

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

WANDERSON DOS SANTOS GONÇALVES

**ATITUDES DOS PROFISSIONAIS
DA REDE SOCIOEDUCATIVA FRENTE AO ÁLCOOL,
ALCOOLISMO E ALCOOLISTA**

**VITÓRIA
2014**

WANDERSON DOS SANTOS GONÇALVES

**ATITUDES DOS PROFISSIONAIS
DA REDE SOCIOEDUCATIVA FRENTE AO ÁLCOOL,
ALCOOLISMO E ALCOOLISTA**

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

Área de Concentração: Política e Gestão em Saúde

Linha de Pesquisa: Avaliação em Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marluce Miguel de Siqueira

**VITÓRIA
2014**

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

G635a Gonçalves, Wanderson dos Santos, 1985-
Atitudes dos profissionais da rede socioeducativa frente ao
álcool, alcoolismo e alcoolista / Wanderson dos Santos
Gonçalves – 2014.
117 f.

Orientador: Marluce Miguel de Siqueira.

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

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

CDU: 614

WANDERSON DOS SANTOS GONÇALVES

**ATITUDES DOS PROFISSIONAIS
DA REDE SOCIOEDUCATIVA FRENTE AO ÁLCOOL,
ALCOOLISMO E ALCOOLISTA**

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

COMISSÃO EXAMINADORA

Profª. Drª. Marluce Miguel de Siqueira
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES
Orientadora

Profª. Drª. Maria Tereza Coimbra de Carvalho
Universidade de Vila Velha - UVV
1ª examinadora

Prof. Dr. Túlio Alberto Martins de Figueiredo
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES
2º examinador

Profª. Dr. Vitor Buaiz
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES
Convidado

*A Deus; a Milena, Ilmar e Suellen, razão de minha vida;
e a todos aqueles que acreditaram e não desistem de mim.*

AGRADECIMENTOS

A *Deus*...todo poderoso, sempre!!!

Aos *meus pais e irmã* que sempre me apoiaram, incentivaram e proveram condições para eu poder sempre estudar e me proporcionaram o equilíbrio entre minha razão e sensibilidade.

A minha *Orientadora*, Prof^a. Dr^a Marluce Miguel de Siqueira...pela sugestão do caminho, da forma de caminhada e, especialmente, pelos caminhantes que estiveram comigo e conosco – no programa CEPAD-UFES e projeto CRR-ES.

Aos *Membros da Banca Examinadora*, Prof^a. Dr^a. Maria Tereza Coimbra de Carvalho, Túlio Alberto Martins de Figueiredo e Vitor Buaiz...pelas contribuições para o aprimoramento deste fruto – a minha dissertação de mestrado!!!

Aos *Amigos* que oferecem um colorido especial ao meu existir.

Aos *Companheiros e amigos do CEPAD-UFES* (Rayane Souza, Rayane Mozart, Lorena Cardoso, Jéssika Fialho, Kelinson Souza) que contribuíram para a correção da rota, oferecendo um “tom especial” tanto ao caminho como à caminhada.

Aos *amigos dos Hospital São Lucas* (Hilarina Pizzol, Luiz Fernando Salvador e Rita Nascimento) que apoiaram nessa decisão e durante toda a trajetória.

Aos *Participantes do Estudo - Profissionais da Rede Socioeducativa*... sem vocês, jamais este “sonho, denominado projeto de mestrado”... se transformaria em “realidade, dissertação de mestrado” – obrigada!!!

A *Todos...* que de forma direta ou indireta, participaram desta construção, especialmente, na lapidação da mesma, no cotidiano de nossas trocas de experiências pessoais, profissionais e institucionais.

Obrigado!!!

“[...] espera no Senhor, mesmo quando a vida pedir de ti
mais do que podes dar e o cansaço já fizer teu passo
vacilar.

Espera no Senhor, mesmo se a solidão teu peito
machucar e te der vontade de ir embora e tudo
abandonar.

Espera no Senhor, mesmo que suas promessas demorem
a se cumprir e a vontade dele seja sacrifício para ti.
Espera no Senhor, seu amor te sustentará, espera n'Ele e
ele tudo fará, tudo fará.”

(Eliana Ribeiro, 2011)

RESUMO

O consumo mundial do álcool vem crescendo significativamente nas últimas décadas, fenômeno que tem contribuído para o aumento da carga de doenças em todo o mundo. A qualificação dos profissionais que lidam com a população usuária de drogas é alvo de grande preocupação. Neste contexto, a criação de Centros Regionais de Referência (CRR) para formação permanente é necessária. Portanto, este trabalho tem como objetivo identificar a percepção do profissional que lida cotidianamente com esta problemática relacionada ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista antes e após a participação destes num curso de capacitação. Foi realizado um estudo exploratório, descritivo comparativo de abordagem quase-experimental, cuja investigação é fundamentada na mensuração das atitudes de um grupo de profissionais participantes do curso oferecido pelo Centro Regional de Referência sobre Drogas do Espírito Santo (CRR-ES). Foi utilizado como instrumento a Escala de Atitudes frente ao álcool, alcoolista e alcoolismo criada e validada por Vargas (2005), sendo aplicada no período pré e pós capacitação. Sendo que, a amostra final foi composta por 131 participantes, sendo 53 psicólogos, 51 assistentes sociais, 20 enfermeiros, 2 advogados e 6 com profissão não especificada. Os profissionais tenderam a ter atitudes mais positivas em relação ao álcool, alcoolismo e alcoolista após participarem da capacitação. Os maiores preditores para atitudes positivas encontrados neste estudo foram possuir experiência para trabalhar com esta clientela e terem participado desta capacitação. Portanto, comprovou-se que o nível de conhecimento influencia diretamente nas atitudes dos profissionais frente ao álcool, alcoolista e alcoolismo, sendo que, quanto maior for o conhecimento maior a tendência de apresentar atitudes mais positivas.

Descritores: Alcoolismo; Saúde Mental; Conhecimentos, atitudes e práticas de saúde.

ABSTRAT

The world consumption of alcohol has increased significantly in recent decades, a phenomenon that has contributed to the increased burden of disease worldwide. The qualification of the professionals who deal with the drug user population is of great concern. In this context, the creation of Regional Centres of Reference (CRR) for ongoing training is required. Therefore, this study aims to identify the perception of the professional who deals daily with this problem related to alcohol, alcoholism and alcoholics before and after their participation in a training course. An exploratory, descriptive study of comparative quasi-experimental approach, whose research is based on the measurement of the attitudes of a group of professional participants of the course offered by the Regional Reference Center on Drugs of the Holy Spirit (CRR-ES) was performed. Scale of Attitudes towards alcohol, alcoholics and alcoholism created and validated by Vargas (2005), applied in the pre and post training was used as a tool. And, the final sample consisted of 131 participants, 53 psychologists, 51 social workers, 20 nurses, 2 and 6 with lawyers profession not specified. Professionals tended to have more positive attitudes towards alcohol, alcoholism and alcoholics after participating in the training. The major predictors of positive attitudes were found in this study have experience to work with this clientele and have participated in this training. Porting, it was shown that the level of knowledge directly influences the attitudes of the professional front towards alcohol, alcoholics and alcoholism, and the greater the greater knowledge tend to have more positive attitudes.

Keyword: Alcoholism; Mental Health ; Health Knowledge, Attitudes, Practice..

LISTA DE TABELA

| | | |
|-----------------|---|----|
| Tabela 1 | Características do Profissionais da Rede Socioeducativa..... | 56 |
| Tabela 2 | O trabalho e as relações interpessoais com pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool (Fator 1)..... | 57 |
| Tabela 3 | Bebidas alcoólicas e seu uso (Fator 4)..... | 59 |
| Tabela 4 | A pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool (Fator 2).. | 73 |
| Tabela 5 | Os transtornos relacionados ao uso do álcool/alcoolismo (Fator 3).. | 75 |

LISTA DE GRÁFICOS

| | | |
|------------------|--|----|
| Gráfico 1 | Vínculo e local de residência dos profissionais..... | 72 |
| Gráfico 2 | Formação dos profissionais da rede socioeducativa..... | 73 |

LISTA DE SIGLAS

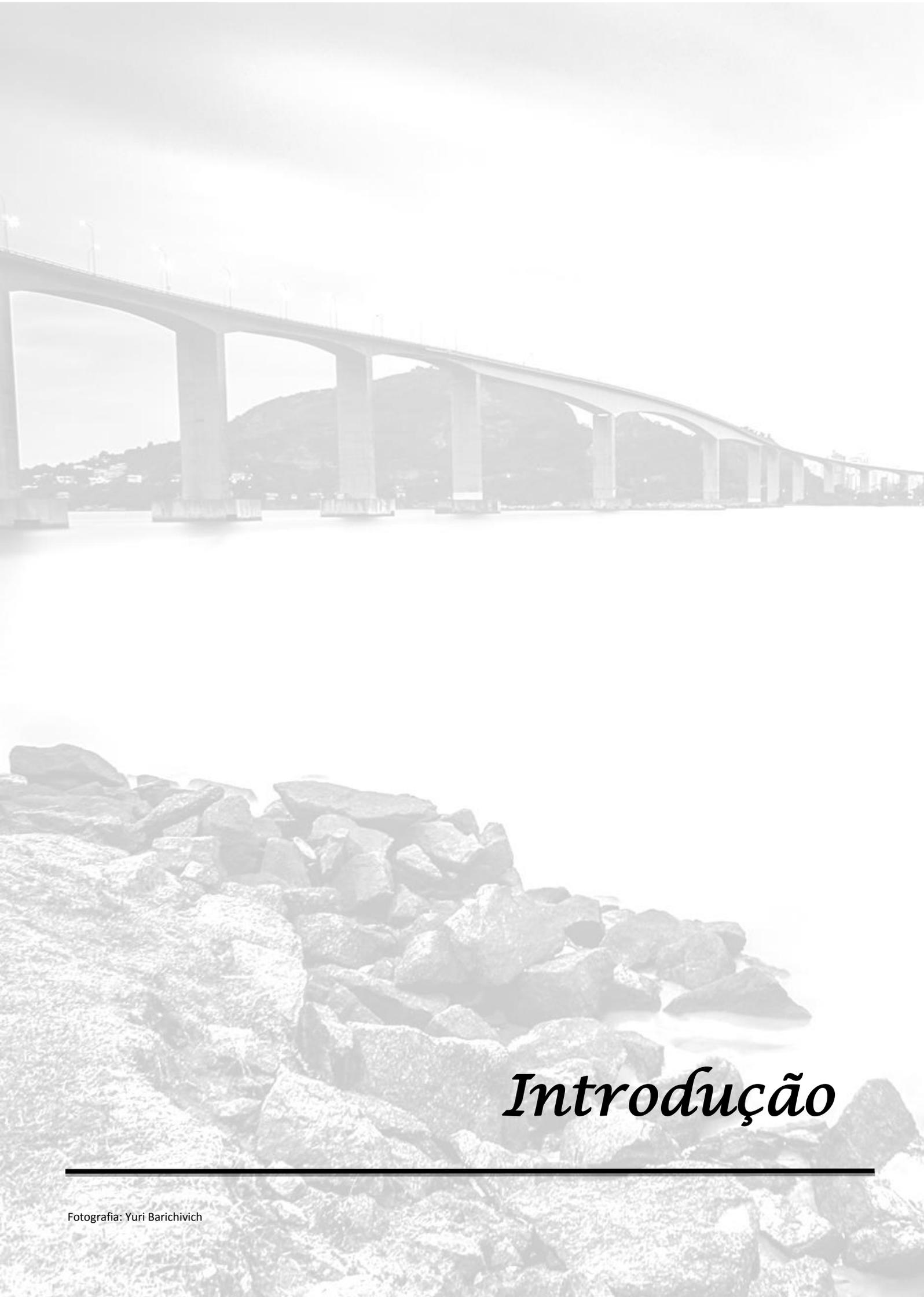
| | |
|-----------------|--|
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| CAPS | Centros de Atenção Psicossocial |
| CAPSad | Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas |
| CCS | Centro de Ciências da Saúde |
| CEP | Comitê de Ética em Pesquisa |
| CEPAD | Centro de Estudos e Pesquisas sobre Álcool e outras Drogas |
| CEPPA | <i>Câmara Especial de Políticas Públicas sobre o Álcool</i> |
| CNS | Conferência Nacionais em Saúde |
| COFEN | Conselho Federal de Entorpecentes |
| CONAD | Conselho Nacional sobre Drogas |
| CRAS | Centros de Referência em Assistência Social |
| CREAS | Centro de Referência Especializada em Assistência Social |
| CRR-ES | Centro Regional de Referência sobre Drogas do Espírito Santo |
| EAFAAA | Escala de Atitudes Frente ao Álcool, ao Alcoolismo e ao Alcoolista |
| GTI | <i>Grupo Técnico Interministerial</i> |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| MTSM | Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental |
| OIT | Organização Internacional do Trabalho |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| PAIUAD | Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde |
| PEAD | Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde |
| PIB | Produto Interno Bruto |
| PNAD | <i>Política Nacional sobre Drogas</i> |
| PRONASCI | Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania |
| SAMU | Serviço de Atendimento Móvel de Urgência |
| SENAD | Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas |
| SESA | Secretaria Estadual de Saúde |
| SISNAD | <i>Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas</i> |
| SPA | Substância Psicoativa |
| SPSS | <i>Statistical Package for the Social Science</i> |

| | |
|-------------|--|
| SUAS | Sistema Único de Assistência Social |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UFES | Universidade Federal do Espírito Santo |
| VIVA | Inquérito Vigilância de Violências e Acidentes |

SUMÁRIO

| | | |
|--------------|--|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 18 |
| 1.1 | A PROBLEMÁTICA DO ÁLCOOL E DO ALCOOLISMO..... | 18 |
| 1.2 | EPIDEMIOLOGIA..... | 20 |
| 2 | ATITUDES E SUAS REPERCUSSÕES NA ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS..... | 23 |
| 3 | A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E A EDUCAÇÃO PERMANENTE NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO..... | 26 |
| 3.1 | CONTEXTUALIZANDO A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE MENTAL..... | 29 |
| 4 | ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: O CUIDADO E A FORMAÇÃO PROFISSIONAL..... | 33 |
| 4.1 | O CENTRO REGIONAL DE REFERÊNCIA SOBRE DROGAS DO ESPÍRITO SANTO..... | 34 |
| 5 | OBJETIVOS..... | 40 |
| 5.1 | GERAL..... | 40 |
| 5.2 | ESPECÍFICOS..... | 40 |
| 6 | MÉTODOLOGIA..... | 42 |
| 6.1 | TIPO DE ESTUDO..... | 42 |
| 6.2 | CENÁRIO..... | 43 |
| 6.3 | SUJEITOS..... | 43 |
| 6.4 | PROCEDIMENTOS..... | 44 |
| 6.4.1 | Coleta de Dados | 44 |
| 6.4.1.1 | Instrumentos de Pesquisa | 44 |
| 6.4.2 | Análise dos Dados..... | 45 |
| 6.4.3 | Éticos..... | 46 |
| 7 | RESULTADOS..... | 47 |
| 7.1 | ARTIGO 1..... | 48 |
| 7.2 | ARTIGO 2..... | 64 |
| 7.3 | POLÍTICAS PÚBLICAS E DIREITO A SAÚDE: DILEMAS E DESAFIOS DO CONSUMO DE ÁLCOOL..... | 81 |
| 8 | CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 96 |
| | REFERÊNCIAS..... | 99 |

| | |
|---|------------|
| APÊNDICES | 111 |
| APÊNDICE A – CARTA DE AUTORIZAÇÃO..... | 112 |
| APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO..... | 113 |
| ANEXOS..... | 115 |
| ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO “EAFAAA”..... | 116 |



Introdução

1 INTRODUÇÃO

1.1 A PROBLEMÁTICA DO ÁLCOOL E DO ALCOOLISMO

O consumo do álcool está presente em todas as culturas, acompanhando a própria história da evolução da humanidade (VARGAS, 2005; FORNAZIER; SIQUEIRA, 2006). Seu consumo deve ser tão antigo quanto a própria Humanidade, ou seja, é consumido desde sempre, pois a fermentação da fruta nunca foi um grande mistério e já nossos antecedentes primatas conseguiam produzir leves intoxicações mediante esse processo (LINO, 2006).

Há registro de seu consumo, desde o primeiro Código de Leis do mundo, denominado de Código de Hamurabi da Civilização Babilônica, originado entre os anos de 1792 e 1750 a.C., que já mencionava as leis de comercialização, fabricação e venda da cerveja, reforçando sua presença e consumo em diversas fases da história do homem (FORTES; CARDO, 1991; GIGLIOTTI; GUIMARÃES, 2007) .

O álcool ocupava papel de destaque, pois além de estar presente na legislação das sociedades antigas, também estava em sua cultura, representado por meio de deuses, como por exemplo, a Deusa babilônica da cerveja Ninkasi ou o Deus grego do vinho Dionísio que na versão romana é conhecido como Deus Baco (LIMA, 2008). Há também relatos de seu uso nos textos bíblicos, reafirmando sua marcante expressividade em diversas civilizações (LARANJEIRA; PINSKY, 1998; CALDAS, 2002; LIMA, 2008).

Entretanto, apesar das citações de seu uso habitual, encontram-se relatos sobre o seu uso problemático entre os egípcios, por exemplo, nas inscrições em seus templos com cenas que demonstravam embriaguez, cerca de cinco mil anos antes de Cristo. Hipócrates (460 a.C) também já teria descrito a loucura provocada pelo álcool e, na Bíblia, há relatos dos problemas de seu uso pelo epilépticos no Gênesis e no episódio em que Noé, embebedado com vinho, alegre pela salvação dos seres vivos no dilúvio (SILVEIRA; MOREIRA, 2006).

Neste contexto, as bebidas alcólicas vêm sendo consumidas há tempos, cada uma com um motivo, significado ou credo distinto, o que confirma a sua importância para a história da humanidade (VARGAS, 2005).

Com o aumento da disponibilidade, após o advento da destilação, o consumo do álcool passou a ser mais frequente e abusivo, conseqüentemente aumentando os problemas decorrentes em razão deste 'beber excessivo', passando a ser considerado como categoria nosológica, sendo o termo alcoolismo usado pela primeira vez na Suécia, em 1849, pelo médico Magnus Huss, referindo-se às conseqüências somáticas e efeitos nocivos da ingestão crônica (VARGAS, 2005).

No século XX, nos Estados Unidos, o cientista Jellinek utiliza o termo alcoolismo - como doença - para indicar que o consumo de álcool pode levar a vários danos, incluindo os físicos, psicológicos ou sociais. Porém, a imprecisão do termo, levou a OMS, em 1979, a estreitar essa diversidade do termo para 'síndrome de dependência do álcool', considerando como um conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que podem se desenvolver, após o uso repetido de bebida alcóolica (BRASIL, 2010). Atualmente, o alcoolismo é compreendido, como um padrão de uso crônico e continuado de álcool ou ingestão que pode ser caracterizado pelo descontrole sobre a ingestão (VARGAS; LUIS, 2008; BRASIL, 2010).

Mesmo com ampla aceitação, o consumo de álcool em excesso é considerado um dos problemas médico-sociais graves da atualidade, pois, além de gerar altos custos para a sociedade, gera prejuízos físicos, psicológicos, acidentes – de trânsito e domésticos – invalidez e outros (NOTO; *et al.*, 2002; MELONI; LARANJEIRA, 2004; VARGAS; LUIS, 2008).

1.2 EPIDEMIOLOGIA

Problemas decorrentes do uso abusivo do álcool, assim como os padrões de consumo, variam conforme a cultura, o tempo, o país, as camadas sociais, o gênero, a faixa etária e as normas sociais vigentes (BABOR *et al.*, 2003; MELONI; LARANJEIRA, 2004).

O risco associado aos padrões de consumo também é bastante variável, sendo que o peso de problemas sociais e de saúde recai não apenas sobre aqueles que bebem excessivamente (BRASIL, 2003; MELONI; LARANJEIRA, 2004). Os malefícios gerados pelo consumo de álcool também são sentidos na esfera social, pela inexistência de padrões métricos pareáveis com dados de saúde, pela insuficiente sistematização internacional de dados sociais comparativos e também em face da limitação das fontes de informação já existentes, cuja captação de dados não permite estudos estruturados (MELONI; LARANJEIRA, 2004).

As categorias de problemas sociais relacionados ao álcool incluem: vandalismo; desordem pública; problemas familiares; abuso de menores; problemas interpessoais, financeiros, ocupacionais que não os de saúde ocupacional; dificuldades educacionais; e custos sociais (LARANJEIRA; HINKLY, 2002; MELONI; LARANJEIRA, 2004).

Do consumo frequente do álcool também decorrem diversas categorias de problemas de saúde, como: baixo peso ao nascimento, câncer bucal e orofaríngeo, câncer esofágico, câncer hepático, depressão unipolar e outras desordens psiquiátricas relacionadas ao consumo do álcool, epilepsia, hipertensão arterial, isquemia miocárdica, doença cerebrovascular, diabetes, cirrose hepática, acidentes com veículos e máquinas automotoras, quedas, intoxicações, danos autoinfligidos e homicídios (REHN *et al.*, 2003).

No Brasil, cerca de 10% da população seja dependente do álcool, enquanto um número bem maior de pessoas enfrenta problemas decorrentes do consumo excessivo de bebidas alcoólicas, tais como: acidentes de trânsito, situações de violência, perda de emprego, entre outros (LARANJEIRA; PINSKY, 2005). Seu consumo encontra-se presente na maioria das ocasiões sociais, fazendo que se

“esqueça”, muitas vezes, que é uma droga, que exerce efeitos físicos e psicológicos sobre os indivíduos (LARANJEIRA; PINSKY, 2005).

O Levantamento do Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira, indicou que 40% dos homens e 18% das mulheres consomem cinco ou mais doses de bebidas alcoólicas numa única ocasião, pelo menos uma vez ao ano. Este padrão, definido como “uso pesado episódico do álcool”, indica uma associação positiva com problemas de saúde física e mental (LARANJEIRA, 2007).

Segundo o Relatório sobre a Saúde no Mundo, das 20 doenças na faixa etária de 15 a 44 anos que acarretam anos vividos com alguma incapacidade, os transtornos relacionados ao uso de álcool assumem o segundo lugar, com 5,5% (BRASIL, 2008).

De acordo com a Organização Internacional do Trabalho (OIT), cerca de 12% da população economicamente produtiva tem problemas com uso abusivo ou dependência do álcool e, ainda segundo este mesmo estudo, o trabalhador que faz uso ou é dependente do álcool, tem 3,6 vezes mais chances de causas acidentes de trabalho, 2,5 vezes mais chances de faltar oito ou mais dias sem justificativa, tem sua capacidade produtiva reduzida em 67% e queixa-se cinco vezes mais que os trabalhadores não usuários (BRASIL, 2008).

