nada, nesse calor, num barraco de Eternit” e não gerou encaminhamentos posteriores.

Esse padrão revela uma forma de objetivação do alcoolismo como *doença citada e não abordada*, correspondente a mais uma *Figura do alcoolista* que pôde ser identificada no cotidiano da USF: a *Figura do alcoolista ausente*. O usuário era efetivamente citado, mas sua representação como alcoolista não mobilizava os profissionais para uma abordagem específica no quadro da Estratégia Saúde da Família. A *Figura do alcoolista ausente* também corresponde aos vários usuários, mencionados por Patrícia e por outros, que, na percepção dos profissionais, “não frequentavam a Unidade”.

2.5.5. A REUNIÃO COM O PESQUISADOR

Após a observação participante, o pesquisador propôs à direção da Unidade a realização de uma reunião com os profissionais, com o objetivo de apresentar de forma preliminar os dados da observação. Essa proposta foi feita, em seguida, ao Colegiado Gestor e foi aprovada. O encontro constituiu outra forma de *reunião com profissionais de outros serviços*, tais como aquelas que foram abordadas no tópico acima.

A iniciativa foi motivada por diversos fatores: o desejo de colocar a pesquisa à disposição do contexto social pesquisado; a crença de que a discussão dos dados poderia gerar importantes reflexões sobre o cotidiano de trabalho; a manifestação de diversos profissionais em favor de uma apresentação

desse tipo; a intenção de evitar a impressão, frequente na pesquisa social, de *distanciamento do pesquisador que coleta os dados e depois desaparece*. Além disso, considerou-se a possibilidade de a apresentação fornecer dados adicionais à pesquisa. Seu registro em áudio foi solicitado e autorizado pelos participantes.

Como introdução, o pesquisador frisou a necessidade de colaboração horizontal entre pesquisadores e profissionais de saúde, partindo do pressuposto de que todos constroem conhecimentos próprios e relevantes para a atuação profissional. Frisou ainda a especificidade do olhar do observador participante. Ao mesmo tempo inserido no contexto e *alguém de fora*, ele pode ter percepções e realizar análises singulares, diferentes daquelas construídas por quem está *mergulhado* no cotidiano-alvo.

O pesquisador apresentou a ideia de que o trabalho da Unidade pode ser descrito a partir dos Fluxos A, B e G e abordou as diferenças encontradas entre esses fluxos. Foram identificados *problemas* na forma de questões dirigidas aos profissionais: não estaria o Fluxo B em relativo isolamento do Fluxo A? Quais as consequências do caráter secundário do Fluxo B para a consecução da Estratégia Saúde da Família? Nos atendimentos de grupo, não seria preciso elaborar outra modalidade de escuta para a expressão das representações e práticas dos usuários?

Além das questões, que expressavam possíveis *problemas*, o pesquisador apontou potencialidades e realizações. Falou sobre a importância da penetração comunitária das agentes de saúde; sobre o fornecimento, pela Unidade, de cuidados em saúde a uma grande população (talvez sem ter os recursos físicos e humanos suficientes); sobre as evidências de construção de uma cultura de

Saúde da Família junto a usuários e sobre as *microrrevoluções* sanitárias e psicossociais presentes no cotidiano. Com isso, buscou relativizar a crença de que a pesquisa social *identifica apenas problemas*, e mostrar que ela pode apontar, e também realçar, a potência e eficácia de recursos já disponíveis no contexto pesquisado.

Como mencionado, a apresentação foi feita com análises preliminares e implicou certa intervenção no contexto da pesquisa. Entretanto, não se pode pretender que ela tenha transformado significativamente o contexto estudado. Uma transformação desse tipo só pode se fazer ao longo de várias reuniões e trabalhos em conjunto. A reunião serviu como ponto de partida para possíveis intervenções continuadas, no futuro. Esse assunto é retomado no Capítulo 5.

A seguir, relacionam-se algumas falas coletadas ao longo da reunião. Tendo em vista os feitos e as potencialidades da Estratégia Saúde da Família destacados, em perspectiva histórica, pelo pesquisador, uma das dentistas comentou:

Daniela: essa integração com a academia, pra mim é essencial que haja aqui dentro, entendeu, essa integração. Principalmente, porque o serviço público hoje em dia é tido como... os funcionários não trabalham, os funcionários... Você está nos dando aqui a oportunidade de mostrar funcionários que têm ideias, que estão trabalhando [...] Você está mostrando coisas positivas e, que bom isso, essa integração é excelente. [...] Essa integração com a academia é essencial pra nós. Você tem um

outro olhar. Você percebeu aqui quantas coisas boas. Quantas coisas boas os agentes de saúde fazem.

[...]

Evandro: [a partir das análises, feitas pelo pesquisador, sobre os Fluxos A, B e G]: não sei se você considerou um espaço D, que seria a comunidade. E aí, como que nós, do serviço e da Estratégia Saúde da Família, que tem de ou que deveríamos lá olhar pra comunidade, a gente olha tanto pra esse espaço A. [...] Porque a gente coloca... chama esse espaço de essencial, esse a gente discute, a gente faz reunião... e quando a gente fala que outros serviços são complementares, na verdade uma das coisas que a gente tá falando é que ele é secundário, que ele é menos importante que esse primeiro *hall* de entrada aí que é a consulta. Ontem, a gente teve um momento aqui, de tarde, que isso ficou muito claro. A gente fez uma festa aqui em baixo, que é um momento de integração dos funcionários com a comunidade, com outros serviços, com os grupos que a gente tem. Só que isso não é visto como uma ação de saúde. Uma integração do serviço com a comunidade, com todo mundo que faz o Sistema. Aí, a gente tá preocupado em não ter o consultório funcionando, não ter alguém ali, entendeu, a gente tá sempre preocupado com isso. Um grupo aqui dentro [do auditório] pode não funcionar. A gente pode botar ele pra semana que vem. Mas interromper um atendimento... Então, a gente continua trabalhando na lógica da década de 70. E aí, quando a Daniela falou das pactuações... A gente sofre muito ainda com as pactuações, porque a gente tá ainda vendo uma lógica de número de consultas, de número de

atendimentos, número de não sei o quê. Aí, você vê uma atividade educativa, por exemplo, ela tem um peso muito pequeno em termos de recurso, em termos de investimento. Aí, a gente passa reuniões e reuniões e reuniões discutindo como é que vai fazer esse caminho do espaço A.

[...]

Evandro: a gente não tem espaços como esse que a gente está tendo aqui, de pensar nisso. A gente tinha uma estratégia na Prefeitura até há algum tempo, que era o... as rodas de educação permanente, que a gente conseguia juntar todos os funcionários, aí, de quinze em quinze dias. [...]

Todos os funcionários, de quinze em quinze dias, discutiam as questões aqui que achavam pertinentes pra gente estar resolvendo. A Secretaria cortou esse espaço, aí a gente tem hoje o Colegiado Gestor, que é representativo. Como toda representação, por mais que você atenda quem você está representando, alguma coisa fica perdida. Nem todo mundo se sente contemplado ali. Aí, a gente vai funcionando mecanicamente. A gente não para pra fazer essas observações que você coloca aqui pra gente. E vai reproduzindo, vai reproduzindo.

[...]

Agente: [comentando também a ênfase dada, nas práticas observadas, ao Fluxo A]: mas eu acho que disso tudo aqui... que eu sou agente de saúde há dez anos... e o meu olhar agora... quando eu comecei, a população... que que a população gostava? A população gostava de um PA [Pronto Atendimento]. Então, isso... pra mudar essa visão, dessa população, desse nosso território, foi assim um... ainda vai ser muito longa ainda, eu sei, a

caminhada. Mas isso tá mudando, entendeu. Hoje em dia, tá difícil ainda?, tá. Lógico que tá. Mas, eu acho que a gente tá no caminho certo. Porque isso aqui... não sei agora quanto tempo... Mas, a gente vai virar um PSF. E um bom... é... um bom Estratégia Saúde da Família. Eu acho que a gente... acho que nós estamos conseguindo, por mais que tenha muito ainda pra... muito ainda pra caminhar.

Daniela: mas porque é isso mesmo, você tem razão, porque, por mais que seja... a população ainda está desassistida, entendeu. Não tem como. Então, por isso que ainda a gente tá na parte curativa, da recuperação. Por mais que a gente queira fazer promoção e proteção, a população ainda está desassistida. Infelizmente, ainda está desassistida, a população de 15 mil e pouco.

[...]

Diana: [a partir da análise do pesquisador de que as práticas observadas conferiam pouco ou nenhum espaço para a escuta das representações e das práticas construídas pelos usuários]: é, Luiz, eu acho que a gente ainda tá numa visão de trabalho ainda nessa história “Programa de Saúde da Mulher”, “Programa de sei lá de quê”, entendeu. Mas a atenção básica tá mudando, vai mudar, já tem até já uma percepção já da... do Ministério pra isso. Da gente trabalhar realmente Saúde da Família. Por famílias, entendeu. Aí, a gente vai ter essa representação maior da fala da população. Que aí, você vai conhecer. Porque essa história de “Programa do Diabético”, “Programa do Hipertenso”, cê entendeu, fica muito individualizado. Esse hipertenso está dentro de uma família. E se você

trabalha família por família, cê faz um planejamento de família, cê vai ter todos os programas ali. Então, o programa é Estratégia Saúde da Família. Mas, a gente ainda não conseguiu pensar estratégia de família ainda. A gente ainda tá nessa história que... por causa, né, de uma política de saúde do Ministério que é isso, a meta é isso, né, cê tem que atender não sei quantos hipertensos, cê tem que fazer não sei quantos preventivos, cê tem que fazer não sei o que. Então, esses números tão atrapalhando, mas eles já perceberam isso.

[...]

Eraldo: [a partir do destaque, feito pelo pesquisador, sobre a importância da *escuta*, que poderia contribuir para o acolhimento dos usuários, o enfermeiro fez objeções falando sobre a implantação do protocolo de avaliação inicial]: o avaliador tem de um a três minutos pra fazer essa avaliação inicial, entendeu. Eu acho que essa humanização, que já foi tentada, que passa pela escuta do paciente, passa agora a ser uma coisa assim técnica. Cê tem de um a três minutos para avaliar esse paciente. Coisa de PA [Pronto Atendimento]. Aí, eu acho que essa coisa do vínculo fica complicada [o sentido percebido de sua fala era de crítica ao protocolo e não à importância do acolhimento].

[...]

Diana: [a partir das questões, feitas pelo pesquisador, sobre atenção ao usuário alcoolista]: nós temos até a “Calçada da Fama” ali.

Pesquisador: como que é a “Calçada da Fama”?

Agente: é na esquina, onde o pessoal fica bêbado.

Pesquisador: ah, eles ficam sentados ali?

Vários profissionais: quando dá nove horas [da manhã]...

Agente: nove horas, ali já está cheio, você não consegue nem passar.

Auxiliar: eles tão ali desde cedo, quando a gente vem pra Unidade, eles já estão ali. Quando você chega, sete horas eles já tão lá, aí quando dá nove horas eles vêm...

Bruno: no final da rua ali.

Pesquisador: se eu passar ali agora, eles vão estar ali?

Vários profissionais: Tão, tão! Todo dia. O dia todo.

Agente: mulher e homem. Eles têm uma mesinha ali que eles jogam.

Diana: ficam o dia inteiro jogando.

Agente: então, ali que é a “Calçada da Fama”.

Auxiliar: [simultaneamente]: ali que é a “Calçada da Fama” [risos do grupo].

[...]

Pesquisador: [mencionou o atendimento prestado ao usuário em surto relatado por Edinete e comparou-o com os dados colhidos na Situação do *bêbado-problema* em frente ao guichê da farmácia. Comentou a diferença nos acolhimentos do *bêbado* e do *louco*].

Auxiliar: mas, o louco você trata ele com medicação. E o bêbado?

Agente: o doido recebe medicação em casa. Esse que surtou aqui, a gente faz a medicação em casa nele agora. É porque ele não se sente bem pra vir aqui, então a gente vai na casa dele pra fazer a medicação lá.

Diana: [a partir da questão, feita pelo pesquisador, sobre o que fazer para mudar o acolhimento dos usuários alcoolistas na Unidade, brincou]: faz uma roda de boteco, pra trazer eles pra cá! [risos do grupo].

Agente: [dirigindo-se ao pesquisador]: mas, qual é a sua sugestão, o que você acha que a gente tem que fazer com os bêbados?

Pesquisador: agora eu não posso falar nada. Eu não acho nada agora! Talvez daqui a dois anos [fim do doutorado] eu tenha algumas dicas assim, mas eu... [o pesquisador quis evitar entrar na posição de *quem tinha a resposta certa*, apostando em relações futuras de construção conjunta de estratégias].

Agente: porque é curioso mesmo. Ele [o usuário alcoolizado] chega, ele faz confusão, então, cê quer tirar ele da Unidade.

Auxiliar: a gente tem duas válvulas de escape. Quando vem fazendo confusão, a gente ou manda pro [assistente] social ou manda pro diretor [risos do grupo].

Pesquisador: ou é o complementar [Fluxo B] ou é a gestão [Fluxo G], né!

Bruno: hein, Luiz, eu não tô lembrado aqui ao certo. Acho que tem uma portaria relativa ao atendimento ao paciente embriagado. [...] Se eu não estiver equivocado, eu acho que tem uma portaria que preza, ao profissional, de não atender realmente o paciente embriagado, né.

Daniela: eu acho que você tem razão.

Bruno: tanto que tem o Centro de Referência, que é o CAPS-ad, que é o Centro de Referência pro paciente álcool... alcoolista, para que lá possa receber esse tipo de atendimento, entendeu. Eu não sei. Eu posso até

tentar resgatar alguma portaria, porque eu já li algo a respeito disso aí. Tá, que o profissional tá resguardado de [não] atender o paciente que se encontra embriagado naquele momento.

Daniela: eu acho que você tem toda a razão, Bruno. Já ouvi várias falas nesse sentido. Eu não sou obrigada a atender um paciente embriagado.

Bruno: e aí você pode tá fazendo o encaminhamento para o Centro de Referência que vai lidar com esse tipo de paciente.

Pesquisador: [o pesquisador comentou as falas do diretor e da dentista, destacando ainda a questão do que fazer para mudar o acolhimento. Em seguida, retomou a fala da auxiliar, dirigindo-se a ela, sobre o *bêbado-problema*]: você falou que se busca realmente tirar o paciente [da Unidade]?

Auxiliar: chama o vigia e manda botar pra fora! [risos do grupo].

Bruno: na verdade, existem dois tipos de bêbados: tem bêbado gente-boa, feliz da vida, que quer abraçar todo mundo, sorrindo... e tem aquele bêbado enjoado, que fica nervoso, que arruma confusão, que fica valentão... esse preocupa mais a gente.

Diana: ele chega e quer ser consultado. Ou quer extrair dente. Tá com dor de dente... Ele quer dentista, ele quer psicólogo, ele quer alguma coisa.

Eraldo: é mais ou menos o mesmo problema, mas a Unidade já está muito mais acolhedora em relação ao tabagismo.

Bruno: agora... Talvez falte realmente, é... um grupo de apoio a esse tipo de paciente. Como tem o grupo de apoio ao tabagismo.

Agente: é falta também de... disso aí que vocês tão falando né, a falta de uma estratégia pra gente atender bem eles. Porque até o momento a gente não sabe.

Bruno: não existe um treinamento, né, não existe uma orientação.

Agente: não existe. A partir do momento que existir, a gente vai mudar e vai ser diferente.

Terminada formalmente a reunião, alguns profissionais ficaram mais alguns minutos no auditório conversando com o pesquisador, momento no qual foi possível registrar as seguintes falas:

Evandro: é o que está no imaginário das pessoas, né. O alcoolista é visto como responsável... Ele está daquele jeito porque ele quis estar assim. O doido, ele não queria estar assim... então 'eu acolho mais facilmente'. Por mais que os dois perturbem, um perturba porque quer perturbar, ou seja, entendeu... é mais ou menos isso, né... [no caso do alcoolista entende-se que] é safadeza, é sem-vergonhice, é preguiçoso.

Diana: a população ainda não vê como uma doença, né. Vê que é falta de vontade, né. O cara bebe porque ele quer mesmo e pronto e acabou.

[...]

Diana: é muito importante também a participação do psicólogo na Unidade, né. Porque é difícil demais [a atenção a casos de alcoolismo].

Daniela: mas, é... Diana, nós também, o dentista também foi integrado dentro do Programa de Saúde como complementar. O primeiro do coisa é

o médico. O primeiro. Aí, vem a sequência. Foi começado o PSF dessa maneira, e existe uma hierarquia a ser seguida, entendeu. [...] Agora, nós, nós não estamos em prioridade com o alcoolismo, entendeu. Nós não temos essa prioridade. Nós não temos essa prioridade, essa meta a cumprir, porque existe, como ela falou [uma das agentes], existe uma comunidade muito desassistida de câncer bucal, problema de cárie, lesão de cárie dentária mesmo que existe, entendeu. Então, a parte dos enfermeiros... Os enfermeiros é que comandam... Na verdade, na minha... os enfermeiros é que comandam mesmo esse Programa. Eles têm... eles que comandam. [...] Eles vão em cada equipe e cada enfermeiro faz parte de uma equipe e faz assim, assim, assim a organização, entendeu.

Muitos destaques interessantes podem ser feitos a partir das falas dos profissionais. Primeiramente, cabe notar que eles apreciaram a oportunidade de contar com um *olhar de fora*, capaz de enxergar diferentemente sua realidade, apontando problemas e potencialidades. A equipe foi acolhedora à exposição dos resultados, participou da reunião com questões e comentários e se mostrou favorável à continuação da parceria com a Universidade para trabalhos futuros. Uma menção foi feita à importância desse tipo de reunião para a formação permanente dos profissionais (ela foi equiparada às “rodas de educação permanente”).

A identificação dos Fluxos A, B e G, se mostrou heurística para pensar o funcionamento cotidiano da Unidade e para iluminar a priorização do fluxo consultório-centrado. A fala de um dos enfermeiros indicou que um ponto de

aprofundamento futuro é a medida em que se pode compreender o “espaço da comunidade”, citado pelo profissional, como integrante do Fluxo G. Esse aprofundamento implicaria discutir, junto com os profissionais, o tópico da *gestão* da vida dos usuários, a partir de sua atuação em saúde. Cabe acrescentar que a discussão desse tópico proporcionaria reflexões sobre as possíveis confrontações entre representações e práticas sociais de profissionais e usuários.

As falas de alguns profissionais mostraram que eles estavam conscientes dos limites de sua atuação e de que ela não contemplava plenamente os fundamentos e os objetivos da Estratégia Saúde da Família. Entretanto, uma das agentes de saúde expressou seu otimismo e sua crença na importância de seu trabalho: “hoje em dia, tá difícil ainda?, tá. Lógico que tá. Mas, eu acho que a gente tá no caminho certo. Porque isso aqui... não sei agora quanto tempo... Mas, a gente vai virar um PSF. E um bom [PSF]”. O modo cognitivo-afetivo expresso pela agente, que se pode qualificar de envolvimento ou *implicação*, pode ser visto como recurso importante para as necessárias transformações do setor saúde.

Outro ponto para possíveis aprofundamentos é relativo à escuta das representações e práticas sociais dos usuários. Na fala de uma das dentistas, essa escuta ficou adiada para um futuro hipotético em que a Estratégia Saúde da Família funcionasse de forma mais plena. O pesquisador acreditava na possibilidade de operar transformações significativas dessa escuta com os recursos já existentes na(s) Unidade(s), tanto para os atendimentos de grupo como também para os atendimentos individuais.

Os profissionais reconheceram dificuldades no acolhimento e no acompanhamento de usuários alcoolistas. As falas confirmaram Temas

identificados, na observação participante, sobre o alcoolismo e os usuários alcoolistas. Manifestaram-se os sentimentos de consternação e de impotência diante do alcoolismo; a classificação de episódios de intoxicação aguda, na Unidade, como “confusão” (“barracos”) e a mobilização de práticas de exclusão; a crença na incapacidade dos profissionais e da Unidade de lidar com a questão; a ausência de estratégias e fluxos específicos. Destacaram-se ainda a consciência de que o alcoolismo não constituía prioridade para o trabalho da Unidade e a ideia de que o “bêbado” era preterido por ser considerado responsável por sua condição (*safadeza, sem-vergonhice, preguiça*). Esse último raciocínio é consoante com o modelo “pecado ou doença” (Weiner, 1993) e um dos enfermeiros mostrou ter consciência de seu funcionamento sócio-cognitivo.

Na sequência das falas, manifestaram-se três reações ao tópico: primeiramente, a expressão da crença na própria incapacidade para agir associada à busca de fórmulas prontas (*diga-me, pesquisador, o que devemos fazer?*). Em segundo lugar, certa negação do problema (*não sou obrigado a atender um usuário embriagado*). Por fim, um esboço de projeto (*podia haver treinamentos e grupos terapêuticos específicos para a questão*). Os dados indicam que o assunto pode gerar envolvimento dos profissionais podendo resultar na implantação de estratégias inovadoras e transformação de práticas sociais. Houve manifestação de disponibilidade para desenvolver essas transformações em colaboração com o pesquisador (pesquisadores) da Universidade.

Finalmente, pôde-se identificar uma quarta *Figura do alcoolismo*. Trata-se do *alcoolismo como comédia trágica*, ideia que animava a descrição da “Calçada

da Fama”. A Calçada da Fama original (*Hollywood Walk of Fame*) é o lugar em que os mais conhecidos atores do mundo deixam sua marca. Comparar os usuários alcoolistas com esses atores pode ser interpretado como recurso de humor, gerado, nesse caso, pelo contraste. Ao comparar os alcoolistas aos artistas importantes, bem-sucedidos e famosos, reiterava-se, na verdade, sua caracterização como *não-importantes, mal-sucedidos e anônimos*.

Comédia e tragédia, justamente dois dos mais importantes *gêneros do drama*, foram evocadas na menção à “Calçada da Fama”. Elas caracterizam a objetivação do alcoolista como *bêbado-cômico*, personagem que, embora também trágico, pode provocar risos com suas alterações de comportamento, de fala, de aparência. É o “[bêbado] gente-boa, feliz da vida, que quer abraçar todo mundo, sorrindo”, tal como descrito pelo diretor.

Essa *Figura* pôde ser observada também na Entrada da Unidade (optou-se por mencionar essa Situação aqui, e não no tópico referente à Entrada, para fins de pertinência à organização do relato). Tratou-se de ocasião em que o pesquisador viu dois auxiliares conversando com um usuário alcoolizado, que portava uma garrafa. Infelizmente, não foi possível registrar as falas correspondentes. Foi possível verificar, entretanto, que eles pediam ao usuário que falasse, que eles riam *com ele* e que riam *dele*. Os profissionais estavam no elevado correspondente à Entrada da Unidade enquanto o usuário se encontrava mais abaixo, na rua.

Mais uma vez, uma análise dos espaços se mostra interessante. A “Calçada da Fama” era um espaço externo à Unidade. Na Situação com os dois auxiliares, o espaço partilhado pelos atores era misto e ambíguo: parte na

Entrada da Unidade, parte na rua. Eram espaços, justamente, desvinculados do *universo* técnico-científico inspirado pelo interior da Unidade e o processo de objetivação se poderia centrar mais livremente no senso-comum, ou seja, eram espaços mais afeitos ao universo consensual, que permitia a apreensão do alcoolista como espécie de personagem de piada. De forma condizente com essa interpretação, a Figura do *bêbado-cômico* não foi mencionada nas entrevistas semiestruturadas, descritas no Capítulo 3.

A última fala transcrita, da dentista Daniela, evocou o papel central dos enfermeiros na Estratégia Saúde da Família (“os enfermeiros é que comandam mesmo esse Programa”), assunto que será abordado no tópico seguinte.

2.5.6. OS ENFERMEIROS E A GESTÃO

A análise dos Fluxos A e B incluiu a descrição de formas de organização espacial. Assim, o Fluxo A se caracterizou por coordenação e hierarquização específica dos espaços no primeiro andar da Unidade. O Fluxo B se encontrou sediado sistematicamente em uma parte do segundo andar, incluindo a sala compartilhada pela psicóloga e pelo assistente social, a sala das agentes de saúde e o auditório.

Quanto ao Fluxo G, não foi diferente (é notável que os Fluxos descritos pudessem ser localizados com tamanha precisão na própria distribuição física dos espaços). Em outra parte do segundo andar, próximos uns dos outros, encontravam-se os representantes principais da *gestão*: a sala do diretor, a sala dos técnicos administrativos e da sanitarista e a sala dos enfermeiros. A proximidade dessas salas é significativa, mesmo que as Situações relativas ao

Fluxo G tenham sido observadas principalmente em palcos como a sala das agentes e o auditório.

Cabe lembrar o duplo sentido da *gestão*. Se o diretor, os técnicos administrativos e a sanitarista trabalhavam prioritariamente com a gestão das atividades da Unidade, pode-se dizer que os enfermeiros eram os atores principais do que foi chamado aqui de *gestão da vida dos usuários*. Eles eram coordenadores das equipes de Saúde da Família. Exerciam formal e concretamente liderança sobre o trabalho das agentes de saúde e dos auxiliares de enfermagem. Eram provavelmente os principais catalisadores de demandas para todos os outros profissionais, inclusive psicóloga e assistente social.

No primeiro dia em que o pesquisador se dirigiu à Unidade, havia uma reunião do diretor com dois enfermeiros. O encontro com o diretor foi realizado após essa reunião. Na ocasião, Bruno sugeriu que o pesquisador conversasse com os enfermeiros, na sala ao lado, para começar a conhecer a Unidade. A tarefa de apresentar a Unidade a um terceiro foi confiada a enfermeiros.

Algumas sessões de observação foram realizadas justamente na sala dos enfermeiros. Foi possível presenciar ali, por exemplo, uma interação entre Melissa e Edinete. A médica relatou um caso à enfermeira (destacou-se novamente o tom horizontal e colaborativo), caso que demandava certos cuidados específicos com a medicação. Edinete anotou informações pertinentes ao caso em um bilhete que afixou com fita adesiva em seu armário (cada enfermeiro possuía um).

Nesse momento, foi possível verificar que havia pelo menos outros quinze bilhetes afixados dessa forma. O armário da enfermeira se assemelhava a uma agenda cheia de *post-its*. Era um *organizador da vida* assim como uma agenda,

só que, nesse caso, referente não a um indivíduo, mas a uma coletividade de usuários. Nesse mesmo dia, o assistente social também passou uma demanda à enfermeira, o caso de uma criança que, segundo ele, ia “dar juizado” [provavelmente, por negligência dos pais]. Edinete, mais uma vez, prometeu “ficar de ver”.

Em algumas ocasiões foi possível observar os enfermeiros realizando ali atividades *administrativas*, incluindo a organização de escalas de trabalho para agentes e auxiliares. Eles assumiam também função de fiscal. Em uma ocasião, PNS-3 e PNS-4 (enfermeiras) reclamavam das “meninas do laboratório”, as auxiliares que trabalhavam no guichê de exames. Afirmaram que elas estariam fechando o guichê meia hora antes do horário previsto. Nesse mesmo dia, relataram o caso a Bruno, que prometeu cobrar das funcionárias o cumprimento do horário. Na sala dos enfermeiros, Bruno afirmou que chamaria PNS-3 para uma reunião com as funcionárias do laboratório para servir “como testemunha”.

Em seguida, o diretor afirmou que tinham sido feitas, no Conselho Local de Saúde, muitas reclamações sobre as agentes de saúde. Comentou uma ideia que contribuiria à fiscalização do trabalho das agentes: pedir que moradores assinassem uma ficha a cada visita e ligar para a casa de certo número de moradores, por amostragem, para confirmar a assinatura. Complementou: “ninguém [nenhuma agente] vai querer arriscar [falsificar a assinatura]”. PNS-3 exclamou animada “é mesmo! Boa ideia!”.

As enfermeiras voltaram a falar de uma das funcionárias do guichê de exames, a quem reprovavam a falta de pontualidade. “Ela tá muito solta ali no laboratório pro meu gosto. Ela tá adorando ficar ali enquanto as outras tão se

ferrando, trabalhando”, afirmou uma delas. “Ela tava passeando no ponto de ônibus. Não sei o que ela estava fazendo”, retrucou a outra. “Mas, deixe estar, que o dela já está preparado”, concluiu a primeira, provavelmente se referindo à reunião já combinada com o diretor.

Muito curiosamente, precisamente a essa altura dos diálogos, PNS-3 se perguntou em voz alta “será que eu posso ir embora?”. A enfermeira queria sair do trabalho um pouco antes do horário previsto (!). Pediu autorização a Bruno, na sala ao lado, e começou a se preparar para partir. O episódio evoca algumas questões. A enfermeira não teria percebido que queria adotar exatamente o mesmo comportamento da funcionária do laboratório, que reprovava verbalmente instantes antes?

Qualquer que seja a resposta, cabe supor que agia ali a percepção de uma *diferença entre as profissionais*. De um lado, haveria a funcionária de nível técnico, cujo trabalho deveria ser fiscalizado de forma heterônoma e estrita. De outro, haveria a enfermeira, que poderia dispor de autonomia para decidir como e quando realizar seu trabalho. Uma hipótese explicativa é a proximidade entre enfermeiros e direção. No entanto, complementarmente a essa hipótese, é possível pensar que a dita diferenciação possa agir entre profissionais de nível técnico e profissionais de nível superior *em geral*. As falas descritas seriam, nesse caso, a expressão de hierarquização entre os profissionais da Unidade de Saúde.

Em todo caso, o papel social de *cogestores* talvez assegurasse privilégios. Elda, também na sala dos enfermeiros, falou desse papel de forma particularmente clara: “aqui que é o KGB [QG, Quartel General], a sala dos enfermeiros. A administração da US, os enfermeiros é que fazem. Tem a direção,

é claro, mas... [afirmou que só se passava para o diretor o que fosse necessário]. A gente tem que ficar ligado em tudo: o médico que fez tal coisa, o funcionário que fez tal coisa... A gente é que administra a Unidade. Às vezes, até em questão de limpeza”.

Se, no nível da clínica, conforme expressão corrente na literatura da área, pode-se dizer que a Unidade era *medicalizada*, caberia afirmar também que, no nível da gestão, ela era *enfermeirizada*. As implicações disso para a promoção dos cuidados, para as relações interpessoais, para a construção da Estratégia Saúde da Família devem ser numerosas, complexas e interessantes. Outros estudos, que levem em conta a formação acadêmica dos enfermeiros e sua atuação profissional, poderão abordar com mais detalhe essas implicações. No caso desta pesquisa, cabe lembrar que diversos estudos apontaram a construção de atitudes negativas de enfermeiros e estudantes de enfermagem quanto ao alcoolismo e aos usuários alcoolistas (Carraro *et al.*, 2005; Diniz & Ruffino, 1996; Lopes & Luis, 2005; Pillon & Laranjeira, 2005). Há evidências de que qualquer iniciativa de implantação ou fortalecimento de estratégias de atenção a problemas com o álcool, na Unidade de Saúde da Família, deve contar especialmente com a colaboração desses *cogerentes*.

2.5.7. OS MORADORES DOS QUATRO CANTOS

Como foi dito, a primeira sessão de observação incluiu uma reunião com Bruno, diretor da Unidade. Nessa ocasião, o diretor, com seu tom de voz característico, alto e assertivo, falou um pouco sobre a Unidade e sobre o território atendido. Afirmou que os bairros sofriam diferentes tipos de

precariedade, mencionando a falta de saneamento básico; a existência de moradores abaixo da linha da pobreza, a miséria; o alto número de beneficiários do “Bolsa Família”; a necessidade de intersetorialidade para modificar as condições sanitárias; a existência, dentre os usuários, de “pessoas grosseiras, que já chegam brigando, fazendo barraco” e a grande parcela de “população SUS-dependente”.

Bruno falou da necessidade de “conscientizar os funcionários” para que eles tenham um “olhar especial” para a população atendida e concluiu: “precisa gostar de saúde pública”. Afirmou que problemas críticos de mortalidade e desnutrição infantil puderam ser amenizados com a atuação da Unidade dos Quatro Cantos.

A precariedade social e sanitária dos bairros atendidos era foco constante das conversações dos profissionais. Na reunião de rede de serviços relatada acima, os profissionais falaram de crianças em condição de risco: “tanta verminose”. [...] “Berne na cabeça, larva, crosta na cabeça, ferida na bunda, bicho dos pés à cabeça, fica andando sujo pela rua...”. [...] “A menina não podia pisar de tanto bicho de pé”. [...] “Casos que não consegue mexer – alto do morro, não sobe por causa do tráfico, filhos de traficante...”.

Ao longo de toda a observação, foram frequentes as falas sobre a presença do tráfico de drogas no território atendido. Já na primeira reunião, Bruno recomendou ao pesquisador que “se for subir o morro”, seria preciso ir acompanhado de agente de saúde e ir “paramentado” (com jaleco e crachá), acrescentando “eles [os moradores] respeitam muito a gente [os profissionais de saúde]”. Com isso, afirmou que andar pelos bairros sem identificação poderia ser

perigoso. Mencionou a existência de cinco facções de tráfico de drogas, uso frequente e “pesado” de drogas ilícitas.

Sobre os bairros atendidos, o assistente social Alexandre afirmou que “aqui, os problemas sociais são muito gritantes, né”, justificando a necessidade de acompanhar as famílias de perto e realizar visitas domiciliares. Citou meses em que “ficou mais difícil por causa da violência”, mencionando uma “guerra do tráfico”: “há uns três meses que começou essa guerra toda”. Afirmou que moradores de certo bairro não podiam vir à Unidade porque ela ficava localizada no bairro de uma gangue de traficantes rival.

Em diferentes Situações, o assistente social e outros profissionais mencionaram essa limitação de mobilidade dos moradores do território. Ao comentar o pequeno número de participantes em uma reunião “do Bolsa”, Alexandre disse: “o maior obstáculo para eles virem é o tráfico. Uma ação tão importante e vem tão pouca gente”. Afirmou que moradores sem qualquer ligação com o tráfico também são atingidos: eles tinham medo de ir à Unidade e serem tomados como delatores (“dedos-duros”). Segundo ele, a regra valia principalmente para os homens jovens, mas atingia também as mulheres. “Aí, os moradores do [nome de um bairro] não vêm à Unidade porque ficam expostos no [nome do outro bairro]”.

Diana citou o mesmo problema, falando sobre usuários que não vinham à Unidade. “Foi fora daqui que eu vim a saber por quê. Eles são do [nome de um bairro] e eles não podem usar a US por causa do tráfico. Eles não podem vir aqui senão o tráfico fica sabendo. Eles só vêm quando eles permitem. Aí, eles aproveitam e vêm tudo”. Confidenciou ainda sua suspeita de que algumas

agentes de saúde, elas próprias, informavam a integrantes do tráfico que moradores de bairro rivais foram à Unidade independentemente se esse morador atua no tráfico ou não. “Então, são coisas que ficam meio assim, veladas”, concluiu.

Em uma reunião de Equipe de Saúde da Família uma das agentes brincou com a outra, por causa de uma *implicância* da primeira, dizendo que a levaria “para a matinha”, denominação utilizada nos bairros para um local de execução. Em seguida, enumerando locais semelhantes, conhecidos pelos moradores dos bairros, afirmou “agora, tem três opção: matinha, campinho e pedrão”.

O assistente social relatou o caso de uma visita domiciliar, feita a uma mãe que havia perdido o filho, assassinado. Segundo Alexandre, o rapaz trabalhou para o tráfico, mas abandonou a atividade criminosa e tinha passado a um emprego formal havia cinco meses. A mãe, que também tinha uma filha com problemas oftalmológicos, não podia se dirigir à Unidade, porque morava em um bairro rival. O assistente social opinou que deveria ser construída outra Unidade no referido bairro, mas que os moradores de lá “não têm força para pedir uma US [à Prefeitura]. O movimento social é fraco”.

A enfermeira Elisa afirmou que gostava de trabalhar na Unidade “apesar dos pesares”, que preferia a Unidade de Saúde a qualquer hospital, por causa do vínculo construído junto aos usuários. Comentou que “A equipe de enfermagem é muito boa. Me dou bem com todos os outros profissionais. A população também é boa. Não é ruim não. Por serem pobres, talvez valorizem mais. [...] Para colher preventivo, eles aceitam que seja o enfermeiro. Muito raro negar. Às vezes, nega porque é homem. O marido não deixa”. Ao falar sobre “os pesares”, mencionou as

facções do tráfico, “às vezes, dá guerra. A população deixa de vir e a gente não pode subir”. Afirmou que, nesses casos, uma agente de saúde de um bairro pode ser impedida de ir a outro bairro, pois pode ser tida como “olheira” (delatora). “Hoje, vi um rapaz passar com um tijolinho de cocaína. Só tinha visto na televisão. Gente fumando maconha na rua é normal. É uma realidade muito diferente. No começo, fiquei assustada”.

É interessante destacar aqui a percepção, expressa claramente pela enfermeira e, em outras ocasiões, por outros profissionais, de que a realidade do território era uma “realidade muito diferente”. Os Quatro Cantos eram percebidos como *outro mundo* e os habitantes dos Quatro Cantos, como insólitos moradores desse *outro mundo*. Os relatos que se seguem mostram ainda outras formas de expressão dessa percepção.

Ao final de um atendimento a beneficiários do “Bolsa Família”, Edinete afirmou “cê tem que tentar fazer a cabeça deles [dos usuários]... [porque] a realidade deles é muito complicada”. Acrescentou que “os ‘princípios’ são muito diferentes, né Alexandre, os princípios familiares são muito diferentes”. Alexandre concordou e mencionou casos de gravidez na adolescência: “a menina pensa que o namorado vai ter outras, mas que ela vai ser a preferida... [porque] ela tem um filho dele. Os princípios são muito diferentes mesmo”.

O tópico das famílias, mães, pais, jovens, enfim, pessoas com “princípios diferentes” foi abordado pelos profissionais direta ou indiretamente ao longo de toda a observação participante. Foi Edinete a profissional que mais claramente deu voz a essa percepção. Em certa ocasião, na sala dos enfermeiros, dirigiu-se espontaneamente ao pesquisador para falar sobre “uma coisa que me incomoda

[a incomodava] muito” nas famílias atendidas: as violências e negligências praticadas contra pessoas idosas.

Descreveu uma visita domiciliar em que constatou o descuido com uma usuária idosa (levando possivelmente à amputação de uma perna), sua exploração para tarefas domésticas e a apropriação de seu dinheiro por parentes. “Fico muito irritada, isso me revolta. Levo para o lado pessoal. Tive uma criação muito diferente, com uma família rigorosa. Sempre fui muito família. Então, acho muito estranho”.

A sequência de sua fala sobre as pessoas “com princípios diferentes” foi também bastante expressiva: “aqui, tem umas mulheres perdidas na vida, que acham que é só colocar o filho no mundo. Tem mãe que não consegue abraçar o filho”. Sobre os casos de saúde mental afirmou: “a gente sempre descobre alguma coisa, uma mãe superprotetora, um pai ausente, uma mãe ausente...”. Falou sobre mulheres que tinham filhos com vários homens e que no “Bolsa Família” era comum encontrar “cinco filhos, cada um com sobrenome diferente. Às vezes, a criança nem sabe quem é o pai. Às vezes, nem as mulheres sabem. Aí, a criança já vai crescendo sem vínculo e aí a mãe não tem [a atenção dos filhos] depois quando precisa [na velhice]”. Concluiu que o filho não vai cuidar do idoso porque ele próprio nunca foi cuidado: “eu não culpo não, nem tem como culpar”. Entretanto, sua “revolta” permanecia. Nessa ocasião, a enfermeira citou literalmente a expressão “uma cultura muito estranha” para caracterizar a “comunidade” (moradores do território).

Uma das enfermeiras, PNS-3, acreditava que o Programa Bolsa Família se caracterizava por assistencialismo incapaz de transformar a vida dos usuários.

Em ocasião citada acima, comemorou o cancelamento de alguns benefícios, provavelmente concedidos de forma irregular: “[responsáveis pelo Programa] estão cancelando um monte de Bolsa Família. Graças a Deus!”. Foi curioso, portanto, observar que, em outra ocasião, PNS-3 tenha confidenciado ao pesquisador o desânimo com seu trabalho, causado, entre outros motivos, pela não concessão de uma bolsa integral por parte da Prefeitura para cursar uma especialização na área de saúde. Mesmo tendo recebido uma bolsa parcial, a profissional lamentou: “a Prefeitura não incentiva”.

Que sistema de representações autorizava a profissional a reclamar a concessão de uma bolsa integral para especializar-se ao mesmo tempo em que condenava um programa de *bolsas* cujos objetivos incluíam combater a miséria e a fome? Seria simplista censurar meramente a profissional por suposto egoísmo. Hipoteticamente, estavam implicadas em seu pensamento crenças difundidas na sociedade como *o papel redentor do trabalho, a indolência natural dos pobres* e a necessidade de não premiar essa suposta indolência com um benefício assistencial. De qualquer maneira, a Situação descrita permite entrever mais um elemento da alteridade conferida aos usuários: *eles não mereceriam uma bolsa, eu sim*.

Moradores de *outro mundo*, com “princípios muito diferentes” e “cultura muito estranha”: a pesquisa verificou que essas formas de objetivação são elementos importantes das representações sociais construídas pelos profissionais acerca de seus usuários.

O uso de álcool e outras drogas foi mencionado como elemento constituinte desse *outro mundo*. “Aqui, tem muito transtorno mental. Lugar que

tem droga, né”, afirmou Diana. A dentista disse que identificava usuários de crack pelos dentes e mucosas, os alcoolistas, pelo hálito. Sobre os usuários de crack, acrescentou: “agora, eu já acho até normal”, [São] “indisciplinados”, “vêm só na hora que querem atendimento”, “família desestruturada, que abandona a pessoa”. Edinete e Alexandre falaram sobre a rapidez com que adolescentes trabalhadores do tráfico faziam “buchas” (pacotes com droga); sobre o grande volume de dinheiro que os traficantes ganhavam; sobre adolescentes internados que escondiam drogas em lâmpadas e colaboradoras que os visitavam levando celulares escondidos na vagina ou no ânus e concluíram “a dependência química é uma coisa muito difícil, né”.

A percepção de que era “uma coisa muito difícil” encontrou correspondência em uma fala da psicóloga. Patrícia afirmou que seu trabalho era “muito focado” nos usuários com transtornos mentais, mas disse também que “álcool e drogas, está deixando a desejar. [...] Alguns casos, a gente consegue manter aqui, mas os casos mais graves a gente encaminha pro CAPS-ad”. Afirmou que havia muitos casos de usuários consumidores de crack, mas que esses usuários permaneciam pouquíssimo tempo em tratamento, o que contribuía para gerar um “sentimento de derrota na equipe”. Perguntada sobre as maiores demandas, a profissional mencionou esquizofrenia, transtorno bipolar, depressão em senhoras e depressão em homens, nesse último caso ligada geralmente ao desemprego e ao alcoolismo. “O que leva a o quê, a gente não sabe...”.

Usuários alcoolistas motivaram ainda outras falas. Em certa ocasião, Alexandre comentou o caso de um idoso em risco: “pra piorar, ele bebe muito. Teve tuberculose, aí ele parou um pouco. Mas depois sarou... A tuberculose foi,

mas a cachaça ficou”. Uma das agentes de saúde falou sobre uma usuária vítima de violência intrafamiliar: “o marido dela é alcoólatra, ele pega a mulher deficiente e dá porrada [socou uma mão contra a palma da outra]. Um dia desse, eu é que vou pegar ele na cintada”. Bruno afirmou que havia muitos “etilistas” no território, “é uma população à qual a gente não tem acesso. Eles não vêm à Unidade. A gente também não se coloca tão disponível para atender”. Essas falas expressaram aspectos da *Figura do alcoolista ausente*. No discurso de uma das agentes de saúde, o único encaminhamento possível era religioso: “eles [os “alcoólatras”] dão muito problema no fígado, câncer de esôfago. Tudo por causa do alcoolismo! Só Deus mesmo! [...] Só um milagre!”.

A *Figura do bêbado-problema* pôde ser identificada em um caso descrito por Alexandre e Edinete: uma usuária que “se encheu de manguaça e veio aqui” [na Unidade]. Na ocasião, ela teria dito a um dos médicos, desrespeitosamente: “você me arreganhou toda no preventivo!”, o que, segundo Alexandre e Edinete, gerou uma reação nos demais usuários: “os próprios pacientes brigaram com ela... ‘Ela tá cheia da cachaça!’”.

Finalmente, cabe descrever uma entrevista realizada com o enfermeiro Evandro. O profissional falou sobre um “paciente alcoolista” que “chegou à US com uma ascite [acúmulo de líquido no abdome] grave”. Afirmou que ele e outros profissionais dedicaram uma tarde inteira unicamente a esse caso, buscando alternativas para o tratamento do alcoolismo. Conseguiram negociar o encaminhamento do usuário para um programa de atendimento específico em um hospital geral (mesmo programa citado por Eraldo em reunião mencionada acima). Segundo Evandro, o encaminhamento surtiu bom resultado, o usuário

passou a frequentar o programa, decidiu abster-se do álcool e retornou ao trabalho. Em pouco tempo, porém, o usuário “teve uma recaída” e faleceu.

Verificou-se, no discurso do profissional, a ênfase na frustração por ter dedicado muito trabalho a um caso que *fracassou*. “Era um caso difícil”, afirmou. Sobre o usuário alcoolista em geral, disse “é um paciente angustiante. Ele demanda todo mundo aqui. Não é como um preventivo, que você vai lá e colhe o material com uma paciente e pronto... Ele [o alcoolista] demanda toda a equipe”. Na sequência da entrevista, questionou o pesquisador sobre os objetivos do estudo e conjecturou (corretamente, diga-se de passagem): “é pra ver como o alcoolismo vai entrar nessa engrenagem aqui, né?”, complementando: “é uma questão meio angustiante pra gente” [para os profissionais em geral]. Afirmou que os casos são numerosos no território e que três homens haviam morrido recentemente por causas ligadas ao alcoolismo.

O relato feito por Evandro descreveu um atendimento pontual, feito a um usuário alcoolista, por profissionais da USF. Neste Capítulo, esse tipo de atendimento foi mencionado de passagem pela PNS-1, após seus atendimentos individuais, e pela psicóloga Patrícia, quando ela falou sobre “alguns casos que a gente consegue manter aqui”. A partir do relato feito pelo enfermeiro, cabe isolar uma quinta e última *Figura do alcoolismo* presente no cotidiano da Unidade estudada. Aqui, o alcoolismo foi objetivado como *doença em tratamento* e o usuário alcoolista, como *caso difícil*. Tendo em vista o Tema 14, esse tratamento era hegemonicamente entendido como centrado na promoção de abstinência, ideia associada a outros Temas que se referiram ao pessimismo do prognóstico e ao sentimento de frustração dos profissionais.

2.6. A CONSTRUÇÃO CONTEXTUAL DAS FIGURAS DO ALCOOLISMO

Chega-se assim ao fim da exposição analítica dos resultados da observação participante. Como se pôde verificar, o procedimento permitiu uma visão ampla sobre os fenômenos que foram alvo da investigação. Não se procurou reduzir a observação às Situações diretamente ligadas ao alcoolismo ou aos usuários alcoolistas. Ao contrário, buscou-se o ponto de vista mais amplo possível para, a partir dele, analisar a construção dos fenômenos-alvo. Com isso, procurou-se formular compreensão ampliada das condições de *construção, manutenção e possível transformação* das representações sociais do alcoolismo e dos usuários alcoolistas.

Ao longo do relato, foram identificados muitos personagens, Situações, Cenas, Temas, Fluxos e, finalmente, *Figuras do alcoolismo e do usuário alcoolista*. Cabe agora realizar um esforço de síntese e verificar, de forma sistemática, como os dados e análises podem contribuir para responder às questões de pesquisa. Inicia-se com uma condensação, feita no Quadro 2, de características dos Fluxos A, B e G, que representam o funcionamento geral da Unidade.

Quadro 2. Observação participante: comparação esquemática entre os Fluxos da Unidade observada

	Fluxo A	Fluxo B	Fluxo G
Localização espacial na	No espaço mais diretamente acessível,	No segundo andar, menos acessível	No segundo andar, menos acessível

Unidade	com aprofundamento aos consultórios		
Personagens principais (profissionais)	Médicos, enfermeiros, dentistas, farmacêutica, auxiliares e agentes	Assistente social, psicóloga, enfermeiros, educadora física, auxiliares e agentes	Diretor, sanitarista, enfermeiros, médicos, auxiliares e agentes
Atividades principais	Atendimentos médicos, odontológicos e de enfermagem	Atendimentos psicológicos, em serviço social, atendimentos de grupos	Gestão das atividades da Unidade, gestão da vida dos usuários: reuniões e trabalho de campo das agentes
Estratégias principais	Principalmente curativas	Nos atendimentos de grupo, principalmente prevenção e promoção de saúde	Organizado principalmente em função das estratégias curativas
Nível de prioridade	Central, principal, <i>não pode parar</i>	Secundário, complementar	Organizado principalmente em função do Fluxo A

Como se viu, as atividades principais do Fluxo A eram os atendimentos individuais de médicos, enfermeiros e dentistas, atividades auxiliadas por procedimentos de recepção, preparo e farmácia. Esse Fluxo, o principal da Unidade, se *localizava* nos espaços mais imediatamente acessíveis, no primeiro andar e incluía um trajeto de aprofundamento em direção aos consultórios. Era a esse Fluxo que os cartazes afixados na entrada da Unidade, sobre a disponibilidade de médicos e dentistas, se referiam. Ele era o tópico quase único nas reuniões de profissionais voltadas à organização da Unidade. Mobilizava a maior quantidade de profissionais e de usuários por dia. Não podia parar.

Em contraste, o Fluxo B, ocupava espaço menos acessível. Dois de seus profissionais mais importantes, a psicóloga e o assistente social, tinham que compartilhar uma pequena sala. Esses profissionais eram descritos como

complementares às Equipes de Saúde da Família. A educadora física não tinha sala própria. Os atendimentos de grupo não tinham periodicidade estabelecida, poderiam ser suspensos, extintos, adiados. Eles *podiam parar*.

O Fluxo G, por sua vez, se organizava principalmente em função do Fluxo A. O aspecto de organização das atividades por meio de reuniões já foi mencionado. No que diz respeito ao trabalho de campo das agentes de saúde e às reuniões de Equipe de Saúde da Família, verificou-se que giravam em torno quase unicamente da organização da demanda e dos atendimentos do Fluxo A: identificação de prioridades para consultas; marcação de visitas domiciliares com o médico; organização de grupos específicos a serem trazidos ao Fluxo A, como hipertensos, diabéticos, gestantes e bebês. Houve exceções, como as atividades de conscientização para gestão do lixo e para combate à dengue, promovidas *com e pelas* agentes de saúde.

A divisão estanque entre os Fluxos não é exata. Podem-se reconhecer aspectos e efeitos de cada um em todos os outros. Por exemplo, pode-se mencionar efeitos do conhecimento produzido pelas agentes em sua intervenção sobre o território (elemento do Fluxo G) nas interações entre profissionais e usuários quando de consultas individuais com o médico (elemento do Fluxo A) ou quando de atendimentos de grupo (elemento do Fluxo B). Mesmo não sendo totalmente precisa, essa delimitação dos Fluxos e a compreensão de seu caráter *aferente* (A e B) ou *eferente* (G), pode ser heurística para pensar o funcionamento da(s) Unidade(s) de Saúde. Pode ser útil, por exemplo, para a realização de diagnósticos organizacionais e para a verificação da medida em que as esferas

interagem entre si e da medida em que os objetivos estabelecidos pelo(s) serviço(s) são alcançados.

No caso da Unidade observada, a primazia do Fluxo A deve ser enfatizada. As análises evidenciaram dificuldades em dois eixos essenciais da Saúde da Família: a prevenção e a promoção de saúde. A concentração dos espaços e dos profissionais se dava em torno das estratégias curativas. Muitos estudos apontaram resultados semelhantes quanto às dificuldades na construção efetiva da Estratégia (por exemplo, Campos *et al.*, 2008; Sousa & Hamann, 2009; Schraiber *et al.*, 2010).

No entanto, seria inexato simplesmente *condenar* a atuação da Unidade. Se colocadas em perspectiva histórica (Arretche, 2005; Escorel, 2008; Escorel & Teixeira, 2008), as práticas observadas correspondiam a avanços no campo da atenção à saúde no Brasil. Muito objetivamente, para as classes populares, antes *não se tinha médicos* (afora a caridade), hoje *se tem médicos*. Antes, havia o *discurso da caridade*, hoje há claramente o *discurso da saúde como direito*.

No caso da USF observada, a própria possibilidade de se localizar facilmente os espaços dos Fluxos A, B e G expressa o esforço diacrônico de organização do funcionamento para atender demanda grande, complexa e difícil. Em vários momentos da observação, foi possível constatar o envolvimento da equipe com seu trabalho e o *clima* de interações aberto e cooperativo. Em certo sentido, pode-se dizer que a Unidade dos Quatro Cantos *funcionava bem*.

Observou-se que usuários, embora não sistematicamente organizados para tal, manifestaram-se politicamente quanto à Unidade e à rede de serviços de saúde. Houve indícios de que se apropriavam de uma *cultura* de saúde da família,

utilizando referências comuns com os profissionais (número de família, microárea). Em uma reunião de equipe, agentes de saúde (simultaneamente usuárias da Unidade) pressionaram uma médica a realizar visitas domiciliares, ou seja, a atuar conforme princípios da Saúde da Família.

Os profissionais mostraram-se envolvidos com seu trabalho e, muitas vezes, orgulhosos dele. Houve situações em que se questionaram sobre sua própria atuação, mostrando permeabilidade para a transformação de práticas. Acolheram o pesquisador, denotando potencial de interação com o meio acadêmico e interesse em atividades de formação permanente. Uma das reuniões com a sanitarista inspirou reflexões sobre as múltiplas microrrevoluções que se processam no cotidiano do SUS, implicando a superação de estereótipos de gênero, classe e etnia.

Certos limites ficaram também evidentes. A análise dos Fluxos permitiu identificar importantes elementos de objetivação dos usuários. Pode-se afirmar que, no Fluxo A, os usuários eram percebidos como *pessoas potencialmente "barraqueiras" a serem atendidas*. No Fluxo B, como *pessoas a serem instruídas, mais do que escutadas*. E, no Fluxo G, como *pessoas que viviam outra realidade, com outros princípios, cuja vida deveria ser gerenciada e higienizada*. Um traço comum desses processos de objetivação (o termo ganha aqui duplo sentido) é a percepção dos usuários em geral mais como *objetos* do que como *sujeitos* das práticas sócio-sanitárias. Trata-se de obstáculo central para a consecução da Estratégia Saúde da Família. É possível dizer que a Unidade observada e os serviços com processos semelhantes poderiam se beneficiar de um

questionamento constante: o que fazer para promover os usuários como *sujeitos* (atores efetivos) das práticas de saúde?

Verificou-se que o uso de importantes instrumentos da Saúde da Família, como as reuniões de equipe, o acompanhamento longitudinal, o aproveitamento dos saberes espontâneos das agentes, a troca de informações (*bate-papo, fofoca*) sobre a vida dos usuários, etc., esteve ligado à construção de percepções e crenças que orientavam práticas não só de normatização sanitária, mas também de *normatização social e moral*. A gestão da vida dos usuários incluía aspecto autoritário e de produção de heteronomia. Para evitar esses riscos, pode ser importante valorizar a participação efetiva dos usuários como sujeitos da *gestão* dos serviços, dos atendimentos de grupo, da mobilização política em torno do SUS, etc.

Deriva-se daí também a importância de buscar fomentar a expressão das representações e das práticas sociais dos usuários nos diversos espaços do cotidiano da Unidade (expressão que a observação mostrou ser preterida). A consideração dos pontos de vista dos usuários sobre sua própria vida, sobre a cidade, sobre o território, sobre a Unidade, sobre saúde, doença, morte, sexualidade, família, alimentação, gestação, cigarro, drogas, álcool, enfim, a expressão de suas representações e práticas sociais garantiria uma saída para a imposição normativa de representações de um grupo (os profissionais) sobre outro (os usuários). Abriria, ao invés da imposição, *espaços de negociação de significados, sentidos, afetos e comportamentos*, potentes para o cuidado em saúde (Campos, 2003).

A delimitação dos Temas foi também procedimento analítico importante. A observação permitiu investigar os três domínios classicamente atribuídos à construção dos fenômenos psicológicos: cognição, comportamento (*ação*) e afetividade. Cada Tema se refere mais explicitamente a um desses domínios. Sua exposição sintética foi feita por meio dos Quadros 3 a 6. Uma meta-categorização os incluiu em quatro classes: a) relativos aos usuários em geral; b) à Unidade e ao sistema de saúde; c) à saúde mental e d) ao alcoolismo e aos usuários alcoolistas. Essa quarta classe, alvo específico da pesquisa, foi destacada com referências nos Quadros 3, 4 e 5.

Quadro 3. Observação participante: Temas relativos aos usuários em geral e implicações quanto ao alcoolismo e aos usuários alcoolistas

Temas	Implicações quanto ao alcoolismo e aos usuários alcoolistas
Tema 1: a existência de práticas de orientação normativa e de julgamento moral por parte dos profissionais em relação aos usuários	Organização das interações por meio dos polos <i>intervenção normativa</i> e <i>proximidade/ bate-papo</i> , que excluía o usuário alcoolista do campo da saúde
Tema 2: simultâneas ao papel social de profissional, a existência de relações de intimidade assemelhadas à <i>amizade</i> com os usuários	
Tema 3: a presença, nas interações, de um tipo de conversação assemelhado ao <i>bate-papo</i> e à <i>fofoca</i>	Escassez de instrumentos e estratégias de interação adaptados ao acolhimento e acompanhamento de <i>problemas com o álcool</i> em geral e de <i>usuários alcoolistas</i> em específico
Tema 16: nos atendimentos de grupo, a organização hegemônica das interações segundo <i>modelo-palestra</i>	
Tema 17: nos atendimentos de grupo, a ausência de espaços sistemáticos de escuta e análise coletiva das expressões subjetivas (psicológicas e psicossociais) dos usuários	
Tema 20: a percepção de que os usuários constituíam mais objetos que sujeitos das práticas sócio-sanitárias	

(<i>coisificação</i>)	
Tema 6: a percepção de que a população era “barraqueira”; os usuários eram “barraqueiros”	Objetivação de manifestações do alcoolismo como “barracos”, orientando práticas defensivas e de exclusão
Tema 7: a associação dos “barracos” produzidos por usuárias (mulheres) a ameaças verbais e a agressões físicas com função de desmoralização	
Tema 8: a associação dos “barracos” produzidos por usuários (homens) ao tráfico, ao consumo de drogas e às ameaças de violência armada e de morte	
Tema 21: a percepção de que os usuários eram ignorantes, relacionavam-se ao não-saber	Apreensão do alcoolismo como manifestação natural do contexto e dos valores dos usuários. Fatalismo quanto ao alcoolismo, associado à crença na impossibilidade de alterar substancialmente esses valores e contexto
Tema 22: a percepção de que os usuários não compreendiam o funcionamento da Estratégia Saúde da Família e/ou não queriam se adequar a esse funcionamento	
Tema 23: a associação dos usuários a práticas imorais	
Tema 24: a associação dos usuários a práticas de violência	
Tema 25: a percepção de que os usuários se caracterizavam pela alteridade, de que eram um tipo diferente de pessoas, habitantes de “outra realidade”	

O Quadro 3 enfatiza que os padrões hegemônicos de interação com os usuários se organizaram por *alternância entre* ou *simultaneidade dos* seguintes polos, ou *propostas de interação*: a) intervenção normativa (papel social de especialistas, implicando os papéis de *juízes, professores, higienizadores*) e b) proximidade e bate-papo (papel social assemelhado ao de amigo, *pseudoamigo*). O polo de intervenção normativa implicava julgamentos que, como foi visto em relação às *Figuras do alcoolismo*, excluía os usuários alcoolistas da atenção em saúde. Práticas de bate-papo puderam ser observadas no caso do *bêbado-cômico*, mas também sem efetiva inclusão na rede de cuidados.

A organização hegemônica das interações por meio desses dois polos não permitia a construção de *atitudes psicoterapêuticas* e de *clínica ampliada* (Campos, 2003; Oliveira *et al.*, 2006; Saraceno *et al.*, 2001) cujas características forneceriam instrumentos para a intervenção junto a usuários com problemas com o álcool. Essa escuta certamente consideraria a importância da proximidade e do vínculo para promover a expressão subjetiva dos usuários, mas não reservaria para o profissional o *papel de pseudoamigo* ou *participante de um bate-papo*. Nesse sentido, certamente manteria o lugar do especialista, mas sem centrar-se na transmissão de informações e orientações normativas. Constituiria uma espécie de *meio termo*. Com a suspensão do papel de *normatizador*, simultânea à manutenção do papel de especialista em cuidados, apostaria na construção conjunta, com os usuários, de saídas objetivo-subjetivas para o alcoolismo e outras condições.

A objetivação de comportamentos de usuários alcoolizados como “barracos” esteve associada à apreensão do alcoolismo e do usuário alcoolista como ameaças à *normalidade* do cotidiano de trabalho, implicando medo. Esses elementos cognitivo-afetivos, por sua vez, orientaram práticas defensivas e de exclusão.

A associação de *usuários em geral* à ignorância, à imoralidade e à violência baseou-se na objetivação do território como *outra realidade*. Manifestou-se a crença na alteridade, ou seja, na ideia de que *os usuários não são pessoas como nós, seguem princípios (valores) diferentes*. Esse contexto e esses valores diferentes, associados à ignorância, à imoralidade e à violência seriam substrato natural e crônico para a geração do alcoolismo (“pra eles, beber e cair na rua é

normal”; “nós temos até a Calçada da Fama ali”, etc.). A crença na impossibilidade de alterar substancialmente tanto esse contexto quanto esses valores esteve associada ao fatalismo atribuído ao alcoolismo. As representações sociais do alcoolismo ancoravam em conjunto de crenças estabelecidas em relação aos bairros populares e aos usuários em geral.

Quadro 4. Observação participante: Temas relativos à Unidade e ao sistema de saúde e implicações quanto ao alcoolismo e aos usuários alcoolistas

Temas	Implicações quanto ao alcoolismo e aos usuários alcoolistas
Tema 18: a existência de críticas e sentimento de desconfiança com relação à Secretaria Municipal de Saúde	Dificuldades para implantação de estratégias de acolhimento e acompanhamento de usuários com problemas com o álcool
Tema 19: a priorização do Fluxo A nas reuniões que tinham o objetivo de discutir a gestão das atividades da Unidade	
Tema 30: a percepção de dificuldades nas relações entre Unidade de Saúde da Família e os CAPS, incluindo CAPS-ad	Dificuldades para implantação de estratégias conjuntas de acolhimento e acompanhamento de usuários dependentes

A atenção integral a usuários com problemas com o álcool exige a coordenação de esforços de diversos serviços de saúde, Unidades, CAPS, Hospitais, além de serviços de outros setores (Cf., por exemplo, Babor *et al.*, 2001; Brasil, 2007; Furtado *et al.*, 2008; Heather, 2004a; Saraceno *et al.*, 2001). O Quadro 4 destaca a percepção de que a Secretaria Municipal de Saúde atuava menos como parceira de trabalho e mais como aparato *vertical* de controle e fiscalização. Os profissionais pareceram ressentir-se da existência de julgamento

moral perene por parte da Secretaria quanto a seu trabalho. Também foram verificadas dificuldades nas relações com os CAPS, incluindo o CAPS-ad, implicando também possíveis ressentimentos e desconfiança.

Esses padrões sócio-afetivos certamente não contribuíam para o trabalho cooperativo, que seria fundamental para a implantação consistente de novas estratégias de cuidado no cotidiano da Unidade e para a articulação efetiva da rede de serviços. No que diz respeito aos problemas com o álcool, dificultava-se a implantação de estratégias de acolhimento e acompanhamento (busca ativa, identificação precoce, intervenção breve, intervenção em grupo, discussões sistematizadas e registros), sejam aquelas já descritas, testadas e recomendadas (TIB, por exemplo) ou estratégias inovadoras. No caso das dificuldades de interação com o CAPS-ad, cabe considerar principalmente consequências deletérias para a atenção a usuários dependentes de álcool, já que a atenção a esses usuários seria atribuição conjunta dos dois serviços (Brasil, 2004, 2007; Amarante, 2008).

As reuniões dedicadas à discussão e à organização das atividades da Unidade foram focadas no Fluxo A, que contemplava os usuários que *vinham* à Unidade e se inseriam no trajeto consultório-centrado. Segundo a percepção dos próprios profissionais, esse não era o caso dos usuários alcoolistas: esses “não vêm à Unidade”. Mesmo que eventualmente recorram ao Fluxo A, são objetivados hegemonicamente como *alcoolistas presentes e, no entanto, ausentes*, como descrito acima. A ausência de estratégias consistentes de identificação precoce, triagem e intervenção breve permite generalizar a constatação para o conjunto de problemas com o álcool (não só para a dependência).

Quadro 5. Observação participante: Temas relativos aos casos de saúde mental e implicações quanto ao alcoolismo e aos usuários alcoolistas

<i>Temas</i>	<i>Implicações quanto ao alcoolismo e aos usuários alcoolistas</i>
Tema 26: a percepção de que os <i>casos de saúde mental</i> eram essencialmente casos de descompensação psicótica	Frequente exclusão do alcoolismo do campo da saúde mental, que era, ele próprio, tido como secundário
Tema 27: a percepção de que os casos de saúde mental não constituíam prioridade. Inexistência de fluxos específicos, a descrição de casos graves não gerando, necessariamente, encaminhamentos	
Tema 4: a percepção de que tratar casos de saúde mental significava essencialmente administrar medicação psicotrópica, associada à falta de menção ou clareza quanto a abordagens psicológicas ou psicossociais	Quando o alcoolismo era compreendido como caso de saúde mental, associação do tratamento à medicação e ao trabalho individual da psicóloga
Tema 28: a associação do atendimento não-medicamentoso em saúde mental principalmente ao trabalho individual da psicóloga	
Tema 29: a existência de elementos de discurso consoantes com as atuais políticas para saúde mental, como a importância de acolher o usuário mesmo em surto e o questionamento da solução-internação	Os ditos elementos de discurso pareceram não se aplicar ao alcoolismo

O Quadro 5 agrupa Temas relacionados à saúde mental. Excetuando-se a atuação da psicóloga, que declarou lidar com maior variedade de casos, as atividades de cuidado dirigidas ao campo da saúde mental pareceram se centrar nos casos de psicose, mais especificamente nos casos de descompensação psicótica. Houve indícios de que os cuidados em saúde mental eram percebidos pelo conjunto de profissionais como secundários e pontuais. Os problemas com o álcool ou especificamente o alcoolismo foram frequentemente ignorados ou

preteridos. Quando o alcoolismo foi compreendido como transtorno mental, seu tratamento foi associado à administração de medicação e ao trabalho individual da psicóloga, sem menção ou clareza quanto à abordagem coletiva, articulada e sistemática ou quanto à própria abordagem psicológica ou psicossocial.

Quadro 6. Observação participante: Temas relativos ao alcoolismo e aos usuários alcoolistas

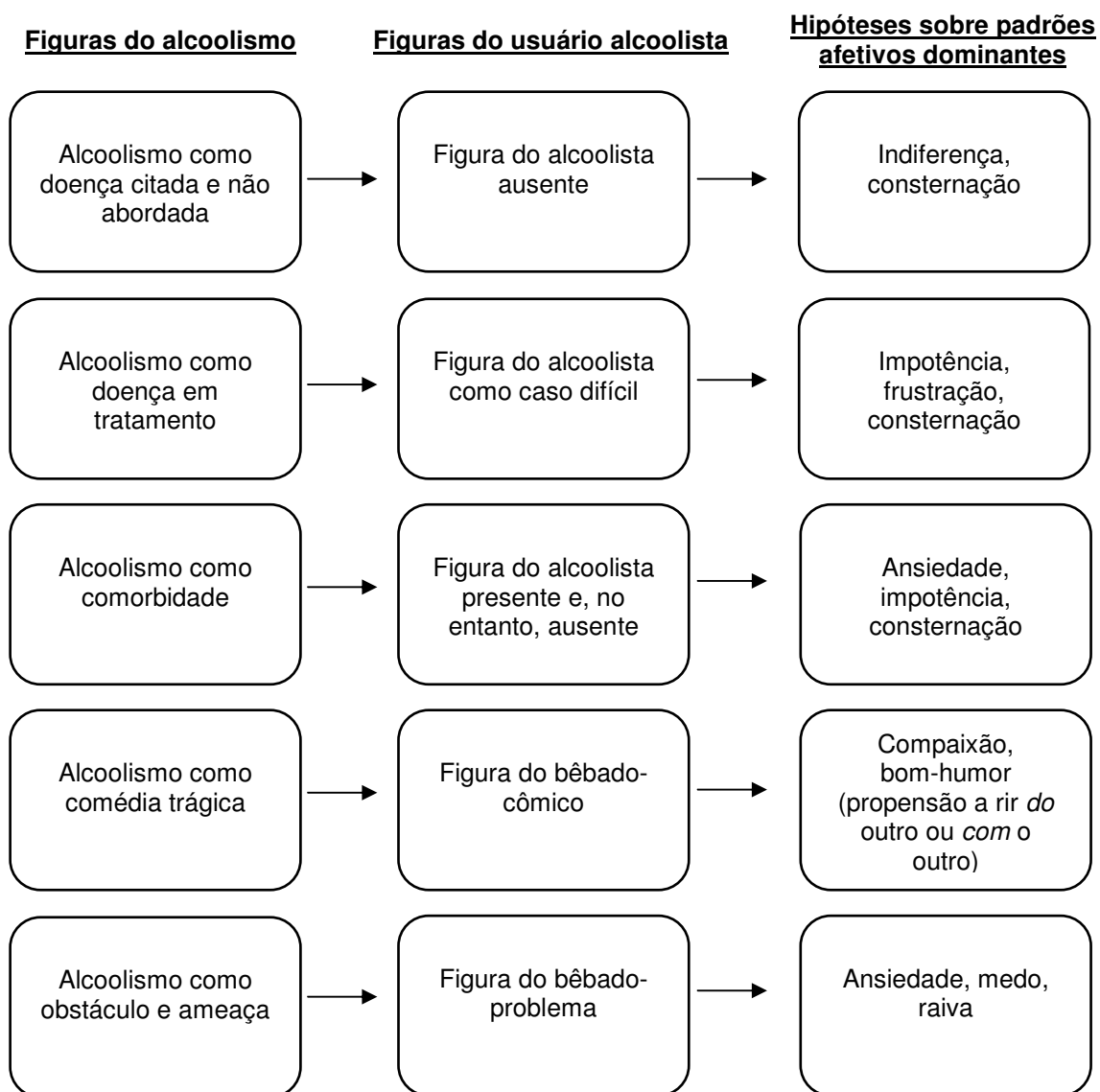
Temas
Tema 5: a existência de sentimentos de consternação e de impotência diante do alcoolismo
Tema 9: a classificação da entrada de um usuário alcoolizado na Unidade (um “bêbado”) como “confusão”, ou “barraco”
Tema 10: a mobilização do vigia (<i>o policial da Unidade</i>) para lidar com a presença de um usuário alcoolizado
Tema 11: diante de um usuário embriagado e “barraqueiro”, a orientação dada à ação visava à sua expulsão e não a seu acolhimento
Tema 12: a percepção de incapacidade da Unidade de Saúde de lidar com o caso de alcoolismo
Tema 13: a percepção de que tratar casos de alcoolismo significava essencialmente administrar medicação psicotrópica, associada à falta de menção ou clareza quanto a uma abordagem psicológica ou psicossocial
Tema 14: a percepção de que o tratamento do alcoolismo devia ser centrado na promoção da abstinência, associada à falta de menção ou clareza quanto à abordagem de redução de danos
Tema 15: a ausência de previsão de fluxos para a suspeita de problemas com álcool, levando à tentativa de improviso por parte da(o) profissional

O Quadro 6 expõe os Temas, depreendidos da observação, associados especificamente ao alcoolismo e aos usuários alcoolistas. Muitos deles repetem e reforçam os destaques feitos na segunda coluna dos Quadros anteriores, 3, 4 e 5. Destacam-se as percepções de que manifestações do alcoolismo podem ser classificadas como “confusões” ou “barracos”, eventos anormais a serem

extirpados; de que a Unidade de Saúde não era preparada para lidar com os casos; de que o tratamento deveria ser essencialmente medicamentoso e centrado na promoção de abstinência. Do ponto de vista afetivo, manifestaram-se sentimentos de consternação e de impotência. A orientação para a ação era condizente com esses elementos, centrando-se na expulsão do usuário alcoolista. A ausência de estratégias sistematizadas de atendimento podia levar a eventuais tentativas de improviso.

Os Temas revelam elementos de representações sociais, *teorias* socialmente construídas e compartilhadas sobre o alcoolismo e sobre os usuários alcoolistas. Esses elementos estão presentes nas cinco *Figuras do alcoolismo*, relacionadas no Quadro 7, que formam pares com *Figuras do usuário alcoolista*. Foram incluídas, nesse Quadro, hipóteses sobre padrões afetivos dominantes relacionados a cada uma das *Figuras*.

