

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

TATIANA RODRIGUES DO AMARAL

**ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DA REDE DE ATENÇÃO
COMPARTILHADA FRENTE AO ÁLCOOL, ALCOOLISMO E
ALCOOLISTA**

**VITÓRIA
2016**

TATIANA RODRIGUES DO AMARAL

**ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DA REDE DE ATENÇÃO
COMPARTILHADA 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 requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Política e gestão em saúde

Linha de pesquisa: Avaliação em Saúde

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

**VITÓRIA
2016**

TATIANA RODRIGUES DO AMARAL

ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DA REDE DE ATENÇÃO COMPARTILHADA 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 requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em 16 março de 2016.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Marluce Miguel de Siqueira
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PPGSC
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES
Orientadora

Prof^a. Dr^a. Maria Lucia Teixeira Garcia
Programa de Pós-Graduação em Política Social - PPGPS
Universidade Federal do Espírito Santo – UFES
1^a examinadora

Prof^a. Dr^a. Maria Helena Monteiro de Barros Miotto
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PPGSC
Universidade Federal do Espírito Santo – UFES
2^a examinadora

Prof^o. Dr^o. Vitor Buaiz
Centro de Estudos e Pesquisas sobre o Álcool e outras
Drogas - CEPAD
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES
Convidado

A Deus fonte de força e sabedoria;
A meus familiares pelo apoio.

AGRADECIMENTO

Agradeço...

A *Deus* por ser minha fonte de inspiração, sabedoria e força para realizar mais um sonho.

A *minha família, colegas de trabalho e amigos* pelo apoio, incentivos e compreensão.

A *Profª. Drª. Marluce Miguel de Siqueira* pela oportunidade de ingresso no mestrado e pelo direcionamento de minha formação.

Aos *professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva* pela dedicação na prática do ensino.

Aos *membros das bancas examinadoras da qualificação e da dissertação, Drª. Maria Helena Monteiro de Barros Miotto, Profº. Drº. Pablo Ornelas Rosa, Profª. Drª. Maria Lúcia Teixeira Garcia, Profª. Drª. Luzimar dos Santos Luciano, Profª. Drª. Flávia Batista Portugal e o Profº. Drº. Vitor Buaiz*, pela disponibilidade e contribuições para melhoria desse trabalho.

Aos *membros do CEPAD-UFES* pelo acolhimento, trocas de experiências e aprendizado. Em especial a *Rayane* por todo apoio e suporte.

Aos *coordenadores e profissionais do CRR-ES* pela parceria e oportunidade de realizar esse trabalho.

Aos *colegas de turma do mestrado* pela troca de conhecimento e compartilhamento de momentos agradáveis.

Aos *participantes do estudo* meu muito obrigada pela disponibilidade e colaboração.

Obrigada!

Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão.

(FREIRE, 2005, p. 90)

RESUMO

Introdução: O consumo abusivo de substâncias psicoativas tem sido associado a diversos agravos à saúde. Os estudos na área alertam para a necessidade do fortalecimento das ações voltadas aos usuários dessas substâncias. **Objetivo:** Avaliar as atitudes dos profissionais que participaram do curso “Intervenção Breve e Aconselhamento Motivacional em Crack e outras drogas” oferecido pelo Centro Regional de Referência sobre drogas do Espírito Santo, em relação às substâncias psicoativas e seu uso. **Metodologia:** Trata-se de um estudo exploratório e descritivo. Foram utilizados como instrumento de mensuração das atitudes a “Escala de Atitudes Frente ao Alcool, ao Alcoolismo e ao Alcoolista” e como técnica de pesquisa a entrevista semi-estruturada. Os dados referentes à escala foram analisados com o auxílio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* v. 22, por meio de análise univariada. E para exploração dos dados referentes à entrevista utilizou-se a análise de conteúdo temática. A amostra foi composta de 144 profissionais de diferentes Instituições (estudo quantitativo) e 06 (seis) profissionais (estudo qualitativo), lotados em um Centro de Acolhimento a Dependentes Químicos. **Resultados:** Dos 144 profissionais que responderam à escala, 86,8% eram do sexo feminino; 36,8% na faixa etária de 35 a 44 anos e 34% entre 25 e 34 anos; a maioria possuía formação em Serviço Social. O estudo mostra que apesar dos profissionais não demonstrarem conhecimento aprofundado sobre Dependência Química, esses possuem entendimento a respeito dos fatores de risco para o uso de drogas. Além disso, constatou-se um aumento de atitudes positivas dos profissionais em relação aos usuários de substâncias psicoativas, em que a maioria acredita no real potencial dos indivíduos para a mudança. **Conclusão:** Assim, pontua-se a necessidade de maior incentivo e aumento da oferta de formação permanente nessa área visando a melhoria da qualidade da atenção.

Descritores: Saúde Mental. Atitudes. Formação.

ABSTRACT

Introduction: The abuse of drugs has been associated with many health diseases. Studies in the area warn of the need to strengthen actions to the users of these substances. **Objective:** The purpose of this study was to evaluate the attitudes of professionals who participated in the formation course "Brief intervention and motivational interviewing on drugs" provided by the Regional Reference Center on Drugs of the Holy Spirit about drug use. **Methodology:** This is an exploratory and descriptive study. The "Attitude Scale Front Alcohol, Alcoholism and alcoholics" were used as the measurement instrument of attitudes and as a research technique to semi-structured interview. The scale data were analyzed by Statistical Package for the Social Sciences v. 22, using univariate analysis. And to explore the data from the interview was used the thematic content analysis. The sample was composed by 144 workers. And was selected six participants that work at Attention Center for drug addicts to use the qualitative methodology. **Results:** Between the 144 professionals who answered the scale, 86.8% were female, 36.8% of those aged 35-44 years and 34% between 25 and 34 years, the most were graduated in social work. The study shows that despite the professionals do not demonstrate knowledge of addiction, these have understanding of the risk factors for drug use. In addition, there was an increase in positive attitudes of professionals towards drug users where most believe in the real potential of individuals to change. **Concluded:** So, this study points to the need for greater incentives and increased supply of continuing education in this area aimed at improving the quality of care.

Keywords: Mental health. Attitudes. Formation.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Variáveis sociodemográficas dos profissionais estudados (gênero, faixa etária e estado civil).....	45
Tabela 2 -	Caracterização dos participantes quanto a formação e atuação profissional.....	46
Tabela 3 -	Perfil dos participantes quanto ao gênero e estado civil.....	70
Tabela 4 -	Tempo de experiência profissional.....	70

LISTA DE SIGLAS

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CCS – Centro de Ciências da Saúde

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CEPAD – Centro de Estudos e Pesquisas sobre Álcool e outras Drogas

CRR – Centro Regional de Referência sobre drogas

CRR-ES – Centro Regional de Referência sobre drogas do Espírito Santo

CRAS – Centro de Referência em Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado em Assistência Social

EAFAAA – Escala de Atitudes Frente ao Álcool, ao Alcoolismo e ao Alcoolista

LENAD - Levantamento Nacional de Álcool e outras drogas

MS - Ministério da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PPGSC – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

PPGPS – Programa de Pós-Graduação em Política Sociais

SPAs – Substâncias Psicoativas

SPSS - Statistical Package for the Social Science

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Compromisso Livre e Esclarecido

UFES – Universidade Federal do Espírito Santo

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	13
2 INTRODUÇÃO	15
2.1 HOMEM E O CONSUMO DE DROGAS	15
2.2 ATITUDES: CONCEITOS E IMPLICAÇÕES.....	17
2.2.1 Definições e Considerações Gerais.....	17
2.2.2 Atitudes e Saúde Mental	19
2.3 FORMAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	21
2.3.1 Histórico e Considerações Gerais	21
2.3.2 Atenção à Saúde Mental e suas Tendências: A Importância da Formação Permanente.....	24
2.3.3 Centro Regional de Referência sobre Drogas do Espírito Santo (CRR-ES).....	26
2.4 AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS EM SAÚDE	27
3 OBJETIVOS.....	32
3.1 GERAL	32
3.2 ESPECÍFICOS	32
4 METODOLOGIA	33
4.1 TIPO DE ESTUDO	33
4.2 CENÁRIO.....	34
4.3 SUJEITOS.....	34
4.4 PROCEDIMENTOS.....	34
4.4.1 Coleta de Dados	35
4.4.1.1 Instrumentos de Pesquisa.....	35
4.4.1.2 Técnica de Pesquisa.....	36
4.4.2 Análise dos Dados	36
4.4.3 Éticos.....	37
5 RESULTADOS.....	38

5.1 ARTIGO 1 - Profissionais da rede de Atenção Compartilhada e suas atitudes frente ao álcool, alcoolista e alcoolismo	38
5.2 ARTIGO 2 - Atitudes dos profissionais de um Centro de Acolhimento a dependentes químicos sobre a temática álcool e outras drogas.....	62
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
7 REFERÊNCIAS.....	93
APÊNDICES	104
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO INSTITUCIONAL	105
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	106
APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO	109
APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA	110
ANEXOS	111
ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO “EAFAAA”	112
ANEXO 2 – AUTORIZAÇÃO DO CEP-UFES.....	114

1 APRESENTAÇÃO

A minha inserção no Mestrado em Saúde Coletiva, deve-se ao fato de me identificar com a linha de pesquisa Avaliação em Saúde com Foco para Saúde Mental e Substâncias Psicoativas. Além disso, está diretamente relacionada com as atividades profissionais que exerço, com as quais me identifico profundamente.

Sou Funcionária Pública efetiva do município de Anchieta/ES desde 2009 e graduada em Enfermagem pela UFES (2008/2). Na graduação, tive a oportunidade de participar, durante a disciplina de Saúde Mental, de alguns atendimentos realizados no Programa de Atendimento ao Alcoolista (PAA-HUCAM-UFES) onde tive contato com a temática Dependência Química. A partir de então aumentou o meu interesse pelo tema, no entanto a oportunidade de trabalhar diretamente na área surgiu apenas em 2012 quando foi inaugurado no município de Anchieta o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad).

Assim, pude perceber com o trabalho realizado no CAPS ad, que essa temática anseia por maiores estudos. Dessa forma, busquei no Mestrado em Saúde Coletiva a aquisição de formação científica que possa embasar a minha prática. Além disso, nessa etapa pude avançar mais alguns passos rumo à formação e aprimoramento de um perfil acadêmico voltado à docência e ao desenvolvimento de pesquisas.

E como resultado desse percurso, esse trabalho busca aprofundar um pouco mais na temática Avaliação em Saúde ao explorar as possíveis relações existentes entre a formação permanente dos profissionais da rede de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas e as atitudes dos mesmos frente aos usuários de drogas.

Esta dissertação, portanto, é uma pesquisa avaliativa realizada junto aos profissionais da Rede de Atenção Compartilhada, que participaram da capacitação “Intervenção Breve e Aconselhamento Motivacional em Crack e outras Drogas” oferecido pelo Centro Regional de Referência sobre Drogas do Espírito Santo (CRR-ES) em 2014. Deste modo, apresentamos a mesma em 04 (quatro) momentos:

1. **Homem e o Consumo de Drogas:** contempla uma revisão da literatura, objetivando esclarecer a relação do homem com as drogas, bem como seus impactos;
2. **Atitudes: Conceitos e Implicações:** descreve os conceitos difundidos na literatura e sobretudo sua relevância, bem como discorre sobre atitudes no campo da Saúde Mental;
3. **Formação Permanente em Saúde:** apresenta um breve histórico e as definições empregadas, explora a formação permanente em Saúde Mental na Atenção Básica e o papel do Centro Regional de Referência sobre Drogas (CRR-ES) como elemento formador;
4. **Avaliação das Práticas em Saúde:** discorre sobre a avaliação, suas diferentes formas de conduzi-la e a relevância da mesma para o setor Saúde e para o campo da Saúde Mental.

Em seguida, são apresentados os objetivos e os procedimentos necessários para a realização da presente pesquisa; e finalmente os resultados da Dissertação, apresentados na forma de 02 (dois) artigos científicos: um com abordagem quantitativa e outro com abordagem qualitativa.

Por fim, na conclusão desta pesquisa, discutiremos os impactos para os profissionais participantes, serviços de saúde envolvidos e comunidade acadêmica. Desse modo, pretendemos que este estudo possibilite conhecer melhor sobre as atitudes dos profissionais da Rede de Atenção Compartilhada Frente ao Uso de Álcool, Crack e outras Drogas e que forneça subsídios para o planejamento das ações desenvolvidas no âmbito profissional e institucional.

2 INTRODUÇÃO

2.1 HOMEM E O CONSUMO DE DROGAS

O consumo de drogas é tão antigo quanto a história da humanidade e tem sido considerado um grave problema de saúde pública, afetando também outras esferas sociais, tais como segurança, economia e previdência social, acarretando sérias consequências a sociedade. Os malefícios ocasionados pelo uso de drogas se dividem entre agudos (intoxicações ou overdose) ou crônicos, e sua dimensão varia de acordo com as alterações podendo ser elas mais duradouras ou até irreversíveis (MAI; COELHO; BASTOS, 2014).

Segundo o Relatório Mundial sobre drogas, em nível global, aproximadamente 249 milhões de pessoas entre 15 a 64 anos fazem uso de drogas ilícitas, o que representa uma prevalência de 5,2 %. E, estima-se que entre a população dessa faixa etária 0,6% sofrem com o consumo problemático de drogas (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2015).

Quanto ao gênero a maior prevalência de uso de drogas (exceto tranquilizantes) está entre os homens, sendo esses até três vezes mais predispostos a usar a cannabis, cocaína e anfetaminas. Por outro lado as mulheres são mais propensas a fazer uso indevido de drogas de prescrição como opióides e tranquilizantes (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2015).