Estima-se que o Brasil gaste, anualmente, 7,3% do Produto Interno Bruto (PIB) com consequências de problemas relacionados ao álcool, desde o tratamento médico até a perda da produtividade decorrente do uso (GALASSI *et al.*, 2008).

Conforme o Global Status Report on Alcohol and Health (2011) o consumo de bebidas alcoólicas entre 2001 e 2005 se mostrou estável em grande parte dos países sul-americanos, incluindo-se o Brasil, que apresentou neste período um aumento de 5,3% de consumo de álcool per capita. Porém, os episódios de consumo pesado no País foram altos, mais de 30% dos homens e entre 10 e 20% nas mulheres, sendo estes os percentuais mais altos entre os países do continente americano. Alie-se a isto, o fato de que entre 5 e 10% das mortes no Brasil são atribuíveis ao uso de álcool (BITTENCOURT, 2012).

De acordo com o Relatório sobre a Saúde no Mundo, das 20 doenças na faixa etária dos 15 a 44 anos que acarretam anos vividos com alguma incapacidade, os

transtornos relacionados ao abuso de álcool assumem o segundo lugar, representando 5,5% desta incapacidade (BRASIL, 2008).

Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas em quantidades potencialmente prejudiciais, o levantamento dos Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira indicou que 40% dos homens e 18% das mulheres consumiram cinco ou mais doses de bebidas alcoólicas numa única ocasião, pelo menos uma vez, no último ano. Este padrão, definido como “uso pesado episódico do álcool”, mostra associação positiva com problemas de saúde física e mental, bem como acidentes e violência (BITTENCOURT, 2012).

No Brasil, dados do II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas realizado em 108 cidades brasileiras, revelam que 12,3% da população brasileira são dependentes de álcool (CARLINI *et al.*, 2007).

2 ATITUDES E SUAS REPERCUSSÕES NA ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

A importância de estudar atitude reside no fato de que ela pode prever comportamentos (AJZEN, 2001) e demonstrar a aproximação e interesse social, já que as pessoas tendem a se aproximar daquilo que lhes agrada e a afastar-se do que lhes causa repulsa (SANTOS; NASCIMENTO-SCHULZE; WACHELKE, 2005).

Este termo pode ser conceituado como uma organização relativamente duradoura de crenças acerca de um objeto ou uma situação que predispõe uma pessoa a responder de determinada forma (ROKEACH, 1969). Pode ser uma organização duradoura de crenças e cognições em geral, dotadas de carga afetiva, pró ou contra um objeto social definido, que predispõe a uma ação coerente com as cognições e afetos relativos a esse objeto (RODRIGUES, 1978).

O termo também faz referência a certas regularidades nos sentimentos, pensamentos e predisposições para agir do indivíduo em relação a algum aspecto de seu ambiente (RODRIGUES, 1978). Conceitua-se também como um sistema duradouro de avaliações positivas e negativas, sentimentos emocionais e tendências pró ou contra com respeito a um objeto social (KRECH *et al.*, 1969). Esse vocábulo pode ser considerado de várias formas, desde um tipo de reação, até uma tendência para pensar ou agir de modo próprio em circunstâncias específicas (DEUTSCH, 1999) ou definido como tendência psicológica a reagir com certo grau de aprovação ou desaprovação frente a um determinado objeto, situação ou pessoa (BARROS; PILLON, 2007).

Portanto, atitude designa uma disposição psicológica adquirida e organizada a partir da própria experiência, que inclina o indivíduo a reagir de forma específica em relação a determinadas pessoas, objetos ou situações (GIL, 2006). Estas são construídas por meio da interação social, produto de comparações, sucessivas identificações e diferenciações, sendo passíveis de mudança e transformação por meio da informação ou da experiência, ou de componentes motivacionais e emocionais (BARBARÁ; SACHETTI; CREPALDI, 2005; NERI; JORGE, 2006; MIRANDA *et al.*, 2009).

Além das conceituações apresentadas, é preciso ressaltar que existem duas categorias aceitas na definição de atitudes: concepções multidimensionais e concepções unidimensionais. Sendo que nas concepções multidimensionais, as definições de atitudes integram três componentes, conforme propôs Triadis (1971): o cognitivo, o afetivo e o comportamental.

O componente cognitivo, aspecto intelectual das atitudes – também é denominado de componente perceptual, componente informativo ou componente estereotípico – consiste no que seu portador vê, sabe ou raciocina sobre o objeto da atitude (HARRISON, 1975). O componente afetivo é denominado de componente emocional ou sentimentos, relaciona-se a sentimentos de inclusão ou aversão da pessoa em relação a um objeto de atitude. Neste caso, não se refere ao que a pessoa pensa sobre o objeto, mas o que sente sobre ele. Sendo considerado o componente mais característico da atitude (WHEDALL, 1976).

O componente comportamental, ou comportamento conativo, que se refere a ação, a prontidão para reagir frente ao estímulo atitudinal, revela uma tendência do indivíduo a um movimento ou ação na direção do objeto de atitude. Esse comportamento pode ser verbal e não verbal (WHEDALL, 1976).

Existem ainda os contestadores da concepção multidimensional, que assumem a posição unidimensional. Para estes pesquisadores, o componente afetivo, definido como sentimento pró ou contra determinado objeto, é o único característico das atitudes, em que crenças e comportamentos associados a uma atitude não são partes integrantes da mesma, são elementos pelos quais se pode medir a atitude (FISHBEIN; AJZEN, 1975).

As atitudes, como vimos, não são isoladas. Elas formam um conglomerado ou sistema de atitudes presentes numa espécie de equilíbrio. As atitudes interagem entre si e apóiam-se mutuamente, organizando-se de forma a ter reflexos na personalidade do indivíduo (PILLON; LARANJEIRA; DUNN, 1998).

As atitudes são estimuladas, e esse estímulo deveria ser entendido como um estímulo particular que elicia uma crença ou conjunto de crenças genéricas sobre si mesmo, sobre a relação com outro e sobre o mundo (SILVA, 2005). Assim, a atitude

acerca de determinado objeto é a soma dos resultados de crenças específicas e afetos direcionados a esse mesmo objeto (ROSSATO-ABÉDE; ÂNGELO, 2002).

De acordo com Cook e Sellitz (1964), as crenças e os comportamentos de pessoas ou grupos seria os indicadores pelos quais as atitudes poderiam ser mensuradas. Entretanto, para a maioria dos estudiosos do assunto, uma atitude é uma predisposição para responder a um objeto e não uma conduta afetiva em relação ao mesmo. Dessa forma, a atitude mantém-se de forma persistente, o que não significa que seja imutável. Ainda que passível de modificação, a alteração de atitudes requer uma forte pressão (VARGAS, 2005; VADLAMUDI *et al.*, 2008).

Dessa maneira, a definição do termo atitude adotado nesse trabalho é a mais utilizada pelos profissionais que realizam planejamento de ensino em situações educacionais e de treinamento para o trabalho (MAGALHÃES; BORGES-ANDRADE, 2001) que refere-se a uma predisposição para responder, de maneira consistente e duradoura, favorável ou desfavorável, em relação a um dado objeto, evento ou pessoa (DEUTSCH, 1999).

3 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E A EDUCAÇÃO PERMANENTE NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

A análise da política estadual não é objeto deste trabalho, contudo, considera-se importante destacar as dimensões política e técnico-assistencial presentes na sua construção que foram desenvolvidos na última década visando à efetivação da política de saúde mental no Espírito Santo.

Foi no ano de 1978 que os segmentos organizados da sociedade civil brasileira iniciaram a luta pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, liderada pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Este movimento passou a denunciar o quadro de violência que perpassou o cotidiano dos manicômios, a mercantilização da loucura e a hegemonia constituída pela rede privada de assistência (MELLO *et al.*, 2007).

A partir daí consolida-se a política de saúde mental no país, pautada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Reforma Psiquiátrica, movimento este que defendia como um de seus princípios a garantia da participação do usuário como sujeito ativo do processo de constituição do seu tratamento (GULJOR, 2003).

Esta política ampliou sua legitimidade com a promulgação da lei nº 10.216/018, ao reafirmar o papel do Estado no desenvolvimento de uma política de saúde mental, redirecionamento do modelo assistencial no sentido de substituir o hospital psiquiátrico, como lugar exclusivo para atender os cidadãos, propondo a criação de serviços de saúde mental, extra-hospitalar, de cuidado e atenção integral (ROSSONI, 2006).

Historicamente, o modelo de atenção em saúde mental no Espírito Santo centrou-se na hospitalização em grandes hospitais psiquiátricos públicos e privados (OLIVEIRA; GARCIA, 2011). O Estado se insere na Luta Antimanicomial em fins da década de 1980, seguindo a proposta de municipalização ditada pela gestão federal (ALVARENGA; GARCIA, 2009).

Porém, no Espírito Santo, a saúde mental como política pública é recente, sendo o ano de 1995 considerado como marco político para sua construção, uma vez que

houve a “[...] incorporação pelo Governo do Estado das diretrizes da reforma psiquiátrica”. Neste ano redige-se uma “Proposta para uma Política de Saúde Mental do Estado do Espírito Santo”, tornando-se, posteriormente em 2000, a “Política Estadual de Saúde Mental” (FERREIRA, 2005).

Esta política também está pautada nos princípios e diretrizes do SUS e da Reforma Psiquiátrica, visando a reorientação do modelo assistencial, propondo a inclusão dos usuários na macro política de saúde, tendo como prioridades a ampliação de serviços extra-hospitalares de saúde mental e a redução das internações psiquiátricas. Esses serviços devem se constituir em uma rede de atenção psicossocial e, portanto, integrados e articulados aos demais serviços de saúde (SANTO, 2001).

No aspecto político, dois momentos marcaram este período da política estadual de saúde mental: a constituição do Fórum de Saúde Mental, em 1999, como espaço de articulação política e de discussão permanente entre profissionais de saúde e gestores sobre a política de saúde mental e, a realização da II Conferência Estadual de Saúde Mental em outubro de 2001, também um marco político no acompanhamento e avaliação da política estadual de saúde mental, sendo esta etapa preparatória à Conferência Nacional. Esta Conferência marcou a participação efetiva dos usuários dos serviços de saúde mental, profissionais e gestores de saúde do Estado tanto na etapa estadual quanto na Conferência Nacional (ROSSONI, 2006).

Atualmente, no Espírito Santo, seguindo a diretriz nacional, a política de saúde mental traz como proposta a redução progressiva dos leitos psiquiátricos, a qualificação dos profissionais que atuam na saúde mental, a expansão e o fortalecimento da rede extra-hospitalar visando à reversão do modelo hospitalocêntrico por um modelo que priorize a inclusão das pessoas com transtornos mentais, através de um sistema de saúde mental integrado ao sistema de saúde. A criação e implementação de tais serviços no estado têm ocorrido de forma lenta, gradual, constante e diferenciada (ROSSONI, 2006; ALVARENGA; GARCIA, 2009; OLIVEIRA; GARCIA, 2011).

A política estadual tem ampliado o acesso das pessoas com transtornos mentais a partir da expansão dos serviços extra-hospitalares (ALVARENGA; GARCIA, 2009).

As Equipes de Saúde Mental nas Unidades de Saúde, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Ambulatórios e os Serviços Residenciais Terapêuticos têm se constituído em serviços de saúde mental extra-hospitalares, para atender e cuidar das pessoas com transtornos mentais no Estado (ROSSONI, 2006).

Cabe destacar que no Espírito Santo

dos 78 municípios, 42 são de pequeno porte (ALVARENGA; GARCIA, 2009). A criação de equipes de saúde mental tem se constituído na estratégia adotada por diversos municípios, independente da base populacional para a reorganização da saúde mental no Estado, demonstrando a opção de organização do serviço pela atenção primária à saúde. Esta priorização tem o entendimento, que a atenção primária é a estratégia para a reorganização do modelo assistencial aliada à atenção psicossocial como modelo que prioriza a reversão do modelo hospitalocêntrico (ROSSONI, 2006).

A atenção primária à saúde e atenção psicossocial são modelos que apresentam com diretriz a reorientação da assistência à saúde e compõem o campo técnico-assistencial da política estadual de saúde mental, contribuindo e possibilitando a construção de práticas e de processos de trabalho articulados à macro política de saúde (ROSSONI, 2006).

As ações da saúde mental na atenção básica devem ser norteadas pelos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica, seguindo o modelo de organização em rede, com base territorial, atuação transversal com as demais políticas, com caráter multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial. Portanto, essas ações devem promover a construção da autonomia tanto dos usuários como dos seus familiares e cuidadores, além da reabilitação e reinserção social. É necessário o apoio matricial da saúde mental às equipes da atenção básica com responsabilidade compartilhada (CESAR; SIQUEIRA, 2012).

Articular a saúde mental na atenção básica, tendo como porta de entrada as Unidades Básicas de Saúde e a Estratégia de Saúde da Família, é mais que apenas cumprir uma diretriz legislativa ou política; poder repensar novas formas de gestão em saúde mental, redes de atenção à saúde mental, integradas, articuladas e intersetoriais, além de dar a esses usuários, familiares e comunidade a garantia de

acesso, equidade, integralidade e cidadania, com uma atenção e assistência contínua e assegurada (CESAR; SIQUEIRA, 2012).

Portanto, para a atenção aos usuários de substâncias psicoativas, são necessárias políticas públicas voltadas para a educação permanente dos profissionais da rede, bem como a estruturação e fortalecimento da mesma, centrada no atendimento comunitário, na visão de redução de danos, reinserção social, na articulação com os vários níveis de complexidade e na integralidade (SIQUEIRA *et al.*, 2008; WANDEKOKEN; SIQUEIRA, 2011).

É neste contexto que a Política Estadual de Saúde Mental tem estruturado suas bases para a reorientação do modelo assistencial e tem fomentado e impulsionado os municípios capixabas na criação de serviços extra-hospitalares, de base territorial, visando a reorientação do modelo assistencial e a construção da rede de saúde mental (ROSSONI, 2006).

3.1 CONTEXTUALIZANDO A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE MENTAL

O termo Educação Permanente tem sido encontrado em diferentes contextos, entre eles o da educação popular, que compartilha muitos de seus conceitos. No entanto, enquanto a educação popular tem seu foco na cidadania, a Educação Permanente o tem no trabalho (CECCIM; FERLA, 2008). Assim, aproximar a educação da vida cotidiana é fruto do reconhecimento de que o trabalho também é aprendizado (PEREIRA, 2012).

Educação Permanente também pode ser entendida como busca constante do sujeito rumo à sua autonomia capaz de determinar em qualquer ocasião sua formação, de acordo com seus interesses e potencialidades (BÁRCIA, 1982).

No entanto, existem ainda debates relacionados às diferenças na utilização dos termos Educação Continuada e Educação Permanente (MOTTA, 2001; DAVINI, 2009).

A Educação Continuada pode ser entendida como estratégia de capacitação, cuja finalidade é a atualização de conhecimentos que segue uma direção objetiva e técnica do trabalho, voltada para o domínio de habilidades e competências, distanciando dos problemas concretos existentes evidenciados nos serviços (PEREIRA, 2012).

Já a Educação Permanente tem sua análise no processo de trabalho a partir da reflexão sobre o que está acontecendo no serviço e sobre o que precisa ser transformado (RIBEIRO; MOTTA, 1996), despertando os caminhos para o aprendizado na vida cotidiana das organizações, ao introduzir a problematização do fazer como fonte de intervenção do conhecimento (DAVINI, 2009).

Os projetos de Educação Permanente podem abranger vários outros projetos de Educação Continuada, e não o inverso, pois requerem elaboração, desenho e execução de forma intensiva, devendo ser pensados com base em uma análise estratégica, sistemática e global pelos órgãos institucionais (PEREIRA, 2012).

Todavia, apesar da importância da Educação Continuada, uma vez que se concentra no desempenho de cada categoria profissional, esta tem revelado a fragmentação das equipes no processo de trabalho (BRASIL, 2004), em decorrência disso é necessário vinculá-la aos projetos de Educação Permanente (DAVINI, 2009).

A Educação Permanente na área da Saúde potencializou-se a partir de debates emanados das Conferências Nacionais em Saúde (CNS) e ganhou novos sentidos com a implementação do SUS, que tomou seus princípios e suas diretrizes como um potente dispositivo para qualificar os Serviços e Sistemas de Saúde (PEREIRA, 2012).

Numa análise dos debates relacionados aos Recursos Humanos a partir das CNS, podemos vislumbrar como o tema vem sendo tratado ao longo de sua construção.

No Espírito Santo, conforme exposto, o modelo de atenção em saúde mental sempre centrou-se na hospitalização. Porém, em 1985, com a realização do I Encontro Nacional dos Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste (um dos precursores da realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental) inicia-se uma reflexão no Estado em relação a esse modelo de atendimento. Sendo, este debate, intensificado no Estado com a realização do II Encontro de Coordenadores de

Saúde Mental, realizado em 1992, abrindo espaço para propostas posteriormente apresentadas na II Conferência Nacional de Saúde Mental (OLIVEIRA; GARCIA, 2011).

A partir de 1995, o Espírito Santo coloca-se de forma efetiva no contexto da reestruturação da assistência psiquiátrica no país. Neste ano, no Estado, havia quatro hospitais psiquiátricos (OLIVEIRA; GARCIA, 2011).

No período entre 1995 e 1999 foi o momento que houve as maiores ações na área de saúde mental no Estado, havendo uma elevação dos índices de internação psiquiátrica neste período. Entretanto, a Coordenação Estadual de Saúde Mental desenvolveu um conjunto de ações visando à redução nos índices de internação, conseguindo uma diminuição do número dessas internações até o ano de 2002. No entanto, este período coincide com o momento da realização da II Conferência Estadual em Saúde Mental, onde os municípios assumem a responsabilidade do atendimento em saúde mental através da criação dos serviços ambulatoriais (OLIVEIRA; GARCIA, 2011).

No Espírito Santo, seguindo a diretriz nacional, a política de saúde mental traz como proposta a redução progressiva dos leitos psiquiátricos, a qualificação dos profissionais que atuam na saúde mental, a expansão e o fortalecimento da rede extra-hospitalar. Entretanto, pouco foi feito em relação a qualificação dos profissionais no âmbito da saúde mental no Estado do Espírito Santo (OLIVEIRA; GARCIA, 2011).

O prejuízo para a rede básica de saúde na atenção à pessoa com transtorno mental é considerável, pois pouco se investiu para que a rede básica acompanhasse os avanços técnico-assistenciais na área da saúde mental (FIGUEREDO, 2006).

Como a constituição das equipes de saúde mental não foi acompanhada de grandes investimentos, os profissionais dessas equipes foram absorvidos sem revisão de seu processo de formação ou outras propostas de capacitação profissional, sendo estas compostas de recursos humanos insuficientes e com pouca clareza do seu papel (FIGUEREDO, 2006).

Considerando o número insuficiente de profissionais especializados no Estado e distribuídos de forma dispersa, longe de serem considerados equipes de saúde

mental, a Secretaria Estadual de Saúde (SESA), através do programa de saúde mental, planeja algumas ações para a implantação de serviços assistenciais de saúde mental, nas diferentes regiões do estado, no período de 1995/1996, como a realização de seminários microrregionais, algumas capacitações voltadas para os profissionais que atuavam na área da saúde mental nos diferentes postos e áreas de atuação (hospitalar, ambulatorial, urgência/emergência) e a implementação de um Grupo de Avaliação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar (FERREIRA, 2005).

A partir da criação do Grupo de Avaliação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar, a SESA passa a trabalhar no sentido de adequar os quatros hospitais do estado especializados em psiquiatria para cumprir os critérios de normalização estabelecidos pelo Ministério da Saúde, tais como avaliação das condições de infraestrutura, modelo de atenção aos usuários, número de profissionais correspondentes na instituição e as atividades desenvolvidas na Instituição (OLIVEIRA, 2009).

Como mostram alguns estudos (ROSSONI, 2006; SIQUEIRA *et al.*, 2008; WANDEKOKEN; SIQUEIRA, 2011), há uma necessidade premente de se estabelecer processos de educação permanente junto à equipe de profissionais de saúde mental. A falta de um vínculo trabalhista estável, aliada a deficiência de formação no campo da saúde mental pode interferir na qualidade da assistência prestada pela equipe nos serviços de saúde mental (TAVARES, 2006).

Acredita-se que a educação permanente dos trabalhadores da saúde na área de saúde mental exige além de programas educacionais baseados em definições de competências específicas, processos educativos mais amplos e problematizadores que visem o desenvolvimento de conhecimentos de caráter interdisciplinar. Assim, é preciso assegurar apoio à construção de sistemas integrais de educação permanente no âmbito do próprio serviço. Estes devem auxiliar no conhecimento de estratégias inovadoras de cuidar, favorecer o intercâmbio de experiências e a aliança entre os serviços de saúde e as instituições acadêmicas (TAVARES, 2006).

4 ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: O CUIDADO E A FORMAÇÃO PROFISSIONAL

De acordo com a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde - PAIUAD (BRASIL, 2003), a assistência a usuários de substâncias psicoativas (SPAs) deve ser oferecida em todos os níveis de atenção, sendo que os casos de maior gravidade, como os quadros de intoxicação ou abstinência graves e outros transtornos clínicos e psiquiátricos agudos, devem ser acolhidos em dispositivos de saúde de maior complexidade, tais como: as emergências médicas e psiquiátricas e os hospitais gerais.

No que se refere ao atendimento dessa população no âmbito dos hospitais gerais, em 2005, o governo por meio da Portaria/GM nº 1612, de 9 de setembro de 2005, normatizou mecanismos de financiamento de leitos de hospital geral para usuários SPAs. Dessa forma, se antes da proposição da política nacional para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas já se percebia o aumento do número de pacientes com problemas relacionados ao consumo de SPAs em unidades de internação e de emergência de hospitais gerais. Com a implantação da PAIUAD (BRASIL, 2003), esses serviços passaram a se constituir formalmente em locais estratégicos na rede de atenção psicossocial, para essa população (VARGAS, 2010), entretanto, o número de serviços e de profissionais de saúde mental capacitados para atender a população brasileira ainda é insuficiente (PEREIRA, 2007).

No Espírito Santo os serviços concentram-se na região metropolitana do Estado, apresentando a necessidade de descentralização do atendimento especializado para usuários de SPAs, direcionando-os às regiões Norte e Sul e com ênfase no atendimento ambulatorial, sendo que o tratamento a esses usuários ainda prioriza o atendimento hospitalar (SIQUEIRA *et al.*, 2007).

Diante da crescente demanda de usuários, o contato dos profissionais da saúde com essa população tem aumentado. Entretanto, estes trabalhadores, apresentam falta de conhecimentos sobre a variedade de SPAs, apresentações sintomáticas, geradas pelo uso e abuso das mesmas, bem como os meios para identifica-las e facilitar seu

diagnóstico. Muitos destes profissionais também apresentam uma visão negativa do paciente (SOARES; VARGAS; OLIVEIRA, 2011).