Quadro 7. Observação participante: Figuras do alcoolismo, dos usuários alcoolistas e hipóteses sobre padrões afetivos dominantes



As *Figuras do alcoolismo e do usuário alcoolista* não se identificam com a totalidade das representações e nem poderiam, por pelo menos dois motivos: 1) as representações sociais são, além de *estados*, *processos* (na qualidade de *ação*, realizam-se *no presente*, e incluem a possibilidade de ruptura com a tradição); 2) as representações sociais são (re)construídas na experiência

singular de cada sujeito, podendo apresentar, portanto, infinitas apropriações e variações. Ainda assim, é possível delimitar as *formas hegemônicas* pelas quais certo grupo social contextualizado representa (produz e reproduz) determinado objeto ou sistema de objetos. Como ele faz corresponder uma *figura a um sentido* e vice-versa (Jodelet, 1985; Moscovici, 1961).

As *Figuras do alcoolismo e do usuário alcoolista* foram delimitadas por meio de análises indutivas. As duas primeiras foram identificadas com base no discurso dos profissionais. A identificação das três últimas contou, além de elementos de discurso, com observações diretas de interações com usuários alcoolizados, percebidos como alcoolistas. *As Figuras eram formas hegemônicas de expressão das representações sociais investigadas*. Constituíam claramente conhecimentos *práticos*, enraizados no contexto em que foram produzidos e orientados para a ação (Jodelet, 1999; Moscovici, 1961). Funcionavam como esquemas *subjacentes* às práticas sociais dos profissionais (evidentemente, a nomeação das Figuras foi feita pelo pesquisador, elas eram *implícitas* no contexto).

Esses esquemas foram mobilizados, dependendo de diferentes condições de interação e comunicação, com o objetivo de orientar e justificar as ações. Por exemplo, a *Figura do alcoolista ausente* e a *Figura do alcoolista presente e, no entanto, ausente* foram mobilizadas em reuniões de equipe, em conversas informais e em um atendimento individual, contribuindo para naturalizar e justificar a não-abordagem do problema. A *Figura do alcoolista como caso difícil* apareceu mais claramente no discurso de um dos profissionais, relacionando a distância social ao sentimento de frustração. A *Figura do bêbado-cômico* e a *Figura do*

bêbado-problema orientaram práticas de exclusão (física e simbólica) dos usuários alcoolistas do campo da saúde.

As Figuras foram *acionadas* (e, ao mesmo tempo, reconstruídas) em turnos ou simultaneamente, por um mesmo profissional ou por um conjunto de profissionais. Podiam integrar o sistema de representações de cada profissional ao mesmo tempo em que caracterizava o pensamento social do grupo. As três primeiras Figuras relacionavam-se primordialmente ao universo reificado das ciências da saúde: falava-se de *alcoolistas*. As duas últimas, por sua vez, estavam mais intimamente ligadas ao universo consensual (senso comum): falava-se de *bêbados*. Esses dois tipos de racionalidade *não eram excludentes*. Ao contrário, *habitavam* as representações e as práticas sociais dos mesmos sujeitos em si ou do grupo estudado como um todo.

As representações sociais pesquisadas se caracterizaram pela polifasia cognitiva (Moscovici, 1961), ou seja, a *convivência* dos diferentes tipos de racionalidade mencionados. Isso implica que sua formação não incluiu unicamente saberes técnico-científicos em saúde, embora os profissionais sejam, em nossa sociedade, os legítimos portadores desses saberes. Incluiu também saberes construídos pela experiência cotidiana do grupo social, pela vivência direta da Unidade de Saúde e de interações com os atores envolvidos. Incluiu saberes de senso comum. Os alcoolistas foram objetivados *simultaneamente* como *outro, doente, a ser ajudado* e como *outro, monstruoso, a ser evitado* (resultado condizente com análises de Ancel & Gaussot, 1998).

O termo *Figura*, utilizado aqui, remete em princípio ao processo de objetivação. De fato, esse processo envolve encontrar *imagens* capazes de

fornecer feições materiais a conceitos abstratos (Moscovici, 1961). No caso, respondeu pela necessidade de encontrar imagens concretas para o alcoolismo, o que envolveu criar formas de enxergar o usuário alcoolista.

Especialmente, as três Situações de interação com usuários alcoolizados (que foram *representados* como *alcoolistas* ou *bêbados*) permitiram entender essa seleção ativa de imagens. No caso do *alcoolista presente e, no entanto, ausente*, objetivar o alcoolismo significou identificar uma pessoa com cheiro de álcool, que “bebe todo dia” e que tem recursos limitados para compreender as perguntas de um questionário padronizado e para mudar de comportamento (*pouca força de vontade?*): “no caso [dele], vai ser muito difícil. Está associado com a bebida. Ele é alcoolista”. No caso do *bêbado-cômico*, a imagem foi a de uma pessoa com uma garrafa na mão, fala, pensamento e comportamento descoordenados e, por isso, engraçados. No caso do *bêbado-problema*, uma pessoa agressiva, cujo descontrole psicológico e comportamental foi visto como ameaçador. Resumindo os elementos de objetivação tem-se: uma pessoa com cheiro de álcool, que bebe todo dia, que exhibe dificuldades de compreensão, falas e comportamentos anormais, descontrolada, que é potencialmente engraçada e/ou potencialmente agressiva e ameaçadora.

Mas as Figuras não se formaram unicamente por processos de objetivação, mas também por processos simultâneos de ancoragem. Se objetivar implica encontrar “uma imagem para um significado”, ancorar implica encontrar um “significado para uma imagem” (Sá, 1993). Isto é, trata-se da apreensão de um fenômeno a partir de *teorias simultâneas e implícitas*. Cabe mais uma vez lembrar a coexistência de saberes provenientes dos universos reificado e

consensual. Além dos conhecimentos técnico-científicos, aos quais os profissionais provavelmente tiveram acesso por meio de sua formação acadêmica e a partir dos diversos veículos de comunicação de massa, é preciso considerar os *conhecimentos contextuais* de ancoragem, que mobilizaram não só elementos cognitivos (percepções, crenças, conhecimentos), como também afetivos (sentimentos) e pragmáticos (práticas). Entende-se aqui o processo de ancoragem como processo de apropriação do objeto pelas dimensões perceptivas, afetivas e pragmáticas do grupo investigado.

Foi possível constatar que o *alcoolismo* foi ancorado em percepções e crenças sobre outros objetos relevantes, destacando-se os *usuários em geral*, a *Unidade*, o *sistema de saúde* e as *práticas de saúde mental*. A interpretação das implicações dessas percepções e crenças para a construção das representações sociais do alcoolismo foi realizada acima (Quadros 3 a 5) e é retomada no Capítulo 5. Alguns elementos importantes dessas teorias implícitas são as crenças de que o alcoolismo é decorrência natural da realidade *estranha e dura* vivida pelos usuários em geral (*falha naturalmente causada por essa realidade ou tentativa de fuga dessa realidade*, como indica o Capítulo 3), de que o alcoolismo não é exatamente um problema de saúde (ou saúde mental) e de que a Unidade não tem assessoria ou instrumentos necessários para lidar com a questão.

As práticas sociais que construíam o cotidiano da Unidade *re-atualizavam* (*recolocavam em ato, recolocavam no presente*) o sistema de representações em que ancoravam as representações do alcoolismo. Destacam-se o conjunto de práticas ligado à ênfase no fluxo consultório-centrado (Fluxos A e G) e o conjunto de práticas de *tutela professoral* ligado aos atendimentos de grupos (Fluxo B).

Verifica-se que esses conjuntos de práticas se mostraram fechados ao acolhimento e ao acompanhamento de casos de problemas com o álcool. Esses últimos demandariam algo diferente do atribulado fluxo consultório-centrado e da transmissão professoral de informações.

Finalmente, a ancoragem se deu também em elementos afetivos (que *habitam o corpo dos sujeitos* ao mesmo tempo em que são socialmente produzidos e compartilhados, Arruda, 2009). Segundo as hipóteses descritas no Quadro 7, os principais sentimentos que contribuía para produzir as *Figuras do alcoolismo* eram a indiferença, a frustração, a consternação, a impotência, a ansiedade, o medo, a raiva e, no caso do *bêbado-cômico*, a compaixão e o bom-humor. Cabe destacar ainda o sentimento central para a construção de identidade, ou seja, o sentimento de pertença grupal (Tajfel, 1983). Parte-se do pressuposto de que os profissionais *se sentiam* integrantes de dois grupos relevantes para a questão: *profissionais de saúde e não-alcoolistas*.

Como profissionais de saúde (endogrupo), realizavam processos de classificação e comparação, atribuindo características de alteridade aos usuários (exogrupo). Percebiam-se como especialistas capazes de *fornecer soluções* prioritariamente *biomédicas*, o que implica em dificuldades para a construção conjunta de soluções e para o trabalho com fatores psicossociais. O alcoolismo, apreendido como condição relacionada essencialmente a fatores psicológicos e sociais, estaria fora da alçada. Como não-alcoolistas (endogrupo), atribuíam aos usuários alcoolistas (exogrupo) uma alteridade radical. As representações sociais estudadas cumpriam a função de reforçar esses processos identitários, evitar os perigos (ansiedade, medo) de *se identificar* com os usuários, de *se identificar* com

os alcoolistas. Simultaneamente à função identitária, as representações sociais investigadas cumpriam, no grupo, as funções previstas de produzir e definir coletivamente a realidade, de orientar e justificar práticas e de permitir e facilitar a comunicação (Abric, 1994a; Moscovici, 2007).

Cabe lembrar uma questão de fundo para a presente pesquisa. Se a Unidade lida com condições consideradas *difíceis* (responder a demandas de população empobrecida, doenças sexualmente transmissíveis, esquizofrenia, etc.), se há evidências de que os profissionais se envolvem com esse trabalho e que conseguem resultados relevantes, por que a tarefa de cuidar de problemas relacionados ao álcool, incluindo o acolhimento e o acompanhamento de usuários alcoolistas, se mostrava tão incipiente? As respostas a essa questão, que é retomada definitivamente no Capítulo 5, deverão incluir as análises realizadas neste capítulo. Pode-se dizer que elas não devem considerar somente possíveis fatores organizacionais (não bastaria, por exemplo, oferecer mais recursos materiais e humanos), mas também os processos psicossociais destacados, representações, identidades e práticas sociais.

Por enquanto, cabe sublinhar que as *Figuras do alcoolismo* orientavam práticas que tinham a *exclusão* como aspecto comum. As três primeiras *Figuras do usuário alcoolista* eram relacionadas hegemonicamente à apreensão da questão pelo campo das ciências da saúde. Mas, mesmo percebido como doença ou transtorno mental, o alcoolismo se constituía em condição a ser ignorada ou contornada (*alcoolista ausente* ou *presente, no entanto, ausente*) ou condição difícil cuja abordagem, esporádica, é infrutífera (*alcoolista como caso difícil*). Essa última Figura esteve relacionada, como se viu, à percepção do tratamento como

processo centrado na abstinência. Nessa lógica, o tratamento implica a *exclusão* do ato de beber (*exclusão do alcoolista para dar lugar ao abstinêntio*).

As duas últimas Figuras não incluíam o alcoolismo no campo das ciências da saúde, mas hegemonicamente no campo do senso comum. Apreender o alcoolista como figura pitoresca, tragicômica (*bêbado-cômico*) inviabiliza percebê-lo como possível demandador de cuidado. O *bêbado-problema* foi representado, de certa forma, como *caso de polícia*, e engendrou procedimentos claros de exclusão física do espaço da Unidade. É possível dizer que, por meio de processos de objetivação e ancoragem, o alcoolismo e os alcoolistas foram *incluídos* no cotidiano da Unidade na qualidade de *excluídos*, tanto simbólica quanto fisicamente.

Para concluir, é preciso ressaltar alguns limites da observação participante e da análise dos dados. O procedimento foi aplicado com a participação de uma única Unidade de Saúde da Família, que apresentava singularidades importantes. A comparação com outras Unidades certamente revelaria diferenças em equipamentos, infraestrutura, formação da equipe, características do público-alvo, etc. As Situações de efetiva interação entre profissionais e usuários alcoolizados (representados como alcoolistas) foram pouco numerosas, $n = 3$. Trata-se de um *dado em si*, mas é também um limite da presente investigação. A observação de mais Situações desse tipo poderia confirmar ou ampliar análises. O método indutivo, que implica extrair princípios explicativos gerais a partir de casos singulares, apresenta riscos inerentes de sub ou superinterpretação.

Alguns pontos fortes também merecem ser destacados. Apesar de apresentar singularidades importantes, a Unidade certamente apresentava

também numerosos pontos em comum com outras USF do município, do estado e do país, o que garante certo grau de generalização dos resultados para outras realidades. A abordagem contextual das representações sociais investigadas permitiu a compreensão ampla e consistente de suas condições de produção, manutenção e possível transformação.

Os demais procedimentos da pesquisa, aplicação de entrevistas e questionários, diminuiram os riscos de sub ou superinterpretação, efeito esperado da triangulação metodológica (Apostolidis, 2006; Moran-Ellis *et al.*, 2006). Mostrar como esses dados, provenientes de diferentes fontes, puderam sustentar e complementar as análises realizadas até então é tarefa para os dois capítulos seguintes.

CAPÍTULO 3

DISCURSOS SOBRE O ALCOOLISMO

3.1. ROTEIRO DE CONVERSAS

Este capítulo descreve resultados de outro procedimento de caráter exploratório que integrou a pesquisa, as entrevistas semiestruturadas. As entrevistas têm sido consideradas importante instrumento de pesquisa social, frequentemente adotado em investigações sobre representações sociais (Almeida, 2005). Elas permitem analisar crenças e percepções sobre determinado objeto, averiguar o caráter mais ou menos compartilhado de certos núcleos de significação ou sua eventual ausência (Biasoli-Alves, 1998). Possibilitam apreender ideias e imagens que compõem o campo representacional em que se ancoram os objetos além dos tipos de raciocínio que operam na construção das representações (Moscovici, 1961).

Falas de profissionais de saúde sobre o alcoolismo são a matéria-prima deste relato. Mas, diferentemente da observação participante, todas as falas em entrevista foram, é claro, solicitadas ou provocadas diretamente pelo pesquisador. Profissionais da Unidade dos Quatro Cantos também participaram desse procedimento (n = 5). Entretanto, foram entrevistados 35 profissionais de outras 10 Unidades de Saúde da Família localizadas em diferentes regiões do município pesquisado, totalizando 40 entrevistas semiestruturadas.

É importante realizar, desde já, algumas comparações entre os dois procedimentos. A observação participante coletou dados referentes às dimensões cognitivas, afetivas e comportamentais associadas aos objetos investigados. As

entrevistas, por sua vez, se concentraram claramente na dimensão cognitiva: saberes, crenças, percepções, imagens, vocábulos. Os profissionais falaram sobre os objetos (usuários, alcoolistas, alcoolismo), sem interagir *concretamente*⁹ com eles ou sem interagir *a partir deles* com outros profissionais.

As limitações são relativas. Por meio das entrevistas, é possível explorar e compreender elementos cognitivos que podem remeter a estados afetivos. Elas permitem realizar inferências sobre padrões comportamentais associados ao objeto, entretanto não fornecem dados diretos sobre essa dimensão. Inferências sobre comportamento feitas com base em entrevistas devem ser tomadas com cautela (Jodelet, 1989). A realização de entrevistas se justificou pela riqueza de dados que podem revelar sobre a construção sócio-cognitiva do objeto e, no caso desta pesquisa, também pelas possibilidades de triangulação com resultados de outros procedimentos.

Na observação participante, foi possível abordar a construção coletiva de representações e práticas sociais sobre alcoolismo e usuários alcoolistas, a *mobilização em ato* de teorias de senso comum, a construção e reconstrução de representações na experiência vivida por profissionais e usuários. Abordaram-se representações não somente como produtos, mas também como processos, como *ações objetivo-subjetivas*, ou seja, simultaneamente externas e internas aos sujeitos.

Em princípio, seria possível dizer que as entrevistas, por sua vez, apreendem as representações exclusivamente como produtos. Ao invés de abordar a vivência do objeto em seu *contexto natural*, enfocam apenas as falas

⁹ A palavra visa a ressaltar que, mentalmente, havia alguma *interação*.

dos participantes sobre ele (como se as representações sociais fossem estudadas *em cativeiro*). Entretanto, a ideia de que as entrevistas abordam o fenômeno unicamente como produto é simplista. Ela parte do pressuposto de que os entrevistados possuem, guardados em sua consciência, elementos já-prontos buscados pelo pesquisador. A partir desse pressuposto, a entrevista seria procedimento de mera entrega desses elementos, de mero desvendamento do que já está lá. Essa ideia não condiz com o enfoque adotado aqui.

Uma visão mais coerente sobre as entrevistas as considera, elas próprias, como encontros sociais determinados por uma série de fatores contextuais (Szymanski, 2002). A pergunta *o que é o alcoolismo?*, por exemplo, será respondida de forma provavelmente diferente se for feita por um pesquisador a um profissional de saúde em seu local de trabalho ou se for feita por um amigo, ao mesmo profissional de saúde, em sua casa. A entrevista científica, encontro social específico, envolve a mobilização de significados compartilhados sobre ciência e sobre atuação profissional. Também não se podem negligenciar aspectos afetivos da interação entre participante e pesquisador, como o nível de empatia, por exemplo.

Além disso, a ideia de entrega de algo já-pronto é inexata. A presença do pesquisador e de suas perguntas pode engendrar a formulação de ideias ou sistematização de pensamentos antes dispersos. Falar não é tanto descrever algo já perfeitamente delineado na consciência, mas sim produzir esse algo no ato mesmo da fala. Ao mesmo tempo, obviamente, a fala traduz aspectos relevantes e já bem sedimentados da apreensão do objeto e da memória das experiências vividas junto a ele.

Considerando esses pressupostos, pode-se afirmar que as entrevistas abordam não só produtos, mas também o processo de construção de falas contextualizadas. Duas dimensões dos dados de entrevistas devem ser consideradas simultaneamente: a dimensão de *reprodução*, a tradução de aspectos da vivência do objeto; e a dimensão de *produção*, a construção do objeto no encontro com o pesquisador. Entrevistas em pesquisa social são também situações de interação e comunicação em que representações sociais são (re)produzidas, (re)atualizadas (postas em ato).

Nesta pesquisa, não se trata de contrapor o que profissionais fizeram (observação participante) ao que eles falaram (entrevistas), pois falar também é certamente uma forma de fazer. Trata-se antes de verificar as articulações entre esses dois grandes conjuntos de dados, entre esses dois *fazer*s: as falas e as demais ações. Essa tarefa, central para a triangulação metodológica e para a construção de respostas aos objetivos da pesquisa, será retomada mais adiante.

É importante considerar também algumas vantagens proporcionadas pelas entrevistas semiestruturadas. Como se viu, a observação participante incluiu a realização de entrevistas de caráter etnográfico na forma de conversas informais de oportunidade, que foram, portanto, assistemáticas. As entrevistas semiestruturadas, por sua vez, basearam-se em roteiro definido, foram registradas em áudio e transcritas integralmente. Permitiram verificar *sistematicamente* como profissionais produziram sentidos a partir de um mesmo conjunto de perguntas. Esse conjunto constituiu o roteiro de entrevista e é descrito no Quadro 8. Nele também são especificadas três dimensões de apreensão do objeto às quais se referiram as perguntas.

Quadro 8. Roteiro utilizado nas entrevistas semiestruturadas e respectivas dimensões de apreensão do objeto investigadas

Dimensões investigadas	Questões
O fenômeno do alcoolismo na Unidade de Saúde	1. Como o alcoolismo <i>aparece</i> na Unidade de Saúde? Como a equipe lida com os casos? 2. Você já precisou atender profissionalmente alguém que estava alcoolizado naquele momento? Como foi a experiência? Que sentimentos associa a esse atendimento?
Atribuição de causas	3. Que fatores você destaca como importantes para entender porque alguém se torna alcoolista?
Tratamentos preconizados	4. Que tipo de tratamento você acredita que deve ser adotado para pessoas que desenvolveram alcoolismo?

As entrevistas permitiram verificar, de forma sistemática, como os participantes (re)produziram falas sobre o fenômeno do alcoolismo nas Unidades de Saúde, sobre as causas do alcoolismo e sobre tratamentos preconizados. Diferentemente da observação participante, o procedimento possibilitou abordar elementos de representações sociais construídas por profissionais que trabalhavam em várias Unidades de Saúde da Família, não apenas em uma delas. Por fim, permitiu também investigar aspectos da ancoragem das representações segundo gênero e profissão (médicos *versus* não-médicos), o que será detalhado mais adiante.

Todas as Unidades consideradas se situavam no mesmo município da Unidade dos Quatro Cantos, em bairros de classe popular. Isso tornou os dados das entrevistas particularmente associados a esse município e a bairros empobrecidos. Entretanto, assim como na observação participante, pretendeu-se, com as entrevistas, certo grau de generalização para contextos semelhantes na

região e no país. Utilizou-se o já mencionado critério de saturação (Pope *et al.*, 2005) para determinar o número de entrevistas conduzidas ($N = 40$). Um comentário sobre a aplicação desse critério será feito no tópico relativo ao procedimento de análise. O Quadro 9 descreve frequências dos participantes das entrevistas segundo variáveis definidas previamente, gênero e profissão (médicos *versus* não-médicos).

Quadro 9. Entrevistas: frequência dos participantes quanto a gênero e profissão (médicos *versus* não-médicos)

	Médicos	Não-médicos
Mulheres	10	10
Homens	10	10

A justificativa da divisão analítica entre médicos e não-médicos foi feita no Capítulo 1. A comparação entre profissionais mulheres e homens visou a explorar possíveis implicações de gênero na construção das representações investigadas. Partiu-se da hipótese de que essa dimensão *onipresente* e definidora da vida psicossocial poderia engendrar diferentes posicionamentos entre mulheres e homens no que diz respeito ao consumo de álcool, ao alcoolismo e aos usuários alcoolistas.

A idade dos participantes variou de 26 a 61 anos, com média de 36,4 anos ($DP = 8,7$). O tempo de profissão variou de 3 a 35 anos, com média de 11,1 anos ($DP = 8,7$). O tempo de trabalho em APS, variando de um ano e meio a 25 anos, apresentou média de 6,3 anos ($DP = 5,8$). Tratou-se, portanto, de grupo

heterogêneo quanto à idade, tempo de profissão e de trabalho em Atenção Primária ou Unidade de Saúde da Família.

Dentre os entrevistados, 67% declararam usar bebidas alcoólicas (33% declararam-se abstinentes), 52% afirmaram ter caso de alcoolismo na própria família (pais, irmãos, tios, primos ou cunhados). A maior parte declarou pertencer à classe média (70%) ou média-alta (22%). A Tabela 4 traz detalhes sobre frequência das categorias profissionais.

Tabela 4. Entrevistas: caracterização dos participantes quanto à frequência das categorias profissionais

Categoria profissional	N	%
Médicos	20	50
Enfermeiros	9	22
Dentistas	4	10
Assistentes sociais	3	7
Farmacêuticos	2	5
Psicólogos	2	5
Total	40	100

O procedimento teve caráter semiestruturado. Embora todas as questões descritas no Quadro 8 tenham sido feitas a todos os participantes, o pesquisador não se ateve a elas (Biasoli-Alves, 1998). Formulou, em cada ocasião, outras questões e afirmações, com vistas a estabelecer a empatia necessária à condução das entrevistas e a explorar em detalhe aspectos interessantes das respostas dos entrevistados.

As entrevistas foram feitas individualmente, no local de trabalho de cada participante, autorizadas por assinatura do Termo que consta no Anexo A. Cabe

destacar que, dada a sobrecarga de trabalho característica da APS (Giovanella, 2006; Greenhalgh, 2007; Souza & Menandro, 2011), o público investigado pode ser considerado de difícil acesso para entrevistas semiestruturadas.

3.1.1. ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

O conjunto de entrevistas transcritas constituiu *corpus de análise* de aproximadamente 60 mil palavras. Esse material foi tratado com análise de conteúdo temática, já mencionada (Bardin, 1977; Pope *et al.*, 2005), e com o programa ALCESTE (Camargo, 2005; Lima, 2008; Reinert, 2000).

A análise de conteúdo temática se iniciou com as primeiras leituras do *corpus*, identificação de ideias hegemônicas e principais expressões utilizadas. As dimensões citadas no Quadro 8 serviram como categorias gerais, fornecendo a base para primeiro ordenamento do material. Leituras subsequentes permitiram o recorte e o agrupamento de núcleos de significação (Temas). Para essa tarefa, foi utilizada tabela específica composta por três colunas: indicação do nome do Tema, falas que citaram o Tema (transcrições literais) e frequência.

Foi utilizado o procedimento de “comparação constante” (Pope *et al.*, 2005), que implica a confrontação permanente dos Temas entre si e dos trechos de fala referentes a cada um deles. Esse procedimento permitiu a identificação progressiva de Temas e sua eventual reelaboração para se tornar mais geral ou mais restritivo, ou seja, para abarcar mais ou menos trechos de falas. Categorias redundantes ou similares foram condensadas. A contagem de frequência dos Temas teve o intuito de estimar o grau de compartilhamento dos núcleos de significação em meio aos entrevistados. Os resultados da análise de conteúdo

temática, organizados em tabelas nos tópicos seguintes, são acompanhados de frequências (n) e respectivas porcentagens (%) sempre relativas ao número total de participantes.

O procedimento de comparação constante permitiu a identificação de indícios de saturação. Por volta da análise da trigésima entrevista, foi possível verificar que nenhum Tema novo emergia do material e que as falas dos participantes podiam ser inseridas satisfatoriamente nas categorias já criadas.

A análise de conteúdo buscou verificar os Temas hegemônicos que organizavam o discurso dos profissionais de saúde sobre o alcoolismo e sobre os usuários alcoolistas. Buscou ainda compreender as lógicas de articulação desses Temas, ou seja, o quadro de ideias, crenças e imagens em que eles se enraizavam. Ao mesmo tempo, a análise procurou evidenciar contraexemplos, exceções, Temas divergentes, ideias possivelmente contraditórias.

Os dados foram submetidos a segundo procedimento de análise por meio do programa ALCESTE (versão 4.7). O programa realiza “análise lexicográfica” de material textual, verificando a coocorrência de vocábulos cuja associação é medida com testes de qui-quadrado. Baseado em abordagem pragmática da linguagem, fornece dados diferentes daqueles da análise de conteúdo, mostrando os “mundos lexicais” que estruturam o discurso e suas relações (Reinert, 2000; Lima, 2008). A preparação do material implicou homogeneização de expressões segundo o quadro descrito no Anexo C.

O programa realiza, inicialmente, análise do vocabulário do *corpus* e conversão das palavras a formas reduzidas, a partir de seus radicais. Por exemplo, as palavras *familiar*, *familiares* são tomadas como *familiar+*, reduzindo,

nesse caso, a flexão de número (os símbolos “+”, “<” e “.” são utilizados em diferentes tipos de redução).

Em seguida, considerando escansões de fala transcritas (pontuação, parágrafos) separa trechos de discurso, de tamanho comparável, nomeados Unidades de Contexto Elementar (UCE). Um processo iterativo divide sequencialmente o *corpus* em Classes, que agrupam as UCE, buscando o contraste máximo entre elas *quanto ao vocabulário utilizado*. Por fim, são fornecidos dados que caracterizam as Classes obtidas, dentre os quais se destacam seu vocabulário específico e suas UCE mais características. Detalhes sobre o programa podem ser obtidos em trabalhos de referência (De Looze, Roy, Coronini, Reinert & Jouve, 1999; Reinert, 2000).

O programa apresenta dendrogramas, gráficos em árvore, que ilustram a separação das Classes, mostrando suas relações com o *corpus* original e entre si. Neste relato, os dendrogramas descrevem as Classes obtidas e as eventuais presenças significativas das variáveis gênero e profissão. O Anexo D mostra as listas completas de palavras com *presença significativa* em cada Classe. Foram consideradas *significativas*: a) as palavras cujo valor de associação (qui-quadrado) à Classe respectiva foi considerado significativo pelo ALCESTE; b) as palavras que ocorreram exclusivamente em determinada Classe. As listas do Anexo D, assim como as listas de UCE características, foram utilizadas para nomear as Classes, parte importante do processo interpretativo dos *mundos lexicais* correspondentes. Para interpretar e nomear as Classes, foram utilizados quadros específicos, descritos mais adiante.

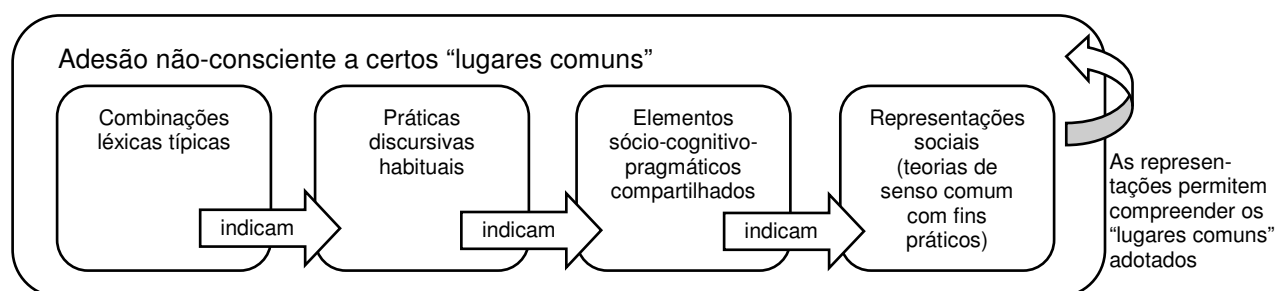
É importante esclarecer que as entrevistas não foram tratadas pelo programa ALCESTE como *corpus* único, já que sua aplicação pressupôs organização prévia segundo as três dimensões citadas no Quadro 8. O *corpus* original foi dividido em três *corpora* menores, referentes às dimensões: o fenômeno do alcoolismo na USF, atribuição de causas e tratamentos preconizados. As respostas à questão 2, sobre experiências de atendimento de usuários alcoolizados, foram exploradas unicamente com análise de conteúdo, pois tratavam de aspecto específico da presença do alcoolismo na USF e não constituíam corpus suficientemente grande para análise com o ALCESTE.

Cada um dos *corpora* (o fenômeno, as causas, os tratamentos), foi submetido ao ALCESTE de forma independente. Eles apresentaram, respectivamente, 1.147, 638 e 826 linhas de texto. Os dois últimos não cumpriram o critério de cerca de 1.000 linhas, para funcionamento ótimo do programa. Entretanto, isso não inviabilizou a análise (Cf. Camargo, 2005). As porcentagens de UCE aproveitadas foram, respectivamente, 69%, 89% e 58%.

O ALCESTE mostra certa *topologia* do discurso, ao identificar, por meio das Classes, *descrições do mundo com conjuntos estáveis de palavras coocorrentes*. Esses conjuntos podem ser chamados de *mundos lexicais*, como referência à *realidade* que eles ajudam a produzir. Os mundos lexicais são delimitados uns por oposição aos outros. A proximidade ou distância entre as Classes, evidenciada pelos dendrogramas, permite identificar quais deles são particularmente semelhantes ou particularmente diferentes (Reinert, 2000; Lima, 2008).

Os falantes ocupam diversos “lugares comuns” de enunciação, aos quais aderem de forma não-consciente. Os lugares comuns são *panos de fundo cognitivo-discursivo-pragmáticos próprios a um grupo social*. Aderir a um lugar comum estimula o recurso a certas combinações lexicais e a práticas discursivas habituais. Essas últimas, por sua vez, indicam elementos cognitivos compartilhados pelo grupo, que são testemunhas de vivências coletivas e que são integrantes de representações sociais (Lima, 2008). Essa direção de análise é ilustrada pela Figura 2, em que o *lugar comum* é mostrado como *pano de fundo*.

Figura 2. Direção de análise entre dados apresentados pelo ALCESTE e representações sociais



Quando o sujeito fala, ele *habita certos lugares mentais em que se articulam perceptos e afetos referentes à consciência atual e à atividade mnemônica*. As Classes do ALCESTE são traços desses *lugares* que, em grupos como o que foi investigado, adquirem propriedades *comuns*. *No processo de enunciação, o sujeito fala em parte a partir de lugares cognitivo-afetivos-comportamentais produzidos coletivamente, que remetem a sistemas de significação e de experiências compartilhadas*. Representações sociais são construídas por processos de comunicação e de interação, organizados e

mediados pela linguagem (Jodelet, 1999). A análise dos padrões lexicais recorrentes revela traços de como elas ganham estabilidade em certo grupo social.

Os lugares comuns, dos quais as Classes são pistas, correspondem a um *ponto de vista* ou *lugar de pensamento a partir do qual e por meio do qual se produzem sentidos*, que podem ser, inclusive, discordantes (Reinert, 2000; Lima, 2008). As Classes não são “categorias puramente semânticas” (Lima, 2008, p. 90), elas são também vestígios da atividade de enunciação, que implica recurso a diferentes pontos de vista. Ao mesmo tempo em que podem ser vistas como *abrigo de sentido*, podem ser interpretadas como *indicadoras de lugares comuns, campos representativo-discursivos geradores de sentidos*. Esse duplo caráter é importante para sua interpretação e será retomado mais adiante.

A análise de conteúdo mostra a diversidade de núcleos de sentido e seu grau de compartilhamento. Descreve, assim, ideias e crenças, tanto as hegemônicas quanto as marginais. O ALCESTE, por sua vez, identifica *lugares* do discurso, evidenciando contextos de linguagem *em que* núcleos de sentido são produzidos. Os dois procedimentos apresentam contribuições interessantes e heterogêneas. Sua aplicação ao mesmo conjunto de dados constitui um tipo de triangulação analítica. Assim como a triangulação metodológica, que anima o conjunto da pesquisa, essa aplicação se justifica por gerar análises plurais e, em certos momentos, complementares, fornecendo maior segurança ao procedimento interpretativo e melhor compreensão dos fenômenos estudados.

O ALCESTE forneceu ainda contribuição singular para atingir os objetivos da investigação. Indicou presenças estatisticamente significativas, nas Classes,

de variáveis independentes de interesse, gênero e profissão (médicos *versus* não-médicos). Foi seguida recomendação de número mínimo de 20 participantes para delineamento comparativo intergrupos (Camargo, 2005).

Nos tópicos seguintes, os dendrogramas são apresentados após a descrição das tabelas relativas à análise de conteúdo temática. Algumas análises são feitas ao longo da exposição dos resultados, mas reserva-se a maior parte delas para o tópico final do capítulo. Falas literais dos participantes são identificadas com aspas ou recuo de parágrafo e os destaques do pesquisador, com itálico. Alguns trechos entre aspas também estão marcados em itálico, para ressaltar ideias importantes presentes nas falas dos profissionais. Temas são marcados com ***itálico e negrito***.

3.2. COMO O ALCOOLISMO APARECE, COM O QUE SE PARECE?

Todos os profissionais entrevistados reconheceram formas pelas quais o alcoolismo *aparece* na Unidade de Saúde da Família. Afirmaram frequentemente que o alcoolismo “aparece muito”, ora na forma de tópico de conversação entre profissionais, ora na forma de casos de interação efetiva com usuários percebidos como alcoolistas ou com seus familiares. A Tabela 5 mostra os Temas citados como resposta a essa questão, relacionando trechos de fala representativos de cada Tema.

Tabela 5. Análise temática das entrevistas: respostas à questão sobre como o alcoolismo aparece na Unidade de Saúde

Tema	Exemplos de falas	N	%
Alcoolista com consequências do alcoolismo ou quadros associados	tem vários pacientes que são alcoolistas e que vêm à Unidade, na maioria das vezes, não para tratar o alcoolismo, mas, por outras doenças ou, podemos dizer, consequências do comportamento (Farmacêutica, 26 anos).	24	60
Alcoolista em intoxicação aguda, possivelmente agressivo	paciente que entra aqui bêbado. E aí ele geralmente tá exaltado, é... faz confusão... toda confusão que seria de um paciente irritado e rebelde, ele consegue fazer pior ainda porque ele está alterado. Então ele tumultua a Unidade (Médica, 29 anos). Todo mundo já sabe que é o fulano, que ele geralmente chega aqui com... malcheiroso, né, falando embolado, que ninguém consegue compreender, às vezes causando tumulto, às vezes exigindo alguma coisa, e acaba atrapalhando o fluxo da Unidade. Então, ele acaba sendo mal visto por todos os profissionais que têm contato (Farmacêutica, 26 anos).	19	47
Familiar do alcoolista demanda atendimento para o usuário ou para si	solicitação de familiares é uma coisa frequente. [...] queixas de parentes próximos, vizinhos [...] são alcoolistas que criaram uma situação desagradável. Vêm pedir a nossa ajuda, muitas vezes ao serviço social e à psicologia, principalmente (Farmacêutica, 26 anos).	11	27
A demanda para tratamento do alcoolismo dificilmente ocorre	Ele raramente vem aqui falando: eu quero uma consulta pra eu deixar de beber. É muito difícil isso acontecer. Acontece, raras vezes. Mas é difícil (Enfermeira, 27 anos).	9	22
Alcoolistas no bairro e em visitas domiciliares	por volta de 15h30min eu encontrei vários pacientes lá, vários senhores lá no morro completamente bêbados. Tinha uma senhora que tinha até uma ferida no pé, até foi a óbito no ano passado, ela estava embriagada em casa! Tinha um outro senhor que estava sentado na calçada não conseguia nem	8	20

	falar direito! Assim, aqui, quando chega aqui na US, você não vê muito. Você percebe né, que tem problema com álcool. Mas assim, lá em cima do morro isso é bem evidente (Enfermeiro, 33 anos).		
Usuário em busca de tratamento para o alcoolismo	quando eles procuram tratamento, geralmente me procuram ou procuram a psicóloga [...] pedindo alguma referência (Assistente Social, mulher, 27 anos).	5	12
Profissional de saúde alcoolista	tem o caso de um agente de saúde que tá com esse problema (Dentista, homem, 37 anos).	2	5

Em 60% das entrevistas, profissionais afirmaram que alcoolistas *aparecem* na Unidade não propriamente pelo alcoolismo, mas por **consequências dele ou por quadros associados**. Foi dito, por exemplo, que usuários alcoolistas frequentavam grupos de controle de diabetes e hipertensão. Outros eram identificados em atendimentos individuais em consultórios. As consequências e comorbidades referidas foram heterogêneas e incluíram: “acidente vascular cerebral, problemas dermatológicos, hemorragia digestiva, transtorno mental, cirrose, tuberculose, dor abdominal, feridas, mordidas de cachorro, problemas sociais, conflitos familiares, fim de casamento”. Segundo participantes, havia ocasiões em que usuários que perdiam um dia de trabalho “por causa do alcoolismo” recorriam à Unidade em busca de atestado médico que justificasse sua ausência.

Esse primeiro Tema, o mais citado, incluiu falas em que o usuário não era descrito como pessoa *em crise* por causa da alcoolização quando de sua presença no interior da Unidade. Entretanto, a intoxicação aguda também era, evidentemente, consequência percebida do comportamento do alcoolista. Optou-se por isolar outro Tema para essa consequência específica, agrupando falas que

ênfatizaram a presença, na Unidade, de ***usuário alcoolizado e potencialmente agressivo***.

Esse segundo Tema foi citado por quase metade dos participantes. Os adjetivos “agitado, agressivo, exaltado, malcheiroso” (importantes elementos de objetivação já referidos no capítulo anterior) foram utilizados para caracterizar esses usuários. Com menção a casos específicos, profissionais utilizaram expressões como “bêbado enjoado” e “[senhora] *tocando um barraco*, xingando todo mundo”.

Uma enfermeira (33 anos) afirmou que esses usuários apresentavam “verbalização ruim, agressão verbal ou até física”. Segundo profissionais, eles frequentemente exigiam atendimento imediato, não queriam ouvir orientações e, muitas vezes, iam embora sem aguardar atendimento. Um dentista (37 anos) relatou caso em que não pôde realizar procedimentos por causa da condição de intoxicação do usuário, tendo que fingir o atendimento: “lidar com bêbado, cê tem que enrolar o sujeito, né”.

Um médico (44 anos) afirmou que alcoolistas (“moradores de rua principalmente”) usavam o banheiro da Unidade “pra tomar banho”. Houve depoimentos particularmente eloquentes sobre o usuário “embriagado e agressivo”, como ilustra a fala de uma médica (31 anos):

Eu já atendi um outro paciente que foi bastante agressivo. E quase sofri uma agressão física [...] como eu vi que ele tava tumultuando a recepção eu fiquei muito insegura e apreensiva aqui dentro [do consultório]. Eu falei: ‘mas gente, como é que eu vou atender esse senhor sozinha, se ele tá

tumultuando lá fora eu não sei o que ele vai fazer aqui dentro comigo, né?'. Foi horrível! E eu vou te falar a verdade, eu atendi ele com a porta aberta. Porque eu não sabia qual ia ser a reação dele. [...] Eu fiquei até com medo, eu falei: 'esse cara aí vai me bater!'. E aí [...] eu não consegui nem consultar ele direito, assim, fazer um exame físico, né. Eu fiquei com medo.

Em cerca de um quarto das entrevistas, profissionais mencionaram a presença de **familiares de alcoolistas** que se dirigiam à Unidade para “pedir ajuda”, para o usuário ou para si mesmos, acompanhados ou não pelo usuário em questão. O familiar que “já não suporta conviver com aquela situação” e que levava o alcoolista “para uma consulta médica” (Médico, 53 anos) foi exemplo de “pedido de ajuda” para o usuário. Também foi dito que o familiar comparecia às vezes sozinho, demandando atendimento para si mesmo, como no caso de esposas ou companheiras “mulheres em depressão, doença mesmo, deprimidas por causa disso” (Médica, 29 anos). Segundo profissionais, a Unidade também lidava com casos de filhos em risco, eventualmente encaminhados por Conselho Tutelar.

Com menor frequência (12%), profissionais mencionaram casos em que **o próprio alcoolista demandava atendimento específico para a questão do alcoolismo**. A fala de uma farmacêutica (35 anos) ilustra esse Tema: “eu já tive uma paciente, que ela é hipertensa, ela me procurou um dia, na farmácia, ela estava alcoolizada: ‘eu vim aqui procurar sua ajuda por que não quero mais beber, eu tô cansada de beber, cansei eu não quero mais tomar cachaça’”. Nesse caso, a farmacêutica afirmou que buscou ajuda da psicóloga, que o caso foi

encaminhado ao CAPS-ad, mas que a usuária aparentemente não seguiu o tratamento.

Os profissionais (22%) também disseram que **essa demanda por parte do alcoolista dificilmente ocorria**. É interessante destacar que, na metade das falas incluídas nesses dois Temas (**demanda específica que ocorria ou não ocorria**), o objetivo do tratamento foi descrito explicitamente como “parar de beber”, como nos exemplos seguintes: “tem aquele alcoólatra que vem com a família, que quer parar de beber” e “ele raramente vem aqui falando ‘eu quero uma consulta pra eu deixar de beber’”. Comentários sobre a ênfase no objetivo de abstinência serão feitos mais adiante.

Alcoolistas eram percebidos não somente no interior da Unidade, mas também nas ruas próximas, nos bares, **nos diversos locais dos bairros e especialmente nas visitas domiciliares** realizadas por agentes de saúde e outros profissionais. Na Tabela 5, a fala do enfermeiro, que corresponde a esse Tema mostra diferença de percepção entre o que ocorria dentro da USF e “no morro”, onde o alcoolismo seria mais “evidente” (note-se a interessante associação da imagem do *morro* com o *alcoolismo de verdade*).

Por fim, dois entrevistados mencionaram um **profissional de saúde alcoolista**, como forma de o alcoolismo *aparecer* na Unidade de Saúde. Referiram-se a um agente de saúde, que, convém lembrar, era também usuário. Interessante notar que não houve menção a qualquer colega de nível superior percebido como alcoolista.

Participantes responderam à questão sobre como as equipes lidavam com casos de alcoolismo, gerando temas que foram sistematizados na Tabela 6.

Tabela 6. Análise temática das entrevistas: respostas à questão sobre como a equipe da Unidade de Saúde lida com casos de alcoolismo

Tema	Exemplos de falas	N	%
Os profissionais adotam procedimentos técnicos	A enfermeira faz [...] o primeiro atendimento [...] e encaminha para a consulta médica e depois da consulta médica então é encaminhado pra psicóloga, então ele passa a fazer esse acompanhamento: consulta médica periódica, realização de exames clínicos e acompanhamento psicológico (Médico, 53 anos).	37	92
Os profissionais têm preconceito/ praticam discriminação	Da recepção que, às vezes, sabe [...], por <i>via popular</i> , que esse paciente é um paciente etilista, já atende ele assim 'meio de lado', já com uma discriminação, já não quer encostar muito nele, já 'esse cara enche o saco! Porque bebe, bate na mulher e não sabe dos filhos'. Aí já toma as dores da mulher (Médica, 31 anos).	13	32
Os profissionais não sabem o que fazer, não estão preparados	[A Unidade de Saúde] não tá preparada pra fazer atendimento ao alcoolista [...]. O desenvolvimento do currículo na faculdade não se trabalha tanto o termo alcoolista (Enfermeiro, 27 anos).	8	20
A equipe lida bem com os casos	[a gente] acostumou a lidar com esse tipo de situação pela demanda grande que a gente tem aqui. Acho que o paciente acaba sendo bem visto aqui. Caso ele precise de um atendimento mais especializado, também existe o centro mais especializado. Eu acho que o paciente acaba indo bem. É lógico que vai ter um caso ou outro que normalmente é difícil de você lidar, os casos mais graves são difíceis, assim, tem várias recaídas, né. Mas é... eu acho que a gente consegue lidar bem com isso (Médico, 31 anos).	3	7
A equipe não pratica discriminação	Até hoje eu não cheguei a perceber nenhum tipo de tratamento pior pela pessoa ser alcoolista não (Médico, 29 anos).	2	5

Em quase todas as entrevistas (92%), os profissionais mencionaram ***procedimentos técnicos da área de saúde*** adotados para trabalhar com esses casos. Os procedimentos citados foram: acolhimento por enfermeiro; encaminhamento a profissionais da USF (médico, psicólogo, assistente social, grupo de apoio ao tabagista), a exames laboratoriais, ao pronto-atendimento municipal, ao CAPS-ad, a psiquiatra, a hospital geral, a ONGs. Nos casos de usuários em intoxicação aguda, foram mencionadas: tentativa de diálogo com o usuário, hidratação, acomodação em leito, medicação para sintomas como vômito e cefaleia. Foram citados ainda outros procedimentos: discussão de caso junto à Equipe Matricial, discussão em reunião de Equipe de Saúde da Família, conversa individualizada com usuário após “palestra do Bolsa Família”, visitas domiciliares, registros específicos em prontuário, busca de familiares, orientação quanto aos riscos do álcool.

Tendo em vista essas menções, é possível considerar que as Unidades de Saúde prestavam uma série de atendimentos a usuários alcoolistas. A esses atendimentos específicos para o alcoolismo, se somariam os cuidados dirigidos a consequências ou quadros associados. Verificou-se certa homogeneidade de respostas quanto a procedimentos para tratar a sintomatologia da intoxicação aguda, como hidratação, repouso e medicamentos específicos. Entretanto, o conjunto de comentários sobre a atuação técnica das Unidades se mostrou heterogêneo e disperso, o que indica que atendimentos e encaminhamentos assumiam caráter assistemático e pontual. Essa característica foi citada literalmente em algumas entrevistas, como no exemplo a seguir:

Agora, isso que eu estou te falando, como a gente vai pegar a intercorrência, aí você não tem aquele acompanhamento. E muitas vezes é a coisa aguda, a gente não tem como... muitas vezes não é usuário nosso... a gente não tem aquele negócio a longo prazo. [...] É, pontual, justamente (Médico, 44 anos).

Outros profissionais disseram que o atendimento da demanda imediata era acompanhado de esforços para que o usuário retornasse à Unidade, com vistas ao tratamento mais profundo e contínuo. “Às vezes, quando ele chega, você se pega em alguma coisa que ele está se queixando que você possa intervir de maneira pontual, imediata, e *liberar ele o mais rápido possível* e tentar fazer com que ele venha aqui sem estar alcoolizado”, afirmou um médico (39 anos). Uma participante descreveu sua atuação com casos “mais problemáticos” da seguinte forma: “aí tenta já amarrar. Geralmente quem tá muito problemático eu peço alguma coisa, algum retorno pra que ele volte mais vezes. Então abordo num primeiro momento, falo alguma coisa e já amarro ele pra uma próxima consulta. Pra ele vir de novo, pra voltar no assunto, registro no prontuário, grifo” (Médica, 29 anos).

Portanto, foram mencionados atendimentos oferecidos a usuários alcoolistas, específicos para o alcoolismo (associados principalmente a quadros de intoxicação aguda e à existência de demanda do usuário) e não-específicos, dirigidos a consequências ou quadros associados. Descreveram-se ainda estratégias utilizadas por profissionais para tentar envolver esses usuários em

tratamentos disponíveis. Ao mesmo tempo, essas atividades pareceram assistemáticas e dependentes de iniciativas pessoais de alguns profissionais.

Mas, *lidar com o alcoolismo* não foi entendido unicamente no registro do *como se procede*, mas também no registro do *como se percebe*. Profissionais falaram sobre percepções, crenças e atitudes das equipes sobre o fenômeno. Esses comentários também foram sistematizados na Tabela 6.

Em duas entrevistas, foi expressa a percepção de que ***não havia discriminação contra alcoolistas***. Em número maior de ocasiões, cerca de um terço das entrevistas, profissionais afirmaram que as ***equipes em geral têm preconceito ou praticam discriminação***. Foi dito que o alcoolismo era visto como “estigma social”; que colegas frequentemente consideravam que “[o alcoolismo] é falta de vergonha na cara”, “falta de caráter, de força de vontade”.

Um enfermeiro (27 anos) afirmou que “a maioria dos profissionais não enxergam como uma doença mesmo”. Profissionais citaram a “ambiguidade”. Ao mesmo tempo em que o atendimento era oferecido, o usuário era visto “com olho torto”. O alcoolista “não é aceito” e frequentemente se pensava que não deveria estar ali, por estar embriagado: “poxa vida... você veio aqui fazer o que se você está bêbado?”, disse um médico (29 anos), reproduzindo o que acreditava ser o pensamento de colegas. Ao relacionar essa exigência à percepção de que o objetivo do tratamento é “parar de beber”, constata-se possível e curiosa contradição: o alcoolista *deveria chegar tratado ao tratamento*.

Profissionais falaram de crenças e atitudes de outros profissionais, mas também de sua própria atitude: “não adianta pensar que não temos preconceitos” (Enfermeiro, 43 anos); “como eu não bebo, sabe, na verdade eu tenho

preconceito com álcool (Médica, 30 anos)”; “na verdade, pra falar verdade, não só eu, como os demais, a gente não gosta muito de atender pessoas bêbadas, né” (Médica, 33 anos). Identificou-se a percepção de que o preconceito e a discriminação inviabilizavam a oferta de cuidados: “a pessoa [o usuário], ela sente essa rejeição. Ela acaba... primeiro com agressividade e, segundo, ela vai embora sem atendimento. Ela não se sente acolhida também” (Assistente Social, 27 anos).

Registrou-se a crença de que os **profissionais não sabiam o que fazer frente a usuários alcoolistas**. Foram citadas falta de preparo, falta de treinamento ao longo da graduação e após. “A gente tem uma dificuldade de formação mesmo [...] pra lidar com um usuário [...] que tem problema de drogadição [...] E a gente é muito mais preparado pra lidar com doença *orgânica*”, afirmou uma enfermeira (28 anos). Também foi mencionada a ideia de que somente psicólogos e assistentes sociais acompanhavam os casos de forma permanente.

A crença de que as **equipes lidavam bem com alcoolistas** foi menos frequente, mas também existiu. Os participantes que citaram esse Tema destacaram que o usuário era acolhido na Unidade, que ele tinha acesso aos atendimentos disponíveis ali e que era, se preciso, encaminhado a outros serviços para diagnóstico e tratamento específicos. Mais adiante, serão abordadas descrições de casos percebidos pelos profissionais como *atendimentos com resultados*.

O ALCESTE proveu outra forma de olhar esse mesmo conjunto de dados. Ao ser submetido ao programa, o *corpus* originado pela questão sobre como o

alcoologista aparece na Unidade e sobre como a equipe lida com os casos evidenciou quatro Classes diferentes. Como já dito, as Classes são conjuntos de trechos de discurso (UCE) que apresentam palavras próprias ou significativamente coocorrentes.

São descritas, a seguir, algumas palavras que caracterizaram as Classes (as listas completas se encontram no Anexo D). Para diferenciá-las, no texto, serão adotadas duas convenções: marcação por sublinhado e ligação de locuções com hífen. Os sinais “+”, “<” e “.” se referem às reduções de palavras operadas pelo programa.

- **Classe 1:** quer+, você, volta, beber, num+, pra, não, nada, hora, muita+, sabe+, pergunta, nunca, meio, vez+, tipo, parar-de-beber, nenhum+, procurar, ouvir, às-vezes, vontade.
- **Classe 2:** aparece+, saúde, outr+, vê, problem<, ness+, esposa, álcool<, disso, consequência+, socia+l, chegam, droga+, estou, caus+ar, do, hipertensão, familiar+, vid+a, sim, doença+, ou.
- **Classe 3:** lidar, acho, falta, síndrome-de-abstinência, exist+ir, despreparo, drogadição, difícil, dificuldade, maior, deveria, aquilo, questão, pouco+, sei+, também, ter, acolhimento, rede, vendo, complicações, isso, profission+.
- **Classe 4:** encaminha, psicóloga, acompanhamento, assistente-social, capsad, psicólogo, bastante, encaminhado, médico+, atendimento+, enfermeiro+, tratamento+, saúde-mental, acompanhado+, encaminhamento+, grupo+, também, pass+ar, família+, visit+ar, discutido+, prefeitura.

Quanto à interpretação das Classes, importa considerar três questões: sobre o que falaram os participantes? Utilizando que vocabulário? Com que tipos de combinações lexicais? Elucidar essas questões revela práticas discursivas recorrentes, que indicam elementos cognitivos compartilhados, integrantes de representações sociais. Revela também a adesão não-consciente dos participantes a *lugares comuns* sócio-cognitivo-discursivos cuja análise será feita mais adiante.

Importa, primeiro, identificar os *tópicos do discurso* (sobre o que se falava) e os principais *sentidos compartilhados* (o que se falava). Para realizar essa tarefa, é preciso considerar o vocabulário de cada Classe e seu uso nas respectivas Unidades de Contexto Elementar (UCE). Recorreu-se então a quadro desenhado especificamente para essa análise, o quadro auxiliar para interpretação de Classes geradas pelo ALCESTE ou *Quadro AICLA*.

Esse quadro não pretende ser exaustivo quanto às UCE das Classes. Entretanto, considera os tópicos abordados pela grande maioria delas e é capaz de mostrar que as interpretações têm base empírica consistente. Os Quadros AICLA permitem operar uma espécie de análise de conteúdo cujo *corpus* se constitui dos conjuntos de UCE isolados pelo ALCESTE para cada Classe. Entretanto, diferentemente da análise de conteúdo, os Quadros não visam principalmente à identificação de *conteúdos* como crenças e percepções (embora isso também esteja presente), mas sim de *tópicos*. Busca-se identificar quais foram os *assuntos*, mais do que quais foram as *opiniões*.

A palavra *tópico* tem sentido espacial: um assunto que *abriga* conteúdos (que podem ser discordantes). Por meio da abstração dos tópicos, chega-se à nomeação da Classe respectiva (assim como na análise de conteúdo, trata-se de articular de forma lógica níveis menores a níveis maiores de abstração). Os nomes das Classes são, portanto, meta-tópicos que revelam *regiões sócio-cognitivo-discursivas* mobilizadas para responder às perguntas do pesquisador. Esses nomes também são marcados em ***negrito e itálico***. A seguir, serão descritos os Quadros AICLA para cada uma das Classes (Quadros 10, 11, 12 e 13) e o dendrograma gerado pelo ALCESTE (Figura 3).

Quadro 10. Resultados do ALCESTE para a questão sobre como o alcoolista aparece na Unidade de Saúde e sobre como a equipe lida com os casos –

Quadro AICLA para Classe 1

Trechos de Unidades de Contexto Elementar	Tópicos do mundo lexical
<p>“<u>vou falar</u>, <u>mas</u> sei que <u>não vai</u> mudar <u>nada</u>” “às-vezes, <u>você quer falar</u> alguma <u>coisa</u>, <u>ele</u> já rebate <u>logo</u>, <u>pergunta</u> o que <u>você</u> tem a <u>ver</u> com isso. <u>Então</u>, com alguns pacientes, <u>nem nada</u> se <u>fala</u>” “<u>pra ele vir</u> numa <u>consulta</u> depois, <u>mas ele não volta</u>” “<u>ele não toma</u> remédio, aí e <u>vai</u> pro bar <u>beber</u>” “<u>então</u>, <u>ele</u> tumultua a Unidade de Saúde” “<u>quer</u> aquela <u>coisa</u> na <u>hora</u>, aí <u>você não pode</u> <u>nem</u> anestesiar” “<u>até foi</u> a óbito <u>no ano</u> <u>passado</u>” “<u>ele não</u> veste o papel de paciente” “lidar com <u>bêbado</u>, <u>você</u> tem que enrolar o sujeito” “está <u>passando-mal</u>, <u>você sabe</u> que <u>ele vai</u> te <u>ouvir</u>” “<u>até o dia</u> que <u>ele se sente</u> à <u>vontade</u>” “<u>chegou bêbado</u> <u>aqui</u>” “<u>senhores</u> lá <u>no</u> morro completamente <u>bêbados</u>” “<u>você</u> bebeu <u>hoje</u>?”</p>	<p>O alcoolista, as orientações em saúde e suas reações a elas</p>
<p>“<u>você quer fazer</u>? Aí a pessoa <u>fala não</u>” “<u>mas</u>, se <u>ele não tiver</u> <u>vontade</u>” “se <u>ele quer</u> se tratar” “<u>não vou</u> <u>beber</u> mais” “O alcoolista tem que ter <u>vontade</u> de <u>querer</u> <u>parar</u>. Não adianta <u>você</u> <u>fazer</u> tudo o que tem que <u>fazer</u>, medicar e encaminhar, se <u>ele não quer</u>” “<u>ninguém</u> que tenha <u>vindo</u> [...] porque eu <u>quero</u> <u>parar-de-beber</u>”</p>	<p>O alcoolista e a vontade de se tratar</p>

<p>“<u>vo</u>ç<u>ê</u> encosta <u>ele</u> <u>num</u> canto, quando <u>ele</u> melhorar, <u>ele</u> <u>vai</u> <u>embora</u> e <u>volta</u>” “vem para <u>fazer</u> os <u>curativos</u> que <u>ele</u> tem que fazer” “<u>n</u>ã<u>o</u> <u>t</u>in<u>ha</u> onde colocar <u>ele</u>, <u>ele</u> <u>ficou</u> ali deitado <u>no</u> corredor [...] <u>vo</u>ç<u>ê</u> encosta <u>ele</u> <u>num</u> lugar por que <u>ele</u> é mal cheiroso” “<u>ele</u> <u>foi</u> de <u>volta</u> <u>pra</u> sala de <u>curativo</u> e a gente estabilizou <u>ele</u> de <u>novo</u>” “<u>chegou</u> <u>hoje</u> <u>sem</u> documentação <u>nenhuma</u>, <u>n</u>ã<u>o</u> <u>t</u>in<u>ha</u> <u>n</u>in<u>gu</u>ém para acompanhar” “<u>nunca</u> <u>procura</u> um tratamento para a doença mesmo”</p>	<p>O atendimento pontual, a impossibilidade do atendimento pleno</p>
---	--

Classe 1: A palavra mais característica da Classe 1 foi o verbo quer+ (quer, querer), que indica a direção da interpretação adotada: o mundo lexical correspondente se organizou pela noção de vontade, palavra também associada à Classe. Os tópicos evidenciam que se tratava de descrever *ações do usuário alcoolista*: ele chega bêbado+, quer ou não quer se tratar. Essas ações foram expressas por diversos verbos característicos da Classe: quer+, volta, beber, parar-de-beber, ouvir, chegou, etc.

Nota-se que a palavra voçê se referiu alternadamente aos usuários alcoolistas e aos próprios profissionais. Nos trechos destacados no Quadro 10, fica explícita a oposição entre a(s) vontade(s) (motivações) desses atores. De um lado, os profissionais prescreviam orientações, acompanhamento contínuo, cumprimento de regras, abstinência e manutenção da vida. De outro, alcoolistas negavam-se a seguir orientações e regras, demandavam atendimentos pontuais, chegavam bêbados e podiam vir a óbito.

Ao mesmo tempo, o mundo lexical evocou a ideia de *impossibilidade*: foram numerosas as palavras características da Classe relativas à negação: não, nada, nunca, nenhum, nem, ninguém. Para a pergunta sobre como o alcoolista aparece e sobre como a equipe lida, os profissionais responderam em parte: *n*ão é possível, *n*ão há lugar, *ele* *n*ão quer. Tendo em vista esse conjunto de tópicos, decidiu-se atribuir o seguinte título à Classe: ***Vontades contraditórias entre***

bêbados e profissionais. Destaca-se a presença da palavra bêbado+ não só como adjetivo (ocorrência mais frequente), mas também como substantivo. É importante destacar que *profissionais homens* contribuíram significativamente mais para a constituição dessa Classe.

Quadro 11. Resultados do ALCESTE para a questão sobre como o alcoolista aparece na Unidade de Saúde e sobre como a equipe lida com os casos – Quadro AICLA para Classe 2

Trechos de Unidades de Contexto Elementar	Tópicos do mundo lexical
<p>“saúde do filho, da esposa, aí sim ele aparece” “a gente vê, por-exemplo, a esposa tem problema familiar porque o marido é alcoólatra” “por-exemplo, um outro caso de um paciente que a esposa foi embora porque não queria mais o marido alcoolista”</p>	Problemas familiares
<p>“o alcoolismo e outras drogas também” “vejo mais problemas com droga ilícita do que com álcool”</p>	Problemas com outras drogas
<p>“aparece na Unidade-de-Saúde quando já tem uma outra doença” “aparece quando ele já tem uma hipertensão arterial grave, uma diabetes instaurada” “alcoolistas e que vêm à Unidade-de-Saúde [...] não para tratar o alcoolismo, mas por outras doenças ou [...] consequências do comportamento deles” “aparece sim, pela associação com outras patologias” “aparece com cirrose [...] com tuberculose” “com algum problema de saúde específico, ou teve um corte [...] ou pressão-alta” “curar uma ferida, de tratar de alguma outra coisa” “a gente só atende na intercorrência, só nas intercorrências”</p>	Problemas de saúde associados
<p>“aparece na Unidade-de-Saúde, assim, como problema-social que está afetando a vida do filho” “problemas sociais” “a gente vê o alcoolismo, esse do cara embriagado, na rua, os moradores de rua principalmente” “situação social que já foi perdida” “quando ele está com dificuldade, tanto doença quanto social, físico ou social” “tem uma ligação às vezes muito direta [...] com população de rua”</p>	Problemas sociais

Classe 2: Por meio do Quadro 11, verifica-se que as palavras outr+, problem< e consequência+ são fundamentais para interpretação da Classe 2. O alcoolista aparece na Unidade-de-Saúde, mas aparece por outros problemas. Trata-se de quadros de saúde associados, como indicam, por exemplo, as palavras hipertensão, doença+, ferida, diabete+, intercorrência+; de problemas familiares (esposa, familiar+, filho+) ou problemas sociais (socia+l, rua, população). Falou-se ainda sobre outras drogas.

Certos vocábulos próprios a esse campo lexical evidenciam a associação do alcoolismo a outros problemas: ou, por-exemplo, quando, tanto, junto+. Quanto aos verbos, o discurso dessa Classe enfatizou profissionais que veem, percebem e alcoolistas que aparecem, chegam. Considerando os tópicos, decidiu-se intitular a Classe 2 da seguinte forma: ***Consequências e outros problemas de saúde, familiares e sociais.***

Quadro 12. Resultados do ALCESTE para a questão sobre como o alcoolista aparece na Unidade de Saúde e sobre como a equipe lida com os casos –
Quadro AICLA para Classe 3

Trechos de Unidades de Contexto Elementar	Tópicos do mundo lexical
<p>“<u>despreparo mesmo</u>, como <u>trabalhar aquilo ali</u>” “<u>despreparo dos profissionais</u>” “precisa de um <u>melhor</u> preparo sim, de <u>todo-mundo</u>” “a gente tem uma <u>dificuldade</u> de formação para <u>lidar</u> com <u>isso</u>. A gente tem uma <u>dificuldade</u> de formação <u>mesmo</u> para <u>lidar</u> com [...] <u>drogadição</u>”</p>	Os profissionais e o despreparo
<p>“<u>drogadição</u> que é um problema social muito <u>grande</u> também, a gente em uma <u>dificuldade</u> muito <u>grande</u> de <u>lidar</u> sim [...] <u>questão da</u> doença mental” “<u>acho</u> que a gente <u>consegue lidar bem</u> com <u>isso</u>” “<u>existe</u> uma exclusão, um <u>despreparo</u>, mas <u>existe</u> também um <u>acolhimento</u>” “<u>existe</u> exclusão sim” “<u>existe</u> essa fala: ‘mas <u>porque</u> ele <u>bebeu</u> também a vida <u>toda</u>, aí tá <u>vendo</u>!’” “a <u>questão</u> do alcoolismo está voltando muito no julgamento social, de <u>falta</u>”</p>	Os profissionais e as formas de lidar com o alcoolista, entre acolhimento e exclusão

<p>de caráter, de <u>falta</u> de força de vontade e é <u>difícil</u>” “acredito que em <u>geral</u> se <u>pense</u> que ele está <u>tomando</u> o <u>lugar</u> de <u>quem</u> está querendo se <u>tratar</u>” “<u>alguns</u> pacientes a gente <u>consegue</u> internação, na fase <u>aguda</u>, <u>consegue</u> <u>tratar</u> a <u>síndrome-de-abstinência</u>, com psiquiatra, com <u>profissional</u> já com <u>experiência</u> nisso” “com <u>síndrome</u> de <u>abstinência</u> e não sabem <u>bem</u> <u>lidar</u>” “com uma <u>síndrome-de-abstinência</u> também que muitas vezes as <u>pessoas</u> não sabem <u>lidar</u> com <u>isso</u>”</p>	
<p>“<u>dificuldade</u> de <u>ter</u> uma <u>rede</u> um <u>pouco</u> mais unida <u>mesmo</u>” “tratamento do CAPS-ad, só que tem a <u>dificuldade</u> no acesso e <u>local</u>, a <u>questão</u> do tempo <u>mesmo</u>” “se não <u>for</u> criado <u>vínculos</u>, vai ficar <u>difícil</u>, a <u>pessoa</u> não vai <u>ter</u> confiança <u>realmente</u> que <u>aquilo</u> possa dar <u>certo</u>” “não <u>existe</u>, tem que haver uma estruturação <u>melhor</u> <u>dos</u> programas, <u>porque</u> tem os CAPS, mas é uma coisa que <u>deveria</u> <u>ser</u> mais descentralizada e <u>ter</u> uma atenção <u>melhor</u> por <u>parte</u> <u>dos</u> <u>profissionais</u>” “<u>questão</u> de negligência <u>da</u> SEMUS” “<u>acho</u> que <u>isso</u> acontece <u>porque</u> <u>falta</u> um <u>pouco</u> mais de entrosamento entre as equipes”</p>	A inadequação dos serviços

Classe 3: Se a Classe 1 abrigou certa consternação frente às *vontades* do alcoolista, a Classe 3 remeteu a reflexões sobre dificuldades dos próprios profissionais e dos serviços de saúde. As palavras falta, despreparo, difícil e dificuldade são centrais para compreender essa Classe. O Quadro 12 mostra que o que estava em questão aqui eram as formas assumidas pelos profissionais para lidar com o fenômeno. A grande maioria dos sentidos produzidos por meio desse mundo lexical se referiu a problemas dos profissionais ou dos serviços de saúde (rede) para fornecer acolhimento e tratar.

Destacou-se o despreparo para lidar com drogadição, a discriminação e a exclusão. Mas, falou-se também sobre acolhimento e lidar bem. A Classe foi nomeada ***Formas ambíguas de lidar com alcoolistas: entre acolhimento e exclusão***. *Profissionais não-médicos e profissionais mulheres* contribuíram significativamente mais para a constituição dessa Classe.

Nota-se a associação do verbo existir a diferentes dificuldades. Sua presença sugere que o mundo lexical respectivo foi utilizado para descrever certo *status quo*. Já a presença do verbo deveria indica a percepção de *inadequação do que existe*. É interessante a associação da palavra síndrome-de-abstinência à Classe. Pode sugerir que esse elemento do alcoolismo em específico estava associado à percepção de dificuldades e de discriminação por parte dos atores da saúde. Em relação à síndrome de abstinência, pode-se inferir a presença da imagem do alcoolista *fora de controle* tanto físico (tremores, convulsões) quanto psicológico (compulsão, agressão). Essa imagem pode estar associada ao medo, implícito na ideia da “falta de preparo”.

Quadro 13. Resultados do ALCESTE para a questão sobre como o alcoolista aparece na Unidade de Saúde e sobre como a equipe lida com os casos – Quadro AICLA para Classe 4

Trechos de Unidades de Contexto Elementar	Tópicos do mundo lexical
<p>“<u>geralmente</u> é algum usuário que precisaria de <u>um atendimento específico</u> [...] <u>um hipertenso, diabético</u> ou <u>alguém</u> que tenha transtorno mental” “a gente <u>tem grupo</u> de <u>hipertenso</u> e de <u>diabéticos</u> e <u>geralmente sempre tem um</u> ou outro”</p>	<p>Procedimentos técnicos adotados frente a quadros associados</p>
<p>“o <u>agente-de-saúde também</u> nos relata, nós <u>temos</u> a <u>equipe</u> de <u>saúde-mental</u>, que é quando <u>esses fatos são discutidos</u>” “o fluxo geralmente é esse. Passa pelo enfermeiro, segue para o médico, daí <u>a-gente tem</u> outras opções <u>para</u> poder <u>dar</u> seguimento no <u>tratamento do paciente</u>” “a <u>enfermeira faz</u> o <u>primeiro atendimento</u>, a primeira <u>conversa</u> e <u>encaminha para</u> a consulta <u>médica</u>, depois da consulta <u>médica</u> então é <u>encaminhado para psicóloga</u>” “a-gente <u>tenta</u> resgatar <u>essas</u> pessoas e oferecer <u>todos os tratamentos</u> que <u>a-gente tem</u> aqui” “a-gente entra em contato com a <u>família</u>, <u>através</u> do <u>agente-de-saúde</u>, <u>para</u> ver, <u>para</u> pegar mais <u>informações desse paciente</u>. E, na <u>medida</u> do <u>possível</u>, <u>a-gente encaminha para psicóloga</u> da Unidade de Saúde, para <u>assistente social</u> e aí, <u>daí</u>, ela entra em contato com <u>os serviços</u> que <u>tem</u>, da <u>prefeitura</u>, se não me engano é o <u>CAPS-ad</u>” “a-gente <u>tem encaminhado para</u> o <u>CAPS-ad</u>, que fazem <u>acompanhamento</u>”</p>	<p>Procedimentos técnicos adotados frente a casos de alcoolismo</p>

<p>com a <u>psicóloga</u>, com o <u>psiquiatra também</u>” “e <u>a-gente também</u> dá o suporte <u>para exame</u>, com <u>visita</u>. <u>Tenta fazer um acompanhamento</u> mais social” “<u>a-gente passa visita</u> nas casas [...] vem a <u>família</u> conversar, aí <u>a-gente também tem essa conversa</u>” “<u>agentes-de-saúde têm</u> toda proposta de <u>tratamento</u> e <u>todo</u> o processo <u>envolvido para</u> acolher o <u>paciente</u> e <u>dar</u> seguimento” “consulta <u>médica</u> periódica, realização de <u>exames</u> clínicos e <u>acompanhamento psicológico</u>. <u>Um grupo</u>, uma psicoterapia de <u>grupo</u> a Unidade de Saúde não possui” “<u>geralmente, esses pacientes já vão</u> direto pra <u>psicóloga</u>” “quando <u>a-gente</u> não consegue, <u>a-gente encaminha pro CAPS-ad</u>”</p>	
<p>“quando eles <u>procuram tratamento</u>, <u>geralmente</u> me <u>procuram</u> ou <u>procuram</u> a <u>psicóloga</u>”</p>	<p>Procedimentos técnicos demandados</p>

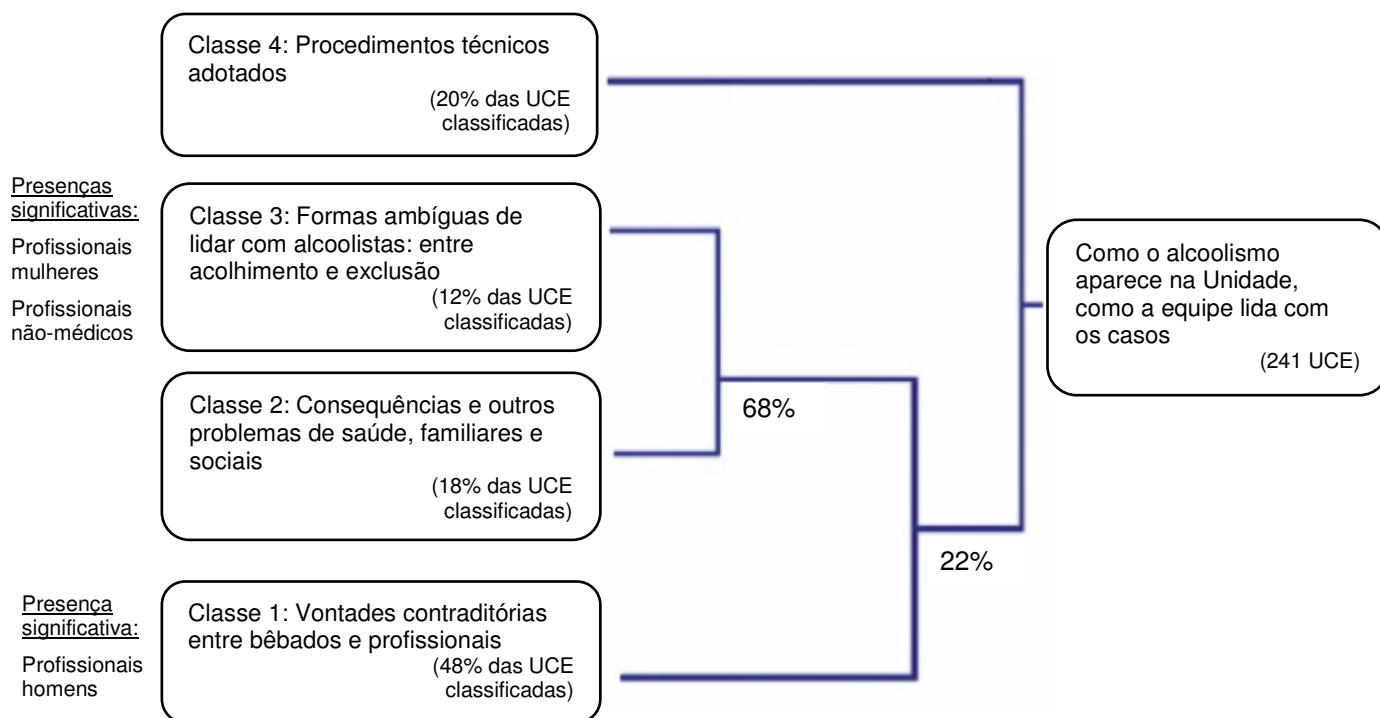
Classe 4: O Quadro 13 mostra que os sentidos produzidos por meio do léxico próprio à Classe 4 foram particularmente homogêneos, centrando-se na descrição de procedimentos técnicos adotados (eventualmente demandados) frente a casos de alcoolismo. A referência a esses procedimentos foi feita com vários termos característicos da Classe, como encaminha, acompanhamento, encaminhado, atendimento+, tratamento+, acompanhado+, encaminhamento+, grupo+, família+, visit+ar, discutido+, receb+er, internação, exame+, referencia+, encaminhar. Falou-se sobre receber, acompanhar, tratar, atender, examinar, internar e encaminhar usuários alcoolistas. Afirmou-se que casos eram discutidos e que famílias eram visitadas ou orientadas.