No Brasil, a prevalência do uso na vida de substâncias psicoativas (SPAs) (exceto álcool e tabaco) em 2001, foi de 19,4% e em 2005 foi de 22,8%. Ao se avaliar o uso na vida por tipo de drogas, observa-se um aumento das taxas entre 2001 a 2005, para as substâncias: maconha (6,9% para 8,8%), benzodiazepínicos (3,3% para 5,6%), estimulantes (1,5% para 3,2%), solventes (5,8% para 6,1%) e cocaína (2,3% para 2,9%). No entanto, diminuiu a prevalência de uso na vida de orexígenos (4,3% para 4,1%) e xaropes à base de codeína (2,0% para 1,9%), nesse período (CARLINI *et al.*, 2006).

Em 2012, as taxas encontradas de consumo por tipo de SPA, entre adultos e adolescentes, respectivamente, foram: maconha 6,8% e 4,3%, benzodiazepínico 9,6% e 2,5%, estimulantes 2,7% e 1,3%, solventes 2,2% e 2% e cocaína 3,8% e 2,3% (LARANJEIRA *et al.*, 2014).

A Pesquisa Nacional sobre uso de crack avaliou o consumo regular dessa droga e/ou similares em pessoas moradoras nas capitais do país ou Distrito Federal e algumas regiões metropolitanas e encontrou uma prevalência de 0,81% enquanto que a estimativa do consumo de outras drogas ilícitas (exceto maconha) foi de 2,28% (BASTOS; BERTONI, 2014).

Em relação ao consumo de álcool o I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira (LENAD) (2006) e o II LENAD (2014) realizaram investigação sobre o consumo dessa substância na população adulta (18 anos ou mais) e entre adolescente e apresentaram uma pequena variação entre as taxas de abstinência entre os dois levantamentos, sendo elas 48% em 2006 com um aumento para 50% em 2012. Considerou-se abstinentes aquelas pessoas que não consumiram álcool nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa (LARANJEIRA, 2014).

Na população mundial, em 2010, 61,7% da população não consumiu álcool no último ano, em que 13,7% cessaram o uso e 48% nunca consumiram. No Brasil essas porcentagens foram de 42,3%, 20,4% e 21,9% respectivamente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Os dados apresentados nos retratam o contexto atual da distribuição do uso das SPAs no mundo e em nossa sociedade, e deixa claro a necessidade do fortalecimento de ações voltadas a essa população.

Minayo e Deslandes (1998) pondera que há ao redor da temática drogas muita mistificação, ao passo que exerce tanto fascínio quanto medo. A busca pelo prazer imediato causada por esse fascínio, muitas vezes acarreta um uso descuidado e descontrolado. Cada droga utilizada apresenta um efeito distinto no organismo, mas em geral o uso abusivo leva à tolerância e à dependência. A tolerância é entendida como uma necessidade de consumir quantidade de drogas cada vez maior visando

obter os efeitos do uso inicial; e a dependência caracteriza-se por um uso sem controle associados a outros problemas graves nas esferas biopsicossocial (BORDIN *et al.*, 2010; SIQUEIRA *et al.*, 2013).

Como já citado acima, o consumo de drogas acarreta consequências negativas para a saúde do indivíduo e segundo Pillon, O'Brien e Chavez (2005) é um fator de risco para a infecção do HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis, não só pelo uso de substâncias injetáveis, mas também devido a práticas sexuais sem o uso do preservativo, comum entre os usuários.

Os fatores de risco relacionados a esse consumo de drogas gira em torno dos aspectos sócio-demográficos, estrutura familiar e uso de drogas parental, espiritualidade e práticas religiosas, ocupação, bem como características individuais e hereditárias (BORDIN *et al.*, 2010).

Assim, ter conhecimentos dos estudos de cunho epidemiológicos, acerca das relações em torno do uso de substâncias psicoativas, bem como das práticas de ações educativas é essencial para se pensar melhorias na atenção a essa população.

2.2 ATITUDES: CONCEITOS E IMPLICAÇÕES

2.2.1 Definições e Considerações Gerais

As atitudes ao longo do tempo têm sido consideradas um tema central dentro da Psicologia Social e alguns autores definiram essa ciência como o estudo científico das atitudes (SCHWARZZ; BOHNER, 2001).

Por ter sido muito estudado ao longo dos anos e discutido por vários autores o termo atitude recebeu várias propostas de conceitos, no entanto ainda não tem uma definição exata (VARGAS, 2005).

Assim, de acordo com Ajzen (2005), atitude é definida como a intensidade da avaliação formulada pelo sujeito em relação a determinado comportamento, objeto, pessoa, entidade ou episódio, seja ela favorável ou não, e isso o leva a emitir uma resposta positiva ou negativa.

Rodrigues, Assmar e Jablonski (2009, p. 81) dizem que as atitudes se estabelecem durante o desenvolvimento de socialização e apresentam-se em virtude de características individuais de personalidade ou de determinantes sociais e ainda estão sujeitas aos processos cognitivos. Esses mesmos autores conceituam a atitude como sendo

uma organização duradoura de crenças e cognições, em geral, dotada de carga afetiva pro ou contra um objeto social definido, que predispõe a uma ação coerente com as cognições e afetos relativos a esse objeto.

Allport (1935) conceituou atitude como um estado mental e neural de prontidão, ordenado por meio das experiências, que exerce uma influência sobre a resposta do indivíduo em relação aos objetos e situações com os quais se relacionam.

Vargas (2005) acrescenta que atitude é uma predisposição para responder a um objeto e não uma conduta afetiva em relação ao mesmo, sendo que a atitude mantém-se de forma persistente, o que não significa ser imutável.

Segundo a Teoria do Comportamento Planejado a atitude faz parte de um conjunto de constructos que determinam as intenções comportamentais, que conseqüentemente irão modular o comportamento do indivíduo. Estão diretamente associadas aos sentimentos dos sujeitos, e são delineadas a partir do conhecimento adquirido sobre o comportamento, ou seja, a partir de suas crenças. Assim, define-se crenças como sendo ideias que unem um determinado comportamento com uma consequência ou a alguma característica (AJZEN; MADDEN, 1986).

O aprendizado das atitudes se realiza desde a infância, e considera-se que o meio familiar é um dos maiores agentes formadores de atitudes, no entanto o indivíduo também sofre influências de vários ambientes, tais como: amigos, professores, religião, meios de comunicação, entre outros. E com o passar do tempo, em meio a estas diversas relações, algumas informações controversas e discordantes aparecerão, o que determinará a mudança de algumas atitudes. Essas novas

informações serão avaliadas em relação às atitudes atuantes, e dessa forma as que se harmonizarem serão naturalmente aceitas diferentemente daquelas discordantes (BRAGHIROLI; PEREIRA; RIZZON, 2011).

Lopes (2009) acrescenta a temática que as atitudes sobre uma variedade de eventos, ações e objetos serão determinadas pelas diferentes crenças adquiridas no transcorrer das experiências de vida do indivíduo. Essas crenças são formuladas em decorrência da análise e avaliação pessoal sobre determinada situação ou por meio da assimilação de dados oriundos de outros agentes tais como livros, jornais, grupo em que convive, formações sistemáticas, entre outros.

A duração dessas crenças é indeterminada, umas podem manter-se por um longo período, ou tornarem-se fracas com tendência ao desaparecimento. E ao longo do tempo novas crenças são construídas. No entanto somente as crenças salientes, as que são consideradas, que determinarão as atitudes. Assim, o autor constata que para haver mudança nas atitudes faz-se necessário uma desconstrução e reconstrução das crenças (LOPES, 2009).

2.2.2 Atitudes e Saúde Mental

Pessoas com problemas decorrentes do abuso e dependência de substâncias psicoativas, principalmente o álcool, vem sendo marcadas por histórias de rompimento de laços sociais e afetivos e envoltas de estigmas e discriminações e isso tem influenciado na maneira em que o tratamento é dispensado as mesmas (NERY FILHO; VALÉRIO; MONTEIRO, 2011).

Esse cenário tem gerado muito sofrimento, incapacidades e custos, tanto para a pessoa, familiares e para a sociedade. Assim, é importante evidenciar que foram as pessoas portadoras de sofrimento mental que fizeram destaque para as estigmatizantes atitudes e rotinas dos profissionais da Saúde Mental (FIGUEIRAS, 2010).

Goffman (1963) defende que habitualmente a sociedade categoriza os indivíduos, ao emitir valor aos atributos que considera como comuns ou naturais aos integrantes de cada grupo. Dessa forma, são os ambientes sociais que determinam as categorias de pessoas que neles podem ser encontrados.

Esse autor coloca, também, que rotineiramente não se leva em questão todos os atributos indesejáveis das pessoas, mas apenas aqueles que são discordantes com os estereótipos previamente criados e associados a um tipo de indivíduo. Além disso, menciona ainda que um dos tipos de estigma existentes são as culpas de caráter individual, e o exemplifica como os transtornos mentais (GOFFMAN, 1963).

Assim, o indivíduo portador de transtorno mental que facilmente poderia ser incluído nas relações sociais quotidiana, poderá sofrer um afastamento de alguns grupos sociais devido ao rótulo imposto a ele (GOFFMAN, 1963).

Isso é corroborado por Figueiras (2010, p. 53) em seu estudo sobre as atitudes e crenças estigmatizantes dos profissionais de saúde mental, diante de doença mental em que constatou que a maioria dos profissionais indicam que a “rejeição, a hostilidade, o afastamento, a postura defensiva, desvalorização de opinião, a minimização das capacidades e a restrição de oportunidades e da participação social” são atitudes e práticas que reforçam a estigmatização da doença mental.

Ao que se refere às relações interpessoais esse mesmo estudo encontrou que os profissionais demonstraram ambivalência, pois, se por um lado acreditavam ser gratificante e trazer auto-realização, por outro, relataram desgastes e frustrações. Além disso, esses fizeram menção aos inúmeros desafios que essa população enfrenta como a escassez de investimento na área, falta de resposta social, de aceitação da comunidade e pouco apoio fornecido pelos familiares (FIGUEIRAS, 2010).

Assim sendo, em um estudo sobre a produção científica a respeito da temática Atitudes e Conhecimentos de Profissionais de Saúde diante do Álcool, do Alcoolismo e do Alcoolista, nos últimos 50 anos, encontrou-se que os profissionais apresentaram julgamentos de tendência moralista diante do alcoolista e em relação a sua motivação para o tratamento. No entanto, os profissionais que trabalham

diretamente ou possuem um maior contato com o alcoolista demonstraram a crença na recuperação do paciente e não fazem julgamentos quanto ao seu caráter (SOARES; VARGAS; OLIVEIRA, 2011).

Dessa forma, faz-se necessário repensar as atitudes dos profissionais de saúde diante da temática, para que haja um rompimento das barreiras do estigma e preconceito na atenção a essa população buscando a ética, resolutividade e qualidade.

2.3 FORMAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

2.3.1 Histórico e Considerações Gerais

Historicamente, os modelos aplicados à Educação em Saúde não implicou necessariamente em uma série evolutiva, mas correspondeu à superposição de práticas dominantes de cada atualidade visando em suma os interesses de uma minoria (SILVA, *et al.* 2010).

Foi a partir da metade do século XIX, que iniciou-se a organização da pedagogia higiênica no Brasil, em que a população alvo foram as famílias da elite. Assim, buscou-se disseminar os costumes europeus e urbanizar os hábitos dessas famílias a fim de transformá-las em uma organização nuclear e privada. No entanto, esse movimento destinou a outra parcela da população, um movimento coercitivo policial/militar ou a segregação por meio de espaços confinados (COSTA, 2004).

Com o início do século XX, observa-se um direcionamento das ações de Educação em Saúde às classes populares e assim reuniu forças e recursos para disseminar uma política de saúde pública que introduzia as normas e medidas de saúde por meio da força repressiva. Esse modelo coercitivo foi afirmado e “aceito” a partir do seu suposto caráter educativo em que a ordem vigoraria pelo temor. Assim, o Estado passa a regular os padrões de higiene, de produção e moralidade (SILVA, *et al.* 2010).

No entanto, após a segunda guerra mundial, a Organização das Nações Unidas (ONU), que possui uma vertente de pensamento em saúde baseada nos países desenvolvidos, traz a proposta de mobilização da população em geral como modo de modificar comportamentos e atitudes em saúde e assim superar a marginalização vivenciada pela maior parcela da nação (SILVA, *et al.* 2010).

Com o golpe militar no Brasil (1964), no que se refere ao sistema público de saúde, esse era dividido em Medicina Previdenciária e Saúde Pública. O primeiro setor dirigia suas ações de caráter individual aos trabalhadores formais nas zonas urbanas, estando a cargo dos Institutos de Pensões. A saúde pública era direcionada à população das zonas rurais e à parcela pobre, e suas ações tinham um caráter preventivo, estando sob responsabilidade do Ministério da Saúde. Além disso, observou-se em paralelo um movimento de expansão e incentivo aos serviços médicos privados e hospitalares (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

No entanto, a partir do final dos anos 70, houve a eclosão de movimentos populares devido à insatisfação com modelo de saúde vigente, que contaram com o apoio de profissionais da rede de saúde e profissionais dos espaços acadêmicos. Esse movimento suscitou também a necessidade de se rever o processo de formação dos profissionais de saúde, uma vez que era direcionada à organização corrente e assim, iniciaram-se discussões sobre possíveis estratégias para criar um sistema de saúde que atendesse a atual situação de saúde brasileira (SILVA *et al.* 2010).