Tendo em vista a fragilidade da atenção que é fornecida aos usuários de SPAs no Brasil e no Espírito Santo e, considerando a grande expansão do uso de drogas e de busca por tratamento ocorrida nos últimos anos, o governo federal criou o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, através do Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010 (BRASIL, 2010); o qual incentivou a criação do Centro Regional de Referência sobre Drogas do Espírito Santo (CRR-ES) dentre outros no país, desenvolvido no Estado através de uma parceria entre a UFES/Centro de Estudos e Pesquisas sobre Álcool e outras Drogas (CEPAD) e os municípios de Vitória e Vila Velha (SIQUEIRA *et al.*, 2011_a).

4.1 O CENTRO REGIONAL DE REFERÊNCIA SOBRE DROGAS DO ESPÍRITO SANTO

O uso indevido de substâncias psicoativas (SPA) traz prejuízos consideráveis às nações do mundo inteiro, não são detidas por fronteiras e avançam por todos os cantos da sociedade e espaços geográficos, afetando homens e mulheres de diferentes grupos étnicos, independentemente de classe social, econômica ou idade (BRASIL, 2001). O consumo de substâncias psicoativas no Brasil, em especial do crack, tem sido alvo de grande preocupação. Tendo em vista a expressiva expansão em várias regiões e o aumento da prevalência do consumo destas substâncias, dados vêm sendo publicados nos últimos anos, como uma forma de oferecer maior visibilidade da problemática, e assim, poder oferecer maiores subsídios a possíveis enfrentamentos.

A expansão do uso de SPAs, especialmente a disseminação do crack no país, teve como resposta um conjunto de ações governamentais voltadas à ampliação das ações relacionadas à intervenção sobre este fenômeno. Entre estas ações, foi instituído, a partir da publicação da portaria nº 1.190 de 04 de junho de 2009, o “Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde – SUS (PEAD)” (BRASIL, 2009_a). Nas

considerações que justificam a instituição deste Plano, consta a preocupação com o atual cenário epidemiológico que retrata a expansão no Brasil do consumo de algumas substâncias, e a lacuna assistencial nas políticas de saúde para a questão da prevenção e tratamento dos transtornos associados ao consumo do álcool e de outras drogas. Além disso, há necessidade de intensificar, ampliar e diversificar as ações orientadas para prevenção, promoção da saúde, tratamento e redução dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial de substâncias psicoativas e fortalecimento e qualificação da rede de atenção à saúde mental existente (BRASIL, 2009_a, 2009_b).

Em suas diretrizes gerais, o PEAD no Eixo 2, evidencia a necessidade de qualificação da atenção, o que inclui: formação, avaliação, monitoramento e produção de conhecimento, com qualificação das redes de saúde, a ser realizada pela ampliação das ofertas de capacitação e formação permanentes para os profissionais que lidam com a população usuária de drogas, diretrizes tais, que são reforçadas pelo Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas instituído pelo Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010 (BRASIL, 2010), com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, marco legal da Reforma Psiquiátrica Brasileira, Conferências Nacionais de Saúde Mental e diretrizes e pressupostos das Políticas Públicas brasileira relacionadas as SPAs: Política Nacional de Saúde Mental; Política Nacional Sobre drogas, Política Nacional do Álcool e Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2001, 2004_a, 2004_b, 2009_a, 2009_b).

Assim, a qualificação dos profissionais para o efetivo acolhimento das demandas apresentadas pelos usuários e para a estruturação das ações voltadas a promoção da saúde e à prevenção e tratamento dos problemas de saúde dos usuários de substâncias psicoativas, constitui um dos principais desafios da rede no que tange ao atendimento em saúde mental na rede pública. Estas ações devem, desde a atenção básica, obedecer ao modelo de redes de cuidado de base territorial e ter atuação transversal com outras políticas específicas que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento, a capacitação destas equipes, em especial dos profissionais da área da saúde que atuam diretamente com os usuários do serviço (BRASIL, 2003).

Nesse contexto, foi criado em 2011 no estado do Espírito Santo, o Centro Regional de Referência sobre Drogas (CRR-ES), em parceria com os municípios de Vitória e Vila Velha, o qual tem sua sede na Universidade Federal do Espírito Santo/Centro de Estudos e Pesquisas sobre Álcool e outras Drogas (UFES/CEPAD). Esse Centro vem contribuindo para a atenção integral aos usuários de crack e outras drogas, por meio de processo de formação permanente e qualificação dos profissionais que atuam nas redes de saúde e de assistência social dos referidos municípios.

Considerando-se a grande expansão do uso de drogas, é notória a fragilidade da atenção que é fornecida ao usuário pelos serviços da região metropolitana da Grande Vitória, assim como a pouca oferta local de cursos efetivamente direcionados à atuação no serviço público na área da atenção ao uso de drogas. Dessa forma, nos municípios capixabas de Vitória e Vila Velha, assim como em todo o Brasil, a grande escalada da questão das drogas nas últimas décadas torna necessário, e até mesmo crítico, o desenvolvimento de um processo de Formação Permanente dos profissionais envolvidos nessa problemática através da existência de um Centro Regional de Referência, conforme a propositiva do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, instituído por meio do Decreto nº 7.179 de 20 de maio de 2010 (BRASIL, 2010), que forneceu subsídio para o pronto atendimento dessa demanda, permitindo a implantação de um desses centros na região metropolitana da capital do estado do Espírito Santo (CRR-ES).

A qualificação dos profissionais que irão lidar com os desafios que envolvem o fenômeno do uso das drogas é um dos grandes desafios para uma adequada promoção e prevenção do uso dessas substâncias e para a atenção aos dependentes químicos. Sejam os profissionais da área da Saúde, Assistência Social, Sistema Judiciário, do Ministério Público e da Segurança Pública, todos esses, dentro de suas respectivas atribuições, desempenham papel vital no enfrentamento dessa problemática, estando diretamente envolvidos com o cerne da questão. Dessa forma, a melhor preparação desses atores, com todo o aporte de conhecimento técnico-científico, e o adequado direcionamento de cada um para explorar, dentro das peculiaridades de suas funções, a melhor forma de levar esse aprendizado para a prática diária, permite um avanço do poder público frente à problemática do crack e outras drogas.

É nesse sentido que o Ministério da Justiça, por meio da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD vem promovendo cursos aos profissionais envolvidos, como forma de garantir a eficácia e efetividade das ações de prevenção do uso, tratamento, reinserção social, redução de danos e repressão ao tráfico de drogas, visando o aperfeiçoamento da rede de atenção aos usuários de crack e outras drogas, e a melhora das estratégias do poder público para essa problemática, sendo esse compromisso reafirmado em 2011 com o lançamento do Programa “Crack, é possível vencer” (BRASIL, 2011), onde, por meio do Edital nº 002/2010/GSIPR/SENAD houve comprometimento com a manutenção e ampliação dos Centros Regionais de Referência – CRR, assim como o lançamento de novos cursos de atualização e aperfeiçoamento para profissionais da justiça e segurança pública, e a ampliação do número de vagas.

Dentro desse contexto, a assistência em saúde mental de Vitória vem se desenvolvendo desde 1989, mas seu crescimento efetivo ocorreu apenas a partir de 2004, enquanto que em Vila Velha a assistência em Saúde Mental tem história mais recente, tendo sido implantada na administração 2001-2004. Ainda hoje, esses municípios contam com um número restrito de serviços especializados, enquanto a rede básica de saúde é mais abrangente. Contudo, mesmo naqueles onde se esperaria uma exigência no serviço, ainda é muito pouco presente uma mão de obra devidamente capacitada para o manejo dos casos relacionados ao crack e outras drogas. Ainda na execução do CRR-ES em sua primeira edição, foi percebido pela equipe discente que os profissionais da área de saúde e psicossocial que foram alunos nos cursos oferecidos tinham grande carência de informação e de uma capacitação mais específica na temática, havendo ainda grande número de profissionais dessas áreas que ainda não foram contemplados pelos cursos.

Somado a isto, a Região Metropolitana da Grande Vitória é considerada uma das cinco regiões do País que apresentam maiores índices de criminalidade e violência, razão pela qual participam do programa “Ações Integradas na Prevenção ao Uso de Drogas e Violência” lançado em 2009 (BRASIL, 2009_c) pela SENAD e outros órgãos federais. Dessa forma, tanto as estratégias de promoção a saúde quanto as de prevenção ao uso indevido de drogas, são necessárias para os profissionais da Segurança Pública, do Sistema Judiciário e do Ministério Público, buscando-se

melhorar o entendimento técnico-científico, e desta forma a ampliar a perspectiva desses atores em sua atuação profissional.

Os municípios de Vitória e Vila Velha integram, juntamente com os municípios de Serra, Cariacica, Viana, Fundão e Guarapari, a Região Metropolitana da Grande Vitória composta por aproximadamente 1.686.045 habitantes e considerada uma das cinco regiões metropolitanas do País que apresentam altos índices de criminalidade e violência, razão pela qual participam do programa “Ações Integradas na Prevenção ao Uso de Drogas e Violência” lançado em 2009 (BRASIL, 2009c) pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) e pelo Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, em parceria com o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (PRONASCI), do Ministério da Justiça.

O CRR-ES tem como objetivo promover a qualificação e articulação das redes de atenção a usuários de crack e outras drogas a partir da manutenção dos CRRs implantados por meio do Edital 002/GSIPR/SENAD para formação permanente dos profissionais que atuam nas redes de atenção integral à saúde e de assistência social e ampliação dos cursos de capacitação para profissionais que atuam no Poder Judiciário, no Ministério Público e na Segurança Pública, junto a usuários de crack e outras drogas, e seus familiares.

Como vimos, para a atenção aos usuários de substâncias psicoativas, são necessárias políticas públicas voltadas para a educação permanente dos profissionais da rede, bem como a estruturação e fortalecimento da mesma, centrada no atendimento comunitário, na visão de redução de danos, reinserção social, na articulação com os vários níveis de complexidade e na integralidade (SIQUEIRA; BARBOSA; LARANJEIRA, 2008; WANDEKOKEN; SIQUEIRA, 2011).



Objetivos

5 OBJETIVOS:

5.1 GERAL:

Conhecer as atitudes dos profissionais antes e após a capacitação oferecida pelo Centro Regional de Referência sobre Drogas do Espírito Santo.

5.2 ESPECÍFICOS:

- Verificar a influência das variáveis sociodemográficas nas atitudes dos profissionais;
- Verificar a influência do conhecimento nas atitudes da população em estudo e
- Comparar as atitudes dos profissionais antes e após participarem da capacitação.



Metodología

Fotografía: Yuri Barichivich

6 METODOLOGIA

6.1 TIPO DE ESTUDO

Tratou-se de um estudo exploratório, descritivo comparativo de abordagem quase-experimental, cuja investigação é fundamentada na mensuração das crenças, atitudes e conhecimentos de um grupo de profissionais participantes do curso oferecido pelo Centro Regional de Referência sobre Drogas do Espírito Santo (CRR-ES), frente ao álcool, alcoolismo e ao alcoolista.

Definiu-se o estudo como *descritivo exploratório* por focalizar a meta de conhecer fatos, entender problemas e situar-se ante a realidade; partindo de hipóteses, aprofunda-se no estudo da realidade, buscando maior conhecimento e, por meio do levantamento de dados, aplicação prática. A pesquisa exploratória tem como objetivo explorar aspectos de uma situação (POLIT; HUNGLER, 1995) e a descritiva objetiva descrever as características de determinada população ou fenômeno (GIL, 1991).

O estudo *descritivo exploratório* é geralmente utilizado para compreender as características de determinado contexto e objetiva retratar a situação como ela naturalmente ocorre e fornecer subsídios para o desenvolvimento de outros estudos (DEZIN; LINCON, 1998).

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

Já a abordagem *quase-experimental* assemelha-se muito aos experimentos, porque os estudos quase-experimentais também envolvem a manipulação de uma variável independente. No entanto, não possuem características típicas dos experimentos verdadeiros, como a randomização ou a de grupo controle. Há vários delineamentos

quase-experimentais, mas os dois mais comumente usados são o delineamento grupo de controle não equivalente e o delineamento tempo-série (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

6.2 CENÁRIO

O estudo foi realizado junto aos profissionais participantes do curso de Atualização em Crack e outras Drogas com foco em adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas oferecido pelo CRR-ES voltado para profissionais do Poder Judiciário, Ministério Público e entidades que atuam no atendimento/apoio a adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas, com privação de liberdade, um dos projetos em desenvolvimento (SIQUEIRA *et al.*, 2011_a) pela equipe técnica do Centro de Estudos e Pesquisas sobre o Álcool e outras Drogas – CEPAD (SIQUEIRA *et al.*, 2011_b), o qual é localizado no Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

6.3 SUJEITOS

A *população* estudada é constituída por profissionais do Poder Judiciário, Ministério Público e entidades que atuam no atendimento/apoio a adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas, com privação de liberdade que participaram da capacitação oferecida pelo CRR-ES no ano de 2013, observando-se os critérios da referida capacitação.

Foram convidados a participar do estudo todos os sujeitos regularmente matriculados no curso oferecido pelo CRR-ES, ou seja, 141 profissionais, destes, foram *incluídos* 131 no estudo que aceitaram participar desta pesquisa. Foram *excluídos* 10 profissionais que não possuíram condições de responder ao instrumento, no momento da aplicação ou não aceitaram participar do estudo.

6.4 PROCEDIMENTOS

6.4.1 Coleta de Dados

Inicialmente foi enviado um ofício para a Coordenação do CEPAD, executor do curso de Atualização em Crack e outras Drogas com foco em adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas (Apêndice A) ministrado pela equipe técnica do CRR-ES, solicitando a autorização para a condução da pesquisa. Após a assinatura do termo, foi iniciado o processo de coleta de dados, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice B), pelos participantes do mesmo.

O instrumento foi aplicado de forma *online* através da página oficial do curso, sendo que responderam ao questionário no momento da inscrição do curso (primeira aplicação) e, após a realização da última atividade durante o curso (segunda aplicação). Na aplicação do instrumento, a resposta a cada pergunta foi condição obrigatória para a pergunta subsequente, sendo impossível prosseguir no formulário *online*, sem responder a pergunta anterior.

6.4.1.1 Instrumentos de Pesquisa

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

- Fator 1: *O trabalho e as relações interpessoais com pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool*, com 16 opções de respostas;
- Fator 2: *A pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool*, com 13 opções de respostas;
- Fator 3: *Os transtornos relacionados ao uso do álcool/alcoolismo*, com 11 opções de respostas;
- Fator 4: *As bebidas alcoólicas e seu uso*, com 10 opções de respostas.

A EAFAAA é uma escala do tipo *likert*, com alternativas de um (discordo totalmente) a cinco (concordo totalmente). O enfoque *likert* consiste em verificar o nível de concordância do sujeito, com uma série de afirmações que expressam algo de favorável ou desfavorável em relação a um objeto psicológico (VARGAS, 2005).

O instrumento foi criado por Vargas (2005) e é específico para medir as atitudes dos profissionais relacionadas às questões de álcool, de forma segura; além disso, a EAFAAA permite avaliar atitudes de dois atributos que não são contemplados em nenhum instrumento anterior dos que se tem conhecimento; as atitudes frente ao relacionamento interpessoal com o paciente alcoolista e as atitudes diante das repercussões do alcoolismo no contexto pessoal e social. Ainda no que se refere às vantagens do instrumento utilizado, pode-se dizer que facilita sua aplicação no Brasil, pelo fato de ter sido construída em Língua Portuguesa (VARGAS; LUIS, 2008).

6.4.2 Análise dos Dados

Os dados do estudo foram analisados com o auxílio do programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS 17). Utilizou-se a *análise univariada* para a descrição das variáveis quantitativas e *bivariada* para a associação das atitudes, comportamentos e as diferentes categorias profissionais, por meio de testes estatísticos adequados e com nível de significância de 5%.

Conforme orienta Vargas (2005), para a avaliação da escala, foram atribuídos 1 e 2 pontos às categorias de respostas desfavoráveis à questão proposta; 4 e 5 pontos, às categorias favoráveis e 3 aos níveis intermediários da resposta. Assim, a média de escore elevada foi considerada indicativa de atitudes positivas, e a média de escore baixa relacionada às atitudes negativas.

6.4.3 Éticos

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) através da Plataforma Brasil, observando-se os dispositivos da Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa com Seres Humanos, sendo autorizada sua execução, através do parecer nº. 732.798/2014.



Resultados

ARTIGO 1

A REDE SOCIOEDUCATIVA E O ÁLCOOL, ALCOOLISMO E ALCOOLISTA

Wanderson dos Santos Gonçalves; Marluce Miguel de Siqueira

RESUMO

Introdução: O consumo mundial do álcool vem crescendo significativamente nas últimas décadas, fenômeno que tem contribuído para o aumento da carga de doenças em todo o mundo. A qualificação dos profissionais que lidam com a população usuária de drogas é alvo de grande preocupação. Neste contexto, a criação de Centros Regionais de Referência (CRR) para formação permanente é necessária. **Objetivo:** Portanto, este estudo busca identificar a percepção do profissional que lida cotidianamente com esta problemática relacionada ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista. **Metodologia:** Foi realizado um estudo exploratório, descritivo comparativo de abordagem quase-experimental, cuja investigação é fundamentada na mensuração das atitudes de um grupo de profissionais participantes do curso oferecido pelo Centro Regional de Referência sobre Drogas do Espírito Santo (CRR-ES). Foi utilizado como instrumento a Escala de Atitudes frente ao álcool, alcoolista e alcoolismo criada e validada por Vargas (2005), sendo aplicada no período pré e pós capacitação. **Resultados:** A amostra final contou com 131 participantes, sendo 53 psicólogos, 51 assistentes sociais, 20 enfermeiros, 2 advogados e 6 com profissão não especificada. Os profissionais tenderam a ter atitudes mais positivas em relação ao álcool, alcoolismo e alcoolista após participarem da capacitação. Os maiores preditores para atitudes positivas encontrados neste estudo foram possuir experiência para trabalhar com esta clientela e terem participado desta capacitação. **Conclusão:** O nível de conhecimento influencia diretamente nas atitudes dos profissionais frente ao álcool, alcoolista e alcoolismo, sendo que, quanto maior for o conhecimento maior a tendência de apresentar atitudes mais positivas.

Descritores: Alcoolismo; Saúde Mental; Conhecimentos, atitudes e praticas de saúde.

ABSTRACT

The world consumption of alcohol has increased significantly in recent decades, a phenomenon that has contributed to the increased burden of disease worldwide. The qualification of the professionals who deal with the drug user population is of great concern. In this context, the creation of Regional Centres of Reference (CRR) for ongoing training is required. Therefore, this study seeks to identify the perception of the professional who deals daily with this problem related to alcohol, alcoholism and alcoholics. An exploratory, descriptive study of comparative quasi-experimental approach, whose research is based on the measurement of the attitudes of a group of professional participants of the course offered by the Regional Reference Center on Drugs of the Holy Spirit (CRR-ES) was performed. Scale of Attitudes towards alcohol, alcoholics and alcoholism created and validated by Vargas (2005), applied in the pre and post training was used as a tool. Results: The final sample included 131 participants, 53 psychologists, 51 social workers, 20 nurses, 2 and 6 with lawyers profession not specified. Professionals tended to have more positive attitudes towards alcohol, alcoholism and alcoholics after participating in the training. The major predictors of positive attitudes were found in this study have experience to work with this clientele and have participated in this training. Conclusion: The level of knowledge directly influences the attitudes of the professional front towards alcohol, alcoholics and alcoholism, and the greater the greater knowledge tend to have more positive attitudes.

Keyword: Alcoholism; Mental Health ; Health Knowledge, Attitudes, Practice.

1 INTRODUÇÃO

O uso indevido de substâncias psicoativas (SPA) traz prejuízos consideráveis às nações do mundo inteiro, afetando homens e mulheres de diferentes grupos étnicos, independentemente de classe social, econômica ou idade (BRASIL, 2001). O consumo abusivo de álcool, tabaco e drogas ilícitas é prevalente em todo o mundo e estão entre os 20 maiores fatores de risco para problemas de saúde identificados pela Organização Mundial de Saúde (HUMENIUK; POZNYAK, 2004). Quando somados ao uso de cannabis, cocaína, opiáceos e heroína, a prevalência anual ultrapassa 200 milhões de pessoas (WHO, 2008).

Considerando o atual cenário epidemiológico do consumo de SPA no Brasil e a lacuna assistencial nas políticas de saúde para a questão da prevenção e tratamento dos transtornos associados ao consumo do álcool e de outras drogas, o Governo Federal instituiu, a partir da publicação da portaria nº 1.190 de 04 de junho de 2009, o “Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde – SUS (PEAD)”, um conjunto de ações voltadas à ampliação das ações relacionadas à intervenção sobre este fenômeno (BRASIL, 2009).

Estas ações devem, desde a atenção básica, obedecer ao modelo de redes de cuidado de base territorial e ter atuação transversal com outras políticas específicas que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento, a capacitação destas equipes, em especial dos profissionais da área da saúde que atuam diretamente com os usuários do serviço (BRASIL, 2003).

As capacitações para atuação na prevenção em problemas relacionados a drogas são necessárias e fundamentais, pois sabidamente contribuem para a inserção de práticas de prevenção na prática diária da assistência (NILSEN et al. 2006). Assim, a qualificação dos profissionais médicos para o efetivo acolhimento das demandas apresentadas pelos usuários e para a estruturação das ações voltadas a promoção da saúde e à prevenção e tratamento dos problemas de saúde dos usuários de SPA's, constitui um dos principais desafios da rede no que tange ao atendimento em saúde mental na rede pública (BRASIL, 2003).

2 A PROBLEMÁTICA DO ALCÓOL

O álcool provavelmente é tão antigo quanto a própria Humanidade, pois, desde os tempos remotos, as bebidas alcoólicas vêm sendo usadas em diversas culturas, cada uma com um significado ou crença diferente, confirmando sua importância para o homem (VARGAS, 2005). Assim, estima-se que o homem consome-o desde sempre, pois a fermentação da fruta nunca foi um grande mistério, sendo esta capaz de produzir leves intoxicações mediante esse processo. Portanto, é consenso entre os pesquisadores que do mesmo modo que outras substâncias psicoativas, o uso do álcool é tão antigo quanto a existência das civilizações (LINO, 2006; SILVEIRA, MOREIRA, 2006; OLIVEIRA, 2011).

O *Pithecantropus Erectus*, ou um seu ancestral, o antropoide, já se familiarizava com o sabor das bebidas alcoólicas, ingerindo os sucos das frutas caídas das árvores, fermentados por exposição a fermentos aerotransportados e ao calor solar. Na natureza, para ocorrer o fenômeno da fermentação são necessários quatro elementos: açúcar, água, fermento e calor. Além disso, Santo Domingo já referia o provável uso ocasional de alguma bebida alcoólica, o absinto, por exemplo, pelo *Homus Erectus* (FORTES, 1991; OLIVEIRA, 2011).