Em consonância com as múltiplas referências a procedimentos, foram incluídas na Classe várias menções a profissionais e serviços, que muitas vezes caracterizaram os procedimentos: psicóloga, assistente-social, CAPS-ad, psicólogo, médico+, enfermeiro+, prefeitura, psiquiatra+, médica<, agente-de-saúde, psicológico, enfermeira. Esses são os atores principais do respectivo mundo lexical, também referidos por meio das expressões a-gente e equipe. São os principais sujeitos dos verbos mencionados e de outros como faz, temos,

pass+ar e dar. As palavras através, bastante e também indicaram respectivamente *meios para tratar*, *intensidade de recurso aos meios* e *simultaneidade de recurso aos meios*.

Esses dados expressam contraste marcante com as Classes precedentes, especialmente com a Classe 1. Os tópicos das ***vontades dos alcoolistas***, do ***surgimento do alcoolismo por outros problemas*** e das ***formas de lidar*** remeteram hegemonicamente a obstáculos *sofridos* pelos profissionais, a certa *percepção de passividade* ou *impossibilidade de ação*. No mundo lexical correspondente à Classe 4, no entanto, os profissionais foram descritos com *posição claramente ativa*: eles sabiam o que fazer, podiam fazer muito e faziam muito (no sentido da *variedade* de alternativas). Considerando os tópicos destacados, a Classe foi nomeada ***Procedimentos técnicos adotados***. Nota-se certa predominância das menções ao encaminhamento, aos profissionais de psicologia e de serviço social e ao CAPS-ad.

Figura 3. Dendrograma das Classes geradas pelo ALCESTE a partir das respostas à questão sobre como o alcoolismo aparece e sobre como a equipe lida com os casos



A Figura 3 mostra o dendrograma gerado pelo ALCESTE para as Classes que acabaram de ser descritas. As porcentagens marcadas sobre a chave se referem ao vocabulário compartilhado entre as Classes (22% entre Classe 1 e Classes 2/ 3; 68% entre Classe 2 e Classe 3).

Nota-se que a Classe 1 agrupou cerca de 50% das UCE, sendo portanto o *lugar lexical* mais *frequentedo* pelos participantes. O contraste descrito entre as Classes 1 e 4 fica graficamente evidente. Elas se encontram em lados opostos do dendrograma. Evidenciam-se duas apreensões contraditórias e simultâneas da realidade social. Por um lado, falou-se sobre motivações e comportamentos dos alcoolistas; por outro, sobre procedimentos técnicos adotados pelos profissionais,

suas próprias motivações e comportamentos. De certa forma, esses polos estiveram opostos no pensamento social do grupo. Essa discussão será retomada mais adiante, assim como os dados sobre presenças significativas de gênero e profissão.

Os mundos lexicais aludidos pelas Classes 2 e 3, por sua vez, se mostraram próximos. Poderiam ser agrupados em tópico comum, referente à *dissimulação* do alcoolismo no contexto da Unidade, que era *misturado* a outros quadros (Classe 2) ou *excluído* (Classe 3). Seguindo as relações expressas pela Figura 2, uma interpretação possível é inferir congruência de percepção a partir da congruência do vocabulário: esse alcoolismo que aparecia por meio de outros quadros era associado à dificuldade e ao despreparo dos profissionais, ou seja, era percebido como de difícil abordagem.

Na Classe 1, o alcoolismo *assaltava* a Unidade, que *sofria* sua presença. Na Classe 4, ao contrário, a Unidade agia sobre o objeto. Entre os polos passivo e ativo, as Classes 2 e 3 abrigavam certa anulação do fenômeno (*ele é excluído, ele é secundário*).

3.2.1. ATENDER O USUÁRIO ALCOOLIZADO

Como se viu, boa parte dos Temas identificados pela análise de conteúdo fez referência a usuários que se apresentavam alcoolizados à Unidade. Respondendo a outra questão prevista no roteiro, profissionais falaram sobre vivências ao atender usuários embriagados e sobre sentimentos associados. Todos os profissionais afirmaram ter vivido a experiência de atender usuários nessa condição. “Difícil” e “desagradável” foram adjetivos frequentemente

utilizados para qualificar as experiências. Repetiram-se ideias associadas ao Tema do ***alcoolista em intoxicação aguda, possivelmente agressivo***, mencionado na Tabela 5.

As falas foram ricas em conteúdo figurativo (icônico-sensitivos) para caracterizar a presença desses usuários embriagados nas Unidades de Saúde. Dentre as expressões utilizadas por profissionais, encontraram-se: “cheiro de cana horrível; mendigos; mal cheiroso; não toma banho nem nada; odor insuportável, cospe, vomita, dentro do banheiro [da Unidade]; bêbado chato; bêbado miserável [essas duas últimas expressões foram mencionadas como reproduções da fala de outros profissionais]; caras [que] ficam tomando cachaça o dia inteiro; sempre tá bêbado; o hálito é muito desagradável; odor horrível, fedendo, gritando; vêm pedir uma coisa que nem sabe o que estão pedindo; não conseguia nem falar direito; sinais de embriaguez ou de ressaca; pessoa que está cheirando mal, que não consegue articular frases, não consegue falar direito; desagradáveis” (as expressões utilizadas por nove profissionais, foram agrupadas nessa mesma citação).

Em 12 entrevistas, profissionais falaram sobre dificuldade específica enfrentada nessa situação: a percepção de que usuários alcoolizados não são capazes de entender o que se fala, de compreender orientações importantes para o atendimento naquele momento ou para a sequência do tratamento. Tal Tema é exemplificado pela fala de um médico (39 anos): “não tem como você orientar. É difícil para medicar, é difícil de compreender o que essa pessoa quer. O motivo que ela vem, também, difícil de compreender. Então, é um atendimento muito

ruim”. Foi mencionada a crença de que o usuário é refratário a orientações e de que, após o atendimento, ele talvez nem se lembrasse que esteve na Unidade.

Mesmo com a dificuldade de compreensão, um enfermeiro (43 anos) afirmou “tem que continuar tentando, não pode deixar de lado”. Tratou-se de um contraexemplo ao discurso que pareceu hegemônico, ou seja, *atender o mais rapidamente possível* um tipo de usuário considerado desagradável e impermeável à intervenção.

Em resumo, o usuário embriagado foi descrito como malcheiroso (houve várias menções a esse aspecto), com fala e movimentos descoordenados e sem sentido, incapaz de compreender orientações, refratário (“não quer ouvir”), apresentando imediatismo, impulsividade, agressividade e demandas inapropriadas. Trata-se de uma série de características que poderia inviabilizar o *atendimento normal* tal como ele era concebido (a percepção do *atendimento normal* pressupunha a transmissão de orientações do especialista a um usuário atento). Não é surpreendente que o sentimento mais citado, relativo a essas interações, tenha sido a **impotência**. A Tabela 7 relaciona esses sentimentos.

Tabela 7. Análise temática das entrevistas: respostas à questão sobre que sentimentos os profissionais associam ao atendimento de usuário alcoolizado

Tema	n	%
Impotência	11	27
Frustração	7	17
Preocupação	6	15
Impaciência/ intolerância	5	12
Tristeza	2	5
Medo	1	2
Sem medo	1	2

Alívio por não ser alcoolista	1	2
Satisfação profissional	1	2
Consternação	1	2
Pena	1	2
Raiva	1	2

A impotência foi definida por um dos participantes como “sentimento de que você não pode fazer nada”. Uma profissional constatou: “na verdade ele [o usuário] vai embora do mesmo jeito muitas vezes”. Falhas no sistema de saúde foram citadas como causas desse sentimento, assim como a complexidade da etiologia do alcoolismo: “são todas as coisas que ela [a pessoa alcoolista] viveu até hoje, a experiência de vida dela, a condição social dela. Essa coisa toda, né? Então assim, realmente assim, eu fico... o que que eu vou fazer, bicho?” (Enfermeiro, 33 anos).

A **frustração**, por sua vez, foi associada a esforços sem resultados, ao trabalho que acaba “indo por água abaixo”, à sensação de estar “tapando o sol com a peneira”, a atendimentos considerados superficiais e às constantes recaídas dos usuários (a pessoa “descamba geral”). O sentimento de **preocupação** foi citado como decorrência da gravidade dos casos, do risco de interação entre álcool e medicamentos e da percepção de que o tratamento deve ser longo e constante.

O Tema **impaciência/ intolerância** agrupou falas como “o sentimento a princípio é de crítica. Se a pessoa sabe que na segunda-feira tem que trabalhar, porque que no domingo ele vai encher a cara?” (Médico, 53 anos). Os usuários nessa situação foram qualificados como “chatos”, aqueles que não faziam sequer

o esforço de ir abstinentes à Unidade. A fala de uma médica (33 anos) é especialmente representativa desse Tema:

Pesquisador: que sentimentos associa a esse atendimento?

Médica: Nenhum! Sabe por quê? Sei lá! Eu sou completamente contra. Eu sou muito eu mesma. Isso é da gente. Não bebo, não fumo, não gosto. Já tive caso de alcoolismo em casa. Não gosto! Não gosto de mexer com alcoólatra, porque não gosto mesmo! Então, não tenho paciência. Não tenho sentimento nenhum. Culpa dele. O problema é dele. Se ele está bebendo é porque o problema é dele. Eu não tenho sentimento mesmo não. Se eu fosse médica, se eu fosse enfermeira, se eu fosse engenheira, se eu fosse advogada, pra mim é a mesma coisa. Bêbado é bêbado! [...] Me incomoda o fato de ser bêbado, porque a pessoa tem que ter um controle sobre si, gente, não é possível! Não gosto! Não gosto! Tem a questão familiar mesmo, não gosto, não aceito!

Também foram citados: **medo** (mas também **ausência de medo**), **tristeza**, **pena**, **raiva** e **consternação**. A consternação, misto de surpresa e tristeza, foi relacionada ao relato do caso de usuária que estava “largando lá o filho dela de qualquer maneira sem trato”. O sentimento de **satisfação profissional** foi citado por um médico (44 anos), relacionado a caso de intoxicação aguda tratado de forma pontual, com minoração dos sintomas: “eu me senti bem, depois ele melhorou, entendeu?”.

Tema de certa forma surpreendente, o *alívio por não ser alcoolista*, foi citado por uma médica (32 anos):

Ainda bem que não sou eu que tô alcoólatra. Se fosse alguém da minha família teria que ver porque que tá assim, né. [...] É, porque, ainda bem que não sou eu que tô ali. Porque se tivesse ali, com certeza eu ia querer ajuda. Mas graças a Deus eu não sou viciada! Nunca fui. Graças à Deus!

Assim como a fala de outra médica, “a pessoa tem que ter um controle sobre si, gente, não é possível!”, transcrita acima, essa fala remete a profissional de forma especialmente nítida a si mesma e à ideia de que as representações do alcoolismo protegem aqueles que se identificam como não-alcoolistas das ameaças de *descontrole* e *deriva alcoólica* (Ancel & Gaussot, 1998).

Falta considerar ainda um sentimento importante: o *nojo*. Ele não foi mencionado literalmente e, como seus contornos são amplos (Rozin, Haidt, McCauley, 2000), optou-se por não estabelecer contagem de possíveis citações indiretas. Entretanto, numerosas menções à falta de higiene, ao vômito, ao fedor do corpo e do hálito, permitem entrever sua presença.

Algumas falas foram emblemáticas. Uma enfermeira (33 anos) afirmou que o atendimento do usuário embriagado era difícil, acrescentando “e se ele tiver violento? Se ele resolver cuspir?”. Lembrou-se de caso em que um usuário embriagado cuspiu em uma de suas colegas que, após o episódio, “se retirou, ficou chateada, chorou” (a fala faz lembrar as análises de Jodelet, 1989, sobre

crenças nas propriedades simbólicas da saliva, líquido *ativo e perigoso*, que pode contaminar).

Pode-se citar ainda a fala de um enfermeiro (31 anos) que citou a “aversão”: “aversão, né? A gente... Você não quer ir lá e dar um abraço, apertar a mão de uma pessoa dessas. Você sente ela uma pessoa imunda, né, suja. Você acabou de chegar, né? Cheirosinho, tomou banho e tal. Inicialmente... É uma... É um elo difícil”.

É interessante refletir sobre a possível relatividade do nojo. Cabe considerar que os profissionais investigados lidavam constantemente com afecções consideradas nojentas, como necroses, secreções, feridas abertas, pus, etc. Entretanto, é possível fazer a hipótese que usuários em geral portadores desse tipo de afecção não sofressem reações discriminatórias ou práticas de negação de ajuda como aquelas dirigidas aos alcoolistas. Enquanto no primeiro caso o usuário *tem a afecção*, no outro ele *é a afecção*. O estigma faz o traço recobrir a pessoa. A estigmatização implica o medo (mais ou menos justificado, mais ou menos consciente) de contaminação física e simbólica (Goffman, 1963/1986). O nojo não diz respeito unicamente à contaminação do corpo, mas também à possível “contaminação da alma” (Rozin *et al.*, 2000).

3.3. O QUE CAUSA O ALCOOLISMO?

Tomadas em conjunto, as respostas dadas pelos profissionais à questão de que fatores causam o alcoolismo foram hegemonicamente análogas à *explicação multifatorial, tridimensional* proposta por especialistas (Formigoni & Monteiro, 1997; Rotgers & Davis, 2006). Foram evocados frequentemente os

“fatores sociais, genéticos e psicológicos”, às vezes com transformação do adjetivo em substantivo: “o social, a genética, o psicológico”. As Tabelas 8, 9 e 10 relacionam os Temas presentes nas respostas à questão. Para analisar os Temas em maior detalhe, optou-se por elaborar três Tabelas, uma para cada tipo de fator (classificação feita *a posteriori* pelo pesquisador). Objetivou-se, em especial, esmiuçar o que os profissionais chamaram de “social” e “psicológico”.

Os fatores foram mencionados *em geral*, **sociais**, **genéticos** e **psicológicos**, com presença respectiva em 95%, 60% e 45% das entrevistas. Nos casos do primeiro e do terceiro, foram desdobrados em uma série de outros Temas, descritos nas Tabelas 8 e 10. Essas porcentagens, em específico, dizem respeito à *menção literal* desses fatores gerais. Os *fatores psicológicos* foram citados em porcentagem maior de respostas (72%), mas nem sempre de forma literal, ou seja, nem sempre com uso das palavras “psicológico(s)”, “psicológica(s)”.

Tabela 8. Análise temática das entrevistas: respostas à questão sobre que fatores causam o alcoolismo – fatores sociais

Tema	n	%
Fatores sociais/ “o social”	38	95
Fatores ou problemas familiares/ “família desestruturada”	21	52
Cultura da comunidade	10	25
Dificuldades financeiras	9	22
Estímulo dos pares	9	22
Estímulo das propagandas de televisão	5	12
Falta de um (bom) emprego	4	10
Falta de alternativas de lazer	2	5
Falta de valores	2	5
Falta de reconhecimento social	1	2

Violência	1	2
-----------	---	---

O Tema **fatores sociais/ o social** foi mencionado em quase todas as entrevistas como causa do alcoolismo, com respostas que continham citações literais dos termos “social” e “sociais” feitas por 95% dos entrevistados. Porcentagem como essa é digna de nota em análise de conteúdo de entrevistas abertas, o que motivou a elaboração do Anexo E, que dispõe os trechos de fala correspondentes. O dado indica que algo próprio ao “social” dos usuários alcoolistas chamava particularmente a atenção dos profissionais, ideia que será retomada mais adiante.

O **estímulo dos pares** era percebido como um dos determinantes do alcoolismo. Foram feitas referências a adolescentes e jovens adultos que sentiriam a necessidade de imitar os pares, de se identificar com um grupo, de se afirmar como independentes e ousados, de evitar reprovação social (“se [a pessoa] tá vendo um coleguinha beber, uma menina beber, se ele não beber ele vai se sentir excluído”).

O **estímulo das propagandas de televisão** também foi considerado. Um enfermeiro (43 anos) afirmou que, enquanto a mensagem de saúde “entra por um ouvido e sai pelo outro”, a propaganda de bebida alcoólica “entra com mulheres de biquíni, ela está vendendo aquela ideia de prazer, né, que você bebe e você está no mundo que está tudo perfeito”. Tanto os amigos quanto o poder da propaganda foram associados a festas e carnavais de rua, patrocinados por marcas de cerveja, onde a bebida funcionaria para “melhorar o entrosamento social”.

Cerca de metade dos participantes citou especificamente **problemas familiares**, sendo esse o desdobramento mais citado dos **fatores sociais**. A alusão à “família desestruturada” (“desregrada, conflituosa”) foi utilizada, por exemplo, por uma médica (30 anos): “sabe, [com] a família desestruturada, é muito fácil você cair na tentação: ‘vou beber pra esquecer as mágoas’, não tem esse negócio?”.

O Tema dos problemas familiares abarcou as seguintes ideias: história familiar difícil, com sofrimento e maus-tratos; pais que não impõem limites, que não educam, que não orientam; pais que fazem uso (ou uso excessivo) de bebida e que servem como modelo para esse comportamento; pais que permitem que a criança beba (“é aquela coisa, ‘ah, filho, pega um copo de cerveja aqui pra mim’, aí o filho vai lá pega e dá um golinho antes e passa, né”); falta de “princípios” associada à monoparentalidade materna (“ela pode trabalhar, ela pode ter dinheiro, ela pode dar tudo ao filho, mas o papel do pai, dificilmente ela vai conseguir substituir”), famílias que “abandonam” o indivíduo, que não estabelecem vínculos afetivos nem qualquer suporte. Um médico (44 anos) expressou a noção de *família pobre e desestruturada* com especial clareza:

E hoje meio que... *principalmente na população sócio-economicamente prejudicada*, que não tem dinheiro, você não conhece nem o papel da mãe... ou a criança fica com vizinho, ou fica com a avó, aí perde o respeito, não tem respeito. Aí chega em casa, não quer cumprir aquilo ali, aí fica complicado, aí desestrutura tudo. Eu acho que é um dos principais motivos.

Os **problemas familiares** estiveram associados frequentemente à percepção da pobreza, das famílias e comunidades de classe popular. Outros Temas também gravitaram ao redor dessa percepção, como: **dificuldades financeiras, falta de um (bom) emprego, falta de alternativas de lazer, falta de reconhecimento social e violência**. Os trechos seguintes foram incluídos nesses Temas:

O cara vai, compra uma cachacinha de 50 centavos e afoga as mágoas, entendeu. Eu acho que a diferença social facilita bastante. [...] ele sofre demais, gente! Viver com 400 e poucos reais... Assim... se você parar pra analisar todas as contas que você tem que pagar de água, luz, de gás... (Médica, 31 anos).

[A profissional comentou o uso do álcool como ansiolítico]: o camarada escuta tiroteio o dia inteiro, passa todo mundo descendo e subindo aqui, é uma confusão! Eu não dormiria também não, né (Médica, 29 anos).

Portanto, pode-se levantar a hipótese que o Tema da **cultura da comunidade**, citado diretamente em um quarto das entrevistas, é central para caracterizar a atribuição de causas sociais ao alcoolismo. Participantes falaram sobre uma “cultura”, própria às pessoas empobrecidas (referidas como “população sócio-economicamente prejudicada”, “pessoal de classe social mais baixa”, “esse povo que mora aqui em cima”, “povo [...] no morro”), cultura que

incluiria o uso excessivo de álcool, ora como forma de lidar com situações de precariedade, ora como característica intrínseca desse *estilo de vida diferente*.

Profissionais citaram expressões como: pobreza, miséria, comunidade de alto risco, falta de perspectivas de vida, falta de saneamento, de condições de vida, de moradia, alimentação, emprego, educação. Uma dentista (44 anos) relacionou o alcoolismo à fome e a outras drogas, acrescentando: “*o local aonde a gente trabalha*, né, que é aqui, eu acho que existe muita... caminhos que levam ao alcoolismo”.

Uma dentista (55 anos) comentou a crença de que em meio ao “pessoal de classe social mais baixa [...], ninguém oferece um café, mas lá no bar pode não ter dinheiro que todo mundo oferece bebida”. Por causa da situação de pobreza e falta de “instrução”, os usuários não conseguiriam “se defender” da influência da mídia: “*Esse povo* que mora aqui em cima, não [consegue]. Eles passam o dia esperando a Sessão da Tarde, esperando Vale a Pena Ver de Novo, esperando a Malhação, novela das seis, né, o *Big Brother Brasil*, que é o troço mais ridículo que existe no mundo”, ficando expostos à ideia de que para se divertir “[a pessoa] tem que estar bêbada” (Enfermeiro, 33 anos).

Ao falar sobre o que seria o “social”, uma enfermeira (33 anos) mencionou seu sentimento de estranhamento quanto ao “povo bebendo”, à “música alta”, à “mistura” que ela percebia “no morro”:

A própria comunidade assim... Dia de semana a gente vai... vai no morro, e eles estão fazendo churrasco e bebendo. Segunda, terça, quarta. Não tem muito dia não, assim, sabe. Quando você tá trabalhando... Em plena

segunda-feira, dez horas da manhã, o povo bebendo com música alta lá no morro, sabe. Churrasco... [...] E, assim, grande número de desempregados, muitas meninas jovens, mulheres também mais velhas. Assim, é uma mistura, né... crianças no meio e tal. É uma coisa meio que *normal* [frequente no contexto], assim.

A palavra “mistura” pareceu estar associada à percepção de *desregramento e promiscuidade*. Segundo um assistente social (28 anos), “o território em si ele tem uma... uma cultura, né, como eu disse antes, que é relacionada à bebida, de a pessoa tá ali bebendo. Às vezes você vai olhar a pessoa segunda-feira de manhã ela não tá tomando café, ela tá bebendo”. O alcoolismo seria “um *vício* na comunidade que... que ele é aceito”. Pela falta de alternativas “de lazer [...] a cultura é empurrada pra questão do etilismo, porque não tem outra coisa. O que tem no bairro é o bar”. Um dentista (39 anos) afirmou “na nossa região tem muitos bares, o que facilita o consumo. Inclusive nos locais de morro, nas visitas que a gente faz a gente observa que tem muitos bares. Na verdade, basicamente, o tipo de comércio são bares”.

As percepções de promiscuidade, falta de condições de moradia e de alternativas de lazer foram articuladas na fala de uma médica (50 anos): “mora num lugar desse tamanho [pequeno], dez pessoas morando no mesmo quarto. E você e sua mulher e aquele monte de filho. Quer dizer, são tudo problemas que vai acumulando, o individuo só trabalho e vai pra casa, casa, trabalho e bebida, e não se diverte, não relaxa, não tem lazer, né”.

Entretanto, é preciso destacar que profissionais, ao falarem de causas sociais, expressaram também a ideia de que o alcoolismo é independente de classe social. Seis participantes citaram explicitamente essa ideia. A fala de uma médica (30 anos) serve como exemplo: “não só a condição social, lógico que a pobreza ajuda, mas também tem muito rico aí alcoólatra, né”. Um médico (29 anos) comentou: “você vê alcoolismo aí em todas as classes”.

Dizer que o alcoolismo e os usuários alcoolistas eram percebidos principalmente em relação ao Tema da **cultura da comunidade** não significa dizer que os profissionais falhavam em reconhecer o alcoolismo em outras classes e ambientes sociais. Significa, antes, dizer que, nas representações sociais dos profissionais, o alcoolismo que *aparecia* nas Unidades de Saúde era um alcoolismo *específico*. Aquele alcoolista não era *qualquer alcoolista*, mas sim, um usuário de classe popular apreendido por uma série de outros filtros sócio-cognitivo-afetivos. Essa hipótese será retomada mais adiante.

Finalmente, dois profissionais citaram a palavra “valores”, nas expressões “sem valores” e “inversão de valores”, para explicar as causas do alcoolismo. Acreditavam que a sociedade contemporânea estaria “muito desregrada”, o que favoreceria o recurso à bebida como fonte de prazer e a incapacidade dos pais de impor limites a seus filhos.

A Tabela 9 descreve frequência também elevada de menções aos “fatores genéticos” (60%). Esse Tema não foi explorado em detalhes pelos profissionais. Houve apenas certa variação nas expressões: “contribuição genética, predisposição genética, tendência genética”, entre outras.

Tabela 9. Análise temática das entrevistas: respostas à questão sobre que fatores causam o alcoolismo – fatores genéticos

Tema	n	%
Fatores genéticos/ “a genética”	24	60

Os fatores genéticos foram citados com graus variáveis de importância, sempre como codeterminantes. Não houve menção à ideia de que o alcoolismo seria condição estritamente genética. Alguns profissionais afirmaram que não se poderia ter certeza da influência desses fatores, ainda não totalmente demonstrada pelos “estudos” (científicos). Eles pareceram, grosso modo, ser percebidos como *pano de fundo* para as *causas mais importantes*, sociais e psicológicas.

Outra forma de olhar os dados é verificar como cada participante articulou os Temas relativos à etiologia do alcoolismo. O Anexo F fornece informações sobre essa articulação, com um quadro que sistematiza os primeiros elementos de resposta fornecidos pelos entrevistados. Esses elementos estiveram presentes nos primeiros trechos de fala após a questão feita pelo pesquisador. Constata-se que os profissionais citaram frequentemente os fatores genéticos, mas destacaram os fatores sociais, as questões familiares, os fatores psicológicos. Diferentemente da “genética”, esses outros fatores mereceram elaborações mais detalhadas e foram complementados por qualificativos como: “mais”, “principalmente”, “mais importante”, “primordial”, “primeiramente”, “principais”, “o grosso mesmo”.

Ressaltou-se, portanto, a compreensão do alcoolismo como condição que ultrapassa o domínio da *saúde física*. Pode-se inferir que estava aí implicada a

dificuldade empírica de classificar o alcoolismo como *doença*. Uma médica (29 anos) afirmou: “então eu, como médica, CRM, eu me vejo inútil. Agora, o meu lado psicológico, psicóloga, meu lado psicóloga é que manda. Nessas consultas é o que manda”. É interessante notar as consequências ambíguas do comentário para a percepção da ciência psicológica. Por um lado registra-se desvalorização, na medida em que todo mundo já seria, em parte, psicólogo (a psicologia seria mais um *jeito de ser* que um campo de saber técnico-científico). Por outro, nota-se valorização, a crença de que somente com o recurso ao saber psicológico é possível abordar eficazmente certa condição dita *médica*. As **causas psicológicas** do alcoolismo mencionadas pelos participantes foram agrupadas na Tabela 10.

Tabela 10. Análise temática das entrevistas: respostas à questão sobre que fatores causam o alcoolismo – fatores psicológicos

Tema	n	%
Fatores psicológicos/ “o psicológico”	18	45
Fuga de problemas	16	40
Hábito/ comportamento condicionado	4	10
Falta de autoestima	4	10
Falta de perspectivas para o futuro	3	7
Fraqueza psicológica	3	7
Dificuldade de se expressar	1	2

Nesse caso, a explicação mais citada foi a “fuga”, ou seja, o comportamento de alcoolização, para **fugir de problemas**: “pra esquecer dos problemas ele se afoga no copo de cerveja, né. [...] Uma fuga. Seria uma fuga”, afirmou uma médica (32 anos).

Esses problemas foram às vezes descritos como “sociais”, o que remete à quase onipresença das menções aos fatores sociais comentada acima. Profissionais citaram a marginalização social, o desemprego (“e aí o cara tá desempregado e pra onde que ele vai? Vai pra cachaça né? Pra ver se esquece os problemas”), a ausência de alternativas de lazer (“ali existe o bar, tem a bebida, é a fuga dele da realidade, e às vezes você vai procurar uma quadra esportiva, não tem”). Evocaram também a criminalidade, como atesta a fala de uma médica (31 anos): “um filho que tá envolvido no tráfico de drogas e ele não tá suportando [...] É uma fuga!”.

Outras vezes, os problemas dos quais se foge foram caracterizados como psicológicos. Falou-se de formas para lidar com estados emocionais, *desgosto*, *alegria*, *tristeza*; mencionaram-se “alterações”, “transtornos”, “o psicológico” problemático (“o psicológico dele mesmo, vê que está errado e não consegue se livrar daquilo. Aí vai cada vez mais agressivo, mais ansioso, e bebendo mais”, Médica, 50 anos); “ansiedade”, “timidez”. O álcool foi descrito como “ansiolítico”, capaz de “quebrar a timidez” em festas, por exemplo. Um psicólogo (32 anos) mencionou a intolerância à dor, à ansiedade, à angústia e a busca por felicidade rápida, na sociedade contemporânea.

Houve variação nas considerações sobre o que motiva a fuga dos problemas. Quando os profissionais falaram sobre fatores sociais, o recurso ao álcool parecia às vezes justificado, uma vez que visava a amenizar condições externas de precariedade que escapariam ao controle do indivíduo. Beber para aliviar o “desgosto”, por ter perdido a casa em uma inundação, por exemplo, seria uma *solução indesejável, mas compreensível*. Por outro lado, certas respostas,

que enfatizaram a “fraqueza” psicológica do alcoolista, pareceram tomá-lo como principal responsável por sua condição. Nota-se que profissionais entrevistados recorriam alternadamente à percepção de causas controláveis e incontroláveis. Esses tipos de percepção podem ter impactos diferentes nas práticas dirigidas ao alcoolista (Weiner, 1993).

Na verdade, os dois tipos de atribuição causal foram eventualmente simultâneos. A menção a fatores sociais, externos, não implicou necessariamente ausência da hipótese de “fraqueza” interna, psicológica. A conjunção dessas ideias ficou particularmente clara na fala de um enfermeiro (43 anos), ao falar de uma “parte que é social” à qual acrescentou a falta de “firmeza” e de “força de vontade”:

Então eu acho que esse problema, a gente tem um problema que tem uma parte que é social, mas por que todo mundo não procura esse caminho? Porque tem uma parte também que é firmeza, a pessoa tem a força de vontade, saber que aquilo ali tem o juízo, saber que aquilo ali não vai resolver. [...] É a saída rápida.

A *fraqueza* implica *preguiça* ou *covardia*. O alcoolista seria preguiçoso ou covarde demais para enfrentar os problemas que as pessoas normalmente têm que enfrentar, ou que outras pessoas conseguem enfrentar diretamente. Três profissionais mencionaram a hipótese da fraqueza do alcoolista de forma literal:

Eu acho que algumas pessoas realmente são fracas. Não é a grande maioria. Eu acho que algumas pessoas realmente veem no álcool alguma fuga de outras coisas, né (Enfermeiro, 33 anos).

Tem pessoas que têm uma personalidade mais fraca, têm maior facilidade de se tornar dependente de certas drogas (Enfermeiro, 46 anos).

Sei lá, problema familiar começa a beber, sei lá... Fuga! É muito fraco, as pessoas são muito fraca, mas... as pessoas são muito fracas, mas às vezes, tem gente que bebe por prazer também, no final de semana, mas assim... Não sei o que leva a beber, porque eu acho horrível (Médica, 33 anos).

Ainda como fatores psicológicos, foram citadas a **falta de autoestima** (“um querer ou não cuidar-se”; uma “desvalorização quanto a si próprio”); a **falta de perspectivas para o futuro** (“desespero, desinteresse, depressão”) e a **dificuldade de se expressar** (“não conseguir colocar para fora”). O **hábito** foi descrito como comportamento repetitivo que pode evoluir para a dependência.

Submetidas ao ALCESTE, as respostas à questão sobre que fatores são importantes para entender porque alguém se torna alcoolista gerou três Classes. Os Quadros AICLA (Quadros 14, 15 e 16) mostram os tópicos que caracterizaram esses mundos lexicais. Algumas das palavras próprias a essas Classes são relacionadas a seguir:

- **Classe 1:** bebe+, no, está, beber, algum+, dia+, pode+, aquilo, começa, outr+, bar+, fazer, sem, socialmente, coisa+, não, já, tomar, acha, porque, depois, amigo+, pouco+, gente, todo-mundo.
- **Classe 2:** influência, locais, lugar+, em, estado, muitas-vezes, su+, pel+, acredito, paciente+, comunidade+, são, norma+l, num+, vida, levam, com-certeza, local, tornar, outro+, bem, tenha, risco.
- **Classe 3:** acho, familiar+, álcool<, sociais, família, fator+, pai, da, mãe, nem, uso, psicológico+, mais, dependência, só, seja, virar, genética+, genético+, vive+, falta, sociedade+, eu, sócia+l.

Quadro 14. Resultados do ALCESTE para a questão sobre que fatores causam o alcoolismo – Quadro AICLA para Classe 1

Trechos de Unidades de Contexto Elementar	Tópicos do mundo lexical
<p>“o rapaz que <u>não</u> trabalha, <u>está sempre no bar</u> [...] com os <u>amigos</u>, aí <u>começa</u> a <u>beber</u> e tem <u>alguma</u> pré-disposição genética [...] ele <u>pode vir</u> a se tornar <u>um</u> alcoolista”</p> <p>“<u>às-vezes</u>, tem <u>gente</u> que <u>bebe porque</u> gosta de <u>beber</u>”</p> <p>“<u>tomar um</u> chopp <u>para</u> ficar legal e ter coragem de chegar numa menina”</p> <p>“<u>sem nada para fazer</u>, <u>mas</u> a garrafa de <u>bebida</u> do <u>amigo</u> está lá”</p> <p>“a pessoa [...] o divertimento dela [...] é ir <u>ali no bar</u>, <u>porque não</u> tem <u>outra coisa</u>”</p> <p>“<u>às-vezes</u>, <u>vai no bar para</u> encontrar os <u>amigos</u>, aí <u>bebe</u>, <u>bebe</u> em casa <u>para ver</u> jogo”</p> <p>“o grupo inteiro <u>bebe</u> então <u>socialmente</u>, <u>ele</u> passar a <u>beber</u> também <u>pra ser</u> aceito”</p>	<p>Beber para se socializar e para se divertir</p>
<p>“<u>começa um dia</u>, <u>começa no outro</u> e <u>depois</u>”</p> <p>“<u>um</u> volume maior de álcool e <u>aquilo ali</u> <u>começa</u> a atrapalhar a vida <u>dele</u>”</p> <p>“problema familiar, <u>começa</u> a <u>beber</u>”</p>	<p>Começar a beber</p>
<p>“é bonito <u>você beber</u>. <u>Já está até</u> na cultura: <u>vamos sair hoje</u>, <u>tomar um</u> chopp”</p> <p>“<u>vai beber até</u> por questão social e cultural mesmo”</p> <p>“lá <u>no bar</u>, <u>pode não</u> ter dinheiro que <u>todo-mundo</u> oferece <u>bebida</u>”</p> <p>“num ambiente de trabalho onde <u>todo-mundo</u> <u>bebe</u>, <u>por-exemplo</u>”</p> <p>“<u>algumas</u> pessoas conseguem [...] <u>beber socialmente</u>”</p> <p>“acham normal <u>beber assim</u>”</p> <p>“<u>não se pode</u> usar maconha, <u>mas se pode</u> <u>beber</u> à vontade”</p> <p>“<u>ele vai</u> <u>começar a beber</u> <u>porque todo-mundo</u> <u>bebe</u>”</p>	<p>Beber como ato correspondente às expectativas dos pares</p>

<p>“<u>ele</u> acender um <u>cigarro</u>, <u>ele</u> vai <u>querer</u> tomar uma <u>cerveja</u>” “<u>não sou</u> contra <u>você</u> sair com os <u>amigos</u>, tanto que eu tomo. <u>Mas</u>, eu acho que a <u>coisa está</u> muito desregrada, muito <u>sem</u> valores mesmo”</p>	
<p>“<u>eles</u> querem <u>um</u> remédio, uma saída mágica, <u>eles</u> querem <u>para</u> logo. Então <u>ele</u> <u>acha</u> que <u>ele</u> tomou <u>aquilo ali</u>, daqui a <u>poucos</u> minutos <u>ele já está</u> alegre” “seria uma <u>fuga</u> [...] aí quando <u>ele</u> vê <u>já</u> virou vício” “<u>buscar alguma coisa</u> <u>para</u> aliviar <u>aquele</u> problema, que <u>pode ser</u> o álcool, <u>pode ser</u> uma <u>outra</u> droga”</p>	<p>Beber para aliviar problemas</p>

Classe 1: Por meio do contexto lexical a que se refere o Quadro 14, profissionais falaram sobre o beber como ato *normal*, aceito socialmente, às vezes incentivado, relacionado aos amigos, ao bar, ao lazer, ao prazer. Relacionam-se a esses tópicos, as palavras: bebe+, beber, bar+, socialmente, amigo+, todo-mundo. A palavra cigarro evocou outra droga lícita.

Associaram-se à *alcoholização normal* algumas funções como facilitar a interação social e prover autoafirmação. Fugir de problemas também se apresentou como função da alcoholização, forma de suspender a realidade, de aliviar as dificuldades, as pressões do dia-a-dia. O verbo começa indica o tópico do início do alcoholismo, caracterizado como insidioso, fazendo fronteira tênue com a normalidade. A identificação desses tópicos, todos direta ou indiretamente relacionados à normalidade da alcoholização, levou à nomeação da Classe como ***Aceitação social e do álcool e de suas funções***, para a qual *profissionais não-médicos* tiveram contribuição significativa.

Quadro 15. Resultados do ALCESTE para a questão sobre que fatores causam o alcoolismo – Quadro AICLA para Classe 2

Trechos de Unidades de Contexto Elementar	Tópicos do mundo lexical
<p>“<u>pela</u> organização daquela <u>comunidade</u> [...] <u>em alguns lugares</u>, o <u>estado</u>, o município e o <u>seu</u> aparato [...] não chegou”</p> <p>“<u>os</u> fatores sociais <u>são os</u> principais, <u>com-certeza</u>, as condições de <u>vida</u>, de moradia, de alimentação, <u>emprego</u>, educação, isso <u>tudo influencia</u>”</p> <p>“o meio social <u>em</u> que a pessoa vive, eu <u>acredito</u> que <u>tenha</u> forte <u>influência</u>”</p> <p>“o <u>risco</u> social, <u>paciente</u> sob <u>risco</u> social [...] falta de <u>perspectiva</u> de futuro, falta de <u>perspectiva</u> de <u>vida</u>”</p> <p>“eu acho que a pobreza, a miséria. Conviver <u>num local</u> como a nossa <u>comunidade</u> aqui, que é uma <u>comunidade</u> de alto <u>risco</u>, que existe droga muito aqui acentuado”</p> <p>“<u>pela</u> fome [...] vai e toma uma <u>cachaça</u>”</p>	As comunidades e a pobreza
<p>“o <u>estado</u> não chegou <u>nesses locais</u> <u>muitas-vezes</u>, então, a <u>sua</u> ausência fortaleceu essa <u>cultura</u>”</p> <p>“uma <u>cultura</u> <u>bem</u> de interior, de você parar <u>num</u> botequim e beber”</p> <p>“tem muitos <u>bares</u> [...] nos <u>locais</u> de morro”</p>	As comunidades e sua cultura

Classe 2: O léxico próprio à Classe 2 foi utilizado para falar sobre a pobreza (risco) dos bairros atendidos pelas USF (comunidade+, locais, lugar) e a sobre a cultura desses bairros, suas condições de vida. É interessante observar que o termo “comunidade” é utilizado no Brasil sobretudo para se referir aos bairros de classe popular. O alcoolismo seria produto da *influência* das comunidades pobres, caracterizada por cultura específica (ao invés de *fatores que causam*, fala-se de *cultura que influencia*). A Classe foi nomeada ***Características e cultura das comunidades pobres.***

É interessante observar a associação da palavra cachaça à Classe 2, ao mesmo tempo em que a palavra cerveja se encontrou relacionada à Classe 1. A cachaça parece ligada ao beber *patológico* das comunidades pobres, enquanto a cerveja se associou à alcoolização aceita socialmente.

Quadro 16. Resultados do ALCESTE para a questão sobre que fatores causam o alcoolismo – Quadro AICLA para Classe 3

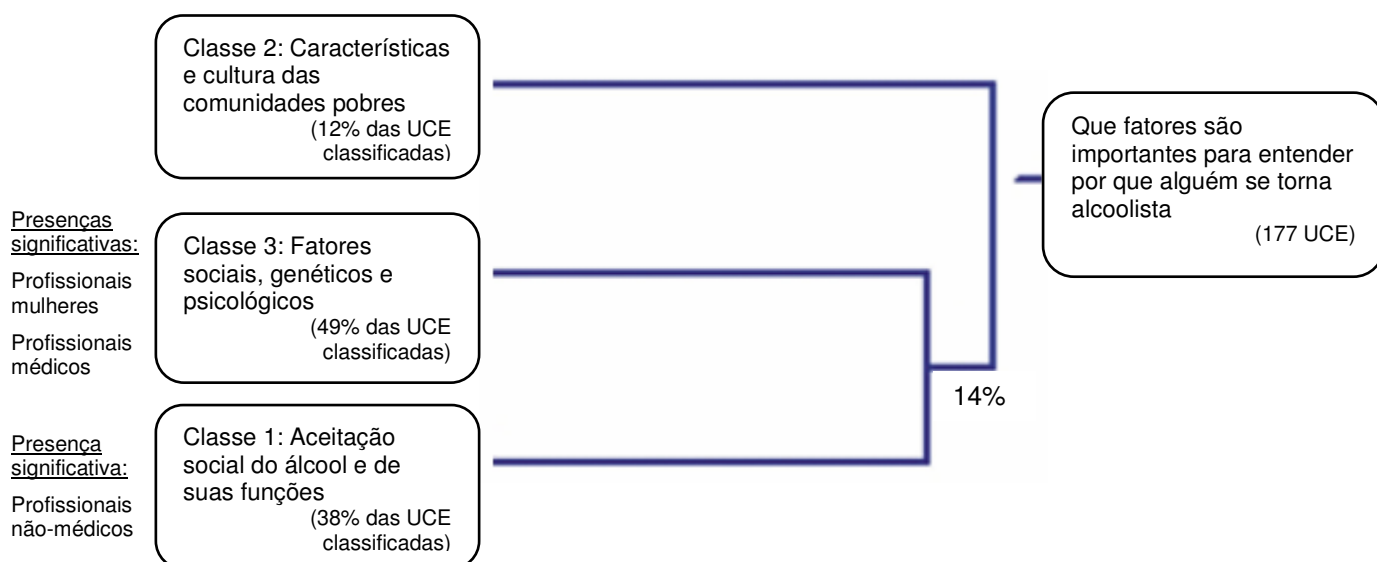
Trechos de Unidades de Contexto Elementar	Tópicos do mundo lexical
<p>“eu <u>acho</u> que <u>mais</u> <u>fatores</u> <u>sociais</u>. <u>Familiar</u> <u>mesmo</u>” “<u>falta</u> de estrutura <u>familiar</u>” “<u>acho</u> que primeiramente a <u>história</u> <u>familiar</u>” “se <u>tem</u> um <u>pai</u> que bebe, <u>uma</u> <u>mãe</u> que bebe, o <u>filho</u> vai querer seguir o exemplo <u>do</u> <u>pai</u> e <u>da</u> <u>mãe</u>” “as suas <u>dificuldades</u> diárias, <u>sociais</u>, a procura de emprego” “a <u>falta</u> de <u>dinheiro</u>, a fuga dos problemas” “<u>social</u>, <u>falta</u> de perspectivas pro futuro” “<u>fatores</u> <u>sociais</u> que levariam à marginalização” “<u>tem</u> o <u>meio</u>, produto <u>do</u> <u>meio</u>” “<u>fatores</u> <u>sociais</u>, econômicos, acredito, <u>falta</u> de <u>dinheiro</u>” “é <u>mais</u> o <u>meio</u> <u>social</u> que a pessoa <u>vive</u>”</p>	Fatores sociais e familiares
<p>“<u>tem</u> o fator <u>genético</u>” “<u>predisposição</u> <u>genética</u> de vir a <u>desenvolver</u> a <u>dependência-química</u>” “<u>questão</u> <u>da</u> <u>dependência</u> <u>do</u> <u>álcool</u>, <u>dependência</u> <u>física</u> <u>do</u> <u>álcool</u>”</p>	Fatores genéticos e biológicos
<p>“<u>uma</u> desvalorização <u>muito</u> <u>grande</u> quanto a si próprio <u>mesmo</u>” “<u>quero</u> diminuir <u>minha</u> ansiedade, <u>quero</u> diminuir <u>minha</u> insônia, <u>quero</u> diminuir <u>minha</u> <u>falta</u> de me concentrar” “sofrendo de <u>dificuldade</u> de se expressar” “<u>desenvolve</u> associação. O <u>uso</u> <u>da</u> bebida alcoólica produz sensações <u>boas</u>” “a pessoa <u>tem</u> <u>uma</u> <u>parte</u> <u>psicológica</u> ou psiquiátrica mais fraco que o outro”</p>	Fatores psicológicos
<p>“<u>psicológicos</u>, <u>sociais</u> e <u>genéticos</u> [...] são os três <u>fatores</u>” “o <u>alcoolismo</u> é <u>uma</u> doença multifatorial [...] ela <u>tem</u> <u>vários</u> <u>fatores</u>”</p>	Multicausalidade

Classe 3: Repetiu-se, na Classe 3, a organização das respostas segundo eixos de multicausalidade social/ familiar, genética e psicológica, que foram ressaltados na análise de conteúdo. Muitas palavras associadas à Classe evocaram esses eixos: familiar+, sociais, família, pai, mãe, psicológico+, genética+, genético+, sociedade, sócia+l, psicológica, etc. O recurso a palavras como fator+, dependência, tendência, dependência-química, indica que, nesse mundo lexical, os profissionais buscavam utilizar terminologia técnica. Tratava-se de mencionar e descrever fatores que causavam uma *doença*. A Classe foi

nomeada **Fatores sociais, genéticos e psicológicos**, com presença significativa de *profissionais mulheres* e de *profissionais médicos*.

A palavra falta sugere que essa apreensão *científica* do dependente implicava percebê-lo como vítima de carências. As palavras mais, principalmente e muito+ foram empregadas para enfatizar fatores sociais e psicológicos.

Figura 4. Dendrograma das Classes geradas pelo ALCESTE a partir das respostas à questão de que fatores são importantes para entender porque alguém se torna alcoolista



A Figura 4 corresponde ao dendrograma para as Classes ligadas à atribuição de causas. O dendrograma mostra três Classes relativamente independentes. Os universos lexicais correspondentes às Classes 1 e 3 foram os mais utilizados pelos participantes, com 38% e 49% das UCE classificadas. A Classe 2, com 12% das UCE, se mostrou particularmente diferente do resto do discurso sobre as causas.

Para a questão sobre o que causa o alcoolismo, os profissionais responderam, por um lado, que beber é *normal* e incentivado (convém lembrar que os profissionais, em sua maior parte, declararam ser consumidores de álcool). Associada a essa resposta, encontrou-se a explicação *tridimensional*: *beber é normal e só se tornam alcoolistas aqueles que sofrem má conjunção de fatores sociais, genéticos e psicológicos*. A Classe 2, com léxico particularmente diferente, mostra elemento importante para compreender as representações sociais estudadas: dentre as causas, simultaneamente ao incentivo social e à *explicação tridimensional*, encontram-se a pobreza e a cultura das “comunidades”.

3.4. QUE TRATAMENTOS DEVEM SER PROPOSTOS?

Os entrevistados preconizaram tratamentos variados para o alcoolismo. O entendimento do alcoolismo como condição multideterminada foi acompanhado de sugestões de tratamento também multifacetadas. Nenhum profissional afirmou haver solução única e simples para o problema. Ao mesmo tempo, não seria possível, a partir das falas dos profissionais, delinear fluxograma unívoco de atendimento. Alguns enfatizaram desintoxicação seguida por atendimento psicológico, outros, o atendimento à família ou ainda a frequência a grupos de mútua ajuda. Consideradas em conjunto, as respostas indicaram a percepção de que deve ser oferecido tratamento complexo para problema considerado complexo. A Tabela 11 relaciona os Temas citados nas respostas à questão.

Tabela 11. Análise temática das entrevistas: respostas à questão sobre que tratamento deve ser adotado

Tema	n	%
Medicação/ tratamento médico, psiquiátrico	26	65
Tratamento psicológico	26	65
Tratamento multiprofissional	17	42
Aconselhamento/ acompanhamento da família	15	37
Alcoólicos Anônimos/ grupos de mútua ajuda	13	32
Atendimento em serviço social	10	25
Visita domiciliar/ busca ativa	10	25
Internação para desintoxicação	8	20
O usuário tem que ter força de vontade	8	20
Conscientização/ o usuário tem que se reconhecer doente	6	15
Outras especialidades médicas (gastroenterologia, p. ex.)	4	10
Terapia ocupacional	3	7
Apoio da Equipe Matricial	3	7
Atendimento em enfermagem	3	7
A religião pode ser importante	3	7
Encaminhamento ao trabalho	2	5
Aconselhamento dos colegas de trabalho do usuário	1	2

Os Temas **medicação, tratamento médico/ psiquiátrico e tratamento psicológico** obtiveram as frequências mais expressivas. O caráter multifacetado do tratamento foi reiterado com menções literais ao **tratamento multiprofissional** ou **interdisciplinar**. Além disso, houve referências a diversos profissionais, como **médico (clínico geral), psiquiatra, psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional e outras especialidades médicas** (gastroenterologia e ortopedia, por exemplo).

Em cerca de um terço das entrevistas, sugeriu-se o **tratamento simultâneo da família do alcoolista**. “Trabalhar a família” ganhou sentido duplo: abordar possíveis fatores patogênicos da organização familiar e apoiar a família

para que ela própria forneça suporte ao alcoolista, como exemplificam as falas seguintes: “muitas vezes a causa está na família, se ele não tiver esse tratamento familiar, aí é complicado” (Médico, 44 anos); “se ele não tiver apoio familiar ele não consegue” (Enfermeiro, 46 anos).

Houve referências a atividades específicas (ou, ao menos, *características*) das Unidades de Saúde da Família, como **visitas domiciliares** e **discussão de casos junto à Equipe Matricial**.

Em um quinto das ocasiões, profissionais citaram a necessidade de **internação para desintoxicação**, percebida como competência de outros serviços de saúde. Ao mesmo tempo, expressou-se a ideia de que a internação por si só não seria suficiente: “a base do problema que levou ela até álcool vai estar presente ainda na vida dele e não vai... não vai conseguir escapar disso sozinho” (Enfermeiro, 33 anos). As menções ao **encaminhamento ao trabalho** e ao **aconselhamento dos colegas de trabalho** são interessantes por parecerem inovadoras e por evocarem potencial de interface com o campo da saúde do trabalhador.

Os Temas **o usuário tem que ter força de vontade** e **o usuário tem que se reconhecer doente** traduzem a ênfase na ideia de que o tratamento só é possível com a participação do usuário. Entre o primeiro e o segundo existe uma nuance. Enquanto os profissionais que falaram sobre a força de vontade enfatizaram a importância da decisão independente do usuário, aqueles que falaram sobre o reconhecer-se doente mencionaram, às vezes, a importância do trabalho de conscientização que deve ser atribuído aos profissionais. Segundo esses últimos, os profissionais seriam responsáveis por *motivar para a mudança*.

Os tratamentos preconizados também extrapolaram o campo específico dos serviços de saúde. Destacaram-se as frequentes menções aos **Alcoólicos Anônimos**. É interessante verificar que os profissionais não enxergavam os AA como um concorrente. Pareciam perceber os AA como lugar *natural* para os alcoolistas (diferentemente das Unidades). Em três ocasiões, disseram que a **religião** poderia ser importante.

No conjunto, evidenciaram-se duas ideias interessantes. Primeiro, *a ideia de que a Unidade de Saúde da Família deve assumir papel relevante no atendimento ao alcoolista*. De fato, apenas duas profissionais (médicas) reservaram para a Unidade o papel exclusivo de encaminhar para centros de referência. Como regra geral, os profissionais falaram de atendimentos que deveriam acontecer também nas Unidades. Alguns enfatizaram os recursos das USF e disseram que certos casos poderiam ser integralmente contemplados por elas. Oito profissionais mencionaram explicitamente a ideia de que as Unidades de Saúde da Família são responsáveis por prestar atendimentos *ao mesmo tempo que e em parceria com* o CAPS-ad do município.

Segundo, *a ideia de que a Unidade não pode estar sozinha para esse atendimento*. Trata-se, de novo, da ênfase dada ao tratamento multiprofissional, das menções frequentes a outros serviços e à “rede” (de saúde) de forma geral. A Tabela 12 descreve os serviços citados pelos profissionais e as respectivas frequências. Nela, repete-se o dado sobre os **Alcoólicos Anônimos/ grupos de mútua ajuda**. A menção frequente ao **CAPS-ad** é particularmente interessante. Ele foi citado literalmente em 65% das entrevistas, o que indica que esse serviço foi incorporado como principal referência para a temática *álcool e outras drogas*

em meio aos profissionais pesquisados. Pode ser também indício de que os profissionais viam no CAPS-ad um alívio para sua responsabilidade frente aos usuários, baseados na ideia que, *afinal de contas, o alcoolismo seria problema do CAPS*.

Tabela 12. Análise temática das entrevistas: serviços mencionados nas respostas sobre o tratamento

Tema	n	%
CAPS-ad	26	65
Alcoólicos Anônimos/ grupos de ajuda mútua	13	32
Pronto atendimento	8	20
Serviço de especialidades médicas	4	10
A “rede” (de serviços)	3	7
Hospital geral	3	7
ONGs	1	2

A transcrição de um longo trecho de resposta pode ser interessante para ilustrar formas de citação e articulação de Temas, das quais se pode depreender certo estilo de comunicação:

Eu acho que cada paciente tem um tratamento, né. Eu acho que tem paciente que tem que fazer, é... tratamento com medicação, né, passar a síndrome, a parte de abstinência, dar um suporte. E tem paciente que consegue passar pela abstinência sozinho. Depende, sabe, do grau assim, da dependência química dele. O quanto de álcool ele ingere e aquilo pra ele é... Tem gente que um copinho de cerveja e, naquele copinho, se ele não beber ele começa a tremer. Tem gente que é uma garrafa. Então, eu

acho que o psicológico, né. O suporte. A terapia. Eu acho que ocupar em atividades. Eu acho que grupos de apoio, de depoimentos, de pessoas falando 'olha, eu passo essa situação e eu tô superando'. Eu acho que tem várias formas de você intervir, você ajudando, uma oportunidade de emprego. O cara, se ele tá desempregado, ele já tem um trabalho na autoestima dele. [...] Na verdade, a prefeitura tem o CAPS-ad, que é o de referência, né. Não que o paciente fique só lá. Ele consulta lá e consulta aqui também. Mas, é o que eu falei pra você, hoje eu não me sinto uma pessoa capacitada, preparada pra abordar isso tudo. Eu preciso de um suporte da Secretaria Social. O cara tá desabrigado perdeu tudo, perdeu documento, eu preciso, sabe... De um suporte da prefeitura, se ele vai ficar no projeto da prefeitura, né, morando até reconstruir a casa dele, né, que são várias coisas que podem levar a pessoa começar a beber. 'Perdi tudo! Perdi documento'. Nessa chuva que teve aí... o abrigo da prefeitura tá lotado. Desgosto, né. Agora, eu acho assim, que... hoje, aqui, a gente não tem como fazer esse tipo de tratamento não. A gente não tem tempo, pra dar a atenção que esse paciente merece, pela demanda que se tem. E capacitação mesmo, de abordar, de acompanhamento, intervenção. Eu profissionalmente posso dizer que não me sinto preparada (Médica, 31 anos).

Características do estilo de comunicação das representações sociais podem ser identificadas: o objetivo da fala não era tanto transmitir informações quanto *marcar certa posição em relação ao objeto*. Depreende-se a percepção de

que o alcoolismo é *complicado demais*. A premissa (conclusiva) de que a Unidade não conseguiria fornecer tratamento pareceu acompanhar as inferências desde o início da fala. O raciocínio se desenvolveu por *enumeração* de tópicos associados, contribuindo para definir o alcoolismo como *problema social* que ultrapassa os recursos disponíveis (“não me sinto capacitada pra abordar *isso tudo*”). Análises semelhantes poderiam ser feitas com muitos outros trechos de cada entrevista.

A fala da profissional expressou inicialmente a ideia de que deve haver desenhos singulares de tratamento, variando conforme o “grau” de dependência dos usuários (essa ideia foi expressa de forma assistemática, por alguns profissionais). Propôs manejo de sintomas de abstinência com **medicação**, seguido de **tratamento psicológico**, os dois Temas mais citados nas entrevistas em geral (Tabela 11). Referiu-se a grupos de ajuda mútua, que também mostraram frequência expressiva no conjunto de respostas. Acrescentou as sugestões de encaminhamento a atividades *ocupacionais* ou a um emprego. Como a maioria dos profissionais, evocou o CAPS-ad. Deixou clara a necessidade de parceria entre a USF e esse serviço de referência.

Expressou a percepção já descrita (Tabela 6) de que as Unidades não estão preparadas (condições de trabalho, capacitação dos profissionais) para lidar satisfatoriamente com os casos de alcoolismo. Exemplificou, com a menção a uma inundação, a percepção de que as condições de vida dos usuários eram muito precárias. Manifestou a crença de que o setor saúde não era capaz de abordar plenamente o problema. Talvez isso justifique em parte a predominância

dos Temas **medicação** e **apoio psicológico**, duas alternativas que, apesar das dificuldades, eram percebidas como possibilidades das Unidades.

Como nos pontos precedentes, o ALCESTE também foi aplicado ao discurso produzido pelos profissionais para a questão sobre que tratamento deve ser adotado. Evidenciaram-se três universos lexicais, cujos tópicos são explorados nos Quadros 17, 18 e 19. As Classes incluíram, entre outras, as seguintes palavras:

- **Classe 1:** acompanhamento, psicológico, médico+, multiprofissional, psicólogo, assistente-social, psiquiatra+, caso+, só, medica<, acho, do, sócia+, dos, tratamento+, cara, familiar+, internação, junto, for, depende, passando.
- **Classe 2:** pode+, estar, interess+, vez, talvez, difícil, trabalho+, ela, por, mas, aquel+, pessoa+, sei, dizer, doença, algun+, aqui, mesmo, não, coisa+, profission+, poderia.
- **Classe 3:** bem, onde+, melhor+, situação, volta, ele+, isso, maneira, rede, chega, quando, faz, falei, igual, esta, a-gente, você, vai, fase+, sentir., encaminhar, contrarreferência.

Quadro 17. Resultados do ALCESTE para a questão sobre que tratamento deve ser adotado – Quadro AICLA para Classe 1

Trechos de Unidades de Contexto Elementar	Tópicos do mundo lexical
<p>“<u>tem</u> que ter o <u>acompanhamento médico e psicológico</u>” “<u>tratamento</u> não <u>só</u> químico, não <u>só</u> <u>medicamentos</u>, não <u>só</u> <u>internação</u>, necessita de um <u>acompanhamento psicológico, social</u>” “<u>passar</u> pela <u>consulta médica</u>, <u>pelo psicólogo</u>, <u>assistente-social</u>, o <u>terapeuta ocupacional</u>” “na <u>verdade</u>, <u>precisa</u> de uma <u>equipe multiprofissional</u>: tanto de um <u>psicólogo</u>, <u>do assistente-social</u>, <u>do médico</u>, <u>do enfermeiro</u>”</p>	<p>Tratamento com diversos profissionais</p>

<p>“<u>tem</u> que ir a <u>equipe</u> toda, <u>psiquiatra</u>, <u>assistente-social</u>”</p>	
<p>“na maioria <u>dos casos</u>, requer alguns dias de <u>internação</u>, até o <u>acompanhamento</u>, <u>passando pelo acompanhamento do paciente depois</u>” “no <u>caso do tratamento</u> da <u>síndrome-de-abstinência</u> aguda que o paciente <u>precisa</u> ficar um tempão internado” “eu <u>acho</u> que grupos de <u>apoio</u>, de depoimentos. Eu <u>acho</u> que <u>tem várias formas</u> de você intervir” “a <u>medicação</u> pode <u>ajudar</u> [...] a base <u>do tratamento</u> vai ser <u>através dos grupos</u>”</p>	<p>Tratamento com diversos recursos e serviços</p>
<p>“<u>acho</u> que <u>tem</u> que <u>tratar</u> a <u>família</u>” “grupos de <u>apoio</u>, não <u>só</u> ao alcoolista, mas <u>com</u> a <u>família</u>” “<u>tem</u> que ter um <u>acompanhamento</u> da <u>família</u>” “<u>conscientização</u> da <u>família</u>, <u>do ambiente familiar</u>, <u>do ambiente de trabalho</u>”</p>	<p>Tratamento simultâneo da família</p>

Classe 1: O Quadro 17 mostra que a Classe 1 abrigou os mais frequentes núcleos de sentido identificados pela análise de conteúdo: o tratamento deve ser multiprofissional, deve contar com recursos variados e deve incluir a família do alcoolista. Os seguintes termos são exemplos do vocabulário utilizado para produzir esses Temas: psicológico, médico+, multiprofissional, psicólogo, assistente-social, psiquiatra+, medica<, familiar+, internação, família+. Seguindo as indicações dos tópicos, a Classe foi nomeada como ***Tratamento multiprofissional do alcoolista e de sua família***. Profissionais médicos contribuíram significativamente mais para a formação dessa Classe.

Destacou-se ainda a presença de termos que se relacionavam a procedimentos técnicos: acompanhamento, caso, tratamento, internação, clínico, encaminhamento, referência, síndrome-de-abstinência. O verbo tem evocou a dimensão do *desejável* (“tem que ter”).

Quadro 18. Resultados do ALCESTE para a questão sobre que tratamento deve ser adotado – Quadro AICLA para Classe 2

Trechos de Unidades de Contexto Elementar	Tópicos do mundo lexical
<p>“e aí esse noventa <u>por</u> cento de <u>vontade</u> [...] qual o <u>trabalho</u> que toda a equipe <u>poderia</u> <u>estar</u> desenvolvendo? O convencimento”</p> <p>“o CAPS-ad [...] <u>pode</u> <u>talvez</u> até desenvolver, mostrar <u>para</u> <u>aquela</u> <u>pessoa</u>, através de <u>alguma</u> técnica”</p> <p>“<u>conscientizar</u> de que <u>ela</u> <u>não</u> <u>pode</u> <u>realmente</u> beber”</p> <p>“o <u>alcoolismo</u> é <u>uma</u> <u>doença</u> <u>difícil</u>, então exige <u>uma</u> <u>abordagem</u> <u>intensiva</u>”</p> <p>“<u>para</u> um paciente ou <u>para</u> <u>uma</u> paciente que nos traga essa queixa <u>quero</u> deixar a <u>dependência</u> do <u>álcool</u>. Se ele <u>mesmo</u> ou se <u>ela</u> mesma <u>não</u> <u>tiver</u> interesse, ou <u>não</u> estiver <u>certo</u> de que <u>aquilo</u> <u>pode</u> trazer um ganho <u>para</u> <u>ela</u> ou para ele”</p> <p>“é um tratamento longo, que precisa <u>ter</u> muita <u>força-de-vontade</u>, precisa principalmente de o paciente <u>querer</u> [...] ninguém <u>pode</u> decidir, nenhum <u>profissional</u> <u>por</u> você vai <u>parar-de-beber</u>. A <u>pessoa</u> tem que <u>querer</u> <u>parar</u>”</p> <p>“a Unidade de Saúde <u>poderia</u> <u>oferecer</u> [...] um <u>grupo</u> de <u>terapia</u> focado para <u>os</u> <u>alcoolistas</u>”</p>	<p>A vontade do usuário e os procedimentos dos profissionais</p>
<p>“esse apoio <u>pode</u> <u>ser</u> na <u>religião</u>, <u>pode</u> <u>ser</u> <u>em</u> <u>uma</u> Unidade de Saúde, <u>pode</u> <u>ser</u> <u>em</u> um <u>local</u>, desde que exista <u>ali</u>, com <u>aquela</u> <u>pessoa</u>, <u>algum</u> interesse, <u>alguma</u> atração”</p> <p>“a <u>vida</u> <u>não</u> é só <u>uma</u> garrafa. Aí e <u>aquela</u> <u>primeira</u> pergunta do <u>Alcoólicos-Anônimos</u>, você só vai [...] <u>fazer</u> tratamento se você admite que é impotente perante o <u>álcool</u>”</p> <p>“se a <u>pessoa</u> tem um recurso a mais, <u>ela</u> <u>pode</u> também procurar <u>profissionais</u> da área privada”</p>	<p>A vontade do usuário e seus suportes</p>

Classe 2: Ao falar sobre o tratamento que deve ser adotado, os profissionais fizeram recurso a outro conjunto lexical referido pelo Quadro 18. A linha de interpretação que resultou na identificação dos tópicos baseou-se na presença de palavras como interess+, quer+, quero, vontade. Falou-se sobre a vontade do usuário e seus suportes, incluindo procedimentos dos profissionais. A Classe foi intitulada ***Existência da vontade, promoção da vontade***, e contou com contribuições significativamente maiores de *profissionais não-médicos* e de *profissionais mulheres*.

Os profissionais falaram sobre pessoa que deve ter vontade de se tratar, vontade de parar, de parar-de-beber. Falaram sobre maneiras de promover essa

vontade, o que seria feito por profissionais, serviços de saúde ou outros tipos de organização, como indicam as palavras: trabalho+, aqui, profission+, religi<, Alcoólicos-Anônimos. As palavras pode+, talvez, difícil, algum+, coisa+, poderia, aquilo mostraram certa indeterminação do que era percebido como necessário para *a existência ou a promoção da vontade*. É interessante destacar a presença da palavra grupo, que pode ter aparecido como alternativa terapêutica especialmente apta a eliciar interesse pelo tratamento.

Quadro 19. Resultados do ALCESTE para a questão sobre que tratamento deve ser adotado – Quadro AICLA para Classe 3

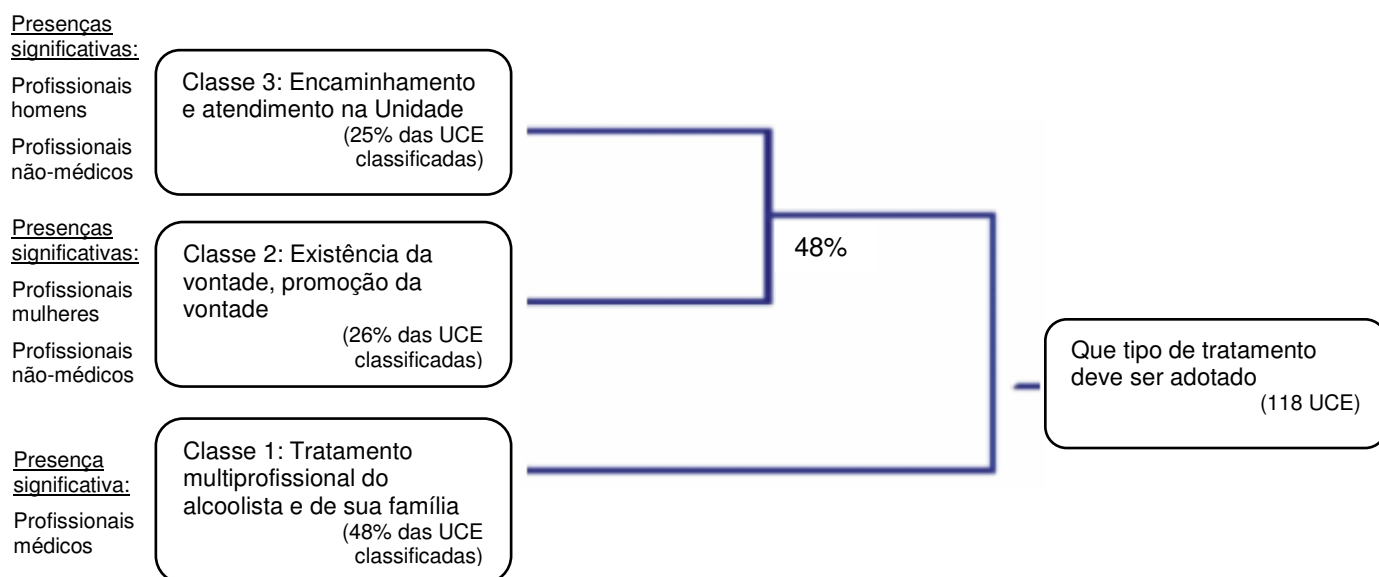
Trechos de Unidades de Contexto Elementar	Tópicos do mundo lexical
<p>“<u>a-gente</u> tem grupos de hipertensos, <u>onde você faz</u> abordagens, <u>onde você orienta</u>” “<u>você consegue</u> avançar <u>ele pra cá</u>, <u>você faz</u> o vínculo [...] <u>ele vai</u> se <u>sentir bem</u>” “<u>a-gente</u> coloca em reunião de equipe a <u>situação</u> do <u>paciente</u>, a assistente social <u>vai</u> à casa do <u>paciente</u>”</p>	Atendimento com recursos próprios
<p>“<u>a-gente</u> tem <u>onde encaminhar</u>” “<u>a-gente</u> precisa da <u>rede</u>. A gente precisa do apoio do <u>CAPS-ad</u>, que é <u>onde a-gente encaminha</u>, <u>a-gente</u> precisa que <u>esse paciente</u> também <u>esteja acompanhado</u> lá” “<u>porque você vai</u>, interna, trata a <u>fase aguda</u>, aí, <u>quando volta</u>, a família não tem suporte” “tem casos que fogem da <u>nostra</u> alçada. <u>Tanto</u> que tem alguns <u>pacientes</u> que <u>a-gente</u> remete <u>pro CAPS-ad</u>, ou, <u>às-vezes</u>, <u>quando</u> o <u>paciente</u> <u>está</u> muito <u>grave</u>, para o hospital” “<u>quando você vai</u> <u>encaminhar</u> um <u>paciente</u> alcoolista, <u>você</u> cai em confusões <u>dessa rede</u>, que ela acaba não acontecendo, <u>essa</u> referência e <u>essa</u> <u>contrarreferência</u>” “tem que <u>ir pro</u> gastro, e <u>a-gente</u> não tem muito <u>às-vezes</u> a <u>contrarreferência</u>”</p>	Atendimento com outros recursos

Classe 3: A Classe 3 foi interpretada com base na identificação de dois conjuntos de palavras características. De um lado, constaram as palavras a-gente e você, que se referiram aos profissionais das Unidades; de outro, palavras como

rede, encaminhar, contrarreferência, CAPS-ad, que remeteram a outros serviços de saúde. Considerou-se que o eixo subjacente ao vocabulário era a ideia de *tratamento com recursos próprios versus tratamento com outros recursos*. O vocabulário característico e as UCE indicam ênfase no encaminhamento.