Na década de oitenta, pode-se destacar a crise no sistema político, social e econômico, repercutindo nas ações direcionadas à área da saúde e agravando ainda mais as condições de saúde das populações. A Previdência Social, devido à problemas financeiros, não tinha capacidade para atender as suas demandas. Em meio a isso, cresce o movimento de defesa à democratização da saúde, que na Oitava Conferência Nacional de Saúde (1986), colocou como ponto necessário a ser desenvolvido, como parte da reformulação do sistema de saúde, a política de recursos humanos. Defendeu que essa busque, entre outros, a capacitação, reciclagem permanente e formação dos profissionais de saúde integrada ao Sistema de Saúde, hierarquizado e regionalizado (BRASIL, 1986; SILVA *et al.* 2010).

E assim, a área de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde, a partir dos primórdios do movimento de Reforma Sanitária até o momento, tem se destacado pelo aumento de incentivos e iniciativas previstos em legislações e políticas acerca da temática (SARRETA, 2009; PEIXOTO-PINTO *et al.*, 2010).

A Constituição Federal (1988) em seu artigo 200 diz que compete ao Sistema Único de Saúde (SUS) “ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde” e a Lei 8080/90 em seu artigo 12 diz que “deverão ser criadas comissões permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior” (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

Dessa maneira, visando o que foi preconizado por essas leis, em 2004, o Ministério da Saúde (MS) lança a Portaria GM/MS nº 198 instituindo a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde objetivando a formação e desenvolvimento de trabalhadores do SUS. No ano de 2007 a Portaria GM/MS nº 1996 vem dispor sobre novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, e em 2014 a portaria nº 278 cria diretrizes para executar a Política de Educação Permanente direcionada ao Ministério da Saúde (BRASIL, 2004; BRASIL, 2007; BRASIL, 2014a).

Essa política busca identificar as fragilidades e as demandas de formação e desenvolvimento dos profissionais atuantes na área da saúde para desenvolver ferramentas e processos que habilitem os trabalhadores a prestar uma atenção qualificada, que atuem tanto na macro e micro gestão em saúde. Essas estratégias, além de tudo, reforçam o controle social, esse que impacta diretamente na saúde dos indivíduos e da coletividade (CAROTTA; KAWAMURA; SALAZAR, 2009).

Segundo a portaria nº 278 GM/MS (BRASIL, 2014a) considera-se Educação Permanente em Saúde a

aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, baseando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas dos trabalhadores da saúde.

Segundo Moreira (2010), o aprendiz, diante da aprendizagem significativa, não é um indivíduo passivo, é ele quem edifica seu conhecimento ao utilizar significados já

internalizados para apreender os significados dos materiais ofertados pelos docentes. E Freire (2005) diz que quanto mais a pessoa for desafiada mais será obrigada a responder ao desafio, isso instiga novas concepções sobre o mundo e as relações.

Carotta, Kawamura e Salazar (2009) apresentam no trabalho deles sobre a implantação da Política de Educação Permanente no município de Embu (SP), que um dos principais elementos da proposta da educação permanente é a possibilidade de refletir criticamente sobre o processo de trabalho. Os participantes desse estudo destacaram a importância da existência de um momento de encontro da equipe e um espaço para a discussão das fragilidades e construção das soluções em grupo, o que fortalece a corresponsabilização na prestação da assistência.

Por isso, a educação permanente utiliza uma metodologia diferenciada em que reconstrói o papel dos educadores e educandos, estimulando a emancipação e a corresponsabilização no desenvolvimento do trabalho, avaliando as potencialidades e os obstáculos encontrados pelos sujeitos que participam do processo e considerando as diversas dimensões da pessoa no processo de ensino-aprendizagem (MANCIA; CABRAL; KOERICH, 2004; BRASIL, 2014a).

2.3.2 Atenção à Saúde Mental e suas Tendências: A Importância da Formação Permanente

Diante da contestação dos paradigmas em torno da atenção à saúde mental, tornou-se imperativo a elaboração e implementação de políticas que visam à melhoria da qualidade da atenção prestada a essa população, com destaque para integralidade do cuidado, ampliação do acesso aos serviços de saúde, atenção com base territorial e comunitária e reinserção social (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007; BRASIL, 2011).

Além disso, ao se buscar avanços nas ações direcionadas às condições crônicas, principalmente as relacionadas ao uso e abuso de SPAs, deve-se pretender modificar algumas práticas que são essencialmente fragmentadas, que direcionam maior atenção aos eventos agudos, por uma atuação integral com foco no indivíduo

e nos seus familiares buscando a promoção e conservação da saúde. Esse processo requer ações planejadas e de cunho multiprofissional, destacando assim a importância de uma atenção compartilhada em que se busca a ampliação do grau de autonomia dos usuários (MENDES, 2012).

Nesse contexto, Mendes (2010) destaca como norteador para a melhoria da atenção à saúde no SUS a necessidade de resgatar a conexão entre a real necessidade da situação de saúde e o direcionamento das ações do Sistema de Saúde. E pontua que isso será possível por meio de vastas mudanças como a implantação de redes de atenção à saúde e sua consolidação.

As redes de atenção à saúde são

organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – e com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população (MENDES, 2011, p. 82).

Campos e Amaral (2007) assinalam que ao iniciar o processo de reforma do sistema de cunho estrutural e organizacional, é importante que as ações caminhem em consonância com mudanças que envolvam os sujeitos interessados, desenvolvendo assim, tanto transformações estruturais quanto culturais. E para isso é importante que se incorpore no cotidiano das instituições ações educacionais de cunho permanente visando a reconstrução e aperfeiçoamento de conhecimentos, práticas e posturas dos profissionais.

No entanto, os profissionais têm se deparado com alguns desafios em relação à educação permanente, queixam-se da falta de articulação dessas ações junto às ações de promoção, prevenção e tratamento. Além disso, as poucas atividades propostas não lhes oferecem suporte para a atuação junto às necessidades de saúde do território ou na melhoria do processo e ambiente de trabalho. Contestam também o caráter metodológico do ensino, próprio da “educação bancária”, é destinado a categorias específicas, com a conseqüente fragmentação do pensar o trabalho interdisciplinar (FIGUEREDO, *et al.*, 2014).

Dessa forma, o conhecimento e divulgação dessas reivindicações são de extrema importância uma vez que, na esfera da Saúde Mental, a educação permanente tem como desafio fortalecer os princípios da reforma psiquiátrica (TAVARES, 2006). Sendo assim, Lima Junior *et al.* (2015) reafirma essa premissa ao ponderar que é por meio da formação que se busca atingir as metas de expansão da rede de atenção à saúde aos usuários de substâncias psicoativas, por isso tem sido considerada uma atividade meio para se alcançar resultados inéditos.

Ademais, esses autores apresentam a formação profissional como um desafio ao tratamento adequado aos usuários de álcool, crack e outras drogas, em que os trabalhadores destinados a prestar a atenção a essa população, historicamente não tiveram formação devida e específica para atender as complexas demandas apresentadas. Além disso, há que se considerar que esses profissionais sofreram fortes influências do modelo sanitista e/ou repressor, que defendia o tratamento por meio do isolamento social do sujeito (LIMA JUNIOR *et al.*, 2015).

Nesse contexto os profissionais ganham destaque ao partir da premissa de que são os responsáveis pelo “trabalho vivo em ato” e isso os permitem direcionar a qualidade da assistência. À vista disso, a reestruturação da atenção à saúde mental, e especificamente a atenção à população que sofre devido ao abuso e dependência de substâncias psicoativas, ao buscar a transformação e a mudança do saber e das práticas, perpassa, também, pela modificação das crenças e atitudes dos mesmos uma vez que esses, como citado acima, orientam suas ações (FIGUEIRAS, 2010; SOUZA; RIVERA, 2010; MERRY, 2014).

2.3.3 Centro Regional de Referência sobre Drogas do Espírito Santo (CRR-ES)

Ante o cenário apresentado, considerando a ampliação do consumo de drogas e a fragilidade da atenção que é ofertada aos usuários de SPAs no país, e diante do aumento da demanda por tratamento, o governo Federal criou, dentre outras políticas, o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, por meio

do Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que foi alterado, em 2011, pelo Programa “Crack, é Possível Vencer” (BRASIL, 2010; BASTOS; BERTONI, 2014).

Esse Programa forneceu subsídios para o desenvolvimento de ações educativas direcionadas aos profissionais da Rede de Atenção Psicossocial, por meio da criação do CRR. No estado do Espírito Santo ele foi criado através de uma parceria entre a Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)/Centro de Estudos e Pesquisas sobre Álcool e outras Drogas (CEPAD) e os municípios de Vitória e Vila Velha (SIQUEIRA *et al.*, 2011).

A atuação do CRR-ES se estabelece por meio da oferta de cursos que visam intensificar, ampliar e diversificar as ações oferecidas pelos serviços no sentido de estimular a promoção da saúde, da prevenção e da redução de riscos e danos associados ao consumo de crack e outras drogas, ampliando a capacidade técnica dos profissionais para a atenção integral aos usuários. Seu público alvo são os profissionais do Sistema Judiciário, Segurança Pública e Ministério Público, Profissionais das Redes de Saúde e Assistência Social (SIQUEIRA *et al.*, 2011).

2.4 AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS EM SAÚDE

A avaliação está presente em vários contextos da vida, desde a esfera pessoal até as institucionais. A todo momento, as pessoas discorrem sobre avaliação ou mesmo são submetidas aos processos avaliativos numa dinâmica imperceptível (CRUZ, 2011). Esse processo, em suma, busca avaliar resultados, objetivos atingidos, aferir conhecimentos, entre outros. É em uma visão geral avaliar significa julgar, estimar, medir, classificar, analisar criticamente alguém ou algo (AMORA, 2009).

Assim, a avaliação é um processo fundamentalmente humano e efetuada diariamente pelo senso comum, e diversos são os entendimentos sobre a mesma (CHAMPAGNE *et al.*, 2011). Silva e Brandão (2003, p. 3) apresentam a avaliação

como sendo a elaboração, negociação e aplicação de critérios explícitos de análise, em um exercício metodológico cuidadoso e preciso, com vistas a conhecer, medir, determinar ou julgar o contexto, mérito, valor ou estado de um determinado objeto, a fim de estimular e facilitar processos de aprendizagem e de desenvolvimento de pessoas e organizações.

Minayo (2005) acrescenta que a avaliação refere-se à realização de um julgamento em relação a determinada intervenção, visa assistir a gestão no desenvolvimento das ações e deve fazer parte do processo de planejamento das ações. Não se destina a punir os atores envolvidos e seu principal objetivo é aprimorar o desempenho dos projetos.

Champagne *et al.* (2011, p. 44) em uma revisão sobre o assunto reúne elementos consensuais e propõe que

Avaliar consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa traduzir em ações.

Dubois, Champagne, Bilodeau (2011) destaca que a história da avaliação é muito antiga, sendo uma atividade datada de quatro mil anos, com os primeiros relatos entre os chineses. E sua história moderna, já no ocidente, teve início no século XVIII, na Grã-Bretanha e França.

Assim, apesar da avaliação fazer parte da história da humanidade, alguns autores começaram a considerar a avaliação a partir do período de 1800, dividi-la e caracterizá-la em quatro gerações (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011).

A avaliação de primeira geração está restrita a um grupo de atividades relacionadas à medida, coleta sistemática de dados e análise quantitativa. Dessa forma, consiste em uma avaliação normativa, ao analisar cada elemento da intervenção por meio de critérios e normas, avalia a conformidade de cada item de acordo com um modelo (GUBA; LINCOLN, 1989; DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011).

Na segunda geração, o avaliador ganha destaque, pois começa a participar mais ativamente do processo. Suas ações ampliam para além de coletar sistematicamente os dados e realizar as medidas de intervenção, o avaliador passa a descrever os programas, compreender seu delineamento, apontar as fragilidades e potencialidades bem como realizar recomendações para a melhoria (GUBA; LINCOLN, 1989; DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011).

Com a terceira geração o elemento incorporado foi o julgamento, dessa forma os objetivos, metas e ações devem estar direcionados à formação de um juízo de valor. Diante dessa nova exigência no processo avaliativo o avaliador torna-se o juiz e é o responsável por reunir todos os dados e informações necessárias a fim de certificar o valor da intervenção (GUBA; LINCOLN, 1989; DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011).

A avaliação de quarta geração considera as abordagens e métodos já utilizados nas etapas anteriores, mas se diferencia pelo fato de proporcionar espaço de negociação no qual os atores participantes têm a oportunidade de apresentar suas reivindicações e interesses. Nesse novo modelo a avaliação abre um espaço de escuta aos grupos marginalizados (GUBA; LINCOLN, 1989; DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011).

Em cada geração citada, observa-se que a avaliação distingue-se pela função incumbida à mesma, os avaliadores assumem funções distintas, aumenta a diversidade dos atores envolvidos no processo assim como os meios utilizados na produção do conhecimento (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011).

Dessa forma, pode-se observar que nos últimos 60 anos a avaliação tem recebido investimentos em teoria e prática, uma vez que a mesma impacta na eficácia da utilização de recursos e na efetividade das ações. E tem sido utilizada tanto como um método isolado ou como parte do planejamento e gestão de programas e projetos (MINAYO, 2005).

Novaes (2000) corrobora com o que foi apresentado ao expor que apesar de haver vários modelos de avaliação em saúde, faz destaque a três tipos: a investigação avaliativa, avaliação para decisão e avaliação para gestão. As duas últimas avaliações estão associadas diretamente à gestão da atenção, e proporcionam instrumentos que orientam ou redirecionam a realização das ações. Enquanto a investigação avaliativa busca a produção do conhecimento, com um comprometimento com o método científico, mas não há um comprometimento com intervenção na realidade (ALMEIDA; MELO, 2010).