Existem relatos em textos históricos que descrevem o uso habitual e problemático do álcool entre os egípcios, cerca de cinco mil anos antes de Cristo. Há também inscrições nos templos egípcios que demonstram a embriaguez. Hipócrates (460 a.C), já teria identificado e descrito a loucura provocada pelo álcool e os problemas relacionados ao seu uso pelos epiléticos. Na Bíblia, é descrito no livro do Gênesis, o episódio em que Noé, alegre pela salvação dos seres vivos do dilúvio, embebedava-se com vinho (BÍBLIA, 2003; SILVEIRA, MOREIRA, 2006; SOARES, 2010).

Portanto, a relação do homem com as drogas é conhecida desde os tempos mais remotos, e o fato de elas estarem presentes em todas as culturas revela sua importância (VARGAS, 2005). A presença contínua das drogas no repertório humano não envolve somente medicina e ciência, mas também magia, religião, cultura, festa e deleite (JUNIOR, 2001).

Com o aumento da disponibilidade, após o advento da destilação, o consumo do álcool passou a ser mais frequente e abusivo, em contraste com a situação anterior, em que o uso era predominantemente associado a rituais religiosos e festivos (ROCHA, 2012). Apesar disso, somente no século XVIII o médico norte-americano Benjamin Rush concebe essa problemática como enfermidade e, em 1849 o médico sueco Magnus Huss, usa o termo alcoolismo pela primeira vez referindo-se às consequências somáticas e os efeitos nocivos que a ingestão crônica do álcool proporcionava (SOARES, 2010; ROCHA, 2012).

No século XX, nos EUA, o termo alcoolismo passa a ser considerado como doença, indicando que o consumo do álcool pode levar a vários danos físicos, psicológicos ou sociais. Entretanto, apesar de o alcoolismo ser considerado uma doença, o “beber excessivo” continuou a ser percebido como um comportamento pecador e transgressor, sendo este conceito incorporado às regras morais de diversas culturas na época (VARGAS, 2005).

A imprecisão do termo “alcoolismo” levou a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1979, a estreitar esta diversidade para síndrome de dependência do álcool, caracterizada como um conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que podem se desenvolver após o uso repetido de bebidas alcoólicas (BRASIL, 2006).

Atualmente, o alcoolismo é compreendido como um padrão de uso crônico e continuado ou ingestão periódica de álcool caracterizada pelo descontrole sobre a ingestão (VARGAS, 2005; BRASIL, 2006; LUCCA; VARGAS, 2006; VARGAS; LUIS, 2008; SIQUEIRA, BARBOSA, LARANJEIRA, 2008).

Apesar de sua ampla aceitação social, o consumo do álcool em excesso é considerado um dos problemas médico-sociais mais graves da atualidade, pois gera altos custos para a sociedade, o que pode ser constatados pelo estudos sobre prejuízos físicos, psicológicos, elevados números de acidentes de trânsito, invalidez, absenteísmo e outros distúrbios sociais a eles atribuídos (SIQUEIRA, BARBOSA, LARANJEIRA, 2008; BITTENCOURT, 2012).

3 O HOMEM E O ALCOOLISMO

O alcoolismo tem uma história relativamente longa com um sentido bastante variável. Historicamente, até a década de 1940, o termo era empregado para designar as consequências físicas do consumo intenso e prolongado de álcool. Outro conceito utilizado era de “uma doença em que se destaca a perda de controle sobre o comportamento de beber, causada por uma anormalidade biológica preexistente, com uma evolução progressiva previsível” (OLIVEIRA, 2011).

Na década de 1950, alguns estudiosos começaram a utilizar o termo para denominar o consumo de álcool levando a qualquer tipo de prejuízo: físico, psicológico ou social. Pela imprecisão da palavra, a OMS tem evitado seu emprego, desde o final da década de 1970, preferindo a formulação mais exata de síndrome de dependência do álcool, como um caso específico dentre uma ampla série de problemas relacionados ao álcool. Embora o "alcoolismo" ainda seja um termo bastante empregado popularmente e mesmo entre profissionais de saúde (JARDIM, 2004; OLIVEIRA, 2011).

Na década de 1990, a American Society for Addiction Medicine definiu "alcoolismo" como uma doença crônica primária, com fatores genéticos, psicossociais e ambientais influenciando seu desenvolvimento e manifestações, freqüentemente progressiva e fatal, caracterizada por um descontrole contínuo ou episódico do comportamento de beber (JARDIM, 2004).

Apesar de o álcool ser uma das poucas drogas psicotrópicas que tem seu consumo admitido e incentivado pela sociedade, seu consumo vem aumentando nos últimos anos conforme dados descritos nos estudos realizados por especialistas no assunto (OLIVEIRA, 2011).

Dados do Observatório de Saúde Mundial em relação a recursos para tratamento e prevenção do distúrbio do uso de substâncias, evidenciam que a carga global de doenças atribuíveis ao álcool e uso de drogas ilícitas atinge 5,4% da carga total de doenças (WHO, 2013), sendo que o consumo combinado com outras substâncias tem elevado. A prevalência anual do uso de álcool é de 42%, que é oito vezes maior do que a prevalência anual do uso de drogas ilícitas (5%). Episódios de consumo

problemático de álcool são oito vezes mais prevalentes do consumo problemático de droga semanal (UNODC, 2012)

Portanto, faz-se necessário conhecer a percepção do profissional que lida cotidianamente com esta problemática sobre o álcool, o alcoolismo e o alcoolista.

Além de estudos escassos, alguns resultados apontam ainda para as concepções dos profissionais pautadas na moralidade e diante do aumento da demanda de indivíduos com problemas relacionados ao álcool. Julgou-se oportuno realizar um estudo para identificar a percepção do profissional que lida cotidianamente com esta problemática relacionada ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista.

4 METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo exploratório, descritivo comparativo de abordagem quase-experimental, cuja investigação é fundamentada na mensuração das crenças, atitudes e conhecimentos de um grupo de profissionais participantes do curso oferecido pelo Centro Regional de Referência sobre Drogas do Espírito Santo (CRR-ES), frente ao álcool, alcoolismo e ao alcoolista.

O estudo foi realizado junto aos profissionais participantes do curso de Atualização em Crack e outras Drogas com foco em adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas oferecido pelo CRR-ES voltado para profissionais do Poder Judiciário, Ministério Público e entidades que atuam no atendimento/apoio a adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas.

A *população* estudada é constituída por profissionais do Poder Judiciário, Ministério Público e entidades que atuam no atendimento/apoio a adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas, com privação de liberdade que participaram da capacitação oferecida pelo CRR-ES.

Foram convidados a participar do estudo todos os sujeitos regularmente matriculados no curso oferecido pelo CRR-ES, ou seja, 141 profissionais, destes, foram *incluídos* 131 no estudo que aceitaram participar desta pesquisa. Foram *excluídos* 10 profissionais que não possuíram condições de responder ao instrumento, no momento da aplicação ou não aceitaram participar do estudo.

Utilizou-se, como instrumento de mensuração das atitudes a “Escala de Atitudes Frente ao Álcool, ao Alcoolismo e ao Alcoolista” (EAFAAA), composta por 50 itens, divididos entre quatro fatores que abordam o tema sob ângulos diferentes (VARGAS, 2005).

A EAFAAA é composta de quatro fatores principais que a norteiam (VARGAS, 2005), sendo que este estudo busca analisar o Fator 01: “O trabalho e as relações interpessoais com pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool, e o Fator 04: “*As bebidas alcoólicas e seu uso*”.

O instrumento foi aplicado de forma *online*, na página oficial do curso de capacitação e os dados do estudo foram analisados com o auxílio do programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS 17). A execução deste estudo está de acordo com a Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa com Seres Humanos e foi autorizado para execução a partir do protocolo n. 732.798.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Centro Regional de Referência sobre Drogas do Espírito Santo (CRR-ES) oferece cursos de capacitação e atualização regulares aos profissionais dos municípios de Vitória e Vila Velha, a partir de convênio com a Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), através do Centro de Estudos e Pesquisas sobre Álcool e outras Drogas (CEPAD) e as referidas prefeituras.

O curso de Atualização em Crack e outras Drogas com foco em adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas foi ofertado aos profissionais do Poder Judiciário, Ministério Público e entidades que atuam no atendimento/apoio a adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas, com privação de liberdade.

Considerando que o curso foi ofertado aos profissionais atuantes nos municípios de Vitória e Vila Velha, participaram do estudo 131 sujeitos. Destes, 53 (39,69%) eram psicólogos, 51 (38,93%) assistentes sociais, 20 (15,27%) enfermeiros, 2 (1,53%) advogados e 6 (4,58%) possuíam outra profissão não especificada. Dentre estes,

destacam-se a participação dos profissionais que têm sua formação pautada no conhecimento psicossocial do ser humano (psicólogos e assistentes sociais). Considera-se importante uma participação mais efetiva dos profissionais de saúde, principalmente enfermeiros, para maior efetividade do tratamento e recuperação deste público (SOARES, 2010).

Deste total, 59 (45,04%) sujeitos residem no município de Vitória, 46 (35,11%) em Vila Velha e 26 (19,85%) em Cariacica ou Serra. Estes foram divididos da seguinte maneira: 88 (67,18%) trabalham no município de Vitória, 20 (15,27%) no município de Vila Velha e 23 (17,56%) em Cariacica ou Serra. Sendo que, 45 (34,35%) possuem vínculo empregatício há menos de um ano, 70 (53,44%) de um a cinco anos e 16 (12,21%) há mais de cinco anos.

Tabela 1 – Características do Profissionais da Rede Socioeducativa

| Variáveis | n=141 | % |
|-------------------------|--------------|----------|
| Profissão | | |
| Psicólogo(a) | 53 | 39,69 |
| Assistente Social | 51 | 38,93 |
| Enfermeiro(a) | 20 | 15,27 |
| Advogado | 2 | 1,53 |
| Outros | 6 | 4,58 |
| Residência | | |
| Vitória | 59 | 45,04 |
| Vila Velha | 46 | 35,11 |
| Cariacica e Serra | 26 | 19,85 |
| Vínculo | | |
| Vitória | 88 | 67,18 |
| Vila Velha | 20 | 15,27 |
| Cariacica e Serra | 23 | 17,56 |
| Tempo de Serviço | | |
| ≤ 01 ano | 45 | 34,35 |
| De 01 a 50 anos | 70 | 53,44 |
| ≥ 05 anos | 16 | 12,21 |

A partir daí, observa-se maior interesse pela temática por parte dos profissionais atuantes no município de Vitória. Sendo que as vagas foram ofertadas de forma igualitária para ambos os municípios e, passado o período de inscrição, foram

abertas para os demais municípios não participantes desde convênio. Este dado pode ser explicado pelo histórico do município de Vitória. Primeiro, por ser o menor município ao ser comparado aos demais da Grande Vitória e, segundo, por sua estrutura e organização em relação aos demais municípios. A Prefeitura cumpre o compromisso de desenvolver programas, projetos e ações de fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, desde crianças e adolescentes, vítimas de violência e maus-tratos, idosos, pessoas com deficiência e população de rua (VITÓRIA, 2014).

É interessante ressaltar o interesse dos profissionais que já conhecem e tem alguma experiência no serviço, buscando melhorar a qualidade da assistência prestada. Afirmando que, quando maior experiência e conhecimento sobre a temática, as atitudes tendem a ser mais positivas frente a temática (HEINEMANN, RHODES, 1967).

Portanto, quanto aos sujeitos estudados, todos possuem nível superior completo, entretanto, não se sabe se o conteúdo sobre dependência química era ou não sistematizado entre as disciplinas da matriz curricular, durante o momento de formação dos mesmos. Mas, sabe-se que existe um déficit desde conteúdo na formação dos profissionais ao tratar essa temática (SULLIVAN; HANDLEY, 1992; LOPES; LUIS, 2005).

Tabela 2 - O trabalho e as relações interpessoais com pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool (Fator 1)

| Afirmação | 1ª aplicação (%) | 2ª aplicação (%) |
|---|------------------|------------------|
| Medo de abordar o problema do álcool ou medo da agressividade das pessoas com transtornos relacionados ao uso do álcool | 40,0 | 3,0 |
| O paciente com transtornos relacionados ao uso do álcool é aquele que dá mais trabalho | 82,9 | 26,6 |
| Sentir raiva ao trabalhar com este publico | 53,6 | 6,7 |
| A pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool é um caso perdido | 90,7 | 8,9 |

Ao iniciar a análise do Fator 1 (o trabalho e as relações interpessoais com pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool), é interessante que 40% tinham medo de abordar o problema do álcool ou medo da agressividade das pessoas com

transtornos relacionados ao uso do álcool, já na segunda esse percentual cai para apenas 3%, isso demonstra que o preparo e a capacitação podem exercer influência positiva nos conhecimentos e atitudes dos profissionais frente ao álcool, alcoolismo e alcoolista (SOARES, 2010).

Tão relevante quanto o dado anterior, foi em relação a afirmação que dizia: “de todos os meus pacientes, o paciente com transtornos relacionados ao uso do álcool é aquele que dá mais trabalho”. Na primeira aplicação 82,9% concordaram com a afirmativa, já após a capacitação apenas 26,6% concordavam. Isso corrobora com alguns estudos que afirmam que quanto mais capacitado sobre a temática, o profissional, independente da área de atuação, tende a ter atitudes mais positivas quando aos problemas relacionados ao álcool, sugerindo que, quando maior o conhecimento, o cuidado torna-se mais humanista, entretanto, apesar de capacitados, alguns ainda consideravam esta afirmação verdadeira (VAN, GABRYNOWICZ, 1977; PINAKAHANA; HAPPELL; CARTA, 2002).

Um estudo realizado por Munro *et al.* (2007), afirma que o impacto do treinamento sobre álcool e outras drogas, evidenciam que os profissionais, logo após o treinamento, revelam ter atitudes mais positivas. Isso pode ser comprovado neste estudo, pois 53,6% afirmavam sentir raiva ao trabalhar com este público durante a primeira aplicação, e após a capacitação este valor reduziu para 6,7%.

O instrumento utilizado neste estudo aborda uma questão relevante, que afirma que a pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool é um caso perdido. No primeiro momento, 90,7% concordaram com essa afirmação. A falta de preparo e conhecimento sobre o alcoolismo e sua relação com as patologias clínicas é compreensível, desde que revele que estes não tenham tido formação suficiente sobre a temática (LUCCA; VARGAS, 2006). Considerando este dado, após o término do curso, ou seja, após serem capacitados, apenas 8,9% continuaram tendo uma atitude favorável a esta afirmativa.

Tabela 3 - Bebidas alcoólicas e seu uso (Fator 4)

| Afirmação | 1ª aplicação (%) | 2ª aplicação (%) |
|---|------------------------|------------------------|
| As pessoas têm o direito de beber se elas quiserem | 78,6 | 24,4 |
| Esta é uma atitude normal | 95,0 | 55,6 |
| As bebidas alcoólicas, mesmo que usadas moderadamente, prejudicam a saúde | 16,4 | 59,9 |

Em relação ao Fator 4 que aborda as *bebidas alcoólicas e seu uso*, 78,6% concordaram que as pessoas têm o direito de beber se elas quiserem e que esta seria uma atitude normal (95%) ao serem questionadas no primeiro momento. Entretanto, após a participação no curso, essa porcentagem mudou para 24,4% e 55,6% respectivamente. Estes dados corroboram com estudo realizado por Vargas, Labate e Junior (2006) que demonstrava a predominância de atitudes pessoais negativas em relação ao álcool após participarem de alguma capacitação.

De acordo com o mesmo estudo anterior, verificou-se que mais da metade da população estudada considera que as bebidas alcoólicas, mesmo que usadas moderadamente, prejudicam a saúde (VARGAS; LABATE; JUNIOR, 2006). O que pôde ser observado neste estudo, onde 16,4% concordaram com esta afirmação na segunda aplicação, sendo que na primeira apenas 59,9% tinha a mesma opinião.

Os resultados encontrados reforçam estudos realizados anteriormente, que demonstravam que profissionais com algum conhecimento adquirido por meio de cursos, capacitações, pós-graduação ou experiência profissional com essa clientela tendem a apresentar atitudes mais positivas (HEINEMANN, RHODES, 1967). Entretanto, como qualquer outro problema, este deve ser avaliado por qualquer profissional, não apenas por profissionais capacitados, pois na maioria das vezes, não precisa necessariamente de tratamento ou acompanhamento especializado a não ser nos quadros que de detecte a dependência (SOARES, 2010).

6 CONCLUSÕES

O nível de conhecimento influencia diretamente nas atitudes dos profissionais, ou seja, este estudo demonstra que, possuir preparo para atuar com esta clientela, independente da área de atuação, o conhecimento é fator determinante para atitudes positivas.

A relação é proporcional ao considerar atitudes e conhecimento, ou seja, quanto maior o conhecimento, maior será a tendência das atitudes serem positivas.

Portanto, o objetivo principal deste estudo de identificar a percepção do profissional que lida cotidianamente com esta problemática relacionada ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista foi alcançado, onde observou-se que os profissionais que foram capacitados apresentaram atitudes mais positivas e melhor conhecimento sobre a temática após a capacitação do que no momento inicial do curso.

Portanto, considera-se a necessidade de que os demais profissionais participem destas capacitações e de novos métodos que favoreçam a aquisição de conhecimento e a mudança de atitudes dos profissionais frente a esta questão. Julga-se necessário também a inclusão desta temática nos cursos de graduação ou aumento da carga horária sobre o tema nas disciplinas já existentes, garantindo carga horária teórico-prática suficiente para a formação dos profissionais, uma vez que isso tem influência direta nas suas atitudes.

Ações como estas podem não se constituir como a única estratégia possível para o enfrentamento desta problemática, entretanto, representa uma das mais importantes medidas a serem tomadas para assegurar ao profissional um olhar mais científico frente a questão.

REFERÊNCIAS

BÍBLIA. Português. **Bíblia sagrada**: Genesis 9:21. Tradução: Centro Bíblico Católico. 109. ed rev. São Paulo: Ave Maria, 2003. p.149.

BITTENCOURT, M. N. **Atitudes de enfermeiros frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista**: comparativo entre enfermeiros de serviços especializados e outros serviços de saúde. 2012. 94f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem Materno-infantil e Psiquiatria da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde Mental e atenção básica**: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009**. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. 2009. Disponível em:
<http://www.brasilsus.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=16978>. Acesso em: 24 de abr. de 2012.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional Antidrogas. **Política Nacional Antidrogas**. D.O.U. Nº 165-27.08.2002. Brasília: Presidência da República, Gabinete de Segurança Institucional, Secretaria Nacional Antidrogas, 2001. 22p.

BRASIL. **Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho**: conhecer para ajudar. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional Antidrogas. Serviço Social da indústria. Brasília, 2006.

FORTES, J.R.A. Conceito e definição de alcoolismo. *In*: GATTO, B.C.F. **Alcoolismo**. São Paulo: Savier, 1991.

HEINEMANN, E.; RHODES, R. H. How nurses view the tuberculous alcoholic patient. **Nurs. Res.** v. 16, n. 4, p. 361-365, 1967.

HUMENIUK, R.; POZNYAK, V. **Intervenção Breve para o Abuso de Substâncias**: Guia para Uso na Atenção Primária à Saúde. Genebra: Organização Mundial de Saúde/OMS, 2004.

JARDIM, D. F. Debate sobre o artigo de Delma Pessanha Neves. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, Feb. 2004. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 Mai 2014.

JUNIOR. A.T. **Dependência de Drogas**. São Paulo: Atheneu, 2001.

LINO, T.A.L.R. **Alcoolismo**: da causa à doença. 2006. Disponível em:
<<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0054.pdf>>. Acesso em: 06 jun 2013.

LOPES, G.T.; LUIS, M.A.V. A formação do enfermeiro e o fenômeno das drogas no estado do Rio de Janeiro. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. n. 13, p. 872-879, 2005.

LUCCA, D.M.; VARGAS, D. As concepções de enfermeiros de hospital geral frente às questões relacionadas ao álcool e ao alcoolismo. **Enferm Brasil**, v. 5, n. 5, p; 260-267, 2006.

MUNRO, A.; MUNRO, H. E.; MCFADYEN, A. Assessing the impact of training on mental health nurses' therapeutic attitudes and knowledge about comorbidity: a randomized controlled trial. **Int. J Nurs Stud**. n. 44, v. 8, p. 1430-1438, 2007.

NILSEN, P. et al. Effectiveness of strategies to implement brief alcohol intervention in primary healthcare. **Scandinavian Journal of Primary Care**, Odense, v.24, n.1, p.5-15, 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16464809>>. Acesso em: 26 de abr. de 2012.

OLIVEIRA, C. **Representações sociais dos enfermeiros de hospital geral frente ao paciente alcoolista e à etiologia para o alcoolismo**. 2011. 83 Dissertação de Mestrado (Mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

OLIVEIRA, E. F. A. **A política de saúde mental em municípios de pequeno porte: entre mínimas equipes e múltiplos projetos**. 2009. 235 Dissertação de Mestrado (Mestrado). Mestrado em Política Social, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2009.

PINAKAHANA, J. HAPPELL, B. CARTA, B. Mental health professionals' attitudes to drugs and substance abuse. **Nurs Health Sci**. n. 4, v. 3, p. 57-62, 2002.

ROCHA, F. M. **Validação da Escala de Atitudes frente ao Álcool, alcoolismo e ao alcoolista para estudantes de enfermagem (EAFA-e)**. 2012. 82f. Dissertação (Mestrado em Cuidado em Saúde) – Departamento de enfermagem materno-infantil e psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

SILVEIRA, D.X; MOREIRA, F.G. **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Atheneu, 2006.

SIQUEIRA, M. M.; BARBOSA, D. A.; LARANJEIRA, R. As políticas públicas relacionadas às substâncias psicoativas e o papel do Estado. **Revista Enfermagem Atual**, n. 45, p. 25-29, 2008.

SOARES, J. **Atitudes e conhecimentos de enfermeiros frente ao álcool, alcoolismo e alcoolista: estudo comparativo entre dois grupos**. 2010. 108f. Dissertação (Mestrado em Cuidado em Saúde) – Departamento de enfermagem materno-infantil e psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

SULLIVAN, E.J., HANDLEY, S.M. Alcohol and drug abuse in nurses. **Ann Rev Nurs Res**. v. 10, p. 113-125, 1992.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). **World Drug Report**. 2012. Disponível em: <http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR_2012_web_small.pdf>. Acesso em: 16 Abr 2014.

VAN, B. GABRYNOWICZ, J. W. Doctors' and nurses' views on alcohol dependency. **Aust Nurses J.** n. 7, v. 4, p. 42,45, 1977.