As ideias de deslocamento do usuário, de *tratar ou cá ou lá*, foram produzidas com uso das palavras onde+, volta, chega, ir. A Classe recebeu o nome de **Encaminhamento e atendimento na Unidade** e teve presenças significativas de *profissionais não-médicos* e de *profissionais homens*.

Figura 5. Dendrograma das Classes geradas pelo ALCESTE a partir das respostas à questão sobre que tratamento deve ser adotado



3.4.1. PERCEPÇÕES SOBRE ATENDIMENTOS COM RESULTADOS

Como se viu, as ideias de que a Unidade *tem algo a fazer* e de que ela *deve fazer algo* junto aos usuários alcoolistas eram pressupostos frequentemente utilizados pelos profissionais. As falas a seguir ilustram esse Tema de forma especialmente clara, assim como sua articulação com outros Temas:

Necessariamente esse paciente é nosso o tempo inteiro, ele demanda da gente o tempo todo, nós somos o mais próximo dele, nós cuidamos da família dele. Então assim, é aquilo que eu te falei, a gente precisa da rede. A gente precisa do apoio do [CAPS-ad], que é onde a gente encaminha, a gente precisa que esse paciente também esteja acompanhado lá, mas ele é nosso independente de qualquer coisa (Enfermeira, 28 anos).

Eu acho que começaria com o [CAPS-ad] também pra ajudar nessa questão de medicamento, de reuniões, e a unidade de saúde acompanhando assim, ainda mais a equipe sabendo e ajudando. A gente vai lá. Tanto esse caso que a gente acompanha a gente vai lá sempre. Até para que não comece tudo de novo, né (Médica, 33 anos).

A menção a “paciente [que] é nosso o tempo inteiro” indica a incorporação de princípios da APS, como responsabilização e atenção longitudinal. Nessas falas, repetiram-se as menções ao CAPS-ad do município e a ideia de tratamento simultâneo feito pelas Unidades de Saúde da Família. A ênfase na proximidade,

“nós cuidamos da família dele”, “a gente vai lá” (visitas domiciliares), remete ao papel, reservado às Unidades, de acompanhamento contínuo de condições crônicas. Um enfermeiro (43 anos) também falou sobre proximidade, ao opinar que se deve estabelecer “vínculo” com o usuário, “acolher ele mais próximo”, para que ele confie no encaminhamento feito ao CAPS-ad (“porque chega lá com mais [...] fraternidade, mostra [...] dignidade pra ele no atendimento”).

A resposta de uma médica (29 anos) também chamou a atenção por enfatizar a importância de estabelecer vínculos com usuários. Trata-se da mesma profissional que falou sobre seu “lado psicóloga”, como transcrito anteriormente. De fato, a médica enfocou tópicos comumente atribuídos à atenção psicológica que, segundo expressão sua, se referiam à “vida social intrafamiliar”. Falou sobre caso de usuária que se queixava sobre seu marido alcoolista, como se segue:

E aí ele toca ela, sexualmente falando, e aí ela toca, né. E ela não quer, ela tem repulsa porque não foi aquilo... E a justificativa que ela deu é que ele era muito tímido e que ele hoje usa a bebida pra sair da timidez. E realmente quando... ele é... [a usuária] fala assim: ‘ele é um santo marido! Ele bebendo... ele além de ser amoroso, ele é muito carinhoso, ele é muito dócil e tal, mas ele não é lúcido! Ele me chama de meu amor, não sei o que... uma coisa comigo! Mas eu casei com um homem lúcido e tímido. [...] Eu não tenho meu marido... então, eu não tenho vontade sexual com ele, eu evito ele’. Olha só, como... o que você faz com um negócio desse?

A médica afirmou que estava tentando trazer também o usuário à Unidade, para conversar com ele. Sugeriu à usuária que dialogasse com seu marido, que estabelecesse “o diálogo interno” [...] “Porque ele nunca vai... Ele nem vai chegar aqui. Você primeiro precisa abrir o diálogo lá pra depois ele ter vontade de vir aqui. E eu sei agora que ele vem, então vou recebê-lo diferente”. Afirmou que assim poderia tratar o caso em conjunto com psicóloga e assistente social da Unidade, que o tratamento médico recorreria aos instrumentos convencionais, mas não só: “quando o paciente alcoólatra senta na minha frente, eu o vejo como qualquer outro paciente, as questões todas laboratoriais, os exames físicos e tudo mais, mas meu foco é totalmente psicológico”.

A profissional também se mostrou sensível à dificuldade de simplesmente prescrever soluções para a organização familiar. Ao falar sobre a necessidade de “corrigir” problemas intrafamiliares, disse: “você não tem como chegar lá e corrigir as coisas. Mesmo porque *quem sou eu pra corrigir?* Eu tenho que corrigir a minha vida e com certeza tem muita coisa pra corrigir. Mas, a gente tenta”. Sem explicitá-lo, partiu do princípio de que cabe aos profissionais de saúde algo mais que prescrever externamente soluções ideais e normativas. A fala da profissional indica que o que se passava nos consultórios, nas consultas médicas, poderia ir além do *enfoque biomédico tradicional*, que havia espaços de escuta mais amplos para certos casos embora falas desse tipo tenham sido pouco frequentes nas entrevistas.

A questão sobre que tratamento deve ser proposto aos usuários alcoolistas também suscitou comentários sobre casos em que a atuação de Equipes de Saúde da Família resultou em transformações na vida de usuários. Seis

profissionais falaram sobre casos desse tipo. É possível pensar que haveria mais, se o questionário semiestruturado tivesse incluído questão específica sobre atendimentos que *deram certo* ou que *surtiram efeito* (fica a sugestão para outras pesquisas).

A mesma médica (29 anos) do exemplo acima discorreu sobre caso de usuário que era dono de bar, cujos exames bioquímicos e de ultrassom mostravam alterações importantes e talvez irreversíveis. A profissional reproduziu diálogo que teria tido com o usuário: “– ‘oh, o seu tremor a gente não tem como garantir nada, agora uma coisa é certa seu fígado não tem solução se você não parar [de beber]! Talvez nem parando a gente vá dar jeito. Você quer parar? – [ao que o usuário respondeu] quero’”. Vale à pena acompanhar literalmente a fala da profissional, para ter dimensão mais clara de como podem se expressar elementos de vínculo entre os atores em casos desse tipo:

Problema hepático você tem que tirar o que tá causando, ou seja, é a bebida. Às vezes ele chegava a diminuir... fazia maior festa com ele: ‘não, beleza!’, pra ele sentir que você tá do lado dele, pra ele ter força. Aí ele conseguiu parar, mas não foi um sucesso total. Ele conseguiu parar, ficou um tempo... tinha muita abstinência, entrava com medicação e tal. Aí teve um dia que ele mandou uma flor pra mim, assim, aquela letrinha assim, sem conseguir escrever, toda torta... Guardei, eu tenho guardada aí no meu armário. Assim, né, ‘obrigada pelo carinho, obrigado, né, pelo carinho’ e tal [*o ato falho é digno de nota: quem agradecia, o usuário ou a*

profissional?]. Me mandou uma florzinha pra mim... uma flor num vasinho de planta viva, até que ficou no meu consultório e tal.

Verifica-se, nesse exemplo, que a realização de exames médicos serviu como instrumento para criar, na consciência do usuário, a presença de *argumento concreto e incontestável* para a necessidade de mudança de estilo de vida. A partir desse tipo de estratégia, que foi chamado por alguns de “conscientização”, a profissional disse ter estabelecido rotina de acompanhamento do usuário mais intensa do que a normal, levando à possibilidade de manejo do caso.

Episódio semelhante foi referido por uma dentista (55 anos), com usuário “tabagista e alcoolista” que teria obtido resultado positivo para carcinoma em biópsia. A profissional afirmou “agora ele está interessado [no tratamento]”. Esse tipo de persuasão foi chamado de “terrorismo” por uma médica (50 anos): “a gente trabalha com tudo, até com terrorismo quando é necessário”. As duas profissionais fizeram referência a resultados considerados bons, à importância do “interesse” do usuário e do trabalho em equipe:

A gente vai na casa, chama, cuida, vê se ele está fazendo o tratamento. Muito bom, com agente de saúde, que é nossa mola, né, do PSF. Então a gente consegue resgatar. [...] os que procuraram, a gente procura, assim, encaminhar. Que tenha vontade mesmo de se curar (Dentista, mulher, 55 anos).

Eu tenho um resultado aqui, às vezes até eu acho fantástico em termos de abandono de álcool, mas a porcentagem é pequena. A gente consegue recuperar algumas pessoas, sim. Aqui, apesar de ser simples, da gente não ter um apoio da saúde mental importante nesse aspecto. E quando a gente não consegue a gente encaminha pro [CAPS-ad] (Médica, 50 anos).

Em duas outras falas, a menção aos casos de *atendimentos com resultados* também foi acompanhada da crença na importância do trabalho “em equipe”:

Agora, tem alguns casos que [...] você já consegue, é... , de fato trazer uma modificação, deixar a pessoa se sentir melhor, né? Que ela vem e busca um tratamento legal e tal. E aí eu acho que é bem... bem gratificante, assim. Você vê a pessoa construir um outro projeto de vida, uma pessoa que às vezes estava o tempo todo alcoolizada, de repente constrói um projeto de vida, né? Você consegue reviver com a família, consegue essa questão do trabalho [...]. Mas eu acho que a Unidade está atenta a isso: percebe a situação, tenta buscar ajuda, tenta ver algumas formas, assim, tenta envolver mais profissionais. Eu acho uma coisa que a gente tem legal nessa Unidade de Saúde, assim, é que a gente trabalha muito... muito em equipe mesmo, né? Então uma equipe... vai traçando a situação, vai orientando, a gente constrói um projeto terapêutico e vai tentando fazer um trabalho, assim. Mas a gente sabe que não é fácil, assim, né? (Psicóloga, 34 anos).

Temos muitos pacientes que estão com a gente já há algum tempo sendo acompanhados que têm melhorado, outros que a gente tem encaminhado para o [CAPS-ad], que fazem acompanhamento com a psicóloga, com o psiquiatra também. [...] Olha, aqui a gente tem uma equipe muito boa, né? Eu me orgulho demais dessa equipe porque a gente recebe muito bem todos os pacientes, inclusive o alcoólatra também. A gente tem uma psicóloga que é muito aberta, um psiquiatra bacana, entendeu. Então a gente sempre tem uma acolhida muito boa a todo e qualquer paciente, e ao alcoolista também. E o pessoal gosta, e se empenha em ajudar e a tentar melhorar e busca esse paciente. E os agentes comunitários também fazem esse trabalho muito bem (Médica, 45 anos).

Há mais dados pertinentes nas entrevistas das duas profissionais cujas falas acabaram de ser transcritas. A psicóloga relatou caso de usuária que teria chegado à Unidade “desesperada” porque seu marido havia bebido “[muitos] dias seguidos, não parava de beber e estava caído na sala”. O caso suscitou a visita domiciliar por parte da profissional que verificou que o usuário “realmente ele estava no chão, jogado, né? E fui dando um pouco de... Trazendo ele um pouco mais pra essa situação humana: levantei, pedi pra ele sentar, falei que queria conversar com ele e tal, né”. A sequência do atendimento incluiu visita de auxiliar de enfermagem, orientações médicas e avaliação da necessidade de internação hospitalar, resultando em vínculo do usuário com a Unidade: “hoje é uma pessoa que de vez em quando vem na Unidade, e tal, pra tá conversando”.

A médica, por sua vez, também mencionou a “busca ativa” de usuários alcoolistas em situação de risco (*não esperar que ele venha pedir atendimento, ir até ele*): “a gente encontra o paciente alcoolizado quando a gente faz uma visita ou um familiar nos relata e a gente convida o paciente pra vir à Unidade, pra fazer um tratamento”. É interessante esclarecer que essas duas profissionais integravam a mesma USF e fizeram comentários elogiosos à equipe. Isso indica que pode haver especificidades locais no atendimento ao alcoolista, possivelmente mais efetivo em algumas Unidades em comparação a outras.

Uma assistente social (50 anos) descreveu caso de usuário que, após ter perdido o emprego, aceitou frequentar grupo de Alcoólicos Anônimos por indicação de profissional da equipe. O usuário teria se tornado abstinente do álcool e do tabaco, teria recuperado o emprego “com uma remuneração maior”. A profissional concluiu: “está super bem, mudou totalmente a vida dele. Mas, só que ele sabe que ele tem que evitar o primeiro gole”.

A maior parte dos relatos de casos de *atendimentos com resultados* envolveu a ideia de *abstinência*. A cura pressupunha (ou equivalia a) “parar de beber”. Considerando todo o *corpus* de entrevistas, houve onze ocasiões em que profissionais explicitaram essa ideia. Um médico (39 anos) afirmou, por exemplo: “tem que parar [de beber]! Não existe tratamento de alcoolismo com doses homeopáticas de álcool, ou ele para ou ele não para!”.

É possível dizer que o referencial de redução de danos ficou muito menos evidente. A expressão “redução de danos” foi mencionada apenas duas vezes de forma literal e apenas como referência *en passant* à equipe de agentes de redução de danos que atuava no município. Portanto, os dados indicam que os

profissionais, apesar de associarem o tópico *álcool e outras drogas* ao CAPS-ad, não o haviam consistentemente relacionado à noção de redução de danos. Alguns profissionais, além de explicitarem o entendimento de que o tratamento equivale à abstinência, mostraram franco desconhecimento sobre o conceito. Uma assistente social (50 anos), por exemplo, criticou o CAPS-ad por atender durante anos o caso de uma senhora que não tinha *parado de beber*.

Ao mesmo tempo, como se viu, foram mencionados vários atendimentos em saúde realizados junto a usuários alcoolistas não-abstinentes: tratamento de comorbidades (diabetes, tuberculose, entre outras), orientação, pedidos de exames, encaminhamentos. Isso corresponde a um dos pressupostos da lógica de redução de danos: *tratar*, sob ponto de vista amplo, sem exigir inicialmente ou necessariamente abstinência (Andrade & Friedman, 2006; Bastos & Mesquita, 2001). Ou seja, quanto à redução de danos, pode-se dizer que ela foi, eventualmente e de forma não-consciente, pressuposta sem ser nomeada e que, quando nomeada, não foi de fato considerada como diretriz organizadora do atendimento.

Ao responder à questão sobre o tratamento preconizado, profissionais falaram sobre dificuldades em efetivá-lo, além daquelas já mencionadas. A dificuldade de trabalhar com a “rede social” foi associada a problemas sociais como o desemprego que, junto com o alcoolismo, geraria uma “bola de neve”. Segundo outra metáfora, a Unidade de Saúde “não tem perna” para oferecer atendimento (falta de instrumentos e de tempo): “teria que parar de fazer outra coisa para cuidar do alcoolismo, aí vai faltar em outro local”, ideia associada à crença de que não se trata de prioridade do SUS.

Foram feitas críticas à forma de recepção do usuário no CAPS-ad e à falta de comunicação do Centro com as Unidades (“às vezes, a contrarreferência não é adequada, eles não falam nada”). Profissionais disseram que o CAPS-ad se tornava, muitas vezes, de difícil acesso para usuários que não tinham disponibilidade de tempo (o Centro funcionava em horário comercial), que não tinham dinheiro para pagar passagens de ônibus ou que não tinham motivação para se deslocar, para sair de seu bairro.

Considerando o conjunto de entrevistas, os profissionais reconheceram uma série de ações das Unidades de Saúde da Família relacionadas ao atendimento de usuários alcoolistas e também uma série de problemas, tanto das próprias Unidades quanto de outros serviços. Em várias ocasiões, fizeram sugestões sobre como o trabalho das Unidades poderia *melhorar*, envolvendo o aprofundamento ou a implantação de diferentes estratégias. As sugestões abordaram procedimentos relacionados a registros, captação de usuários, atendimento ampliado de necessidades básicas como higiene e alimentação, capacitação e conscientização das equipes, acolhimento, tratamento, acompanhamento e encaminhamento. Elas foram sistematizadas na forma de itens, incluindo falas ilustrativas. Segundo os profissionais, as Unidades (e os gestores municipais) deveriam:

- *Realizar busca ativa dos alcoolistas*, nos bairros, com Equipes de Saúde da Família.
- *Higienizar e orientar para higienização*: “então o que deveria ter, deveria ter uma área de processo de orientação para higienização desse paciente, pra

ele tomar um banho, entendeu? Vir aqui e tomar um banho” (Enfermeiro, 46 anos).

- *Estabelecer serviço municipal de moradia temporária*, para higienização e alimentação adequadas (“porque às vezes esses pacientes estão na rua, abandonados pela família, não têm o que comer, né”).
- *Sensibilizar e capacitar os profissionais*, por meio de palestra ou oficina por exemplo.
- *Conscientizar a equipe sobre a importância de não haver preconceito*, de não se praticar discriminação: “enquanto ele [o alcoolista] se sentir diferente ou tratado, né, de uma maneira preconceituosa, isso não vai ajudar em nada. Então eu acho que se a equipe toda tiver consciência, souber quem são os sujeitos, e todo mundo estiver envolvido, isso vai melhorar pra ele” (Farmacêutica, 26 anos).
- *Perceber o usuário de forma ampliada*: “desde enxergar que esse alcoolista é um trabalhador, que ele tem vida, que hoje não tem trabalho, ou ele tem família, ou não tem família, não como um ser... como falta de caráter” (Enfermeiro, 37 anos).
- *Garantir que mesmo o usuário alcoolizado seja acolhido*, inclusive por profissionais de nível técnico, de forma que haja maior probabilidade de ele voltar à Unidade: “mesmo que ele esteja alcoolizado, mesmo o guarda lá na porta ele não faz o atendimento, o guarda, o recepcionista, o próprio enfermeiro, o técnico de enfermagem... conversar com ele de uma maneira digna... não chegar e tentar isolar ele da sociedade como se ele fosse um trapo [...]. Aí seria uma maneira de você tentar fazer ele te escutar. [...]

você vai estreitar o laço, ele vai te respeitar, porque ele está sendo respeitado. Porque ele não vai ficar todo tempo, 24 horas embriagado, uma hora ele vai ter que ficar lúcido. Mesmo que for na hora que ele passou mal, mas ele vai lembrar. Eu cheguei e ele me acolheu, com dignidade” (Enfermeiro, 43 anos).

- *Disponibilizar profissional para orientar o usuário*, independente de ele ter ou não consulta marcada: “muitas vezes, ele chega aqui em situações que realmente teria que ser na hora. Aí você não pode dar aquela atenção e ele vai pra rua, todo aquele trabalho que você fez fica perdido ali” (Médica, 50 anos).
- *Contar com representação constante do CAPS-ad nos bairros/ na USF*. “descentralizar o CAPS-ad. Atualmente é muito centralizador [...] Então poderia ter algo... Talvez numa... Um pouco menor né... Porque... Um centro específico assim, mas que pudesse dar suporte *perto* dessa pessoa, nos bairros ou entre bairros, né. Teria que pensar alternativas assim” (Assistente Social, homem, 28 anos).
- *Estabelecer estratégias de identificação e prevenção*, aproveitando a frequência de usuários que se dirigem à Unidade por outros motivos: “cada vez que eu vou tratar alguém, que está com hipertensão, está com diabetes, buscar a fundo um pouquinho, quais os costumes, comportamentos dessa pessoa” (Assistente Social, mulher, 50 anos).
- *Estabelecer fluxos claros de atendimento*, como já existia para outras condições: “então, todo alcoolista que chegasse aqui, ele teria o fluxo que teria que seguir. Igual a gente tem a equipe que cuida da criança, do idoso.

Não tem o projeto do idoso?, de criança?, de diabetes? Tudo isso a gente já tem, traçado como conduzir. No alcoolismo a gente ainda não tem, a gente faz de acordo com aquilo que vem na hora, com o indivíduo que está na nossa frente. Fica meio solto” (Médica, 50 anos).

- *Realizar oficinas terapêuticas*, grupos terapêuticos específicos para usuários alcoolistas (“assim como [já existe] pro tabagismo”) ou que incluam outros quadros (“pra gente que nem bebe, né, mas que tem outros problemas graves e queira se juntar também”).
- *Aumentar a disponibilidade de tempo do psicólogo e da equipe*: “psicólogo mais... com mais tempo disponível pra esse paciente, se a gente tivesse um atendimento com carga horária mais estendida pra noite, por exemplo” [possível referência a facilitar o atendimento de homens que trabalham em horário comercial] (Médica, 45 anos).
- *Sistematizar dados*, estabelecer rotina de registros dos casos: “se perguntar quantos etilistas tem na minha área, eu não sei. Se perguntar quantos hipertensos, quantos diabéticos, eu não sei exato, mas eu tenho uma noção. Agora, quanto a etilista [...], eu não poderia te dizer, porque eu fico perdida” (Médica, 50 anos).
- *Encaminhar sistematicamente para serviços parceiros*.

Essas sugestões foram complementadas por interessantes ressalvas ou especificações. Um enfermeiro (33 anos) se mostrou irritado com cursos de capacitação promovidos pela prefeitura. Segundo ele, esses cursos incluíam “dinamicazinhas” (técnicas de grupo) sem sentido e não consideravam a realidade

das Unidades: “eu me sinto em outro planeta naquele negócio. Parece que aquele povo nunca trabalhou aqui na ponta, parece que eles só sabem teoria”. O profissional sugeriu que houvesse capacitações para as equipes, mas que elas fossem ministradas por “alguém que realmente entenda o que está falando”.

Outro enfermeiro (37 anos) preconizou que as capacitações não sejam “médico-centradas”, característica que percebera no “curso Supera” (Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas & Universidade Federal de São Paulo, 2011) que ele havia feito. Disse ainda que elas deveriam discutir o “trabalho em equipe”, por ser tópico quase ausente das “formações acadêmicas”.

Segundo uma dentista (44 anos), a busca ativa deveria ser capaz de “fazer com que ele [o usuário] entenda que ele é importante, que existem coisas melhores na vida do que o prazer da bebida, que dá prazer, né? A gente não pode negar que dá prazer, só que é um prazer meio traidor”. No caso das estratégias de identificação e prevenção, especificou-se que não deveria haver apenas um profissional responsável, mas que todos os membros da equipe se envolvessem com a tarefa (“cada profissional pode fazer um pouquinho disso”).

A sugestão de implantar grupos terapêuticos nas Unidades foi a mais frequente, tendo sido mencionada por oito profissionais. Vale à pena destacar algumas especificações dessa sugestão:

- *Manifestou-se a crença de maior eficácia*: “nesses casos, [um grupo] funciona mais que um atendimento individual” (Farmacêutica, 26 anos).
- *Foram consideradas características do modelo adotado pelos Alcoólicos Anônimos*: “[grupos] para eles [os usuários] terem a oportunidade de conversar, de trocar experiências, é..., aquele..., cada um trocar a sua

experiência: como que está encarando a situação, como está vivenciando a situação, de que maneira está conseguindo sair da situação, quais as facilidades que estão tendo, quais as dificuldades, quais os empecilhos” (Médico, 53 anos).

- *Os grupos deveriam contar com consultoria especializada* (“o pessoal da saúde mental talvez teria mais condições de dizer qual instrumento que esse grupo usaria”; “poderia ter o suporte da psicologia”) e deveriam dispor de “ferramentas” para “manter a união desse grupo de etilistas”.
- *As “oficinas” deveriam ser diferentes dos atendimentos de grupo comumente praticados nas Unidades*: “uma oficina que seja, é..., não tanto um monólogo... A gente às vezes vê que tem determinados locais que é quase um monólogo, é uma palestra interminável, e é um sistema que não funciona mais” (Assistente Social, homem, 28 anos).

3.5. DOIS DISCURSOS EM UM SÓ

Nos tópicos precedentes, foi possível verificar como o grupo de profissionais de saúde respondeu ao conjunto específico de questões sobre o alcoolismo, como esse grupo *(re)produziu* falas sobre o assunto em encontros contextualizados com o pesquisador. Essas falas abrigaram diferentes sentidos, crenças, percepções, imagens, conhecimentos, *teorias*.

Cada entrevista poderia ter sido tomada como índice do complexo processo de construção objetivo-subjetiva próprio a cada participante e à singularidade de sua inserção social. Entretanto, não foi esse o caminho adotado. De acordo com o enfoque da pesquisa, buscou-se analisar a expressão de

fenômenos psicossociais em âmbito coletivo. O discurso dos sujeitos foi considerado em relação a seu pertencimento a grupos sociais, principalmente ao grupo de profissionais de Unidades de Saúde da Família.

Procurou-se identificar, em falas heterogêneas e singulares, os elementos comuns mais importantes. Partiu-se da premissa de que esses elementos eram traços de processos de construção coletiva da realidade social, construção de conhecimentos e comportamentos, representações e práticas sociais. Havia a seguinte questão de fundo: tendo em vista objetos específicos (o alcoolismo, os alcoolistas) como profissionais descreviam seu mundo e a si mesmos? Foi possível constatar que certas descrições eram muito constantes.

No que diz respeito às *dimensões* das representações sociais estudadas (Moscovici, 1961), verificou-se predisposição avaliativa (*atitude*) negativa quanto ao alcoolismo e aos usuários alcoolistas, expressa nos dados léxicos e semânticos. Os Temas identificados pela análise de conteúdo mostraram que os profissionais compartilhavam uma série de *informações* sobre os objetos, sobre sua presença, suas causas e possíveis tratamentos. As informações provinham tanto de fontes *normatizadoras* (a formação técnico-científica, os gestores do setor saúde) quanto da experiência pessoal, de interação direta com colegas e usuários. O *campo representacional* associado ao alcoolismo e aos usuários alcoolistas incluiu ideias e imagens relacionadas a outros objetos como: comorbidades, bares, morro, barracos (no sentido literal e figurado) população de rua, mendigos, familiares em sofrimento. Pode-se notar certa ênfase nos bares, indicando que o bar pode ser um ícone do *alcoolismo no morro*, o lugar por excelência dos *bêbados*.

É possível, portanto, descrever conjuntos articulados de conhecimentos do grupo social pesquisado a respeito dos objetos em questão, ou seja, *teorias compartilhadas*. Ao mesmo tempo, como era esperado, verificou-se que esses conhecimentos não eram completamente homogêneos, apresentando percepções e crenças marginais ou dissonantes. Cabe agora sistematizar os resultados obtidos.

A análise de conteúdo revelou certa decalagem entre a *percepção do alcoolismo* e a *percepção de inclusão do alcoolismo*. Os profissionais afirmaram que o alcoolismo *aparecia muito*, que se tratava de fenômeno constante no cotidiano de trabalho das Unidades. Entretanto, as formas mais frequentes de expressão desse fenômeno não pressupunham sua integração efetiva no conjunto de práticas e de metas das equipes.

No caso do *alcoolista com consequências do alcoolismo ou quadros associados*, a ênfase recaía sobre o cuidado a esses quadros associados. Ele não estava na Unidade por causa do alcoolismo propriamente. No caso do *alcoolista em intoxicação aguda, possivelmente agressivo*, revelou-se a percepção de uma série de dificuldades: ele não sabe o que quer, demanda atendimento imediato, causa tumulto, não se compreende o que ele diz, vai embora sem atendimento. O usuário alcoolizado foi descrito como malcheiroso, impulsivo, refratário. Os sentimentos mais frequentemente associados a seu atendimento foram impotência, frustração, preocupação e impaciência (além de nojo).

Foi dito ainda que a demanda para tratamento do alcoolismo por parte do usuário dificilmente ocorria; que, muitas vezes quem aparecia na Unidade não era

o alcoolista, mas sua família e seus problemas familiares; que o fenômeno se expressava fortemente nos bairros atendidos e nas residências dos usuários e que eventualmente o alcoolista buscava tratamento para essa condição em específico.

A *decalagem* mencionada se refere ao fato de que os profissionais percebiam que o alcoolismo aparecia muito ao mesmo tempo em que percebiam que ele não era satisfatoriamente incluído no cotidiano normal da Unidade (*aparece muito, mas não está de fato aqui*). Alguns participantes explicitaram a crença de que os profissionais tinham preconceito, praticavam discriminação e/ ou não estavam preparados para trabalhar com o alcoolismo.

Entretanto, isso não impediu que os profissionais reconhecessem uma série de instrumentos e de procedimentos que eles mobilizavam ou poderiam mobilizar para lidar com os casos. Para o alcoolista que aparecia por outros quadros, que chegava embriagado, que era identificado em visitas domiciliares, que eventualmente pedia tratamento, enfim, para todas essas formas de chegada do usuário, foram mencionadas estratégias de trabalho correspondentes, na forma de procedimentos técnicos em saúde: variados tipos de acolhimento, exame, acompanhamento e encaminhamento.

De fato, o Tema *os profissionais adotam procedimentos técnicos* foi quase onipresente. Sua alta frequência, associada à variedade de estratégias citadas, faz pensar que os próprios profissionais contradisseram as crenças de que as Unidades não lidam ou não estão preparadas para lidar com o alcoolismo. Isso leva à necessidade de especificar melhor que sentidos assumiram essas crenças.

Os profissionais percebiam que o alcoolismo aparecia muito e percebiam formas diferentes de chegada dos usuários. Reconheciam que prestavam uma série de atendimentos a esses usuários e enumeraram procedimentos dirigidos aos casos, mas percebiam que sua atuação era pontual, às vezes orientada unicamente aos quadros associados, assistemática e limitada por atitudes negativas adotadas frente aos alcoolistas, notadas na equipe ou em si mesmos.

Ou seja, a crença de que o *alcoolismo não tinha lugar nas Unidades* não significava tanto que alcoolistas não eram atendidos, mas sim que esses atendimentos não eram percebidos como prioridades, não eram organizados segundo diretrizes comuns, não eram constantes, sistemáticos, demandavam recursos que ultrapassavam a capacidade das Unidades e não geravam resultados satisfatórios. Não se percebia tanto um *não lidar com o alcoolismo*, mas sim um *não lidar bem com o alcoolismo*, recorrendo a várias justificativas: *a rede de serviços não está preparada, a Unidade não está preparada, eu não estou preparado, o usuário não está preparado, eu não gosto de alcoolistas*.

Houve também Temas dissonantes. Alguns profissionais afirmaram que a equipe lidava bem com os casos, que os profissionais não praticavam discriminação, que podia haver sentimentos de satisfação profissional e ausência de medo ao interagir com o usuário alcoolizado. Juntamente com as descrições de casos percebidos como *atendimentos com resultados*, os dados permitem levantar dúvida sobre a crença de falta de preparo mencionada acima: as Unidades não teriam mais recurso, preparo e resultados do que os profissionais acreditavam ou disseram acreditar?

É interessante ressaltar que a ambiguidade histórica, social, cultural, psicológica que caracteriza o álcool e seu consumo (Ancel & Gaussoit, 1998; Conrad & Schneider, 1992; Sournia, 1986) se manifestou fortemente nas representações construídas pelos profissionais. Frente ao consumo crônico (alcoolismo) o grupo investigado oscilou entre duas alternativas: aplicar seu saber técnico-científico e omitir-se/ excluir. Hipóteses para explicar essa ambiguidade poderiam ser levantadas. Em princípio, seria possível pensar que ela se deveu a diferenças entre Unidades ou profissionais: aqueles mais bem preparados prefeririam a primeira alternativa ao invés da segunda. Outra possibilidade explicativa seria afirmar que a abordagem técnica efetiva do alcoolismo dependeria da vontade expressa do usuário em se tratar.

Embora essas explicações possam ser parcialmente verdadeiras, propõe-se aqui que elas não são suficientes. Com base nos dados das entrevistas e sob ponto de vista psicossocial, a ambiguidade na percepção das práticas dirigidas aos usuários alcoolistas decorre da ambiguidade inerente à representação desses mesmos usuários, *simultaneamente objetivados como doentes e como moralmente fracos, ou delinquentes, ou marginais.*

Não se trata, tampouco, de considerar que a concepção de alcoolismo-como-doença e a sua abordagem por procedimentos técnicos seria *abstrata* enquanto a concepção de alcoolismo como desvio e sua exclusão seria *concreta*. Verifica-se que ambas as apreensões do fenômeno são *simultâneas e concretas*. Ou seja, dizem respeito a aspectos contraditórios que convivem na criação coletiva da realidade social habitada pelos profissionais. Em suas representações, eles tratavam do alcoolismo ao mesmo tempo em que consideravam (quase)

impossível tratá-lo; a Unidade era e não era o lugar para o alcoolista; sua intervenção era simultaneamente muito importante e inócua.

Quanto às causas do alcoolismo, pode-se dizer que elas não eram percebidas como unívocas ou bem delimitadas. Ao contrário, acreditava-se que os fatores causais eram numerosos e heterogêneos. Mais que isso: depreende-se das falas dos entrevistados a crença mais ou menos implícita de que esses fatores estavam além de sua compreensão e de sua capacidade de intervenção. Trata-se de interpretação explicativa da crença na falta de preparo, referida acima: *não posso lidar com algo que não entendo*.

Nesse caso, o processo de construção das representações sociais incluía curioso e aparente paradoxo. O esforço para *tornar familiar o não-familiar* resultava na objetivação de condição intrinsecamente desconhecida. Em outras palavras, os profissionais tornavam o alcoolismo familiar percebendo-o como estranho. Cabe retomar a hipótese da ancoragem identitária, grupal e contextual do fenômeno. Uma vez que as práticas das Unidades estavam centradas no paradigma biomédico tradicional (como indicam outros estudos e o capítulo anterior), faz sentido que os profissionais enfatizassem a dificuldade de lidar com condição percebida como algo que extrapolava esse campo.

De fato, como se viu, os profissionais destacaram causas sociais e psicológicas. A *fuga de problemas* foi a forma mais citada de causa psicológica para o alcoolismo, eventualmente implicando perceber o usuário como *covarde* ou *preguiçoso* (*ele não consegue enfrentar problemas que outras pessoas conseguem enfrentar*). Com menor frequência, evocaram-se os Temas: *hábito/comportamento condicionado, falta de autoestima, falta de perspectivas para o*

futuro, fraqueza psicológica e dificuldade de se expressar. Verificou-se que essas causas foram frequentemente articuladas às causas ditas sociais, ligadas à percepção de precariedade material e social: *fuga da realidade, falta de perspectivas por causa da pobreza, falta de autoestima por causa do desemprego, etc.*

Dentre as causas sociais, três Temas se referiram ao conjunto da sociedade, o *estímulo dos pares e das propagandas de televisão* e a *falta de valores*. Esse também foi o caso de falas que citaram os fatores sociais, genéticos e psicológicos *em geral*. Quando falaram desses Temas, os profissionais poderiam se referir ao conjunto da sociedade, a qualquer meio social.

Enquanto isso, os outros Temas classificados como causas sociais versaram principalmente sobre os bairros e usuários de classe popular atendidos pelas Unidades: *família desestruturada, cultura da comunidade, dificuldades financeiras, falta de um (bom) emprego, falta de alternativas de lazer, falta de reconhecimento social, violência*. Esse fato, associado à quase onipresença de menções literais aos “fatores sociais” ou ao “social”, indica que as representações sociais investigadas incluíam *certa ligação causal entre pobreza e alcoolismo*. Em consonância com o princípio de dualismo causal (Moscovici, 1961, 2007), as causas atribuídas ao fenômeno eram não só eficientes, mas também fenomênicas.

As causas eficientes são as que levam logicamente aos efeitos, enquanto as causas fenomênicas articulam fenômenos coocorrentes que ganham valor explicativo. Buscavam-se, além dos porquês, as intenções (Moscovici, 2007). As causas eficientes citadas foram: facilidade de acesso ao álcool (droga lícita) e

conjugação desfavorável de fatores sociais, genéticos e psicológicos para determinar a consequência, uma *doença*. As causas fenomênicas giraram em torno da coocorrência entre alcoolismo e pobreza. Além de doente, o alcoolista foi descrito como habitante de *outra realidade*, caracterizada pela precariedade, da qual ele tem a intenção de fugir.

O alcoolismo seria tomado, em parte, como *consequência* de contexto marcado por cultura própria e por pobreza material e humana. Isso também contribuiria para explicar a crença no despreparo e o sentimento de impotência: *por trás do alcoolismo dos usuários que atendo há algo sócio-cultural (percebido talvez como natural e imutável) que os procedimentos de saúde que posso oferecer não conseguem alcançar.*

Encontraram-se, aqui e ali, evidências de *formalismo espontâneo*, outra marca de estilo das representações sociais, correspondente ao uso de fórmulas feitas, clichês, associada à difusão de informações simultaneamente superabundantes e insuficientes. Sobre o alcoolismo, disse-se que é uma doença “multifatorial”, que o tratamento tem que ser “interdisciplinar”, que a pessoa tem que “se reconhecer doente”, que “tem que evitar o primeiro gole”, que é consequência da “família desestruturada”, de “beber para esquecer as mágoas”, dentre outras expressões de forte penetração social.

Mesmo com a desconfiança quanto à capacidade de prover soluções consistentes, os profissionais sugeriram uma série de ações para tratar o alcoolismo. Algumas dessas sugestões foram feitas para o *alcoolismo em geral*, enquanto outras, mais claramente para os usuários que eles atendiam.

Destacaram-se as percepções de que o tratamento devia ser multiprofissional, incluindo especialmente atendimentos médico, psiquiátrico e psicológico; devia se dirigir não só ao usuário, mas também à sua família e devia incluir frequência a grupos como os Alcoólicos Anônimos ou a grupos com funcionamento semelhante. Foram feitas numerosas referências a profissionais, a procedimentos próprios às Unidades e à crença de que a Unidade devia tratar em conjunto com o CAPS-ad. Temas como *visita domiciliar/ busca ativa e apoio da Equipe Matricial* foram explicitamente ligados à atuação das USF.

Constatou-se que, tomadas em conjunto, as falas dos profissionais incluíram duas ideias importantes: *as Unidades de Saúde devem assumir papéis relevantes no atendimento ao alcoolista e elas não devem realizar sozinhas esse atendimento*, enfatizando a presença do CAPS-ad. Interessante observar que essas ideias são pressupostos de diretrizes nacionais para o assunto (Brasil, 2004, 2007).

3.5.1. LUGARES DE ENUNCIÇÃO

O ALCESTE permitiu análises adicionais. Identificou Classes compostas por trechos de discurso (UCE) com vocabulário significativamente semelhante, apresentando listas de palavras e UCE características. Com isso, possibilitou identificar tópicos e meta-tópicos, sendo esses últimos os nomes das Classes.

As Classes são indícios de *lugares comuns* (Lima, 2008). Elas podem ser interpretadas simultaneamente de duas formas: a) como *categorias semânticas, abrigos de sentidos compartilhados* e b) como marcas da atividade representacional, marcas dos lugares comuns (*pontos de vista*) por meio dos

quais os participantes *construíram* sentidos. Para resumir, pode-se dizer que as Classes são por um lado *abrigos*, por outro, *geradoras de sentidos*. No presente relato, interpretadas como *abrigos de sentido*, as Classes confirmaram os principais Temas identificados pela análise de conteúdo, fornecendo visão geral sobre os conjuntos semânticos que organizaram o discurso.

Com relação à primeira questão, *como os alcoolistas aparecem e como a equipe lida*, as respostas providas pelas Classes foram: os alcoolistas *aparecem* por meio das *consequências e outros problemas de saúde, familiares e sociais*, e/ou exibindo *vontades contraditórias*, comportamentos inadequados (como foi descrito anteriormente sobre o *alcoolista em intoxicação aguda, possivelmente agressivo*). No que diz respeito às formas de a equipe lidar com os casos, as Classes evidenciaram a ambiguidade: por um lado, o *despreparo, a exclusão* e, por outro, o *acolhimento*. Destacaram também os *procedimentos técnicos adotados*, tratando-se justamente do conjunto de Temas mais importantes da análise de conteúdo.

A correspondência também foi notável quanto à segunda questão. A Classe mais volumosa reiterou a multideterminação do alcoolismo, causado por *fatores sociais, genéticos e psicológicos*. A ideia de *aceitação social do álcool e de suas funções* correspondeu principalmente aos Temas do *estímulo dos pares e fuga de problemas*. O Tema da *cultura da comunidade*, destacado como central na análise de conteúdo, também constituiu Classe análoga.

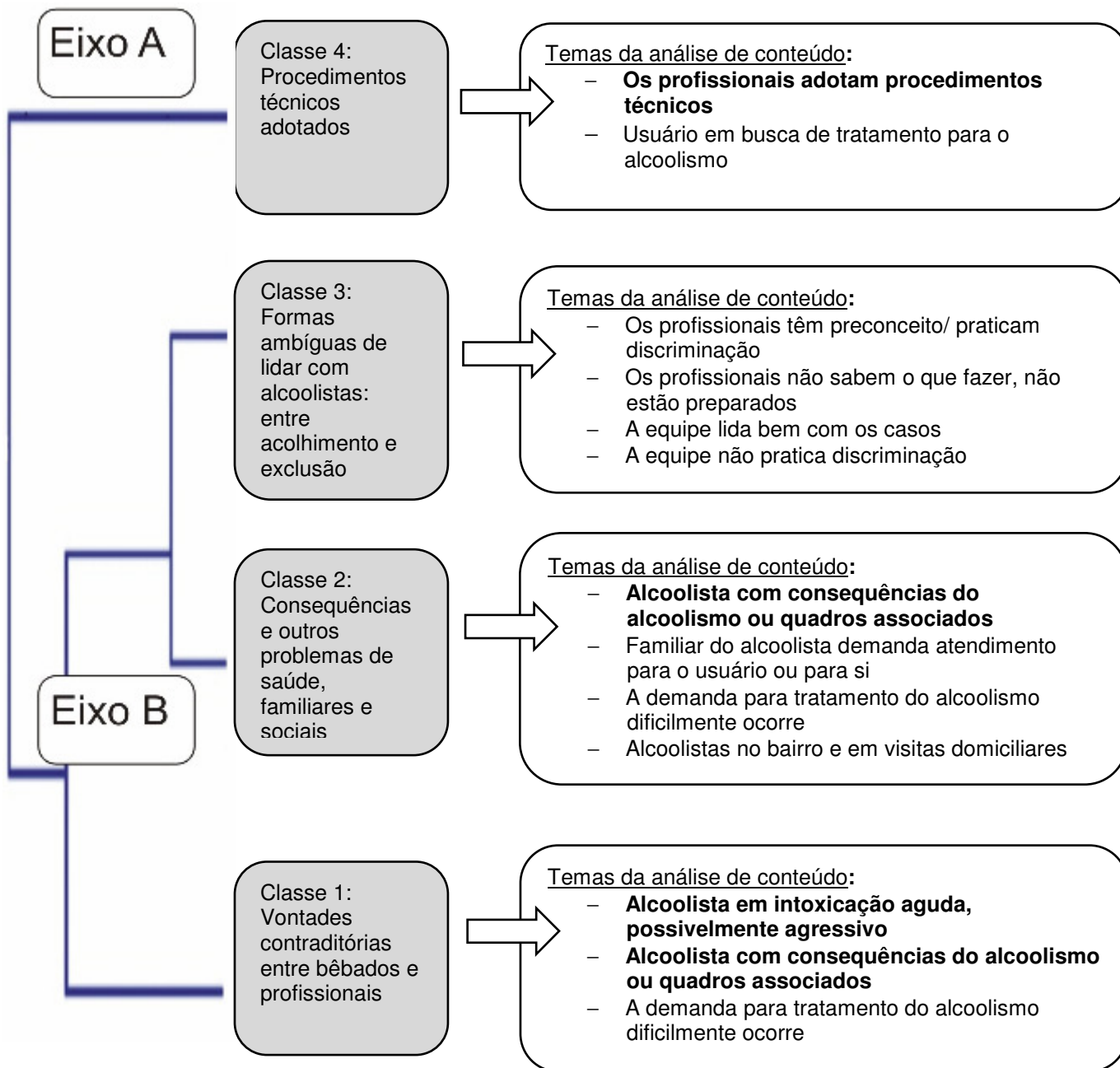
Por fim, quanto à questão de que tratamento deve ser adotado, as Classes responderam que deve ser *tratamento multiprofissional do alcoolista e de sua família*; que deve *haver a vontade* do usuário em seguir o tratamento, vontade

que também deve ser promovida pelos profissionais junto a eles; que devem ser combinados recursos da *Unidade* e de outros serviços, por meio de *encaminhamentos*. Esse conjunto de ideias é o mesmo que predominou nos Temas que emergiram da análise de conteúdo.

Portanto, tomadas como *abrigos de sentido*, as Classes geradas pelo ALCESTE confirmaram os principais elementos de compreensão do discurso já destacados. Entretanto, as Classes também podem ser vistas como indícios de *lugares comuns*, por meio dos quais se produziram sentidos. Adotando essa perspectiva, é possível analisar as práticas representativo-discursivas recorrentes que organizaram o discurso e a partir das quais os Temas da análise de conteúdo foram produzidos.

Essas relações são ilustradas pelas Figuras 6, 7 e 8. Trata-se de dendrogramas estilizados, que mostram novamente as Classes e que descrevem os Temas produzidos a partir dos lugares comuns que elas representam. Integram, assim, os resultados dos dois procedimentos de análise. Nesses *quadros integradores*, optou-se por manter o formato do dendrograma, para não perder a informação sobre as relações entre as Classes. Nota-se que alguns Temas se repetiram em diferentes mundos lexicais. Os critérios para associar um Tema a uma Classe foram sua correspondência ao vocabulário típico da Classe e/ ou às UCE destacadas nos Quadros AICLA. Temas com frequência maior a 40% foram destacados com negrito. Os *Eixos A* e *B*, marcados sobre os dendrogramas, serão discutidos mais adiante.

Figura 6. Quadro integrador ALCESTE e análise de conteúdo para a questão sobre como o alcoolismo aparece e como a equipe lida com os casos



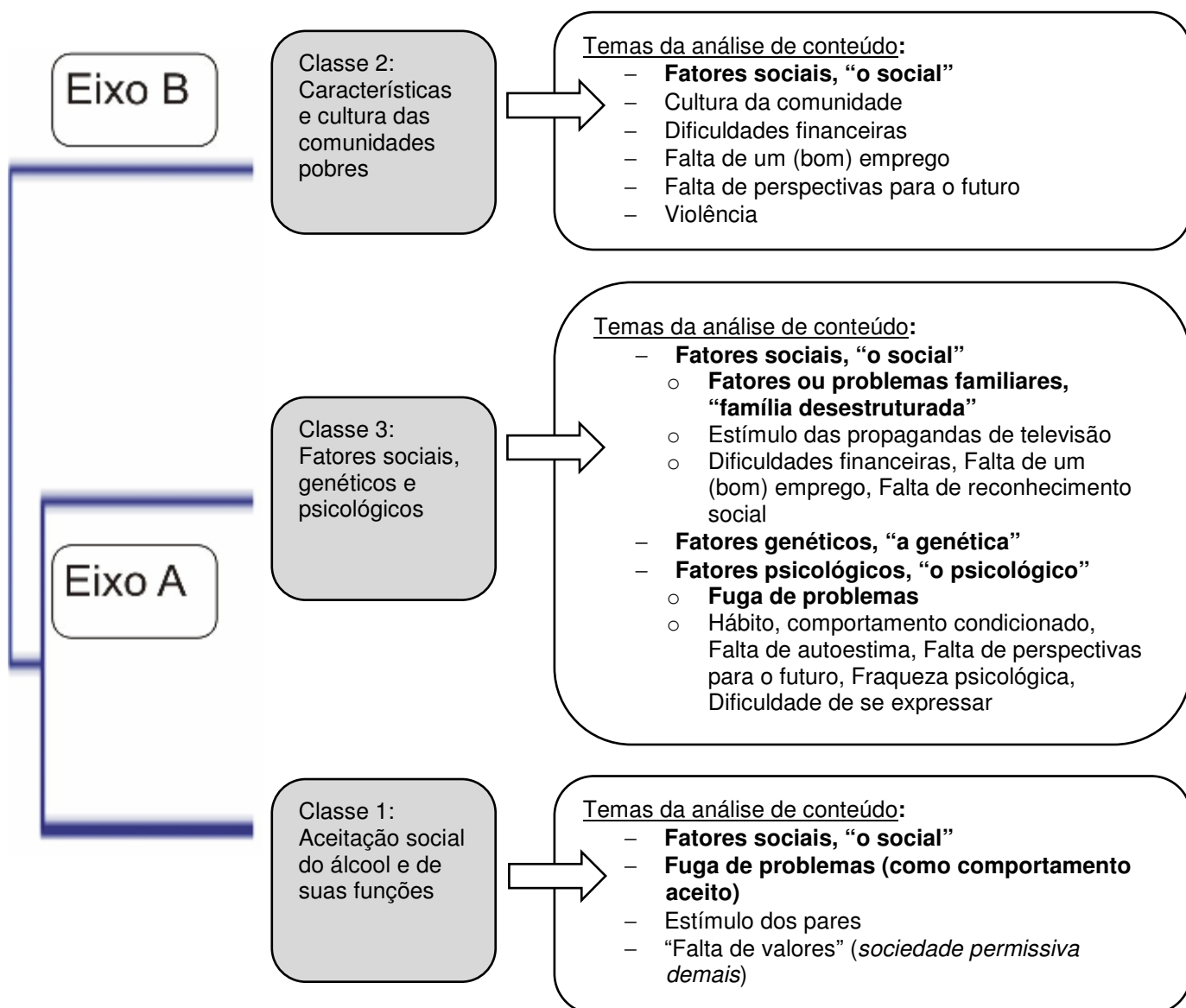
O quadro integrador é fonte de análises adicionais. Ele permite compreender relações entre os Temas que não haviam sido averiguadas na análise de conteúdo ou confirmar relações identificadas. Permite saber que

Temas se originaram de um mesmo lugar comum, caracterizado por práticas representacionais e discursivas recorrentes. Uma vez que os mundos lexicais estão associados a *depósitos de sentidos*, retoma-se a hipótese de congruência entre *léxico sobre o objeto* e *percepção sobre o objeto* para os Temas originados de uma mesma Classe.

Na Figura 6, por exemplo, vê-se que a Classe 4 gerou os Temas do *usuário em busca de tratamento para o alcoolismo* e da *adoção de procedimentos técnicos*. As ideias de haver essa busca (*a demanda que ocorre*) e de ter os instrumentos para agir se originaram do mesmo campo discursivo. Nota-se que, de forma bastante lógica, o Tema da *demanda que dificilmente ocorre* se encontra do lado oposto do dendrograma.

A Classe 1, organizada em torno da ideia das motivações inadequadas do alcoolista e da impossibilidade do atendimento pleno, gerou núcleos de sentido relativos tanto ao *alcoolista em intoxicação aguda* quanto ao *alcoolista que aparece pelas consequências*. Isso sugere que as formas mais frequentes de perceber o alcoolista estão associadas à crença na impossibilidade de intervir sobre o alcoolismo propriamente. O que também é indicado pela proximidade entre os mundos lexicais das Classes 2 e 3, agrupadas anteriormente como formas de *dissimulação* do alcoolismo no contexto da Unidade (ocultado por outras doenças ou excluído).

Figura 7. Quadro integrador ALCESTE e análise de conteúdo para a questão sobre que fatores causam o alcoolismo



A Figura 7, sobre as causas do alcoolismo, permite verificar que diferentes lugares de enunciação produziram diferentes sentidos para os “fatores sociais”. Por um lado, esses fatores estiveram associados à *gênese do alcoolismo na sociedade em geral*: independentemente do contexto, o alcoolismo poderia ser explicado por fatores genético-fisiológicos, psicológicos e sociológicos, incluindo,

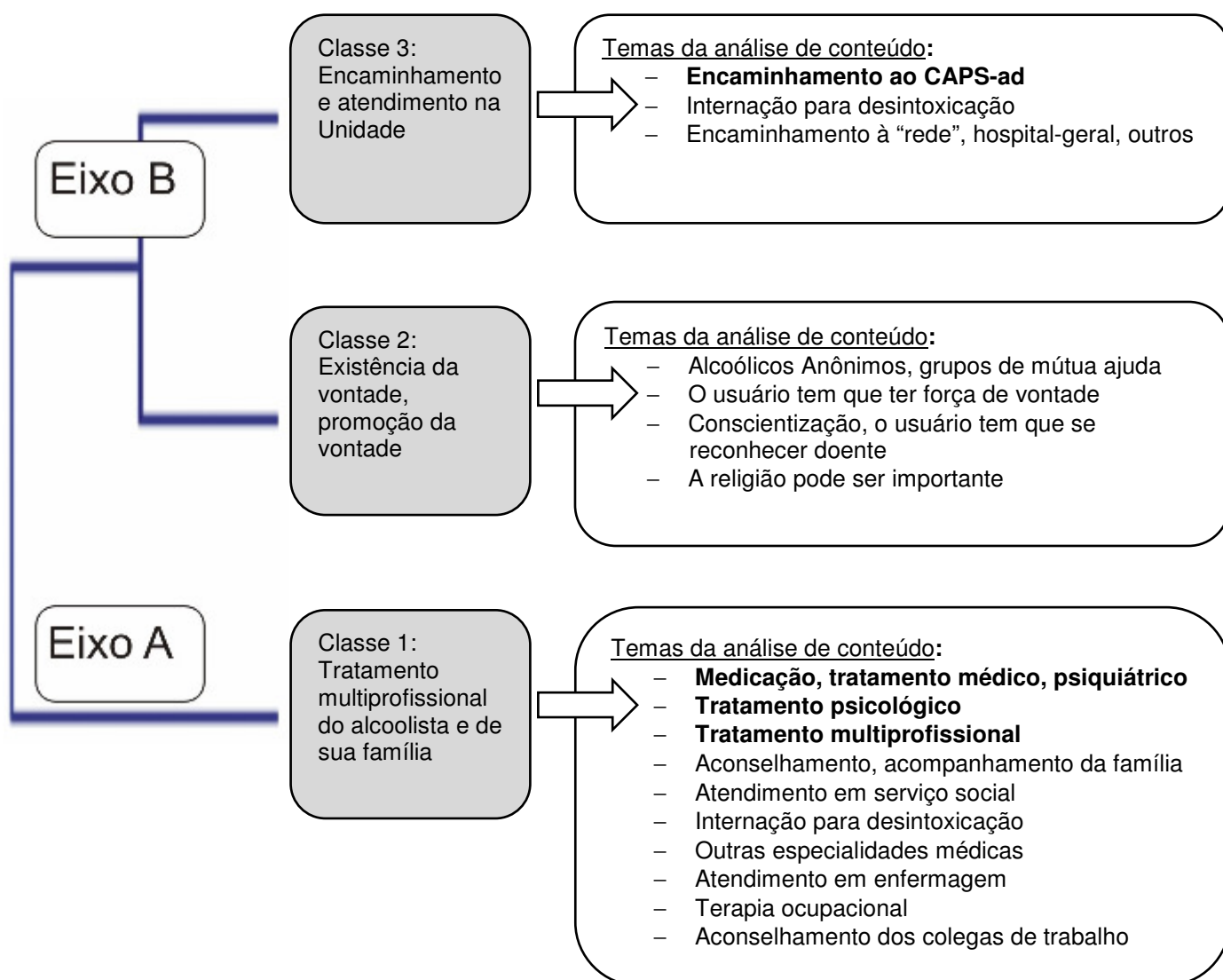
nesses últimos, a aceitação social do álcool, sua naturalização e o incentivo dos pares (Classes 1 e 3).

Por outro lado, os “fatores sociais” se associaram à *gênese do alcoolismo nos bairros atendidos*, às comunidades, sua precariedade e cultura específica (Classe 2). A análise de conteúdo evidenciou que o Tema da *família desestruturada* esteve semanticamente associado à percepção das comunidades empobrecidas. O ALCESTE identificou que vocábulos relacionados a problemas familiares estiveram associados à Classe 3. Pode-se considerar que o Tema das dificuldades familiares foi referido como causa do alcoolismo tanto no que diz respeito à sociedade em geral quanto no que diz respeito às “comunidades” específicas.

A ideia de estímulo dos pares foi produzida em relação às funções percebidas da alcoolização: autoafirmação, superar a timidez. Enquanto isso, as propagandas de televisão foram evocadas no mundo lexical associado à explicação *tridimensional* do fenômeno.

Verificou-se que o Tema da *fuga de problemas* estava associado não só à eventual fraqueza psicológica dos alcoolistas, mas também a formas socialmente aceitas de aliviar dificuldades ou pressões do dia-a-dia. O problema não é *fugir eventualmente das dificuldades (todos têm direito a relaxar de vez em quando)*, mas sim *persistir na fuga*, o que caracterizava a percepção sobre os alcoolistas.

Figura 8. Quadro integrador ALCESTE e análise de conteúdo para a questão sobre que tratamento deve ser adotado



Vê-se, na Figura 8, contraste entre os Temas produzidos a partir da Classe 1, que descrevem a percepção de tratamento ideal, a ser provido de maneira integral pelos serviços de saúde, e os Temas produzidos a partir das Classes 2 e 3, que enfatizaram o encaminhamento e os recursos extrassanitários.

Um mesmo lugar de enunciação gerou os Temas relativos à conscientização, força de vontade, Alcoólicos Anônimos e religião. Isso sugere que essas organizações estavam associadas à ideia de existência e promoção da força de vontade.

3.5.2. SISTEMAS DE PENSAMENTO E DE PRÁTICAS

Foram destacados dados sobre distância ou proximidade das Classes nos dendrogramas, que correspondem, respectivamente a diferenças ou semelhanças marcantes entre os mundos lexicais. Para compreender melhor a contribuição singular do ALCESTE, é importante aprofundar essas análises, o que será feito a seguir por meio da abordagem dos *Eixos A e B*, indicados nas Figuras precedentes.

Como se viu, esses Eixos sinalizaram os campos discursivos caracterizados pelas diferenças mais significativas. A hipótese proposta aqui para explicar essas diferenças é a seguinte: *as falas dos profissionais recorreram simultaneamente a dois sistemas distintos de pensamento e de práticas que organizam a realidade social: universo reificado e universo consensual* (tais como definidos por Moscovici, 2007).

O universo reificado diz respeito aos saberes científicos, à normatividade das leis e às hierarquias que eles produzem na ordenação dos papéis sociais (*fala-se como juiz, como professor, como médico*). O universo consensual diz respeito aos saberes do cotidiano, aos saberes contextualizados, associados à conversação espontânea e aos diferentes tipos de interações grupais (*fala-se como pessoa*). Enquanto o Eixo A indica os *lugares de enunciação* associados ao

universo reificado, o Eixo B faz o mesmo para o universo consensual. O Quadro 20 agrupa as Classes segundo esses eixos.

Quadro 20. Agrupamento das Classes geradas pelo ALCESTE segundo associação aos universos reificado e consensual

	Eixo A (referências ao universo reificado)	Eixo B (referências ao universo consensual)
Como o alcoolismo aparece e como a equipe lida	<ul style="list-style-type: none"> – Procedimentos técnicos adotados 	<ul style="list-style-type: none"> – Vontades contraditórias entre bêbados e profissionais – Consequências e outros problemas de saúde, familiares e sociais – Formas ambíguas de lidar com alcoolistas: entre acolhimento e exclusão
O alcoolismo quanto a suas causas	<ul style="list-style-type: none"> – Fatores sociais, genéticos e psicológicos – Aceitação social do álcool e de suas funções 	<ul style="list-style-type: none"> – Características e cultura das comunidades pobres
O alcoolismo quanto ao tratamento	<ul style="list-style-type: none"> – Tratamento multiprofissional do alcoolista e de sua família 	<ul style="list-style-type: none"> – Encaminhamento e atendimento na Unidade – Existência da vontade, promoção da vontade

Os lugares discursivos centrados no universo reificado incluíram a imagem do alcoolista que aparece como *usuário normal (ideal)*: ele busca o tratamento. As formas de a equipe lidar com os casos são aquelas prescritas pelas ciências e normas da saúde: adotam-se procedimentos técnicos, com várias formas de acolhimento, exame, acompanhamento e encaminhamento.

As causas do alcoolismo foram informadas pelas ciências genético-fisiológica, psicológica e sociológica: os fatores genéticos, intrapsíquicos, de interação social e a aceitação do álcool como droga lícita. O tratamento ganhou contornos ideais: ele deve abarcar a multifatorialidade, deve ser completo, integral, multiprofissional e deve incluir não só o alcoolista, mas também sua

família. Sintetizando, com referência ao universo reificado, o alcoolismo foi representado como *doença multifatorial a ser tratada de forma integral*.

Ao assumir esses *lugares de enunciação*, os participantes falaram como profissionais, informados pelas diretrizes técnico-políticas e pelas ciências da saúde. Expressaram percepções e conceitos sobre as relações formais entre os serviços de saúde, sobre o que deveria acontecer, sobre o que se deveria pensar (sendo provavelmente também aquilo que era percebido como *o que se deveria dizer ao pesquisador*). Esse registro do discurso buscou minorar a expressão de elementos afetivos.

Enquanto isso, os *lugares discursivos* centrados no universo consensual incluíram as imagens de como os alcoolistas apareciam mais frequentemente (tal como percebido pelos participantes) no cotidiano das Unidades: pela via das consequências e dos quadros associados e exibindo vontades e condutas inadequadas ou até ameaçadoras. As formas de a equipe lidar com os casos foram descritas eventualmente como acolhimento sem discriminação, mas conferiu-se destaque ao despreparo do profissional e à exclusão do alcoolista (de qualquer maneira, todas essas formas se referiam a experiências concretas).

A partir desses lugares discursivos, expressou-se a crença de que o alcoolismo é causado por características e cultura das comunidades pobres. A descrição do tratamento que deve ser adotado se referiu ao domínio da vivência cotidiana: o atendimento possível na Unidade de Saúde e o destaque para o encaminhamento a outros serviços. Nesse ponto, expressou-se também a crença sobre a importância da existência e da promoção da vontade, associada, como visto, às organizações extrassanitárias, religião e Alcoólicos Anônimos.

Sintetizando, com referência ao universo consensual, o alcoolismo foi representado como *problema social, relacionado à pobreza das comunidades, a ser tratado com os (escassos) recursos disponíveis e com força de vontade.*

Ao assumir esses lugares de enunciação, os participantes falaram como *peessoas* que consideravam suas vivências cotidianas. Falaram sobre percepções do que acontecia de fato, do que realmente se pensava sobre o fenômeno, o que incluía medidas variáveis do *prescrito*, e que certamente não se reduzia a ele. Descreveram relações concretas com outros serviços de saúde e integraram mais facilmente expressões de elementos afetivos.

As diferentes tomadas de posição cognitivo-discursivas assumidas pelos participantes foram sistematizadas no Quadro 21.

Quadro 21. Diferentes tomadas de posição cognitivo-discursivas dos participantes, associadas aos universos reificado e consensual

Universo reificado (lugar comum de enunciação, correspondente ao Eixo A)	Universo consensual (lugar comum de enunciação, correspondente ao Eixo B)
Percepções sobre o que deveria acontecer, sobre o que se deveria pensar, o <i>prescrito</i> , o que deveria ser dito ao pesquisador	Percepções sobre o que acontecia de fato, sobre o que se pensava de fato (incluindo medidas variáveis do <i>prescrito</i>)
Falou-se como profissional de saúde	Falou-se como pessoa
Domínio da formação profissional	Domínio da vivência cotidiana
Domínio da normatividade em saúde, das relações formais entre diferentes serviços	Domínio das práticas em saúde, das relações percebidas entre diferentes serviços
Objetivou-se minorar a expressão de elementos afetivos	Integrou-se a expressão de elementos afetivos

Representações sociais são frutos de universos consensuais. Os sujeitos se apropriam de conteúdos abstratos e eruditos dos universos reificados,

modificando-os, adaptando-os (Moscovici, 2007). Vê-se que os participantes produziram representações tendo como base esses dois universos, esses dois aspectos da realidade, esses dois sistemas de pensamento e práticas, ancorando o alcoolismo simultaneamente nas noções de *doença* e de *problema social*. *As representações articulavam dois discursos em um só.*

Operava-se uma passagem do não-familiar, as categorias abstratas do universo reificado, ao familiar, os *conhecimentos pragmáticos* adotados para perceber o objeto e orientar condutas sobre ele no cotidiano. *Teorias vivenciais recriavam teorias científicas incorporando-as.* Apesar de os profissionais serem legitimados socialmente, por sua formação, como portadores do saber científico, é possível afirmar com razoável certeza que as relações entre profissionais e usuários em geral (e alcoolistas em específico) não eram pautadas unicamente pelas diretrizes e ciências da saúde. Demonstrar esse ponto é característica particularmente importante do enfoque psicossocial adotado nesta pesquisa.

Em todo o conjunto de entrevistas, identificam-se os princípios de analogia e compensação. O uso das metáforas são sinais do princípio de analogia. O alcoolista é como um “turrão”, que “rebate” o que se fala (usuário refratário às orientações), é como um “mendigo”, um “trapo”. Ele “enche a cara” (imagem do inchaço, do excesso), “descamba geral” (imagem da queda). Atender o usuário alcoolista é como “mexer em casa de maribondo”, sendo necessário eventualmente “enrolar o sujeito” ou recorrer ao “terrorismo”. A necessidade de promover o vínculo foi referida como “amarrar” ou “resgatar”, assim como se fala sobre um barco à deriva ou sobre um delinquente em ressocialização.

Frequentemente, se vê o trabalho “ir por água abaixo”, em Unidade que “não tem perna” para fornecer atendimento satisfatório.

A compensação corresponde à busca de estratégias cognitivas para conciliar inferências contraditórias, advindas de diferentes inserções sócio-subjetivas. Os participantes não falaram somente como profissionais de saúde, mas também como membros das classes médias, como consumidores ou não de álcool, como parentes ou não de alcoolistas, como pessoas que emitem julgamentos sociais. Conciliaram-se, por exemplo, as percepções de que o alcoolismo *aparece muito e não está de fato presente*; de que *existem tratamentos disponíveis* e de que *é impossível tratar*, entre outras. O recurso aos dois universos, às marcas de estilo cognitivo das representações sociais e a seus diferentes tipos de raciocínio (não só causas eficientes, não só raciocínio operatório) mostram a presença do *estado de polifasia cognitiva*.

Obtiveram-se dados sobre processos sócio-cognitivos já referidos de objetivação e ancoragem. Nas entrevistas, a objetivação do *alcoolismo* (noção abstrata) gerou formas múltiplas e heterogêneas de ver a *figura concreta do alcoolista*: o alcoolista que chega pelas comorbidades; o bêbado inconveniente e potencialmente agressivo; o alcoolista apenas citado na fala dos familiares; os bêbados espalhados pelo bairro; o alcoolista que procura tratamento.

A objetivação envolve a constituição de núcleo figurativo, sua naturalização, generalização e seu reconhecimento na realidade social. Como componentes desse núcleo figurativo, foram descritos homens e mulheres que apresentavam comorbidades, descontrole da fala e do comportamento, refratários a orientações, possivelmente agressivos, com cheiro de álcool e higiene precária.

A substantivação das causas é sinal de sua objetivação: *um* social precário, *um* psicológico frágil.

A ancoragem, por sua vez, envolve o problema da classificação. Como se viu, as representações ancoraram em concepções técnico-científicas do fenômeno: o alcoolismo foi classificado como *doença que tem tratamento*. Ancoraram também em concepções sobre as “comunidades”, sobre os usuários em geral, sobre a pobreza, sobre as classes populares e sua cultura (família desestruturada, monoparentalidade materna, mendigos), classificado como *problema social*. Os dados indicam que os profissionais adotaram dois tipos de *lugares comuns*, ou pontos de vista simultâneos: falaram como profissionais de saúde que avaliavam usuários e suas patologias; falaram como membros das classes médias que avaliavam os pobres, sua “cultura” e condições de vida. Inferem-se implicações identitárias (construção e reforço de identidade) e ancoragem em sentimentos de pertença grupal: *sou profissional de saúde, sou não-alcoolista, sou não-pobre*.

O ALCESTE permite refletir sobre “fundos tópicos”, *núcleos gravitacionais do discurso*, associados a “thêmata”, *núcleos gravitacionais do imaginário coletivo*, como substratos para ancoragem das representações (Lima, 2007, 2008). Esses substratos se constituem por oposições simples (Moscovici & Vignaux, 2007). Dentre elas, acreditamos que cabe ressaltar aqui as oposições *ativo versus passivo* e *controle versus descontrole* a ser inferida tanto na percepção dos profissionais sobre si próprios quanto naquela dirigida ao alcoolismo. Quem ou o que age? Quem ou o que sofre a ação?

A oposição *ativo versus passivo* se expressou em cada um dos dendrogramas analisados, estando associada à repartição entre Eixos A e B. Na Figura 6, como já dito, encontrou-se de um lado o tópico dos procedimentos técnicos adotados, as descrições do que se faz, do que se sabe fazer, o polo *ativo*, da ação e do controle sobre o objeto. De outro lado, identificaram-se três tópicos por meio dos quais os participantes descreveram como *sofriam* a ação do objeto e as dificuldades advindas de sua positividade fenomênica, fundamentalmente impossíveis de controlar.

Com relação à questão da causalidade (Figura 7), o polo ativo, representado pelo Eixo A, abrigou as explicações científicas sobre o fenômeno, forma de dominar e controlar o objeto pela razão. Em oposição, o tópico das características e cultura das comunidades pobres remeteu à alteridade, ao desconhecido, ao incontrolável, ao que escapa das possibilidades de intervenção.

Finalmente, quanto ao tratamento, constou, de um lado, o discurso sobre o tratamento ideal: multiprofissional, integral, plenamente ativo e sob controle. De outro, tópicos percebidos como exteriores a seu domínio e que traduziram a dependência dos profissionais: o encaminhamento (dependência de recursos de outros), a existência da vontade (dependência da vontade de outros).

O polo ativo-controle esteve, portanto, associado ao Eixo A, ao recurso ao universo reificado como forma de circunscrever e objetivar a realidade e a si mesmos (autodefinição como profissionais de saúde: o *profissional age sobre o objeto*). O polo passivo-descontrole remeteu às dificuldades, à impossibilidade de cumprir esse ideal. Encontra-se aqui um paradoxo curioso e aparente. Nos universos reificados, os sujeitos se submetem (*de certa forma, passivamente*) ao

que é prescrito pela ciência e pelas normas, enquanto nos universos consensuais criam (*ativamente*) suas próprias teorias e sua própria norma a partir de sua experiência. Pode-se dizer, portanto, que os profissionais se reconheceram passivamente como ativos e ativamente como passivos. O paradoxo é aparente porque as representações produzidas são sempre fruto da *atividade* (cognitiva, afetiva, pragmática) mesmo que incorporem (e também porque incorporam) elementos do universo reificado.

Com os *dois discursos sobre o alcoolismo*, alternaram-se as crenças na onipotência (atividade absoluta) e na impotência (passividade absoluta). Trata-se de ponto particularmente importante para a formação continuada e demais tipos de intervenção dirigidos aos profissionais: tanto a onipotência quanto a impotência são, é claro, ilusórias. Não é verdade que os profissionais *podem tudo* frente aos alcoolistas, que eles transformarão os usuários pela mera aplicação de sua vontade, propósito ou decisão. Mas, também não é verdade que eles nada podem, como indicam suas próprias falas. Esse assunto é retomado no Capítulo 5.

Pode-se supor a aplicação da mesma oposição *ativo versus passivo*, na construção das representações sobre o alcoolista, sendo ele visto como *passivo* frente ao álcool (como nas representações de membros dos Alcoólicos Anônimos pesquisados por Garcia, 2004). Imagens do movimento preciso e da retidão do corpo que as representações fazem corresponder à retidão da razão e do caráter contrapõem-se às imagens da queda, da marcha trôpega, da dubiedade moral, da vertigem, manifestação da oposição dos termos *controle versus descontrole*

(Ancel & Gaussoit, 1998). Enquanto os profissionais teriam que se identificar com o primeiro, o alcoolista seria o reflexo do segundo.

Para completar essa discussão, serão consideradas as contribuições do ALCESTE quanto às variáveis independentes gênero e profissão. O Quadro 22 sistematiza as Classes, agrupadas nos Eixos A e B, que foram ocupadas significativamente mais por profissionais mulheres e profissionais homens, médicos e não-médicos.

Quadro 22. Relações entre Classes identificadas pelo ALCESTE e variáveis independentes gênero e profissão

Eixo A	Causas: Fatores sociais, genéticos e psicológicos	Profissionais mulheres Profissionais médicos
	Causas: Aceitação social do álcool e de suas funções	Profissionais não-médicos
	Tratamento: Tratamento multiprofissional do alcoolista e de sua família	Profissionais médicos
Eixo B	Como aparece: Formas ambíguas de lidar com alcoolistas: entre acolhimento e exclusão	Profissionais mulheres Profissionais não-médicos
	Como aparece: Vontades contraditórias entre bêbados e profissionais	Profissionais homens
	Tratamento: Encaminhamento e atendimento na Unidade	Profissionais homens Profissionais não-médicos
	Tratamento: existência da vontade, promoção da vontade	Profissionais mulheres Profissionais não-médicos

Médicos tiveram presença maior somente em tópicos do Eixo A, associado ao universo reificado. Portanto, esses profissionais recorreram caracteristicamente às abstrações, às formas técnico-científicas de descrever o fenômeno. Esse dado é condizente com estudos que consideram a formação dos médicos e sua autopercepção como especialistas que fornecem soluções

técnicas a problemas de saúde. Esses estudos citaram a tradição médica de se ver como *especialista ativo* frente a *objeto passivo*, o *paciente* (Souza & Menandro, 2011).