Minayo (2005) vem acrescentar a temática ao apresentar um modelo que divide o processo da pesquisa avaliativa em três etapas. A primeira etapa está relacionada a reconhecer o problema sobre o qual ocorrerá a avaliação. Constitui-se em uma avaliação diagnóstica e tem como indicadores os estabelecidos para a intervenção, e os procedimentos serão os estabelecidos para a implantação.

A próxima etapa do processo é realizada pela avaliação da implantação em que se avalia a extensão do alcance da intervenção, acompanha a implantação e a colaboração dos atores envolvidos nas ações. Além disso, analisa a correlação entre a implementação das atividades e as metas propostas. E a seguir, essa autora apresenta a avaliação dos resultados que consiste em analisar quanti e qualitativamente as transformações ocorridas entre o momento inicial e o desfecho para verificação do alcance das metas (MINAYO, 2005).

No Brasil, nas últimas três décadas tem se observado o desenvolvimento progressivo de várias iniciativas direcionadas à avaliação em saúde. As primeiras iniciativas foram por meio de pesquisas acadêmicas em que se buscavam avaliar serviços e estabelecimentos, e posteriormente foi possível perceber que as políticas destinadas ao planejamento em saúde faziam menção sobre a importância da avaliação. Nos planejamentos já havia traços de propostas referentes a indicadores e a criação de sistemas de informação (PAIM, 2014).

Dessa forma, ao explorar as informações colocadas até o momento, pode-se averiguar que pesquisa avaliativa corresponde a um julgamento realizado sobre determinadas práticas embasadas em uma pergunta ainda não respondida na literatura especializada sobre um determinado contexto, por meio de metodologias adequadas (SILVA, 2014).

Na atualidade, observa-se que o interesse pela avaliação em saúde transpõe os muros da academia, em que o próprio Ministério da Saúde tem requerido uma gama de estudos nesse panorama, seja por exigência de financiadores externos ou por um maior entendimento por parte dos técnicos e gestores sobre a importância da temática (PAIM, 2014).

A avaliação torna-se fundamental para o grupo de gestores e técnicos ao passo que os mesmos a acolham como parte de seu fazer cotidiano, e com isso possibilitará espaços para reflexões sobre a práxis. “Isso lhes permite desconstruir ideias, alinhar conceitos, corrigir rumos, mudar prioridades, abrir mão de iniciativas que não se mostram frutíferas e até trocar gestores” (MINAYO, 2005, p. 20).

Diante disso, Minayo (2005) destaca que uma avaliação será considerada como uma técnica e estratégia investigativa, ou seja, aquela que é desenvolvida por meio de um processo sistemático de inquerir sobre capacidade e valor sobre um assunto, proposta ou programa, se for capaz de atuar em alguns aspectos, tais como: minimizar as incertezas quanto ao objeto em avaliação, aperfeiçoar a efetividade das ações, auxiliar na tomada de decisões importantes; responder sobre a utilização de recursos públicos, responder aos interesses das instituições, dos gestores e técnicos.

Assim, para que a avaliação possa conduzir o desenvolvimento de uma ação e corrigi-la ou reorientá-la é necessário que seja útil, ética e tecnicamente adequada como já falado acima. Além disso, é necessário que seja também ideológica, pois permeia um processo de aquisição de conhecimento que é apoio para a decisão por escolhas mais coerentes para as propostas em desenvolvimento (MINAYO, 2005).

Dessa forma, considera-se que a avaliação contemporânea é o produto dos instrumentos de produção do conhecimento sobre as ações. Com o transcorrer do tempo, consideráveis evoluções teóricas e novas metodologias possibilitarão atingir avaliações com mais refinamento e completas (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011).

Essa organização social desenvolvida faz parte da trajetória histórica da humanidade e entender esse processo é importante para edificar uma avaliação que possibilitará o envolvimento dos sujeitos atuantes no processo (CRUZ, 2011).

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

- Avaliar as atitudes dos profissionais que participaram do curso “Intervenção Breve e Aconselhamento Motivacional em Crack e outras Drogas” oferecido pelo CRR-ES, em relação às substâncias psicoativas e seu uso.

3.2 ESPECÍFICOS

- Explorar os aspectos envolvidos nas atitudes dos profissionais que participaram da capacitação oferecida pelo CRR-ES, em relação à população usuária de álcool e outras drogas;
- Descrever as atitudes dos profissionais que participaram da capacitação oferecida pelo CRR-ES frente a uso de álcool e outras drogas;
- Verificar a influência do conhecimento acerca da temática nas atitudes da população estudada.

4 METODOLOGIA

Antes de iniciar a exposição desse capítulo cabe destacar que os resultados desse estudo foram divididos em dois artigos, devido a isso a metodologia será descrita destacando separadamente os passos metodológicos de cada artigo.

4.1 TIPO DE ESTUDO

O artigo 1 trata-se de um estudo quantitativo, exploratório, descritivo, cuja investigação é fundamentada na mensuração das atitudes e conhecimentos dos profissionais da rede de atenção compartilhada em relação ao álcool, alcoolismo e alcoolista.

Para o desenvolvimento do artigo 2, realizou-se um estudo qualitativo, exploratório, descritivo em que buscou-se explorar as atitudes, conhecimentos e experiências dos profissionais lotados no Centro de Acolhimento com atendimento a dependentes químicos, sobre as substâncias psicoativas e seu uso.

Optou-se pelo *estudo descritivo exploratório* devido a intenção de conhecer as concepções e as tendências de atitudes que envolvem a temática. Assim, a partir de hipóteses, pretende-se aprofundar no estudo da realidade, buscando maiores informações e, por meio do levantamento de dados, a aplicação prática.

A *pesquisa exploratória* tem como objetivo aprimorar conceitos e proporcionar uma maior aproximação com o problema do estudo. E a *descritiva* objetiva narrar as características de determinada população ou fenômeno, entre elas as opiniões, atitudes e crenças (GIL, 2002). O estudo *descritivo exploratório* fornece elementos para o desenvolvimento de outros estudos (DEZIN; LINCON, 1998).

4.2 CENÁRIO

O estudo foi realizado no CEPAD (SIQUEIRA *et al.*, 2011) localizado no Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFES, no banco de dados dos cursos de Capacitação oferecidos pelo CRR-ES, projeto em desenvolvimento pelo referido Centro.

4.3 SUJEITOS

A população elegível para esta pesquisa foi constituída por profissionais da rede de Atenção à Saúde, Assistência Social e Educação, participantes do curso de capacitação “Intervenção Breve e Aconselhamento Motivacional em Crack e outras Drogas” oferecido pelo CRR-ES.

No entanto, cabe ressaltar que os resultados foram divididos em dois artigos, assim as amostras foram dispostas da seguinte forma:

Artigo 1 - a amostra foi constituída por 144 profissionais inscritos no referido curso e que responderam a “Escala de Atitudes Frente ao Álcool, ao Alcoolismo e ao Alcoolista” (EAFAAA) (Anexo A) (VARGAS, 2014). Foram incluídos no estudo todos os profissionais regularmente matriculados no curso acima mencionado e foram excluídos aqueles que não tiveram condições de responder ao instrumento.

Artigo 2 - A amostra selecionada foram os profissionais atuantes no Centro de Atenção a Dependentes Químicos, que participaram do curso de Capacitação, configurando um grupo de 7 (sete) pessoas. Para atingir o objetivo da pesquisa foram incluídos os profissionais que concluíram o curso mencionado acima, e foram excluídos aqueles que não tiveram um aproveitamento mínimo de 70% nas avaliações e 75% de presença na Capacitação.

4.4 PROCEDIMENTOS

4.4.1 Coleta de Dados

Inicialmente foi enviada uma carta para a Coordenação do CEPAD-UFES, executor dos cursos de capacitação do CRR-ES, solicitando a autorização para a condução da pesquisa (Apêndice A). A coleta foi dividida em dois momentos: as informações provenientes do banco de dados foram adquiridas no segundo semestre de 2014, e as informações decorrentes das entrevistas foram coletadas entre outubro e novembro de 2015, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice B), pelos participantes do mesmo.

4.4.1.1 Instrumentos de Pesquisa

A *avaliação das atitudes* dos profissionais foi realizada em um primeiro momento (artigo 1) através da análise das informações disponíveis no banco de dados do CRR-ES, coletadas por meio do instrumento “Escala de Atitudes Frente ao Álcool, ao Alcoolismo e ao Alcoolista” (EAFAAA) (Anexo A).

A EAFAAA é específica para medir as atitudes dos profissionais relacionadas às questões de álcool. É do tipo likert, em que os participantes expressam seu nível de concordância (1= Discordo totalmente; 2 = Discordo; 3 = indiferente; 4 = Concordo; 5 = Concordo totalmente) diante de cada afirmação, que pode expressar algo de favorável ou desfavorável em relação a um objeto psicológico (VARGAS, 2005).

Segundo Vargas e Luis (2008, p. 901) esse instrumento se diferencia dos demais devido ao fato de avaliar, também, dois atributos distintos dos apresentados em outros instrumentos, “as atitudes frente ao relacionamento interpessoal com o paciente alcoolista e as atitudes diante das repercussões do alcoolismo no contexto pessoal e social”.

A escala utilizada nesse estudo é composta por 50 itens, dividida entre quatro fatores que abordam o tema sob ângulos diferentes. São eles:

- Fator 1: O trabalhar e o relacionar-se com o Alcoolista, com 20 afirmações;
- Fator 2: Atitudes frente ao Alcoolista, com 10 afirmações;

- Fator 3: Atitudes frente ao Alcoolismo (etiologia), com 11 afirmações;
- Fator 4: Atitudes frente ao Uso do Álcool, com 9 afirmações.

E também foi utilizado como instrumento de pesquisa um *questionário sociodemográfico* (Apêndice C) e uma *entrevista semiestruturada* (Apêndice D) (artigo 2), que foi aplicado e realizado no momento do consentimento de participação na pesquisa.

4.4.1.2 Técnica de Pesquisa

A *entrevista* foi utilizada como técnica de pesquisa para a coleta dos dados. Essa permite adquirir informações sobre determinado objeto de pesquisa e é realizada pelo entrevistador por meio de uma conversa a dois ou entre vários interlocutores. Optou-se por uma *entrevista semiestruturada*, pois o participante terá a possibilidade de falar livremente sobre o assunto em questão, sobre o qual foi construído um roteiro com perguntas principais, as quais poderão ser complementadas por outras de acordo com o desenrolar da entrevista (MINAYO, 2008).

Segundo Goldenberg (1997) a *entrevista* é útil, pois possui uma maior flexibilidade para garantir a resposta desejada e com maior profundidade. No entanto, o desenvolvimento da pesquisa fica atrelado ao que será fornecido pelo entrevistado, o que exige uma maior disponibilidade do pesquisador no desenvolvimento de uma relação de confiança e empatia.

4.4.2 Análise dos Dados

Os dados provenientes da escala EAFAAA (Artigo 1) e do questionário sociodemográfico (Artigos 1 e 2) foram analisados com o auxílio do programa Statistical Package for the Social Science (SPSS 22). Utilizou-se a *análise univariada* para a descrição das variáveis quanti e qualitativas.

Foram analisadas a variável quantitativa idade (artigos 1 e 2) e as variáveis qualitativas gênero, estado civil, escolaridade, profissão, tempo de atuação (artigos 1 e 2), município e local de trabalho, bem como as respostas obtidas a partir da escala EAFAAA (artigo 1).

Para análise dos dados obtidos por meio da entrevista (Artigo 2) foi utilizada a *análise de conteúdo temática*. Segundo Bardin (2011), a análise de conteúdo é um grupo de métodos de análise da comunicação que busca indicadores que depreendam o conhecimento a cerca da produção e recepção da informação.

Segundo Minayo (2008) e Bardin (2011) a *análise temática* é considerada a que melhor atende a investigação qualitativa do material referente à saúde e é utilizada para descrever objetivamente as informações provenientes dos sujeitos da pesquisa, com a finalidade de interpretar os discursos.

4.4.3 Éticos

Este estudo integra o projeto de pesquisa intitulado “Atitudes Frente ao Álcool, Alcoolista e Alcoolismo: O que pensam os profissionais?” submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo através da Plataforma Brasil, observando-se os dispositivos da Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa com Seres Humanos, sendo aprovado pelo CEP-UFES sob o Parecer nº. 732.798, em 30 de junho de 2014 (ANEXO 2).

5 RESULTADOS

5.1 ARTIGO 1 - Profissionais da rede de Atenção Compartilhada e suas atitudes frente ao álcool, alcoolista e alcoolismo

Tatiana Rodrigues do Amaral; Marluce Miguel de Siqueira

RESUMO

Introdução: O álcool tem sido amplamente aceito e estimulado pela sociedade, mas também vem sendo associado a diversos agravos à saúde que acarretam incapacidades. Dessa forma é necessário ampliar a divulgação das informações acerca dos malefícios causados pelo seu uso, bem como capacitar os profissionais sobre essa temática. Essas ações são necessárias para que haja melhorias na qualidade da atenção a esses usuários. **Objetivo:** Explorar e analisar as atitudes dos profissionais que participaram do curso “Intervenção Breve e Entrevista Motivacional em Crack e Outras Drogas” oferecido pelo Centro Regional de Referência sobre Drogas do Espírito Santo, frente ao álcool, alcoolismo e alcoolista. **Metodologia:** Trata-se de um estudo exploratório e descritivo. A população foi constituída por 144 profissionais. Os dados foram coletados por meio do instrumento “Escala de Atitudes Frente ao Álcool, ao Alcoolismo e ao Alcoolista” e realizou-se análise univariada por meio do programa Statistical Package for the Social Sciences v. 22. **Resultados:** Entre os participantes 86,8% eram do sexo feminino, 36,8% tinha idade entre 35 a 44 anos e 34% estavam compreendidos entre 25 a 34 anos, 52% eram assistentes sociais. Em relação às atitudes, 76,4% afirmam não ter medo de realizar abordagem sobre o uso de álcool, 64,6% acreditam que sabem conduzir os cuidados ao alcoolista, 82% pontuam que é necessário ser persistentes ao ofertar a atenção, e apenas 26,4% preferem trabalhar com essa população. Quanto ao uso do álcool, 70,1% pensam que independente do padrão de consumo, existe a possibilidade do desenvolvimento da dependência, e 52,8% são contra o uso em qualquer ocasião. **Conclusão:** verifica-se um aumento de atitudes positivas ao se comparar com outros estudos na área e a necessidade de ampliar a divulgação, entre os profissionais e a sociedade em geral, dos conhecimentos acerca do alcoolismo.