VARGAS, D. **A construção de uma escala de atitudes frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista**: um estudo psicométrico. 2005. 244f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

VARGAS, D.; LABATE, R.C.; JUNIOR, M. L. C. Alcoolistas - Tratar ou Punir: disposição de enfermeiros de hospital geral. **Rev Enferm UERJ.** n. 11, p. 188-92, 2003;

VARGAS, D.; LUIS, M. A. V. Álcool, alcoolismo e alcoolista: concepções e atitudes de enfermeiros de unidades básicas distritais de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. spe, Aug. 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000700007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Abr 2013.

VITÓRIA. **Secretaria de assistência social**: o que fazemos. Vitória: Prefeitura Municipal de Vitória, Vitória, 2014. Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/semas>>. Acesso em: 10 Jun 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Implementation of screening and brief interventions for substance use and substance use disorders in primary health care**. Washington, 2013. Disponível em: <http://www.who.int/gho/substance_abuse/prevention/screening_interventions/en/index.html>. Acesso em: 02 Fev 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Drug Report**. Geneva: World Health Organization, 2008.

ARTIGO 2

ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DA REDE SOCIOEDUCATIVA FRENTE AO ÁLCOOL, ALCOOLISMO E ALCOOLISTA

Wanderson dos Santos Gonçalves; Jéssika Fialho Honório; Marluce Miguel de Siqueira

RESUMO

Introdução: O consumo mundial do álcool vem crescendo significativamente nas últimas décadas, fenômeno que tem contribuído para o aumento da carga de doenças em todo o mundo. A qualificação dos profissionais que lidam com a população usuária de drogas é alvo de grande preocupação. Neste contexto, a criação de Centros Regionais de Referência (CRR) para formação permanente é necessária. **Objetivo:** Portanto, este estudo busca identificar a percepção do profissional que lida cotidianamente com esta problemática relacionada ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista. **Metodologia:** Foi realizado um estudo exploratório, descritivo comparativo de abordagem quase-experimental, cuja investigação é fundamentada na mensuração das atitudes de um grupo de profissionais participantes do curso oferecido pelo Centro Regional de Referência sobre Drogas do Espírito Santo (CRR-ES). Foi utilizado como instrumento a Escala de Atitudes frente ao álcool, alcoolista e alcoolismo criada e validada por Vargas (2005), sendo aplicada no período pré e pós capacitação. **Resultados:** A amostra final contou com 131 participantes, sendo 53 psicólogos, 51 assistentes sociais, 20 enfermeiros, 2 advogados e 6 com profissão não especificada. Os profissionais tenderam a ter atitudes mais positivas em relação ao álcool, alcoolismo e alcoolista após participarem da capacitação. Os maiores preditores para atitudes positivas encontrados neste estudo foram possuir experiência para trabalhar com esta clientela e terem participado desta capacitação. **Conclusão:** O nível de conhecimento influencia diretamente nas atitudes dos profissionais frente ao álcool, alcoolista e alcoolismo, sendo que, quanto maior for o conhecimento maior a tendência de apresentar atitudes mais positivas.

Descritores: Alcoolismo; Saúde Mental; Conhecimentos, atitudes e praticas de saúde.

ABSTRACT

The world consumption of alcohol has increased significantly in recent decades, a phenomenon that has contributed to the increased burden of disease worldwide. The qualification of the professionals who deal with the drug user population is of great concern. In this context, the creation of Regional Centres of Reference (CRR) for ongoing training is required. Therefore, this study seeks to identify the perception of the professional who deals daily with this problem related to alcohol, alcoholism and alcoholics. An exploratory, descriptive study of comparative quasi-experimental approach, whose research is based on the measurement of the attitudes of a group of professional participants of the course offered by the Regional Reference Center on Drugs of the Holy Spirit (CRR-ES) was performed. Scale of Attitudes towards alcohol, alcoholics and alcoholism created and validated by Vargas (2005), applied in the pre and post training was used as a tool. Results: The final sample included 131 participants, 53 psychologists, 51 social workers, 20 nurses, 2 and 6 with lawyers profession not specified. Professionals tended to have more positive attitudes towards alcohol, alcoholism and alcoholics after participating in the training. The major predictors of positive attitudes were found in this study have experience to work with this clientele and have participated in this training. Conclusion: The level of knowledge directly influences the attitudes of the professional front towards alcohol, alcoholics and alcoholism, and the greater the greater knowledge tend to have more positive attitudes.

Keyword: Alcoholism; Mental Health ; Health Knowledge, Attitudes, Practice.

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, o consumo de álcool deu-se com a chegada dos portugueses, quando descobriram o costume dos índios de produzir e ingerir uma bebida denominada *cauim*, produzida a partir da mandioca, além do tabaco, que até então era desconhecido dos portugueses e outros europeus (ANDRADE; ESPINHEIRA, 2006).

No entanto, os europeus já consumiam o vinho e a cerveja e, portanto, logo aprenderam a fazer a cachaça, quando descobriram um melaço que colocavam no cocho para animais e escravos, que primordialmente denominada de “*cagaça*” (ANDRADE; ESPINHEIRA, 2006).

Segundo o antropólogo Darcy Ribeiro, o açúcar, para adoçar a boca dos europeus da amargura da escravidão; a cachaça para alterar a consciência, para calar as dores do corpo e da alma, para açoitar espíritos em festas, para atizar coragem em covardes e para aplacar traições e ilusões. Para tudo, na alegria e na tristeza, o brasileiro justifica o uso do álcool, da branquinha à amarelinha, do escuro ao claro do vinho, sempre com diminutivos (ANDRADE; ESPINHEIRA, 2006).

O uso de substâncias psicoativas constitui um risco significativo para a saúde e, em todo o mundo, o uso de drogas ilícitas parece estar geralmente estável, embora permaneça crescente em vários países em desenvolvimento (UNODC, 2013).

De acordo com o Relatório do Uso de Drogas Mundial aproximadamente 230 milhões de pessoas, o equivalente a 5% da população adulta, usou alguma droga ilícita pelo menos uma vez no ano de 2010; consumidores problemáticos de droga equivalem cerca de 27 milhões, o que representa 0,5% da população mundial adulta (UNODC, 2013).

Dados do Observatório de Saúde Mundial em relação a recursos para tratamento e prevenção do distúrbio do uso de substâncias, evidenciam que a carga global de doenças atribuíveis ao álcool e uso de drogas ilícitas atinge 5,4% da carga total de doenças. Quanto à implementação de triagem e intervenções breves para o uso de substâncias e transtornos decorrentes do uso de substâncias em cuidados de saúde primários, apenas, 9% dos países tem a avaliação com exames de rotina e intervenções breves para uso de álcool e transtornos pelo uso na Atenção Básica (WHO, 2008).

O consumo de diversas substâncias está aumentando cada vez mais em vários países; sendo a combinação mais frequente do álcool com drogas ilegais. A prevalência anual do uso de álcool é de 42%, que é oito vezes maior do que a prevalência anual do uso de drogas ilícitas (5%). Episódios de consumo problemático de álcool são oito vezes mais prevalentes do consumo problemático de droga semanal (UNODC, 2013).

Sendo um dos principais riscos para saúde do mundo o uso prejudicial do álcool, que contribui para o aparecimento de mais de 60 tipos de doenças e lesões e, tem como resultado aproximadamente 2,5 milhões de mortes por ano (WHO, 2011).

Cerca de 12% dos adultos brasileiros são dependentes do álcool. Seu uso nocivo tem um impacto importante na saúde pública, sendo, atualmente classificado como o terceiro principal fator de risco para doenças e incapacidade no mundo. Apenas em 2005, o consumo per capita mundial igualou 6,13 litros de álcool por pessoal com 15 anos ou mais (WHO, 2011; BRASIL, 2012).

Levantamento realizado no Brasil pela Secretaria de Vigilância aponta que o percentual da prevalência do consumo abusivo de álcool aumentou de 2006 a 2009. Principalmente na faixa etária de 18 a 24 anos que, em 2006 era de 18,9% em 2009 passou a ser de 23%. Outro estudo realizado durante o período de 2006 a 2010, mostra que foram contabilizados 40,6 mil óbitos causados por substâncias psicoativas sendo que, o álcool aparece na primeira colocação entre as causas, sendo responsável por 85% dessas mortes (BRASIL, 2007a; BRASIL, 2009; CNM, 2012).

De acordo com o 1º Levantamento Nacional sobre Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira, realizado em 2006, em relação aos problemas decorrentes do uso de álcool: os problemas sociais, no trabalho, familiares, físicos, legais e com violência estava em maior parte na população masculina; as questões legais envolviam igualmente ambos os sexos; a maioria desses problemas estavam com foco na região nordeste; e, todos estavam envolvendo a classe econômica "E" (BRASIL, 2007_a; BRASIL, 2007_b).

Em análise das políticas públicas brasileiras aponta uma estruturação e fortalecimento de uma rede de atenção aos usuários de substâncias psicoativas

(SPAs) e suas famílias, centrada no atendimento comunitário, na visão de redução de danos, reinserção social, na articulação com os vários níveis de complexidade e na integralidade (SIQUEIRA; BARBOSA; LARANJEIRA, 2008; WANDEKOKEN; SIQUEIRA, 2011).

Considerando o cenário epidemiológico do consumo do álcool no Brasil e a lacuna assistencial nas políticas de saúde para a questão da prevenção e tratamento dos transtornos associados ao consumo do álcool e de outras drogas, além, da necessidade de intensificar, ampliar e diversificar as ações orientadas para prevenção, promoção da saúde, tratamento e redução dos riscos e danos associados e do fortalecimento e qualificação da rede de atenção à saúde mental existente, o Governo Federal instituiu, a partir da publicação da portaria nº 1.190/2009, o “Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde – SUS (PEAD)”, um conjunto de ações voltadas à ampliação das ações relacionadas à intervenção sobre este fenômeno (BRASIL, 2009).

Estas ações devem, desde a atenção básica, obedecer ao modelo de redes de cuidado de base territorial e ter atuação transversal com outras políticas específicas que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento, além da capacitação destas equipes, em especial dos profissionais da área da saúde que atuam diretamente com os usuários do serviço (BRASIL, 2003).

Observando ainda o cotidiano do consumo de SPAs no Brasil, identifica-se que muitas são as variáveis que podem influenciar a implantação de procedimentos de detecção e intervenções ao uso de álcool, crack e outras drogas no contexto da saúde, onde se destacam a falta de tempo dos profissionais e sobrecarga de trabalho, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS), alta rotatividade entre os profissionais, falta de infraestrutura (VIANNA, 2008) e a forma de organização dos serviços e sistemas de saúde (BABOR; HIGGINS-BIDDLE, 2000).

As capacitações para atuação na prevenção em problemas relacionados ao álcool e outras drogas são necessárias e fundamentais, pois sabidamente contribuem para a inserção de práticas de prevenção na prática diária da assistência (NILSEN; et al, 2006). Assim, a qualificação dos profissionais para o efetivo acolhimento das demandas apresentadas e para a estruturação das ações voltadas a promoção da

saúde e à prevenção e tratamento dos problemas de saúde a este público, constitui um dos principais desafios da rede no que tange ao atendimento em saúde mental na rede pública (BRASIL, 2003).

No Espírito Santo os serviços concentram-se na região metropolitana do Estado, apresentando a necessidade de descentralização do atendimento especializado, distribuindo esse serviço nas demais. Além disso, é necessário colocar ênfase no atendimento ambulatorial, visto que, muitas vezes o tratamento a esses usuários ainda prioriza o atendimento hospitalar (SIQUEIRA; BARBOSA; LARANJEIRA, 2008).

Diante da atual fragilidade da atenção que é fornecida a este público no Brasil e no Espírito Santo e, considerando a grande expansão do consumo do álcool e outras drogas e de busca por tratamento ocorrida nos últimos anos, o Governo Federal criou o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, através do Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010 (BRASIL, 2010); o qual incentivou a criação do Centro Regional de Referência sobre Drogas do Espírito Santo (CRR-ES) dentre outros no país, desenvolvido no Estado através de uma parceria entre a UFES/Centro de Estudos e Pesquisas sobre Álcool e outras Drogas (CEPAD) e os municípios de Vitória e Vila Velha (SIQUEIRA *et al.*, 2011).

O CRR-ES oferece cursos voltados aos profissionais da Atenção Básica de Saúde (agentes comunitários de saúde, redutores de danos, agentes sociais e médicos); profissionais das redes de saúde e assistência social; profissionais de hospital geral e; profissionais do Poder Judiciário, Ministério Público e entidades que atuam no atendimento/apoio a adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas, com privação de liberdade, que visam intensificar, ampliar e diversificar as ações oferecidas pelos serviços no sentido da promoção da saúde, da prevenção e da redução de riscos e danos associados ao consumo de crack e outras drogas, ampliando a capacidade técnica dos profissionais para a atenção integral aos consumidores (SIQUEIRA *et al.*, 2011).

Considerando as evidências científicas sobre o aumento da violência e do consumo do álcool, principalmente a violência doméstica e da mulher, além dos diversos problemas associados, fazem-se necessárias políticas públicas brasileiras pertinentes para a abordagem do tema. Além de uma rede de atenção articulada e

fortalecida que seja eficaz na prestação de atendimento aos usuários e familiares (WANDEKOKEN; SIQUEIRA, 2011; WAISELFISZ, 2012).

Esse tem sido um dos grandes problemas a serem enfrentados, pois, não há profissionais capacitados no mercado de trabalho em número suficiente, que tenham o perfil, competências e habilidades adequados para desenvolver as atribuições fundamentais, em decorrência de os projetos político-pedagógico das graduações privilegiar sobremaneira o modelo tradicional da medicina individual, baseado fundamentalmente na clínica, centrado no indivíduo e no atendimento hospitalar (AZOURY, 2003).

O presente estudo faz-se necessário, pois além das atitudes e conhecimentos dos profissionais sobre o consumo do álcool, despertar pouco interesse dos pesquisadores, de um modo geral, causando uma lacuna nessa área do conhecimento e corroborando, de certa forma, com a manutenção do “estigma e preconceito” com o portador deste transtorno mental na sociedade (SOARES; VARGAS; OLIVEIRA, 2011; VARGAS; SOARES, 2011). Portanto, este estudo tem por objetivo identificar a percepção do profissional que lida cotidianamente com esta problemática relacionada ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo comparativo de abordagem quase-experimental, cuja investigação é fundamentada na mensuração das crenças, atitudes e conhecimentos de um grupo de profissionais participantes do curso oferecido pelo Centro Regional de Referência sobre Drogas do Espírito Santo (CRR-ES), frente ao álcool, alcoolismo e ao alcoolista.

O estudo foi realizado junto aos profissionais participantes do curso de Atualização em Crack e outras Drogas com foco em adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas oferecido pelo CRR-ES voltado para profissionais do Poder Judiciário, Ministério Público e entidades que atuam no atendimento/apoio a adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas.

A população estudada é constituída por profissionais do Poder Judiciário, Ministério Público e entidades que atuam no atendimento/apoio a adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas, com privação de liberdade que participaram da capacitação oferecida pelo CRR-ES.

Foram convidados a participar do estudo todos os sujeitos regularmente matriculados no curso oferecido pelo CRR-ES, ou seja, 141 profissionais, destes, foram *incluídos* 131 no estudo que aceitaram participar desta pesquisa. Foram *excluídos* 10 profissionais que não possuíram condições de responder ao instrumento, no momento da aplicação ou não aceitaram participar do estudo.

Utilizou-se, como instrumento de mensuração das atitudes a “Escala de Atitudes Frente ao Álcool, ao Alcoolismo e ao Alcoolista” (EAFAAA), composta por 50 itens, divididos entre quatro fatores que abordam o tema sob ângulos diferentes (VARGAS, 2005).

A EAFAAA é composta de quatro fatores principais que a norteiam (VARGAS, 2005), sendo que este estudo busca analisar o Fator 02: “A pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool”, e o Fator 03: “Os transtornos relacionados ao uso do álcool/ alcoolismo”.

O instrumento foi aplicado de forma *online*, na página oficial do curso de capacitação e os dados do estudo foram analisados com o auxílio do programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS 17). A execução deste estudo está de acordo com a Resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa com Seres Humanos e foi autorizado para execução a partir do protocolo n. 732.798.

RESULTADO E DISCUSSÃO

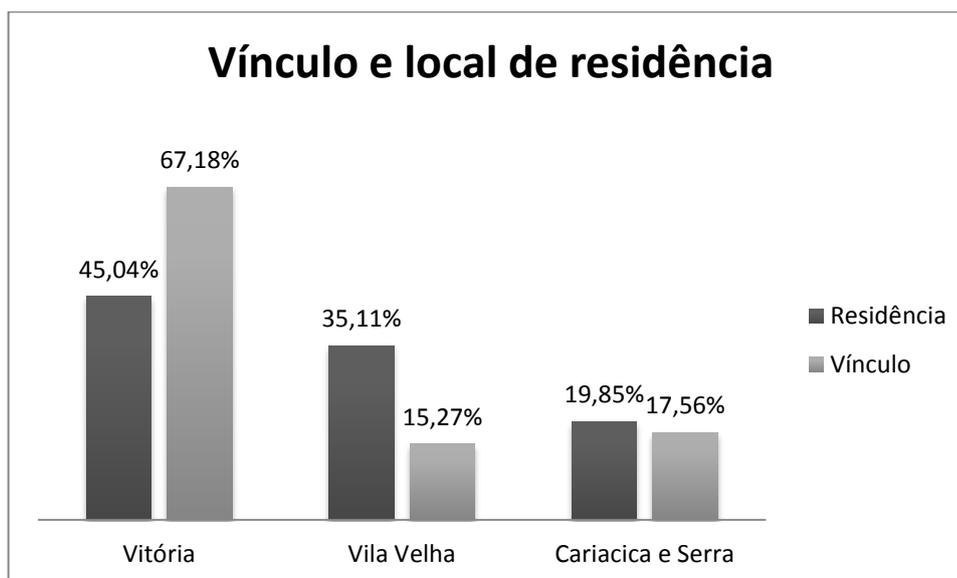
Perfil sociodemográfico dos profissionais

Estudos confirmam que o mais importante aspecto de um programa educacional em saúde é conseguir disponibilizar o aprendizado da prática clínica para o cuidado de qualidade (RASSOOL, RAWAF, 2007). Em acordo com isso, os cursos oferecidos pelo CRR-ES visam o aprimoramento da qualidade dos serviços, dessa forma,

espera-se ampliar a capacidade técnica dos profissionais para a atenção integral (GOMES *et al.*, 2012).

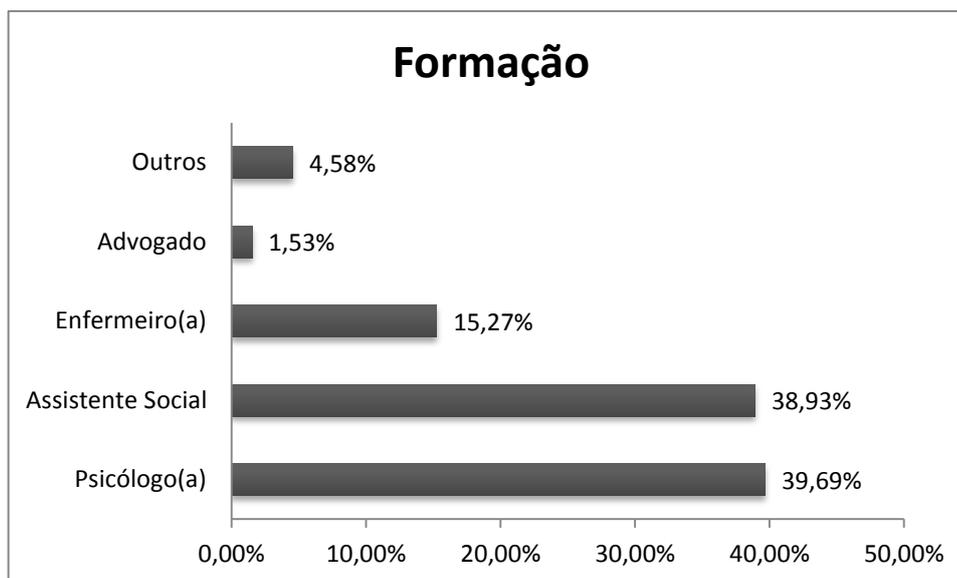
As concepções dos profissionais a cerca do uso do álcool são de suma importância para uma interação adequada com o consumidor, sendo necessário conhece-las e adequá-las. Dentro desse contexto, observou-se que dentre os alunos do curso do CRR-ES, 81,68% são do sexo feminino, 45,04% residem em Vitória e 35,11% em Vila Velha. Observou-se também que 34,35% possuem vínculo empregatício há menos de um ano, 53,44% de um a cinco anos e 12,21% há mais de cinco anos sendo que destes, 67,18% trabalham no município de Vitória 15,27% no município de Vila Velha e 17,56% em Cariacica ou Serra.

Gráfico 1 - Vínculo e local de residência dos profissionais



Dentre os sujeitos, 39,69% eram formados em psicologia, 38,93% em serviço social, 15,27% em enfermagem, 1,53% em direito e 4,58% possuíam outra graduação não especificada.

Gráfico 2 – Formação dos profissionais da rede socioeducativa



Análise do Fator 2 - A pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool

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

| Afirmação | 1ª aplicação (%) | 2ª aplicação (%) |
|---|------------------|------------------|
| Pessoas com transtornos relacionados ao uso do álcool não têm bom senso | 55,0 | 24,4 |
| Pessoas com transtornos relacionados ao uso do álcool tem maior probabilidade de se tornarem violentos contra mim | 61,4 | 17,8 |
| Não confio nas informações que pessoas com transtornos relacionados ao uso do álcool relatam | 78,5 | 24,8 |
| Penso que a pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool é culpada por seus problemas de saúde | 45,0 | 20,0 |
| A pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool acaba sempre voltando ao serviço de saúde com o mesmo problema | 75,0 | 37,8 |

Quando analisamos o Fator 2 da EAFAAA que aborda sobre a pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool, observamos, na primeira aplicação, atitudes negativas sobre a temática. Pois, num primeiro momento, 55% afirmaram que pessoas com transtornos relacionados ao uso do álcool não têm bom senso e que pessoas com transtornos relacionados ao uso do álcool tem maior probabilidade de se tornarem violentos contra mim (61,4%). Ao considerar a premissa de que o

preparo e a capacitação podem exercer influencia direta nos conhecimentos e atitudes dos profissionais frente ao álcool, alcoolista e alcoolismo (SOARES, 2010), observa-se considerável mudança na segunda aplicação, pois 75,6% passaram a discordar da primeira afirmação e 82,2% da segunda, havendo, portanto, diminuição considerável das atitudes negativas sobre a temática.