Profissionais não-médicos, por sua vez, destacaram experiências de interação social para explicar o alcoolismo e o fato de haver aceitação do álcool como droga lícita. Pode-se supor que sua formação acadêmica, sua atuação e identidade profissionais tenham gerado maior sensibilidade às determinações sociais e culturais das doenças. Destacaram também o tópico das formas ambíguas de a equipe lidar com alcoolistas, o que pode estar relacionado à sua atuação menos restrita aos consultórios, mais em contato com a atuação das equipes em geral.

Quanto ao tratamento, não-médicos recorreram significativamente mais a universos lexicais originados do Eixo B, como aquele referente à força de vontade do alcoolista. Isso sugere que não-médicos descreviam o usuário menos como *objeto* da ação e mais como participante que deve ser ativo no tratamento. Destacaram ainda a Classe relativa a encaminhamento e atendimento na Unidade, que enfatizou o gerenciamento dos casos entre diferentes serviços. Diferentemente do *tratamento ideal* (mais referido pelos médicos), essa Classe incluiu as dificuldades com encaminhamento e contrarreferência. Isso pode estar associado à maior atuação dos não-médicos na gerência *administrativa* dos casos (reuniões de equipe, *gestão da vida*, referida no Capítulo 2).

Quanto a gênero¹⁰, verifica-se que profissionais mulheres foram mais sensíveis ao tópico do despreparo e exclusão para lidar com alcoolistas.

¹⁰ Não foi objetivo do presente trabalho realizar discussão aprofundada sobre gênero. Os dados e análises descritos nos parágrafos que se seguem fornecem apenas algumas indicações que podem ser exploradas em outros estudos.

Recorreram também de forma mais expressiva ao tópico da importância de *haver a vontade, promover a vontade* para o tratamento. Fatores ligados à socialização de gênero podem ter levado à maior atenção quanto a aspectos das *interações interpessoais* entre profissionais e usuários e quanto à *vontade do outro* (Burr, 2002).

No que diz respeito ao tratamento, enquanto mulheres enfatizaram o campo discursivo associado à vontade, homens se utilizaram mais do mundo lexical relativo a encaminhamento e atendimento na Unidade. Para eles, não importava tanto a vontade do usuário em se tratar quanto *onde colocá-lo*, o que pode se relacionar à exigência de *objetificar o outro* como traço predominante da construção e da vivência psicossocial da masculinidade (Burr, 2002).

Entretanto, as *vontades* dos alcoolistas também chamaram a atenção dos profissionais homens. Eles se mostraram especialmente sensíveis às motivações inadequadas dos alcoolistas, à sua afronta à *norma representada pelos profissionais*. A associação do masculino com a necessidade de impor autoridade (Burr, 2002) se apresenta como possibilidade explicativa. Pode-se ainda considerar que a imagem mais socialmente difundida do alcoolista é a de um homem (Gaussot, 2005; Matos, 2000) e que os profissionais homens foram levados a sublinhar a inadequação das motivações do alcoolista para reforçar a diferenciação identitária.

Resta levantar hipótese para explicar por que as mulheres acionaram mais o campo discursivo relativo às causas científicas do alcoolismo, fatores sociais, genéticos e psicológicos. As representações do feminino e de sua presumida incompatibilidade com o álcool (Gaussot, 2005) podem ser evocadas para tentar

entender esse dado. Uma vez que a alcoolização *extrema* seria representada como intrinsecamente exterior à feminilidade, as mulheres recorreriam mais facilmente às abstrações (*conhecimento desencarnado*) do universo reificado para explicá-la.

3.5.3. DOIS PONTOS DO TRIÂNGULO

Completa-se assim a exposição de dois ângulos a partir dos quais foram investigadas as representações sociais construídas por profissionais de saúde sobre o alcoolismo e sobre os usuários alcoolistas: a observação participante e as entrevistas semiestruturadas. Como se pôde verificar, cada um deles forneceu contribuições específicas. Ao mesmo tempo, constatam-se relações de confirmação e de complementaridade. Para ilustrar essas relações, cabe retomar Temas extraídos a partir da observação participante, bem como as Figuras do Alcoolismo descritas no capítulo anterior.

Pode-se dizer que, no que tange à representação dos usuários em geral, repetiram-se núcleos de sentido associados a julgamentos morais e ao estranhamento quanto à *cultura da comunidade*: destacou-se a percepção de que os usuários se caracterizavam pela alteridade, habitando “outra realidade”. Sobre o funcionamento do sistema de saúde, detectou-se mais uma vez a percepção de dificuldade nas relações entre Unidades de Saúde da Família e CAPS-ad, relações, no entanto, percebidas pelos profissionais como necessárias.

Considerando o foco da pesquisa, vários Temas se repetiram: existência de sentimentos de consternação e de impotência diante do alcoolismo; classificação de comportamentos de usuários alcoolizados como “barracos”;

expulsão do “bêbado barraqueiro” (e não seu acolhimento) como reação hegemônica; percepção de incapacidade dos profissionais e da Unidade para lidar com os casos; ênfase na lógica da abstinência para o tratamento; falta de menção ou clareza quanto às abordagens de redução de danos e de reabilitação psicossocial; ausência de fluxos estáveis para o atendimento a usuários com problemas com o álcool.

É preciso ressaltar que as entrevistas introduziram também algumas nuances. Profissionais disseram que sua conduta frente ao usuário alcoolizado incluía esforços para “amarrar” o caso, ou seja, para que ele retornasse mais vezes à Unidade, preferencialmente não embriagado, de forma a aprofundar o tratamento.

Detectou-se, na observação participante, a percepção de que tratar casos de alcoolismo significava essencialmente administrar medicação psicotrópica (Tema 13, mencionado no Capítulo 2) o que não condiz com a multiplicidade de Temas evocados nas entrevistas quanto ao tratamento prescrito (dentre os quais se destacaram o tratamento psicológico, o tratamento multiprofissional e o acompanhamento simultâneo da família). A entrevista com a médica que valorizava seu “lado psicóloga” mostrou que, mesmo nas consultas médicas, pode haver a preocupação com uma série de fatores que ultrapassam a medicação.

A percepção de que a Unidade não era capaz de lidar com o alcoolismo não impediu os profissionais de descreverem uma série de procedimentos técnicos que eram ou poderiam ser adotados junto a usuários alcoolistas, associados às ideias de que a Unidade *tem algo a fazer e deve fazer algo*. A

descrição de casos de *atendimentos com resultados* mostra que, para alguns, a Unidade conseguia sim lidar com certos casos, apesar das dificuldades.

Essas nuances podem ter se originado do acesso, indireto porém mais substancial, aos dados de atendimentos individuais em consultórios. Elas enriquecem a compreensão do fenômeno estudado, complementando e retificando Temas destacados na observação participante.

O capítulo anterior descreveu Figuras do alcoolismo e do usuário alcoolista, originadas por processos de objetivação e de ancoragem, formas hegemônicas de expressão das representações sociais construídas pelos profissionais sobre o objeto. Os dados coletados pelas entrevistas são condizentes com a descrição das Figuras. É possível identificar facilmente as seguintes correspondências:

- Figura do alcoolista ausente: Tema do alcoolista que aparece apenas no discurso de familiares; Tema do alcoolista nos bairros e em visitas domiciliares; Tema da escassa demanda específica para tratamento do alcoolismo.
- Figura do alcoolista como caso difícil: Tema do usuário em busca de tratamento para o alcoolismo; Tema dos procedimentos técnicos adotados e dos *atendimentos com resultados*.
- Figura do alcoolista presente e, no entanto, ausente: Tema do alcoolista com consequências do alcoolismo e quadros associados; Tema da escassez de demanda específica.
- Figura do bêbado-problema: Tema do alcoolista em intoxicação aguda, possivelmente agressivo.

Os conteúdos figurativos, correspondentes ao processo de objetivação, e os sistemas de classificação, correspondentes ao processo de ancoragem, foram análogos. O alcoolismo foi representado simultaneamente como *doença multifatorial* e como *problema social*. A observação participante mostrou que há *mais do que o prescrito* entre diretrizes para a Estratégia Saúde da Família e as práticas de profissionais. As entrevistas mostraram o mesmo entre teorias científicas e pensamento social do grupo. Constatou-se a polifasia cognitiva das representações estudadas, a conjunção de diferentes estilos cognitivos e tipos de raciocínio. As representações funcionavam para definir realidades objetivo-subjetivas em que práticas aconteciam, ao mesmo tempo em que forneciam quadros sócio-cognitivos que permitiam a comunicação entre os membros do grupo e a justificação de condutas.

As entrevistas foram realizadas com profissionais de nível superior de onze Unidades de Saúde da Família localizadas em bairros de classe popular de um mesmo município. Foram, portanto, relativas a conjunto de serviços correlatos à Unidade dos Quatro Cantos. Os resultados obtidos com esse procedimento foram condizentes com os principais dados e análises da observação participante. Isso fortalece a possibilidade de generalização das conclusões obtidas no capítulo anterior para contextos semelhantes.

No capítulo seguinte, descreve-se o terceiro ponto do triângulo, com a exposição de mais um procedimento de coleta de dados. Ver-se-á como ele contribuiu para a realização dos objetivos de pesquisa e para o enriquecimento do caleidoscópio da triangulação metodológica.

CAPÍTULO 4

UM ALCOOLISTA, UMA ALCOOLISTA, UM DIABÉTICO¹¹

4.1. PERCEPÇÕES EM NÚMEROS

Os capítulos anteriores sugeriram que algo diferenciava o alcoolista dos usuários *em geral*. As entrevistas mostraram que o alcoolismo era representado não simplesmente como “doença”, mas como “doença-problema social”. Nas reuniões de equipe observadas, por exemplo, verificou-se que profissionais planejavam uma série de intervenções para grupos de usuários específicos, como crianças, gestantes, idosos, hipertensos, diabéticos e até mesmo para usuários “com transtorno mental” e tabagistas, mas não para alcoolistas. Foi relatado caso de usuário “esquizofrênico” que recebeu tratamento mais *favorável* que aquele comumente reservado aos alcoolistas na Unidade dos Quatro Cantos.

Essas observações fazem pensar em outras condições para as quais não havia sinal, naquela Unidade, de abordagem organizada e permanente como, por exemplo, violência (violência intrafamiliar, homicídios, etc.) e dependência de drogas ilícitas como maconha, cocaína e crack. Quanto a esses exemplos, pode-se pensar que a ausência de ações em saúde se justificasse pelo risco a que os profissionais pensariam se expor. Mas, essa justificativa não parecia se aplicar tanto ao alcoolismo, pois, diferentemente das drogas ilícitas, ele não estava associado ao tráfico, o que aumenta o interesse pela questão de por que se tratava de condição tão preterida.

¹¹ Este capítulo foi enviado para avaliação e possível publicação pelo *Journal of Community and Applied Social Psychology*, na forma de artigo científico, em coautoria com T. Apostolidis, A. L. de Andrade, P. R. M. Menandro e M. C. S. Menandro.

Para explorar esse tópico relativo às *diferenças* percebidas no usuário alcoolista formulou-se um terceiro procedimento de pesquisa, desta vez baseado em questionário. Diferentemente dos dois estudos já relatados, tratou-se de procedimento caracteristicamente *quantitativo*, com obtenção de medidas escalares e uso de análises de variância. O procedimento também serviu para tratar de objetivo específico ainda não abordado, a questão acerca das possíveis diferenças na percepção do alcoolismo masculino e do alcoolismo feminino.

A ideia foi apresentar aos profissionais três casos fictícios, na forma de vinhetas, e pedir que eles expressassem sua percepção acerca de cada um deles (detalhes são descritos mais adiante). O primeiro caso descrevia um homem alcoolista, o segundo, uma mulher alcoolista e o terceiro, um homem diabético. Depois de reunidos os dados, duas comparações foram efetuadas: a primeira entre as percepções sobre o homem alcoolista e o homem diabético e a segunda entre as percepções sobre o homem alcoolista e a mulher alcoolista.

A primeira comparação incluiu, portanto, um diabético, usuário que pode ser tecnicamente considerado, assim como o alcoolista, como portador de *doença crônica*. O diabetes é um dos principais alvos das políticas brasileiras de APS e das práticas dos profissionais (Brasil, 2006; Escorel *et al.*, 2007). Por isso, partiu-se do princípio de que o diabético poderia representar um *usuário típico* de Unidade de Saúde da Família, uma referência a partir da qual poderiam ser avaliadas as percepções sobre o alcoolista (Ronzani, Higgins-Biddle *et al.*, 2009, mencionaram o usuário hipertenso em um de seus questionários, para fim semelhante).

Diferentemente do alcoolismo (Ancel & Gaussoit, 1998), o diabetes pode ser descrito como doença facilmente compreendida nos termos do enfoque biomédico tradicional (causas principalmente *biológicas* e protocolos de atendimento relativamente bem delimitados). Nas últimas décadas, a população cadastrada em USF aumentou significativamente, mas a proporção de registros de casos de *alcoolismo* diminuiu (Souza, 2005). No caso da atenção ao diabetes, ao contrário, há evidências de impactos positivos e significativos com a implantação da Estratégia Saúde da Família (Elias & Magajewski, 2008; Paiva, Bersusa & Escuder, 2006). O diabetes pode ser considerado, portanto, condição frequente e típica na APS.

No questionário utilizado para este estudo, o alcoolista foi apresentado como usuário com *dificuldades de adesão ao tratamento*, ou seja, como usuário *refratário*. No caso do alcoolista, essa descrição pode se aproximar do pleonasma. Como se viu, alcoolistas são frequentemente alvos de atitude negativa, percebidos como responsáveis por sua própria condição e como *essencialmente desinteressados em cuidar de si próprios* (Diniz & Ruffino, 1996; Fineman, 1991; Pillon & Laranjeira, 2005; Ronzani, Higgins-Biddle *et al.*, 2009; Rotgers & Davis, 2006).

No questionário utilizado aqui, porém, o diabético também foi descrito como usuário com dificuldade de adesão. A intenção foi analisar percepções sobre o usuário alcoolista em comparação com percepções sobre o usuário diabético, ambos portadores de *doenças crônicas* e ambos descritos como *refratários*. Se fossem verificadas diferenças, elas se deveriam a algo mais que à dificuldade de adesão descrita simplesmente como dificuldade em seguir tratamentos propostos.

Buscou-se também explorar possíveis especificidades na percepção da usuária alcoólista. Verificou-se que o alcoolismo feminino está significativamente associado, por exemplo, ao câncer de mama, a problemas na gravidez e a transtornos alimentares; que mulheres seriam mais propensas a declarar problemas com o álcool a profissionais de saúde, mas teriam menor probabilidade de ser questionadas sobre tal assunto (Brienza & Stein, 2002). Representações tradicionais relativas ao consumo de álcool e ao gênero objetivam o alcoolismo feminino como *chocante e antinatural*, uma vez que radicalmente contrário a valores tidos como essenciais à feminilidade (Gaussot, 2005; Cf. Capítulo 1).

Neste terceiro estudo, duas hipóteses principais foram consideradas: 1) o usuário alcoólista seria percebido com julgamentos sociais mais negativos que o usuário diabético, mesmo sendo ambos apresentados como de difícil adesão; 2) tendo em vista a apreensão cultural do alcoolismo feminino como algo ainda mais *chocante* que o alcoolismo masculino, a mulher alcoólista seria percebida com julgamentos sociais mais negativos que o homem alcoólista (pressupondo elementos representacionais compartilhados entre profissionais de saúde e população geral).

O questionário utilizado, elaborado especificamente para esta pesquisa, se encontra no Anexo G. As vinhetas com as descrições dos três casos (um alcoólista, uma alcoólista, um diabético) foram apresentadas aos profissionais em três folhas distintas, uma folha para cada caso, uma de cada vez.

Os elementos dos casos foram descritos de forma muito semelhante: cada usuário tinha três filhos, trabalho subqualificado relativo a *serviços gerais* e residência em bairro de classe popular. Os três usuários foram caracterizados

como *refratários* com a seguinte frase: *Vai de vez em quando à Unidade de Saúde, mas parece não seguir as orientações dadas pelos profissionais da Unidade. Seu estado de saúde tem piorado nos últimos anos.* A diferença que se buscou avaliar foi mencionada na primeira frase de cada vinheta, respectivamente *Roberto é alcoolista, Solange é alcoolista e Antônio é diabético* (casos e nomes fictícios).

Pediu-se aos profissionais que lessem atentamente cada um dos casos e que expressassem seu grau de concordância com onze afirmações (idênticas em cada uma das três folhas), por meio de escalas de concordância de tipo Likert com cinco níveis. Foram nomeadas apenas as opções 1 e 5, respectivamente *discordo totalmente* e *concordo totalmente*. As opções de 2 a 4 foram apresentadas como níveis intermediários de concordância (ver Anexo G).

As onze afirmações correspondiam a quatro *dimensões de percepção* cujas possíveis variações foram buscadas nas duas comparações (alcoolista *versus* diabético e alcoolista homem *versus* alcoolista mulher), quais sejam: *percepção de capacidade de cuidado, atitude, atribuição de causas e atribuição de estigma*. Tanto o questionário quanto as análises se basearam em considerações sobre atribuição causal e em aspectos dos conceitos de atitude e de estigma expostos no Capítulo 1 (Goffman, 1963/1986; Link & Phelan, 2001; Neiva & Mauro, 2011; Weiner, 1993). As *dimensões* investigadas e as afirmações correspondentes (*itens*) são descritas no Quadro 23.

Quadro 23. Questionários: dimensões de percepção investigadas e itens correspondentes

Dimensões de percepção	Itens
Percepção de capacidade de cuidado	Sinto-me preparado para cuidar de [nome do(a) usuário(a)], tendo-o(a) como meu(minha) paciente.
	Penso que a Unidade de Saúde em que trabalho pode tratar o caso de forma eficaz.
	Penso que a Unidade de Saúde pode mudar o comportamento de [nome do(a) usuário(a)] quanto às orientações dadas pelos profissionais.
Atitude	Se [nome do(a) usuário(a)] não fosse meu(minha) paciente e fosse um(a) profissional conhecido(a) e competente, eu aceitaria contratá-lo(a) para trabalhar com serviços gerais em meu apartamento (ou minha casa).
	Se [nome do(a) usuário(a)] não fosse meu(minha) paciente e fosse um(a) profissional conhecido(a) e competente, confiaria nele(a) para cuidar de meu prédio (ou de minha casa), durante um final de semana em que eu estivesse viajando.
Atribuição de causas	Sei que a doença de [nome do(a) usuário(a)] se explica principalmente por fatores sociais.
	Sei que a doença de [nome do(a) usuário(a)] se explica principalmente por fatores genéticos.
	Sei que a doença de [nome do(a) usuário(a)] se explica principalmente por fatores psicológicos.
Atribuição de estigma	Acredito que [nome do(a) usuário(a)] tenha pouca <i>força de vontade e firmeza de caráter</i> .
	Os filhos de [nome do(a) usuário(a)] certamente terão problemas em sua vida por causa do comportamento do(a) pai(mãe).
	Em todas as situações de interação com outras pessoas (trabalho, festas, bares, etc.), [nome do(a) usuário(a)] recebe muita reprovação social.

Cento e vinte profissionais de saúde responderam ao questionário. Todos eles trabalhavam no mesmo município onde foram realizadas a observação participante e as entrevistas. Segundo a administração de saúde municipal,

considerando as USF, o universo de profissionais de nível superior era composto por 428 pessoas. A amostra da pesquisa representou 28% desse universo.

A amostra foi definida intencionalmente, uma vez que o acesso aos profissionais era difícil. O pesquisador contatou os profissionais em seus locais de trabalho, em 16 diferentes Unidades de Saúde da Família, e aplicou questionários em encontros individuais, contando com aqueles profissionais que puderam disponibilizar parte de seu tempo de trabalho. Todas as Unidades se localizavam em bairros de classe popular.

Enfermeiros (n = 38), médicos (n = 34), dentistas (n = 16) e farmacêuticos (n = 11), profissionais mais tradicionalmente associados à assistência em saúde, constituíram 82,5% da amostra. Os outros participantes foram psicólogos (n = 10), assistentes sociais (n = 9) e educadores esportivos (n = 2). A maioria dos profissionais era mulher (75%). A média de idade era 36,4 anos (DP = 9,12) e a média de tempo de experiência na APS era de 7,16 anos (DP = 0,61).

Os dados foram analisados com auxílio do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*, versão 13.0). Análises de variância multivariada (MANOVA) com medidas repetidas foram utilizadas para avaliar diferenças nas respostas aos questionários segundo três variáveis independentes estabelecidas, caso, sexo e profissão dos participantes (médicos *versus* não-médicos) e interações. Testes univariados (ANOVA) foram utilizados com o objetivo de identificar possíveis efeitos das variáveis independentes nas dimensões (*percepção de capacidade de cuidado, atitude, atribuição de causas, atribuição de estigma*) e em cada item específico de atribuição de causas (causas sociais,

genéticas, psicológicas). Diferenças foram consideradas significativas com a identificação de valor $p < ,05$.

Os resultados obtidos com os questionários são descritos e discutidos a seguir juntamente, com dados das análises estatísticas. Ao final do capítulo, são feitas reflexões sobre representações e identidades sociais e anotações complementares sobre a articulação deste estudo com os demais procedimentos que compuseram a pesquisa. A análise dos dados segundo prisma psicossocial permite formular sugestões adicionais para a formação continuada dos profissionais e para a implantação de estratégias de atenção à saúde.

4.2. O ALCOOLISTA COMO USUÁRIO ATÍPICO E DIFÍCIL

Aborda-se primeiramente a comparação entre o usuário alcoolista e o usuário diabético. É possível dizer que os profissionais percebiam os casos desses usuários de forma diferente, como indicaram resultados da MANOVA [$F(4, 113) = 34,308, p < ,001$]. Não foram verificadas diferenças significativas quanto ao fato de os profissionais serem mulheres ou homens, médicos ou não-médicos, nem quanto a interações entre essas variáveis, tanto nesta comparação quanto em todas as outras análises efetuadas.

As diferenças constatadas nas respostas dadas em geral aos casos do alcoolista e do diabético foram expressas de forma específica em dimensões de percepção investigadas. A *percepção de capacidade de cuidado* foi significativamente maior no caso do diabético ($M = 3,98, DP = 0,73$) do que no caso do alcoolista ($M = 3,20, DP = 0,80$), [$F(1, 116) = 99,939, p < ,001$]. Essa dimensão se referia ao sentimento de ser capaz de cuidar dos usuários e à

percepção de que o serviço de saúde seria eficaz ao lidar com cada caso e com a dificuldade de adesão (mudar o comportamento do usuário quanto às orientações em saúde).

O usuário diabético é alvo frequente e prioritário da prática dos profissionais (Escorel *et al.*, 2007; Paiva *et al.*, 2006). Ele pode ser considerado *usuário típico* da APS, cuja dificuldade de tratar também seria percebida como *típica* ou *normal*. Comparado a esse *usuário típico*, a situação do alcoolista foi percebida como significativamente mais complicada. Esse dado é condizente com vários trabalhos que identificaram a percepção de dificuldades para abordar o alcoolismo (por exemplo, Johansson *et al.*, 2005; Lock *et al.*, 2002; McCormick *et al.*, 2006; Ronzani, Higgins-Biddle *et al.*, 2009) e reforça recomendações de melhorar o treinamento dos profissionais e de implantar protocolos claros de atendimento na APS.

A *atitude* dirigida ao alcoolista foi em geral *negativa*, com valor médio abaixo de 3,00 ($M = 2,65$, $DP = 1,18$), enquanto aquela dirigida ao diabético foi *positiva* ($M = 3,64$, $DP = 1,11$). Essa diferença de *atitude* foi estatisticamente significativa [$F(1, 116) = 59,431$, $p < ,001$]. Considerada como *disposição avaliativa geral em relação ao objeto*, positiva ou negativa, essa dimensão se referiu às ações de contratar o usuário e de confiar nele.

Mesmo com a ressalva de que, em todos os casos, se tratava de *profissional conhecido e competente*, verificou-se que os profissionais contratariam e confiariam menos no alcoolista. A disposição de avaliar negativamente esse usuário foi condizente com outros estudos (Diniz & Ruffino, 1996; Pillon & Laranjeira, 2005; Ronzani, Higgins-Biddle *et al.*, 2009). A Estratégia

Saúde da Família preconiza proximidade entre profissionais e usuários, em relações de cuidado longitudinal (Giovanella & Mendonça, 2008). Entretanto, a proximidade *física* não implica, forçosamente, *proximidade psicossocial* e não reverte de forma automática as atitudes.

Não se verificou diferença na dimensão de atribuição de causas *em geral* (média dos três itens correspondentes). Entretanto, houve diferenças na percepção de cada item causal *em específico*. Os profissionais percebiam maior importância das causas sociais para o homem alcoolista ($M = 3,35$, $DP = 1,20$) em comparação com o homem diabético ($M = 2,46$, $DP = 1,20$), [$F(1, 116) = 25,557$, $p < ,001$]. O mesmo se deu com relação às causas psicológicas, que foram enfatizadas no caso do homem alcoolista ($M = 3,33$, $DP = 0,99$) em comparação com o homem diabético ($M = 2,41$, $DP = 1,11$), [$F(1, 116) = 35,772$, $p < ,001$].

Com as causas genéticas, ocorreu o inverso. Os profissionais percebiam maior importância das causas genéticas no caso do homem diabético ($M = 3,70$, $DP = 1,14$) do que no caso do homem alcoolista ($M = 2,53$, $DP = 1,16$), [$F(1, 116) = 66,686$, $p < ,001$].

A dependência de drogas é tipicamente percebida como originada de causas controláveis. Segundo essa visão, o alcoolista *escolhe* beber e gerar danos. Causas sociais e psicológicas, ao contrário de causas genéticas, são vistas pelo menos em parte como flexíveis, portanto controláveis. A atribuição de causas tidas como controláveis à situação do alcoolista pode implicar imputação de responsabilidade à pessoa por sua própria condição ou problema, gerando raiva, comportamentos de agressividade e de *negação de ajuda* em direção ao usuário (Weiner, 1993).

Apesar de não assumirem posição oficial quanto às causas do alcoolismo, os Alcoólicos Anônimos o definem como *doença*: “uma espécie de ‘alergia’ em relação ao álcool, comparado ao diabetes” (Campos, 2005, p. 271), o que evoca imagens relacionadas a causas biológicas e inatas. É interessante observar que a percepção sobre as causas do alcoolismo por parte dos profissionais investigados foi diferente, apesar da considerável penetração dos Alcoólicos Anônimos na cultura brasileira (Alvarez, 2001). Nos capítulos anteriores, pôde-se constatar que os Alcoólicos Anônimos ocupavam lugar importante nas representações dos profissionais sobre o alcoolismo, principalmente no que diz respeito às crenças sobre o tratamento, com a presença das imagens associadas aos testemunhos de mútua ajuda. Entretanto, a adesão às formas pelas quais os AA fazem seu tratamento não implicou adesão à explicação biológica do fenômeno. No modelo “pecado ou doença”, a explicação biológica (causa não controlável) aproximaria a percepção do polo doença (Weiner, 1993).

Os *fatores sociais e psicológicos* foram comentados no Capítulo 3. Essas causas do alcoolismo incluíam a percepção de “um psicológico” frágil e de “um social” precário, *pobre*. É possível que, com base em sua formação acadêmica (os manuais de diagnóstico descrevem o alcoolismo como transtorno mental) e em psicologismo culturalmente comum (Rose, 2008), os profissionais, que destacaram os *fatores sociais e psicológicos*, tenham classificado o alcoolismo como *anormalidade* relacionada à construção da personalidade e às *influências* do meio social.

Verificou-se que os profissionais discordaram da *atribuição de estigma* tanto no caso do alcoolista ($M = 2,75$, $DP = 0,80$) quanto no caso do diabético (M

= 2,02, $DP = 0,72$), tendo em vista as médias abaixo de 3,00 (mais próximas ao 1,00, que significava *discordo totalmente*). Ao mesmo tempo, mostraram menor propensão a discordar da *atribuição de estigma* no caso do alcoolista [$F(1, 116) = 55,293, p < ,001$].

Essa dimensão incluiu o elemento de desvalorização da pessoa (*pouca força de vontade e de caráter*), o elemento de *contágio social* (*os filhos certamente terão problemas*; Cf. Campos, 2005; Matos, 2000) e o elemento de *reprovação social* (Goffman, 1963/1986). As interações profissional-usuário podem ser descritas como assimétricas. Os primeiros têm maior acesso a instrumentos materiais e simbólicos de exercício de poder, o que lhes confere maior possibilidade de estigmatizar o outro pelas vias da rotulação, diferenciação identitária e discriminação (Link & Phelan, 2001).

Para a dimensão de *atribuição de estigma*, é interessante destacar as médias individuais dos itens. No caso do alcoolista, os profissionais tenderam a concordar com os itens de *contágio social* ($M = 3,01, SD = 1,30$) e, principalmente, de *reprovação social* ($M = 3,39, SD = 1,01$), como indicam as médias maiores que 3,00.

Entretanto, no caso do alcoolista, a média do item que mencionava *pouca força de vontade e de caráter* foi próxima a 1,00, ou seja, à resposta *discordo totalmente* ($M = 1,84, DP = 1,09$). Isso indica que os participantes estavam, em geral, conscientes da necessidade de negar esse aspecto da estigmatização (no questionário, o mais óbvio deles) e estavam sensíveis à recomendação de diminuir a estigmatização em geral. A formação continuada desses profissionais pode partir do pressuposto de que eles já compartilham informações sobre a

importância de combater o estigma relacionado ao alcoolismo para oferecer tratamentos efetivos a seus usuários. Ao mesmo tempo, cabe considerar que as relações entre informações, atitudes e comportamentos não são unívocas, mudanças de percepção e atitude não necessariamente transformam práticas (Neiva & Mauro, 2011).

Considerando o conjunto de diferenças significativas, pode-se dizer que as percepções dos casos do alcoolista e do diabético foram distintas, o que permite avaliar significados conferidos ao usuário alcoolista. As causas do alcoolismo foram percebidas como principalmente sociais e psicológicas. O alcoolista foi objetivado como usuário *atípico e difícil* para o qual se dispõe de menor capacidade de cuidado, ao qual são dirigidos atitude negativa e elementos sócio-cognitivos ligados à atribuição de estigma. No conjunto, o usuário alcoolista recebeu julgamentos sociais mais negativos, mesmo se comparado a outro usuário descrito como de difícil adesão.

4.3. A USUÁRIA ALCOOLISTA

Os profissionais percebiam o homem alcoolista e a mulher alcoolista de forma diferente, como indicou a MANOVA [$F(4, 113) = 2,519, p = ,04$]. Esse dado condiz com análises que destacam diferenças de percepção entre alcoolismo masculino e feminino, tanto pela população geral quanto por profissionais de saúde (Brienza & Stein, 2002; Gaussot, 2005).

Entretanto, quanto às dimensões avaliadas, os profissionais expressaram diferenças somente para *atribuição de causas*. Houve maior atribuição de causas

no caso da mulher alcoolista ($M = 3,12$, $DP = 0,87$) do que no caso do homem alcoolista ($M = 3,07$, $DP = 0,86$), [$F(1, 116) = 4,473$, $p = ,03$].

Ou seja, os profissionais tenderam a concordar mais com a ação dos três tipos de fatores causais (sociais, genéticos e psicológicos) no caso da mulher. Essa ênfase pode ter se originado da maior dificuldade experimentada pelos profissionais de explicar o alcoolismo feminino: *um fenômeno mais difícil de explicar deve ter mais causas ou mais problemas associados a sua etiologia*. Isso condiz com a representação do alcoolismo feminino como *antinatural* (em oposição à suposta *naturalidade* do alcoolismo masculino), por ferir ideias, imagens e valores compartilhados a respeito da mulher (Gaussot, 2005).

No que diz respeito a cada um dos itens causais, não foram identificadas diferenças para causas sociais ou genéticas. Observou-se diferença tendencial para causas psicológicas, que foram mais enfatizadas no caso da mulher alcoolista ($M = 3,39$, $DP = 1,01$), do que no caso do homem alcoolista ($M = 3,33$, $DP = 0,99$), [$F(1, 116) = 3,774$, $p = ,05$]. Isso condiz com a interpretação feita acima. Em representações tradicionais, o alcoolismo feminino é visto como consequência de problemas psicológicos (Gaussot, 2005).

Não se verificaram diferenças significativas nas dimensões de *percepção de capacidade de cuidado, atitude e atribuição de estigma*. É preciso ressaltar que, apesar das diferenças identificadas, os participantes responderam de forma muito semelhante aos dois casos. Os dados indicaram que os profissionais investigados não percebiam diferenças quanto ao grau de dificuldade de fornecer cuidados à mulher ou ao homem alcoolista, nem expressaram diferenças quanto à atitude ou à atribuição de estigma.

Uma possibilidade explicativa para esse dado é a escassez de protocolos específicos, de aplicação sistemática, para atenção aos problemas com o álcool, no município considerado. Segundo informações do gestor municipal, algumas USF contavam com protocolos estruturados para abordar o tabagismo (grupos terapêuticos cognitivo-comportamentais, terapia de reposição de nicotina, etc.), mas não havia atividades estruturadas para problemas com álcool. A falta de contato sistemático com homens e mulheres alcoolistas para fins de acompanhamento específico dos problemas com o álcool pode ter gerado a indiferenciação constatada.

Em suma, os dados indicaram que os profissionais percebiam o alcoolismo feminino como mais difícil de explicar, mas não necessariamente como mais difícil de abordar.

As diferenças entre as médias encontradas nos casos do alcoolista, da alcoolista e do diabético podem ser avaliadas visualmente nas Figuras 9 e 10. A primeira mostra as médias das dimensões avaliadas em cada um dos três casos. A segunda mostra, também para cada caso, as médias dos itens causais.

Figura 9. Questionários: médias das dimensões de percepção avaliadas em cada um dos três casos

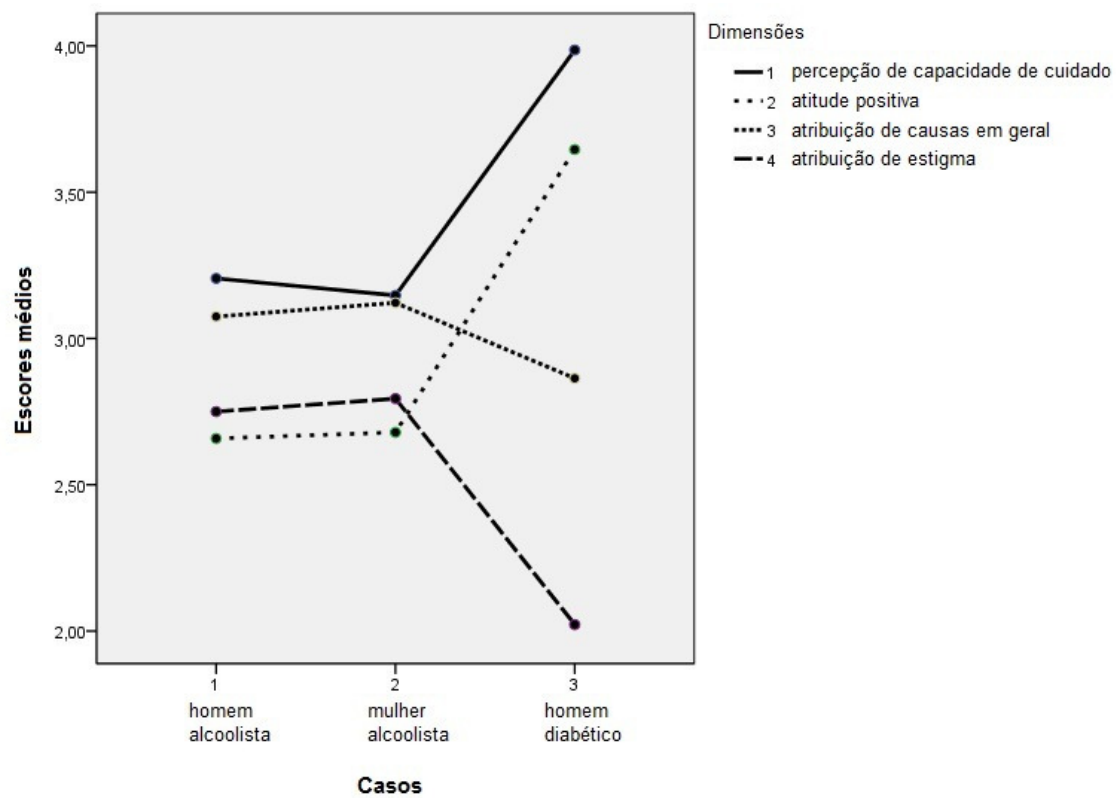
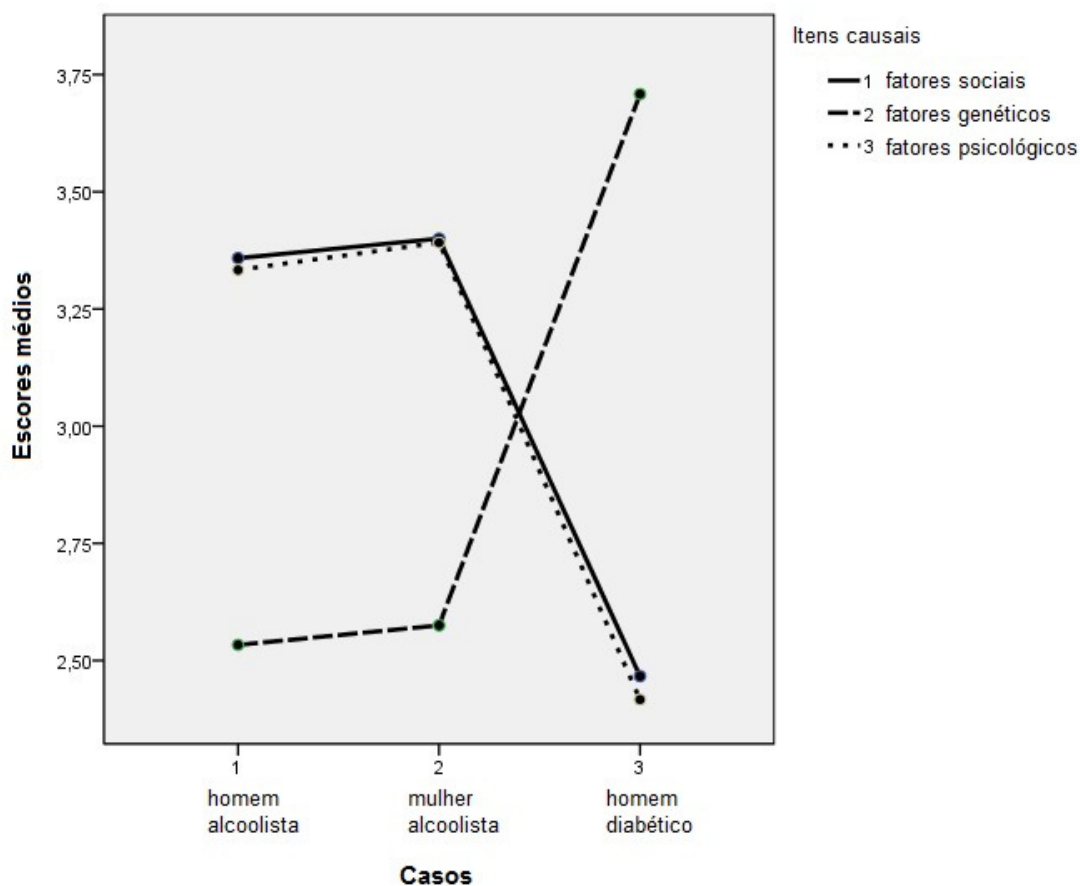


Figura 10. Questionários: médias dos itens causais (fatores sociais, genéticos, psicológicos) em cada um dos três casos



4.4. IMPLICAÇÕES REPRESENTACIONAIS E IDENTITÁRIAS

A psicologia social da saúde demonstrou o importante papel de representações sociais na construção de práticas de saúde, destacando afetos e crenças ligadas ao medo de contágio biológico e simbólico. Para enfrentar esse perigo de contágio, diferenciações *identitárias* são frequentemente mobilizadas nas representações e nas práticas (Morin & Apostolidis, 2002).

Profissionais constroem representações sobre os usuários com base não só no saber técnico-científico, mas também em categorias sociais, crenças e

imagens arraigadas na cultura (Morin & Apostolidis, 2002). Talvez por isso, a dificuldade de adesão do diabético não foi percebida como aquela do alcoolista. É possível supor que a primeira foi vista como fenômeno secundário e tratável enquanto a segunda foi tida como característica essencial e imutável do usuário.

A descrição técnica da não-adesão como recusa a seguir o tratamento não é suficiente para compreender a concepção da dificuldade de adesão do alcoolista. Profissionais de saúde podem relacionar a não-adesão ao desvio social, ao abuso do sistema de saúde e à rebeldia. Usuários com dificuldades de adesão são frequentemente vistos como merecedores de punição e não merecedores da assistência em saúde (Fineman, 1991).

Tanto o alcoolista quanto o diabético foram apresentados como *refratários*. Mas, enquanto o primeiro apresentava condição cujas causas eram percebidas como *nebulosas* e cujo tratamento em APS era visto como raro e *incerto*, o segundo apresentava doença com etiologia e tratamento muito mais confortavelmente concebíveis no paradigma biomédico e no contexto das Unidades.

Partiu-se do pressuposto de que o diabetes seria visto como doença eminentemente ligada a fatores *biológicos*, o que foi confirmado pelos dados. Ser ligada a fatores *biológicos (genéticos)* implica ser doença que se encaixa bem no paradigma biomédico tradicional segundo o qual o profissional é o especialista, único detentor do saber válido, que prescreve medicamentos e orientações. Nesse paradigma, o medicamento é o instrumento por excelência para atuar sobre a causa biológica bem diagnosticada. As orientações em saúde, transmitidas unilateralmente, têm uso análogo.

Os capítulos anteriores forneceram dados suficientes para justificar a afirmação de que o *alcoolismo* e os *usuários alcoolistas* constituíam *objetos coletivos* importantes o suficiente para gerar representações sociais. Partindo desse pressuposto, as percepções sobre o usuário alcoolista descritas neste capítulo não são somente fenômenos intrapsicológicos, mas sim, partes de um fenômeno coletivo de produção contextualizada dos saberes e da própria realidade social. Os dados coletados permitem reflexões adicionais sobre duas características do contexto pesquisado: o foco na racionalidade e nos procedimentos biomédicos e as diferenças de estatuto social entre profissionais (classes médias) e usuários (classes populares).

Apesar de propor diretrizes de promoção da saúde e de colaboração multidisciplinar, a APS brasileira continua focada na racionalidade e nos procedimentos biomédicos tradicionais (Sousa & Hamann, 2009; Teixeira & Solla, 2005). O foco na *cura de doenças* pode impedir a abordagem eficaz de condições crônicas, especialmente de seus determinantes psicológicos e sociais. Os impactos do paradigma biomédico tradicional na oferta de cuidados em saúde mental incluem: uso de medicação como principal alternativa de tratamento, alto índice de internações (*caráter hospitalocêntrico*), manutenção de visões estereotipadas sobre os transtornos mentais (associados à degeneração e à periculosidade), ausência de estratégias para lidar com problemas com o álcool (Dimenstein *et al.*, 2005; Jucá *et al.*, 2009; Nunes *et al.*, 2007; Souza, 2005).

Dados do questionário evidenciaram que a ênfase em causas sociais e psicológicas para o alcoolismo foi acompanhada de atitudes negativas e menor percepção de capacidade de cuidado. Esses elementos sócio-cognitivos podem

estar relacionados à crença dos profissionais de que as Unidades de Saúde e eles próprios são capazes de fornecer apenas soluções *biomédicas curativistas* tradicionais. Resultados descritos nos capítulos anteriores apoiam essa interpretação.

A abordagem tradicional trata o outro não como sujeito mas como objeto da assistência. Em âmbito psicossocial, a crença na exclusividade dessa abordagem pode estar relacionada a defesas identitárias contra a *mistura* com os usuários em geral, membros das classes populares. A *coisificação* dos usuários favorece a manutenção das distâncias identitárias (proximidade ao polo intergrupar da relação – Tajfel, 1983). Relativizar o *curativismo* e enxergar os usuários como pessoas, sujeitos das práticas sanitárias, aumentaria o *risco de identificação* (*a ação do outro junto a si mesmo e junto ao mundo é tão válida e importante quanto a minha*).

Em relação aos alcoolistas, a necessidade de diferenciação identitária percebida seria ainda maior, o que é condizente com análises de Ancel e Gausso (1998) sobre a importância das representações do alcoolismo nas definições da *alcoolização normal* e com uma série de trabalhos anteriores que mostraram estigmatização e atitudes negativas dirigidas por profissionais de saúde ao alcoolista (Carraro *et al.*, 2005; Diniz & Ruffino, 1996; Lopes & Luis, 2005; Pillon & Laranjeira, 2005; Ronzani & Furtado, 2010; Ronzani, Higgins-Biddle *et al.*, 2009).

A integralidade e a promoção do autocuidado para transformação de estilos de vida são importantes princípios da APS (Giovanella & Mendonça 2008; Greenhalgh, 2007; Starfield, 2002). A melhoria do cuidado dirigido à saúde mental e especificamente aos problemas ligados ao álcool deve enfrentar o desafio de

reconstruir, junto aos profissionais, visões sobre a atuação em saúde e sobre si próprios.

A questão envolve representações e identidades sociais. Profissionais de Atenção Primária também podem ser (auto)definidos como *trabalhadores sociais* capazes de lidar com determinantes sociais e psicológicos da saúde. Para promover essa ideia, pode ser importante valorizar o potencial e as estratégias já existentes nos contextos de Saúde da Família para atenção psicossocial. A implantação de registros sistemáticos de resultados, percepções e comportamentos de usuários quanto à saúde mental e sua discussão em equipe, por exemplo, podem ajudar a aumentar a consciência de profissionais a respeito dos efeitos psicológicos e sociais de sua atuação cotidiana.

É possível que a ausência de diferenças mais pronunciadas na percepção do alcoolismo masculino e feminino se explique pela ausência de estratégias estruturadas de atenção a problemas com o álcool, como já comentado. Essa ausência pode se dever também a limitações do procedimento. O questionário abordou apenas alguns elementos sócio-cognitivos relacionados aos alcoolistas, com número reduzido de itens, propondo respostas fechadas. Além disso, ele era focado no contexto profissional e todos os participantes responderam aos três casos. Com isso, os profissionais podem ter inferido a intenção do pesquisador de comparar os casos e podem ter decidido expressar a ideia de tratar igualmente homens e mulheres. Outros estudos poderão explorar com mais detalhes a interessante questão de como equipes de Saúde da Família têm representado o alcoolismo quanto a gênero.

Essas limitações também podem ter impedido a identificação de diferenças referentes a sexo e profissão dos participantes a partir dos dados dos questionários. No Capítulo 3, algumas diferenças desse tipo são identificadas na construção de representações sobre o alcoolismo, fenômeno, causas e tratamento (Quadro 22).

É interessante destacar que os resultados expostos neste capítulo são bastante condizentes com descrições e análises feitas nos capítulos anteriores. Eles confirmam que o alcoolista era objetivado como usuário *difícil* e que os profissionais sentiam que eles próprios e que as Unidades estavam *despreparados*. Confirmam que a predisposição avaliativa (aspecto da atitude) dirigida ao alcoolista era negativa. Indicam que as relações entre profissionais e usuários alcoolistas eram marcadas pela estigmatização. Mostram, assim como as entrevistas, que os profissionais conferiam predominância a causas sociais e psicológicas para explicar o alcoolismo.

Os procedimentos caracteristicamente *qualitativos* da observação e das entrevistas identificaram essas crenças na forma de Temas e verificaram sua consistência a partir de sua articulação com uma rede de significados compartilhados. Com os questionários, esses dados puderam ser confirmados a partir de racionalidade caracteristicamente *quantitativo-estatística*. Havia diferenças significativas na percepção do alcoolista em relação ao *usuário típico*.

Uma das justificativas dessa racionalidade é favorecer a generalização. Neste estudo a amostra compreendeu cerca de um terço dos profissionais de nível superior do município estudado. Mesmo que tenha se tratado de amostra de conveniência, é possível generalizar os resultados para o município com razoável

segurança. Em âmbito municipal, portanto, a pesquisa se caracterizou como *estudo de caso*, cujos resultados também podem corresponder à realidade de contextos semelhantes, bairros de classe popular de municípios brasileiros grandes (mais de 100 mil habitantes) essencialmente urbanos.

A coocorrência de atitudes negativas, atribuição de estigma e percepção de causas que escapam ao paradigma biomédico tradicional informou reflexões sobre a centralidade desse paradigma, que pode implicar a necessidade de diferenciar-se dos usuários em geral, objetificando-os. Essas reflexões são condizentes com aquelas formuladas no Capítulo 2, por exemplo, sobre as práticas de atendimento de grupos, sobre a centralidade do Fluxo A e sobre a percepção da alteridade dos usuários, habitantes de “outra realidade”. São também compatíveis com as análises do Capítulo 3 que evidenciam a associação do alcoolismo à precariedade material e humana percebida nas “comunidades”. Uma síntese possível dos resultados e das análises originados desses três estudos é feita no capítulo seguinte.

CAPÍTULO 5

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO ALCOOLISMO

5.1. OS USUÁRIOS DO ALCOOLISMO

A convergência de resultados identificados nos capítulos anteriores permite inferir que as Unidades de Saúde investigadas compartilhavam muitos *elementos de realidade cotidiana*, ou seja, que havia condições e processos comuns de produção de representações e práticas sociais. Os três estudos apresentados forneceram dados e análises não só sobre as representações construídas pelos profissionais sobre o alcoolismo, mas também sobre outros objetos importantes do contexto pesquisado: principalmente sobre as Unidades e sua inserção na rede de serviços, as práticas de Saúde Mental e os usuários em geral.

Segundo critérios já expostos (Moscovici, 1961; Sá, 1998), é possível argumentar que esses objetos, as Unidades, a Saúde Mental e os usuários, também eram *objetos coletivos* importantes o suficiente para gerar representações sociais no grupo investigado. Os dados coletados pela pesquisa apoiaram essa ideia. Por meio dos três estudos realizados, foi possível verificar a produção coletiva de saberes, afetos e práticas sobre esses objetos, sua função de orientar a ação e o compartilhamento desses elementos em meio aos profissionais.

A observação participante evidenciou a centralidade do Fluxo A na Unidade dos Quatro Cantos, dos processos baseados no “paradigma biomédico tradicional” e no “modelo curativista” (Coelho, 2008; Viana & Dal Poz, 1998). O Fluxo B, que foi caracterizado principalmente pelos atendimentos de grupo, era

visto como secundário, enquanto o Fluxo G, ligado à *gestão da vida* dos usuários, organizava-se principalmente em função do Fluxo A. Dados das entrevistas e dos questionários indicaram que um dos motivos da dificuldade percebida para atender alcoolistas era a crença de que o alcoolismo extrapolava o âmbito do cuidado em saúde tradicional, ou seja, centrado no modelo curativista.

A persistência do foco no paradigma tradicional foi averiguada em numerosos estudos e pesquisas realizados em várias partes do país (Escorel *et al.*, 2007; Franco & Merhy, 2007; Schraiber *et al.*, 2010; Sousa & Hamann, 2009; Teixeira & Solla, 2005).

Os dados tocam, de certa forma, na tensão mencionada no Capítulo 1 entre valor econômico e valor humanitário das políticas e das ações em saúde (Franco & Merhy, 2007). O alívio de sintomas, o manejo de condições crônicas e a cura de doenças têm certamente grande valor humanitário. Entretanto, seu alcance se torna menor quando agem somente em *consequências patológicas* dos processos saúde-doença em detrimento da abordagem de riscos e determinantes da saúde. O foco nos processos biofisiológicos aproxima a assistência à saúde de seu valor econômico: voltada ao tratamento do humano como máquina biológica que deve passar por *manutenção* e ser eventualmente *consertada* para retomar as engrenagens dos circuitos produtivos.

Profissionais manifestaram a percepção de que havia grande diferença entre os serviços prestados aos usuários que eles atendiam, membros das classes populares, e aqueles prestados às classes sociais mais abastadas, o que é condizente com análises do Sistema Único de Saúde (Arretche, 2005; Bahia, 2005; Noronha *et al.*, 2008). No quadro dominado pelo foco nos procedimentos

biomédicos, os profissionais percebiam o funcionamento de um curativismo de menor qualidade e eventualmente de qualidade mínima ou insuficiente. Retomando a análise do valor econômico da assistência em saúde, pode-se dizer que, junto com o acompanhamento biomédico (médicos, enfermeiros, etc.) da gravidez e da puericultura, o curativismo promovido priorizava a produção econômica e a reprodução dos trabalhadores.

Outra análise possível é inferir a função política de, por meio de uma *cesta mínima* de serviços, *apaziguar* demandas populares que poderiam gerar movimentos contestatórios de maior amplitude (caráter que poderia ser chamado de *ideológico* – Guareschi, 1998 – da APS atual, que tenderia a culpar o próprio indivíduo por estar sem assistência). Isso condiz com uma das limitações da assistência em saúde restrita às soluções puramente biomédicas: a sua incapacidade de promover a autonomia dos usuários (Campos, 2003; Dejours, 1984) o protagonismo (empoderamento, cidadania) e a mobilização para transformar os determinantes da saúde, ou seja, a incapacidade de promover transformações sociais.

Essas análises não têm o objetivo de defender separações dicotômicas, de afirmar que as Unidades pesquisadas funcionavam exclusivamente pelo paradigma biomédico tradicional. O Capítulo 2, por exemplo, indica que isso não era verdade. Elas mostram, entretanto, tendo em vista também os dados das entrevistas e dos questionários, que esse paradigma desfrutava de hegemonia nas Unidades de Saúde da Família do município em questão e que um longo caminho devia ser percorrido para colocar em primeiro plano, nas representações e práticas dos profissionais, as atividades e os princípios distintivos da Atenção

Primária à Saúde (Giovanella & Mendonça, 2008; Greenhalgh, 2007; Mattos, 2001; Starfield, 2002; World Health Organization, 2008), para deixar a prevenção e a promoção da saúde em destaque ou ao menos em patamares equivalentes à clínica curativista.

Outra ressalva importante é que o foco no paradigma biomédico tradicional não era promovido exclusivamente por médicos. É importante evitar o hipercriticismo ao profissional de medicina que pode, ele também, enfraquecer o sistema público de saúde e especificamente a Atenção Primária (Campos *et al.*, 2008). O paradigma biomédico tradicional, como se viu, é baseado nas crenças de que o profissional é o detentor do único conhecimento válido e de que ele aplica seu conhecimento ao *paciente* tomado como objeto da ação em saúde (as soluções – o medicamento como emblema – são oferecidas *de fora para dentro* e não construídas em conjunto com o usuário). A observação participante demonstrou que esses princípios estavam presentes, em maior ou menor grau, na atuação de todos os profissionais, enfermeiros, dentistas, educadora física, farmacêutica, psicóloga, auxiliares, agentes de saúde, etc., não só na atuação dos médicos.

Profissionais que trabalhavam na administração da Unidade dos Quatro Cantos, o diretor, a sanitarista, os membros do Colegiado Gestor, também participavam desse processo. As reuniões que tinham o objetivo de discutir a gestão das atividades da Unidade se centravam claramente na organização das consultas individuais, na assistência médica e farmacêutica. A Unidade era *pensada e praticada* principalmente como centro curativista.

Dados adicionais sobre as representações da Unidade se referiram ao seu lugar em meio a outros atores do sistema de saúde. Foram verificadas críticas e sentimento de desconfiança em relação à Secretaria Municipal de Saúde e em relação aos CAPS, incluindo o CAPS-ad. Em todos esses casos, a Unidade era objetivada como serviço a ser *tutelado* e os profissionais se ressentiam disso. A SEMUS e a “prefeitura” eram os *fiscais* de seu trabalho ao mesmo tempo em que eram acusados de não compreendê-lo plenamente. Os CAPS, incluindo o CAPS-ad, eram percebidos como *os serviços que se consideravam superiores* por serem *centros de especialidades* e eram estabelecimentos com os quais quase *não se podia contar*, com os quais *era difícil colaborar*.

Nas entrevistas, apesar do número expressivo de citações ao CAPS-ad para tratamento do alcoolismo, também foram referidas dificuldades nas relações entre Unidades e CAPS, dificuldades nas referências e contrarreferências. No conjunto, pode-se afirmar que as Unidades eram objetivadas como serviços predominantemente isolados, fiscalizados por um lado, cobrados e tutelados por outro, sem poder contar efetivamente com os demais pontos da rede de serviços e sem poder cumprir, junto a eles, seu papel de coordenadores longitudinais da atenção em saúde (papel preconizado por diretrizes nacionais e internacionais, Brasil, 1998, 2006; World Health Organization, 2008). Esses dados são condizentes com outros estudos brasileiros, que constataram isolamento das Unidades ou falta de articulação entre os serviços (Bezerra & Dimenstein, 2008; Delfini *et al.*, 2009; Escorel *et al.*, 2007).

As práticas de Saúde Mental, por sua vez, eram representadas como práticas complementares ou secundárias. Na Unidade dos Quatro Cantos eram

eventualmente remetidas ao Fluxo B (atendimento pela psicóloga e pelo assistente social) ou ao Fluxo G (reuniões de rede de serviços, reuniões com a Equipe Matricial). Foi verificado que profissionais precisavam improvisar (inexistência de protocolos estáveis) e que a descrição de *casos graves* nem sempre gerava encaminhamentos. Eram dominantes as percepções de que os casos “de Saúde Mental” se restringiam aos casos de descompensação psicótica e de que o tratamento desses casos significava essencialmente administrar medicação psicotrópica. Notou-se falta de clareza quanto às abordagens psicológicas ou psicossociais dos problemas de Saúde Mental. Nas entrevistas, a abordagem do alcoolismo foi descrita como não-prioritária. Nos questionários, a ênfase nos *fatores psicológicos e sociais* foi acompanhada de menor *percepção de capacidade de cuidado*. Além de secundárias, as práticas de saúde mental eram representadas como *misteriosas* (de difícil compreensão) e *complicadas* (de difícil execução).

Mais uma vez, é preciso alertar para as nuances. As constatações não são absolutas, como indicaram, por exemplo, as numerosas sugestões dos profissionais que iam além da medicação na reunião de Equipe Matricial observada e nas entrevistas sobre possíveis tratamentos para o alcoolismo. Como em outros estudos (Barros *et al.*, 2009; Dalla Vecchia & Martins, 2009; Oliveira *et al.*, 2006), foi constatada a existência de práticas e elementos de discurso consoantes com as atuais diretrizes para a Saúde Mental, como a atuação das agentes comunitárias, *próximas* às famílias, a noção da importância de acolher o usuário mesmo em surto e o questionamento da solução-internação.

Entretanto, é possível dizer que as Unidades investigadas apresentavam grande disparidade em relação aos ideais, diretrizes e valores estabelecidos nacional e internacionalmente para o tópico (Brasil, 2005; World Health Organization & World Organization of Family Doctors, 2008) Os resultados foram condizentes com a avaliação, feita em outros estudos, de que permanece escassa integração da Saúde Mental na Atenção Primária (Onocko Campos & Gama, 2008; Souza *et al.*, no prelo; Tanaka & Ribeiro, 2009).

Obstáculos à materialização dos princípios da APS e da integração de ações em saúde mental estão presentes em todo o mundo (Kohn *et al.*, 2004; Souza & Menandro, 2011; World Health Organization & World Organization of Family Doctors, 2008). A percepção da Saúde Mental como campo restrito aos casos de psicose ou de descompensação psicótica pode estar associada à negligência não só do sofrimento mental inerente às *doenças físicas* (World Health Organization & World Organization of Family Doctors, 2008), mas também notadamente dos chamados *transtornos mentais comuns* (Maragno, Goldbaum, Gianini, Novaes & César, 2006) e dos problemas com álcool e outras drogas.

No contexto investigado, destacou-se a ausência de estratégias de Triagem e Intervenção Breve, preconizadas para abordagem da variada paleta de problemas com o álcool (Babor *et al.*, 2001; Heather, 2004a; Ronzani *et al.*, 2007; Ronzani, Mota *et al.*, 2009).

Nesta pesquisa, verificou-se que os profissionais compartilhavam representações sociais da Saúde Mental como campo de práticas *secundário, restrito, nebuloso e complicado*, o que condiz com resultados de outros estudos sobre a percepção dirigida a esse tópico e aos portadores de transtorno mental

realizados em diversas partes do país (Dimenstein *et al.*, 2005; Jucá *et al.*, 2009; Lucchese *et al.*, 2009; Nunes *et al.*, 2007; Silva *et al.*, 2005).

Importantes elementos das representações e práticas sociais dirigidas aos usuários também puderam ser estudados. Verificou-se a percepção de que os usuários não compreendiam o funcionamento da Estratégia Saúde da Família ou não queriam se adequar a esse funcionamento e de que eles demandavam principal ou exclusivamente atendimentos curativistas e imediatistas. Representações e práticas foram construídas com base em princípio correlato a essa percepção, qual seja, o de que os usuários deveriam se constituir mais como objetos do que como sujeitos das práticas sócio-sanitárias. Notou-se, nos atendimentos de grupo por exemplo, a organização hegemônica das interações segundo o *modelo-palestra* e a ausência de espaços sistemáticos de escuta e análise coletiva das expressões psicológicas e psicossociais dos usuários

Mas a objetivação dos usuários não se restringia aos aspectos técnicos do cuidado em saúde, incorporando também avaliações morais. Foi possível constatar, tanto na observação quanto nas entrevistas, a percepção de que a “população” era “barraqueira”, o temor quanto ao potencial de desmoralização dos “barracos” promovidos pelas mulheres e quanto ao potencial de violência armada e de morte dos “barracos” promovidos pelos homens. Usuários em geral foram às vezes descritos como “ignorantes”, associados, cá e lá, com práticas imorais, de criminalidade e de violência. Tanto na observação participante quanto nas entrevistas, evidenciou-se a percepção dos profissionais de que os usuários *não são pessoas como nós*, de que eles são *outros*, que habitam “outra realidade” e que têm “outra cultura”.

Essas representações constituíam um *mundo compartilhado* em que interações profissionais-usuários se punham em marcha. Tanto na observação participante quanto nas entrevistas, pôde-se constatar a existência de orientações normativas e de julgamentos morais dirigidos aos usuários. Frequentemente, ensinar a cuidar da saúde correspondeu a ensinar como ter *bons hábitos, como ter uma boa família, um bom corpo, uma boa alimentação, bom trabalho, bons filhos*, etc., e muitas vezes expressou-se a percepção de que o que os usuários *efetivamente eram e tinham* se distanciava radicalmente do *bom*.

Mas, as interações poderiam se caracterizar às vezes por notável proximidade. Como na brincadeira dos auxiliares de enfermagem com o *bêbado-cômico*, na fofoca entre a agente de saúde e sua vizinha, nas diversas ocasiões de *bate-papo* nos atendimentos de grupo por exemplo, constataram-se relações de intimidade que poderiam se aproximar do que se chama de *amizade* (entretanto, excetuando certas situações com agentes de saúde, infere-se a percepção generalizada de que os usuários não poderiam ser *amigos de verdade*). Notou-se, portanto, a simultaneidade da infantilização (implícita na tutela sanitária), do julgamento moral e de certa intimidade-amizade, um processo não implicando a exclusão do outro. Esses elementos de representação têm em comum a ênfase na alteridade dos usuários e na percepção de que eles devem ser *objetos* da ação das Unidades.

Pesquisa realizada por Schraiber *et al.* (2010), com observação participante em Unidades de diferentes partes do país, apresentou resultados semelhantes aos que foram observados nesta tese. Os autores registraram a centralidade do paradigma biomédico e a percepção de que ele respondia ao

essencial das demandas dos usuários. Médicos eram os profissionais mais valorizados, pois detinham *os saberes e os poderes mais importantes*. Trabalhavam em geral de forma isolada, o que podia levar à *variação nos estilos* de prática médica (alguns profissionais mais e outros menos atentos à promoção da saúde). Alguns médicos tinham dificuldade de adaptar-se ao trabalho em Saúde da Família, o que contribuía para gerar rotatividade desses profissionais.

Elementos comuns também foram notados nas relações profissionais-usuários. Verificou-se que profissionais dialogavam pouco com os usuários, que prescreviam orientações baseadas principalmente na autoridade (heteronomia) Tanto nos atendimentos *tradicionais* quanto nas atividades *alternativas* de educação em saúde, as abordagens eram caracteristicamente *instrucionais, disciplinadoras e autoritárias*, baseadas em julgamentos morais e eventualmente em preceitos religiosos, com pouco espaço para a expressão ativa dos usuários. Aspectos sociais e psicossociais eram negligenciados em favor do foco nas demandas e soluções relativas à *saúde física* (Schraiber *et al.*, 2010). Os dados são bastante condizentes com o que foi descrito nos capítulos anteriores, o que reforça a possibilidade de generalização para contextos semelhantes no país.

5.2. O ALCOOLISMO DOS USUÁRIOS

“Fenômeno complexo, ambíguo, o álcool guarda em si os paradoxos próprios ao fato de que ele se encontra associado ao mesmo tempo ao bem e ao mal, ao proibido e ao prescrito, à liberdade e à dependência, ao religioso e ao profano, à vida e à morte. São esses paradoxos que a imagem do alcoolista sublinha” (Ancel & Gaussoit, 1998, p. 74).

Esses usuários, cuja realidade ontológica não era *natural e imediata*, mas sim, como se viu, *produzida* pela atividade simbólica dos profissionais, por suas percepções, crenças, imaginações, por seus afetos e práticas, processos profundamente enraizados em contextos cheios de história, o SUS, as Unidades, os “morros”, enfim, esses usuários eram, eventualmente, alcoolistas.

A pesquisa constatou que, nesses casos, as relações se complicavam sensivelmente. Os dados dos questionários mostraram que a percepção do usuário alcoolista era significativamente diferente da percepção do *usuário típico*. Nesse ponto, é interessante comparar os dados obtidos na pesquisa com os paradigmas e conceitos utilizados contemporaneamente pelas ciências da saúde para definir, explicar e abordar o alcoolismo.

Pode-se afirmar que os profissionais investigados tenderam a definir o alcoolismo como condição *monolítica*, isto é, como condição *tudo ou nada*, consoante com a concepção médica de meados do século XX popularizada por E. M. Jellinek (Conrad & Schneider, 1992). Não relativizaram a categoria “doença”, partiam do pressuposto de que uns *a têm* enquanto outros não. O conceito de “síndrome de dependência” (Bertolote, 1997; Rotgers & Davis, 2006) não foi mencionado, nem sua variabilidade de aplicação aos casos. Também não foi citado o conceito ampliado de “problemas com o álcool” (Rotgers & Davis, 2006; Yang & Skinner, 2004), embora ele seja central para as concepções científicas contemporâneas. Não foram feitas referências aos conceitos de uso moderado, problemático e dependente, uso abusivo, de risco, nocivo ou em *binge*, comuns na literatura sobre o tópico (por exemplo, Higgins-Biddle *et al.*, 2001; Rotgers &

Davis, 2006), nem às abordagens de saúde que são preconizadas para cada padrão de consumo.

Verificou-se que, contrariamente ao que é prescrito por uma série de especialistas (já referidos), não havia protocolos organizados e permanentes de atendimento aos problemas com o álcool. Não foi mencionado o uso de instrumentos de identificação e de estratégias de intervenção breve. Profissionais afirmaram que, em determinados casos, tiveram que improvisar para conseguir a assistência de serviços especializados como hospitais. Notaram-se indícios da dificuldade de cooperar com o CAPS-ad, apesar do que orientam as diretrizes nacionais (Brasil, 2004, 2005).

Destacou-se a hegemonia da identificação do tratamento com a abstinência, a ausência de uso ou o uso inconsistente do conceito de redução de danos. Como notado por Rotgers e Davis (2006), detectou-se a preconização de abordagens de intimidação e de coerção do alcoolista, o que pode reforçar o comportamento de *negação do problema* por parte do usuário. Não foram observadas práticas de mobilização dos usuários para participação na formulação de políticas e de estratégias dos serviços, mobilização que é defendida pelo paradigma de redução de danos (Andrade & Friedman, 2006; Bastos & Mesquita, 2001; Brasil, 2004).

Entretanto, também foi possível notar que havia pontos de contato entre os *conceitos especializados* e as concepções adotadas pelos profissionais. Os participantes desta pesquisa enfatizaram que o entendimento do fenômeno não deve ser restrito a aspectos genéticos ou biológicos, aproximando-se do que pode ser chamado de *explicação tridimensional* do alcoolismo. Mencionaram

eventualmente a ideia de *diferentes graus de alcoolismo* e a importância de compreender as singularidades de cada caso, o que se aproxima das implicações do conceito de *síndrome de dependência*.

Destacaram a noção, consoante com diretrizes científicas e políticas, de que o tratamento deve recorrer a múltiplos serviços e recursos, ambulatoriais, hospitais, medicações, atendimento psicológico e de outras especialidades, ação coordenada de equipe multidisciplinar e enfatizaram a presença do CAPS-ad na rede de serviços disponíveis. Em certas ocasiões, citaram as noções de que é preciso promover a motivação do usuário para o tratamento, de que a assistência deve ser contínua mesmo com casos de múltipla recaída e de que recursos extrassanitários podem ser importantes, como religião e Alcoólicos Anônimos. Não se observou postura de competição quanto a esses possíveis atores extrassanitários do tratamento.

A comparação dos conhecimentos, percepções, crenças e práticas dos profissionais com as diretrizes formuladas por especialistas da ciência ou da política não visa aqui a desqualificar os primeiros em favor dos segundos. É claro que a decalagem entre esses dois níveis pode ser tomada como problema, uma vez que ela pode atrapalhar tanto os usuários, que podem não receber assistência apropriada, quanto os profissionais, que podem não obter satisfação com seu trabalho. Compreender os dados sintetizados acima talvez seja importante para programas de treinamento continuado de profissionais de Saúde da Família, programas que, partindo de abordagem participativa e colaborativa sobre os conhecimentos especializados, considerem as concepções adotadas

pelos profissionais e seu contexto, para construir junto com eles novas formas de encarar o fenômeno.

Ao invés de avaliar as representações construídas pelos profissionais a partir das possíveis *ausências*, é interessante considerar seu valor *afirmativo e funcional*, ou seja, seu *poder* de criar e de explicar a realidade. A pesquisa identificou cinco *Figuras dos usuários alcoolistas: o alcoolista ausente; o alcoolista como caso difícil; o alcoolista presente e, no entanto, ausente; o bêbado-cômico e o bêbado-problema*. Elas constituíam uma espécie de *tipologia de senso comum*, que, diferentemente da tipologia científica (*pessoa em uso nocivo, portador da síndrome de dependência*, etc.), era elaborada nos universos consensuais, por meio das interações e comunicações recorrentes do cotidiano. Elas estavam simultaneamente aquém e além das tipologias formais. Aquém por serem assistemáticas e *intuitivas*, além por serem elaborações adaptadas ao contexto, por serem *práticas e funcionais*.

Também é possível considerar o valor dessas representações ao se pensar nas dificuldades inerentes ao trabalho dos profissionais. O contexto social e institucional era marcado por uma série de precariedades que tem profundas raízes na história e na cultura do país (Arretche, 2005; Da Matta, 1997; Noronha *et al.*, 2008) e que levava as Unidades a funcionar com sobrecarga de demandas e em situação de escassez de recursos materiais e humanos. Nesse contexto, mesmo com dificuldades tão amplas, as representações ainda permitiam certa *margem de manobra* para atender os alcoolistas. O tópico do espaço para ações contra-hegemônicas será retomado.

Cabe explorar um pouco mais essas representações, integrando os resultados dos diferentes procedimentos de pesquisa. Dados dos questionários evidenciaram que, para o alcoolista, percebia-se menor capacidade de cuidado do que para o *usuário típico*. As percepções indicaram atitudes negativas e estigma. As causas de sua “doença” se encontravam nos domínios *estrangeiros e insólitos* dos fatores psicológicos e sociais.

Esses foram os fatores causais também enfatizados nas entrevistas. Os profissionais consideravam o papel da “predisposição genética”, mas atribuíam maior importância aos fatores psicológicos – principalmente à necessidade de “fugir dos problemas” relacionada a certa *fragilidade psicológica* – e aos fatores sociais – à “influência” da mídia e dos pares na sociedade em geral e principalmente às precariedades materiais e humanas das “comunidades”, suas “famílias desestruturadas” e sua “cultura diferente”.

O alcoolismo foi objetivado simultaneamente como *doença multifatorial a ser tratada de forma integral* e como *problema social, relacionado à pobreza das comunidades, a ser tratado com os (escassos) recursos disponíveis e com força de vontade (do usuário)*. Os usuários alcoolistas, *doentes-marginais*, eram enxergados de forma essencialmente *ambígua*. Diante dele, *os profissionais hesitavam*.

Os tratamentos preconizados foram heterogêneos, com ênfase no atendimento médico-psiquiátrico, psicológico, multiprofissional, com citações numerosas ao CAPS-ad e ao importante papel das Unidades. Ao mesmo tempo, as falas descreveram as Unidades como insuficientes, impotentes e ineficazes para tratar dos alcoolistas. Nesses campos semânticos, as Unidades é que se

convertiam em *dependentes*: seja dos recursos monopolizados por outros serviços, seja das motivações dos próprios usuários.