Descritores: Álcool. Alcoolismo. Saúde Mental. Atitudes.

ABSTRACT

Alcohol has been widely accepted and encouraged by society, but has also been associated with several diseases that cause health disabilities. Thus it is necessary to broaden the dissemination of information about the harm caused by its use, as well as to train professionals on this topic. These actions are necessary for there to be improvements in quality of care to those users. **Objective:** To explore and analyze the attitudes of professionals who participated in the course "Brief intervention and motivational interviewing on drugs" provided by the Regional Reference Center on Drugs of the Holy Spirit towards alcohol, alcoholism and alcohol addicts. **Methodology:** This is an exploratory and descriptive study. The population consisted of 144 professionals. Data were collected through the instrument "Attitude Scale Front Alcohol, Alcoholism and alcoholics" and has been univariate analysis using the Statistical Package for the Social Sciences. **Results:** Among the participants 86.8% were female, 36.8% were aged 35-44 years and 34% were comprised between 25 to 34 years, 52% were social workers. Regarding attitudes, 76.4% say they have no fear of carries approach to alcohol use, 64.6% believe they know how to care of alcoholics, 82% punctuate that needs to be persistent in offering the attention and only 26.4% prefer to work with this population. As the use of alcohol, 70.1% think that regardless of the pattern of consumption, there is the possibility of development of dependency and 52.8% are against the use on any occasion. **Conclusion:** there is an increase in positive attitudes when compared with other studies in the area and is necessary to broaden the dissemination among professionals and society in general, knowledge about alcoholism.

Key word: Alcohol. Alcoholism. Mental health. Attitudes.

INTRODUÇÃO

O consumo do álcool tem sido amplamente estimulado e socialmente aceito em diversos ambientes e eventos. No entanto, quando seu uso torna-se excessivo traz diversos problemas sociais, altos custos a sociedade¹.

Esse uso vem sendo associado a diversos agravos à saúde, sendo que ocupa o segundo lugar entre as 20 doenças que acomete a faixa etária dos 15 aos 44 anos e que acarretam anos vividos com alguma incapacidade, o que o caracteriza como um dos maiores problemas de saúde pública na atualidade².

Segundo Carlini *et al.*³ em um levantamento domiciliar sobre uso na vida de drogas psicotrópicas, realizado no Brasil, nas 108 cidades com mais de 200 mil habitantes, encontrou que o uso de álcool na vida foi de 74,6%, uso no ano 49,8% e uso no mês 38,3%. E que a taxa de dependência era de 12,3%, sendo três vezes maior entre os entrevistados do sexo masculino.

De acordo com o II Levantamento Nacional de Álcool e outras Drogas (LENAD) em 2006, 52% da população brasileira com 18 anos ou mais fez uso de bebida alcoólica e em 2012 essa taxa reduziu para 50%. Esse uso é 1,6 maior entre os homens (62%) quando comparados as mulheres (38%). E entre os adolescentes (14 a 17 anos), em 2006, 34% haviam feito uso de álcool nos últimos 12 meses e em 2012 a prevalência foi de 26%⁴.

Quanto ao padrão de uso, entre os adultos masculinos, 63% deles fazem uso de álcool pelo menos 1 vez por semana e 47% consomem 5 ou mais doses de álcool em um dia regular de consumo, enquanto que entre as mulheres essas taxas são 38% e 27% respectivamente. Com relação à idade em que experimentaram álcool 41% dos entrevistados do sexo masculino fizeram uso experimental entre 15 a 17 anos e 51% das entrevistadas relataram que essa experiência ocorreu com 18 anos ou mais⁴.

Em nível global, o consumo médio de álcool na população de 15 anos ou mais em 2010 foi de 6,2 litros de álcool puro por ano, o que em gramas corresponde a 13,5 gramas de álcool puro por dia. No entanto, observa-se uma variação entre as regiões pesquisadas, verificando-se índices mais elevados nas áreas da região

européia e Americana. No Brasil, essa taxa é de 15,1 litros⁵. Ao se levar em consideração que uma dose padrão de álcool, que equivale a uma lata de cerveja de 340 ml ou 40 ml de cachaça/wisky, contém 14 gramas de etanol puro. Observa-se que o consumo médio da população mundial é de aproximadamente uma dose padrão-dia e na brasileira é de um pouco mais de duas doses-padrão dia⁶.

Essa diferença dos níveis de consumo por regiões do mundo deve-se a uma interação de fatores tais como os sócio-demográficos, nível de desenvolvimento socioeconômico e cultural⁵.

Em um estudo sobre uso de álcool durante a gestação, Veloso e Monteiro⁷ encontraram associação entre o baixo nível socioeconômico, renda abaixo de um salário mínimo, e o uso de álcool nessa população. E o I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira aponta que é na classe E nos estados Norte, do Centro-Oeste e do Nordeste que se consome maior número de doses por vez que se bebe⁸.

Quanto às bebidas mais consumidas mundialmente, tem-se destaque para as bebidas destiladas (50,1%), sendo acompanhadas pela cerveja que corresponde a 34,8% e vinho 8%. Nas Américas e no Brasil a cerveja é a bebida mais consumida (60%)⁵.

Em relação à taxa de abstinência, 61,7% da população mundial não consumiu álcool no último ano, em que 13,7% cessaram o uso e 48% nunca consumiram. No Brasil essas porcentagens foram de 42,3%, 20,4% e 21,9% respectivamente⁵.

O consumo do álcool é comum em diversas organizações sociais e cultural, e faz parte do desenrolar da história da humanidade. Mas com o passar do tempo, devido às mudanças sociais e econômicas ocorridas, observou-se também modificações nas relações entre o homem e o uso do álcool e essa prática vem sendo fortemente associada a fins recreativos e fuga da realidade^{9,10}.

Assim, devido às mudanças ocorridas nos padrões de consumo, torna-se perceptível a necessidade de se ampliar o acesso da população às informações acerca dos malefícios causados pelo uso do álcool, bem como proporcionar aos profissionais atuantes nessa área espaços de trocas de conhecimentos e atuação prática para

abordagem sobre a temática. Essas ações fazem-se necessárias uma vez que mudanças de atitudes da população e dos profissionais são essenciais para melhorar a qualidade da atenção¹⁰.

As atitudes são consideradas, de maneira geral, como organizações individuais que associadas à influências externas determinam o comportamento em relação a situações, pessoas e objetos¹¹. E Vargas¹² pontua que a atitude atua orientando o comportamento em relação a determinada condição e não se trata de uma conduta afetiva.

Vargas¹³ destaca, em uma revisão da literatura, a respeito das atitudes de enfermeiros frente ao alcoolismo, que a partir dos últimos quinze anos houve um aumento dos estudos referentes à relação entre as mudanças de atitudes e a formação (treinamentos, aperfeiçoamentos e capacitações) dos profissionais atuantes nessa área.

No entanto, a oferta dessa formação permanente não tem sido uma prática comum dos serviços, pois em um estudo sobre atuação do enfermeiro aos usuários de álcool e outras drogas, na Saúde da Família, esses profissionais relataram que para se ter acesso a novos conhecimentos nesse campo faz-se necessário motivação individual. E queixam-se sobre a falta de propostas de capacitação, por parte dos gestores, bem como de material educativo e informativo¹⁴.

Mângia, Muramoto e Marques¹⁵ pontuam que os recursos humanos são determinantes para o bom desenvolvimento do trabalho, no entanto, também é o fator que mais compromete o mesmo ao que se refere à capacidade técnica, cultural e aos fatores relacionados ao comportamento. Assim, as propostas de formação objetivam facilitar o desempenho profissional, bem como o desdobramento de ações condizentes com o modelo assistencial proposto.

Pesquisas apontam que as informações recebidas pelos profissionais de saúde influenciam positivamente sobre as atitudes e percepções e conclui que há um déficit da oferta dessas formações na área de transtornos mentais relacionados ao álcool, sendo necessário ampliar a divulgação de informações acerca da temática vislumbrando aumentar as atitudes positivas¹³.

E é diante desse contexto que o Centro Regional de Referência sobre Drogas do Espírito Santo (CRR-ES) desenvolve suas atividades buscando colaborar com o desenvolvimento social ao realizar a oferta de formação permanente aos profissionais inseridos na rede de atenção psicossocial dos municípios de Vitória e Vila Velha, sobre a temática. Além disso, busca aproximar o diálogo com a comunidade em geral ao fomentar espaços de discussões como a realização e participação em eventos científicos¹⁶.

O CRR-ES é desenvolvido pelo Centro de Estudos e Pesquisas sobre o Álcool e outras Drogas (CEPAD), da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) e desenvolve suas ações baseadas nas diretrizes preconizadas pelo eixo de prevenção do Programa Crack, é Possível Vencer¹⁶.

Assim, visando aproximar um pouco mais da temática apresentada, o presente estudo tem como objetivo explorar e analisar as atitudes dos profissionais que participaram do curso “Intervenção Breve e Entrevista Motivacional em Crack e outras Drogas” oferecido pelo CRR-ES, frente ao álcool, alcoolismo e alcoolista. Uma vez que a qualificação das equipes de saúde mental quando associadas à investigação e produção de conhecimentos atua como fator determinante à melhoria da assistência em saúde mental¹⁵.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo em que investiga as atitudes e conhecimentos dos profissionais da rede de atenção básica frente ao álcool, alcoolismo e ao alcoolista.

O estudo foi realizado no Centro de Estudos e Pesquisas sobre álcool e outras drogas (CEPAD) localizado no Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFES, no banco de dados dos cursos de capacitação oferecidos pelo CRR-ES. Foi solicitado a Coordenação do CEPAD-UFES, executor dos cursos de capacitação do CRR-ES a autorização para a realização da pesquisa.

As informações disponíveis no banco de dados do CRR-ES foram coletadas por meio do instrumento “Escala de Atitudes Frente ao Álcool, ao Alcoolismo e ao Alcoolista” (EAFAAA) desenvolvida e validada por Vargas¹⁷.

A EAFAAA é direcionada a medir especificamente as atitudes dos profissionais relacionadas ao uso de álcool. É composta por 50 questões associadas ao “Trabalho e às relações Interpessoais com pacientes com transtornos relacionados ao uso de álcool”, “A pessoa com transtornos relacionados ao uso de álcool”, “Os transtornos relacionados ao uso do álcool/alcoolismo (etiologia)” e “As bebidas alcoólicas e seu uso”. Para se emitir as respostas, os participantes foram solicitados a expressarem seu nível de concordância acerca das afirmações, sendo elas: Discordo totalmente; Discordo; indiferente; Concordo; Concordo totalmente¹².

E para obter as informações sociodemográficas dos participantes utilizou-se um questionário que abordava questões relacionadas ao gênero, idade, estado civil, profissão, local de trabalho, município de trabalho e tempo de atuação no local de trabalho.

A população participante do curso foi constituída por 144 profissionais da rede de Atenção à Saúde, Assistência Social e Educação, que participaram do curso de Capacitação em “Intervenção Breve e Aconselhamento Motivacional em Crack e Outras Drogas” oferecido pelo CRR-ES.

Foram incluídos, no estudo, todos profissionais regularmente matriculados no curso acima mencionado e foram excluídos aqueles que não tiveram condições de responder ao instrumento.

Para a exploração dos dados, construiu-se um banco de dados no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) v. 22, em que foram realizadas análises univariada.

O estudo foi submetido à Avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo e foi aprovado sob o parecer nº. 732.798 em 30 de junho de 2014. E faz parte do projeto de pesquisa intitulado “Atitudes Frente ao Álcool, Alcoolista e Alcoolismo: O Que Pensam os Profissionais?”.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 144 participantes, sendo a maioria do sexo feminino (86,8%). Em relação à faixa etária 36,8% tinha entre 35 a 44 anos, e 34% estavam compreendidos entre 25 a 34 anos. Quanto ao estado civil 39,6% relataram ser casados e 38,2% solteiros, conforme apresentado na tabela 1.

Em relação à formação, 52,% eram assistentes sociais, 10,4% psicólogos, 3,5% enfermeiros, 3,5% Técnicos em Enfermagem, 2,1% Auxiliares de Enfermagem, 2,1% Agentes Comunitários de Saúde, 0,7% Terapeuta Ocupacional e 25% possuíam outra profissão não especificada (Tabela 2).

Tabela 1 - Variáveis sociodemográficas dos profissionais estudados (gênero, faixa etária e estado civil). Vitória-ES, 2015.