Ao se analisar a confiança nas informações que pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool relatam, 78,5%, na primeira aplicação, afirmaram não confiar nestes. Percebe-se, portanto, que neste momento, os profissionais possuíam descrédito e pouca esperança nos indivíduos. Essa concepção, se permanecida, pode levar o profissional a pouco valorizar o atendimento ao alcoolista (VARGAS; LUIS, 2008). Entretanto, após a finalização da capacitação, apenas 24,4% dos sujeitos continuam com a mesma opinião. A permanência dessa visão reducionista, considerada uma concepção secular da população em geral, não de desfaz de um dia para o outro, pois o profissional, por mais conhecimento que possua, é influenciado pelo meio em que vive (VARGAS; LUIS, 2008; BITTENCOURT, 2008).

Em estudo realizado por Vargas e Labate (2003), foi observado que a maioria dos profissionais tendem a julgar o alcoolista como responsável pela sua doença, visto que a pessoa procura pela bebida. Este estudo corrobora com os dados encontrados na primeira aplicação, onde 45% concordavam que a pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool é culpada por seus problemas de saúde e 75% pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool acaba sempre voltando ao serviço de saúde com o mesmo problema. Em outro estudo, Vargas e Luis (2008), encontraram os mesmos dados, onde os sujeitos estudados concordavam que o alcoolista tem poucas chances de recuperação, pois ao contrário de outros pacientes, eles não terão seus problemas resolvidos e sempre retornarão ao serviço para um novo atendimento.

Na segunda aplicação, entretanto, estes dados mudaram. Considerando que o preparo e o conhecimento relacionam-se diretamente às atitudes positivas frente ao alcoolista (WILLAIN; LADELUND, 2005), 80% passaram a discordar que a pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool é culpada por seus problemas de saúde e 62,2% pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool acaba sempre voltando ao serviço de saúde com o mesmo problema.

Portanto, o fato é que o consumo indevido do álcool envolve aspectos individuais, ambientais e familiares, e acarreta consequências físicas, psíquicas e sociais tanto para o indivíduo quanto para a família e a comunidade onde ele se encontra inserido (WANDEKOKEN; SIQUEIRA, 2011).

Concorda-se que a maneira como alguns profissionais percebem o alcoolista e conduzem o acompanhamento dos mesmos é essencial para a qualidade e adesão ao tratamento e realização de atividades de prevenção, sendo as atitudes estigmatizantes, uma barreira para o tratamento (SOARES, 2010).

Análise do Fator 3 - Os transtornos relacionados ao uso do álcool/alcoolismo

Tabela 5 - Os transtornos relacionados ao uso do álcool/alcoolismo (Fator 3)

| Afirmação | 1ª aplicação (%) | 2ª aplicação (%) |
|--|------------------|------------------|
| Penso que passar por um desajuste familiar leva ao alcoolismo | 11,7 | 57,7 |
| Pessoas insatisfeitas abusam do álcool | 2,8 | 57,8 |
| As questões sociais levam o indivíduo a beber | 1,4 | 77,7 |
| Predisposições hereditárias levam ao alcoolismo | 17,9 | 80,0 |
| Pessoas tímidas ou inibidas têm maior chance de desenvolver o alcoolismo | 15 | 55,6 |
| As pessoas que desenvolvem o alcoolismo tem baixa autoestima | 5,7 | 62,3 |
| As pessoas com transtornos relacionados ao uso do álcool são psicologicamente abaladas | 15,0 | 73,3 |

Neste sentido, é importante considerar o alcoolismo como doença. Estudos evidenciam que há consenso entre os profissionais a respeito do alcoolismo caracterizar-se como doença (VARGAS; LABATE, 2003; VARGAS, 2005). Entretanto, ainda existe um desconforto e embaraço ao lidar com este público, pois o alcoolismo ainda é visto como “moralmente” errado (SOARES, 2010).

Considerando o exposto, apenas 11,7% dos sujeitos deste estudo afirmaram que passar por um desajuste familiar leva ao alcoolismo durante a primeira aplicação, e mais, 2,8% que pessoas insatisfeitas abusam do álcool, estes valores mudam para

57,7% e 57,8% respectivamente na segunda aplicação. Os mesmos dados foram observados num estudo que foi observado que o alcoolista passaram a ter problemas com a família após o uso do álcool (GURGEL, MOCHEL, FILHA, 2010). Portanto, as atitudes negativas quanto as afirmações, na primeira aplicação, podem, de forma geral, estar relacionadas a falta de conhecimento do profissional em relação ao problema alcoolismo (BERTOLOTE; LEMOS, 1983; FIGLIE *et al.*, 1997).

Em estudos realizados nos EUA, Austrália e Reino Unido demonstram que as questões sociais e predisposições hereditárias levam o indivíduo a beber (ELIASON; GERKEN, 1999; ELGUEBALY *et al.*, 2000; HAPPELL; TAYLOR, 2001). Durante a primeira aplicação, foi observado que 1,4% concordavam que as questões sociais influenciam na procura pela bebida alcoólica e 17,9% concordam que questões hereditária está diretamente ligada ao alcoolismo. Entretanto, após a capacitação, 77,7% passaram a concordar na influencia social para o alcoolismo e 80% na influencia hereditária. Isso demonstra que o preparo e a capacitação podem exercer influência positiva nos conhecimentos e atitudes dos profissionais frente ao álcool, alcoolismo e alcoolista (SOARES, 2010).

Ainda sobre as questões psicossociais, durante a aplicação, 15% concordavam que pessoas tímidas ou inibidas, 5,7% pessoas com baixa auto-estima têm maior chance de desenvolver o alcoolismo e 15% que pessoas com transtornos relacionados ao uso do álcool são psicologicamente abaladas. Já após a capacitação 55,6% passaram a concordar com a primeira afirmativa, 62,3% concordaram da segunda e 73,3% com a terceira. Os resultados encontrados reforçam estudos realizados anteriormente, que demonstravam que profissionais com algum conhecimento adquirido por meio de cursos, capacitações, pós-graduação ou experiência profissional com essa clientela tendem a apresentar atitudes mais positivas (HEINEMANN, RHODES, 1967).

CONCLUSÕES

A relação do conhecimento e atitudes é proporcional, ou seja, quanto maior o conhecimento, maior será a tendência das atitudes serem positivas. O conhecimento é fator determinante nas atitudes dos profissionais, pois possuir conhecimento sobre

a temática é fator determinante para atitudes positivas. ou seja, este estudo demonstra que, possuir preparo para atuar com esta clientela, independente da área de atuação, o conhecimento é.

Portanto, o objetivo principal deste estudo de identificar a percepção do profissional que lida cotidianamente com esta problemática relacionada ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista foi alcançado, onde observou-se que os profissionais que foram capacitados apresentaram atitudes mais positivas e melhor conhecimento sobre a temática após a capacitação do que no momento inicial do curso.

Portanto, considera-se a necessidade de que os demais profissionais participem destas capacitações e de novos métodos que favoreçam a aquisição de conhecimento e a mudança de atitudes dos profissionais frente a esta questão. Julga-se necessário também a inclusão desta temática nos cursos de graduação ou aumento da carga horaria sobre o tema nas disciplinas já existentes, garantindo carga horaria teórico-prática suficiente para a formação dos profissionais, uma vez que isso tem influencia direta nas suas atitudes.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, T.M.; ESPINHEIRA, C.GD. **A presença das bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas na cultura brasileira**. Brasília: Supera, 2006.

AZOURY, E. B. **Curso básico em saúde da família**: a construção de um projeto local para requalificação profissional no Espírito Santo. 2003. 205f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Rio de Janeiro, 2003.

BABOR, T.F.; HIGGINS-BIDDLE, J.C. Alcohol screening and brief intervention: dissemination strategies for medical practice and public health. **Addiction**. n. 95, v. 5, p. 677-686, 2000.

BERTOLETE, J. M.; LEMOS, N. L. T. Alcoolismo: sua detecção no Hospital Geral. **Acta Médica**. n. 2, v. 1, p. 290-295, 1983.

BITTENCOURT, M. N. **Atitudes de enfermeiros frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista**: comparativo entre enfermeiros de serviços especializados e outros serviços de saúde. 2012. 94f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem Materno-infantil e Psiquiatria da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

BRASIL. **I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira**. Secretaria Nacional sobre Drogas. Brasília: Gabinete de Segurança, 2007.

BRASIL. **Instituições de prevenção, tratamento e redução de danos ajudam a afastar o vício**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009**. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Portaria nº. 7179, de 20 de maio de 2010**. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Brasília, 2010.

BRASIL. **Saúde Mental e atenção básica**: o vínculo e o diálogo necessários Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. **Vigitel Brasil 2006**: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. **Vigitel Brasil 2009**: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS (CNM). **Estudos técnicos**: Mortes causadas pelo uso de substâncias psicotrópicas no Brasil. CNM: Porto Alegre, 2012.

EL-GHEBALY, N. et al. Medical education in substance-related disorders: components and outcome. **Addiction**. n. 95, v. 6, p. 949-957, 2000.

ELIASON, M. J.; GERKEN, K. C. Attitudes shown by nursing college students, staff, and faculty towards substance abuse. **Journal of Substance Use**. n. 4, p. 155-163, 1999.

FIGLIE, N. B. et al. O AUDIT identifica a necessidade de interconsulta específica para dependentes do álcool no hospital geral? **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. n. 48, v. 11, p. 589-193, 1997.

GOMES, A. M. A, et al. Relação médico-paciente: entre o desejável e o possível na atenção primária à saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, n. 22, v. 3, p. 1101-1119, 2012.

GURGEL, W. B.; MOCHEL, A. G.; FILHA, F. S. S. C. O abuso do álcool como problema político: análise das estratégias políticas de assistência ao consumidor abusivo do álcool no Brasil contemporâneo. **Cad. Pesq**. n. 17, v. 1, 2010.

HAPPELL, B.; TAYLOR, C. Negative attitudes toward clients with drug and alcohol related problems: finding the elusive solution. **Aust N Z J Ment Health Nurs**, n. 10, v. 2, p. 87-96, 2001.

HEINEMANN, E.; RHODES, R. H. How nurses view the tuberculous alcoholic patient. **Nurs. Res.** v. 16, n. 4, p. 361-365, 1967.

NILSEN, P. *et al.* Effectiveness of strategies to implement brief alcohol intervention in primary healthcare. **Scandinavian Journal of Primary Care**, n. 24, v. 1, p. 5-15, 2006.

RASSOOL, G.K.; RAWAF, S. Educational intervention of undergraduate nursing students' confidence skills with alcohol and drug misusers. **Nurse education today**. Edinburgh, n. 28, v. 3, p. 284-292, 2008.

SIQUEIRA, M. M.; BARBOSA, D. A.; LARANJEIRA, R. As políticas públicas relacionadas às substâncias psicoativas e o papel do Estado. **Revista Enfermagem Atual**, n. 45, p. 25-29, 2008.

SIQUEIRA, M. M.; *et al.* **Centro Regional de Referência para Educação Permanente sobre Substâncias Psicoativas para a Rede de Atenção a Saúde da Grande Vitória**. Vitória: SENAD-UFES, 2011.50p.

SOARES, J. **Atitudes e conhecimentos de enfermeiros frente ao álcool, alcoolismo e alcoolista**: estudo comparativo entre dois grupos. 2010. 108f. Dissertação (Mestrado em Cuidado em Saúde) – Departamento de enfermagem materno-infantil e psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

SOARES, J.; VARGAS, D.; OLIVEIRA, M. A. F. Atitudes e conhecimentos de profissionais de saúde diante do álcool, alcoolismo e do alcoolista: levantamento da produção científica nos últimos 50 anos. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 1, abr. 2011. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762011000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 06 Nov. 2012.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). **World Drug Report**. 2012. Disponível em: <http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR_2012_web_small.pdf>. Acesso em: 16 Abr 2014.

VARGAS, D. **A construção de uma escala de atitudes frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista**: um estudo psicométrico. 2005. 244f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

VARGAS, D.; LABATE, R.C.; JUNIOR, M. L. C. Alcoolistas - Tratar ou Punir: disposição de enfermeiros de hospital geral. **Rev Enferm UERJ**. n. 11, p. 188-92, 2003.

VARGAS, D.; LUIS, M. A. V. Álcool, alcoolismo e alcoolista: concepções e atitudes de enfermeiros de unidades básicas distritais de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. spe, Aug. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000700007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Abr 2013.

VARGAS, D.; SOARES, J. Atitudes de enfermeiros frente ao alcoolismo: revisão da literatura. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 16, n. 2, Abr/Jun. 2011. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs-2.2.4/index.php/cogitare/article/viewFile/17619/14218>>. Acesso em: 06 Nov. 2012.

VIANNA, V.P.T. **Eficácia de uma sessão de intervenção breve na redução do uso de álcool e problemas relacionados**. 94f. Tese (Doutorado em Psicobiologia) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2008.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2012: A Cor dos Homicídios no Brasil**. Rio de Janeiro: CEBELA, FLACSO; Brasília: SEPPIR/PR, 2012.

WANDEKOKEN, K.D. ; SIQUEIRA, M.M. . Discursos Políticos e a Rede de Atenção aos Usuários de Substâncias Psicoativas. **Saúde em Debate**, v. 35, p. 105-112, 2011.

WILLAING, I.; LADELUND, S. Nurse counseling of patients with na overconsumption of alcohol. **J Nurs Scholarsh**. n. 37, v.1, p. 30-35, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Implementation of screening and brief interventions for substance use and substance use disorders in primary health care**. Washington, 2013. Disponível em: <http://www.who.int/gho/substance_abuse/prevention/screening_interventions/en/index.html>. Acesso em: 02 Fev 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Drug Report**. Geneva: World Health Organization, 2008.

Capítulo do Livro:

Síndrome de dependência alcoólica: da teoria a prática do cuidar, 2013

POLÍTICAS PÚBLICAS E DIREITO A SAÚDE: DILEMAS E DESAFIOS DO CONSUMO DE ÁLCOOL

Wanderson dos Santos Gonçalves; Marluce Miguel de Siqueira

1 INTRODUÇÃO

O álcool é uma substância psicoativa que pode ser encontrada em diversas bebidas fermentadas (por ex. cerveja, vinho) e destiladas (por ex. cachaça, vodca,), bebidas vendidas e consumidas sem restrições, sob estímulo da mídia impressa, falada e com aceitação de toda a sociedade. Infelizmente, não estão informados nos rótulos dessas garrafas e nas peças de publicidade os malefícios associados ao seu consumo - acidentes de trânsito, trabalho, violência urbana e doméstica, doenças crônicas, dependência, etc. Segundo Edinilsa Ramos de Souza (2013), pesquisadora do Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde (Claves/Ensp/Fiocruz), "...o álcool não é percebido no imaginário social como uma droga".

Há tolerância com o consumo de álcool no País, uma postura de aceitação, uma naturalização do beber, incorporado à nossa cultura. Metade da população brasileira consome bebidas alcoólicas com alguma frequência, sem que tenha percepção clara de que álcool também é uma droga: "...ele está no limiar entre droga, alimento e combustível da alegria", observa o antropólogo Mauricio Fiore, pesquisador do Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Psicoativos (NEIP).

Somado a isto, cerca de 4% das mortes no mundo são atribuídas a bebidas alcoólicas, superando as causadas por HIV/AIDS, violência e tuberculose, de acordo com o Relatório Global sobre Álcool e Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2011). A OMS enfatiza que "o uso do álcool continua recebendo pouca atenção em termos de políticas públicas, incluindo as políticas de saúde", apesar de ser o terceiro maior fator de risco para doenças e invalidez do mundo — em países em desenvolvimento, é o maior risco.

O uso crônico da bebida alcoólica pode causar diretamente 60 (sessenta) tipos de doenças e lesões dentre elas, destacam-se: cirrose, pancreatite, cânceres de cólon, reto, mama, laringe, fígado, esôfago, boca e faringe, transtornos mentais, epilepsia, hipertensão, diabetes, má formação de feto e outras 200 (duzentas) indiretamente, como por exemplo, é fator de risco para a transmissão de HIV/AIDS e tuberculose; além de estar associada a problemas sociais como os homicídios, agressões, negligência contra crianças, acidentes de trânsito, faltas ao trabalho.

O álcool também é um grande desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS) nos serviços de emergência - 16,3% dos atendimentos por acidentes e violências em serviços públicos de urgência e emergência são pessoas embriagadas, segundo o Inquérito Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) que ouviu 47 mil pessoas em 71 hospitais de todas as capitais e do Distrito Federal (Ministério da Saúde, 2011). O estudo aponta que 49% dos atendidos por terem sofrido agressão haviam bebido (maioria homens entre 20 e 39 anos), 36,5% com lesão autoprovocada e 21,2% em decorrência de acidente no trânsito.

Enfim, assistimos um equívoco em termos de políticas públicas no Brasil, com o estabelecimento de prioridade para o combate ao crack, enquanto se permite a propaganda de outra droga – o álcool. A política pública, especialmente a do “álcool” deveria seguir o bem-sucedido exemplo do “tabaco”, que teve como efeito a diminuição significativa de fumantes no País, a partir do aumento de preços e da proibição de propaganda, dentre outras medidas. Ou seja, as políticas de públicas no Brasil são praticamente inexistentes e as poucas leis que existem para regular a indústria não são bem aplicadas.

2 POLÍTICA NACIONAL SOBRE DROGAS

No Brasil, a elaboração da Constituição de 1988, destacou a saúde como uma das condições essenciais a uma vida digna sendo, portanto, um direito humano fundamental. Com isso, a nossa Política de Saúde foi formulada com a finalidade de viabilizar o direito à saúde. A garantia deste princípio constitucional acontece com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem o seu funcionamento organizado pelas Leis nº 8.080/90 e 8.142/90. Com o SUS, a saúde passa a ser pensada como uma obrigatoriedade do Estado, por meio da responsabilidade das

esferas de governo federal, estadual e municipal. Essas esferas participam na gestão do sistema de saúde e também no financiamento e oferta de serviços. Assim, o SUS foi concebido e funciona a partir dos princípios doutrinários, que são a Universalidade, Integralidade e a Equidade (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b; RONZANI; MOTA, 2010).

Durante as décadas de 70 e 80 o Brasil possuía uma política de controle do uso indevido de drogas ainda incipiente, envolvendo vários poderes do Estado. Na década de 80 e até o início dos anos 90, pouco havia sido feito pelos órgãos responsáveis de saúde pública em termos de uma política de atendimento aos usuários de drogas (LUIS et al, 2011).

Para tratar do “Problema Mundial das Drogas”, em junho de 1998, a Presidência da República, adere aos “Princípios Diretivos de Redução da Demanda por Drogas”, ou seja, após essa adesão, é que foram tomadas as primeiras medidas relacionadas ao problema “drogas”. O Conselho Federal de Entorpecentes (COFEN) foi transformado em Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e, assim, criada a *Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD)* ligada diretamente à, então, Casa Militar da Presidência da República (BRASIL, 2010).

Em 2002, por meio do Decreto Presidencial nº 4.345 de 26 de agosto de 2002, foi instituída a *Política Nacional Antidrogas (PNAD)*, que tem como metodologia a interação entre governo e sociedade. E, coube à SENAD mobilizar os diversos atores envolvidos com o tema para a criação da política brasileira, que orienta-se pelo princípio da responsabilidade compartilhada, no sentido de ampliar a consciência para a importância da intersectorialidade e descentralização das ações sobre drogas no país, diferenciando o usuário, a pessoa em uso indevido, o dependente e o traficante de drogas (BRASIL, 2001b; BRASIL, 2010).

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

A Presidência da República, em 2003, apontou a necessidade de construção de uma nova agenda nacional para a redução da demanda de drogas no País. Essa agenda contemplaria três pontos principais: 1) a integração das políticas públicas setoriais com a Política Nacional Antidrogas, visando ampliar o alcance das ações; 2) a descentralização das ações em nível municipal, permitindo a condução local das atividades da redução da demanda, devidamente adaptadas à realidade de cada município; 3) e o estreitamento das relações com a sociedade e com a comunidade científica (DUARTE; DALBOSCO, 2010).

A Política Nacional Antidrogas foi aprovada em 23 de maio, entrando em vigor em 27 de outubro de 2005, por meio da *Resolução nº 3/GSIPR/ CONAD*, a política realinhada passa a chamar-se *Política Nacional sobre Drogas (PNAD)*, isso aconteceu devido a ampla participação popular, embasada em dados epidemiológicos atualizados e cientificamente fundamentados (BRASIL, 2010).

A PNAD está estruturada através da introdução e de pressupostos básicos: sociedade livre do uso de drogas; estabelecer diferenças; conscientizar; direito; prevenção; cooperação internacional; desmantelamento do crime organizado; impedir utilização do território nacional; incentivar ações integradas; reduzir oferta de drogas e responsabilidade compartilhada, objetivos: conscientizar; educar, informar, capacitar; sistematizar as iniciativas; implementar a rede de assistência; promover as iniciativas que obtiverem resultados favoráveis; reduzir as consequências sociais e de saúde; coibir crimes; rigor metodológico nas atividades de redução de demanda; garantir a inovação dos métodos e programas de redução de demanda e; instituir sistema de gestão e 05 (cinco) dimensões de ação: 1) Prevenção; 2) Tratamento-Recuperação e Reinserção Social; 3) Redução de Danos; 4) Repressão e 5) Ensino e Pesquisa (BRASIL, 2010).

Com a aprovação da Lei n. 11.343 de 23 de agosto de 2006, foi instituído o *Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD)*, bem como sua regulamentação, tendo como princípio básico a responsabilidade compartilhada entre Estado e Sociedade (BRASIL, 2006).

O SISNAD está organizado de modo a assegurar a orientação central e a execução descentralizada das atividades realizadas em seu âmbito e tem como objetivos (BRASIL, 2006):

- Contribuir para a inclusão social do cidadão, tornando-o menos vulnerável a assumir comportamentos de risco para o uso indevido de drogas, tráfico e outros comportamentos relacionados;
- Promover a construção e a socialização do conhecimento sobre drogas no país;
- Promover a integração entre as políticas de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas;
- Reprimir a produção não autorizada e o tráfico ilícito de drogas;
- Promover as políticas públicas setoriais dos órgãos do Poder Executivo da União, Distrito Federal, Estados e Municípios.

Com o SISNAD, houve a reestruturação do Conselho Nacional Antidrogas, passando a se chamar *Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD)* em 23 de julho de 2008, pela Lei nº 11.754. Esta lei também alterou o nome da Secretaria Nacional Antidrogas para *Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD)*, constituindo-se um marco histórico decorrente da nova Política Nacional sobre Drogas, em vigor a partir de 2005 (BRASIL, 2008).

A ação do CONAD é descentralizada por meio de *Conselhos Estaduais* e de *Conselhos Municipais*, e tem como atribuições (BRASIL, 2008):

- Acompanhar e atualizar a Política Nacional sobre Drogas, consolidada pela SENAD;
- Exercer orientação normativa sobre ações de redução da demanda e da oferta de drogas;
- Acompanhar e avaliar a gestão dos recursos do Fundo Nacional Antidrogas e o desempenho dos planos e programas da Política Nacional sobre Drogas;
- Promover a integração ao SISNAD dos órgãos e entidades congêneres dos Estados, dos municípios e do Distrito Federal.