Notou-se, tanto nas entrevistas como na observação participante, que uma série de atendimentos era dirigida aos alcoolistas no bojo da assistência que as Unidades ofereciam aos usuários em geral. Entretanto, eram hegemônicas a falta de clareza quanto a possíveis abordagens psicossociais e de redução de danos e a percepção de que o tratamento deveria ser centrado na abstinência.

Na observação participante e nas entrevistas, constatou-se que as principais formas de o alcoolismo *aparecer* nas Unidades eram aquelas do usuário com comorbidade (*alcoolista presente e, no entanto, ausente*) e do usuário em intoxicação aguda, potencialmente agressivo (*bêbado-problema*). Com a observação direta de interações entre profissionais e usuários representados como alcoolistas, foi possível constatar a negligência em relação às suas falas, a presença de sinais indicativos de sentimentos de consternação, impotência, raiva e medo e as práticas de exclusão física e simbólica. A presença do *bêbado-problema* na Unidade foi objetivada como “confusão”, “barraco”. A mobilização do vigia patrimonial (o *policia da Unidade*) e a orientação de expulsão dada à ação foram práticas observadas pelo pesquisador e mencionadas pelos profissionais nas entrevistas.

Os três estudos relatados nos capítulos anteriores chegaram ao resultado comum de que os profissionais se percebiam hegemonicamente como “despreparados” para lidar com o alcoolismo, atribuindo a mesma característica às Unidades em geral. Os principais sentimentos mencionados para qualificar o atendimento do usuário embriagado foram impotência e frustração.

Os resultados foram condizentes com numerosos estudos, incluindo aqueles feitos com população geral (Alvarez, 2001; Ancel & Gaussoit, 1998; Maia *et al.*, 2000), os que abordaram ou citaram profissionais de saúde (Carraro *et al.*, 2005; Conrad & Schneider, 1992; Diniz & Ruffino, 1996; Lopes & Luis, 2005; Pillon & Laranjeira, 2005; Ronzani & Furtado, 2010) e, especificamente, profissionais de Atenção Primária à Saúde (Johansson *et al.*, 2005; Lock *et al.*, 2002; Ronzani, Higgins-Biddle *et al.*, 2009), que constataram a presença de julgamentos morais, atitudes negativas e de estigmatização.

Foram verificados elementos do processo de estigmatização, como a identificação de características desviantes, a junção atributo-estereótipo, a rotulação e a discriminação, em situação de assimetria de poder, com potencial de resultar em uma série de prejuízos físicos, psicológicos e sociais. A provável presença do nojo nas interações com os “bêbados” remeteu ao possível medo do contágio, da transmissão simbólica do estigma (Goffman, 1963/1986; Link & Phelan, 2001).

Foram detectados elementos de representação próximos àqueles adotados por membros dos Alcoólicos Anônimos, compatíveis com a noção de *doença moral*, que impede o cumprimento de papéis sociais, e com a noção de que o alcoolismo pode de alguma forma *contaminar* a família (Campos, 2004, 2005; Garcia, 2004).

A ênfase dada pelos AA à abstinência (Garcia, 2004) pode ser um dos determinantes das crenças e percepções dos profissionais (dentre elas a dificuldade de conceber a redução de danos), tendo em vista a difusão cultural de representações e práticas desse grupo (Alvarez, 2001; Conrad & Schneider,

1992). Profissionais citaram tratamento por “depoimentos” e pelos “doze passos”, além de outras referências aos AA.

A atribuição hegemônica de causas psicológicas e sociais ao alcoolismo foi condizente com estudos que abordaram a população geral, mas, nesse caso, mostrou diferença quanto a representações adotadas por membros dos Alcoólicos Anônimos, que, pela metáfora da “alergia” (Campos, 2005) atribuem maior importância e universalidade a causas orgânicas. Entretanto, como discutido mais adiante, a ausência de ênfase nos *fatores genéticos* não implicou necessariamente evitar o *essencialismo* comum à hipótese de *problema inato*. Foram identificados processos condizentes ao modelo proposto por Weiner (1993), que prevê que a percepção de causas tidas como controláveis engendra responsabilização da pessoa estigmatizada, adoção de comportamentos agressivos e de negação de ajuda.

Dados das entrevistas apoiaram a suposição de que as análises sobre as *Figuras do alcoolismo* eram válidas para o conjunto das Unidades. As Figuras eram as principais *formas de expressão* das representações estudadas. Isso quer dizer que elas eram as maneiras hegemônicas de enxergar e classificar os alcoolistas, ou seja, de objetivá-los e de ancorá-los no contexto pesquisado. Esses processos simultâneos de construção das representações deixam claro que a *percepção é contextualizada e que os objetos que os sujeitos veem no mundo são em parte produções coletivas*.

A construção dessas representações, como visto, integrava certas noções do saber científico ou *especializado* sobre o alcoolismo ou, ao menos, utilizava-se de seu estilo e vocabulário. Entretanto, certamente não se limitava a esse saber.

Recorria também à produção imaginária e à produção de julgamentos morais sobre os usuários em geral, os alcoolistas, os bares, as “comunidades”, entre outros elementos do campo representacional. Em outras palavras, foram utilizados os três tipos de *raciocínio* destacados por Ancel e Gausso (1998): “médico-psicológico, simbólico-fenomenológico e moral-social”.

Sob o ponto de vista *médico-psicológico*, os não-alcoolistas entrevistados por Ancel e Gausso (1998) qualificaram o alcoolismo como “doença”, caracterizada pela dependência orgânica e pela perda de liberdade quanto ao consumo. Esse ponto de vista inspirou o uso de vocabulário técnico: “dependência”, “desintoxicação”, “síndrome de abstinência”, etc. A definição se aproximava daquela de “doença tudo ou nada”. Os entrevistados não destacavam explicações genéticas, mas sim psicológicas (trauma, fuga de problemas) e sociais. A “doença” dizia respeito à *personalidade* e aos laços sociais (o alcoolismo não era tanto *algo que se tem* quanto *algo que se é*).

O ponto de vista simbólico-fenomenológico, ainda na referida pesquisa, engendrou uma série de imagens capazes de objetivar e descrever o alcoolismo: “a queda, o afogamento, o desequilíbrio”. A normalidade seria *vertical*: domínio da vontade que, soberana sobre o corpo, é capaz de mantê-lo em pé. A *queda do corpo* do “bêbado” seria correlata à sua *queda psicológica*, a seu *apagamento* como ser. A trajetória etiológica também foi *posta em imagens*: o começo do alcoolismo foi descrito como o “beber socialmente”, o meio, como a “ladeira deslizante” e o fim como a “submersão alcoólica”. A *estética* do alcoolismo (conferida a ele) não era redutível à apreensão médica ou moral. A produção imagética servia de ponte entre essas outras duas lógicas: a “queda” era a

metáfora que sintetizava aspectos médicos, imaginários e morais (Ancel & Gausso, 1998).

Por fim, o ponto de vista moral foi mobilizado pelos entrevistados para classificar o alcoolismo como degradação do indivíduo, de seu próprio ser e de suas ações. Sob esse ponto de vista, o “bêbado” aparecia desumanizado e animalizado, sua inevitável marginalização implicando a perda dos direitos relativos a papéis sociais valorizados (pai, trabalhador, marido; mãe, dona de casa, esposa) e a perda de vínculos, gerando sofrimento, violência e solidão (Ancel & Gausso, 1998).

Os três tipos de *raciocínio* destacados pelos autores, médico-psicológico, simbólico e moral, eram relativamente autônomos, mas não operavam de forma isolada nem excludente. Ao contrário, tendiam a ser combinados em medidas variáveis por diferentes sujeitos e grupos. Dessa forma, contribuíam para a construção das representações do alcoolismo, ou seja, para a construção da realidade mesma do alcoolista e da alcoolização (Ancel & Gausso, 1998).

Como se viu, a pesquisa descrita nesta tese apresentou resultados semelhantes. Os raciocínios referidos podem ser entendidos como componentes dos *lugares comuns* (Lima, 2007, 2008) analisados no Capítulo 3. Eles são testemunhas da polifasia cognitiva das representações. O uso do vocabulário técnico foi constantemente acompanhado de metáforas que decorriam da produção de imagens-símbolo sobre o fenômeno e sobre seu contexto. Julgamentos morais estenderam a condenação do alcoolismo à condenação do alcoolista, levando à sua estigmatização. Houve, portanto, com a pesquisa de

Ancel e Gausso (1998) congruências de processo (raciocínios empregados) e de conteúdo.

Outras comparações interessantes podem ser feitas. No modelo proposto por Ance e Gausso (1998), o alcoolista é representado em relação às normas do *beber bem*. Sua identificação no cotidiano não decorre principalmente da aplicação de critérios científicos, mas da percepção da deterioração de papéis e de valores sociais.

Foi possível verificar que os profissionais de saúde que participaram deste estudo agiam de forma semelhante. Os usuários eram representados como alcoolistas não só (e talvez não principalmente) com base em anamneses ou exames clínicos, mas sim pela percepção do *desvio*: o usuário que era percebido embriagado nas casas ou nos bares, que não conseguia controlar seus movimentos, que vinha alcoolizado à Unidade, que tinha cheiro de álcool, que apresentava agressão ou quebra de protocolos, que não queria se cuidar, enfim, que não correspondia ao que o *usuário deveria ser* (atento e responsável) e que impossibilitava a *relação profissional-usuário como ela deveria ser* (relação de orientação normativa e de cura). Neste estudo, além de reforçar as normas do *beber bem*, constatou-se que as representações do alcoolismo reforçavam normas sobre a relação entre esses atores da Saúde da Família.

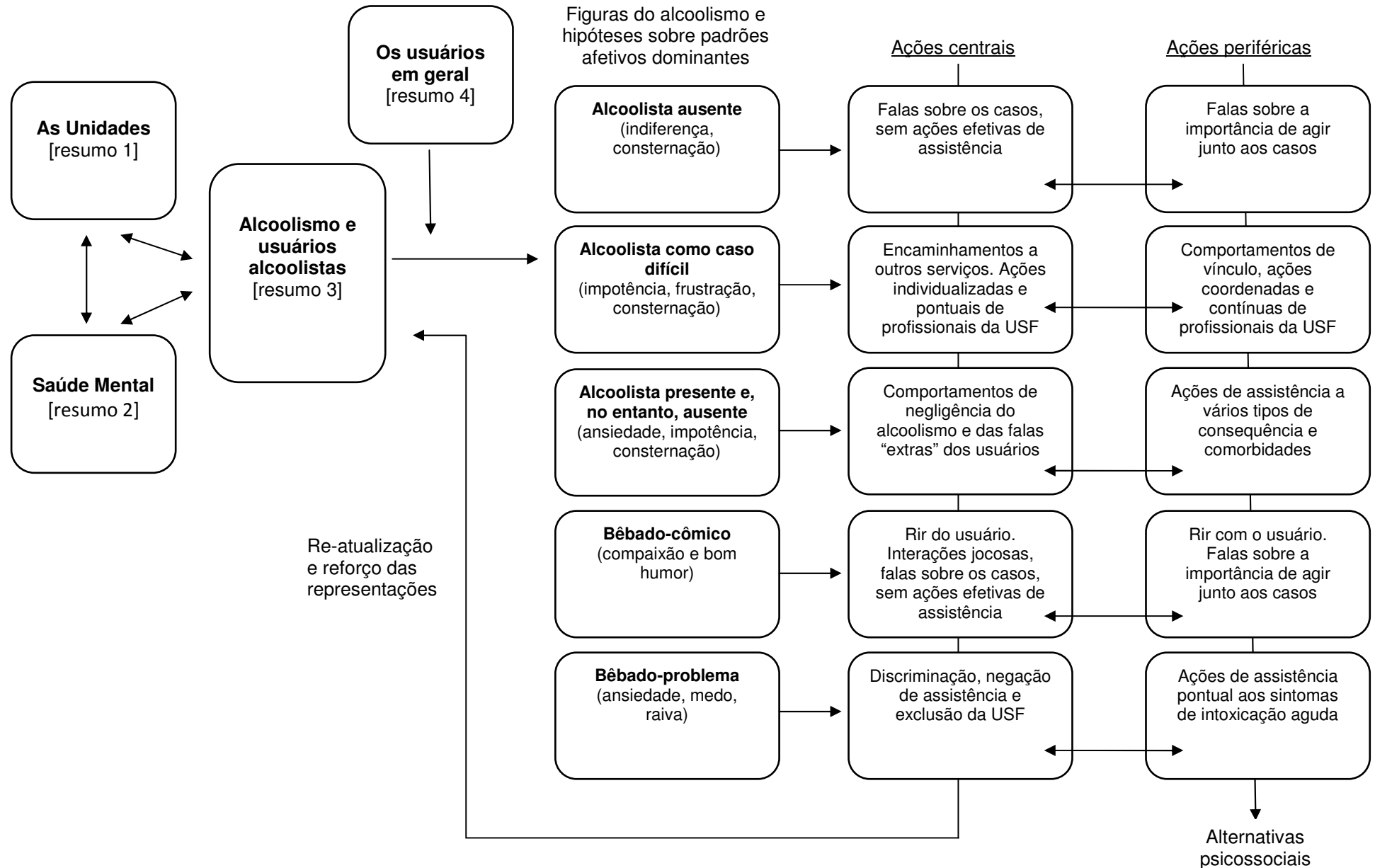
Ancel e Gausso (1998) identificaram os modos “dominante, menor e marginal” de conceber o alcoolista, respectivamente como “outro monstruoso, igual em dificuldade e artista” (“outro excepcional” no caso desse último). A representação como “outro monstruoso” salienta a imagem do “bêbado” degradado pelo álcool, descontrolado, decadente e isolado, que caminha para a

morte. Enquanto isso, o “igual em dificuldade” implica considerar um “doente” e seu possível tratamento, inibir reações “automáticas” de rejeição, tentar compreender o outro e até refletir sobre si mesmo. Os autores notaram que as formas médicas de apreensão do fenômeno oscilam entre esses dois modos, “dominante” e “menor”.

Mais uma vez, é possível constatar a congruência entre essas análises e a presente pesquisa. É possível dizer que, na composição das Figuras do usuário alcoolista, *a diferenciação identitária era mais forte que a aproximação identitária*. O alcoolista foi objetivado principalmente como “outro monstruoso”, diferente e desviante, com o qual nenhuma identificação era possível. De forma secundária, os profissionais objetivaram simultânea ou alternadamente o alcoolista como “igual em dificuldade”, como doente que precisa de cuidados e que os merece. Pode-se dizer que o “modo dominante” foi mais evidente na Figura do *bêbado-problema* e o “modo menor”, na Figura do *alcoolista como caso difícil*. Mas ambos os modos agiam de certa forma em todos os casos.

Uma possível síntese dos dados desta pesquisa pode ser encontrada na Figura 11. Ela integra as análises dos fenômenos psicossociais investigados. Representações e práticas sobre o alcoolismo e sobre os usuários alcoolistas fazem parte do que se pode chamar de *rede de representações* ou *sistema representacional* que inclui outros objetos relevantes para a análise, abordados acima: as Unidades, a Saúde Mental e os usuários em geral. Quadros desenhados abaixo do *sistema* descrito contêm resumos dos dados sobre os objetos.

Figura 11. Sistema representacional na construção de representações e práticas sobre o alcoolismo e os usuários alcoolistas



Resumo 1

AS UNIDADES

(e sua inserção na rede de serviços)

- Serviços centrados no paradigma biomédico tradicional e no modelo curativista
- Serviços que são tutelados e fiscalizados pela SEMUS e pelos CAPS
- Serviços que sofrem dificuldades para trabalhar em conjunto com o CAPS-ad
- Serviços isolados, que não podem cumprir seu papel de coordenação do cuidado
- Serviços que não priorizam Saúde Mental, nem drogas, nem violência, nem “alcoolismo” e que não estão preparados para abordar efetivamente esses tópicos

Resumo 2

SAÚDE MENTAL

- Práticas complementares ou secundárias, *misteriosas, complicadas*
- Práticas não estruturadas, que demandam improviso, um *esforço extra* do profissional
- Práticas centradas em casos de psicose, centradas na medicação
- Práticas pouco atentas a formas ampliadas de reabilitação psicossocial
- Práticas que não incluíam de fato o tema álcool e outras drogas

Resumo 3

ALCOOLISMO

- Simultaneamente *doença e problema social*
- Causado principalmente por fatores psicológicos e sociais
- Causado por fatores gerais, *necessidade de fugir da realidade e influência da mídia e dos pares* e por fatores específicos, *fraqueza psicológica daqueles usuários e cultura da comunidade*
- Condição para a qual a *Unidade pode fazer muito e faz muito*, mas para a qual a *Unidade é despreparada e impotente*
- Condição cujo tratamento *deve ser multiprofissional*, mas que *não depende tanto dos profissionais quanto da vontade do alcoolista e de outros fatores externos à Unidade*
- Condição cujo tratamento implica (ou é) abstinência do álcool

USUÁRIOS ALCOOLISTAS

- Pessoas que vêm à Unidade por outras doenças ou por intoxicação aguda
- Diferentes dos usuários típicos, (ainda) mais *complicados* que os usuários típicos
- Pessoas que eliciam medo, raiva, impotência, frustração e nojo
- Pessoas associadas ao descontrole e ao desvio
- Objetos ambíguos, *doentes-marginais*

Resumo 4

USUÁRIOS EM GERAL

- Pessoas que demandam essencialmente o curativismo, que não compreendem ou não querem compreender a Saúde da Família
- Pessoas que são mais objetos que sujeitos das práticas sócio-sanitárias
- Na relação com a Unidade, eles devem *receber* e não têm nada a *oferecer*
- Pessoas cujas representações e práticas não interessam, ou interessam pouco, para o cuidado em saúde
- Pessoas possivelmente “barraqueiras”, agressivas e “ignorantes”, possivelmente ligadas ao crime e à imoralidade
- Pessoas que *não são como nós*, que são *outros*, que habitam “outra realidade” e têm uma “cultura diferente”
- Pessoas a serem *consertadas*, não só do ponto de vista biomédico, mas também moral

A descrição do sistema representacional ilustrado na Figura 11 resultou da análise, interpretação e integração dos dados da presente pesquisa. Esse esquema se apresenta como *modelo* para compreensão de relações entre contexto, representações e práticas e pode servir para abstrações teóricas ulteriores. Cabe, portanto, explicar e justificar as relações supostas, ilustradas pelas setas desenhadas na Figura 11.

Em princípio, notam-se três campos representacionais articulados, referentes às Unidades, à Saúde Mental e ao alcoolismo/ usuários alcoolistas. As *setas de mão dupla* indicam que essas representações se determinavam mutuamente, que elas compartilhavam elementos e que elementos próprios a uma serviam eventualmente de pressuposto para as outras. Elas ilustram também a ideia já referida de construção contextual das representações do alcoolismo. A objetivação das Unidades como serviços isolados e curativistas e da Saúde Mental como práticas secundárias e *misteriosas* participavam da formação de certa *realidade coletivamente construída e compartilhada*. Utilizando a metáfora própria à TRS, as representações desses objetos constituíam parte importante da realidade onde *ancoravam* as representações e práticas sobre o alcoolismo. Elas eram, portanto, *trechos do pano de fundo*.

Pode-se avançar a hipótese de que um papel ainda mais determinante era exercido pelas representações dos usuários em geral. Essas representações também constituíam parte do contexto e também compartilhavam elementos com as outras representações. Entretanto, seu papel na construção de representações e práticas sobre o alcoolismo era crucial, pois os usuários constituíam os principais *outros* (ALTER) em relação aos quais essas representações eram

produzidas. Faz-se referência aqui ao esquema proposto por Moscovici (1984/2008), no qual o ALTER (no caso, os usuários) estabelece certa mediação entre o EGO (profissionais) e o OBJETO (alcoolismo). Ao representar o alcoolismo, os profissionais representavam esse outro e representavam, *pari passu*, a si mesmos.

É possível dizer que as representações dos usuários exerciam função essencial de mediação: não era de qualquer alcoolismo que se falava, era do alcoolismo daqueles usuários. Isso justifica a posição do quadro *Os usuários em geral* na Figura 11 e a seta vertical que incide entre as representações do alcoolismo/ usuários alcoolistas e suas principais formas de expressão, as Figuras dos usuários alcoolistas.

Essas Figuras constituíam *a realidade na qual ou sobre a qual práticas aconteciam* e, simultaneamente, o conjunto de conhecimentos e padrões afetivos que *orientavam as ações* (que exerciam sobre elas sua “coerção variável”, Rouquette, 1998, p. 42): daí a seta que parte das Figuras para as práticas, referidas como *ações*. A atitude, em geral negativa como se viu, se relacionava a elementos afetivos diferentes em cada Figura, conforme as *hipóteses sobre os padrões afetivos dominantes*.

Cabe destacar que as práticas que eram orientadas por essas representações não eram unívocas. Neste estudo, propõe-se que elas podem ser divididas em *ações centrais* e *ações periféricas*. *A diferença fundamental entre elas é que as ações centrais reforçavam a diferenciação identitária entre EGO (no caso, profissionais) e ALTER (usuários), enquanto as ações periféricas indicavam algum grau de aproximação entre esses polos.*

Essas definições serão retomadas mais adiante, mas cabe evocar aqui alguns elementos empíricos para ilustrá-las. Considerem-se, em princípio, as duas formas mais frequentes de enxergar o usuário alcoolista nas Unidades, o *alcoolista presente e, no entanto, ausente* e o *bêbado-problema*.

Em relação ao primeiro, a análise da Situação, descrita no Capítulo 2, que envolveu a profissional PNS-1, mostrou que o alcoolismo não foi de fato abordado junto ao usuário e que suas falas *mais livres* não foram consideradas para o atendimento. As ações da profissional em relação a esses aspectos (foco no questionário estruturado, postura professoral-coercitiva, etc.) podem ser classificadas como *centrais*. Elas reforçavam as representações que as orientavam (Resumo 3 da Figura 11) e *distanciavam* a profissional do usuário.

Ao mesmo tempo, é preciso notar que a profissional efetivamente atendeu o usuário (a possibilidade de negar atendimento à pessoa alcoolizada foi mencionada na *reunião com o pesquisador* – Capítulo 2), levou o atendimento até o fim e se esforçou para comunicar-se com ele, transmitir-lhe informações e encaminhá-lo ao grupo de apoio ao tabagismo (*tratar a comorbidade*). Essas ações, que são qualificadas aqui de *periféricas*, indicaram certo grau de *aproximação* entre os atores.

Ainda com relação ao *alcoolista presente e, no entanto, ausente*, cabe lembrar o tema dos procedimentos técnicos, mencionado nas entrevistas (Capítulo 3). As falas dos participantes sugeriram que a assistência a vários tipos de comorbidades e consequências do alcoolismo era frequente. Segundo análises já expostas, a própria realidade do fenômeno era ambígua: ao mesmo tempo em que se acreditava que as Unidades não estavam preparadas, não atuavam e

nada podiam fazer, dizia-se que elas prestavam uma série de atendimentos e que deveriam ter atuação importante junto aos casos.

No que diz respeito ao *bêbado-problema*, as entrevistas sugeriram que, com frequência, cuidados eram dirigidos também a ele (no caso, principalmente com objetivo de minorar sintomas da intoxicação aguda). Na Situação registrada pela observação participante, que envolveu a profissional PNS-2, foi possível verificar que o significado geral das práticas era a exclusão do usuário. O vigia patrimonial (*policia da Unidade*) foi chamado e a própria profissional de nível superior *enxotou* o usuário (*ações centrais*, no sentido exposto acima).

Entretanto, antes disso, a profissional *buscou o contato* com o usuário e dirigiu-lhe palavras com intenção presumida de *acolher* e *apaziguar*. Pode parecer pequeno diante da orientação geral das ações, mas é preciso enfatizar: *a mão da profissional esteve no ombro do usuário*. A Unidade *chamou a polícia para retirá-lo*, mas também, ao mesmo tempo, *encostou nele* (sentido – aqui parcialmente literal – da *aproximação das ações periféricas*).

Os exemplos da *coexistência* desses dois tipos de ação poderiam se multiplicar. Tanto no caso do *alcoolista ausente* quanto no caso do *bêbado-cômico*, foi possível verificar ações que reforçavam as ideias de que nada se podia fazer, menções aos casos sem efetivo planejamento para abordá-los (as ações eram, aqui, *falas* – certo modo de comunicar aos colegas a condição de um usuário alcoolista, em reunião de equipe, por exemplo). Entretanto, ao mesmo tempo, puderam ser registradas falas (não *solicitadas* pelo pesquisador) sobre a importância de tratar os casos de alcoolismo.

Na *reunião com o pesquisador*, viu-se que o tópico do tratamento do alcoolismo propiciou certa aproximação (*simbólica* pelo menos) do grupo com os usuários. Eles passaram da *negação do atendimento à pessoa alcoolizada* à *constatação da dificuldade em fornecer assistência* e, em seguida, a um *esboço de projeto* (“Talvez falte realmente, é... um grupo de apoio a esse tipo de paciente. Como tem o grupo de apoio ao tabagismo” – Bruno, diretor da Unidade).

A pesquisa indicou que as práticas do grupo dirigidas ao *alcoolista como caso difícil* se caracterizavam por ações individualizadas (somente alguns profissionais se envolviam, como a psicóloga ou algum dos médicos) e/ou pontuais (ações assistemáticas, aplicadas somente a alguns casos identificados, sem estratégias de acompanhamento longitudinal), ou ainda simples encaminhamentos a serviços especializados (sem contrarreferência), que eram, assim como as outras *ações centrais* descritas acima, formas de manter os usuários alcoolistas *à distância*.

Entretanto, para os profissionais eventualmente envolvidos nesses atendimentos pontuais, foi possível verificar indícios de *aproximação aos usuários como pessoas*, como no caso da médica que guardou uma flor que lhe foi dada de presente por um usuário alcoolista. Indícios semelhantes foram registrados nos relatos que profissionais entrevistados fizeram sobre *casos com resultados* (Capítulo 3). Por exemplo, cabe lembrar da fala da psicóloga que valorizava o vínculo construído com um usuário alcoolista (“hoje é uma pessoa que de vez em quando vem na Unidade, e tal, pra tá conversando”). Destacam-se ainda as numerosas sugestões feitas pelos profissionais, também descritas no Capítulo 3, sobre como melhorar a atenção das USF quanto ao alcoolismo.

Enfim, a divisão das ações observadas ou mencionadas em entrevistas como *centrais* ou *periféricas* visa a enfatizar que a ambiguidade das representações sociais também estava presente nas práticas sociais. Se os conhecimentos eram *poli-fásicos* as práticas também eram. Seria possível falar, nesse sentido, de uma *hipótese de polifasia comportamental*.

Voltando à Figura 11, uma longa seta retroativa indica que as *ações centrais* re-atualizavam (no sentido de *recolocavam em ato* e de *recolocavam no presente*) e reforçavam as representações do alcoolismo. *Agir conforme os princípios reforçava os princípios*. Enquanto isso, as *ações periféricas* apontavam para *alternativas psicossociais*, ou seja, para outras representações e práticas possíveis sugerindo assim pistas para a transformação dos fenômenos estudados.

As setas de mão dupla entre *ações centrais* e *periféricas* indicam que elas também compartilhavam certo grau de determinação conjunta das representações. Sugere-se uma hipótese sobre o funcionamento das ações periféricas. Colocando-se como *aproximações admissíveis (ao ALTER)*, elas confirmavam, de certa forma, as *ações centrais ao mesmo tempo em que as colocavam em perigo, apontando para fora do sistema*. Aqueles que estão familiarizados com a TRS terão notado que essa hipótese bem como os nomes conferidos às ações (*centrais* e *periféricas*) evocam a Teoria do Núcleo Central (Abric, 1994a). Esse assunto será retomado mais adiante.

5.3. CONSTRUTOS SÓCIO-HISTÓRICOS

As representações sociais descritas, é claro, não nasceram exclusivamente do grupo estudado. Até agora, enfatizou-se sua construção pelos profissionais e seu enraizamento contextual, nas Unidades de Saúde, em perspectiva *sincrônica*. Entretanto, para a compreensão dos fenômenos estudados, também são importantes reflexões sob ponto de vista histórico, *diacrônico*.

Quando uma nova geração emerge, seu mundo se parece bastante com aquele de seus ascendentes em parte pela manutenção de representações sociais. Com efeito, esses construtos psicológicos e sociais se aproveitam de raízes firmemente fixadas no passado e projetam seus filamentos para o futuro. As representações são fenômenos históricos que se transformam, mas cuja transformação se faz sempre sobre a base do já-visto, o que em geral garante grande estabilidade na relação com os objetos. É preciso considerar, portanto, o substrato histórico de onde puderam emergir as representações e práticas sociais investigadas. Como foi visto, o alcoolismo não é tanto fenômeno natural quanto construto sócio-histórico. A *intemperança* percorreu longa trajetória moral antes de ser apropriada pela medicina.

As sociedades antigas já promoviam normas para o *bom uso* do álcool, implicando punições para os desvios. Também data da antiguidade a distinção entre o indivíduo eventualmente *intoxicado* e aquele *acostumado* com as bebidas. Há muitos séculos, o consumo do álcool se reveste de ambiguidade sendo simultaneamente remédio e veneno, fonte de comunhão e de desintegração grupal, símbolo do divino e do diabólico. Diferentes formas de normatização do consumo e de condenação da intemperança foram operadas na Antiguidade, na

Idade Média e nos séculos subsequentes. Entretanto, o álcool nunca pôde ser alvo de rejeição unânime. Foram constantemente exaltadas suas propriedades medicinais e revigorantes. A preocupação com a intemperança conviveu, por exemplo, com a defesa do vinho como símbolo sagrado e de bebidas como a cerveja e a cidra consideradas “higiênicas” (Conrad & Schneider, 1992; Sournia, 1986).

A partir do século XVII, houve progressiva massificação do consumo de bebidas alcoólicas na Europa, com expressivo aumento do uso de destilados (bebidas mais potentes) e proliferação dos locais de consumo. O modelo social massificador, mercantilista-manufatureiro, que se afirmava progressivamente foi acompanhado pela massificação das bebidas, o que levou às alarmantes advertências do final do século XVIII e do século XIX quanto aos perigos coletivos da intemperança (Sournia, 1986).

A preocupação com esses perigos chamou a atenção de governantes e de especialistas. Frequentemente com aval “científico”, eles defenderam crenças de que as únicas bebidas perigosas seriam os destilados, de que o alcoolismo levaria forçosamente ao pecado, à luxúria e às doenças venéreas e de que ele seria essencialmente problema dos pobres. O alcoolismo foi descrito como causa, consequência ou fator agravante de “doenças mentais”. Popularizou-se a noção de que ele levaria à internação “alienista” ou “psiquiátrica” (Sournia, 1986).

Discursos antialcoólicos descreveram as práticas massificadas de intemperança como “calamidade”. Foram-lhe atribuídas propriedades absolutamente contrárias aos princípios políticos, econômicos e culturais da ordem social industrial-capitalista que nascia e se consolidava. A intemperança

gerava improdutividade, onde se afirmava a industrialização; desagregação, onde se afirmava o nacionalismo; desordem e promiscuidade, onde se afirmavam a disciplina e a higienização. É compreensível que os discursos antialcoólicos tenham sido de *normatização e repressão social antes de serem discursos médicos*. Seu mote foi o de conter a desordem fomentada pelo álcool, principalmente nas “classes subalternas”, ou seja, junto aos trabalhadores e às famílias que deveriam ser as *engrenagens do sistema* e as *molas* para sua produção e reprodução (Sournia, 1986). A intemperança passou de *pecado a crime* e de *crime a doença*, mas a passagem não implicou, forçosamente, substituição.

Acompanhando esses modos de organização produtiva e social, desenvolviam-se e consolidavam-se representações do “homem de verdade”. A construção da *masculinidade moderna* estabeleceu imagens do corpo do homem que deveria condensar e refletir com perfeição um conjunto de virtudes, ideais e esperanças nacionais. Características como força de vontade e autocontrole do homem individual, refletidas em corpo atlético e rijo, deveriam garantir a disciplina, a soberania e o progresso em âmbito coletivo (Mosse, 1996). A imagem do “bêbado”, de seu corpo *decadente e mole*, refletindo fraqueza e descontrole, era percebida como claramente oposta a esses valores.

Nesse momento de construção das sociedades modernas, o alcoolismo foi descrito como causa e efeito da *degenerescência*, hipótese ligada ao evolucionismo oitocentista. A degenerescência seria a degradação biológica e moral dos indivíduos que poderia levá-los a deficiências físicas, intelectuais e a diversos tipos de desvio social (como o alcoolismo). Os desvios, por sua vez,

poderiam ser *transmitidos* aos filhos, hipótese que embasou a eugenia. A degenerescência era percebida, portanto, como ameaça séria e iminente contra toda a espécie e, particularmente, contra a integridade e o poder do Estado-nação (Sournia, 1986).

Foi nesse contexto, ou *solo epistemológico*, que nasceu a noção de alcoolismo e no qual se empreendeu sua incorporação pela medicina. Durante cerca de um século, o discurso oficial continuou a associá-lo explicitamente às ideias de degenerescência, de crime contra a espécie e contra a pátria, antes de ser *apenas uma doença*, o que ficou reservado para a segunda metade do século XX. O que pode ser chamado hoje de *ponto de vista moral* sobre o alcoolismo guarda crenças e afetos ligados ao tema oitocentista da *degenerescência*. A ênfase no *atentado contra a espécie ou contra a nação* foi substituída (e ao mesmo tempo, de certa forma, mantida) pela ênfase na *degradação do indivíduo* (Ancel & Gausso, 1998; Sournia, 1986).

Os Alcoólicos Anônimos foram importante agente de medicalização do alcoolismo, ao descrevê-lo como “alergia” e como condição “tudo ou nada”. Defenderam o ponto de vista essencialista (*um alcoólico será sempre um alcoólico*) ligado à noção de *perda do controle*. Enfatizaram a abstinência total como única solução para o problema (Conrad & Schneider, 1992). A identificação da “doença”, operada de forma emblemática por E. M. Jellinek, manteve a possibilidade de julgamento moral a partir da ênfase na perda do controle (Ancel & Gausso, 1998).

Adeptos do reducionismo fisiológico destacaram que os efeitos desinibidores do álcool são universais. Com isso reduziram o fenômeno à

interação da droga com o corpo (o que foi criticado por cientistas sociais que demonstraram a relatividade contextual e semiótica da alcoolização e propuseram que o comportamento do indivíduo alcoolizado é uma combinação complexa entre os fenômenos fisiológicos e a apreensão simbólica, individual e coletiva, desses fenômenos). Ao mesmo tempo, como visto, a definição do alcoolismo como entidade nosológica *sui generis* correspondeu à afirmação de que o indivíduo é subjugado por forças (fisiológicas) internas e é obrigado a beber (Conrad & Schneider, 1992).

“O mecanismo explicativo chave usado para dar conta do quebra-cabeças do comportamento aparentemente irracional do alcoolista é o vago, quase misterioso, conceito de adição. Alcoolismo (algumas variedades pelo menos) é uma doença porque é uma adição. Adição envolve a ‘perda de controle’ sobre o beber (igualmente misteriosa), que é evidência direta da existência de uma doença. É uma explicação individualizada, circular e médica para um padrão de comportamento desviante” (Conrad & Schneider, 1992, p. 94).

A “compulsão” foi e é utilizada como mecanismo explicativo central. O doente é levado a fazer o que faz por uma “compulsão”, por uma “força” que emana de dentro dele mesmo e que escapa a seu controle (note-se o parentesco com a noção de possessão demoníaca). Dessa forma foram e são explicadas condições como a hiperatividade, a homossexualidade (que também já foi considerada “doença” e que pode ser objeto contemporâneo de remedicalização,

Conrad, 2007), a dependência de drogas e o alcoolismo. O pensamento social faz equivaler direta ou indiretamente o desvio ao descontrole. A ênfase nessa transgressão pode evidenciar, portanto, o valor que a sociedade espera defender, qual seja, a capacidade de controlar-se (Conrad & Schneider, 1992).

A capacidade de autoimposição de controle e disciplina é percebida como pré-requisito fundamental para o exercício das formas valorizadas de ser homem, de ser mulher, de estudar, de trabalhar, de cuidar da saúde, de consumir, de praticar esportes, de se divertir, de cultivar amigos, de criar filhos, etc. A disciplina é especialmente importante para as sociedades modernas e industriais. Ela permite a manutenção das formas hegemônicas de dividir o espaço, de dividir o tempo, de produzir bens e de produzir sujeitos. No caso específico do homem, a figura decadente do alcoolista é diametralmente oposta à imagem do corpo rijo e controlado do “homem de verdade” (Foucault, 1998; Mosse, 1996).

Historicamente consagrou-se a percepção de que, mais que *ter uma doença*, o alcoolista comete um *delito social* e mais do que *ajudá-lo* deve-se *defender a sociedade dele*. A antiga associação da intemperança aos destilados e do alcoolismo à degradação moral e às classes populares fez prenunciar a imagem, dizendo de forma simples, do *pobre safado e cachaceiro*. No caso brasileiro, verificaram-se muitos elementos comuns com a experiência europeia e americana, como a apropriação do fenômeno pela medicina e a ênfase na hipótese da degenerescência.

No Brasil do final do século XIX e início do século XX, a substituição da escravidão por outros modos de produção, a afirmação crescente dos arranjos capitalistas-industriais foram acompanhadas da difusão de discursos médico-

higienistas. Médicos assumiram progressivamente funções *judiciárias e policiais*, prescreveram formas corretas de ser homem e mulher, estabeleceram normas do desejável, julgando e eventualmente punindo *doentes-criminosos*. O discurso médico e a luta antialcoólica tinham como pano de fundo a necessidade econômica, mas também política e cultural, de homogeneizar e disciplinar indivíduos e famílias (Matos, 2000).

“Regras de higiene na cidade, no trabalho, no comércio de alimentos, no domicílio, na família e nos corpos, costumes e hábitos, alimentação, cuidados com o corpo, prazeres permitidos e interditos, atividades artísticas, culturais, o trabalho, a sexualidade, tudo isso deveria seguir um parâmetro: o médico. É então nesse quadro de ação que se situa a *luta antialcoólica*” (Matos, 2000, p. 27, grifos no original).

O discurso médico-higienista brasileiro, assim como em outras partes do mundo, também se associou aos ideais da eugenia: incentivar a reprodução dos *melhores indivíduos* e impedir aquela dos *degenerados* de forma a aperfeiçoar a humanidade. Percebido como “mal hereditário” e como “vício demoníaco” o alcoolismo era tido como responsável pela degradação do indivíduo, da família, da pátria e da espécie humana. O próprio álcool foi demonizado pelo discurso médico-jurídico, “praga” que perverteria o papel valorizado do homem-trabalhador-provedor. O “alcoólatra” não poderia ser nem “trabalhador”, nem “provedor de sua família”, nem “homem de bem” (Matos, 2000).

Também no Brasil, “alcoólatras” foram encarcerados em prisões e manicômios (Matos, 2000). O discurso médico-higienista se articulou com a industrialização brasileira, com valorização das cidades e do *progresso*:

“Conjuntamente à questão urbana, constrói-se a questão social, com o surgimento da pobreza e a identificação do outro – o pobre, o imigrante, o negro –, que necessitava ser educado, ‘civilizado’, eliminando-lhe todos os vícios, entre eles, o alcoolismo” (Matos, 2000, p. 75).

O alcoolismo foi representado como problema essencialmente masculino e das classes populares. As campanhas, ideias e medidas antialcoólicas dirigiam-se essencialmente a esses homens. No discurso médico-higienista, o alcoolismo foi associado à miséria, à precariedade dos bairros pobres e de suas habitações, a seus bares, à cachaça (bebida típica dos “bêbados-pobres” do Brasil). Os bares da “periferia” foram descritos como “antros de degradação”, contrapostos à fábrica (trabalho) e ao lar (família). O alcoolismo foi associado ao “crime, à indisciplina e às trevas”. O “alcoólatra” foi animalizado: a bebida o levaria a ser “manso como cordeiro, ridículo e risível como macaco, agressivo como leão, nojento como porco” (Matos, 2000).

O discurso antialcoólico foi instrumento de consolidação de estereótipos de gênero, valorizando o *homem-forte-trabalhador-provedor* e a *mulher-meiga-maternal*, personagens que deveriam constituir a *família modelo*, base de uma sociedade higienizada, disciplinada, ordeira e moderna. O “alcoólatra” foi descrito como a antítese desses ideais: incapaz de prover o sustento de sua família,

levando seu lar à ruína, agredindo mulher e filhos, tornando-se impotente sexualmente. A mulher alcoolista seria uma aberração ainda maior, retratada como fonte de influência demoníaca. O álcool destruiria até mesmo sua “essência”, o “amor maternal” (Matos, 2000).

É nesse percurso histórico que devem ser localizados os fenômenos investigados nesta tese. Em perspectiva diacrônica, o “bêbado degenerado” foi substituído pelo “usuário alcoolista”, personagem que pode hoje se apresentar nas Unidades de Saúde, mas a substituição não foi completa. Muito do que era atribuído ao primeiro continua a ser enxergado no segundo. Na ancoragem histórica, é possível reconhecer a gênese da imagem ambígua do *doente-marginal* ou do *doente-delinquente*, do alcoolista que, apesar de doente, não deixa de ser pária. A hipótese da degenerescência caiu em desuso. Entretanto, certo essencialismo pode vigorar na ênfase dada às causas psicológicas e sociais: o “pobre” que tem “o psicológico” e “o social” intrinsecamente complicados, tendo em vista sua “cultura diferente” e sua “família desestruturada”.

Os profissionais de saúde pesquisados participavam de uma longa tradição em que a utopia de uma sociedade plenamente esquadrihada, disciplinada e higienizada define o alcoolismo como *delito social* e em que membros das classes sociais mais altas *julgam e condenam* pessoas de classes empobrecidas (Conrad & Schneider, 1992; Foucault, 1998; Matos, 2000; Sournia, 1986). Como se viu, as classes “subalternas” são vistas como o lugar natural dos desviantes (Conrad & Schneider, 1992).

A pesquisa relatada aqui permitiu reconhecer, nas práticas de orientação normativa observadas em meio aos profissionais investigados, ecos do discurso

médico-higienista que visou impor de fora para dentro a conversão dos espaços *mestiços e bagunçados dos cortiços em espaços esquadrihados e desinfetados*, que condenou os *bares da periferia* e que almejou *endireitar esse povo estranho*. As representações operavam a correspondência entre saúde e virtude, entre o saudável, o correto, o belo e o bem (Morin & Apostolidis, 2002).

A pesquisa indicou que esse discurso higienista, encampado principalmente por médicos no início do século XX, não se restringe a eles. Dentre os profissionais de APS, não são necessariamente os médicos os mais aguerridos defensores desse discurso. Seus princípios, imagens e valores podem ser afirmados por enfermeiros, psicólogos, dentistas, auxiliares e mesmo por agentes de saúde, que são simultaneamente usuários das Unidades. Isso indica que, para evitar a estigmatização e a coerção implícitas no discurso higienista, não basta formar equipes multiprofissionais.

Tendo em vista a associação alcoolismo-pobreza notada acima, cabe afirmar que o estrato social pode ser determinante para a representação do alcoolista. Utilizando terminologia proposta por Goffman (1959; 1963/1986), enquanto o *alcoolista-doente* de classe abastada pode ser um *desviante integrado*, que se utiliza de diversas estratégias de *controle da informação* e de esquiva da exposição pública, o *bêbado-delinquente* de classe popular se torna o alvo emblemático do estigma.

A história do alcoolismo foi em parte a história de sua associação às classes populares e a história das tentativas de disciplinarização e controle desses estratos sociais. Nas representações dos profissionais investigados, diferentemente do *alcoolista-doente* das classes abastadas, os *bêbados-pobres*

podiam se constituir em emblemas da alteridade conferida aos usuários. A ideia implícita a essas percepções é a de que enquanto no rico o alcoolismo é um acidente, no pobre ele é uma confirmação.

A percepção do alcoolista não é só *técnica*, mas também social: a *sarjeta alcoólica* é também a *sarjeta da sociedade*. Só o “pobre” poderia ser o *verdadeiro bêbado* em todas as suas manifestações de miséria física, material e moral. Essas são as raízes sócio-históricas para a análise de que o alcoolismo que os profissionais descreviam e com o qual interagiam era um alcoolismo específico, cuja representação era mediada pelas representações dos usuários em geral e de suas “comunidades”. O alcoolismo dos *bairros pobres*, com seus *muitos bares*, com seus *homens violentos e mulheres descuidadas* (possíveis percepções dos profissionais), era, de certa forma, natural em seu contexto e, de certa forma, impossível de abordar com recursos *apenas médicos* (poderia estar implícita a ideia de que os recursos necessários seriam coercitivo-higienistas).

Soma-se a isso a percepção de que “o SUS é um Sistema para pobres” (Bahia, 2005). As classes populares brasileiras foram historicamente alijadas da assistência à saúde. Essa última foi tradicionalmente tratada como favor e caridade ao invés de direito de cidadania (Arretche, 2005; Escorel & Teixeira, 2008). A preconização de princípios de universalidade, proximidade e integralidade para as Unidades de Saúde da Família não solucionaram automaticamente esse problema (Sousa & Hamann, 2009; Teixeira & Solla, 2005). A escassez de recursos para a assistência em saúde se torna ainda mais pronunciada em se tratando de condição como o alcoolismo, que nunca foi de fato integrado pela medicina unicamente como “problema de saúde” (Conrad &

Schneider, 1992). Nota-se dificuldade generalizada do SUS de reverter o discurso higienista, autoritário, em prol da mobilização cidadã para a transformação da realidade sócio-sanitária. Os “pobres” são ainda hegemonicamente *massa a ser tutelada* ao invés de *participantes da democracia*.

Em resumo, o contexto sócio-histórico em que se inseriam os profissionais investigados se caracterizava pelas tradições de julgamento moral dos “pobres” em geral (e dos “bêbados” em específico) e de escassez de recursos para a atenção à saúde das camadas populares. Esses fatores histórico-epistemológicos (trata-se da sedimentação de saberes sobre os “pobres” e sobre os “bêbados”) foram construtos culturais determinantes para as representações e práticas investigadas. Eles respondem parcialmente à questão de *por que* as representações eram como eram. Mais elementos de resposta a essa questão devem ser buscados na reflexão sobre as *funções* das representações.

É possível argumentar que as representações sociais construídas pelos profissionais tinham a função *ampla* de repetir esses elementos sociais e *epistemológicos* consagrados historicamente. Cumpriam assim sua função geral de manter os objetos dentro do âmbito do conhecido, de evitar o não-familiar e de convertê-lo ao familiar; de considerar, por exemplo, apesar das diretrizes de *atenção integral ao alcoolista em rede de serviços com importante papel da USF*, e sem negar explicitamente essas diretrizes, que *um bêbado é um bêbado*, mais autor de *delito social* a ser evitado que *portador de doença* a ser tratado.

O desvio, como construto social, é definido como transgressão de normas e valores da sociedade que o (re)produz (Conrad & Schneider, 1992). Pode-se inferir que, por meio da temida *ilustração da transgressão e de suas nefastas*

consequências, as representações do alcoolismo reforçavam valores do “homem decente” e da “mulher decente”, valores do trabalho e da família (Matos, 2000). Em resumo, as representações tinham a função de resguardar valores cultuados em numerosas esferas da vida social.

Pode-se dizer ainda que as representações tinham a função de reforçar ideias sobre o *beber bem*, o que não se refere unicamente às variáveis contextuais da alcoolização, mas também a valores implícitos como controle de si, autonomia, autorrealização, individualismo, negação da dependência, equilíbrio na busca de obtenção de prazer, disciplina, negação de atos transgressivos, da emotividade excessiva e da obscenidade (Ancel & Gaussoit, 1998).

Representar o alcoolista como “outro monstruoso” tranquiliza os “bebedores sociais”. Para fins de diferenciação identitária, a definição moral (“bêbado”) é mais eficaz que a definição médica (“alcoolista”). A última implica classificar o alcoolismo como patologia e pensar que *todos podem desenvolvê-la*, enquanto a primeira enfatiza a fenomenologia do “bêbado” e suas transgressões sociais, assegurando aqueles que se definem como não-alcoolistas: *não sou bêbado porque não me pareço com um bêbado*. Em outras palavras, a “doença alcoólica” aterroriza porque ela pode atacar qualquer um, enquanto a imagem do “bêbado” tranquiliza porque ela deixa clara a diferença. A objetivação do alcoolismo como *problema do outro* tem a função de controlar o medo da *perda de controle de si* e o medo do *isolamento social decorrente* (Ancel & Gaussoit, 1998).

Não se trata de considerar que *representações coletivas* se impunham irresistivelmente aos profissionais de fora para dentro, de maneira a garantir a

ordem moral e produtiva da sociedade. Sujeitos e grupos são ativos da produção de representações sociais. Considera-se que esses fatores históricos e sociais (normas e valores) participavam concretamente dos encontros recorrentes entre profissionais e usuários alcoolistas e da elaboração coletiva de representações e práticas sociais. Aqui, o olhar sobre as representações sociais deve ser simultaneamente diacrônico e sincrônico. As representações resguardavam, ao mesmo tempo, a normatividade social e a normatividade do grupo.

Como indica a Figura 11, as *Figuras do usuário alcoolista* serviam para orientar práticas hegemônicas de distanciamento e para justificar essas práticas. Funcionavam para que os profissionais se mantivessem fisicamente afastados de atendimentos considerados “desagradáveis” e *inúteis*. Mas, além do afastamento físico, era necessário garantir o *afastamento simbólico* capaz de manter a identidade dos profissionais de saúde como *especialistas*, como aqueles que sabiam as soluções e que operavam externamente a cura (*profissionais-curativistas*). Esses elementos de identidade eram desestabilizados pela presença *insólita* do alcoolista.

Verificou-se que os profissionais ressaltavam a alteridade dos usuários em geral. O raciocínio implícito, de diferenciação identitária (inclusive em agentes de saúde), poderia ser o seguinte: *habitamos os mesmos espaços cotidianamente, mas somos diferentes, pertencemos a mundos diferentes*. Pode-se inferir que as representações sociais do alcoolismo, sua objetivação como *doença social das comunidades*, serviam também para reforçar essas diferenciações. Junto talvez de outros personagens estigmatizados como o “traficante” e o “drogado”, o

“bêbado” poderia ser identificado como *símbolo* da imoralidade do “povo diferente do morro”.

Mais uma vez, é preciso alertar para as nuances. O contexto pesquisado comportava também numerosas ações que envolviam aproximação com a alteridade. Entretanto, observou-se hegemonicamente a dificuldade de transformar a *proximidade física* em *proximidade psicossocial*. Destacaram-se numerosos sinais da dificuldade (*voluntária ou involuntária*), de profissionais se *identificarem* com os usuários, de os enxergarem como *iguais* perante o conjunto da sociedade (compartilhando os mesmos direitos e deveres) e perante a condição humana (compartilhando os mesmos prazeres e angústias da existência), de vê-los como *parte da solução dos problemas sociais* ao invés de serem apenas *parte dos problemas*. Talvez esse entrave psicossocial seja um dos mais importantes a impedir a consecução mais plena da Saúde da Família.

A diferenciação identitária tem também, evidentemente, raízes profundas na constituição histórica da sociedade brasileira (Arruda, 2002). Da Matta (1997) mostra uma série de construtos culturais relacionados ao caráter hierarquizado dessa sociedade, como em sua análise do “sabe com quem está falando?” na qualidade de “rito autoritário de separação”. Apesar da possível adesão aos discursos universalizantes e democráticos, as representações podem operar a *adesão* (imbuída de afetividade) consciente ou não-consciente à necessidade de diferenciar-se do *povo*, do *indivíduo* que é *qualquer um*.

O que se evidencia a partir da análise antropológica é um ambiente social dividido entre espaços protegidos de intimidade e confiança (a “casa”) e espaços impessoais e ameaçadores (a “rua”), aos quais correspondem os papéis de

“pessoa” e de “indivíduo”. A “pessoa” se serve de estratégias de diferenciação (o “sabe com quem está falando?”, o “jeitinho brasileiro”) para *contornar* leis e normas, conseguindo privilégios de forma clientelista. Busca escapar da identificação como “indivíduo”, ou seja, como aquele que está inevitavelmente exposto ao espaço público, às suas ameaças e à *frieza* das normas e da lei (Da Matta, 1997). No contexto da pesquisa, as Unidades de Saúde consideradas em suas dimensões históricas e contemporâneas, verifica-se que os usuários assumiam, hegemonicamente, a forma desvalorizada de “indivíduos”:

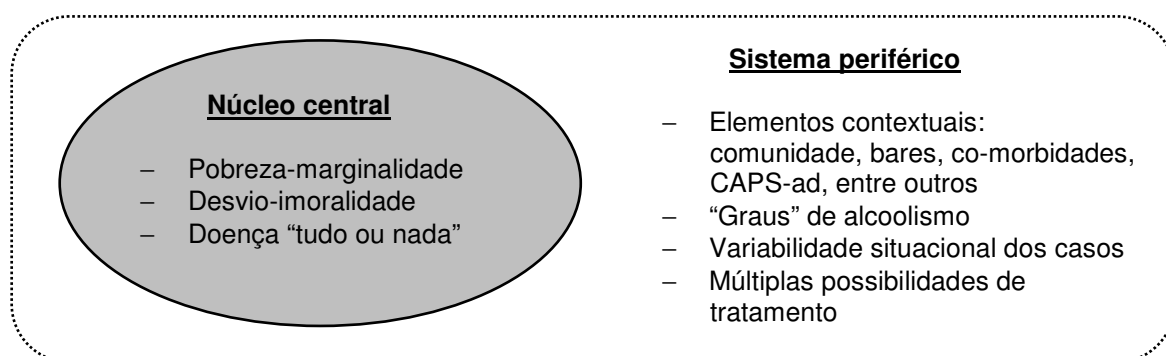
“a quem está inserido numa rede importante de dependência pessoal, tudo; a quem está isolado e diante da sociedade sem mediações pessoais, a lei! Pois somente os indivíduos frequentam as delegacias de polícia, os tribunais, as filas, *a medicina e a educação públicas*” (Da Matta, 1997, p. 236, grifos acrescentados).

Entretanto, os sistemas de identificação são *móveis*. Compensações obtidas nas relações de proximidade funcionam para impedir confrontos diretos entre classes antagônicas, entre grupos sociais com interesses contraditórios. Funcionam para opor a hierarquia tradicional às ideias de leis e direitos universais, para opor a “pessoa” ao “indivíduo” (Da Matta, 1997). Nos termos do autor, seria possível identificar as agentes de saúde como “mediadoras para cima”, garantindo eventualmente privilégios para certos(as) usuários(as). O usuário alcoolista, nesse caso, assumiria radicalmente a posição de “indivíduo”,

sua condição o levando à ruptura (quase) completa dos laços sociais que poderiam dar-lhe o status de “pessoa”.

Nesse ponto, é possível levantar hipóteses sobre a organização estrutural (Abric, 1994a) das representações sociais do alcoolismo estudadas, o que é feito na Figura 12¹². Nela, são descritos possíveis elementos integrantes do *núcleo central* e do *sistema periférico* da representação. Enquanto o primeiro se refere às percepções e valores consolidados historicamente e de difícil modificação, o segundo se refere às adaptações contextuais do momento presente, mais flexíveis.

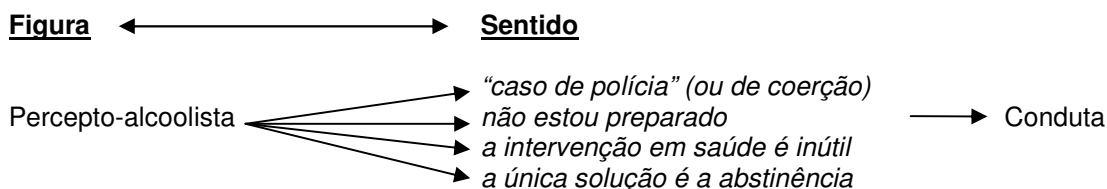
Figura 12. Hipóteses sobre núcleo central e sistema periférico das representações sociais do alcoolismo



A Figura 13 retoma o conceito de representação como relação figura-sentido (Jodelet, 1985; Moscovici, 1961), para ilustrar o possível funcionamento do núcleo central, mobilizando elementos de teorias de senso comum a partir da percepção do usuário alcoolista e orientando a conduta.

¹² É importante registrar que procedimentos específicos foram desenvolvidos para pesquisar e analisar a estrutura de representações sociais, para identificar elementos do núcleo central e validá-los, como, por exemplo, a estratégia de *mise en cause* (*colocação em questão*) (Abric, 1994c). A pesquisa não adotou esses procedimentos. Os elementos da Figura 12 são sugeridos como *hipóteses*, baseadas nas análises contextuais e históricas precedentes.

Figura 13. Mobilização de teorias implícitas sobre o alcoolismo, a partir do possível núcleo central da representação



Em suma, as representações apresentaram as funções previstas pela Teoria das Representações Sociais, *domar* o não-familiar (ensinar o que ele é e o que fazer com ele), permitir a comunicação no grupo, orientar e justificar práticas, reforçar identidades sociais. Elas serviam não só para reforçar a caracterização do outro (ALTER), categorizar e hierarquizar o exogrupo, como para reforçar as representações de si (EGO), ou seja, para reforçar a construção da identidade como *não-alcoolistas, classe média (não-pobres), profissionais-curativistas*. Disso resulta que a implantação, junto com os profissionais, de estratégias de assistência ao alcoolista mais efetivas ou mais afeitas às diretrizes para o tópico não pode se restringir à aplicação de conhecimentos técnicos. Envolve o desafio amplo de aproximação com a alteridade.

5.4. PESQUISAR E AGIR

Essas reflexões fazem ressurgir a questão sobre por que se revela difícil o desafio de abordar o alcoolismo nas Unidades. Os dados da pesquisa confirmaram a presença de obstáculos já reiteradamente apontados pela literatura para a atenção a problemas com o álcool/ alcoolismo (por exemplo, Babor &

Higgins-Biddle, 2001; Nilsen *et al.*, 2008). Em meio às práticas e aos discursos dos profissionais, estiveram presentes as ideias de que o alcoolista não é efetivamente acolhido *porque ele é desagradável, porque os recursos são escassos, porque nem a Unidade nem os profissionais estão preparados e porque o tratamento dele tende a não ter resultado algum.*

E no entanto, não é difícil imaginar que haja casos de outros usuários (talvez um diabético, por exemplo, para retomar a discussão do Capítulo 4) que sejam também “desagradáveis” (talvez também malcheirosos), que demandem recursos indisponíveis e que apresentem mau prognóstico e que, mesmo assim, não sejam *alvo* de exclusão semelhante àquela do usuário alcoolista.

Isso leva a pensar que, dentre os motivos para o distanciamento do alcoolista, esteve também presente o raciocínio implícito de que *ele não merece atendimento*. Trata-se da avaliação subjetiva do usuário destacada por Fineman (1991) e do raciocínio conforme o modelo “pecado ou doença” proposto por Weiner (1993): o *alcoolismo-desvio-social*, os comportamentos do *doente-delinquente* e sua não adesão *devem ser punidos*.

Além desses motivos para a dificuldade de abordar o alcoolismo, foram destacados fatores relativos a processos de construção e manutenção da identidade social. É difícil atender o alcoolista em parte porque ele sinaliza perigos identitários, que podem ser sentidos de forma consciente ou não. Ele ilustra para o profissional que também é consumidor de álcool, o perigo da “ladeira alcoólica” (Ancel & Gaussot, 1998); para o profissional que se define como *especialista-curativista*, possíveis limites de sua abordagem; para o profissional que crê possuir estatuto social valorizado, a sua proximidade de um *emblema da pobreza*.

No nível histórico-social (e fantasmático), *sua degeneração pode contaminar* (espécie de *nojo social*).

Não se trata, é preciso enfatizar, de dizer que representações e identidades sociais seriam os únicos determinantes das dificuldades apontadas. Isso equivaleria a abstrair, por exemplo, toda a precariedade de recursos associada ao sistema de saúde brasileiro e à sua história. O que se quer sugerir é que fatores psicossociais são também determinantes importantes e que eles são construídos, inclusive, em relação a essa história, enraizados nela.

Emerge então a questão sobre como seria possível intervir junto a esses fatores psicossociais, transformar representações e práticas sociais no contexto estudado. No que diz respeito à organização dos serviços de saúde, a “Política Nacional sobre o Álcool” estabelece as seguintes diretrizes: embasamento no conceito de redução de danos para prevenção e tratamento; ampliação e fortalecimento das “redes locais de atenção integral”, que devem ser *territorializadas*, acessíveis e de base comunitária; articulação dos diversos serviços de saúde; promoção de “programas de formação” sobre alcoolismo para os trabalhadores em saúde, incluindo “curso de capacitação em intervenção breve” (Brasil, 2007).

As análises sobre representações e identidades sociais podem ser úteis para a elaboração e a execução desses programas de formação e cursos de capacitação propostos pela Política. Além das importantes informações técnicas sobre o álcool (os circuitos neuronais envolvidos, os diferentes padrões de consumo, a síndrome de dependência, os instrumentos de identificação, intervenção breve e encaminhamento), pode-se argumentar que os programas e

cursos devam levar em conta os fenômenos psicossociais destacados, em especial as formas de relação entre profissionais e usuários e seu enraizamento sócio-histórico. Para os cursos, seria possível então sugerir a discussão de tópicos como: a ambiguidade cultural do álcool; o paradigma biomédico tradicional e suas alternativas; as representações que os profissionais constroem sobre as Unidades, sobre Saúde Mental e sobre os usuários em geral.

Entretanto, por importantes que possam ser essas indicações, resta certo sentimento de insuficiência. Essas capacitações dos profissionais, mesmo aquelas que conseguem integrar informações técnicas precisas e objetivas com a discussão de tópicos psicossociais, mesmo aquelas que não se baseiem unicamente na transmissão de conhecimento e adotem perspectiva cooperativa e dialógica, elas podem mudar profundamente o contexto estudado?

Nesse ponto, parece que, resguardada sua importância, a proposta de treinamentos melhores e mais frequentes dirigidos aos profissionais, tão comum na literatura científica, ainda ocupa o lugar de *solução que vem de fora*. Isso leva a pensar que a questão poderia se beneficiar de uma resposta mais indutiva. Parece fundamental visualizar o contexto, novamente, por suas práticas. Entre o *céu das diretrizes* e o *chão da Unidade*, multiplicavam-se, como se viu, tramas psicossociais as mais variadas. Cabe supor que para modificar a realidade (*pari passu*, as representações sociais), seria necessário partir da realidade ela mesma. Anuncia-se aqui a hipótese (que não é nova, mas cujo uso pode ser renovado) de que a realidade, apesar dos fatores hegemônicos de *manutenção do mesmo*, é permeada por *brechas* que indicam sua própria transformação.

A pesquisa pôde detectar elementos do contexto que apontavam para a construção de práticas inovadoras. São exemplos as *ações periféricas* destacadas na Figura 11. No Capítulo 3, como se viu, os próprios profissionais fizeram uma série de sugestões sobre como a atuação das Unidades junto aos usuários alcoolistas poderia melhorar. Cabe repeti-las aqui de forma sumária:

Realizar busca ativa dos alcoolistas, nos bairros, com Equipes de Saúde da Família; higienizar e orientar para higienização; estabelecer serviço municipal de moradia temporária, para higienização e alimentação adequadas; sensibilizar e capacitar os profissionais, por meio de palestra ou oficina, por exemplo; conscientizar a equipe sobre a importância de não haver preconceito, de não se praticar discriminação; perceber o usuário de forma ampliada; garantir que mesmo o usuário alcoolizado seja acolhido, inclusive por profissionais de nível técnico, de forma que haja maior probabilidade de ele voltar à Unidade; disponibilizar profissional para orientar o usuário, independente de ele ter ou não consulta marcada; contar com representação constante do CAPS-ad nos bairros/na USF; estabelecer estratégias de identificação e prevenção, aproveitando a frequência de usuários que se dirigem à Unidade por outros motivos; estabelecer fluxos claros de atendimento, como já existia para outras condições; realizar oficinas terapêuticas, grupos terapêuticos específicos para usuários alcoolistas; aumentar a disponibilidade de tempo do psicólogo e da equipe; sistematizar dados, estabelecer rotina de registros dos casos; encaminhar sistematicamente para serviços parceiros.

Esses dados sugerem alguns pressupostos para a formação continuada dos profissionais e para a implantação de procedimentos de cuidado a problemas

relacionados ao álcool como, por exemplo, estratégias de identificação e intervenção breve. Identificam-se, pelo menos, quatro sugestões:

- a) Não se trata de treinar ou criar procedimentos *a partir do nada*, pois já era percebida uma série de formas de *lidar com o alcoolismo* nas USF. É importante considerar que os próprios profissionais podem formular propostas para melhorar a atuação das Unidades. Algumas sugestões feitas pelos profissionais foram notavelmente compatíveis com princípios defendidos por especialistas da área e por diretrizes nacionais para o setor: diminuição da estigmatização, identificação precoce, acompanhamento longitudinal, vínculo, intervenção psicossocial, cooperação entre serviços, promoção de autonomia e cidadania;
- b) Além da eventual implantação de procedimentos novos, trata-se de organizar as formas de cuidado já estabelecidas, de maneira que o conjunto mais amplo possível de profissionais tenha clareza sobre os fluxos indicados para cada uma das diferentes formas de chegada do usuário. Criar, junto aos profissionais, essa clareza pode ser particularmente importante para diminuir a ambiguidade e para modificar a crença de impotência das Unidades;
- c) Implantar estratégias de atenção a problemas com álcool não significa impor mais trabalho a contextos de APS já sobrecarregados, trata-se de fornecer mais e melhores instrumentos de trabalho para lidar com algo que *já está lá* e que, segundo a percepção dos profissionais, já “aparece muito”. Pode-se inclusive esperar diminuição do trabalho como efeito da lógica de prevenção e promoção de saúde.

- d) Cabe fomentar a adoção das *atitudes psicoterapêuticas e clínica ampliada* (Campos, 2003; Oliveira *et al.*, 2006; Saraceno *et al.*, 2001), junto aos profissionais, de forma a operacionalizar objetivos que eles mesmos já colocavam na esfera do desejável.

Mais uma vez de forma inesperada, não programada de antemão para a pesquisa, surgiu, após o fim da coleta de dados, uma nova possibilidade de interação entre o pesquisador e a Unidade dos Quatro Cantos em que foi possível testar alguns aspectos das sugestões descritas acima. Para pesquisar e agir, o pesquisador voltou ao campo.

5.4.1. O RETORNO AO CAMPO

Um ano após o fim da coleta dos dados da pesquisa (ano em que realizou um estágio no exterior), o pesquisador retomou o contato com o diretor Bruno e realizou nova visita à Unidade dos Quatro Cantos. O objetivo foi conversar sobre a possibilidade de apresentar novamente a pesquisa e seus resultados para os profissionais da Unidade, uma vez que os procedimentos analíticos tinham avançado bastante desde a *apresentação preliminar* (descrita no Capítulo 2). Além da motivação de restituir a pesquisa aos participantes, havia, da parte do pesquisador, a vontade de rever aquele contexto, de reencontrar seus personagens, saber das *novidades*.

O reencontro foi afetuoso, com abraços e perguntas sobre a estadia no exterior. Dentre as novidades, alguns profissionais tinham saído da equipe, como Miranda (sobre quem se comentou, na ocasião, que não tinha se adaptado à

Saúde da Família) e Alexandre (cuja saída, segundo o interlocutor, foi muito lamentada pela equipe), uma sala de acolhimento ao lado da recepção tinha sido ativada e desativada, havia uma televisão na “sala” de espera e Elisa tinha pintado o cabelo de muito loiro. O pesquisador reencontrou também Bianca e foi ela quem anunciou a inesperada e interessante oportunidade.

Bianca contou ao pesquisador que ela mesma (educadora física), Patrícia (psicóloga) e Marcela (médica) estavam planejando “montar um grupo” (de usuários) para tratar da questão do alcoolismo. O pesquisador se prontificou a ajudá-las a realizar esse projeto, pensar os princípios de funcionamento e as estratégias de condução desse grupo, o que foi bem recebido pela profissional.

Cerca de dois meses após esse encontro, Bianca ligou ao pesquisador para perguntar se seria possível marcar nova reunião, que também contaria com a participação de Patrícia, o que foi feito. Ao conversar novamente com as profissionais, o pesquisador se surpreendeu com o caráter inovador e promissor do que elas tinham realizado, em colaboração com outros profissionais, nos dias que se seguiram entre um encontro e outro. Patrícia explicou ao pesquisador o evento que, posteriormente, ganhou o nome de “Ação de Sábado”.

O evento envolveu a mobilização de uma das Equipes de Saúde da Família da Unidade, em especial das agentes de saúde. Com a colaboração do enfermeiro da Equipe (Evandro), as agentes efetuaram, durante uma semana, uma série de visitas domiciliares em que convidaram (com convite impresso inclusive) os homens de suas respectivas microáreas para ir à Unidade no sábado daquela semana, pela manhã. Orientadas pelas profissionais, as agentes

reforçaram o convite junto aos usuários que eram *suspeitos* de alcoolismo, embora não tenham se restringido a eles.

A primeira “Ação de Sábado” contou com a participação de quarenta e três usuários homens. Com a ajuda de outros profissionais (Evandro, Daniela, Flávia, auxiliares de enfermagem, de farmácia, de laboratório e de consultório dentário, agentes de saúde, vigia patrimonial e auxiliares de serviço geral), Bianca e Patrícia propuseram a eles uma série de atividades, procedimentos de saúde, atividades educativas e recreativas. No momento da segunda reunião com o pesquisador, elas lhe mostraram o planejamento que tinham construído e que foi transcrito literalmente no Quadro 24.

Quadro 24. “Proposta de intervenção sobre o alcoolismo” formulada pela educadora física e pela psicóloga da Unidade observada¹³

UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA [DOS QUATRO CANTOS]

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO SOBRE O ALCOOLISMO

1º MOMENTO

Dia para abordar a Saúde do Homem [“Ação de Sábado”] [...]

Atividades: Confeção do cartão SUS; Aferição de PA [pressão arterial] e entrega de cartão-controle; Coleta de exames laboratoriais: sífilis e HIV, TGO, TGP e GGT, hepatite B e C, PSA (exame de próstata) = > de 40 anos; Abordagem sobre DST; Abordagem sobre câncer de próstata; Escovação e avaliação odontológica – entrega de kits; Barba e cabelo; Café da manhã; Oficina (dominó); Bingo; Atração de encerramento e esclarecimento sobre continuidade da proposta.

2º MOMENTO

Consulta clínica: médica e/ou enfermeiro

Entrega dos resultados dos exames; Abordar as questões gerais de saúde; Abordar a questão

¹³ O pesquisador agradece às profissionais, que concordaram com a reprodução do texto neste Quadro.

do alcoolismo e o desejo pelo cuidado.

3º MOMENTO

Entrevista individual

Entrevista com o objetivo específico para tratamento do alcoolismo, sob a ótica da Redução de Danos.

4º MOMENTO

Grupo

É importante ressaltar que o pesquisador não participou da elaboração do planejamento descrito no Quadro 24, que foi fruto do trabalho das profissionais. Segundo o relato de Bianca e Patrícia, a primeira Ação de Sábado seguiu o planejamento previsto. O número de participantes, como se viu, foi considerável. Alguns deles nunca tinham ido à Unidade. Eles puderam não só ouvir orientações em saúde, como também participar de um café da manhã, jogar dominó e marcar um bingo. Um cabeleireiro profissional se dispôs a passar ali aquela manhã, fazendo barba e cabelo (o que faz lembrar as recomendações de aproveitar os *recursos da comunidade* para materializar a Reforma Psiquiátrica feitas, por exemplo, por Saraceno *et al.*, 2001).

Um usuário, conhecido alcoolista do bairro, tomou banho na Unidade e ganhou uma camisa (que lhe foi apresentada, pelas profissionais, como prêmio do bingo). Material para uma série de exames laboratoriais foi coletado e os participantes saíram dali com consultas de retorno já agendadas (o que foi reforçado em visitas posteriores das agentes de saúde).

Como se pode ver, sob muitos aspectos, o planejamento e a execução do evento foram notáveis na resposta a uma série de dificuldades apontadas pela

literatura quanto à Saúde do Homem (Brasil, 2008; Schraiber *et al.*, 2010; Trindade *et al.*, 2011). Segundo as profissionais, nunca a Unidade recebeu tantos homens. Ainda segundo elas, o *feedback* dos usuários foi “muito bom”, tendo alguns deles afirmado a satisfação de poder ir à Unidade (o que foi facilitado pelo sábado, dia em que alguns não precisavam trabalhar) e de participar ali de atividades consideradas prazerosas.

Mas, o plano não parava aí. Como descrito no Quadro 24, havia quatro “momentos” previstos, que desembocariam em grupo terapêutico para alcoolistas. As consultas agendadas na Ação de Sábado com médicos e enfermeiros (2º momento) foram efetuadas. As profissionais pediram a esses colegas que abordassem, durante as consultas, “questões gerais de saúde” (note-se o possível convite que elas faziam a adotar postura condizente com a clínica ampliada, Campos, 2003) e, em seguida, “a questão do alcoolismo e o desejo pelo cuidado”. O 3º momento seria uma “entrevista individual” com cada usuário, o que acabou não se efetivando, e o 4º momento seria, enfim, o grupo, a ser constituído com os alcoolistas que desejassem participar.