Variável	Categoria	%
Sexo	Feminino	86,8%
	Masculino	12,5%
Faixa Etária	18 a 24 anos	4,9%
	25 a 34 anos	34%
	35 a 44 anos	36,8%
	45 a 54 anos	16%
	55 a 64 anos	3,5 %
	Acima de 65 anos	0,7%
	Não responderam	4,2 %
Estado Civil	Solteiros	38, 2%
	Casados	39,6%
	Vivendo com parceiro	8,3%
	Separado	2,1 %
	Divorciado	9%
	Viúvo	2,8%

Fonte: Próprio autor

Dentre esses participantes 31,3% trabalham no município de Vitória, 27,8% Vila Velha e 41% outros municípios. O CRR-ES possui uma parceria com os dois municípios citados, no entanto quando as vagas ofertadas não são completamente preenchidas essas são disponibilizadas à comunidade em geral.

Quanto ao local de trabalho, 12,5% estavam lotados no Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS); 10,4% em Consultório na Rua; 9,7% no Centro de Referência em Assistência Social (CRAS); 4,2% no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); 3,5% na Estratégia Saúde da Família, 0,7% Hospitais gerais e 59% em outros serviços não especificados. A maioria (47,9%) apresentava de um a cinco anos de atuação no local de trabalho citado, 38,9% menos de um ano e 13,2% mais de cinco anos (Tabela 2).

Tabela 2 - Caracterização dos participantes quanto a formação e atuação profissional. Vitória-ES, 2015.

Variável	Categoria	%
Escolaridade	Ensino Médio Incompleto	1,4%
	Ensino Médio Completo	9%
	Superior Incompleto	6,3%
	Superior em Curso	6,9%
	Superior Completo	28,5%
	Pós-graduação	45,8%
	Mestrado	2,1%
Profissão	Assistente Social	52,8 %
	Psicólogo	10,4%
	Enfermeiro	3,5%
	Técnico de Enfermagem	3,5%
	Auxiliar de Enfermagem	2,1%
	Agente Comunitário de Saúde	2,1%
	Terapeuta Ocupacional	0,7%
	Outros	25%
Município de trabalho	Vitória	31,3%
	Vila Velha	27,8%
	Outros municípios	41%
Local de trabalho	Consultório de Rua	10,4%
	CREAS	12,5%
	CRAS	9,7%
	CAPS	4,2%
	Estratégia Saúde da Família	3,5 %
	Hospital	0,7 %
	Outros	59%
Tempo de atuação	≤ 01 ano	38,9%
	1 a 5 anos	47,9%
	≥ 05 anos	13,2%

Fonte: Próprio autor

Observa-se que apesar do curso ter sido ofertado para os profissionais inseridos na atenção básica, houve interesse por parte de profissionais lotados nos serviços especializados. Isso reafirma a importância dada a formação permanente pelos diversos segmentos profissionais acerca da temática.

Após conhecer o perfil dos 144 profissionais participantes da pesquisa, busca-se nessa etapa explorar as atitudes dos mesmos ao proceder a análise das respostas referentes à aplicação da EAFAAA, frente aos 4 fatores contemplados na mesma: F1 - Trabalho e as relações interpessoais com pacientes com transtornos relacionados ao uso de álcool; F2 – A pessoa com transtornos relacionados ao uso de álcool; F3 – Os transtornos relacionados ao uso do álcool/alcoolismo (etiologia) e F4 – As bebidas alcoólicas e seu uso.

Para apresentar os resultados provenientes da escala serão considerados os cinco níveis de concordância propostos pela escala, no entanto, serão agrupados da seguinte forma: Discordo Totalmente e Discordo em Parte = Discordo, Estou em Dúvida, Concordo em Parte e Concordo Totalmente = Concordo, conforme apresentado por Vargas (2005).

A RELAÇÃO LABORAL E INTERPESSOAL COM OS USUÁRIOS DE ÁLCOOL

Ao que se refere as atitudes dos profissionais perante o comportamento do alcoolista, os dados indicam que 66% não consideram o alcoolista desrespeitoso em relação a equipe de trabalho. Possivelmente devido a essa convicção que 76,4% afirmam não ter medo de abordar o problema de álcool com os mesmos, no entanto essa porcentagem diminui para 60,4% quando questionados sobre o medo da agressividade advinda dessa população. Além disso, as taxas se aproximam quando se aborda a necessidade de se ter cuidado para não ser agredido durante o atendimento ao alcoolista, em que 45,2% discordaram e 43,8% concordaram.

No item que avaliou a percepção dos profissionais a respeito dos alcoolistas não aceitarem a abordagem sobre o uso de bebida alcoólica, mais da metade (57,6%) discordaram dessa hipótese seguido de 42,4% que concordaram.

Os dados relacionados à importância de persistir em ofertar a atenção a esses usuários, mesmo quando são resistentes, foram ao encontro do questionamento sobre a possibilidade de desistir de ajudar a pessoa quando a mesma não aceita o problema em que 82% concordaram com a primeira afirmação e houve um índice de discordância de 88,9% em relação à segunda afirmação.

No que se refere ao atendimento ao alcoolista 64,6% dos profissionais acreditam que sabem conduzir os cuidados, sem acarretar prejuízos à atenção dispensada aos demais usuários da instituição (79,8%). Mais da metade (54,9%) considera que essa população não demanda maior atenção, em relação aos demais, devido sua condição, no entanto 35,5% apontam o contrário. Além disso, 61,8% não consideram difícil estabelecer um relacionamento terapêutico com o alcoolista, mas essa taxa diminui para 53,4% quando o profissional é questionado sobre relacionar-se com a pessoa, e entre os demais.

Em relação aos sentimentos manifestados pelos profissionais por atenderem essa parcela, os dados chamam a atenção ao fato da existência de uma ambivalência em que apesar de 91% afirmarem que sentem raiva ao trabalharem com alcoolistas, 79,2% afirmam não sentir-se frustrado e 75,7% sustentam que o trabalho com essa população é gratificante. No entanto, apenas 26,4% preferem trabalhar com pessoas com esse perfil em relação aos outros pacientes, 54,2% discordam e 19,4 % ficaram em dúvida.

PERCEPÇÃO ACERCA DA PESSOA COM TRANSTORNOS RELACIONADOS AO USO DE ÁLCOOL

Quanto aos itens que afirmam que as pessoas que desenvolvem alcoolismo são fracas, mais difíceis de lidar e são consideradas um caso perdido, a maior parte dos profissionais discorda dessas colocações, sendo as taxas apresentadas a seguir em respectiva ordem: 87,5%, 63,2% e 93,7%.

Na visão da maioria dos participantes apesar da pessoa sofrer com transtorno relacionado ao álcool isso não a prejudica em relação ao fato de ter bom senso (68%), serem responsáveis (68,8%) e apresentar bom trato com os demais (73,7%). E, 65,2% confiam nas informações relatadas por eles. No entanto, apesar dessas atitudes positivas 61,1% acreditam que o alcoolista tem maior probabilidade de se tornar violento, e 31,3% discordam.

Ao aludir sobre tratamento 47,9% consideram que os mesmos desejam se cuidar, em contrapartida aos 45,9 % que pensam o contrário. E 49,3% acreditam que os alcoolistas não cooperam com o tratamento, 36,1% discordam. Assim como 52,7% concordam que esses acabam voltando ao serviço de saúde com o mesmo problema e que os problemas de saúde acarreados pelo álcool são de responsabilidades deles (60,5%).

CONHECIMENTO SOBRE A ETIOLOGIA DOS TRANSTORNOS RELACIONADOS AO USO DO ÁLCOOL/ALCOOLISMO

Ao se explorar os aspectos acerca das atitudes dos profissionais frente a etiologia dos transtornos relacionados ao uso do álcool, 75,7% acreditam que o alcoolismo está mais associado às pessoas psicologicamente abaladas, 61,1% aponta a depressão como fator de risco e 78,5% atribuem a baixa autoestima. Tratando-se dos comportamentos de timidez e inibição 56,9% não os relacionam à gênese do alcoolismo, bem como 66% não concordam com o enunciado sobre falta de força de vontade para cessar o uso, existente entre essa população.

As opiniões dos participantes ficaram divididas quanto a relação existente entre insatisfação e abuso do álcool, em que 47,3% concordam e 47,9% discordam. Mas apontam que situações tais como dificuldade para enfrentar a realidade (68%) e sentir-se mais sociável (76,4%) são fatores que acarretam o uso.

Ainda em relação aos fatores de risco para o desenvolvimento do alcoolismo, 79,1% concordam que questões sociais levam o indivíduo a beber, e mais da metade (56,2%) acredita que desajustes na estrutura familiar podem provocar o alcoolismo e

41,7% discordam. Quanto às causas biológicas 70,1% aponta a relação entre predisposição hereditária e o desenvolvimento da doença.

Na descrição desse fator pode-se observar que os participantes relacionam o consumo de álcool a fatores psicológicos e psiquiátricos como depressão e baixa autoestima, a pouca habilidade para lidar com situações difíceis, além das frágeis relações familiares e condições sociais vivenciadas.

CONCEPÇÕES A RESPEITO DO USO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS

Nesse fator serão apresentados os posicionamentos dos profissionais diante da bebida alcoólica e o padrão de uso e/ou abuso.

Ao que se refere a ingestão de bebidas alcoólicas, 54,8% acreditam que esse uso não é normal, 52,8% é contra o consumo dessa substância em qualquer ocasião e 47,2% são favoráveis ao beber moderado. Por outro lado, 50,7% dos participantes entendem que se pode beber desde que saiba se controlar e 73,6% concordam que a pessoa tem direito de beber, se quiser.

Em relação ao risco benefício que o álcool traz à saúde do indivíduo, 53,5% concordam que beber com moderação não é prejudicial e 42,4% discordam desse posicionamento. No entanto 61,8% não vê benefícios na ingestão de quantidades reduzidas de álcool.

Quanto ao fato das bebidas serem agradáveis e causarem a sensação de bem estar, a maioria apresenta atitudes positivas em relação a essa informação, em que 61,8% concordaram e 35,4% foram contrários.

A maior parte dos profissionais demonstra atitudes negativas em relação ao potencial do álcool em causar dependência, sendo que 70,1% acreditam que pequenas doses são suficientes para causar a doença e 62,5% concordam que a bebida em qualquer quantidade deixa a pessoa dependente.

DISCUSSÃO

A RELAÇÃO ALCOOLISTA E EQUIPE NA VISÃO DOS PROFISSIONAIS

Avaliando mais individualmente as respostas dos participantes, observou-se que o contato entre o usuário e a equipe permeia uma relação respeitosa em que, a maioria dos profissionais acredita que os alcoolistas apresentam um bom trato em relação aos demais, manifestam bom senso e uma postura responsável.

Os achados acima vão ao encontro do que Barros e Pillon¹⁸ apresentam em seu estudo com profissionais do Programa Saúde da Família sobre o uso de drogas onde destaca que foram positivas as atitudes desses profissionais em relação aos dependentes químicos em geral, o que conseqüentemente aumenta a aceitação e melhora a qualidade da atenção prestada a esses usuários.

No entanto, ainda que tenha emergido dos dados essas atitudes positivas em relação ao alcoolista, bem como a habilidade para realizar abordagem sobre esse problema, 61,1% acreditam que o alcoolista tem maior probabilidade de tornar-se violento e frente a isso, 43,8% destacou que se deve ter cuidado para não ser agredido durante o atendimento.

Esses dados apresentados acima são semelhantes ao destacado por Gonçalves¹⁹ em sua pesquisa com os profissionais da rede socioeducativa sobre o álcool, alcoolismo e alcoolista em que 61,4% dos participantes afirmam que o dependente de álcool tem maior chance de manifestar comportamento violento. Kondo *et al.*²⁰ aponta que a atitude de medo em relação ao comportamento agressivo e violento, apresentados por alguns usuários, provoca na equipe ansiedade e insegurança. No entanto destaca que esse comportamento em torno aos pacientes com transtornos psiquiátricos, muitas vezes exacerba o próprio risco real.

Assim, no que tange as questões de medo de violência e agressividade advindo do alcoolista, Gonçalves e Tavares²¹ ressaltam que essa realidade limita a atuação profissional, uma vez que a abordagem por meio do atendimento individual associado à realização de busca ativa contribui para melhoria dos resultados relacionados à atenção a essa população.

Em um estudo realizado por Gonçalves e Tavares²¹, sobre a atuação dos profissionais de enfermagem ao usuário de álcool e outras drogas nos serviços extra-hospitalares, pontuam que esses profissionais devem se atentar às oportunidades de abordagem precoce relacionado ao uso de SPA, visando assim reduzir os possíveis danos e sensibilizá-los a inserir-se em um tratamento.

Diante do exposto, cabe destacar que 57,6% dos profissionais que responderam a escala EAFAAA afirmaram que os alcoolistas recebem bem a abordagem em relação ao uso de bebidas alcoólicas e a maioria acredita que deve-se insistir na oferta de cuidados àqueles usuários que se demonstram resistentes.

Muitos usuários posicionam-se contrários a receber ajuda de terceiros por acreditar que tem o domínio da situação ou mesmo por sentir vergonha de admitir o uso de SPA. No entanto, esses fatores atuam negativamente na ação dos profissionais, ao diminuir a probabilidade de construção de vínculo e limitar as propostas tratamento¹⁴.

Todavia, é comum que algumas pessoas sejam resistentes a mudanças, principalmente quando não admitem o problema, entretanto o profissional deve estar ciente de que essa etapa não deve ser considerada como uma batalha, e sim um processo em que a decisão final cabe apenas ao indivíduo. Diante disso, o profissional deve colocar-se acessível ao diálogo sem julgamentos, e aproveitar as oportunidades em cada encontro com o usuário¹⁴.