Já a SENAD, tem como atribuições (BRASIL, 2010):

- Articular e coordenar as atividades de prevenção do uso indevido, de atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas;
- Consolidar a proposta de atualização da Política Nacional sobre Drogas (PNAD) na esfera de sua competência;

- Definir estratégias e elaborar planos, programas e procedimentos para alcançar as metas propostas na PNAD e acompanhar sua execução;
- Gerir o Fundo Nacional Antidrogas e o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas;
- Promover o intercâmbio com organismos internacionais na sua área de competência.

A SENAD desenvolve seu trabalho em três eixos principais (BRASIL, 2010):

1. Diagnóstico situacional: objetiva a realização de estudos que permitam um diagnóstico sobre a situação do consumo de drogas no Brasil e seu impacto nos diversos domínios da vida da população. Isto vem se consolidando por meio de estudos e pesquisas de abrangência nacional, na população geral e naquelas específicas que vivem sob maior vulnerabilidade para o consumo e o tráfico de drogas. Como exemplos, temos a realização de levantamentos sobre uso de drogas pela população geral brasileira, por estudantes, povos indígenas, crianças e adolescentes; mapeamento das instituições de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, entre outros.

2. Capacitação de Agentes do SISNAD: objetiva a capacitação dos atores sociais que trabalham diretamente com o tema drogas, e também de multiplicadores de informações de prevenção, tratamento e reinserção social. Para exemplificar esta ação temos os cursos de formação para conselheiros municipais, lideranças religiosas, educadores, profissionais das áreas de saúde, segurança pública, empresas/indústrias, entre outros.

3. Projetos Estratégicos: Tem como objetivo projetos de alcance nacional que ampliem o acesso da população às informações, ao conhecimento e aos recursos existentes na comunidade. Como exemplo dessa ação, temos a parceria com Estados e Municípios para fortalecimento dos Conselhos sobre Drogas; apoio técnico e financiamento a projetos por meio de Subvenção Social; implantação do

Serviço Nacional de Orientações e informações sobre Drogas (Viva Voz); ampliação e fortalecimento da cooperação internacional, criação da Rede de Pesquisa sobre Drogas, entre outros.

3 POLÍTICA ATENÇÃO INTEGRAL AO USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – PAIUAD

O SUS tem a responsabilidade de garantir atenção à saúde aos usuários de substâncias psicoativas, conforme previsto na Constituição Federal. Considerando tal competência, o Governo instaura a *Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas (PAIUAD)*, publicada em 2003. Esta política é voltada para os usuários de álcool e outras drogas e está articulada à *Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde*, regulamentada através da Lei nº. 10.216/02. A PAIUAD se baseia nos princípios de redução de danos, tendo em vista o rompimento com as metas de abstinência como única possibilidade terapêutica e é convergente com os princípios e orientações do SUS, buscando a universalidade do acesso e do direito à assistência aos usuários (BRASIL, 2003).

A PAIUAD está estruturada através de introdução que explora a realidade contemporânea e a necessidade de ação ampliada pelo estabelecimento de diretrizes, ações e metas, marco teórico-político que explora a lógica do campo da saúde para diagnóstico, tratamento e reabilitação, promoção e prevenção, a redução de danos, a rede de saúde como local de conexão e de inserção e o panorama nacional sobre álcool e outras drogas decorrentes das evidências científicas nacionais e está organizada em sete diretrizes: 1) Intersetorialidade; 2) Atenção integral; 3) Prevenção; 4) Promoção e proteção à saúde de consumidores de álcool e outras drogas; 5) Modelos de atenção – CAPS e redes assistenciais; 6) Controle de entorpecentes e substâncias que produzem dependência física ou psíquica, e de precursores – padronização de serviços de atenção à dependência de álcool e outras drogas; e 7) Diretrizes para uma Política Nacional, Integral e Intersetorial de Redução de danos à saúde e ao bem-estar causados pelas bebidas alcoólicas (BRASIL, 2003).

Em consonância com as diretrizes do SUS vigentes em nosso País, é possível verificar também na PAIUAD princípios estratégicos e doutrinários (BRASIL, 2003):

- A integralidade das ações, que vai envolver desde ações de promoção e prevenção destinadas à população geral, até ações assistenciais para aqueles usuários que necessitam de tratamento;
- A descentralização e autonomia da gestão pelos níveis estaduais e municipais para o desenvolvimento em ações voltadas para álcool e outras drogas e estruturação dos serviços mais próximos do convívio social;
- A equidade do acesso dos usuários de álcool e drogas às ações de prevenção, tratamento e redução de danos, de acordo com prioridades locais e grau de vulnerabilidade.

A PAIUAD está organizada a partir do estabelecimento de uma rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Para a execução destes princípios, recentemente esta política, através da *Portaria nº 3.088*, de 23 de dezembro de 2011, passou a integrar a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2003; RONZANI, 2010; BRASIL, 2011).

Esta portaria tem como objetivos ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, promover a vinculação das pessoas com transtornos mentais e necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e as famílias aos pontos de atenção e também garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2011).

A Rede de Atenção Psicossocial estabelecida é constituída pelo Consultório na Rua, a Atenção Básica em Saúde, a Atenção Psicossocial Especializada através dos Centros de Assistência Psicossocial (CAPs), a Atenção de Urgência e Emergência, a Atenção Residencial de Caráter Transitório, a Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial. Os componentes suplementares são os Centros de Referência em Assistência Social (CRAS), o Centro de

Referência Especializada em Assistência Social (CREAS) (Serviço do Sistema SUAS) e as Comunidades Terapêuticas (BRASIL, 2003; CARVALHO, 2007).

Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad) são serviços de atenção psicossocial para atendimento diário a pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas. Os CAPSad são espaços capazes de cuidar dos usuários que realizam uso nocivo e abusivo de álcool e outras drogas. Tal cuidado, articulado em rede, deve compreender desde o apoio a Atenção Básica de Saúde, ações realizadas no próprio CAPS quanto ao acesso a equipamentos e políticas sociais como Assistência Social, Trabalho e Geração de Renda, Cidadania, Cultura e a Rede de Atenção Terciária de Saúde. O processo de cuidado deve basear-se na fundamentação da Redução de Danos e da Reabilitação Psicossocial (BRASIL, 2004).

Em 26 de janeiro de 2012, através da *Portaria nº 130*, houve uma redefinição do CAPS ad 24 h (CAPS AD III) e seus respectivos incentivos financeiros. Este, deve ser um serviço aberto, de base comunitária que funcione segundo a lógica do território e que forneça atenção contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados. Deve ser um lugar de referência de cuidado e proteção para usuários e familiares em situações de crise e maior gravidade, deve ter disponibilidade para acolher casos novos e já vinculados, sem agendamento prévio e sem qualquer outra barreira de acesso, deve realizar ações de apoio matricial na Atenção Básica; e, funcionar de forma articulada com a Rede de Atenção às Urgências e emergências, em especial junto ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), participando diretamente do resgate voltado aos usuários com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas (BRASIL, 2012).

4 POLÍTICA NACIONAL SOBRE O ÁLCOOL

A *Política Nacional sobre o Álcool* surgiu após um longo processo de discussão com participação popular, tendo como base as evidências científicas—epidemiológicas e clínicas; os índices de morbi-mortalidade relacionados ao consumo excessivo de

bebidas alcoólicas na população geral e especiais. Desta forma, o Conselho Nacional Antidrogas, hoje denominado *Conselho Nacional sobre Drogas (CONAD)*, atento aos graves problemas inerentes ao consumo prejudicial de álcool, e com o objetivo de ampliar o espaço de participação social para a discussão de um tema tão importante, instalou, em julho de 2005, a *Câmara Especial de Políticas Públicas sobre o Álcool (CEPPA)*. A Câmara Especial foi composta por diferentes órgãos governamentais, especialistas, legisladores e representantes da sociedade civil. A CEPPA iniciou suas atividades a partir dos resultados do *Grupo Técnico Interministerial (GTI)* criado no Ministério da Saúde, em 2003.

A Política Nacional sobre o Álcool reflete a preocupação da sociedade em relação ao uso cada vez mais precoce dessa substância, assim como o seu impacto negativo na saúde e na segurança, sendo a mesma dividida em duas categorias: 1) as alocatórias que promovem recursos a um grupo ou uma organização específica para prevenção e tratamento; e 2) as regulatórias que procuram influenciar comportamentos e decisões individuais por meio de ações mais diretas (DUARTE, 2010).

A Política Nacional sobre o Álcool foi apresentada à população brasileira através do *Decreto nº 6.117* de 22 de maio de 2007. Essa política tem como objetivo geral: estabelecer princípios que orientem a elaboração de estratégias para o enfrentamento coletivo dos problemas relacionados ao consumo de álcool, contemplando a intersetorialidade e a integralidade de ações para a redução dos danos sociais, à saúde e à vida, causados pelo consumo desta substância, bem como das situações de violência e criminalidade associadas ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas (BRASIL, 2007).

A Política Nacional sobre o Álcool, veio acompanhada de algumas medidas passíveis de implementação pelos órgãos de governo no âmbito de suas competências e outras de articulação com o Poder Legislativo e demais setores da sociedade (DUARTE, 2010).

Tais medidas podem ser divididas em nove categorias (BRASIL, 2007):

- Diagnóstico sobre o consumo de bebidas alcoólicas no Brasil;
- Tratamento e reinserção social de usuários e dependentes de álcool;

- Realização de campanhas de informação, sensibilização e mobilização da opinião pública quanto às consequências do uso indevido e do abuso de bebidas alcoólicas;
- Redução da demanda de álcool por populações vulneráveis;
- Segurança pública;
- Associação álcool e trânsito;
- Capacitação de profissionais e agentes multiplicadores de informações sobre temas relacionados à saúde, educação, trabalho e segurança pública;
- Estabelecimento de parceria com os municípios para a recomendação de ações municipais; e
- Propaganda de bebidas alcoólicas.

Vale ressaltar que, dentre todas essas medidas, aquelas relacionadas à associação de álcool e trânsito foram imprescindíveis para implementação de medidas específicas contra o ato de beber e dirigir (DUARTE, 2010).

Assim, foi sancionada em 19 de junho de 2008 a *Lei nº. 11.705*, também conhecida como *Lei seca*. A Lei seca alterou alguns dispositivos do Código de Trânsito Brasileiro, impondo penalidades mais severas para o condutor que dirigir sob a influência de álcool. Pela lei são vedados, na faixa de domínio de rodovia federal ou em local próximo à faixa de domínio com acesso direto à rodovia, a venda varejista ou o oferecimento de bebidas alcoólicas para consumo no local. Prevê também, que os estabelecimentos comerciais que vendem ou oferecem bebidas alcoólicas sejam obrigados a exibir aviso informativo de que é crime dirigir sob a influência de álcool, punível com detenção (BRASIL, 1997; BRASIL, 2008).

Atualmente, através da *Resolução nº 432* de 23 de janeiro de 2013, o condutor que tiver qualquer concentração de álcool por litro de sangue estará sujeito às penalidades administrativas, previstas no artigo 165, da lei nº 9503/97: multa, apreensão do veículo, apreensão da carteira e suspensão do direito de dirigir por 12 (doze) meses. E o motorista que apresentar concentração de álcool igual ou superior a 0,34 mg/L de sangue, sofrerá pena de detenção de seis meses a três anos, além das penalidades administrativas (BRASIL, 2013).

Entretanto, existe um lapso quando falamos das políticas públicas relacionadas a substâncias psicoativas no Brasil. Pois, a prioridade é dada ao combate ao crack, enquanto milhares de brasileiros morrem em decorrência do consumo do álcool. A política do álcool deveria priorizar aumento de preços e da proibição de propaganda, dentre outras medidas, pois como aconteceu com o tabaco, a expectativa seria a diminuição dos consumidores.

Portanto, como vimos neste capítulo, uma *Política Pública* é a expressão da postura do poder público diante dos problemas e dos diferentes atores que compõem o cenário e sua intenção de dar respostas afeiçãoadas ao papel do Estado na sua relação com a sociedade (FILHO, 2005; SIQUEIRA; BARBOSA; LARANJEIRA, 2008).

Cada vez mais, é fundamental o conhecimento e a ampla disseminação da política e da legislação brasileira sobre drogas em todos os setores da sociedade, mostrando sua importância como balizador das ações de prevenção do uso, de tratamento, de reinserção social, bem como do enfrentamento do tráfico de drogas ilícitas. Portanto, construir uma política pública que dê conta dessa complexidade é desafiador e requer, acima de tudo, uma visão intersetorial, tendo em vista os diversos aspectos envolvidos (biológicos, pessoais, familiares, sociais, entre outros) (BRASIL, 2013).

A perspectiva é que somente uma organização em rede é capaz de fazer face a complexidade das demandas sociais e fortalecer a rede comunitária. Nesse contexto, o uso de substâncias psicoativas afeta a todos, sejam familiares, educadores, líderes comunitários, profissionais ou cidadãos. A observância à legislação vigente, aliada às orientações da *Política Nacional sobre Drogas*, da *Política Nacional sobre o Álcool* e da *Política Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas*, contribuiu para o fortalecimento de uma rede de atenção às questões relativas ao uso de substâncias psicoativas numa perspectiva inclusiva, de respeito às diferenças, humanista, de acolhimento e não estigmatizando do usuário e seus familiares (BRASIL, 2013).

REFERÊNCIAS:

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

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

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

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

BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília: 1990a.

BRASIL. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília: 1990b.

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

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. **O Sistema Nacional Antidrogas e a Redução de Demanda**. Presidência da República. Gabinete da Segurança Institucional. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2001b.

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

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

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

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

FILHO, C.J.M. Concepção de Políticas Públicas - Definição, Viabilização e Execução. In: **Curso de Capacitação de Técnicos Municipais para Elaboração de Planos Diretores**. Santo Ângelo: URI – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus Santo Ângelo, 2005.

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

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

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



Considerações Finais

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fotografia: Yuri Barichivich

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A relação entre as atitudes e conhecimento é diretamente proporcional, ou seja, o nível de conhecimento influencia diretamente nas atitudes dos profissionais. Portanto, quanto mais preparado e mais conhecimento é adquirido maior a tendência de apresentar atitudes mais positivas.

A hipótese de que os profissionais, após receberem a capacitação ofertada pelo Centro Regional sobre Drogas do Espírito Santo, apresentassem atitudes mais positivas e maior conhecimento frente ao álcool, alcoolismo e alcoolista foi validada ao ser comparada com a opinião dos mesmos no momento anterior ao início da capacitação.

Portanto, considerando a necessidade da identificação de novos métodos que favoreçam a aquisição de conhecimentos e a mudança de atitudes dos profissionais frente às questões relacionadas ao álcool e outras drogas, sugere-se a realização de novas pesquisas com profissionais dos demais serviços – especializados ou não – para assim repensar as estratégias de formação e capacitação destes em relação à problemática, de forma que se vise minimizar as atitudes negativas.

Estratégias como essas podem incluir, dentre outras coisas, a criação de cursos de capacitação dentro dos serviços e até de novos cursos de especialização relacionado à SPAs, que ainda são escassos no Brasil e com crescimento lento.

A partir daí, pressupõe-se que os profissionais possam adquirir as habilidades necessárias para atuar junto a este público, o que, conseqüentemente, repercutirá em atitudes mais positivas frente à temática, considerando que este estudo constatou que o preparo e conhecimento sobre as questões relacionadas ao álcool, alcoolismo e alcoolista influenciam positivamente nas atitudes.

Por outro lado, é necessária a inclusão de disciplinas específicas voltadas a essa temática ou na remodelação das já existentes, garantindo carga-horária teórico-prática suficiente para a formação do profissional, visto que isso influencia em suas atitudes. Esta, sem dúvida, é umas das mais importantes medidas a serem tomadas

para assegurar ao profissional um olhar científico, profissional e humanista frente à questão.



Referências

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- AJZEN, I. Nature and operations of attitudes. **Annual Review of Psychology**, v. 52, n.1, p. 27-58, 2001.
- ALVARENGA, M. S.; GARCIA, M. L. T. A implementação da política de saúde mental em município de pequeno porte: o caso de São José do Calçado / ES - Brasil. **Emancipação** v. 9, p. 181-186, 2009.
- ANDRADE, T.M.; ESPINHEIRA, C.GD. **A presença das bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas na cultura brasileira**. Brasília: Supera, 2006.
- AZOURY, E. B. **Curso básico em saúde da família: a construção de um projeto local para requalificação profissional no Espírito Santo**. 2003. 205f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Rio de Janeiro, 2003.
- BABOR, T.; et al. **Alcohol: no ordinary commodity: The global burden of alcohol consumption**. Oxford: University Press 2003. p. 57-92.
- BABOR. T.F.; HIGGINS-BIDDLE, J.C. Alcohol screening and brief intervention: dissemination strategies for medical practice and public health. **Addiction**. n. 95, v. 5, p. 677-686, 2000.
- BARBARÁ, A.; SACHETTI, V. A.; CREPALDI, M. A. Contribuições das representações sociais ao estudo da Aids. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v. 9, n. 2, p. 331-339, julho- dezembro. 2005.
- BÁRCIA, M. F. **Educação permanente no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1982.
- BARICHIVICH, Y. **Monomania**. Vitória, 2014.
- BARROS, M. A. ; PILLON, S. C. Atitudes dos profissionais do programa de saúde da família diante do uso e abuso de drogas. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p.655-662, dez. 2007.
- BERTOLETE, J. M.; LEMOS, N. L. T. Alcoolismo: sua detecção no Hospital Geral. **Acta Médica**. n. 2, v. 1, p. 290-295, 1983.
- BITTENCOURT, M. N. **Atitudes de enfermeiros frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista: comparativo entre enfermeiros de serviços especializados e outros serviços de saúde**. 2012. 94f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem Materno-infantil e Psiquiatria da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.
- BRASIL. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**/Ministério da Saúde. 2.ed. rev. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. **Ações Integradas na Prevenção ao Uso de Drogas e Violência**. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2009.

BRASIL. **Crack é Possível Vencer**. 2011. Disponível em:
<<http://www.brasil.gov.br/enfrentandoocrack/publicacoes/crack-e-possivel-vencer-1>>
Acesso em: 11 de jun. de 2013.

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

BRASIL. **I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira**. Secretaria Nacional sobre Drogas. Brasília: Gabinete de Segurança, 2007.

BRASIL. **Instituições de prevenção, tratamento e redução de danos ajudam a afastar o vício**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Legislação em Saúde Mental 1990-2004**. 5. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

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

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

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

BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília: 1990a.

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

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

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Saúde Mental no SUS**: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde. 2004a.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD 2009-211)**. Brasília: 2009b. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/plano_emergencial_tratamento.pdf. Acesso em: 11 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009**. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.612/GM de 9 de setembro de 2005**. Aprova as Normas de Funcionamento e Credenciamento/ Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas. 2005. Disponível em: <
<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1612.htm>>. Acesso em: 01 de nov. de 2012.

BRASIL. **O Sistema Nacional Antidrogas e a Redução de Demanda**. Presidência da República. Gabinete da Segurança Institucional. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2001b.

BRASIL. **Política Nacional Antidrogas**. D.O.U. Nº 165-27.08.2002. Brasília: Presidência da República, Gabinete de Segurança Institucional, Secretaria Nacional Antidrogas, 2001. 22p.

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

BRASIL. **Portaria n.º 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004**. . Institui a política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Portaria nº. 7179, de 20 de maio de 2010**. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Brasília, 2010.

BRASIL. **Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho: conhecer para ajudar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. **Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho: conhecer para ajudar**. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional Antidrogas. Serviço Social da indústria. Brasília, 2006.

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

BRASIL. **Saúde Mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. **Vigitel Brasil 2006**: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. **Vigitel Brasil 2009**: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CALDAS, N. M. **O Alcoolista institucionalizado**: representações sociais de enfermeiras. 2002. 180f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2002.

CARLINI, E. A. et al. **II levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. 2007. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)/ Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), 2007.

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

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. **Educação permanente em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJC, 2008.

CESAR, M. P.; SIQUEIRA, M. M. O Desafio da Implantação de Uma Rede de Saúde Mental: O Caso Espírito Santo. **Revista de Odontologia**, v. 13, p. 10-20, 2012. ISSN 2175-3946.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS (CNM). **Estudos técnicos: Mortes causadas pelo uso de substâncias psicotrópicas no Brasil**. CNM: Porto Alegre, 2012.

COOK, S. W.; SELTZER, C. A. A multiple-indicator approach to attitude measurement. **Psychol. Bull**, v. 62, p. 36-55, 1964.

DAVINI, M. C. **Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde**. Brasília: Política nacional de educação permanente em saúde - Ministério da Saúde, 2009.

DEUTSCH, S. Atitude de trabalhadores quanto à prática da atividade física no tempo livre. **MOTRIZ**, v. 5, n. 2, p. 160-167, dez. 1999.

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

EL-GHEBALY, N. et al. Medical education in substance-related disorders: components and outcome. **Addiction**. n. 95, v. 6, p. 949-957, 2000.

ELIASON, M. J.; GERKEN, K. C. Attitudes shown by nursing college students, staff, and faculty towards substance abuse. **Journal of Substance Use**. n. 4, p. 155-163, 1999.

FERREIRA, L. E. A. **Análise de Política Pública de Saúde Mental: O caso do Espírito Santo**. 2005. 135 Dissertação de Mestrado (Mestrado). Programa de pós-graduação em psiquiatria e saúde mental, Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

FIGLIE, N. B. et al. O AUDIT identifica a necessidade de interconsulta específica para dependentes do álcool no hospital geral? **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. n. 48, v. 11, p. 589-193, 1997.

FIGUEREDO, M. D. **Saúde mental na atenção básica: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o apoio matricial na rede SUS - Campinas (SP)**. . 2006. 147 Dissertação de Mestrado (Mestrado). Departamento de medicina preventiva e social., Universidade Estadual de Campinas., Campinas, 2006.

FILHO, C.J.M. Concepção de Políticas Públicas - Definição, Viabilização e Execução. In: **Curso de Capacitação de Técnicos Municipais para Elaboração**

de Planos Diretores. Santo Ângelo: URI – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus Santo Ângelo, 2005.

FISHBEIN, M.; AJZEN, I. **Belief, attitude, intention and behavior:** introduction to theory and research. Massachusetts. Addison-Wesley Publishing, 1975.

FORNAZIER, M. L.; SIQUEIRA, M. M. Consulta de enfermagem a pacientes alcoolistas em um programa de assistência ao alcoolismo. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 4, p. 280-287, 2006.

FORTES, J.R.A.; CARDO, W. N. **Alcoolismo, diagnóstico e tratamento.** São Paulo: Savier, 1991.