Foi na altura do “2º momento” (as consultas ainda estavam por acontecer) que Bianca ligou para o pesquisador convidando-o para a reunião, quando as profissionais lhe expuseram os resultados da primeira Ação de Sábado. Nessa ocasião, elas lhe pediram que colaborasse na tarefa de “montar o grupo”. Ambas as profissionais manifestaram dúvidas e pareciam esperar que o pesquisador ajudasse a encontrar respostas: *sobre o que seria o grupo?, que atividades propor?, como mantê-lo funcionando em longo prazo?*

Patrícia continuava reticente com a abordagem de grupo (cf. Capítulo 2). Bianca, por sua vez, já coordenava o grupo de orientação alimentar e se perguntava por que as usuárias que atendia participavam dele (questão curiosa). Perguntava-se também se existiria alguma maneira de contornar o problema do “esgotamento do grupo” (ela tinha a sensação de que os encontros do grupo de orientação alimentar e que as informações transmitidas se repetiam e que, de certa forma, o grupo “se esgotava”).

O pesquisador mostrou entusiasmo pela proposta em andamento. Nesse encontro e em ocasiões posteriores, falou sobre uma série de temas abordados na literatura científica e que se relacionavam à proposta: grupo como importante estratégia para a psicologia em Saúde da Família, Saúde do Homem, redução de danos, clínica ampliada, vínculo, escuta, atenção longitudinal, alternativas ao paradigma biomédico tradicional, entre outros.

Sobre as questões levantadas pelas profissionais, falou-lhes sobre sua pertinência e comentou que eram condizentes com as análises que tivera a oportunidade de fazer por meio da observação participante. O pesquisador falou especificamente sobre os *atendimentos de grupo* que tinha observado, sobre a predominância do *modelo-palestra* e da ausência de escuta quanto às representações e às práticas dos usuários em geral. Falou sobre aspectos ligados à *gestão da vida* e aos julgamentos morais dirigidos a eles. Comentou que a Unidade e os atendimentos de grupo pareciam prontos apenas *a dar* (orientações, etc.) sem conseguir *receber* (a participação efetiva dos usuários). Sugeriu às profissionais que a “sensação de esgotamento” desses atendimentos poderia vir daí.

Os atores concordaram, então, com a ideia de que o grupo integrasse estratégias de escuta (atitude psicoterapêutica, Oliveira *et al.*, 2006; Saraceno *et al.*, 2001) e de oficina terapêutica. Para isso, planejaram utilizar instrumentos mediadores (textos, ilustrações, vídeos) sobre temas diversos de forma a facilitar a expressão dos usuários (sobre oficinas terapêuticas, ver, por exemplo, Almeida, Moraes, Barroso, Barros & Sampaio, 2004; Guerra, 2004).

Bianca e Patrícia tinham uma lista com nomes e telefones de usuários, especialmente daqueles identificados como alcoolistas, que tinham sido indicados para a intervenção. Com auxílio dessa lista, Bianca ligou para dezenove usuários para informá-los sobre o início do grupo. O primeiro encontro foi marcado para uma segunda-feira, dia 28 de novembro de 2011, às 16h00. O horário planejado, no final da tarde, deveria facilitar a presença dos usuários. O pesquisador se dispôs a acompanhar a realização dos encontros e a participar do planejamento da sequência da intervenção. Com sua nova inserção na Unidade, ganhou novo *papel*, nomeado pelas profissionais como “consultor”.

O primeiro encontro foi realizado na data combinada. Quatro outros se seguiram com a mesma proposta de dia de semana e horário. Bianca teve que ligar algumas vezes para todos os usuários da lista de forma a reforçar o convite. As profissionais e o pesquisador tiveram oportunidades de conversar sobre aspectos da intervenção com base em experiências compartilhadas. Entre os três atores (doravante chamados de *equipe de intervenção*), instituiu-se a *prática* de realizar uma reunião após o encontro do grupo para refletir sobre ele.

Dentre os tópicos de discussão, destacaram-se as estratégias para a coordenação (condução) do grupo, as abordagens mais ou menos diretivas, mais

ou menos informativas, as desvantagens e potencialidades de cada postura. As reflexões iniciais apontaram para os limites das abordagens tradicionais dos grupos de educação em saúde, focados no modelo-palestra. Tentava-se, naquele momento, instituir funcionamento que privilegiasse a expressão dos participantes, sob forma de oficina terapêutica.

A proposta enfrentou problemas. Nesses primeiros encontros, a adesão dos usuários foi baixa. Registraram-se, em média, apenas três participantes por encontro. Além disso, a equipe de intervenção avaliou que a condução do grupo permanecia indefinida, sem contemplar adequadamente nem a forma tradicional de educação em saúde, nem a proposta de oficina terapêutica. Nesse momento, contando também com a participação da médica Marcela, a proposta do grupo foi reformulada e passou a ser nomeada “café da manhã”. A ideia era convidar os usuários para um encontro matutino em que seria servido um café da manhã (café, leite, pães com manteiga). Ao longo do encontro, uma auxiliar de enfermagem realizaria aferição de pressão arterial e medição de glicemia e haveria alguma abordagem de educação em saúde.

A nova proposta foi colocada em prática. Novos convites foram feitos por meio de agentes de saúde e de consultas individuais. O primeiro café da manhã foi realizado no dia 19 de janeiro de 2012, das 8h00 às 9h00 e contou com 17 usuários. Nesse dia, um pouco antes do início do encontro, a própria educadora física passou pelo bar (“boteco”) que fica na mesma rua da Unidade (no local que os profissionais apelidavam de “Calçada da Fama”, Cf. Capítulo 2) e chamou os usuários que ali estavam e que ela já conhecia para participar do grupo

(procedimento que ela repetiu em algumas ocasiões posteriores). Alguns deles foram.

O pesquisador continuou acompanhando os encontros, registrando-os em caderno de campo, e continuou a se reunir com as profissionais logo após cada um deles. A equipe de intervenção considerou que a melhor forma de planejar a sequência da intervenção seria alternar as abordagens de palestra sobre saúde e de oficina terapêutica, com a ressalva de que, mesmo no primeiro caso, o grupo seria organizado em círculo e seria feita a tentativa de promover a participação dos usuários. Até o momento, foram realizados dez encontros com café da manhã. É interessante ressaltar que os alimentos utilizados nos cafés da manhã eram pagos pelas próprias profissionais, que organizaram uma rifa para financiá-los. A partir desse dado, pode-se abrir uma discussão sobre a dificuldade dos gestores (diretores das USF, representantes da SEMUS) de considerar ou operacionalizar esse tipo de material (os alimentos, por exemplo) como *insumos* do setor saúde.

Algumas das características desses encontros estão sistematizadas no Quadro 25. Destacam-se o número de usuários participantes (NP), os *temas dos encontros* previstos pela equipe de intervenção, os *suportes utilizados* e alguns dos *tópicos abordados pelos usuários em suas falas*.

Quadro 25. Cafés da manhã (“Grupo de Homens”) com usuários da Unidade observada: participantes e temas abordados

Nº	NP	Tema do encontro	Suportes utilizados	Tópicos abordados pelos usuários em suas falas
1º	17	Apresentação e cadastro dos participantes	Formulários de cadastro	<ul style="list-style-type: none"> – Características de família, trabalho e lazer – Hábitos de saúde (bebida, cigarro, alimentação) – Importância de vir à Unidade
2º	8	Uso de medicamentos	Prontuários	<ul style="list-style-type: none"> – Efeitos das medicações e efeitos colaterais
3º	8	Higiene pessoal	Panfletos	<ul style="list-style-type: none"> – Dúvidas sobre afecções nos pés
4º	12	Saúde bucal	Peças odontológicas escova de dentes	<ul style="list-style-type: none"> – Perda de dentes – Problemas com próteses
5º	12	Carnaval	Reportagens de jornal	<ul style="list-style-type: none"> – Homens em maior risco de saúde – Perigos relacionados às bebidas alcoólicas – Risco das bebidas varia conforme a pessoa – Planos de cada um para o carnaval
6º	10	A cidade	Vídeo sobre o centro da cidade	<ul style="list-style-type: none"> – O centro da cidade, seus marcos e modificações – Prazer de viajar e conhecer coisas novas – Possibilidade de organizar passeio com o Grupo de Homens
7º	10	Exercícios físicos	Alongamentos	<ul style="list-style-type: none"> – Dores no corpo – Sugestões para o passeio com o Grupo
8º	14	Dia da mulher	Música sobre o tema	<ul style="list-style-type: none"> – Violência contra a mulher: necessidade de preveni-la (junto aos outros homens e a si mesmos) – Homem também sofre violência – Mulher com tripla jornada – Homem também pode fazer tarefas domésticas
9º	16	Alimentação	Panfletos	<ul style="list-style-type: none"> – Preferências alimentares – Horários de alimentação – Consumo de álcool, necessidade eventual

				de abstinência
10 ^o	15	Alimentação	Panfletos	<ul style="list-style-type: none"> – Relatos sobre modificações do comportamento alimentar – Relatos sobre exercícios físicos – Respeito aos limites do corpo e da mente no trabalho

Legenda: N^o = numeração ordinal dos encontros; NP = número de participantes.

O Quadro 25 mostra que os usuários puderam falar de tópicos diversos, abordando eventualmente a questão da relação com as bebidas alcoólicas. O café da manhã continuou acontecendo, mas o grupo se consolidou na Unidade com o nome de “Grupo de Homens”. Em cada encontro, havia uma auxiliar de enfermagem (ou estagiária de enfermagem ou medicina) que realizava as avaliações já referidas. Pouco mais de uma dezena de usuários aderiram à proposta, construíram vínculos com a Unidade, com as profissionais e entre si mesmos. Dentre os usuários que frequentaram o Grupo até o momento, cerca de dois terços eram percebidos pelas profissionais como alcoolistas.

O objetivo principal foi modificado em relação à proposta original (Quadro 24). Deixou de ser o *tratamento do alcoolismo* para se tornar mais amplo, definindo-se como o *cuidado com a Saúde do Homem* (a segunda definição incluindo a primeira), o que adequou a proposta ao nível de Atenção Primária. De qualquer maneira, segundo Bianca e Patrícia, o Grupo se tornou referência para os demais profissionais da Unidade, que passaram a enxergá-lo como alternativa para encaminhamento de usuários percebidos como alcoolistas. Em termos de estratégia, notou-se preocupação progressiva em promover a expressão dos participantes, aproveitando-as para a transmissão de orientações em saúde.

Em algumas reuniões da equipe de intervenção, o pesquisador abordou, junto às profissionais, o tópico da representação construída sobre os usuários. Falou sobre a possibilidade de questionar ideias hegemônicas (tais como *eles não têm cultura, não têm respeito*) a partir da abertura que o Grupo propiciava à expressão de suas formas de enxergar o mundo e a existência.

Ainda não é possível apresentar dados sistematizados sobre os resultados das intervenções, seja da Ação de Sábado, seja do Grupo de Homens. Entretanto, segundo relatos de Bianca e Patrícia, bem como de outros profissionais, as intervenções tiveram efeitos como: aumento considerável da frequência de usuários homens no dia a dia da Unidade e do número de consultas e exames para esses usuários; aumento da adesão a tratamentos prescritos (para diabetes e hipertensão, por exemplo); geração e consolidação de vínculos entre usuários homens, Unidade e profissionais (segundo relatos, usuários alcoolistas passaram a frequentar a Unidade várias vezes por semana). A auxiliar de farmácia da Unidade dos Quatro Cantos transmitiu a Bianca e Patrícia elogios feitos por participantes do Grupo.

No que diz respeito ao consumo de álcool e ao alcoolismo, falas dos participantes do Grupo de Homens indicaram a adesão a comportamentos relacionados à redução de danos (ainda que esse conceito não tenha sido apresentado ao Grupo de forma sistemática). Um dos usuários identificado como alcoolista aceitou ingressar em tratamento especializado, foi encaminhado ao CAPS-ad e submeteu-se a internação para desintoxicação. Nesse caso, o vínculo com o CAPS-ad fracassou e o usuário voltou a consumir álcool após a internação. Até o momento, não retornou ao Grupo de Homens.

Três usuários, também identificados como alcoolistas, decidiram fazer abstinência (mantida até o momento – março de 2012 – por cerca de dois meses), apresentando sinais de modificação física e mental. No caso de um deles, por exemplo, notou-se a cessação de tremores nas mãos, maior preocupação com aparência pessoal e formulação de falas mais audíveis e articuladas. Outros quatro usuários percebidos como alcoolistas manifestaram publicamente (durante encontros do Grupo) intenção de tratar-se.

Os relatos também indicaram efeitos na própria Unidade: maior sensibilidade dos profissionais quanto aos tópicos do alcoolismo e da Saúde do Homem; repercussão positiva junto à direção da Unidade e a gestores da SEMUS; comentários elogiosos feitos por profissionais de outras Unidades sobre o Grupo de Homens.

Foram realizados outros eventos de integração e educação em saúde como aquele descrito no início do tópico (“Ações de Sábado”). Até o momento, foram quatro no total, atendendo, a cada vez, usuários diferentes, totalizando cerca de 160 participantes. As profissionais continuavam a planejar iniciativas em conjunto com o pesquisador. Os planos incluíam a realização de pesquisa sobre características da população masculina do território (por meio, principalmente, de questionários padronizados) e implantação de estratégias de Triagem e Intervenção Breve (Babor *et al.*, 2001; Ronzani *et al.*, 2007) na rotina da Unidade.

Bianca declarou ao pesquisador que a experiência levou-a a questionar sua forma de conduzir o grupo de orientação alimentar. “Eu dava pito, pedia silêncio”, afirmou. Contou que repreendia alguns usuários durante os encontros por causa de seus “maus hábitos” de saúde e que achava que “eu é que estava

falando alguma coisa importante, que eles deviam ficar quietos”. Afirmou que, com a experiência do Grupo de Homens, seu planejamento, condução e reflexão conjunta com Patrícia e com o pesquisador, passou a considerar nociva a postura de “julgar os usuários” e de “expô-los ao grupo” por meio de repreensões. Passou também a valorizar a fala dos participantes.

Bianca se interessou por estratégias que promovessem a expressão dos usuários. A observação dos encontros do Grupo indicou que a ação da profissional condizia com esse interesse. A profissional passou a utilizar estratégias de atitude psicoterapêutica (já referida), como condução do Grupo por meio da formulação de questões, atenção às falas dos participantes e suspensão da postura de julgamento normativo. Bianca contou ao pesquisador que se matriculou em um curso de capacitação “da prefeitura” (SEMUS), sobre processos grupais, conduzido por psicóloga, em que se discutiam definições, objetivos e técnicas de manejo de grupos. Afirmou ainda que as reuniões da equipe de intervenção, após os encontros, para refletir sobre as experiências, tinha sido novidade para ela (não eram feitas no grupo de orientação alimentar) e que essas reuniões se constituíam em espaços importantes de aprendizado e de motivação para a continuidade do trabalho.

Em suma, a observação indicou que a interação entre as profissionais e o pesquisador engendrou oportunidades de intervir junto a elementos importantes do contexto pesquisado, como a centralidade do paradigma biomédico tradicional, as representações e práticas construídas sobre a Unidade, sobre Saúde Mental, sobre os usuários e sobre o alcoolismo. É possível considerar que essa experiência ilustra potencialidades da interação entre serviço de saúde e meio

acadêmico. Utilizando terminologia médica, pode-se dizer metaforicamente que previne a paralisia do primeiro e a esclerose do segundo.

Foram implantadas práticas, inéditas na Unidade segundo as profissionais, dirigidas direta ou indiretamente a usuários alcoolistas, que podem ser sistematizadas como se segue:

- *Convites de agentes de saúde*: em seu trabalho de campo nos bairros e nas visitas domiciliares, agentes de saúde convidavam usuários homens para as intervenções, principalmente para a Ação de Sábado. O foco específico nos homens e nos alcoolistas foi inédito.
- *Encaminhamentos feitos por médicos e enfermeiros*: Bianca e Patrícia solicitaram a seus colegas médicos e enfermeiros que estivessem atentos à questão do alcoolismo durante consultas individuais. Possíveis casos deveriam ser encaminhados ao Grupo de Homens. Muitos participantes chegaram ao Grupo dessa forma. Além da conversa sobre o Grupo, o profissional realizava o encaminhamento com receita timbrada (idêntica àquela utilizada para medicação), com texto impresso previamente por Bianca e Patrícia ao qual acrescentava seu carimbo e assinatura.
- *Ação de Sábado*: o evento, já descrito, tinha objetivo de envolver usuários homens nas atividades da Unidade, produzindo vínculos. Em longo prazo, objetivava gerar impactos positivos significativos nos níveis de saúde da população masculina do território.
- *Grupo de Homens*: o Grupo, também já descrito, tinha os objetivos de promover saúde e, em particular saúde mental, junto a conjunto restrito de participantes acompanhados de forma longitudinal; acompanhar casos de

alcoolismo, promovendo (por meio dos encontros e de atendimentos individuais dos usuários) adesão ao tratamento, adoção de comportamentos de redução de danos e prevenção de recaída.

- *Encaminhamento ao CAPS-ad*: o encaminhamento em si não foi inédito, mas sim o seguimento sistemático do caso durante e após o encaminhamento.
- *Higienização na Unidade*: em duas ocasiões, um usuário percebido como alcoolista tomou banho na Unidade.

O Grupo de Homens funcionava tanto pelas exposições e discussões em grupo, como por atendimentos individuais feitos, durante os encontros, antes e depois das conversas coletivas. Além de pesagem, aferição de pressão e glicemia, nesses momentos, as profissionais falavam com os participantes sobre receitas, exames, encaminhamentos e consultas, transmitindo orientações. Frequentemente, exerciam mediação junto a outros profissionais da Unidade, especialmente médicos, provendo acesso facilitado dos participantes aos serviços.

Esses atendimentos individuais incluíam conversas sobre diversos aspectos da vida dos usuários (família, trabalho, alimentação, exercícios, etc.) aos quais as profissionais já tinham acesso por meio do acompanhamento longitudinal. Elas perguntavam aos usuários, por exemplo, se eles poderiam se comprometer com tal ou tal meta relativa a cuidados em saúde (tomar corretamente a medicação, melhorar a alimentação, vir a uma consulta, entre outros).

Pode-se formular a hipótese de que o Grupo e as profissionais funcionavam como *pontos de referência* para os usuários (*alguém em quem confio e que se preocupa comigo*) e que esse *instrumento implícito* era talvez o principal instrumento para concretizar os objetivos da intervenção. Dito de outra forma, é possível considerar que os *princípios ativos* do Grupo de Homens eram o vínculo, o acompanhamento longitudinal e a promoção de correponsabilização com a própria saúde.

A equipe de intervenção aventou também a possibilidade de, futuramente, envolver os participantes em atividades de promoção de saúde nos bairros, como *multiplicadores* (eles seriam *agentes de saúde informais*). Essa estratégia colocaria ainda mais em evidência o princípio de mobilização para a transformação da realidade sócio-sanitária, de promoção de cidadania.

Esses princípios e estratégias incluíam, portanto, a *reconstrução de formas de ser homem*, abordando importantes indicações da literatura sobre saúde e gênero (Brasil, 2008; Schraiber *et al.*, 2010; Trindade *et al.*, 2011b). O Grupo mostrava que: *homem também pode cuidar da saúde, também pode adotar comportamentos de prevenção, também pode ir à Unidade de Saúde sem apresentar quadro agudo ou emergencial (ir para conversar!); que homem também é vítima de violência e pode inclusive “lavar louça”* (tópicos abordados pelos próprios usuários no 8º encontro, Quadro 25). Homens de classe popular podiam (ao contrário das *evidências* presentes nas representações sociais) fazer esforços de reflexão sobre o mundo e sobre a vida.

Os desafios que se colocavam eram muitos e incluíam a consolidação das intervenções e a multiplicação de seus efeitos junto aos profissionais da Unidade

e junto a outros pontos da rede de saúde municipal. Esforços nesse sentido poderiam contribuir para materializar a sugestão feita no Capítulo 4 de reelaboração identitária junto ao conjunto de profissionais de APS, integrando os papéis de *trabalhadores sociais e de saúde mental*. No momento de redação desta tese, as Ações de Sábado e o Grupo de Homens se encontravam em pleno andamento. Bianca e Patrícia manifestavam o desejo de que essas intervenções não fossem vistas como anexos secundários (*destino* comum dos atendimentos do Fluxo B), mas que elas se afirmassem como atividades centrais da Unidade.

5.5. DEPOIS DO TRIÂNGULO

“Talvez o estudo comprometido das práticas sociais evidencie novos caminhos, mostrando que a TRS pode colaborar não só para a compreensão dos clamorosos problemas sociais da atualidade, como também para a intervenção que contribua com sua solução” (Almeida *et al.*, 2000, p. 266).

Com o retorno do pesquisador ao campo, o caminho percorrido pela pesquisa continuou em aberto. O relato feito acima mostra que esse caminho levou à convergência com a lógica da pesquisa-ação (Esteves, 1986). De fato, é possível que se tenha iniciado, na Unidade dos Quatro Cantos, um processo de transformação dos fenômenos psicossociais enfocados, representações e práticas sociais sobre o alcoolismo. Com isso, a pesquisa articulou os movimentos de *constatar* e de *transformar*; abordou *práticas sociais* e se aproximou do campo da *intervenção psicossocial*. Cabe agora perguntar se as

descrições, análises e ações efetuadas podem fornecer alguma contribuição teórica ao quadro de referências adotado pela pesquisa.¹⁴

Em princípio, há motivos para pensar que sim. Autores enfatizaram que, apesar de sua importância, o tópico das práticas sociais recebeu pouca atenção por parte da psicologia social (Jodelet & Moscovici, 1990, citados em Abric, 1994b; Rouquette, 1998; Trindade, 1998) e que a delimitação das práticas como objeto de estudo deve trazer contribuições para a Teoria das Representações Sociais e para a intervenção psicossocial (Almeida *et al.*, 2000).

A distinção, aparentemente clara, entre *pensar* e *fazer* pode não ser suficiente para diferenciar representações e práticas sociais. Como foi dito, as representações não são apenas produtos, mas também processos, implicam *ação de representar* (Jodelet, 1985). A representação não é instância intermediária entre estímulo e resposta, mas fonte de configuração do próprio estímulo e também da resposta (Moscovici, 2007). Sujeitos e grupos humanos produzem ativamente sua realidade por meio de *atos de representação*. Ou seja, as representações sociais também pertencem ao domínio do *fazer*.

Portanto, pode-se dizer que representações e práticas são, ambas, formas ativas de os sujeitos (individuais ou coletivos) se relacionarem com os objetos. Na análise psicossocial de fenômenos humanos, no entanto, essas formas apresentam diferenças. Enquanto as representações são maneiras (*estáveis, porém abertas*) de construir o objeto, percebê-lo e entendê-lo, as práticas são maneiras (da mesma forma *estáveis, porém abertas*) de agir sobre o objeto, o que envolve também pensá-lo. O *componente-base* da representação seria um

¹⁴ A primeira pessoa do plural será usada eventualmente, tendo em vista o caráter propositivo deste tópico.

amálgama de percepto-ideia-valor enquanto aquele da prática seria o comportamento, ambos impregnados de afetividade.

As práticas que são postas em marcha por sujeitos e grupos sociais normalmente não são objeto de reflexão sistemática por parte dos atores que as adotam, incluindo aspectos “inconscientes e automáticos”. (Sá, 1994, p. 2). Mesmo assim, é das práticas (incluindo práticas interativas, comunicacionais) que nascem as representações, as teorias de senso comum para constituir e explicar os objetos, o que implica que essas teorias tenham, elas próprias, uma série de aspectos “inconscientes”. Sá (1994) afirma que “o pensamento prático [representações] é algo que emerge das práticas em vigor na sociedade e na cultura que as alimenta” (p. 1). Almeida *et al.* (2000) verificaram que, na literatura sobre representações sociais, afirma-se a ideia de que:

“as representações constituídas têm, muito provavelmente, suas raízes em práticas coletivas arcaicas, as quais definiram, certamente, a natureza das relações sociais entre indivíduos e grupos e foram asseguradas pela tradição e comunicação oral” (p. 262).

As representações sociais nascem das práticas e passam a constituir um mundo em que as próprias práticas ganham sentido (Sá, 1994). As determinações recíprocas entre os dois processos não são equivalentes. As representações exercem sobre as práticas certa “coerção variável” enquanto as práticas funcionam como “agentes” de confirmação ou de possível transformação das representações (Rouquette, 1998).

Práticas sociais foram conceituadas por Jodelet e Moscovici (1990, citados em Abric, 1994b) como “sistemas de ação socialmente estruturados e instituídos em relação com papéis”. Essa definição enfatiza a estabilidade das práticas, a existência de padrões nas maneiras pelas quais grupos sociais agem e reagem em relação aos objetos.

No campo sociológico, Reckwitz (2002) apresentou definição semelhante, tratando as práticas sociais como *complexos* que integram “corpo, conhecimento e coisas”. Segundo o autor, a prática pode ser conceituada como “maneira rotineira pela qual corpos são movidos, objetos são manipulados, sujeitos são tratados, coisas são descritas e o mundo é entendido” (p. 250). Para ele, a “teoria da prática” valoriza as “estruturas simbólicas de sentido” para explicar a “ação e a ordem social”, integrando ponto de vista “culturalista”, que se diferencia das visões sobre o “homo economicus” e sobre o “homo sociologicus”.

Na concepção proposta por Reckwitz (2002), o “saber prático” está integrado à prática, às “formas rotineiras de saber e fazer”. Essa concepção é consoante à constatação feita por Abric (1994b) sobre o amálgama entre representações e práticas sociais. Entretanto, conforme argumentado anteriormente, o fato de representações e práticas serem intrinsecamente relacionados não significa que sejam fenômenos indiferenciáveis. O pressuposto é que existe uma decalagem entre *saber o que o objeto é e o que fazer com ele* e o *fazer* propriamente.

Na instituição escolar contemporânea, por exemplo, os professores se colocam entre um quadro e as cadeiras onde se sentam os alunos. Pensam e falam sobre conhecimentos científicos. Aplicam testes para verificar se os alunos

são capazes de repetir esses conhecimentos. Os chamados *bons alunos* concentram sua atenção e disciplina às tarefas estabelecidas. Esses *fazer*s, que o professor chama de “dar aula” e a que os alunos se referem como “estudar”, podem ser qualificados como *práticas sociais*. *Eles são comuns a muitos sujeitos, que agem de forma muito parecida em relação aos mesmos objetos*. São “sistemas de ação” adotados por indivíduos e grupos no presente e que são herdeiros de *formas de lidar* com instrumentos materiais e simbólicos que foram “socialmente estruturados” (o que pressupõe a construção histórica dessas *formas de lidar*). Esses sistemas de ação ganham características específicas segundo os papéis sociais em cena, professores, alunos, *bons alunos*. O conjunto de ações é orientado, entre outras, por representações sociais da escola e do trabalho.

A definição de práticas sociais apresentada por D. Jodelet e S. Moscovici foi utilizada para refletir sobre os dados da pesquisa. De fato, as *atividades* ou os comportamentos que o pesquisador pôde observar e dos quais os profissionais falaram não foram entendidos como fenômenos individuais e isolados, mas como produções coletivas e articuladas por representações. Essas produções contavam com diversos níveis de *enraizamento social*, níveis tanto sincrônicos (o grupo de profissionais de saúde, a sociedade brasileira contemporânea, entre outros) quanto diacrônicos (a história do SUS e da Saúde da Família, a história social do país, entre outros).

As práticas se relacionavam com papéis sociais (cuja construção também poderia ser analisada contextual e historicamente), especialmente ao papel de profissional de saúde. Representações que os profissionais construíam sobre si e

sobre seu contexto orientavam as ações. Ser profissional das Unidades de Saúde da Família implicava a adoção de certo regime de ações, algumas percebidas como obrigatórias, outras sugeridas e outras proibidas.

A observação participante registrou, por exemplo, práticas sociais relativas à recepção dos usuários na Unidade, ao preparo para as consultas, às consultas individuais em consultórios, ao atendimento na farmácia, aos atendimentos de grupo, à gestão da Unidade e à gestão da vida dos usuários por meio de diversos tipos de reunião de profissionais. Como procedimento auxiliar na *construção dessas práticas como objeto de pesquisa*, foram delimitadas, ao longo da observação, certas categorias de comportamento que se apresentavam como componentes das práticas: as *ações-chave* (Tabela 3). Essas ações se referiam à interação entre sujeitos e objetos relevantes ao problema de pesquisa (profissionais, usuários, a Unidade, outros serviços de saúde, a SEMUS, o alcoolismo) e estiveram presentes alternada ou simultaneamente em todas as *Situações* observadas.

Constatou-se, portanto, em consonância com Sá (1994), que o que emerge da decomposição analítica das práticas (“sistemas de ação”) são *comportamentos*. Para realizar uma reunião de equipe (exemplo de prática social) profissionais se sentam, leem, falam, escrevem. Como se sabe, cada um desses comportamentos poderia ser dividido em parcelas ainda menores até chegar talvez ao impulso neuronal, nível em que a psicologia dá lugar à fisiologia e a fisiologia à química e à física. Evidentemente, não é esse o nível a que deve se interessar o ponto de vista psicossocial. Como foi dito, o “olhar psicossocial” se

caracteriza pela abordagem das relações entre sujeitos e grupos (EGO) e objetos, relações mediadas por um terceiro, um outro (ALTER) (Moscovici, 1984/2008).

Com base no “olhar psicossocial”, cada comportamento que compõe uma prática social pode ser analisado sob enfoque específico: em relação aos significados sociais conferidos aos atores e aos objetos. Para marcar esse enfoque, esse comportamento pode ser referido como *ação*. A *ação* é, portanto, *um comportamento verbal ou não verbal contextualizado*. É a interação entre atores específicos (que pressupõe certo objeto) ou interação entre ator e objeto (que pressupõe outros atores). Dito de outra forma, a *ação é o comportamento sob ponto de vista psicossocial*.

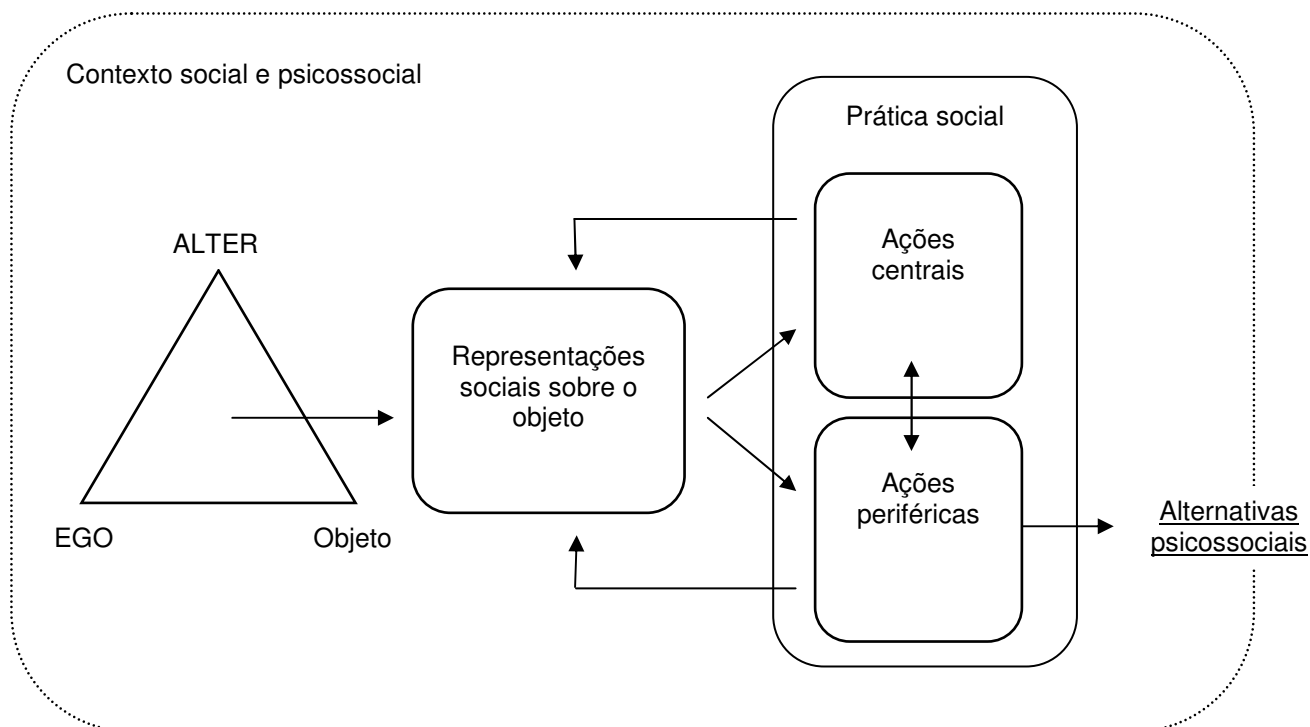
Seguindo os conceitos expostos, a prática se define como *conjunto de ações*, histórica e socialmente estruturado, que articula *corpo, conhecimento e instrumento*. Mas, a prática social não é uma unidade homogênea, como indicam Almeida *et al.* (2000):

“Como observado por Trindade (1984a), se por um lado a maior parte das práticas que estudamos são práticas de reprodução, o que cabe também para as teorias do senso comum, por outro, elas não implicam em homogeneidade. Na gênese de uma teoria do senso comum emerge também a gênese da contradição. Ao lado de práticas e representações dominantes e resilientes, estudos mostram a face da ruptura, do novo e do inesperado (p. 260)”.

Foi possível verificar o caráter heterogêneo das práticas sociais construídas pelos profissionais de saúde, participantes desta pesquisa, sobre o alcoolismo e os usuários alcoolistas. Essas práticas, atender um usuário percebido como alcoolista, falar sobre o alcoolismo em reuniões de equipe, lidar com o “bêbado”, eram constituídas não só por ações que reforçavam as formas dominantes de compreender o fenômeno (que reforçavam o *já conhecido*), mas também por ações que indicavam rupturas com essas formas (que se abriam para o *desconhecido*).

Esses dois diferentes tipos de ação foram mencionados na Figura 11 e foram chamados respectivamente de *ações centrais* e *ações periféricas*. É possível abstrair da Figura 11 um modelo de relações entre os processos psicossociais envolvidos. Esse esquema, que chamaremos de *Modelo de Ações Centrais e Periféricas* (MACP) talvez seja útil para a compreensão de outros fenômenos em outros contextos e é descrito na Figura 14. A palavra *modelo* não é utilizada em seu sentido estrito, de relação entre variáveis testada experimentalmente. O MACP se apresenta como conjunto de hipóteses que pode ser aplicado ou testado por estudos ulteriores.

Figura 14. Modelo de ações centrais e periféricas (MACP)



A Figura 14 é composta por um quadro pontilhado que representa o contexto social e psicossocial amplo (formações históricas, políticas, econômicas, culturais, ideológicas), contexto em que são construídas práticas sociais e representações sociais. Representações são produzidas por “dinâmicas de interação e comunicação” (por práticas) que envolvem as relações de um EGO com um objeto, mediadas por um ALTER (no caso da pesquisa apresentada aqui, esses elementos foram respectivamente *os profissionais de saúde, o alcoolismo e os usuários em geral*) e também as relações EGO-ALTER mediadas pelo objeto (triângulo proposto por Moscovici, 1984/2008).

As representações fazem corresponder “figura e sentido” (Moscovici, 1961; Jodelet, 1985). Associam perceptos a valores, crenças e padrões afetivos, constituindo “saberes práticos” que podem assumir formas hegemônicas de

expressão (no caso da pesquisa, as *Figuras do alcoolismo e do usuário alcoolista*). Essas representações sociais orientam condutas, práticas sociais, conferindo-lhes sentido e justificação.

Mas as práticas sociais não são unívocas. Elas são constituídas de ações centrais e ações periféricas. Como foi dito, a diferença essencial entre esses dois tipos de ação é sua *relação com a alteridade*, o efeito que produzem entre EGO e ALTER: de afastamento, no caso das ações centrais, e de aproximação, no caso das ações periféricas. O afastamento implica relacionar-se com o *outro* hegemonicamente no *registro intergrupar*, reforçando diferenciações identitárias. Inversamente, a aproximação implica relacionar-se com o *outro* hegemonicamente no *registro interpessoal*, diminuindo diferenciações identitárias (as noções de registro intergrupar e interpessoal são relativas ao conceito de identidade social de Tajfel, 1983). O MACP propõe certa articulação entre representações, práticas e identidades sociais (*pensar, fazer, ser*).

Como foi dito acima, esse Modelo foi parcialmente inspirado na Teoria do Núcleo Central, proposta por Abric (1994a). É interessante expor alguns princípios dessa Teoria, que diz respeito às representações sociais, e compará-los com as hipóteses formuladas aqui sobre as práticas sociais.

Abric (1994a) afirma que “toda representação é organizada em torno de um núcleo central” (p. 21). Esse núcleo possui as funções “geradora” e “organizadora”: ele fornece sentidos aos elementos da representação e estabelece certa estrutura de relações entre eles. O núcleo confere estabilidade à representação. É “prescritivo” e “normativo” quanto ao objeto, indicando *o que fazer com ele e seu valor*.

Segundo essa Teoria, cada representação social é constituída por um sistema central e um sistema periférico. Os elementos do sistema central são amplamente partilhados em um grupo social, são ligados à memória coletiva e têm fortes raízes históricas. São os elementos mais estáveis da representação, não apresentam contradições entre si (são coerentes) e são particularmente resistentes à mudança (Abric, 1994a). Hipóteses sobre o sistema central das representações estudadas nesta pesquisa podem ser encontradas na Figura 12.

Inversamente, o sistema periférico pode se transformar bastante para adaptar-se ao contexto imediato e pode incorporar diferentes vivências individuais. Os elementos periféricos possuem “função de concretização” (criam um contexto para materializar a representação), “função de regulação” (incorporam, na representação, as transformações do contexto) e “função de defesa” (permitem a consideração de elementos contraditórios por meio de raciocínios de “exceção e condicionalidade”) (Abric, 1994a).

Verifica-se que nem todos os princípios podem ser aplicados *ipsis litteris* às práticas sociais. Não é possível dizer, por exemplo, que as práticas possuem um núcleo central que *confere sentido* aos elementos periféricos e que os hierarquiza. É preciso ter em mente as relações entre representações e práticas: quem *confere sentido* às práticas (às ações que as compõem) são as representações, particularmente o núcleo central das representações (Abric, 1994a).

Com base nisso, é possível supor que as ações centrais sejam principalmente orientadas pelo sistema central da representação. O principal *reforço* das ações centrais não seria a satisfação ou a evitação do desprazer (como se poderia dizer acerca do “comportamento modelado por contingências de

reforçamento e punição”, na formulação behaviorista¹⁵), mas sim o *sentimento de coerência*: a ação central é a ação que o sujeito ou o grupo adota porque é *aquela que faz mais sentido*. Esse *sentido* inclui a injunção identitária: a ação central, mais do que a ação periférica, é *aquela que cria e/ou mantém avaliações positivas do endogrupo*.

Enquanto isso, as ações periféricas seriam particularmente orientadas pelo sistema periférico das representações. Essa ideia encontra apoio em formulações de Abric (1994a). Sobre o sistema periférico, o autor afirma que:

“Muito mais flexível que o sistema central, ele o protege de certa forma, permitindo-lhes integrar informações, quiçá *práticas diferenciadas*. Ele permite a aceitação, no sistema de representação, de certa heterogeneidade de conteúdo e de *comportamento*” (Abric, 1994a, p. 28, grifos acrescentados).

As práticas não têm um núcleo central, mas sim um sentido geral, que é fornecido pelas representações. Foi possível verificar, por exemplo, na primeira fase da observação participante (antes do *retorno ao campo*), o sentido geral de exclusão física e simbólica do usuário alcoolista das práticas registradas na Unidade dos Quatro Cantos, o que é consoante com as representações sociais do alcoolismo estudadas.

Analogias são possíveis entre os sistemas central e periférico que compõem as representações e as ações centrais e periféricas que compõem as

¹⁵ Não se pretende, aqui, uma discussão do behaviorismo que, como indica Sá (1994), pode ser utilizado de maneira interessante para a análise de fenômenos sociais.

práticas. As *ações centrais da prática* são, assim como o *núcleo central da representação*, mais *estáveis*, com enraizamento histórico mais firme (caráter “socialmente estruturado” das práticas e sua relação com “papéis”). Quanto às *ações periféricas*, elas são, assim como o *sistema periférico*, mais ligadas ao momento presente e às adaptações contextuais e individuais.

Os comportamentos orientados pelas representações sociais não são *atomizados*, como advertem Jodelet e Moscovici (1990, citados em Abric, 1994b). É possível conceituá-los como *ações* e analisá-los como componentes de práticas, constelações dinâmicas que podem incluir a contradição. É possível imaginar situações em que as únicas ações possíveis sejam ações centrais, como nas “situações onde a carga afetiva é forte”, como diz Abric (1994b, p. 231). *Ao mesmo tempo, com base nos dados da pesquisa apresentada aqui, parece-nos importante ressaltar que, na complexidade do cotidiano, as práticas tendem a ser compostas simultaneamente de ações centrais e de ações periféricas.*

Considerando o princípio de que as práticas podem ser “agentes de transformação” das representações (Rouquette, 1998), *outra hipótese que nos parece interessante é a de que essas ações periféricas são importantes para o dinamismo social. Elas parecem ser simultaneamente frutos e vetores propulsores desse dinamismo.*

Reckwitz (2002) menciona a possibilidade de diferenciar “agente” e “indivíduo”. Enquanto o agente seria o operador típico de certa prática, o indivíduo (sujeito) seria o “ponto singular de cruzamento de práticas, de rotinas corpóreo-mentais” (p. 256). O Modelo de Ações Centrais e Periféricas apresentado aqui confere espaço à apropriação ativa que cada sujeito pode fazer da realidade

material e social. Evidencia que ele pode contribuir de forma singular para a transformação de práticas e representações, ao menos em âmbito grupal.

A análise psicossocial pode delimitar o objeto das práticas (práticas sobre a escola, sobre a loucura, sobre os usuários de Saúde da Família, sobre o alcoolismo, etc.). Na qualidade de conjunto de ações, é preciso reconhecer que as práticas mobilizam, utilizam e transformam variados suportes materiais e simbólicos simultânea e sequencialmente. As práticas sociais, assim como as representações sociais, são ao mesmo tempo estáveis e dinâmicas, em permanente re-atualização e transformação.

A possibilidade da transformação conduz ao tópico da intervenção psicossocial, tratada aqui como instrumento de trabalho do psicólogo social. Atendo-se aos termos, é possível conferir-lhe definição preliminar como o procedimento de inter-vir ou de *vir entre* (estabelecer certa mediação entre dois pontos, no caso EGO e Objeto) que tem como objetivo principal transformar processos psicossociais. Esses últimos podem ser apreendidos como representações, práticas e identidades.

Não se pretende desenvolver, neste tópico, exposição aprofundada sobre bases filosóficas, históricas e culturais da intervenção psicossocial, tarefa que deve ser empreendida em outros trabalhos. A intenção é expor alguns princípios extraídos dos dados da pesquisa e que possam ser retomados em elaborações ulteriores.

Para isso, o retorno do pesquisador (psicólogo social) ao campo e sua interação com Bianca e Patrícia são entendidos como experiência de intervenção psicossocial. De fato, o pesquisador agiu como um *terceiro* no contexto

observado, aplicando olhar em parte *estrangeiro* aos fenômenos que lhe eram próprios. Entretanto, não havia entre o pesquisador e as profissionais a distância identitária que foi verificada na relação entre os profissionais em geral e os usuários em geral. Por isso, no triângulo EGO-ALTER-Objeto, o ALTER da intervenção psicossocial foi, na verdade, um ALTER-EGO, agente também previsto por Moscovici (1984/2008): “Com efeito, considera-se seja um outro semelhante, um *alter ego*, seja um outro diferente, um *alter* simplesmente” (p. 9, grifos no original).

Foi dito que o objetivo da intervenção psicossocial é transformar processos psicossociais. Mas, por que transformá-los? Essa questão conduziria ao debate sobre os valores e a ética que orientam a intervenção psicossocial. Também não temos a possibilidade de aprofundar a exploração dessa questão. Cabe, no entanto indicar a perspectiva de La Taille (2006) como parâmetro: os valores são *a justiça, a generosidade e a honra (autorrespeito)* e a ética é o processo de construir respostas à questão sobre “a vida que vale a pena ser vivida”. Essa vida (que é também a vida profissional) deverá incluir o outro (ALTER), como na definição da “perspectiva ética”: “*a vida boa, com e para outrem, em instituições justas*” (Ricoeur, 1990, citado em La Taille, 2006, p. 64, grifos no original).

A intervenção se justificaria pela necessidade de construir a perspectiva ética para lidar com um tipo de sofrimento que poderíamos chamar de *sofrimento psicossocial*. O sinal distintivo desse sofrimento seria, em sujeitos e grupos, a *percepção e o sentimento de incapacidade para lidar com o contexto físico e simbólico em que estão inseridos* (percepção e sentimento da necessidade de “expansão de si”, na elaboração de La Taille, 2006). Parte-se do pressuposto de

que sujeitos e grupos, que sempre possuem papel ativo na construção de sua realidade psicossocial, participam, eles próprios, da produção dos fatores que levam a esse sofrimento. As representações e práticas sociais fazem viver no presente a força prescritiva e normativa do passado. Pode-se dizer que esse sofrimento advém, de certa forma, da *inadequação* do passado ao dinamismo do presente.

A parcela de produção do sofrimento psicossocial pelos sujeitos, portanto, é ativa porém pode ser inconsciente, não se tratando, aqui, de inconsciente psicológico (como na psicanálise), mas de *inconsciente psicossocial* (os aspectos inconscientes de representações e práticas mencionados acima). É possível dizer, então, que o *objetivo operacional* da intervenção psicossocial é a promoção da autonomia, ou seja, da percepção e do sentimento de ser capaz de compreender a realidade material e simbólica e de participar de sua transformação.

É interessante destacar uma característica da intervenção promovida pelo pesquisador junto às profissionais (o *retorno ao campo*): ela foi centrada, de certa forma, nas práticas. Sem negar a importância das intervenções focadas no discurso sobre as práticas (e adotando-as também)¹⁶, pode-se afirmar que a proposta de intervenção psicossocial descrita aqui apresenta especificidades. É possível nomeá-la *Intervenção Centrada nas Práticas*. O pesquisador fez parte de uma *equipe de intervenção*, o que implicou adoção de postura *colaborativa e*

¹⁶ O pensar crítico e reflexivo promovido por diferentes tipos de intervenção em psicologia social pode se tornar uma prática para sujeitos e grupos (como na *reunião da equipe de intervenção*, no exemplo descrito aqui). A proposta de Intervenção Centrada nas Práticas enfatiza que é importante *construir junto com os participantes* outras formas diferenciadas de praticar os objetos em questão (além do pensar crítico e reflexivo e que o integre), a partir do que já é feito no cotidiano dos atores.

horizontal sem perder sua especificidade de *representante do meio acadêmico* (ou *da psicologia*). Essa equipe de intervenção trabalhou para construir “novas” práticas: novas formas de atender os usuários nos consultórios, novas formas de usar a Unidade no sábado, novas formas de realizar grupos terapêuticos.

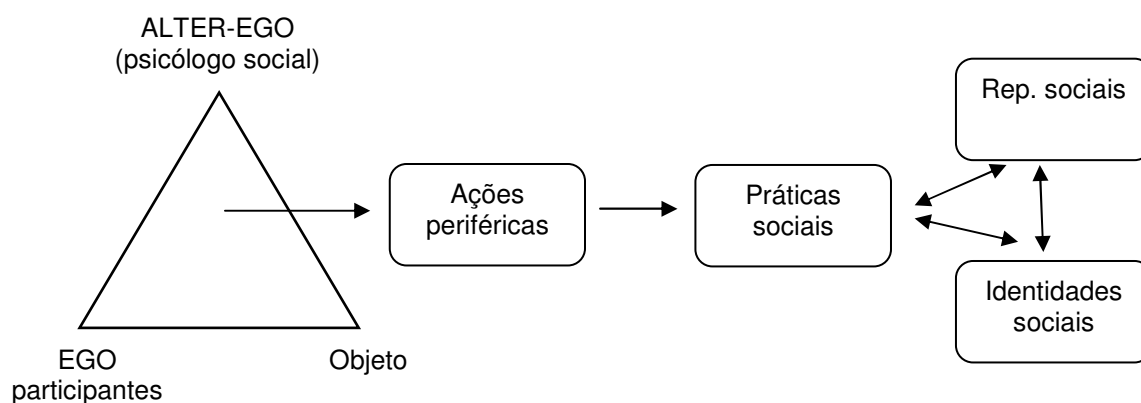
Entretanto, o caráter inédito das práticas construídas é relativo: elas já existiam de forma embrionária e virtual no contexto, expressas na forma de variadas e heterogêneas *ações periféricas*, ações que aproximavam EGO e ALTER, profissionais e usuários, que estabeleciam entre eles relações mais afeitas ao polo interpessoal, que diminuía diferenciações identiárias. A alteridade para qual apontam as práticas periféricas não é só aproximação com o *outro* (com “o” minúsculo – os outros indivíduos), mas também com o *Outro* (outro generalizado, citado por Jovchelovitch, 2008). É também a aproximação com a *alteridade em nós mesmos*, aquela que experimentamos no momento em que relativizamos as certezas de nossas representações sociais. Se as representações buscam *domar* o não-familiar, as práticas lançam sujeitos e grupos parcialmente em direção a ele.

Jovchelovitch (2008) considera que a ambiguidade da relação eu-outro é constitutiva dos sujeitos: “este é um processo contraditório, feito de energias amorosas e destrutivas” (p. 221). De forma semelhante, Arruda (2002) enfatizou a dinâmica simultânea de aproximação e distanciamento, de execração e impulso para a fusão, entre EGO e ALTER, na construção histórica de representações sociais da alteridade. Não só o alcoolista, no caso da pesquisa apresentada, mas *o outro de forma geral* constitui objeto ambíguo. Considerando as práticas sociais,

seria possível falar de *polifasia comportamental* (ações centrais e periféricas) e de *polifasia afetiva* (repulsão e atração entre EGO e ALTER).

Voltando ao exemplo de intervenção descrito, pode-se dizer que a presença do psicólogo social na equipe de intervenção funcionou como *catalisador*, visou a enfatizar essas ações periféricas já existentes, a facilitar a construção de práticas centradas nelas e a promover a reflexão sobre as produções conjuntas (*reuniões da equipe de intervenção* após os encontros do Grupo de Homens). Dessa forma, o psicólogo social pode promover junto com os participantes a reconstrução de sua realidade *a partir do que eles já pensam e a partir do que eles já fazem*. As relações descritas podem ser formalizadas como na Figura 15.

Figura 15. Esquema operacional da Intervenção Centrada nas Práticas



A Figura 15 mostra a intervenção (o triângulo) que enfoca ações periféricas levando à construção de práticas sociais inovadoras (modificação das práticas sociais existentes), podendo transformar outros processos psicossociais (representações e identidades). A intervenção é construída em conjunto entre

participantes e o psicólogo social. Na experiência relatada aqui, os *Objetos* foram vários: os usuários, os homens, os alcoolistas, a Unidade, a Atenção Primária, a Saúde Mental. Trata-se, na Figura 15, mais uma vez, de esquema a ser aplicado e testado em trabalhos ulteriores.

O que se propõe é a “transformação progressiva” das representações, que acontece, segundo Abric (1994b), quando “as práticas novas não são totalmente contraditórias com o núcleo central da representação” (p. 236). Parte-se da hipótese de que práticas inovadoras formuladas de maneira colaborativa, *a partir do que já é feito*, mudam a representação pouco a pouco, constituindo novos núcleos centrais (novas representações). Para promover transformações perenes, as práticas inovadoras devem ser percebidas pelos atores como *irreversíveis* (Abric, 1994b; Flament, 1994), o que é mais fácil, supomos, quando os atores participam de sua construção de forma colaborativa e reflexiva.

A postura do psicólogo social é dupla. Ele assume tanto o ponto de vista científico expresso nas teorias e diretrizes que adota (no caso, Teoria das Representações Sociais, diretrizes da Atenção Primária à Saúde, da Saúde Mental, da atenção a problemas com o álcool, da Saúde Masculina), quanto o ponto de vista dos profissionais com quem *co-labora* (para quem as representações sociais já existentes são importantes e *funcionais*). Ele pode facilitar, dessa forma, o trânsito entre universo reificado e universo consensual, promovendo a construção de novas representações. Ele assume a postura de *consultor* e deve estar atento à expressão dos *participantes* da intervenção (no caso relatado, Bianca e Patrícia).

Para cumprir essa tarefa, sugere-se que adote certo *instrumental relacional*, afeito justamente ao intercâmbio de pontos de vista, que podemos chamar de *escuta psicossocial interativa*. Pode-se defini-la como a mobilização articulada de processos cognitivos, afetivos e comportamentais (por exemplo, atenção, empatia, fala) que tem como objetivos: criar vínculos entre os atores envolvidos; proporcionar ao outro, sujeito ou grupo, amplas possibilidades de expressão subjetiva (*escuta*); favorecer a análise de importantes aspectos psicossociais presentes nessa expressão subjetiva (*escuta psicossocial*), principalmente pelo estímulo, com diferentes graus de diretividade, à adoção de variados pontos de vista sobre os objetos da interação (*escuta psicossocial interativa*).

Abric (1994a) define as representações sociais como “estruturas coerentes” apesar de suas “aparentes contradições”. Sobre a coexistência do “racional” e do “irracional” nas representações, o autor afirma que “essas contradições ou ilogismos são apenas aparentes, pois pensamos que uma representação é de fato um conjunto organizado e coerente” (p. 14). Pode-se dizer que a intervenção psicossocial proposta visa a *transformar essas aparentes contradições em contradições verdadeiras*, por meio do foco nas ações periféricas (sua identificação e reflexão sobre elas), *pari passu*, nos elementos periféricos das representações, e por meio da confrontação de pontos de vista (*escuta psicossocial interativa*). O Quadro 26 sistematiza os elementos da proposta de intervenção psicossocial feita aqui, apresentando exemplos empíricos advindos da pesquisa realizada, com função de ilustração.

Quadro 26. Elementos da proposta de intervenção psicossocial e exemplos extraídos dos dados da pesquisa

Elementos da proposta		Exemplos extraídos dos dados da pesquisa
Sinal desencadeador	Sofrimento psicossocial (<i>percepção e sentimento de incapacidade</i>)	– Dúvidas expressas inicialmente pelas profissionais quanto ao atendimento de grupo de sua “proposta de intervenção sobre o alcoolismo”
Objetivo	Transformar processos psicossociais (práticas, representações, identidades)	– Práticas: visitas domiciliares, consultas individuais e atendimentos de grupos – Representações: usuários, homens, alcoolismo, USF – Identidades: profissional de saúde, classe média, não-alcoolista
Objetivo operacional	Promover autonomia	– Construção coletiva de práticas e análises das práticas pela equipe de intervenção
Princípios adotados pelo psicólogo social	Escuta psicossocial interativa (promoção da adoção de múltiplos pontos de vista) Proposta de interação colaborativa	– Valorização das falas e das propostas das profissionais (realização de sugestões e análises <i>a partir</i> dessas falas e propostas) – Feedback sobre os dados da observação participante – Valorização dos conhecimentos em psicologia e das falas dos usuários (múltiplos pontos de vista)
Procedimento-chave	Ênfase nas ações periféricas (identificação e análise) para construção de práticas inovadoras	– Valorização de ações de clínica ampliada nas consultas e nas visitas – Ação de Sábado (formas inovadoras de usar a USF) – Grupo de Homens (formas inovadoras de realizar atendimento de grupo)
Procedimento operacional	Montagem da equipe de intervenção	– Observação de Ações de Sábado e do Grupo de Homens pelo psicólogo

	Acompanhamento das práticas pelo psicólogo social Reunião de reflexão sobre as práticas com base regular	social – Reuniões da equipe de intervenção após os atendimentos do Grupo de Homens
Perspectiva geral	Construir grupos e sociedades que <i>negociem</i> mais e melhor com a alteridade	– Transformações identitárias das profissionais – Repercussões das atividades na USF e em profissionais de outros serviços

Pode-se dizer que a proposta de intervenção psicossocial descrita aqui, baseada na Teoria das Representações Sociais e focada em práticas sociais, adota como perspectiva geral promover junto a sujeitos e grupos possibilidades de *negociar* mais e melhor com a alteridade, tópico, de certa forma, *universal e atemporal* e de cuja atualidade não se pode duvidar. O psicólogo social contribuiria dessa forma, a partir de seu nível específico de atuação e em colaboração com os demais *trabalhadores sociais*, para a valorização da transformação pessoal e social, para a valorização da diversidade e da vida.

Para finalizar, cabe sistematizar os princípios teóricos propostos como hipóteses neste tópico, a serem possivelmente retomadas em outros estudos:

- A *ação* é o comportamento sob ponto de vista psicossocial;
- As práticas sociais são conjuntos de *ações* socialmente estruturados, enraizados historicamente, relacionados a papéis sociais e são compostos de *ações centrais* e de *ações periféricas*;
- *Ações centrais* são orientadas hegemonicamente pelo sistema central da respectiva representação social e possuem efeito de afastamento entre EGO e ALTER;

- Ações periféricas são orientadas hegemonicamente pelo sistema periférico da respectiva representação social e possuem efeito de aproximação entre EGO e ALTER;
- Ações periféricas têm duplo papel: ao mesmo tempo em que reforçam as representações sociais que as orientam, por seu caráter percebido de exceção e condicionalidade, introduzem a instabilidade nos sistemas representações-práticas, indicando possibilidades de transformação de práticas, representações e identidades sociais;
- O princípio ativo da intervenção psicossocial é a potencialização das ações periféricas, o que faz aumentar o nível de *contradição* nos sistemas representações-práticas, levando à sua reconstrução progressiva e colaborativa.

Essas hipóteses encontraram suporte nos dados da pesquisa relatada aqui. Elas podem ser avaliadas por meio de outras pesquisas, talvez sobretudo com desenhos observacional, experimental e/ou de pesquisa-ação. Podem contribuir para a construção de uma *Teoria das Práticas Sociais* sob ponto de vista especificamente psicossocial.

Por fim, cabe dizer que as reflexões apresentadas nos parecem particularmente afeitas ao contexto brasileiro, onde a *comunidade* de psicólogos sociais envolvida com a Teoria das Representações Sociais, pelo que percebemos e sentimos, valoriza especialmente as possibilidades de intervenção e de transformação da realidade a partir da Teoria. Não seria o foco nas práticas

e na intervenção psicossocial uma das grandes especificidades da Escola Brasileira de Representações Sociais?¹⁷

5.6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta tese abordou representações e práticas sociais construídas sobre o alcoolismo. Elementos ligados às identidades sociais foram relevantes para a análise desses fenômenos, bem como a consideração de outros objetos: os usuários em geral, as Unidades de Saúde, as práticas de Saúde Mental. A pesquisa permitiu formular conjunto de hipóteses teóricas e metodológicas sobre práticas sociais e intervenção psicossocial, *Modelo de Ações Centrais e Periféricas e Intervenção Centrada nas Práticas*, que podem ser utilizados sob o prisma da Teoria das Representações Sociais.

Verificaram-se processos de infantilização, coisificação, estigmatização e exclusão dos usuários em geral e, especialmente, dos usuários representados como alcoolistas. Mas, esses processos estiveram longe de corresponder à totalidade dos contextos pesquisados. Foi possível averiguar que algumas percepções e condutas indicavam, na contracorrente, a promoção da qualidade de vida, da participação e da autonomia.

Não como pecado a ser condenado, nem como deserção social a ser punida e não exatamente como doença a ser tratada (já que a doença evoca a “cura” fornecida ou imposta). A abordagem do alcoolismo segundo princípios da Atenção Primária à Saúde tem a possibilidade de objetivá-lo como *forma de vida*

¹⁷ A Escola Brasileira de Representações Sociais foi o tema da IV Conferência Brasileira sobre Representações Sociais, realizada em 2009, no Rio de Janeiro.

a ser negociada, o que pressupõe, evidentemente, a participação ativa dos usuários.

A triangulação metodológica e a integração analítica dos resultados permitiram formular panorama amplo sobre percepções, raciocínios e comportamentos envolvidos na produção dos fenômenos psicossociais investigados. Destacaram-se as possibilidades de abordar práticas e de compreender variadas facetas do contexto por meio da observação participante, enquanto entrevistas e questionários aprofundaram o tópico específico das representações do alcoolismo. Os procedimentos aumentaram a validade dos resultados e a possibilidade de generalização. Encerrado este percurso, outros se anunciam.

“Saúde e democracia” foi o tema que marcou a construção histórica do Movimento Sanitário brasileiro. Hoje, em muitas Unidades de Saúde de todo o país, continuam os embates, as derrotas e as conquistas no que diz respeito à concretização desses valores. O Sistema Único de Saúde mostra tanto as dificuldades como as potencialidades da tarefa que ganha contornos civilizatórios: superar a exclusão e a violência que decorrem de uma sociedade tradicionalmente cindida. O encontro de usuários e profissionais de saúde é um emblema do caminho que os brasileiros precisam percorrer para encontrar-se consigo mesmos. Caminho de bandeirantes da realidade social de um país que descobre, apesar de tudo, que mudar é possível.

ANEXO

ANEXO A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.)

“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa” (Resolução n.º 196/96-IV, do Conselho Nacional de Saúde).

Eu, _____, tendo sido convidado a participar como voluntário de um estudo sobre atenção básica em saúde, recebi do Sr. Luiz Gustavo Souza, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, UFES, responsável por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

- Que o estudo se destina a investigar os conhecimentos a respeito do alcoolismo.
- Que a importância deste estudo é a de produzir conhecimentos sobre como as pessoas entendem o alcoolismo e sobre como lidam com esse fenômeno.
- Que os resultados que se desejam alcançar são os seguintes: produção de artigos para publicação em revistas científicas; contribuições que permitam avanços teóricos e metodológicos para o estudo do alcoolismo e; no nível da aplicação do conhecimento, fornecer subsídios para políticas públicas de saúde.
- Que o estudo será feito da seguinte maneira: com realização de entrevistas com cerca de cinquenta profissionais de Unidades de Saúde do município de [nome do município] e observação do funcionamento de uma Unidade de Saúde, ao longo de nove meses.
- Que participarei deste estudo, por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Minha colaboração se fará de forma anônima, incluindo entrevista concedida ao pesquisador, a ser gravada a partir da assinatura desta autorização.
- Que, sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo e que a minha participação neste estudo não trará nenhum risco à minha saúde física ou mental.
- Que, a qualquer momento, eu poderei recusar a continuar participando do estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo.
- Que as informações conseguidas através da minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.

(Assinatura ou rubrica d(o, a) voluntári(o, a) ou responsável legal)	Responsável pela pesquisa PPGP-UFES
---	--

Endereço do responsável pela pesquisa: Instituição: Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo. Endereço: Av. Fernando Ferrari, n. 514, Goiabeiras, Vitória, ES. CEP 29075-910. Telefone para contato: (27) 4009-2501.

ANEXO B

Encontra-se abaixo lista dos Temas identificados por meio da observação participante.

- Tema 1: a existência de práticas de orientação normativa e de julgamento moral por parte dos profissionais em relação aos usuários;
- Tema 2: simultâneas ao papel social de profissional, a existência de relações de intimidade assemelhadas à *amizade* com os usuários, implicadas no acompanhamento longitudinal oferecido pela USF (principalmente no caso das agentes de saúde, é provável que houvesse relações de amizade de fato);
- Tema 3: a presença, nas interações, de um tipo de conversação assemelhado ao *bate-papo* e à *fofoca*;
- Tema 4: a percepção de que tratar casos de saúde mental significava essencialmente administrar medicação psicotrópica, associada à falta de menção ou clareza quanto a abordagens psicológicas ou psicossociais;
- Tema 5: a existência de sentimentos de consternação e de impotência diante do alcoolismo;
- Tema 6: a percepção de que a população era “barraqueira”; os usuários eram “barraqueiros”;
- Tema 7: a associação dos “barracos” produzidos por usuárias (mulheres) a ameaças verbais e a agressões físicas com função de desmoralização (por exemplo, o “tapa na cara”);
- Tema 8: a associação dos “barracos” produzidos por usuários (homens) ao tráfico, ao consumo de drogas e às ameaças de violência armada e de morte;
- Tema 9: a classificação da entrada de um usuário alcoolizado na Unidade (um “bêbado”) como “confusão”, ou “barraco”;
- Tema 10: a mobilização do vigia (o *policia da Unidade*) para lidar com a presença de um usuário alcoolizado;
- Tema 11: diante de um usuário embriagado e “barraqueiro”, a orientação dada à ação visava à sua expulsão e não a seu acolhimento;
- Tema 12: a percepção de incapacidade da Unidade de Saúde de lidar com o caso de alcoolismo;
- Tema 13: a percepção de que tratar casos de alcoolismo significava essencialmente administrar medicação psicotrópica, associada à falta de menção ou clareza quanto à abordagem de reabilitação psicossocial;

- Tema 14: a percepção de que o tratamento do alcoolismo devia ser centrado na promoção da abstinência, associada à falta de menção ou clareza quanto à abordagem de redução de danos;
- Tema 15: a ausência de previsão de fluxos para a suspeita de problemas com álcool, levando à tentativa de improviso por parte da(o) profissional;
- Tema 16: nos atendimentos de grupo, a organização hegemônica das interações segundo *modelo-palestra*;
- Tema 17: nos atendimentos de grupo, a ausência de espaços sistemáticos de escuta e análise coletiva das expressões subjetivas (psicológicas e psicossociais) dos usuários;
- Tema 18: a existência de críticas e sentimento de desconfiança com relação à Secretaria Municipal de Saúde (existência de sinais de que o trabalho entre a Unidade e a Secretaria era hegemonicamente não-colaborativo);
- Tema 19: a priorização do Fluxo A nas reuniões que tinham o objetivo de discutir a gestão das atividades da Unidade;
- Tema 20: a percepção de que os usuários constituíam mais objetos que sujeitos das práticas sócio-sanitárias (*coisificação*);
- Tema 21: a percepção de que os usuários eram ignorantes, relacionavam-se ao não-saber;
- Tema 22: a percepção de que os usuários não compreendiam o funcionamento da Estratégia Saúde da Família e/ou não queriam se adequar a esse funcionamento.
- Tema 23: a associação dos usuários a práticas imorais;
- Tema 24: a associação dos usuários a práticas de violência;
- Tema 25: a percepção de que os usuários se caracterizavam pela alteridade, de que eram um tipo diferente de pessoas, habitantes de “outra realidade”;
- Tema 26: a percepção de que os *casos de saúde mental* eram essencialmente casos de descompensação psicótica;
- Tema 27: a percepção de que os casos de saúde mental não constituíam prioridade. Inexistência de fluxos específicos, a descrição de casos graves não gerando, necessariamente, encaminhamentos;
- Tema 28: a associação do atendimento não-medicamentoso em saúde mental principalmente ao trabalho individual da psicóloga;
- Tema 29: a existência de elementos de discurso consoantes com as atuais políticas para saúde mental, como a importância de acolher o usuário mesmo em surto e o questionamento da solução-internação;
- Tema 30: a percepção de dificuldades nas relações entre Unidade de Saúde da Família e os CAPS, incluindo CAPS-ad.

ANEXO C

Palavras e expressões utilizadas pelos participantes, nas entrevistas, foram agrupadas e/ou modificadas, como parte da preparação dos *corpora* a serem submetidos ao programa ALCESTE. O processo de homogeneização envolveu passar certas expressões do plural ao singular, redigir expressões e locuções utilizando o traço baixo de união (*underline*), conforme instruções do Programa. Por exemplo as locuções “síndrome de abstinência” e “dependência química” foram grafadas “síndrome_de_abstinência” e “dependência_química”, para que o programa processasse a locução como um todo e não cada uma de suas partes em separado. O quadro abaixo relaciona, em ordem alfabética, todas as expressões modificadas e as formas pelas quais foram submetidas ao ALCESTE.

Expressões utilizadas pelos participantes	Expressões submetidas ao programa Alceste
à flor da pele	à_flor_da_pele
a gente	a_gente
ação social [secretaria de governo]	ação_social
agente(s) de saúde; agente(s) comunitário(s); agente	agente_de_saúde
alcoólicos anônimos; AA	alcoólicos_anônimos
anti rábico	anti_rábico
ao mesmo tempo	ao_mesmo_tempo
apoio matricial, equipe matricial	apoio_matricial
às vezes	às_vezes
assistente social; serviço social [quando referente ao profissional]	assistente_social
atendimento individual	atendimento_individual
atividade física	atividade_física
auto afirmação	auto_afirmação
auto afirmar	auto_afirmar
auto destrutivo	auto_destrutivo
auxiliar de enfermagem; técnico de enfermagem	auxiliar_de_enfermagem
auxiliar de serviços gerais	auxiliar_de_serviços_gerais
bate e volta	bate_e_volta
bebida alcoólica	bebida_alcoólica
bode expiatória	bode_expiatório
bolsa família	bolsa_família
busca ativa	busca_ativa

caps; centro de atenção psicossocial	caps
caps-ad; centro de atenção psicossocial – álcool e drogas; [nome do capsad local]	capsad
caso perdido	caso_perdido
cem por cento	cem_por_cento
centro de especialidades	centro_de_especialidades
centro de referência	centro_referência
centro de tratamento	centro_de_tratamento
cesta básica, cestas básicas	cesta_básica
classe alta	classe_alta
classe baixa	classe_baixa
clínico geral	clínico_geral
colocar para fora	colocar_para_fora
com certeza	com_certeza
conselho tutelar	conselho_tutelar
contra referência	contra_referência
crise de ansiedade	crise_de_ansiedade
de vez em quando	de_vez_em_quando
deixar de lado	deixar_de_lado
delirium tremens	delirium_tremens
dependência química	dependência_química
dependente químico, [pessoas] dependentes químicas	dependente_químico
dez anos, trinta anos, etc.	dez_anos, trinta_anos, etc.
dia a dia	dia_a_dia
doença mental	doença_mental
dor de cabeça	dor_de_cabeça
enche a cara	enche_a_cara
encher a cara	encher_a_cara
entre aspas	entre_aspas
entre dentes	entre_dentes
entre linhas	entre_linhas
episódio depressivo	episódio_depressivo
estilo de vida	estilo_de_vida
exame físico	exame_físico
faixa etária	faixa_etária
fatores externos	fatores_externos
final de semana	final_de_semana

força de vontade	força_de_vontade
forço a barra	forço_a_barra
fundo de verdade	fundo_de_verdade
fundo do poço	fundo_do_poço
gente-boa	gente_boa
gota d'água	gota_d_água
graças a Deus	graças_a_Deus
grupo de apoio ao tabagista	grupo_tabagismo
hospital dia	hospital_dia
hospital psiquiátrico	hospital_psiquiátrico
intercorrência(s)	intercorrência
longo prazo	longo_prazo
mais ou menos	mais_ou_menos
mal cheiroso	mal_cheiroso
mal visto	mal_visto
maus tratos	maus_tratos
meio a meio	meio_a_meio
ministério público	ministério_público
moradores de rua, morador de rua	morador_de_rua
muitas vezes	muitas_vezes
multifatorial, multifaces, multifacetada(o) [quando referente ao alcoolismo]	multifatorial
multiprofissional, multidisciplinar	multiprofissional
nada com nada	nada_com_nada
Nossa Senhora	Nossa_Senhora
nota fiscal	nota_fiscal
oficina terapêutica	oficina_terapêutica
olho torto	olho_torto
parar de beber	parar_de_beber
parar de fumar	parar_de_fumar
passa mal, passam mal	passa_mal
passando mal	passando_mal
passar na frente	passar_na_frente
ponto de vista	ponto_de_vista
por água a baixo	por_água_a_baixo
por exemplo	por_exemplo
por que	por_que

porta de entrada	porta_de_entrada
poxa vida	poxa_vida
pré-disposição	pré_disposição
pressão alta	pressão_alta
problema social	problema_social
profissionais do sexo	profissionais_dosexo
pronto socorro; pronto atendimento; PA	pronto_atendimento
psf; programa de saúde da família; esf; estratégia saúde da família	esf
psicologia [quando referente ao profissional]	psicólogo
redução de danos	redução_de_danos
saúde da família	saúde_da_família
saúde física	saúde_física
saúde mental	saúde_mental
saúde social	saúde_social
secretaria municipal de saúde	semus
segunda-feira, quinta-feira, etc.	segunda_feira, quinta_feira, etc.
seis meses, dois meses, etc.	seis_meses, dois_meses, etc.
síndrome de abstinência, crises de abstinência, abstinência [quando aplicável]	síndrome_de_abstinência
sistema imunológico	sistema_imunológico
sus; sistema único de saúde	sus
tapando o sol com a peneira	tapando_o_sol_com_a_peneira
terapeuta ocupacional; terapia ocupacional [quando referente ao profissional]	terapeuta_ocupacional
todo mundo	todo_mundo
tomar banho, tomar um banho	tomar_banho
unidade de saúde; unidade	unidade_saúde
universidade pública	universidade_pública
vira e mexe	vira_e_mexee
volta e meia	volta_e_meia
13h30min, 15h30min, etc.	treze_e_trinta, quinze_e_trinta, etc.
2008, 2009, etc.	dois_mil_e_oito, dois_mil_e_nove, etc.