Ao que se refere ao atendimento ao alcoolista, chamou a atenção o fato de que 64,6% dos profissionais se consideram aptos a conduzir os cuidados ao alcoolista, o que é positivo diante da realidade vivenciada por essa população, bem como da diversidade de formação e local de atuação dos profissionais inseridos nessa pesquisa. Todavia esse achado vai de encontro às pesquisas realizadas sobre essa temática, e Gonçalves e Tavares²¹ em sua pesquisa, já mencionada acima, retrata que a maioria dos profissionais não eram capacitados para a atenção aos usuários de álcool, e conclui que isso acarreta prejuízos a detecção precoce e o encaminhamento tardio aos serviços de referência, prejudicando assim a atenção a essa população.

Em relação à necessidade de despender mais tempo de trabalho a essa população devido a sua condição, quando comparados aos demais, um pouco mais que a metade dos profissionais foram contrários a essa afirmação.

No entanto, Vargas, Oliveira e Luís,²² em seu trabalho com enfermeiros atuantes na Atenção Primária apontam que quando se trata de alcoolista em situação crônica, os profissionais acreditam que estes devem receber uma maior atenção, devido ao grau de comprometimento da doença. Além disso, independente do estágio do alcoolismo, pontuam que para realizar um atendimento mais eficaz deve-se dispor de tempo, para estabelecer o contato com mais tranquilidade e possibilitar um ambiente de reflexão sobre a situação vivenciada, e possivelmente a admissão do problema.

Apesar dos profissionais defenderem a necessidade de uma maior atenção a essa população, esses autores concluíram que, diante da cronicidade da condição os episódios de intoxicação e busca pelo serviço de saúde tornam-se recorrentes e isso leva a equipe a agir com descrédito e ofertar pouca atenção²².

Essa fala é condizente com os achados nessa pesquisa em que a maior parte julga que os alcoolistas não cooperam com o tratamento e acabam tendo um índice alto de recorrência do problema com conseqüente retorno aos serviços de saúde. Em contrapartida uma pequena maioria, 47,9%, acredita que os alcoolistas apresentam o real desejo de se tratar e 45,9% afirmam o contrário.

Paiva *et al.*²³ aponta que embora estejamos diante de mudanças de convicções sobre o usuários de drogas, advindas por meio das reformas implementadas nos modelos de atenção a essa população, ainda assim encontram-se valores morais imputados às condutas.

Diante desse contexto apresentado pelo autor acima, vale destacar os achados positivos dessa pesquisa, em que grande parte dos profissionais ao serem questionados sobre posturas negativas em torno do alcoolismo, discordou das afirmações que apontam o alcoolista como uma pessoa fraca, difícil de lidar e que é considerado um caso perdido.

Mas, ainda fazendo referência a pesquisa de Vargas, Oliveira e Luís²², esses ressaltam que os profissionais sujeitos do estudo julgaram o alcoolista como um paciente difícil de lidar e isso torna a prática mais árdua, uma vez que apresentarão menor sensibilidade para detectar as manifestações próprias da doença. Além disso, prolongam a crença de que esse indivíduo está apropriando-se de um espaço que deveria ser destinado ao paciente com “reais” necessidades e isso reforça o posicionamento de rechaço e desrespeito que o alcoolista sofre por parte de alguns membros da equipe.

Outro dado que chamou a atenção nesse trabalho foi a ambivalência existente entre as respostas referentes a sentimentos manifestados ao se lidar com o alcoolista, em que 91% relataram sentir raiva ao realizar o atendimento a essa população, no entanto 75,7% acredita que esse trabalho é gratificante.

Ademais, 54,2 % dos profissionais preferem não trabalhar com alcoolista. Essa realidade é facilmente constatada nas práticas profissionais e nas atitudes da sociedade, em que se observa a presença resistente de atitudes estigmatizadoras²³.

Segundo Ronzani e Andrade²⁴ o processo de estigmatização decorre da atribuição de “rótulos” e “estereótipos” de caráter negativo em relação a certas condutas. E de acordo com Paiva *et al.*²³ o movimento de estigmatização do usuário gera consequências que limitam a possibilidade de acesso a bens sociais e cuidados em saúde e isso repercute negativamente na saúde e bem-estar.

ALCOOLISMO E SEUS FATORES DETERMINANTES

Na atualidade, o álcool vem sendo indicado como a substância psicoativa mais consumida no Brasil. O seu caráter lícito tem sido um dos fatores contribuintes para isso e vem sendo associado à causa do alcoolismo²⁵. Outro fator determinante ao uso tem sido o constante incentivo realizado pelo mercado publicitário, que tem cada vez mais se destacado pela criatividade e qualidade, atingindo com eficácia o público alvo. E que, por outro lado, não orienta a população sobre os malefícios que esse consumo acarreta²⁶.

Dessa forma, em relação à etiologia do alcoolismo verificou-se, entre os profissionais, uma associação com sintomas psicológicos e psiquiátricos tais como traumas psicológicos, depressão e baixa autoestima, problemas sociais e desestrutura familiar. Além disso, houve destaque para a dificuldade em lidar com a realidade e para as causas biológicas, como as predisposições hereditárias.

Cada pessoa e grupo social responde de determinada forma aos estímulos advindos de seu meio ou externos. E no que se refere ao álcool, há que se considerar, também, o seu uso associado a uma conjuntura social e individual. O uso de uma mesma bebida, num mesmo ambiente e contexto causará uma resposta individual distinta, pois dependerá das condições físicas de metabolização, psíquicas e mentais daquele momento em que ocorreu o uso⁶.

Em relação às causas biológicas 70,1% dos profissionais apontam que existe uma relação entre predisposição hereditária e o desenvolvimento da doença. Esse dado é compatível com estudo realizado por Vargas¹² em que relata que 72,3% dos enfermeiros concordam com essa afirmação.

Segundo Silva *et al.*²⁷ a gênese da dependência de álcool não pode se explicar por apenas um fator. Sabe-se que existe uma associação com fator genético e hereditário, no entanto esse fator isolado não é suficiente, sendo associado a fatores ambientais, culturais, psicológicos individuais e a estimulação pela mídia.

A explicação mais completa aceita, atualmente, trata-se do modelo cognitivo em que reúne todos esses fatores e aponta que características genéticas e hereditárias de cada indivíduo propicia uma relação com o álcool que é particular de cada pessoa. Assim, umas se tornam dependentes e outras não²⁷.

Dentre as causas atribuídas ao alcoolismo, a depressão se destaca entre os fatores com uma concordância entre 61,1%. Esse dado é corroborado pelos achados de Vargas¹² que mostra que a maioria dos enfermeiros que participou de sua pesquisa acredita que a depressão leva ao alcoolismo.

Segundo King, Nardi e Cruz²⁸, os quadros de depressão e alcoolismo apresentam uma relação complexa, por isso é difícil constatar qual iniciou primeiro. No entanto, Manso e Matos²⁹ em seu estudo sobre depressão, ansiedade e consumo de substâncias entre adolescentes encontrou uma forte associação entre níveis elevados de depressão e o alto consumo de álcool.

Ainda sobre a etiologia do alcoolismo, 78,5% dos profissionais relacionaram a baixa autoestima, 68% a dificuldade para enfrentar a realidade e 76,4% para sentir-se mais sociável. Assim, realizam a associação entre o alcoolismo e a pouca capacidade do usuário para lidar com as habilidades sociais e individuais.

Segundo Maldonado *et al.*³⁰ a percepção da autoestima atua como fator de proteção em relação a pressão social exercida pelo grupos sobre os adolescentes para o uso do álcool. Além disso, encontrou em seu estudo que os jovens da área urbana possuem maior assertividade e habilidades sociais para rechaçar esse comportamento, em relação aos adolescentes da área rural, devido ao contexto vivenciado.

Assim, a maioria dos profissionais (79,1%) relacionaram o uso de bebidas alcoólicas a questões sociais, tal qual foi verificado por Vargas (2005) em que essa relação foi constatada entre 57,6% dos estudantes de enfermagem e 67% entre os enfermeiros que participaram do estudo. Além disso, pesquisas realizadas com adolescentes apontam que fatores socioculturais influenciam a experimentação e o uso contínuo do álcool³⁰.

Ademais, 56,2% dos profissionais acreditam que desajustes na estrutura familiar podem acarretar o alcoolismo. Esse dado é corroborado pelo estudo realizado por Souza e Pinto¹⁴ sobre a atuação dos enfermeiros de Programa Saúde da Família a usuários de álcool e outras drogas em Porto Alegre (RS) em que esses profissionais atribuem o uso de SPAs ao reflexo da falta de estrutura familiar e a vulnerabilidade social com uma conseqüente fuga do indivíduo aos problemas.

Wandekoken, Vicente e Siqueira³¹ em uma revisão sistemática sobre alcoolismo parental, encontraram que esse uso atua como fator predisponente para o desenvolvimento de problemas relacionados ao álcool em adolescentes, e que o

núcleo familiar exerce mais influência sobre o desenvolvimento do alcoolismo do que no processo de recuperação da doença.

Oliveira, Werlang e Wagner³² pontuam que a criança que cresce em meio a um ambiente em que os adultos lidam com os problemas por meio do uso de SPAs, desenvolve uma aprendizagem social negativa, e aprende a tratar dos enfrentamentos por meio desse comportamento negativo.

Além do mais, a desestrutura familiar pode ser consequência de desgastes vivenciados pelos familiares devido ao tempo despendido entre os cuidados com o familiar usuário, e essa situação propicia um ambiente de risco que se autossustenta²³.

PROFISSIONAIS E SUAS CONCEPÇÕES SOBRE O CONSUMO DE ÁLCOOL

Em relação ao consumo do álcool 52,8% dos profissionais foram contra ao uso dessa substância em qualquer ocasião e houve uma menor aceitação em relação ao beber moderado. Esses dados representam, em uma primeira interpretação, uma preocupação desses profissionais diante desse hábito, seja ele rotineiro ou episódico, uma vez que causa inquietação perante a possibilidade da ocorrência de consequências negativas para si e a terceiros²⁶.

Quanto ao potencial nocivo do uso da bebida alcoólica, 70,1% dos profissionais acreditam que independente do padrão de consumo, existe a possibilidade do desenvolvimento da dependência. Todavia, a literatura mostra que o aparecimento da dependência física e seus efeitos negativos manifestam-se relativamente tarde, em torno de 4 a 6 anos de consumo regular entre os adolescentes e de 6 a 8 anos para o adulto³³.

Gigliotti e Bessa⁹ (2004), apontam que faz-se necessário que o profissional avalie o usuário detalhadamente buscando identificar seu padrão de consumo de álcool, para estabelecer qual é a gravidade do mesmo e assim poder diagnosticar a ocorrência do uso nocivo ou dependência.

Ferreira *et al.*³⁴ em um estudo sobre a prevalência e fatores associados ao consumo abusivo e à dependência de álcool verificou a existência de uma relação entre idade e o risco aumentado para o consumo negativo de álcool. E concluiu que entre a população geral, os jovens têm maior probabilidade de apresentar um uso abusivo e dependência, além disso, quando comparados aos idosos o grupo de menor idade possui cinco vezes mais chance de uso abusivo.

Dessa forma, pontua-se aqui que a relação do homem com o álcool pode se dar por meio de variados padrões de consumo, em que a determinação da dependência decorre de uma interação entre vários fatores como biológico, sociocultural, educacional e ambiental. E ainda assim, haverá casos que apesar do uso abusivo não desenvolverá a dependência.

CONCLUSÃO

Esta pesquisa proporcionou a oportunidade de conhecer um pouco mais sobre as concepções e atitudes dos profissionais que participaram de um curso de capacitação ofertado pelo CRR-ES, bem como possibilitou a reflexão e a busca de conhecimento em torno das práticas em saúde mental, mais especificamente sobre o alcoolismo.

Dentre as atitudes apresentadas destacam-se um aumento de atitudes positivas ao se comparar com outros estudos na área, em que apesar de ainda se preferir trabalhar com outros públicos, o que pode ser reflexo da própria formação; os profissionais acreditam no real potencial para a mudança. Além disso, observa-se que mesmo não demonstrando conhecimento aprofundado sobre a doença, é notório que os participantes possuem informações a respeito dos determinantes do alcoolismo. Dessa forma, faz-se necessário o incentivo e aumento da oferta de formação permanente nessa área para se estimular constantemente a reflexão das práticas, pautadas no conhecimento já adquirido, bem como relacionar os mesmos com as novas informações a serem apreendidas.

Apesar da ampla gama de estudos relacionados ao quadro clínico dessa doença, esse transtorno ainda é um desafio para saúde pública. Os percalços transitam

desde o nível de prevenção e detecção precoce dos casos até ao acolhimento, ao estabelecimento de vínculo e tratamento dos quadros mais graves.

Assim, ao estudar as atitudes dos profissionais em relação à temática nos possibilita entender onde estão os nós que impedem a quebra das barreiras entre profissionais e usuários, bem como conhecer os receios e desafios vivenciados diariamente pela equipe, possibilitando assim pontuar as fragilidades em sua gênese e trabalhar em propostas que visem a melhoria da qualidade da atenção ao alcoolista.