GALLASSI, A. D. Custos dos problemas causados pelo abuso do álcool. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 35, supl. 1, 2008.

GIGLIOTTI, A; GUIMARÃES, A. **Dependência, compulsão e impulsividade.** Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2007.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** São Paulo : Editora Atlas, 2006.

GOMES, A. M. A, *et al.* Relação médico-paciente: entre o desejável e o possível na atenção primária à saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, n. 22, v. 3, p. 1101-1119, 2012.

GONÇALVES, W.S.; SIQUEIRA, M. M. Políticas Públicas e Direito a Saúde: Dilemas e Desafios do Consumo de Álcool. In: SIQUEIRA, M. M. (Org.) **Síndrome de Dependência Alcoólica:** da Teoria a Prática do Cuidar. Vitória: EDUFES, 2013. p.25-36.

GULJOR, A. P. F. **Os Centros de Atenção Psicossocial: um Estudo sobre a Transformação do Modelo Assistencial em Saúde Mental.** 2003. 147 Dissertação de Mestrado (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

GURGEL, W. B.; MOCHEL, A. G.; FILHA, F. S. S. C. O abuso do álcool como problema político: análise das estratégias políticas de assistência ao consumidor abusivo do álcool no Brasil contemporâneo. **Cad. Pesq.** n. 17, v. 1, 2010.

HAPPELL, B.; TAYLOR, C. Negative attitudes toward clients with drug and alcohol related problems: finding the elusive solution. **Aust N Z J Ment Health Nurs**, n. 10, v. 2, p. 87-96, 2001.

HARRISON, A. A. **A psicologia como ciência social.** Tradução por Alvaro Cabral. São Paulo: Cultrix, 1975.

HEINEMANN, E.; RHODES, R. H. How nurses view the tuberculous alcoholic patient. **Nurs. Res.** v. 16, n. 4, p. 361-365, 1967.

HUMENIUK, R.; POZNYAK, V. **Intervenção Breve para o Abuso de Substâncias:** Guia para Uso na Atenção Primária à Saúde. Genebra: Organização Mundial de Saúde/OMS, 2004.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010 - Cidades**. 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?codigo=32>>. Acesso em: 11 jun. 2013.

JARDIM, Denise Fagundes. Debate sobre o artigo de Delma Pessanha Neves. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, Feb. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 Mai 2014.

JONES, E. E.; GERARD, H. **Foundations os social psychology**. New York: John Wiley, 1967.

JUNIOR. A.T. **Dependência de Drogas**. São Paulo: Atheneu, 2001.

KRECH, D. et al. **O indivíduo na sociedade:** um manual de psicologia social. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1969. 311p.

LARANJEIRA, R. et al. **I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira**. São Paulo: UNIFESP, 2007.

LARANJEIRA, R.; HINKLY, D.. Evaluation of alcohol outlet density and its relation with violence. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, Aug. 2002.

LARANJEIRA, R.; PINSKY, I. **Conhecer e enfrentar o alcoolismo**. 5 ed. São Paulo: Contexto 2005.

LARANJEIRA, R.; PINSKY, I. **O alcoolismo**. São Paulo: Contexto, 1998.

LIMA, M. B. **Alcoologia:** o álcool na perspectiva da saúde pública. Rio de Janeiro: Med Book, 2008.

LINO, T.A.L.R. **Alcoolismo:** da causa à doença. 2006. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0054.pdf>>. Acessado em: 06 jun 2013.

LOPES, G.T.; LUIS, M.A.V. A formação do enfermeiro e o fenômeno das drogas no estado do Rio de Janeiro. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. n. 13, p. 872-879, 2005.

LUCCA, D.M.; VARGAS, D. As concepções de enfermeiros de hospital geral frente às questões relacionadas ao álcool e ao alcoolismo. **Enferm Brasil**, v. 5, n. 5, p; 260-267, 2006.

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

- MAGALHÃES, M. L.; BORGES-ANDRADE, J. E. Auto e hetero-avaliação no diagnóstico de necessidades de treinamento. **Estudos de psicologia**, Natal, v. 6, n. 1, p. 33-50, 2001.
- MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. F. **Epidemiologia da saúde mental**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2007.
- MELONI, J. N.; LARANJEIRA, R. Custo social e de saúde do consumo do álcool. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, 2004.
- MIRANDA, S. M. et al. Construção de uma escala para avaliar atitudes de estudantes de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.33, n. 1, p. 104-110, 2009.
- MOTTA, J. I. J. Novos desafios educacionais para a formação de recursos humanos em saúde. **Olho Mágico**, v. 8, n. 3, p. 4-5, 2001.
- MUNRO, A.; MUNRO, H. E.; MCFADYEN, A. Assessing the impact of training on mental health nurses' therapeutic attitudes and knowledge about comorbidity: a randomized controlled trial. **Int. J Nurs Stud**. n. 44, v. 8, p. 1430-1438, 2007.
- NERI, A. L.; JORGE, M. D. Atitudes e conhecimentos em relação à velhice em estudantes de graduação em educação e em saúde: subsídios ao planejamento curricular. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 23, n. 2, p.127-137, jun. 2006.
- NILSEN, P. *et al.* Effectiveness of strategies to implement brief alcohol intervention in primary healthcare. **Scandinavian Journal of Primary Care**, n. 24, v. 1, p. 5-15, 2006.
- NOTO, A. R.; et al. Internações por transtornos mentais e de comportamento decorrentes de substâncias psicoativas: um estudo epidemiológico nacional do período de 1988 a 1999. **J. bras. Psiquiatr.** 2002; 51(2):113-121, mar.-abr. 2002.
- OLIVEIRA, C. **Representações sociais dos enfermeiros de hospital geral frente ao paciente alcoolista e à etiologia para o alcoolismo**. 2011. 83 Dissertação de Mestrado (Mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.
- OLIVEIRA, E. F. A. **A política de saúde mental em municípios de pequeno porte: entre mínimas equipes e múltiplos projetos**. 2009. 235 Dissertação de Mestrado (Mestrado). Mestrado em Política Social, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2009.
- OLIVEIRA, E. F. A.; GARCIA, M. L. T. A política de saúde mental no estado do Espírito Santo. **Rev. Katálisis**, v. 14, n. 1, 2011.
- PEREIRA, A. A. Saúde mental para médicos e enfermeiros que atuam no programa de saúde da família: uma contribuição sobre o processo de formação em serviço. **CliniCAPS / Universidade Federal de Minas Gerais**, Belo Horizonte, n.

2, Mai/Ago. 2007. Disponível em
<http://www.clinicaps.com.br/clinicaps_revista_02_art_03.html>. Acesso em: 06
Nov. 2012.

PEREIRA, R. O. **O polo de educação permanente em saúde do Espírito Santo e as interfaces da política de educação permanente para o SUS no estado.** 2012. 117 Dissertação de Mestrado (Mestrado em Saúde Coletiva). Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2012.

PILLON, S.; LARANJEIRA, R.; DUNN, J. Nurses' attitudes towards alcoholism: factor analysis of three commonly used scales. **Sao Paulo Med. J.**, São Paulo, v. 116, n. 2, Mar. 1998.

PINAKAHANA, J. HAPPELL, B. CARTA, B. Mental health professionals' attitudes to drugs and substance abuse. **Nurs Health Sci.** n. 4, v. 3, p. 57-62, 2002.

RASSOOL, G.K.; RAWAF, S. Educational intervention of undergraduate nursing students' confidence skills with alcohol and drug misusers. **Nurse education today.** Edinburgh, n. 28, v. 3, p. 284-292, 2008.

REHN, J.; et al. Alcohol as a Risk Factor for Global Burden of Disease. **Eur Addict Res.** v. 3, n. 9, p. 157-64, 2003.

RIBEIRO, E. C. O.; MOTTA, J. I. J. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 12, p. 24-30, 1996.

RIBEIRO, E. **Espera no Senhor: Barco a Vela.** Cachoeira Paulista: Departamento de Áudios Visuais (DAVI), 2011.

ROCHA, F. M. **Validação da Escala de Atitudes frente ao Álcool, alcoolismo e ao alcoolista para estudantes de enfermagem (EAFA-e).** 2012. 82f. Dissertação (Mestrado em Cuidado em Saúde) – Departamento de enfermagem materno-infantil e psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

RODRIGUES, a. **Psicologia social.** 12 ed. Petrópolis: Vozes, 1978.

ROKEACK, M. **Beliefs, attitudes and values.** San Francisco: Jossey-Bass, 1969.

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

ROSSATO-ABÉDE, L. M.; ANGELO, M. Crenças determinantes da intenção da enfermeira acerca da presença dos pais em unidades neonatais de alto-risco.

Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 10, n. 1 , p. 48-54, 2002.

ROSSONI, C. G. **Um estudo sobre a saúde mental de Serra-ES: da surpresa ao encantamento**. 2006. 113 Dissertação de Mestrado (Mestrado em Saúde Coletiva). Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2006.

SANTO, E. **Política Estadual de Saúde Mental**. Vitória: Secretaria Estadual de Saúde, 2001.

SANTOS, M. E. ; NASCIMENTO-SCHULZE, C. M.; WACHELKE, J. F. R. A exposição itinerante enquanto promotora de divulgação científica: atitudes, padrões de interação, e percepções dos visitantes. **Psicologia Teoria e Prática**. v. 17, n. 2, p. 49-86 , dez. 2005.

SILVA, C. J. **Impacto de um curso em diagnóstico e tratamento do uso nocivo e dependência do álcool sobre a atitude e conhecimento de profissionais da rede de atenção primária à saúde**. 2005. 190f. Tese (Doutorado). Programa de Pós-graduação do Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2005.

SILVEIRA, D.X; MOREIRA, F.G. **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Atheneu, 2006.

SIQUEIRA, M. M. et al. Substâncias psicoativas e de prestação de cuidados especializados: o caso do Espírito Santo. **Rev. Bras. Psiquiatr.** , São Paulo, v. 29, n. 4, Dez de 2007. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462007000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 Nov. 2012.

SIQUEIRA, M. M.; BARBOSA, D. A.; LARANJEIRA, R. As políticas públicas relacionadas às substâncias psicoativas e o papel do Estado. **Revista Enfermagem Atual**, n. 45, p. 25-29, 2008.

SIQUEIRA, M. M.; et al. **Centro Regional de Referência para Educação Permanente sobre Substâncias Psicoativas para a Rede de Atenção a Saúde da Grande Vitória**. Vitória: SENAD-UFES, 2011.50p.

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

SIQUEIRA, M. M. et al. **Síndrome de Dependência Alcoólica: da Teoria a Prática do Cuidar**. Vitória: EDUFES, 2013. 128p.

SOARES, J. **Atitudes e conhecimentos de enfermeiros frente ao álcool, alcoolismo e alcoolista: estudo comparativo entre dois grupos**.2010. 108f. Dissertação (Mestrado em Cuidado em Saúde) – Departamento de enfermagem

materno-infantil e psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

SOARES, J.; VARGAS, D.; OLIVEIRA, M. A. F. Atitudes e conhecimentos de profissionais de saúde diante do álcool, alcoolismo e do alcoolista: levantamento da produção científica nos últimos 50 anos. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 1, abr. 2011. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762011000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 06 Nov. 2012.

SULLIVAN, E.J., HANDLEY, S.M. Alcohol and drug abuse in nurses. **Ann Rev Nurs Res.** v. 10, p. 113-125, 1992.

TAVARES, C. M. M. A educação permanente da equipe de saúde para o cuidado nos serviços de saúde mental. **Texto Contexto Enferm**, v. 15, n. 2, 2006.

TRIADIS, H. C. **Attitude and attitude change**. New York: Jhon Wiley, 1971.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). **World Drug Report**. 2012. Disponível em: <http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR_2012_web_small.pdf>. Acesso em: 16 Abr 2014.

VADLAMUDI, R. S. et al. Nurses' attitudes, beliefs and confidence levels regarding care for those who abuse alcohol: Impact of educational intervention. **Nursing Education in Practice**, v.8, p. 290-298, 2008.

VAN, B. GABRYNOWICZ, J. W. Doctors' and nurses' views on alcohol dependency. **Aust Nurses J.** n. 7, v. 4, p. 42,45, 1977.

VARGAS, D. **A construção de uma escala de atitudes frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista**: um estudo psicométrico. 2005. 244f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

VARGAS, D. Atitudes de enfermeiros de hospital geral frente às características pessoais do paciente alcoolista. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 6, Dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000600024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 Nov. 2012.

VARGAS, D.; LABATE, R.C.; JUNIOR, M. L. C. Alcoolistas - Tratar ou Punir: disposição de enfermeiros de hospital geral. **Rev Enferm UERJ.** n. 11, p. 188-92, 2003.

VARGAS, D.; LUIS, M. A. V. Álcool, alcoolismo e alcoolista: concepções e atitudes de enfermeiros de unidades básicas distritais de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. spe, Aug. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000700007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Abr 2013.

VARGAS, D.; SOARES, J. Atitudes de enfermeiros frente ao alcoolismo: revisão da literatura. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 16, n. 2, Abr/Jun. 2011. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs-2.2.4/index.php/cogitare/article/viewFile/17619/14218>>. Acesso em: 06 Nov. 2012.

VIANNA, V.P.T. **Eficácia de uma sessão de intervenção breve na redução do uso de álcool e problemas relacionados**. 94f. Tese (Doutorado em Psicobiologia) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2008.

VITÓRIA. **Secretaria de assistência social: o que fazemos**. Vitória: Prefeitura Municipal de Vitória, Vitória, 2014. Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/semas>>. Acesso em: 10 Jun 2014.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2012: A Cor dos Homicídios no Brasil**. Rio de Janeiro: CEBELA, FLACSO; Brasília: SEPPIR/PR, 2012.

WANDEKOKEN, K.D. ; SIQUEIRA, M.M. . Discursos Políticos e a Rede de Atenção aos Usuários de Substâncias Psicoativas. **Saúde em Debate**, v. 35, p. 105-112, 2011.

WHEDALL, K. **Comportamento social: problemas fundamentais e importância social**. Tradução por Maria Isabel da Silva Lopes. Rio de Janeiro: ZAHAR, 1976.

WILLAING, I.; LADELUND, S. Nurse counseling of patients with na overconsumption of alcohol. **J Nurs Scholarsh**. n. 37, v.1, p. 30-35, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Implementation of screening and brief interventions for substance use and substance use disorders in primary health care**. Washington, 2013. Disponível em: <http://www.who.int/gho/substance_abuse/prevention/screening_interventions/en/index.html>. Acesso em: 02 Fev 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Drug Report**. Geneva: World Health Organization, 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A – CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Vitória, ____/____/2013.

Ilm^o. Sr.
Prof. Dr. Vitor Buaiz
MD. Coordenador do Centro de Estudos e Pesquisas sobre Álcool e outras Drogas

Prezado Senhor:

Vimos por meio deste, solicitar a V. S^a. autorização para realizar a pesquisa intitulada “Atitudes dos profissionais da rede socioeducativa frente ao álcool, alcoolismo e alcoolista” (em anexo), junto aos alunos do curso de Atualização em Atenção Integral aos Usuários de Crack e outras Drogas para Profissionais atuantes nos Hospitais Gerais, ministrado pelo Centro Regional de Referência sobre Drogas do Espírito Santo (CRR-ES), projeto vinculado a este Centro.

Esclarecemos que a pesquisa será desenvolvida pelo aluno Wanderson dos Santos Gonçalves, mestrando do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da UFES, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Marluce Miguel de Siqueira. E, tem como objetivo, comparar as atitudes dos profissionais de saúde de um hospital geral, capacitados pelo CRR-ES e aqueles não capacitados, frente ao álcool, alcoolismo e alcoolista.

Colocamo-nos à disposição para os esclarecimentos necessários e desde já agradecemos a colaboração.

Atenciosamente,

Enf^o. Wanderson dos Santos Gonçalves
Mestrando em Saúde Coletiva

Prof^a. Dr^a. Marluce Miguel de Siqueira
Orientadora

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

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

Título da pesquisa

Atitudes dos profissionais da rede socioeducativa frente ao álcool, alcoolismo e alcoolista.

Pesquisadora responsável

Prof^a. Dr^a. Marluce Miguel de Siqueira

Objetivo

Comparar as atitudes dos profissionais de saúde de um hospital geral, capacitados pelo Centro Regional de Referência sobre Drogas do Espírito Santo (CRR-ES) e no período pré e pós-capacitação.

Duração e local

O estudo será realizado durante o curso, com a aplicação do instrumento no início e término do mesmo, onde responderei os instrumentos de pesquisa.

Direito de Recusa

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

Autonomia

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

Garantia de sigilo de identidade

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

Beneficência

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

Risco/desconforto

Estou ciente que esta pesquisa não traz nenhum risco, apenas o inconveniente de ocupar um pouco do meu tempo.

Ressarcimento

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

Esclarecimentos de dúvidas

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

Wanderson dos Santos Gonçalves - (27) 9827.6495 – wsg.goncalves@gmail.com
Marluce Miguel de Siqueira – (27) 3335.7492 – marluce.siqueira@ufes.br

Caso, não consiga poderei entrar em contato com o site do Comitê de Ética em Pesquisa - Telefone: 3335-7211 – www.ccc.ufes.br/cep

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

Vitória, _____ de _____ de 2013.

Participante da Pesquisa

Wanderson dos Santos Gonçalves
Mestrando em Saúde Coletiva

Prof^ª. Dr^ª. Marluce Miguel de Siqueira
Orientadora

ANEXOS

ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO “EAFAAA”

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

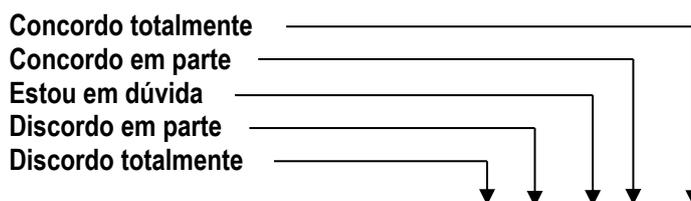
Instrução

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

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

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

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



| | | | | | | |
|----|---|--|--|--|--|--|
| 01 | Eu tenho medo de abordar o problema do álcool com meus pacientes. | | | | | |
| 02 | Pessoas com transtornos relacionados ao uso do álcool não têm bom senso. | | | | | |
| 03 | Penso que passar por um desajuste familiar leva ao alcoolismo. | | | | | |
| 04 | Penso que as pessoas têm o direito de beber se elas quiserem. | | | | | |
| 05 | Eu tenho medo da agressividade de pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool. | | | | | |
| 06 | Pessoas com transtornos relacionados ao uso do álcool são mal educadas. | | | | | |
| 07 | Pessoas tímidas ou inibidas têm maior chance de desenvolver o alcoolismo. | | | | | |
| 08 | A bebida alcoólica é agradável e proporciona bem-estar ao usuário. | | | | | |
| 09 | Sinto-me frustrado quando trabalho com pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool. | | | | | |
| 10 | Pessoas com transtornos relacionados ao uso do álcool são irresponsáveis. | | | | | |
| 11 | Penso que a depressão leva ao alcoolismo. | | | | | |
| 12 | O uso da bebida alcoólica é algo normal. | | | | | |
| 13 | De todos os meus pacientes, o paciente com transtornos relacionados ao uso do álcool é aquele que dá mais trabalho. | | | | | |
| 14 | Pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool têm maior probabilidade de se tornarem violentos contra mim. | | | | | |
| 15 | O que falta na pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool é força de vontade. | | | | | |
| 16 | A bebida em qualquer quantidade vai deixar o indivíduo dependente. | | | | | |
| 17 | Devo cuidar do paciente com transtornos relacionados ao uso do álcool, mesmo que ele acredite não precisar de cuidado de saúde. | | | | | |
| 18 | Penso que pessoas que desenvolvem o alcoolismo são fracas. | | | | | |
| 19 | As questões sociais levam o indivíduo a beber. | | | | | |
| 20 | Beber com moderação não é prejudicial. | | | | | |
| 21 | Mesmo quando não intoxicado o paciente com transtornos relacionados ao uso do álcool, é desrespeitoso com os membros da equipe. | | | | | |

| | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|
| 22 | Eu percebo que pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool não querem se cuidar. | | | | | |
| 23 | Predisposições hereditárias levam ao alcoolismo. | | | | | |
| 24 | Eu sou contra o uso de álcool em qualquer momento. | | | | | |
| 25 | Sinto raiva ao trabalhar com pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool. | | | | | |
| 26 | Não confio nas informações que pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool relatam. | | | | | |
| 27 | Pessoas insatisfeitas abusam do álcool. | | | | | |
| 28 | Eu sou favorável ao beber moderado. | | | | | |
| 29 | Pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool nunca aceitam o que os profissionais de saúde falam sobre seus problemas com a bebida. | | | | | |
| 30 | Penso que a pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool é culpada por seus problemas de saúde. | | | | | |
| 31 | As pessoas que desenvolvem o alcoolismo tem baixa auto-estima. | | | | | |
| 32 | Doses pequenas de álcool são capazes de causar dependência. | | | | | |
| 33 | Considero o paciente com transtornos relacionados ao uso do álcool como um caso perdido. | | | | | |
| 34 | A pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool acaba sempre voltando ao serviço de saúde com o mesmo problema. | | | | | |
| 35 | As pessoas com transtornos relacionados ao uso do álcool são psicologicamente abaladas. | | | | | |
| 36 | O álcool em quantidades reduzidas é benéfico. | | | | | |
| 37 | Abordar o problema do álcool com pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool significa menos tempo para os demais pacientes. | | | | | |
| 38 | De todos os meus pacientes, o paciente com transtornos relacionados ao uso do álcool é o mais difícil de lidar. | | | | | |
| 39 | As pessoas bebem para se sentirem mais sociáveis. | | | | | |
| 40 | As pessoas podem beber desde que saibam se controlar. | | | | | |
| 41 | Eu prefiro trabalhar com pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool a trabalhar com outros pacientes. | | | | | |
| 42 | A pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool é uma pessoa difícil de relacionar-se. | | | | | |
| 43 | A pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool bebe porque não consegue enfrentar a sua realidade. | | | | | |
| 44 | Eu considero difícil estabelecer um relacionamento terapêutico com pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool. | | | | | |
| 45 | Pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool são pacientes que cooperam com seu tratamento. | | | | | |
| 46 | É preciso tomar cuidado para não ser agredido ao trabalhar com pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool. | | | | | |
| 47 | Pessoas com transtornos relacionados ao uso do álcool não levam o tratamento a sério. | | | | | |
| 48 | Quando o paciente com transtornos relacionados ao uso do álcool não aceita que tem problemas relacionados ao uso do álcool, a melhor decisão é desistir de ajudar. | | | | | |
| 49 | Quando trabalho com pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool, não sei como conduzir a situação. | | | | | |
| 50 | Cuidar de pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool não é gratificante para mim. | | | | | |

Fonte: Vargas, 2005.