ANEXO D

As respostas às entrevistas semiestruturadas foram analisadas com o programa ALCESTE. Três *corpora* foram submetidos ao programa: 1) como o alcoolismo aparece na Unidade e como a equipe lida; 2) que fatores levam ao alcoolismo; 3) que tratamento deve ser adotado para pessoas com alcoolismo. O ALCESTE identificou, nesses *corpora*, respectivamente, 4, 3 e 3 Classes.

Este anexo relaciona as palavras com *presença significativa* em cada uma dessas 10 Classes. Foram consideradas *significativas* as palavras identificadas como tal pelo próprio programa (testes de qui-quadrado) e aquelas que ocorreram exclusivamente em cada Classe descrita. Nas tabelas a seguir, são relatados os valores de qui-quadrado (X^2) encontrados para cada palavra. As porcentagens (%) se referem ao número de ocorrências da palavra na Classe em relação ao número total de ocorrências da mesma palavra em cada *corpus* correspondente. A caixa ao final de cada tabela relaciona palavras que ocorreram exclusivamente na Classe além daquelas já incluídas na tabela.

a) Corpus1: como o alcoolismo aparece na Unidade e como a equipe lida

<i>Classe 1: Vontades contraditórias entre bêbados e profissionais</i>			<i>Classe 2: Consequências e outros problemas de saúde, familiares e sociais</i>		
Palavra	X²	%	Palavra	X²	%
quer+	18,16	100,00	aparece+	23,99	56,52
voce	16,09	77,50	saude	22,24	100,00
volta	13,38	100,00	outr+	20,52	54,55
beber	12,22	100,00	ve	20,36	64,29
num+	11,68	92,86	problem<	20,18	44,74
pra	9,42	83,33	ness+	17,99	60,00
nao	8,78	57,14	esposa	17,72	100,00
hora	8,77	100,00	alcool<	16,18	31,52
muita+	8,77	100,00	consequencia+	13,23	100,00
nada	8,77	100,00	disso	13,23	100,00
sabe+	8,37	82,35	socia+l	13,21	71,43
nunca	7,64	100,00	chegam	10,47	62,50
pergunta	7,64	100,00	droga+	10,47	62,50
meio	7,18	90,00	estou	10,47	62,50
tipo	7,18	90,00	caus+ar	9,33	66,67
vez+	7,18	90,00	do	9,27	32,73
nenhum+	6,52	100,00	hipertensao	8,50	75,00
ouvir	6,52	100,00	familiar+	8,38	55,56
parar_de_beber	6,52	100,00	vid+	7,03	57,14
procurar	6,52	100,00	doenca+	6,83	46,15
as_vezes	6,12	66,67	sim	6,83	46,15
vontade	6,09	88,89	filho+	5,74	60,00
pode+	5,71	76,47	nas	5,74	60,00
ele+	5,60	56,52	das	5,44	45,45
ate	5,50	68,97	por_exemplo	4,79	40,00
ano+	5,41	100,00	diabete+	4,61	66,67
chegou	5,41	100,00	ferida	4,61	66,67

estava	5,41	100,00	grave+	4,61	66,67
novo	5,41	100,00	intercorrencia+	4,61	66,67
senhor+	5,41	100,00	ru+	4,61	66,67
nem	5,36	78,57	usuario+	4,61	66,67
fazer	5,25	67,74	ainda	3,98	50,00
curativo+	5,03	87,50	vejo	3,98	50,00
tinha	5,03	87,50	quando	3,44	28,26
vai	5,03	66,67	situacao	3,13	40,00
falou	4,31	100,00	unidade_saude	3,01	29,41
seman+	4,31	100,00	falando	2,78	42,86
toma	4,31	100,00	embriagado	2,63	50,00
veio	4,31	100,00	junto+	2,63	50,00
falar	4,13	80,00	maneira+	2,63	50,00
bebe+	3,99	85,71	populacao	2,63	50,00
bebado+	3,99	85,71	questoes	2,63	50,00
era	3,99	85,71	tanto	2,63	50,00
ninguem	3,99	85,71	trabalho	2,63	50,00
consult+ar	3,93	73,33	em	2,51	29,03
chega	3,93	73,33	esta	2,41	25,93
assim	3,80	65,52	na	2,41	25,93
dia+	3,54	75,00	mesmo	2,26	31,58
eu+	3,39	57,53	so	2,26	31,58
par+ar	3,31	56,63			
del+	3,26	68,42			
sou+	3,22	100,00			
su+	3,22	100,00			
tard+	3,22	100,00			
assunto	3,22	100,00			
contrario	3,22	100,00			
fumar	3,22	100,00			
halito	3,22	100,00			
logo	3,22	100,00			
nele	3,22	100,00			
passado	3,22	100,00			
tomar	3,22	100,00			
se	3,20	59,26			
embora	2,98	83,33			
hoje	2,98	83,33			
passando_mal	2,98	83,33			
Mas	2,82	55,68			
fala	2,70	72,73			
no	2,41	62,07			
ver+	2,32	75,00			
aqui	2,02	55,56			
atendido	2,02	80,00			
complicado	2,02	80,00			
facil	2,02	80,00			
gente	2,02	80,00			
quero	2,02	80,00			
sem	2,02	80,00			
Palavras que ocorreram exclusivamente na Classe 1:			Palavras que ocorreram exclusivamente na Classe 2:		
interess+, aliment<, abordagem, acaba, alem, bebem, cada, comunidade, conseguiu,			lev+, seria, usam, fez, entr+, aparecem, atualmente, bebida, busca, comum, corte+, curar, debilitado, dentro, dificilmente, espontânea, fazendo, frente, intoxicação, minha, percebe+, pressão_alta, principalmente, qualquer, resgatar, situações, sozinho, tentar		

criança, diferente	
--------------------	--

<i>Classe 3: Formas ambíguas de lidar com alcoolistas: entre acolhimento e exclusão</i>			<i>Classe 4: Procedimentos técnicos adotados</i>		
Palavra	X²	%	Palavra	X²	%
lidar	52.17	88.89	encaminha	38,63	91,67
acho	47.41	60.00	psicologa	34,51	90,91
falta	29.73	100,00	acompanhamento	30,09	83,33
sindrome de abstinencia	24.03	71.43	assistente social	27,54	100,00
exist+ir	22.68	60.00	capsad	24,02	68,75
despreparo	22.21	100,00	psicologo	23,51	100,00
drogacao	22.21	100,00	bastante	19,50	100,00
dificil	21.20	47.06	encaminhado	19,50	100,00
dificuldade	16.73	55.56	medico+	19,28	61,11
deveria	15.24	75.00	atendimento+	18,94	72,73
maior	15.24	75.00	enfermeiro+	18,51	85,71
aquilo	13,86	57,14	tratamento+	16,49	50,00
questao	13.34	42.86	acompanhado+	15,54	100,00
pouco+	12.16	45.45	encaminhamento+	15,54	100,00
sei+	11.27	50.00	grupo+	15,54	100,00
tambem	10.58	28.57	saude mental	15,54	100,00
ter	9.35	35.29	tambem	15,52	45,71
acolhimento	8.57	66.67	pass+ar	14,66	83,33
complicacoes	8.57	66.67	familia+	12,75	52,63
rede	8.57	66.67	visit+ar	11,99	66,67
vendo	8.57	66.67	discutido+	11,60	100,00
isso	8.14	25.64	prefeitura	11,60	100,00
profissio+	7.87	35.71	atraves	10,90	80,00
alguns	6.47	42.86	envolvido+	10,90	80,00
ali	6.47	42.86	psiquiatra+	10,90	80,00
for+	6.47	42.86	receb+	10,90	80,00
melhor	6.47	42.86	todo+	10,85	58,33
dos	6.45	36.36	a gente	10,18	32,14
bebeu	5.54	50.00	o	9,48	28,69
questoes	5.54	50.00	geralmente	9,17	44,00
seja	5.54	50.00	exame+	7,89	66,67
talvez	5.54	50.00	internacao	7,89	66,67
da	5.43	22.22	equipe+	7,74	50,00
ela+	5.22	29.41	precis+ar	7,28	75,00
consegue	5.07	37.50	diabetico+	7,28	75,00
sim	4.56	30.77	referencia+	7,28	75,00
agora	4.01	33.33	a	7,23	27,34
fica	4.01	33.33	faz	6,64	44,44
realmente	4.01	33.33	pro	5,81	57,14
mesmo	3.97	26.32	os	5,56	38,46
deu+	3.77	40.00	sempre	5,43	50,00
grand+	3.77	40.00	da	5,33	33,33
todo_mundo	3.77	40.00	par+ar	5,14	28,92
trabalha	3.77	40.00	normalmente	4,78	60,00
porque	3.25	18.18	segu+	4,78	60,00
ser	3.24	26.67	vao	4,78	60,00
internacao	2.64	33.33	ao	4,42	42,86
partir.	2.64	33.33	pel+	4,31	50,00

ta	2.64	33.33	medica<	4,28	45,45			
te	2.64	33.33	agente_de_saude	4,21	38,10			
trabalhar	2.64	33.33	ess+	4,02	31,25			
fala	2.53	27.27	dur+ar	3,90	66,67			
<p>Palavras que ocorreram exclusivamente na Classe 3:</p> <p>geral, ajudar, envolve+, loca+, agressao, depend+, logico, sociais, form+, pens+, acolhe+, acolhido+, acontece+, aguda, bebendo, certo+, experiencia, falo, ficam, lugar+, maioria, menos, mesma, pedindo, proprio, quem, toda+, tomando, vinculo</p>			dai	3,90	66,67			
			especializado+	3,90	66,67			
			fato+	3,90	66,67			
			psicologico	3,90	66,67			
			sendo	3,90	66,67			
			temos	3,90	66,67			
			tem+	3,79	26,73			
			tent+ar	3,36	41,67			
			especifico	3,20	50,00			
			alguem	3,19	44,44			
			e	3,01	24,18			
			um	2,68	26,92			
			dar	2,35	40,00			
			tudo	2,35	40,00			
			for+	2,14	42,86			
			vir	2,14	42,86			
			direto+	2,12	50,00			
			encaminhar	2,12	50,00			
			enfermeira	2,12	50,00			
			melhorar	2,12	50,00			
			relacao	2,12	50,00			
			seja	2,12	50,00			
			pelo+	2,03	35,71			
			questao	2,03	35,71			
						<p>Palavras que ocorreram exclusivamente na Classe 4:</p> <p>individuo<, hipertenso, necessario, vari+, conhecimento+, daquel+, medida, olhar, propria, reuniao, inclusi+, tempo, cont+, demand+</p>		

b) Corpus 2: que fatores levam ao alcoolismo

<i>Classe 1: Aceitação social do álcool e de suas funções</i>			<i>Classe 2: Características e cultura das comunidades pobres</i>			<i>Classe 3: Fatores sociais, genéticos e psicológicos</i>		
Palavra	X²	%	Palavra	X²	%	Palavra	X²	%
bebe+	19,73	88,24	influencia	51,35	100,00	acho	13,05	67,19
no	17,74	78,26	locais	36,25	100,00	familiar+	12,80	93,33
esta	17,12	74,07	lugar+	36,25	100,00	alcool<	12,63	65,28
beber	16,03	77,27	em	28,29	42,86	sociais	11,49	88,24
algum+	15,34	82,35	estado	21,58	80,00	familia	10,35	87,50
dia+	15,20	100,00	muitas_vezes	21,50	100,00	fator+	9,62	72,22
pode+	13,12	77,78	su+	14,72	75,00	pai	9,31	91,67
aquilo	12,66	84,62	pel+	13,39	57,14	da	9,29	71,05
comeca	11,68	100,00	acredito	12,93	42,86	mae	8,67	100,00
outr+	10,36	78,57	comunidade+	10,70	60,00	nem	7,54	100,00
bar+	10,21	88,89	paciente+	10,70	60,00	uso	7,54	100,00
fazer	9,96	100,00	sao	9,57	33,33	psicologico+	7,25	81,25

sem	9,96	100,00	norma+l	8,25	66,67	mais	7,19	68,42
socialmente	9,96	100,00	num+	7,57	35,71	dependencia	6,42	100,00
coisa+	9,84	61,11	vid+	6,58	33,33	so	6,24	80,00
nao	9,64	49,45	loca+l	5,31	50,00	seja	5,32	100,00
ja	9,41	68,18	com_certeza	5,31	50,00	virar	5,32	100,00
tomar	8,53	87,50	levam	5,31	50,00	genetica+	5,13	73,68
acha	8,25	100,00	tornar	4,84	37,50	genetico+	5,13	73,68
porque	7,58	58,33	outro+	3,64	28,57	vive+	4,93	87,50
depois	7,28	75,00	bem	3,59	40,00	falta	4,93	87,50
amigo+	6,89	85,71	risco	3,59	40,00	sociedade+	4,93	87,50
pouco+	5,63	69,23	tenha	3,59	40,00	eu+	4,85	56,84
ver+	5,30	83,33	tudo	2,37	27,27	socia+l	4,23	62,79
gente	5,30	83,33				minha	4,23	100,00
todo_mundo	5,30	83,33	Palavras que ocorreram exclusivamente na Classe 2:			mesmo+	3,91	66,67
vamos	4,89	100,00				cada	3,90	85,71
muita+	4,74	75,00	tempo, cultur<, alguns, bares, cachaca, condicao, disso, emprego, fato, faz, levar, melhorar, menor+, menos, mesma, multifatorial, ness+, passar, pelo+, pergunta+, perspectiva+, realmente, sendo, seu+, todo+			meio+	3,90	85,71
sabe+	4,74	75,00				principalmente	3,44	75,00
aquel+	4,34	66,67				psicologica+	3,44	75,00
assim	4,31	62,50				questao	3,21	65,38
ate	4,31	62,50				atalho	3,16	100,00
ai	3,94	52,78				caminho+	3,16	100,00
motivo+	3,76	80,00				era	3,16	100,00
fica	3,36	71,43				fisica	3,16	100,00
pra	3,36	71,43				junto	3,16	100,00
um	3,32	48,21				quero	3,16	100,00
ali	3,31	58,82				maior+	3,11	77,78
aqui	3,20	66,67				ve	3,11	77,78
bebida+	3,15	63,64				tendencia	2,90	83,33
par+ar	2,61	48,84				e	2,67	53,28
ele+	2,51	47,92				filho+	2,61	72,73
acontece+	2,31	75,00				do	2,59	61,11
buscar	2,31	75,00				como	2,27	65,00
cigarro	2,31	75,00				import+	2,24	75,00
falei	2,31	75,00				dentro	2,24	75,00
nada	2,31	75,00				o	2,22	53,85
sempre	2,31	75,00				muito+	2,05	60,00
quer+	2,16	58,33						
cerveja	2,09	66,67				Palavras que ocorreram exclusivamente na Classe 3:		
estar	2,09	66,67				fort+, grand+, limite+, partir, pass+, boa+, caso+, dependência_quimica, desenvolve+, dess+, dificuldade+, dor, educacao, estou, historia, nunca, questoes, televisao		
voce+	2,07	48,65						
foi	2,05	62,50						
dizer	2,05	62,50						
fuga	2,05	62,50						
Palavras que ocorreram exclusivamente na Classe 1:								
hora+, esperando, facilidade, for+, jovens, meu, mim, ninguem, sentido								

c) Corpus 3: que tratamento deve ser adotado para pessoas com alcoolismo

<i>Classe 1: Tratamento multiprofissional do alcoolista e de sua família</i>	<i>Classe 2: Existência da vontade, promoção da vontade</i>	<i>Classe 3: Encaminhamento e atendimento na Unidade</i>
--	---	--

Palavra	X ²	%	Palavra	X ²	%	Palavra	X ²	%
acompanhamento	22,73	100,00	pode+	20,14	70,59	bem	21,83	100,00
psicologico	21,26	100,00	estar	13,58	85,71	onde+	17,44	87,50
medico+	18,39	100,00	interess+ar	8,64	100,00	melhor+	15,32	100,00
multiprofissional	16,69	94,12	vez	8,64	100,00	situacao	12,15	100,00
psicologo	15,63	100,00	talvez	8,21	66,67	volta	12,15	100,00
assistente_social	13,95	93,33	dificil	7,83	71,43	ele+	11,79	47,06
psiquiatra+	10,43	100,00	trabalho+	7,83	71,43	isso	10,84	60,00
medica<	6,91	80,00	ela	7,82	57,14	chega	9,03	100,00
caso+	6,91	80,00	por	7,82	57,14	maneira	9,03	100,00
so	6,91	80,00	mas	6,84	44,83	rede	9,03	100,00
acho	5,64	62,22	aquel+	6,42	60,00	quando	8,74	66,67
do	5,62	67,86	pessoa+	5,95	45,83	faz	8,31	71,43
socia+l	5,59	100,00	sei	5,82	62,50	falei	8,20	80,00
dos	5,59	100,00	dizer	5,33	66,67	igual	8,20	80,00
tratamento+	4,95	63,16	doenca	5,08	75,00	esta	6,89	60,00
cara	4,43	100,00	algum+	5,01	54,55	a_gente	6,62	45,83
familiar+	4,43	100,00	aqui	4,62	50,00	voce	5,90	50,00
internacao	4,43	100,00	mesmo	3,69	46,67	vai	5,75	47,37
junto	4,43	100,00	nao	3,34	34,62	fase+	5,67	66,67
for	4,17	85,71	coisa+	3,18	50,00	sentir.	5,37	75,00
tempo	3,29	100,00	profissio+ n	3,18	50,00	contra_ referencia	5,37	75,00
depende	3,29	100,00	aquilo	3,07	60,00	encaminhar	5,37	75,00
ajudar	3,29	100,00	poderia	3,07	60,00	seria	3,95	57,14
clinico	3,29	100,00	quer+	3,07	60,00	te	3,48	50,00
encaminhamento	3,29	100,00	uma+	3,04	37,14	ess+	3,42	40,91
ness+	3,29	100,00	loca+l	2,59	66,67	ir	3,29	60,00
passando	3,29	100,00	vida	2,59	66,67	e	2,83	39,13
sim	3,29	100,00	religi<	2,59	66,67	exatamente	2,76	66,67
sozinho	3,29	100,00	acesso	2,59	66,67	sem	2,76	66,67
pel+	3,11	83,33	bom	2,59	66,67	mal	2,76	66,67
vari+ar	3,11	83,33	parar	2,59	66,67	capsad	2,73	50,00
pelo	3,11	83,33	parar_de_beber	2,59	66,67	paciente+	2,68	36,67
apoio	2,45	75,00	quero	2,59	66,67	dess+	2,01	50,00
familia+	2,32	66,67	muito	2,28	41,18	pra	2,01	50,00
agora	2,10	80,00	ser	2,26	42,86			
atraves	2,10	80,00	par+ar	2,21	34,09			
estrutura	2,10	80,00	alcool<	2,01	35,29			
referencia+	2,10	80,00						
suporte	2,10	80,00						
tipo+	2,10	80,00						
o	2,01	53,42						
Palavras que ocorreram exclusivamente na Classe 1: caus+, consult+, form+, partir., adianta, conscientizacao, daí, dependendo, depois, desde, enfermeiro+, estao, física+, geralmente, habito+, lado, passar, psicologa, síndrome_de_abstinencia, sujeito+, uso, varios, verdade			Palavras que ocorreram exclusivamente na Classe 2: conscientizar, primeira, saude, vontade, vou, comunidade, por_exemplo, primeiro, são, individu<, abordagem, ambiente, atividade+, caminho+, certo, forca_de_vontade, grupo+, oferecer, quem, realmente, sabe+, seja, tenha, tarapia, teria, tive+			Palavras que ocorreram exclusivamente na Classe 3: grave+, foi, nossa, novo, usar, aguda, conseguiu+, droga+, encaminha, falando, meu, muitas_vezes, passo, pude+, recurso, tenho, tentar, traz+		

ANEXO E

Ao longo da análise de conteúdo das entrevistas, a frequência de citações ao Tema *fatores sociais*, o *social* chamou a atenção. O quadro abaixo mostra trechos de fala em que os termos *social*, *sociais* foram utilizados literalmente por 38 dos 40 profissionais entrevistados, para explicar o fenômeno do alcoolismo.

N °	Participante/ idade (em anos)	Trechos de fala
1	Assistente social (homem), 28	começam com a questão social a bebida e pela cultura como eu disse antes e tem os fatores relacionados ao lado financeiro, né
2	Assistente social (mulher), 27	principalmente fatores sociais e fatores psicológicos
3	Assistente social (mulher), 50	eu vejo que é um fator, também pode ser um fator, o social
4	Dentista (homem), 37	é social também né, cultural, social
5	Dentista (homem), 39	O meio social em que a pessoa vive, eu acredito que tenha forte influência. Eu colocaria como a primeira, o meio social
6	Dentista (mulher), 44	eu acho que é uma questão social mesmo
7	Dentista (mulher), 55	Tem os fatores sociais, né
8	Enfermeira, 27	são vários fatores sociais, genéticos, culturais
9	Enfermeira, 28	Acho que fatores sociais é o mais importante, sabe?
10	Enfermeira, 33	[Fatores] sociais. A questão do estímulo principalmente no homem, né.
11	Enfermeiro, 27	a dependência química ela tem esses três pilares: o físico, o social e o psicológico
12	Enfermeiro, 31	O lado social é pra mim o primordial, né? A família, né?
13	Enfermeiro, 33	São todas as coisas que ela viveu até hoje, a experiência de vida dela, a condição social dela
14	Enfermeiro, 37	não depende só de questões genéticas, nem só de questões psicológicas, nem só de questões sociais, acaba sendo um equilíbrio de todas as situações
15	Enfermeiro, 43	Agora nós temos um fator muito grande que é o fator social
16	Enfermeiro, 46	é genético, é social, é financeiro, é tudo junto
17	Farmacêutica, 26	eu acredito que os fatores sociais são os principais
18	Farmacêutica, 35	Ah, eu acho que mais fatores sociais
19	Psicóloga, 34	Tem a situação familiar, tem a situação social que já foi perdida, e tal, assim, né

20	Psicólogo, 32	eu acredito que predisposição genética sem estímulo social, comportamental, ambiental, não vai muito pra frente
21	Médica, 29	a maior parte das coisas estão envolvidas com questões sociais e psicológicas
22	Médica, 30	Não só a condição social, lógico que a pobreza ajuda, mas também tem muito rico aí alcoólatra né
23	Médica, 31	Eu acho que a diferença social facilita bastante
24	Médica, 31	Acho que tem fatores sociais, né, é... econômicos
25	Médica, 32	algum problema tem, ou físico ou mental ou financeiro, social
26	Médica, 32	Eu acho que mais o social, mas não principalmente, acho que ele tá ligado ao psicológico
27	Médica, 45	Eu acho que tem uma tendência genética, é um fator familiar, social
28	Médica, 45	Eu acho que é mais social, mesmo, viu
29	Médica, 50	fator social, a aceitação do álcool como uma droga lícita
30	Médico, 29	Eu acho que existe um pouco de fator genético, mas eu acho que o fator social e próprio hábito, né
31	Médico, 29	Mas, o grosso mesmo eu acho que é psicológico e social
32	Médico, 31	a problemática social que o cara está inserido
33	Médico, 32	A questão social, até mesmo a questão genética, né
34	Médico, 33	principalmente o meio social que a pessoa vive, né
35	Médico, 39	Ah... o meio social e familiar
36	Médico, 44	Ah, cara, eu acho que o fator social, familiar, né
37	Médico, 53	Tem o aspecto social também, de convívio
38	Médico, 61	problemas sociais, conflito dentro da família

Os dois únicos participantes que não mencionaram literalmente os termos *social*, *sociais* destacaram, em um caso, *fraqueza psicológica* e, em outro, fatores genético e psicológico, conforme o quadro seguinte.

N^o	Participante/ idade (em anos)	Trechos de fala
39	Médica, 33	Sei lá, problema familiar começa a beber, sei lá... Fuga! É muito fraco, as pessoas são muito fraca, mas... as pessoas são muito fracas, mas às vezes, tem gente que bebe por prazer também, no final de semana, mas assim... Não sei o que leva a beber, porque eu acho horrível
40	Médico, 35	Mas eu acho que tem mais a ver com o fator genético e fator psicológico

ANEXO F

O quadro abaixo mostra trechos de fala dos profissionais entrevistados. Eles foram formulados pelos participantes logo após a questão sobre os fatores que causam o alcoolismo.

N ^o	Participante/ idade (em anos)	Trechos de fala
1	Assistente social (homem), 28	tem a tendência genética. Tem outros que tem a questão do psicológico, tem outros que tem a questão social, porque começam com a questão social a bebida e pela cultura [...] e tem os fatores relacionados a... ao lado financeiro, né.
2	Assistente social (mulher), 27	principalmente fatores sociais e fatores psicológicos.
3	Assistente social (mulher), 50	o alcoolismo é uma doença multifacetada, quer dizer, ela tem vários fatores.
4	Dentista (homem), 37	Dizem que tem um fator genético também, né, que a pessoa tem uma propensão, né, e é social também né, cultural, social.
5	Dentista (homem), 39	O meio social em que a pessoa vive, eu acredito que tenha forte influência. Eu colocaria como a primeira, o meio social.
6	Dentista (mulher), 44	Acho que muita liberdade, muita falta de limite nos... né. Começando pelos próprios pais, né, tô falando do início.
7	Dentista (mulher), 55	Tem os fatores sociais, né [...]. Tem os fatores genéticos, que eu acredito que tem. E tem o meio, né, produto do meio.
8	Enfermeira, 27	são vários fatores sociais, genéticos, culturais.
9	Enfermeira, 28	Acho que fatores sociais é o mais importante, sabe.
10	Enfermeira, 33	A questão familiar, né, o pai que bebia e tal... Tem toda essa questão psicossocial, genética.
11	Enfermeiro, 27	ele pode ter uma predisposição genética [...] É uma questão genética, social, psicológica.
12	Enfermeiro, 31	O lado social é pra mim o primordial, né, a família, né.
13	Enfermeiro, 33	Eu acho que algumas pessoas realmente são fracas. Não é a grande maioria. Eu acho que algumas pessoas realmente veem no álcool alguma fuga de outras coisas, né.
14	Enfermeiro, 37	não depende só de questões genéticas, nem só de questões psicológicas, nem só de questões sociais, acaba sendo um equilíbrio de todas as situações.
15	Enfermeiro, 43	é muita fuga, né... a fuga psicológica, a fuga dos problemas... também um pouco de falta de força de vontade dele.

16	Enfermeiro, 46	não é só específico social, é genético, é social é... financeiro, é tudo junto, entendeu. E... e é, às vezes, do caráter da pessoa, a pessoa tem uma parte psicologia ou psiquiátrico mais fraco que o outro.
17	Farmacêutica, 26	eu acredito que os fatores sociais são os principais. Com certeza, né.
18	Farmacêutica, 35	Tem o fator genético, né, que falam que tem percentual aí que seria genético. Eu acho mais a questão familiar mesmo.
19	Psicóloga, 34	Eu acho que eles sempre trazem, assim, uma historia familiar difícilissima, assim, muito complicada, muito sofrimento, muitos maus tratos, muito... O álcool presente, né, dentro da família.
20	Psicólogo, 32	as pessoas que entram no mundo da dependência química entram assim por auto... por necessidade de se autoafirmar, de se identificar com algum grupo, de não serem reprovados socialmente.
21	Médica, 29	a maior parte das coisas estão envolvidas com questões sociais e psicológicas.
22	Médica, 30	Eu acho que primeiramente a história familiar [...] pode influenciar tanto para se tornar alcoolista, né, uma família complicada.
23	Médica, 31	Pra mim, tem a genética, que pela minha experiência familiar, assim... é... Eu acho que é forte, essa questão. E eu acho que um momento difícil que as vezes a pessoa passa na vida.
24	Médica, 31	Acho que tem fatores sociais, né, é... econômicos.
25	Médica, 32	Eu acho que ninguém se torna assim porque quer, né. Então, algum problema tem, ou físico ou mental ou financeiro, social.
26	Médica, 32	Eu acho que todos os fatores contam. O fator social conta, o fator psicológico conta, o genético eu não sei. Tem alguns estudos que falam que alguém... que você pode, talvez, ter uma predisposição genética.
27	Médica, 33	Sei lá, problema familiar começa a beber, sei lá... Fuga! É muito fraco, as pessoas são muito fracas.
28	Médica, 45	Eu acho que tem uma tendência genética, é... um fator familiar, social. E tem também da própria pessoa, eu acho, né
29	Médica, 45	Eu acho que é mais social, mesmo, viu.
30	Médica, 50	Ah, tem vários fatores, o fator genético, a predisposição genética já é uma coisa confirmada, fator social, a aceitação do álcool como uma droga lícita.

31	Médico, 29	Eu acho que existe um pouco de fator genético, mas eu acho que o fator social e o próprio hábito, né.
32	Médico, 29	existe alguma predisposição genética [...]. Mas, o grosso mesmo eu acho que é psicológico e social. Dificuldade pra lidar com problemas da vida, valores aprendidos.
33	Médico, 31	Eu enxergo a contribuição genética, eu acredito numa predisposição genética. E, os fatores externos influenciando, né.
34	Médico, 32	A questão social, até mesmo a questão genética, né. A questão do lado psicológico. Acredito que é multifatorial.
35	Médico, 33	Acho que é o meio que a pessoa vive, né. Às vezes, a pessoa não tem a situação econômica favorável, né, problemas familiares [...] Tem pessoas que tem tendência a ter alcoolismo.
36	Médico, 35	eu acho que tem mais a ver com o fator genético e fator psicológico.
37	Médico, 39	Ah... o meio social e familiar.
38	Médico, 44	eu acho que o fator social, familiar, né [...]. Além de ter a questão hereditária, a questão genética, tem a questão social.
39	Médico, 53	hoje, se levanta a questão da genética [...]. Tem o aspecto social também, de convívio, já que nas festas [...], pra melhorar o entrosamento social, se oferece bebidas.
40	Médico, 61	É o que eu tava te falando, depressão, alcoolismo genético um pouco, uma tendência, o fato de ser homem, o fato de ser um doente mental, esquizofrênico e aí vai.

ANEXO G

Cento e vinte profissionais de Unidades de Saúde da Família responderam ao questionário abaixo. Ele era composto de três folhas, uma para cada vinheta. Os *itens* de resposta eram idênticos, diferindo apenas nos nomes dos “pacientes”, na flexão de gênero e nas expressões, utilizadas no item 10, “comportamento do pai” (nos casos de Roberto e Antônio) e “comportamento da mãe” (no caso de Solange). Encontra-se abaixo o conteúdo da primeira folha do questionário, correspondente ao Caso 1 (Roberto, homem alcoolista). Em seguida, encontram-se as vinhetas relativas aos Casos 2 e 3, Solange e Antônio.

Por favor, leia o caso abaixo e responda sobre as afirmações numeradas de 1 a 11.

Caso 1: Roberto é alcoolista. Ele mora com esposa e três filhos (uma menina de 9 anos e dois meninos, um de 11 e um de 4 anos) em [nome do bairro 1]. Trabalha como auxiliar de serviços gerais em uma loja no centro da cidade. Vai de vez em quando à Unidade de Saúde, mas parece não seguir as orientações dadas pelos profissionais da Unidade. Seu estado de saúde tem piorado nos últimos anos. Roberto passará a ser seu paciente, na Unidade onde você trabalha atualmente.

Por favor, ao responder sobre as afirmações abaixo, considere que a situação descrita **está realmente presente em sua vida**. **Caso acredite não ter informações suficientes para responder com segurança, ainda assim escolha uma resposta que considere mais aceitável diante da situação.**

- | | | | | | | | |
|--|---------------------|----------|----------|----------|----------|----------|---------------------|
| 1. Sinto-me preparado para cuidar de Roberto, tendo-o como meu paciente. | Discordo totalmente | ()
1 | ()
2 | ()
3 | ()
4 | ()
5 | Concordo totalmente |
| 2. Penso que a Unidade de Saúde em que trabalho pode tratar o caso de forma eficaz. | Discordo totalmente | ()
1 | ()
2 | ()
3 | ()
4 | ()
5 | Concordo totalmente |
| 3. Penso que a Unidade de Saúde pode mudar o comportamento de Roberto quanto às orientações dadas pelos profissionais. | Discordo totalmente | ()
1 | ()
2 | ()
3 | ()
4 | ()
5 | Concordo totalmente |
| 4. Se Roberto não fosse meu paciente e fosse um profissional conhecido e competente, eu aceitaria contratá-lo para trabalhar com serviços gerais em meu apartamento (ou minha casa). | Discordo totalmente | ()
1 | ()
2 | ()
3 | ()
4 | ()
5 | Concordo totalmente |
| 5. Se Roberto não fosse meu paciente e fosse um profissional conhecido e competente, confiaria nele para cuidar de meu prédio (ou de minha casa), durante um final de semana em que eu estivesse viajando. | Discordo totalmente | ()
1 | ()
2 | ()
3 | ()
4 | ()
5 | Concordo totalmente |

- | | | | | | | | |
|--|---------------------|----------|----------|----------|----------|----------|---------------------|
| 6. Sei que a doença de Roberto se explica principalmente por fatores sociais. | Discordo totalmente | ()
1 | ()
2 | ()
3 | ()
4 | ()
5 | Concordo totalmente |
| 7. Sei que a doença de Roberto se explica principalmente por fatores genéticos. | Discordo totalmente | ()
1 | ()
2 | ()
3 | ()
4 | ()
5 | Concordo totalmente |
| 8. Sei que a doença de Roberto se explica principalmente por fatores psicológicos. | Discordo totalmente | ()
1 | ()
2 | ()
3 | ()
4 | ()
5 | Concordo totalmente |
| 9. Acredito que Roberto tenha pouca “força de vontade” e “firmeza de caráter”. | Discordo totalmente | ()
1 | ()
2 | ()
3 | ()
4 | ()
5 | Concordo totalmente |
| 10. Os filhos de Roberto certamente terão problemas em sua vida por causa do comportamento do pai. | Discordo totalmente | ()
1 | ()
2 | ()
3 | ()
4 | ()
5 | Concordo totalmente |
| 11. Em todas as situações de interação com outras pessoas (trabalho, festas, bares, etc.), Roberto recebe muita reprovação social. | Discordo totalmente | ()
1 | ()
2 | ()
3 | ()
4 | ()
5 | Concordo totalmente |

Nas duas outras folhas do questionário, as vinhetas eram respectivamente as seguintes:

Caso 2: Solange é alcoolista. Ela mora com o marido no [nome do bairro 2]. Tem três filhos (uma menina de 7 anos e dois meninos, um de 9 e um de 3 anos). Trabalha como faxineira em um escritório em [nome do bairro local de trabalho 2]. Vai de vez em quando à Unidade de Saúde, mas parece não seguir as orientações dadas pelos profissionais da Unidade. Seu estado de saúde também tem piorado nos últimos anos. Solange passará a ser sua paciente, na Unidade onde você trabalha atualmente.

Caso 3: Antônio é diabético. Ele mora em [nome do bairro 3], com a esposa e três filhos (menina de 7 anos e dois meninos, um de 9 e um de 2 anos). Trabalha como zelador em um prédio em [nome do bairro local de trabalho 3]. Vai de vez em quando à Unidade de Saúde, mas parece não seguir as orientações dadas pelos profissionais da Unidade. Seu estado de saúde tem piorado nos últimos anos. Antônio passará a ser seu paciente, na Unidade onde você trabalha atualmente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aalto, M., Pekuri, P., & Seppä, K. (2002). Primary health care professionals' activity in intervening in patients' alcohol drinking: a patient perspective. *Drug and alcohol dependence*, 66, 39–43.
- Aasland, O. G., Nygaard, P., & Nilsen, P. (2008). The long and winding road to widespread implementation of screening and brief intervention for alcohol problems. A historical overview with special attention to the WHO initiatives. *Nordic studies on alcohol and drugs*, 25(6), 469-476.
- Abric, J. C. (1994a). Les représentations sociales: aspects théoriques. In J. C. Abric (Org.). *Pratiques sociales et représentations* (pp. 11-36). Paris: PUF.
- Abric, J. C. (1994b). Pratiques sociales, représentations sociales. In J. C. Abric (Org.). *Pratiques sociales et représentations* (pp. 217-238). Paris: PUF.
- Abric, J. C. (1994c). Méthodologie de recueil des représentations sociales. In J. C. Abric (Org.). *Pratiques sociales et représentations* (pp. 59-82). Paris: PUF.
- Almeida, A. M. G., Moraes, B. M., Barroso, C. M. C., Barros, M. M. M., & Sampaio, J. J. C. (2004). Oficinas em saúde mental: relato de experiências em Quixadá e Sobral. In C. M. Costa & V. C. Figueiredo (Orgs.). *Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania* (pp. 117-134). Rio de Janeiro: Contra Capa.
- Almeida, A. M. O. (2005). A pesquisa em representações sociais: proposições teórico-metodológicas. In M. F. Santos & L. M. Almeida (Orgs.). *Diálogos com a Teoria das Representações Sociais* (pp. 117-160). Alagoas: UFAL/UFPE.
- Almeida, A. M. O., & Santos, M. F. S. (2011). Representações sociais masculinas de saúde e doença. In Z. A. Trindade, M. C. S. Menandro & C. R. R. Nascimento (Orgs.). *Masculinidades e práticas de saúde* (pp. 99-128). Vitória: GM.
- Almeida, A. M. O., Santos, M. F. S., & Trindade, Z. A. (2000). Representações e práticas sociais: contribuições teóricas e dificuldades metodológicas. *Temas em psicologia da SBP*, 8(3), 257-267.
- Almeida, A. M. O., Santos, M. F. S., Vasconcellos, K. M., & Coenga-Oliveira, D. (2011). Concepções masculinas sobre o cuidado com a saúde. In Z. A. Trindade, M. C. S. Menandro & C. R. R. Nascimento (Orgs.). *Masculinidades e práticas de saúde* (pp. 129-148). Vitória: GM.
- Alvarez, A. A. (2001). Representacion social del alcoholismo: estudio comparativo de dos muestras (brasileira y cubana) de personas no alcoholicas. *Revista Cubana de Psicología*, 18, 156-161.

- Alvarez, A. A. (2004). Representacion social del alcoholismo de personas alcohólicas. *Psicologia em estudo*, 9(2), 151-162.
- Amaral, M. B., Ronzani, T. M., & Souza-Formigoni, M. L. (2010). Process evaluation of the implementation of a screening and brief intervention program for alcohol risk in primary health care: an experience in Brazil. *Drug and alcohol review*, 29, 162-168.
- Amarante, P. D. C. (2008). Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In L. Giovanella, S. Escorel, L. V. C. Lobato, J. C. Noronha & A. I. Carvalho (Orgs.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil* (pp. 735-759). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. D. C. (Org.). (1995). *Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: SDE/ENSP.
- Ancel, P., & Gaussoit, L. (1998). *Alcool et alcoolisme. Pratiques et représentations*. Paris: l'Harmattan.
- Andrade, T. M., & Friedman, S. R. (2006). Princípios e práticas de redução de danos: interfaces e extensão a outros campos da intervenção e do saber. In D. X. Silveira & F. G. Moreira (Orgs.). *Panorama atual de drogas e dependências* (pp. 395-400). São Paulo: Atheneu.
- Apostolidis, T. (2006). Représentations sociales et triangulation: une application en psychologie sociale de la santé. *Psicologia teoria e pesquisa*, 22(2), 211-226.
- Arretche, M. (2005). A política da política de saúde no Brasil. In N. T. Lima, S. Gerschman, F. C. Edler & J. M. Suárez (Orgs.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS* (pp. 285-306). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Arruda, A. (2002). O ambiente natural e seus habitantes no imaginário brasileiro. In A. Arruda (Org.). *Representando a alteridade* (2 ed., pp. 17-46). Petrópolis: Vozes.
- Arruda, A. (2009). Meandros da teoria: a dimensão afetiva das representações sociais. In A. M. O. Almeida & D. Jodelet (Orgs.). *Representações sociais: interdisciplinaridade e diversidade de paradigmas*, Brasília: Thesaurus.
- Babor, T. F., & Higgins-Biddle, J. C. (2001). *Brief intervention for hazardous and harmful drinking. A manual for use in primary care*. Geneva: WHO.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). *AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test, guidelines for use in primary care*. 2 ed. Geneva: WHO.
- Bahia, L. (2005). O SUS e os desafios da universalização do direito à saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In N. T. Lima, S. Gerschman, F. C. Edler & J. M. Suárez

- (Orgs.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS* (pp. 407-449). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Barata, R. B. (2008). Condições de saúde da população brasileira. In L. Giovanella, S. Escorel, L. V. C. Lobato, J. C. Noronha & A. I. Carvalho (Orgs.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil* (pp. 167-213). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barros, M. M. M., Chagas, M. I. O., & Dias, M. S. A. (2009). Saberes e práticas do agente comunitário de saúde no universo do transtorno mental. *Ciência e saúde coletiva*, 14(1), 227-232.
- Bastos, F. I., & Mesquita, F. (2001). Estratégias de redução de danos. In S. D. Seibel & A. Toscano Jr. (Orgs.). *Dependência de drogas* (pp. 181-190). São Paulo: Atheneu.
- Bertolote, J. M. (1997). Conceitos em alcoolismo. In S. P. Ramos & J. M. Bertolote (Orgs.). *Alcoolismo hoje* (pp. 18-31). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bezerra, E., & Dimenstein, M. (2008). Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. *Psicologia ciência e profissão*, 28(3), 632-645.
- Biasoli-Alves, Z. M. M. (1998). A pesquisa em psicologia – análise de métodos e estratégias na construção de um conhecimento que se pretende científico. In G. Romanelli & Z. M. M. Biasoli-Alves (Orgs.). *Diálogos metodológicos sobre prática de pesquisa* (pp. 135-157). Ribeirão Preto: Legis Summa.
- Brasil. (1998). *Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2000). *Cadernos de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. Caderno 1. A implantação da Unidade de Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2003). *Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2004). *A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2005). *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil: documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. OPAS. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2006). *Portaria nº 648, de 28 de março de 2006*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas

para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2007). *Decreto n. 6.117, de 22 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] República Federativa do Brasil, Brasília, 22 de maio de 2007.

Brasil. (2008). *Política nacional de atenção integral à saúde do homem. Princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2009). *Clínica ampliada e compartilhada. Série B. Textos básicos de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brienza, R. S., & Stein, M. D. (2002). Alcohol use disorders in primary care. *Journal of general internal medicine*, 17, 387-397.

Brown, J. M. (2004). The effectiveness of treatment. In N. Heather & T. Stockwell. *The essential handbook of treatment and prevention of alcohol problems* (pp. 9-20). Chichester: John Wiley & Sons.

Bucher, R. (1992). *Drogas e drogadição no Brasil*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Burr, V. (2002). *Gender and social psychology*. London: Taylor & Francis

Camargo, B. V. (2005). ALCESTE: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In A. S. P. Moreira, B. V. Camargo, J. C. Jesuino & S. M. Nóbrega (Orgs.). *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais* (pp. 511-539). João Pessoa: UFPB.

Campos, E. A. (2004). As representações sobre o alcoolismo em uma associação de ex-bebedores: os Alcoólicos Anônimos. *Cadernos de saúde pública*, 20(5), 1379-1387.

Campos, E. A. (2005). O alcoolismo é uma doença contagiosa? Representações sobre o contágio e a doença de ex-bebedores. *Ciência e saúde coletiva*, 10(sup), 267-278.

Campos, G. W. S., & Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de saúde pública*, 23(2), 399-407.

Campos, G. W. S. (2003). *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec.

Campos, G. W. S., Gutiérrez, A. C., Guerrero, A. V. P., & Cunha, G. T. (2008). Reflexões sobre a Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família. In G. W. S. Campos & A. V. P. Guerrero (Orgs.). *Manual de práticas de atenção básica. Saúde ampliada e compartilhada* (pp. 132-153). São Paulo: Hucitec.

- Canguilhem, G. (1995). *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Cardoso, C. L., & Féres-Carneiro, T. (2008). Sobre a família: com a palavra, a comunidade. *Estudos e pesquisas em psicologia*, 8(2), 523-539.
- Cardoso, C. L. (2002). A inserção do psicólogo no Programa Saúde da Família. *Psicologia ciência e profissão*, 22(1), 2-9.
- Carraro, T. E., Rassoal, G. H., & Luis, M. A. V. (2005). A formação do enfermeiro e o fenômeno das drogas no sul do Brasil: atitudes e crenças dos estudantes de enfermagem sobre o cuidado. *Revista latino-americana de enfermagem*, 13(número especial), 863-871.
- Chick, J. (2004). Pharmacological treatments. In N. Heather & T. Stockwell. *The essential handbook of treatment and prevention of alcohol problems* (pp. 53-68). Chichester: John Wiley & Sons.
- Coelho, I. B. (2008). Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais em saúde. In G. W. S. Campos & A. V. P. Guerreiro (Orgs.). *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada* (pp. 96-131). São Paulo: Hucitec.
- Conrad, P. & Schneider, J. W. (1992). *Deviance and medicalization. From badness to sickness*. Philadelphia: Temple University.
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society. On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University.
- Corradi-Webster, C. M., Minto, E. C., Aquino, F. M. C., Abade, F., Yosetake, L. L., Gorayeb, R., Laprega, M. R., & Furtado, E. F. (2005). Capacitação de profissionais do programa de saúde da família em estratégias de diagnóstico e intervenções breves para o uso problemático de álcool. *SMAD: revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, 1(1), 0-0.
- Costa, D. F. C., & Olivo, V. M. F. (2009). Novos sentidos para a atuação do psicólogo no Programa Saúde da Família. *Ciência e saúde coletiva*, 14(sup. 1), 1385-1394.
- Da Matta, R. (1997). *Carnavais, malandros e heróis. Para uma sociologia do dilema brasileiro*. 6 ed. Rio de Janeiro: Rocco.
- Dalla Vechia, M., & Martins, S. T. F. (2009). Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. *Interface: comunicação saúde educação*, 13(28), 151-164.
- Dejours, C. (1984). Por um novo conceito de saúde. *Revista brasileira de saúde ocupacional*, 54, 7-11.

- Delfini, P. S. S., Sato, M. T., Antoneli, P. P., & Guimarães, P. O. S. (2009). Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. *Ciência e saúde coletiva*, 14(sup. 1), 1483-1492.
- De Looze, M. A., Roy, A., Coronini, R., Reinert, M., & Jouve, O. (1999). Two measures for identifying the perception of risk associated with the introduction of transgenic plants. *Scientometrics*, 44(3), 401-423.
- Dimenstein, M., Santos, Y. F., Brito, M., Severo, A. K., & Moraes, C. (2005). Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. *Mental*, 3(5), 23-41.
- Diniz, S. A., & Ruffino, M. C. (1996). Influência das crenças do enfermeiro na comunicação com o alcoolista. *Revista latino-americana de enfermagem*, 4(número especial), 17-23.
- Donzelot, J. (1986). *A polícia das famílias*. 2 ed. Rio de Janeiro: Graal.
- Edwards, G., & Gross, M. M. (1976). Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. *British medical journal*, 1, 1058-1061.
- Elias, E., & Magajewski, F. (2008). A Atenção Primária à Saúde no sul de Santa Catarina: uma análise das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, no período de 1999 a 2004. *Revista brasileira de epidemiologia*, 11(4), 633-647.
- Ella, L. (2005). A rede de atenção na saúde mental – articulações entre Caps e ambulatórios. In BRASIL. *Caminhos para uma política de saúde mental infante-juvenil*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Emrick, C. (2004). Alcoholics Anonymous and other mutual aid groups. In N. Heather & T. Stockwell (Orgs.). *The essential handbook of treatment and prevention of alcohol problems* (pp. 177-193). Chichester: John Wiley & Sons.
- Escorel, S., & Teixeira, L. A. (2008). História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimentismo populista. In L. Giovanella, S. Escorel, L. V. C. Lobato, J. C. Noronha & A. I. Carvalho (Orgs.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil* (pp. 333-384). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Escorel, S. (2008). História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. In L. Giovanella, S. Escorel, L. V. C. Lobato, J. C. Noronha & A. I. Carvalho (Orgs.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil* (pp. 385-434). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Escorel, S., Giovanella, L., Mendonça, M. H. M., & Senna, M. C. M. (2007). O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Revista panamericana de saúde pública*, 21(2), 164-176.

- Esteves, A. J. (1986). A investigação-acção. In A. S. Silva & J. M. Pinto (Orgs.). *Metodologia das ciências sociais* (7 ed., pp. 251-278). Porto: Edições Afrontamento.
- Ferreira, M. C. (2011). Breve história da moderna psicologia social. In C. V. Torres & E. R. Neiva (Orgs.). *Psicologia social: principais temas e vertentes* (pp. 13-30). Porto Alegre: Artmed.
- Fineman, N. (1991). The social construction of noncompliance: a study of health care and social service providers in everyday practice. *Sociology of health and illness*, 13(3), 354-374.
- Flament, C. (1994). Structure, dynamique et transformation des représentations sociales. In J. C. Abric (Org.). *Pratiques sociales et représentations* (pp. 37-58). Paris: PUF.
- Formigoni, M. L. O. S., & Monteiro, M. G. (1997). A etiologia do alcoolismo. In S. P. Ramos & J. M. Bertolote (Orgs.). *Alcoolismo hoje* (pp. 33-43). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Foucault, M. (1998). *Vigiar e punir*. 17 ed. Petrópolis: Vozes.
- Foucault, M. (1999a). *História da loucura*. 6 ed. São Paulo: Perspectiva.
- Foucault, M. (1999b). *Microfísica do poder*. 14 ed. Rio de Janeiro: Graal.
- Franco, T. B., & Merhy, E. E. (2007). Programa de saúde da família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In E. E. Merhy, H. M. Magalhães Júnior, J. Rimoli, T. B. Franco & W. S. Bueno (Orgs.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano* (pp. 55-124). São Paulo: Hucitec.
- Freud, S. (1900/1987). *A interpretação dos sonhos*. In S. Freud, Edição brasileira das obras completas (vol. IV e V). Rio de Janeiro: Imago.
- Furtado, E. F., Corradi-Webster, C. M., & Laprega, M. R. (2008). Implementing brief interventions for alcohol problems in the public health system in the region of Ribeirão Preto, Brazil: evaluation of the PAI-PAD training model. *Nordic studies on alcohol and drugs*, 25(6), 539-552.
- Gama, C. A. P., & Koda, M. Y. (2008). Psicologia comunitária e programa de saúde da família: relato de uma experiência de estágio. *Psicologia ciência e profissão*, 28(2), 418-429.
- Garcia, A. M. (2004). *E o verbo (re)fez o homem: estudo do processo de conversão do alcoólico ativo em alcoólico passivo*. Niterói: Intertexto.
- Garcia, L. S., Solé, A. G., Mestre, O. M., Belmonte, A. B., & Farran, J. C. (2006). Detección y abordaje de los problemas de alcohol en la atención primaria de Cataluña. *Atención primaria*, 37(9), 484-488.

- Gaussot, L. (2005). Le déni, la honte et la "différence des sexes". In L. Dupont, A. Dassonville & G. Cresson (Orgs.). *Alcool, grossesse et santé des femmes* (pp. 90-97). Lille: ANPAA 59.
- Giovanella, L., & Mendonça, M. H. M. (2008). Atenção primária à saúde. In L. Giovanella, S. Escorel, L. V. C. Lobato, J. C. Noronha & A. I. Carvalho (Orgs.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil* (pp. 575-625). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Giovanella, L. (2006). A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cadernos de saúde pública*, 22(5), 951-963.
- Goffman, E. (1959). *The presentation of self in everyday life*. New York: Anchor Books.
- Goffman, E. (1963/1986). *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. New York: Touchstone.
- Gold, M. S., & Adamec, C. (2010). *The encyclopedia of alcoholism and alcohol abuse*. New York: Infobase.
- Greenhalgh, T. (2007). *Primary health care: theory and practice*. Massachusetts: Blackwell.
- Guareschi, P. A. (1998). Ideologia. In M. G. C. Jacques, M. N. Strey, N. M. G. Bernardes, P. A. Guareschi, S. A. Carlos & T. M. G. Fonseca (Orgs.). *Psicologia social contemporânea*. 9 ed. (pp. 89-103). Petrópolis: Vozes.
- Guerra, A. M. C. (2004). Oficinas em saúde mental: percurso de uma história, fundamentos de uma prática. In C. M. Costa & A. C. Figueiredo (Orgs.). *Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania* (pp. 23-58). Rio de Janeiro: Contra Capa.
- Heather, N. (2004a). Brief interventions. In N. Heather & T. Stockwell. *The essential handbook of treatment and prevention of alcohol problems* (pp. 117-138). Chichester: John Wiley & Sons.
- Heather, N. (2004b). Editor's introduction. In N. Heather & T. Stockwell. *The essential handbook of treatment and prevention of alcohol problems* (pp. 2-7). Chichester: John Wiley & Sons.
- Houtaud, A., & Taleghani, M. (Orgs.). (1995). *Sciences sociales et alcool*. Paris: L'Harmattan.
- Instituto Nacional do Câncer. (2001). *Abordagem e tratamento do fumante. Consenso*. Rio de Janeiro: INCA.
- Jodelet, D. (1985). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. In S. Moscovici (Org.). *Psicología social* (pp. 469-494). Barcelona: Paidós.

- Jodelet, D. (1989). *Folies et représentations sociales*. Paris: PUF.
- Jodelet, D. (1999). Représentations sociales: un domaine en expansion. In D. Jodelet (Org.). *Les représentations sociales* (pp. 47-77). Paris: PUF.
- Joffe, H. (1995). “Eu não”, “o meu grupo não”: representações sociais transculturais da AIDS. In P. A. Guareschi e S. Jovchelovitch (Orgs.). *Textos em representações sociais*. 2ed. (pp. 297-321). Petrópolis: Vozes.
- Johansson, K., Bendtsen, P., & Akerlind, I. (2005). Factors influencing GPs' decisions regarding screening for high alcohol consumption: a focus group study in Swedish primary care. *Public health*, 119, 781-788.
- Jovchelovitch, S. (2008). *Os contextos do saber. Representações, comunidade e cultura*. Petrópolis: Vozes.
- Jucá, V. J. S., Nunes, M. O., & Barreto, S. G. (2009). Programa de Saúde da Família e saúde mental: impasses e desafios na construção da rede. *Ciência e saúde coletiva*, 14(1), 173-182.
- Kaner, E. F. S., Dickinson, H. O., Beyer, F., Pienaar, E., Schlesinger, C., Campbell, F., Saunders, J. B., Burnand, B., & Heather, N. (2009). The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: a systematic review. *Drug and alcohol review*, 28, 301-323.
- Karam, H. (2003). O sujeito entre a alcoolização e a cidadania: perspectiva clínica do trabalho. *Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25(3), 468-474.
- Kohn, R., Saxena, S., Levav, I., & Saraceno B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(11), 858-866.
- La Taille, Y. (1992). O lugar da interação social na concepção de Jean Piaget. In Y. de La Taille, M. K. Oliveira, & H. Dantas (Orgs.). *Piaget, Vygotsky e Wallon. Teorias psicogenéticas em discussão* (17 ed., pp. 11-22). São Paulo: Summus.
- La Taille, Y. (2006). *Moral e ética. Dimensões intelectuais e afetivas*. Porto Alegre: Artmed.
- Laranjeira, R., Nicastri, S., Jerônimo, C., Marques, A. C. et al. (2000). Consenso sobre a Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA) e o seu tratamento. *Revista brasileira de psiquiatria*, 22(2), 62-71.
- Laranjeira, R., Pinsky, I., Zaleski, M., & Caetano, R. (2007). *I Levantamento Nacional Sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira*. Brasília: SENAD/UNIFESP.
- Lima, L. C. (2007). Articulação dos conceitos de “thêmata” e de “fundos tópicos”, por uma abordagem pragmática da linguagem em psicologia social. *Anais da*

V Jornada Internacional e III Conferência Brasileira sobre Representações Sociais. Brasília.

- Lima, L. C. (2008). Programa Alceste, primeira lição: a perspectiva pragmatista e o método estatístico. *Revista de educação pública*, 17(33), 83-97.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual review of sociology*, 27, 363-385.
- Lock, C. A., Kaner, E., Lamont, S., & Bond S. (2002). A qualitative study of nurses' attitudes and practices regarding brief alcohol intervention in primary health care. *Journal of advanced nursing*, 39(4), 333-342.
- Lopes, G. T., & Luis, M. A. V. (2005). A formação do enfermeiro e o fenômeno das drogas no estado do Rio de Janeiro – Brasil: atitudes e crenças. *Revista latino-americana de enfermagem*, 13(número especial), 872-879.
- Lucchese, R., Oliveira, A. G. B., Conciani, M. E., & Marcon, S. R. (2009). Saúde mental no Programa Saúde da Família : caminhos e impasses de uma trajetória necessária. *Cadernos de saúde pública*, 25(9), 2033- 2042.
- MacRae, E. (2001). Antropologia: aspectos sociais, culturais e ritualísticos. In S. D. Seibel & A. Toscano Junior. *Dependência de drogas* (pp 25-34). Rio de Janeiro: Atheneu.
- Maia, E., Martins, R. L., César, M. P., Baiôco, M., Oliveira, R. G., Menandro, P. R. M., Garcia, M. L. T., & Macieira, M. S. (2000). O alcoolismo sob a ótica dos candidatos ao vestibular da Ufes. *Revista brasileira de psiquiatria*, 22(2), 72-75.
- Maragno, L., Goldbaum, M., Gianini, R. J., Novaes, H. M. D., & César, C. L. G. (2006). Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de saúde pública*, 22(8), 1639-1648.
- Matos, M. I. S. (2000). *Meu lar é o botequim. Alcoolismo e masculinidade*. São Paulo: Companhia Editora Nacional.
- Mattos, R. (2001). Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In R. Pinheiro & R. A. Mattos (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/Abrasco.
- McCormick, K. A., Cochran, N. E., Back, A. L., Merrill, J. O., Williams, E. C., & Bradley, K. A. (2006). How primary care providers talk to patients about alcohol. A qualitative study. *Journal of general internal medicine*, 21, 966-972.
- Miller, P.M. & Anton, R.F. (2004). Biochemical alcohol screening in primary health care. *Addictive behaviors*, 29, 1427-1437.

- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (2012). *Condicionalidades do Bolsa Família*. Extraído da internet em 03 de abril de 2012: <http://www.mds.gov.br/falemds/perguntas-frequentes/bolsa-familia/condicionalidades/beneficiario/codicionalidades>.
- Moraes, E., Campos, G. M., Figlie, N. B., Laranjeira, R. R., & Ferraz, M. B. (2006). Conceitos introdutórios de economia da saúde e o impacto social do abuso de álcool. *Revista brasileira de psiquiatria*, 28(4), 321-325.
- Moran-Ellis, J., Alexander, V. D., Cronin, A., Dickinson, M., Fielding, J., Sleney, J., & Thomas, H. (2006). Triangulation and integration: processes, claims and implications. *Qualitative research*, 6(1), 45-59.
- Morin, M., & Apostolidis, T. (2002). Contexte social et santé. In G. N. Fischer (Org.). *Traité de psychologie de la santé* (pp. 463-489). Paris: Dunod.
- Moscovici, S., & Vignaux, G. (2007). O conceito de themata. In S. Moscovici. *Representações sociais. Investigações em psicologia social* (pp. 215-250). Petrópolis: Vozes.
- Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image et son public. Étude sur la représentation sociale de la psychanalyse*. Paris: PUF.
- Moscovici, S. (1984/2008). Introduction. Le domaine de la psychologie sociale. In S. Moscovici (Org.). *Psychologie sociale* (pp. 5-22). Paris: PUF.
- Moscovici, S. (1999). Des représentations collectives aux représentations sociales: éléments pour une histoire. In D. Jodelet (Org.). *Les représentations sociales* (pp. 79-103). Paris: PUF.
- Moscovici, S. (2007). *Representações sociais. Investigações em psicologia social*. Petrópolis: Vozes.
- Mosse, G. L. (1996). *The image of man: the creation of modern masculinity*. Nova York: Oxford University Press.
- Mozart, W. A. (1775/2006). *Missa solemnis in C Major. Missa longa*. Kosice: Zbor sv. Cecílie.
- Nahoum-Grappe, V. (1998). Préface. In P. Ancel & L. Gaussoit. *Alcool et alcoolisme. Pratiques et représentations* (pp. 9-15). Paris: L'Harmattan.
- Nahoum-Grappe, V. (2010). *Vertige de l'ivresse. Alcool et lien social*. Paris: Descartes & Cie.
- Neiva, E. R., & Mauro, T. G. (2011). Atitude e mudança de atitudes. In C. V. Torres & E. R. Neiva (Orgs.). *Psicologia social: principais temas e vertentes* (pp. 171-203). Porto Alegre: Artmed.

- Neves, D. P. (2004). Alcoolismo: acusação ou diagnóstico? *Cadernos de saúde pública*, 20(1), 7-36.
- Nilsen, P., Kaner, E., & Babor, T. F. (2008). Brief intervention, three decades on. An overview of research findings and strategies for more widespread implementation. *Nordic studies on alcohol and drugs*, 25(6), 453-468.
- Noronha, J. C., Lima, L. D., & Machado, C. V. (2008). O Sistema Único de Saúde – SUS. In L. Giovanella, S. Escorel, L. V. C. Lobato, J. C. Noronha & A. I. Carvalho (Orgs.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil* (pp. 435-472). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Nunes, M., Jucá, V. J., & Valentim, C. P. B. (2007). Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Cadernos de saúde pública*, 23(10), 2375-2384.
- Öhman, A. (2008). Fear and anxiety. Overlaps and dissociations. In M. Lewis, J. M. Haviland-Jones & L. F. Barret (Orgs.). *Handbook of emotions* (3 ed., pp. 709-729). New York: Guilford Press.
- Oliveira, A. G. B., Vieira, M. A. M., & Andrade, S. M. R. (2006). *Saúde mental na saúde da família: subsídios para o trabalho assistencial*. São Paulo: Olho d'água.
- Oliveira, I. F., Silva, F. L., & Yamamoto, O. H. (2007). A psicologia no Programa de Saúde da Família (PSF) em Natal: espaço a ser conquistado ou um limite da prática psicológica? *Aletheia*, 25, 5-19.
- Olivier de Sardan, J. P. (2008). *La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*. Louvain-la-Neuve: Academia-Bruylant.
- Onocko Campos, R., & Gama, C. (2008). Saúde mental na atenção básica. In G. W. S. Campos & A. V. P. Guerrero (Orgs.). *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada* (pp. 221-246). São Paulo: Hucitec.
- Paiva, D. C. P., Bersusa, A. A. S., & Escuder, M. M. L. (2006). Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. *Cadernos de saúde pública*, 22(2), 377-385.
- Pillon, S. C., & Laranjeira, R. R. (2005). Formal education and nurses' attitudes towards alcohol and alcoholism in a Brazilian sample. *Sao Paulo medical journal*, 123(4), 175-180.
- Pope, C., Ziebland, S., & Mays, N. (2005). Analisando dados qualitativos. In C. Pope & N. Mays (Orgs.). *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde* (2 ed., pp. 87-99). Porto Alegre: Artmed.

- Ramos, S. P., & Woitowitz, A. B. (2004). Da cervejinha com os amigos à dependência de álcool: uma síntese do que sabemos sobre esse percurso. *Revista brasileira de psiquiatria*, 26(1), 18-22.
- Reckwitz, A. (2002). Toward a theory of social practices. A development in culturalist theorizing. *European journal of social theory*, 5(2), 243-263.
- Reinert, M. (2000). Les “mondes lexicaux” des six numéros de la revue “Le surréalisme au service de la révolution”. Extraído da internet em 18 de outubro de 2011: http://w3.erc.univ-tlse2.fr/Semin_Reinert_2.html.
- Ronzani, T. M., & Furtado, E. F. (2010). Estigma social sobre o uso de álcool. *Jornal brasileiro de psiquiatria*, 59(4), 326-332.
- Ronzani, T. M., Amaral, M. B., Souza-Formigoni, M. L. O., & Babor, T. F. (2008). Evaluation of a training program to implement alcohol screening, brief intervention and referral to treatment in primary healthcare in Minas Gerais, Brazil. *Nordic studies on alcohol and drugs*, 25(6), 529-538.
- Ronzani, T. M., Higgins-Biddle, J., & Furtado, E. F. (2009). Stigmatization of alcohol and other drug users by primary care providers in Southeast Brazil. *Social science and medicine*, 69, 1080-1084.
- Ronzani, T. M., Mota, D. C. B., & Souza, I. C. W. (2009). Prevenção do uso de álcool na atenção primária em municípios do estado de Minas Gerais. *Revista de saúde pública*, 43(supl.1), 51-61.
- Ronzani, T. M., Rodrigues, T. P., Batista, A. G., Lourenço, L. M., & Formigoni, M. L. O. S. (2007). Estratégias de rastreamento e intervenções breves para problemas relacionados ao abuso de álcool entre bombeiros. *Estudos de psicologia*, 12(3), 285-290.
- Rose, N. (2008). Psicologia como uma ciência social. *Psicologia e sociedade*, 20(2), 155-164.
- Rotelli, F., Leonardis, O., & Mauri, D. (2001). Desinstitucionalização, uma outra via. In F. Nicácio (Org.). *Desinstitucionalização* (pp. 17-59). São Paulo: Hucitec.
- Rotgers, F., & Davis, B. A. (2006). *Treating alcohol problems*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Rouquette, M. L. (1998). Representações e práticas sociais: alguns elementos teóricos. In A. S. P. Moreira & D. C. Oliveira (Orgs.). *Estudos interdisciplinares de representação social* (pp. 39-46). Goiânia: AB.
- Rozin, P., Haidt, J., & McCauley, C. R. (2000). Disgust. In M. Lewis & J. M. Haviland-Jones (Orgs.). *Handbook of emotions* (2 ed., pp. 637-653). New York: Guilford Press.

- Sá, C. P. (1993). Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In M. J. Spink (Org.). *O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social* (pp. 19-45). São Paulo: Brasiliense.
- Sá, C. P. (1994). Sur les relations entre représentations sociales, pratiques socio-culturelles et comportement. *Textes sur les représentations sociales*, 3(1), 1-7.
- Sá, C. P. (1998). *A construção do objeto de pesquisa em representações sociais*. Rio de Janeiro: Eduerj.
- Santos, M. F. S., Almeida, A. M. O., Maravilha, L. M. M., & Oliveira, E. C. (2011). Cuidar da saúde é coisa de homem? In Z. A. Trindade, M. C. S. Menandro & C. R. R. Nascimento (Orgs.). *Masculinidades e práticas de saúde* (pp. 149-170). Vitória: GM.
- Saraceno, B., Asioli, F., & Tognoni, G. (2001). *Manual de saúde mental*. 3 ed. São Paulo: Hucitec.
- Schraiber, L. B., Figueiredo, W. S., Gomes, R., Couto, M. T., Pinheiro, T. F., Machin, R., Silva, G. S. N., & Valença, O. (2010). Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Caderno de saúde pública*, 26(5), 961-970.
- Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas & Universidade Federal de São Paulo. (2011). *Portal Supera*. Extraído da internet em 11 de abril de 2012: <http://www.supera.org.br/senad/>.
- Silva, A. T. M. C., Silva, C. C., Ferreira Filha, M. O. F., Nóbrega, M. M. L., Barros, S., & Santos, K. K. G. (2005). A saúde mental no PSF e o trabalho de enfermagem. *Revista brasileira de enfermagem*, 58(4), 411-415.
- Soares, N. M., & Pinto, M. E. B. (2008). Interfaces da Psicologia aplicada à saúde: atuação da Psicologia na estratégia Saúde da Família em Londrina. *Revista da SBPH*, 11(2), 89-100.
- Solberg, L. I., Maciosek, M. V., & Edwards, N. M. (2008). Primary care intervention to reduce alcohol misuse. Ranking its health impact and cost effectiveness. *American journal of preventive medicine*, 34(2), 143-152.
- Sournia, J. C. (1986). *Histoire de l'alcoolisme*. Paris: Flammarion.
- Sousa, M. F., & Hamann, E. M. (2009). Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? *Ciência e saúde coletiva*, 14(supl. 1), 1325-1335.
- Souza, A. J. F., Matias, G. N., Gomes, K. F. A., & Parente, A. C. M. (2007). A saúde mental no Programa de Saúde da Família. *Revista brasileira de enfermagem*, 60(4), 391-395.

- Souza, L. G. S., & Menandro, M. C. S. (2011). Atenção primária à saúde: diretrizes, desafios e recomendações. Revisão de bibliografia internacional. *Physis revista de saúde coletiva*, 21(2), 517-539.
- Souza, L. G. S., & Pinheiro, L. B. (2009). Oficinas terapêuticas como artefatos clínico-políticos em um CAPS-ad. *Revista do IV Congresso Internacional de Psicologia da Universidade Estadual de Maringá*. Maringá: UEM.
- Souza, L. G. S., Menandro, M. C. S., Couto, L. L. M., Schimith, P. B., & Lima, R. P. (no prelo). Saúde mental na Estratégia Saúde da Família: revisão de literatura brasileira. Enviado para avaliação pela Revista Saúde e Sociedade.
- Souza, L. G. S., Menandro, M. C. S. & Menandro, P. R. M. (2012). Figuras do alcoolismo em uma Unidade de Saúde da Família. In Z. A. Trindade, M. C. S. Menandro, M. B. Cortez, S. M. M. Barros, T. D. Moraes (Orgs.). *Estudos em representações sociais*, v.3 (pp. 75-81). Vitória: GM.
- Souza, L. G. S., Queiroz, S. S., & Menandro, M. C. S. (2010). E quando os estudantes pedem mais disciplina? Estudo de caso e reflexões sobre autonomia e vida escolar. *Psicologia ciência e profissão*, 30(3), 524-539.
- Souza, M. L. P. (2005). Expansão do Programa Saúde da Família (PSF) e identificação de problemas relacionados ao uso de álcool no Brasil. *Revista brasileira de psiquiatria*, 27(4), 342-343.
- Souza-Formigoni, M. L. O., Boerngen-Lacerda, R., & Vianna, V. P. T. (2008). Implementing screening and brief intervention in primary care units in two Brazilian states: a case study. *Nordic studies on alcohol and drugs*, 25(6), 553-564.
- Starfield, B. (2002). *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde.
- Szymanski, H. (2002). Entrevista reflexiva: um olhar psicológico sobre a entrevista em pesquisa. In H. Szymanski (Org.). *A entrevista na pesquisa em educação: a prática reflexiva* (pp. 9-61). Brasília: Plano.
- Tajfel, H. (1983). *Grupos humanos e categorias sociais*. Vol. 2. Lisboa: Livros Horizonte.
- Tanaka, O. Y., & Ribeiro, E. L. (2009). Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Ciência e saúde coletiva*, 14(2), 477-486.
- Teixeira, C. F., & Solla, J. P. (2005). Modelo de atenção à saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In N. T. Lima, S. Gerschman, F. C. Edler & J. M. Suárez (Orgs.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS* (pp. 451-479). Rio de Janeiro: Fiocruz.

- Tenório, F. (2000). Desmedicalizar e subjetivar: a especificidade da clínica da recepção. *Cadernos IPUB*, 6(17), 79-91.
- Trindade, Z. A. (1998). Reflexão sobre o estatuto das práticas na teoria das representações sociais. *Anais do Simpósio Internacional sobre representações sociais: questões epistemológicas*, 1 (pp. 18-28). Natal, RN.
- Trindade, Z. A., Menandro, M. C. S., Nascimento, C. R. R., Cortez, M. B., & Ceotto, E. C. (2011a). A saúde do homem: contribuições para o cuidado. In Z. A. Trindade, M. C. S. Menandro & C. R. R. Nascimento (Orgs.). *Masculinidades e práticas de saúde* (pp. 201-214). Vitória: GM.
- Trindade, Z. A., Menandro, M. C. S., Nascimento, C. R. R., Cortez, M. B., & Ceotto, E. C. (2011b). Masculinidades e saúde: produção científica e contexto. In Z. A. Trindade, M. C. S. Menandro & C. R. R. Nascimento (Orgs.). *Masculinidades e práticas de saúde* (pp. 11-26). Vitória: GM.
- Viana, A. L. & Dal Poz, M. (1998). A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa Saúde da Família, *Physis revista de saúde coletiva*, 8(2), 11-48.
- Vygotsky, L. S. (1934/2000). *Pensamento e linguagem*. São Paulo: Martins Fontes.
- Vygotsky, L. S. (1984). *A formação social da mente*. São Paulo: Martins Fontes.
- Weiner, B. (1993). On sin versus sickness: a theory of perceived responsibility and social motivation. *American psychologist*, 48(9), 957-965.
- World Health Organization & World Organization of Family Doctors. (2008). *Integrating mental health into primary care: a global perspective*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (1978). *Declaration of Alma-Ata*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2004). *Global status report on alcohol*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2008). *The world health report 2008: primary health care now more than ever*. Geneva: WHO.
- Yang, M. & Skinner, H. (2004). Assessment for brief intervention and treatment. In N. Heather & T. Stockwell (Orgs.). *The essential handbook of treatment and prevention of alcohol problems* (pp. 21-34). Chichester: John Wiley & Sons.