REFERÊNCIAS

1. Vargas D, Luis MAV. Álcool, alcoolismo e alcoolista: concepções e atitudes de enfermeiros de unidades básicas distritais de saúde. Rev. Latino-am. Enfermagem. 2008; 16 (spe): 543-50.
2. Brasil. Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho: conhecer para ajudar. Brasília: 2008.
3. Carlini EA, Galduróz JCF, Silva AAB, Noto AR, Fonseca AM, Carlini CM *et al.* II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo Envolvendo as 108 Maiores Cidades do País. São Paulo: CEBRID, UNIFESP; 2006.
4. Laranjeira R, Madruga CS, Pinsky I, Caetano R, Mitsuhiro SS. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas 2012. São Paulo: UNIFESP; 2014.
5. World Health Organization. Global Status Report on Alcohol and Health, 2014. Geneva, 2014.
6. Formigoni MLOS, Galduróz JCF, Micheli D, Carneiro APL. Álcool: efeitos agudos e crônicos. In: Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento. Brasília: SENAD, 2014. p. 43-68.
7. Veloso LUP, Monteiro CFS. Prevalência e fatores associados ao uso de álcool em adolescentes grávidas. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2013; 21 (1): 433-41.
8. Laranjeira R, Pinsky I, Zaleski M, Caetano R. I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.
9. Gigliotti A, Bessa MA. Síndrome de Dependência do Álcool: critérios diagnósticos. Rev. Bras. Psiquiatr. 2004; 26 (supl.1): 11-13.

10. Ronzani TM, Furtado EF. Estigma social sobre o uso de álcool. J. bras. psiquiatr. 2010; 59 (4): 326-32.
11. Vendramini CMM, Silva MCR, Dias AS. Avaliação de atitudes de estudantes de psicologia via modelo de crédito parcial da TRI. Psico-USF. 2009;14 (3): 287-98.
12. Vargas D. A construção de uma escala de atitudes frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista: um estudo psicométrico. [Tese] Ribeirão Preto. Doutorado em Enfermagem, Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo; 2005.
13. Vargas D, Soares J. Atitudes de enfermeiros frente ao alcoolismo: revisão da literatura. Cogitare Enferm. 2011; 16 (2): 340-7.
14. Souza LM, Pinto MG. Atuação do enfermeiro a usuários de álcool e de outras drogas na Saúde da Família. Rev. Eletr. Enf. 2012; 14 (2): 374-83.
15. Mângia EF, Muramoto MT, Marques ALM. Formação profissional e serviços de saúde mental no SUS: estudo sobre a inserção de egressos do Curso de Terapia Ocupacional da FMUSP. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo. 2010; 21 (2): 148-57.
16. Siqueira MM, Gonçalves WS, Ferreira MV, Gomes TC, Buaiz V. Centro Regional de Referência para Educação Permanente sobre Substâncias Psicoativas para a Rede de Atenção a Saúde da Grande Vitória. Vitória: SENAD-UFES, 2011.
17. Vargas D. Validação de construto da Escala de Atitudes Frente ao Álcool, ao Alcoolismo e a Pessoas com transtornos Relacionados ao Uso do Álcool. Rev. Psiq. Clin. 2014; 41(4): 105-10.
18. Barros MA, Pillon SC. Atitudes dos profissionais do programa saúde da família diante do uso e abuso de drogas. Esc. Anna Nery Ver. Enferm. 2007; 11 (4): 655-62.
19. Gonçalves WS. Atitudes dos profissionais da rede socioeducativa frente ao álcool, alcoolismo e alcoolista. [Dissertação] Vitória. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo; 2014.
20. Kondo ÉH, Vilella JC, Borba LO, Paes MR, Maftum MA. Abordagem da equipe de enfermagem ao usuário na emergência em saúde mental em um pronto atendimento. Rev. esc. enferm. USP. 2011; 45 (2): 501-7.
21. Gonçalves SSPM, Tavares CMM. Atuação do enfermeiro na atenção ao usuário de álcool e outras drogas nos serviços extra-hospitalares. Rev. Enferm. 2007; 11 (4): 586-92.
22. Vargas D, Oliveira MAF, Luís MAV. Atendimento ao alcoolista em serviços de atenção primária à saúde: percepções e condutas do enfermeiro. Acta Paul. Enferm. 2010; 23 (1): 73-9.
23. Paiva FS, Ferreira ML, Martins MZF, Barros SLCF, Ronzani TM. A percepção profissional e comunitária sobre a reinserção social dos usuários de drogas. Psicol. Soc. 2014; 26 (3): 696-706.

24. Ronzani TM, Andrade TA. Estigmatização associada ao uso de substâncias como obstáculo a detecção, prevenção e tratamento. In: Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento. Brasília: SENAD, 2014. p. 28-39.
25. Santos MSD, Veloso TMG. Alcoolismo: representações sociais elaboradas por alcoolistas em tratamento e por seus familiares. Interface (Botucatu). 2008; 12 (26): 619-34.
26. Ferreira LN, Sales ZN, Casotti CA, Bispo JJP, Braga JACR. Perfil do consumo de bebidas alcoólicas e fatores associados em um município do Nordeste do Brasil. Cad. Saúde Pública. 2011; 27 (8): 1473-86.
27. Silva CJ, Bordin S, Figlie NB, Laranjeira R.. Álcool. In: Figlie NB, Bordin S, Laranjeira R. Aconselhamento em dependência química. 2 ed. São Paulo: Roca, 2010. p. 31-52.
28. King ALS, Nardi AE, Cruz MS. Risco de suicídio em paciente alcoolista com depressão. J. bras. psiquiatr. 2006; 55 (1): 70-3.
29. Manso DSS, Matos MG. Depressão, ansiedade e consumo de substâncias em adolescentes. Rev. Bras. Ter. cogn. 2006; 2 (1): 73-84.
30. Maldonado RM, Pedrão LJ, Alonso CMM, López GKS, Oliva RNN. Auto-estima, auto-eficácia percebida, consumo de tabaco e álcool entre estudantes do ensino fundamental, das áreas urbana e rural, de Monterrey, Nuevo León, México. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2008; 16 (spe): 614-20.
31. Wandekoken KD, Vicente CR, Siqueira MM. Alcoolismo parental e fatores de risco associados. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. 2011; 7 (3): 161-67.
32. Oliveira MS, Werlang BSG, Wagner MF. Relação entre o consumo de álcool e hábitos paternos de ingestão alcoólica. Bol. Psicol. 2007; 57 (127): 205-14.
33. Heckmann W, Silveira CM. Dependência do álcool: aspectos clínicos e diagnósticos. In: Andrade AG, Anthony JC, Silveira CM. Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual. Barueri: Minha Editora, 2009. p. 67-88.
34. Ferreira LN, Bispo JJP, Sales ZN, Casotti CA, Braga JACR. Prevalência e fatores associados ao consumo abusivo e à dependência de álcool. Ciênc. saúde coletiva. 2013; 18 (11): 3409-18

5.2 ARTIGO 2 - Atitudes dos profissionais de um Centro de Acolhimento a dependentes químicos sobre a temática álcool e outras drogas

Tatiana Rodrigues do Amaral; Marluce Miguel de Siqueira

RESUMO

Introdução: No mundo, 1 em cada 20 pessoas, com idade entre 15 e 64 anos, fez uso de drogas ilícitas em 2013. E ao se retratar o cenário da atenção à saúde a essa população, o acesso em nível global tem sido restrito, contemplando uma em cada seis pessoas que apresentam necessidade. Além disso, essa parcela sofre também com o despreparo dos profissionais para atendê-los. **Objetivo:** Explorar as atitudes dos profissionais do Centro de Atenção a dependentes químicos que participaram do curso de capacitação “Intervenção Breve e Aconselhamento Motivacional em Crack e outras Drogas”, oferecido pelo Centro Regional de Referência sobre drogas do Espírito Santo, e explorar como elas se configuram nos mesmos. **Metodologia:** Estudo qualitativo, de caráter exploratório, descritivo. A amostra foi constituída por 6 profissionais do Centro de Acolhimento para dependentes químicos. Utilizou-se para a coleta dos dados um questionário sóciodemográfico e um roteiro de entrevista semiestruturado, os dados foram explorados por meio da análise de conteúdo temático. **Resultados:** A idade dos entrevistados variou entre 20 e 44 anos de idade, com mediana 32, e quanto ao gênero 83,33% eram do sexo feminino. O tempo de trabalho na área de Saúde Mental foi de 3 a 10 anos e mediana de 2. O grupo pontuou a sobrecarga emocional, o medo e o processo de trabalho como desafios para a atuação e destacaram a postura acolhedora e livre de preconceitos como essenciais para o desenvolvimento do trabalho. Quanto a formação profissional, apresentaram a deficiência e/ou ausência de abordagem sobre a temática durante o curso de graduação, no entanto relataram que receberam formações durante o tempo de atuação no Centro de Acolhimento. **Conclusão:** A associação entre experiência adquirida na área juntamente com as formações recebidas transformaram algumas atitudes de cunho negativo em positivas.

Descritores: Saúde mental. Atitudes. Formação.

ABSTRACT

Introduction: In the world, 1 in 20 people aged between 15 and 64 years, has used illicit drugs in 2013. Mentioning health care for this population, the overall level access has been restricted, contemplating one in six people who have need. In addition, this segment also suffers from the lack of preparation of professionals to serve them. **Objective:** The purpose of this study is explore the attitudes of professionals who works in a reception center for treatment of chemical dependency and participated in the training course "Brief intervention and motivational interviewing on drugs" offered by the Reference Regional Centre on drugs of the Holy Spirit, and explore how they are configured in the same. **Methodology:** Qualitative study, exploratory and descriptive. The sample was composed of 6 professionals. Was used to collect the data one demographic questionnaire and a semi-structured interview guide. The data were explored through thematic content analysis. **Results:** The age of respondents varied between 20 and 44 years old, with a median 32, and according to gender 83.33% were female. Working time in the Mental Health area was 3-10 years and the median 2. The group pointed out the emotional burden, the fear and the work process as challenges to the performance. And presented the good reception, without stigma as essential for the development of work. They showed the deficiency and/or absence of approach about the subject during the graduation course, however reported receiving training during the working time in the Center. **Conclusion:** The combination of experience in the area with the training received turned some negative attitudes into positive.

Keyword: Mental Health. Attitudes. Formation.

INTRODUÇÃO

O uso de drogas ilícitas e suas consequências mantêm-se como um assunto de interesse de todas as nações, principalmente devido à constatação de que a maior parte dos usuários de drogas não tem acesso ao tratamento¹.

Estima-se que 1 em cada 20 pessoas, com idade entre 15 e 64 anos, usou drogas ilícitas em 2013, isso corresponde a aproximadamente 246 milhões de pessoas. E

representa um aumento de 3 milhões de pessoas, quando comparado ao ano de 2012. No entanto em percentual esse consumo permaneceu estável devido ao também aumento da população mundial².

Bokany³ diz que, no Brasil, o contato com a droga é precoce, e essa realidade é mais comum entre as classes mais baixas, no entanto reforça que todas as camadas sociais são atingidas, apesar das experiências serem vivenciadas de maneira diferente.

Essa mesma autora encontrou em seu trabalho sobre uso de drogas na população, realizado em regiões metropolitanas do Brasil (São Paulo, Recife e Porto Alegre), que 42% da amostra estudada faz uso de bebida alcóolica, 17% são fumantes de tabaco e cerca de 47% já fizeram uso de droga ilícitas³. E Laranjeira *et al*⁴ apresentou no II Levantamento Nacional de Álcool e drogas, que a taxa de consumo na vida entre adultos, de maconha foi de 5,8%, estimulantes 2,7%, solventes 2,2%, alucinógeno 0,5%, ecstasy, 0,2%, heroína 0,2% e cocaína 3,8%. E a prevalência do consumo crack nas regiões metropolitanas do país foi de 0,81%⁵.

Dessa forma, pode-se averiguar a magnitude desse problema ao se analisar que 1 em cada 10 usuários de drogas sofrem de distúrbios devido ao uso de substâncias psicoativas ou são dependentes. Além disso, observa-se que quase metade dessa população citada são usuários de drogas injetáveis, com uma estimativa de que 1,65 milhões dessas pessoas viviam com o vírus HIV no ano de 2013².

Estima-se que em 2013 a taxa de mortalidade associada ao uso de drogas ilícitas, foi de 40,8 óbitos por milhão de pessoas na faixa etária entre 15-64 anos. Essa taxa mundial manteve-se inalterada em relação ao ano anterior, no entanto, considerando que a mortalidade relacionada ao uso de drogas é evitável, isso torna esse número ainda mais alarmante².

A população em geral tende a simplificar a magnitude da dependência química, no entanto ela é uma condição crônica de saúde em que a pessoa é vulnerável por toda a vida e o tratamento é contínuo e a longo prazo. Diante disso, pesquisas têm mostrado a importância das ações que antevê o uso, e apontam que as intervenções

direcionadas à prevenção ao consumo de drogas ou ao abuso podem ser eficazes ao se tratar as vulnerabilidades pessoais e ambientais de crianças e jovens⁶.

Essa expansão do uso das diversas drogas reflete nos sistemas de saúde pública por meio de ônus no que se refere a prevenção, tratamento e reabilitação¹. E quando reporta-se ao tratamento, o acesso em nível global tem sido restrito, em que apenas um em cada seis consumidores problemáticos de droga são contemplados. Isso deve-se ao fato de que diversos países apresentam uma deficiência na provisão desses serviços².

No Brasil, além dos desafios encontrados perante o consumo do tabaco e álcool, na última década vivencia-se também a ampliação do fenômeno do uso do crack e suas graves consequências. Assim, em 2010 o Governo Federal implementou por meio do Decreto nº. 7.179 de 20 de maio de 2010, o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras drogas, que em 2011 foi alterado pelo Programa “Crack, é Possível Vencer”, que propõe ações direcionadas à temática por meio de três eixos: cuidado, autoridade e prevenção⁵.

O eixo do cuidado refere-se à estruturação da rede de atenção psicossocial para atender aos usuários e familiares. O eixo autoridade busca reduzir a oferta de drogas ilícitas no país e o eixo prevenção visa fortalecer os fatores de proteção e conter os fatores de risco⁷.

Dentre as ações definidas para serem executadas referentes ao eixo prevenção encontra-se a oferta de vagas para formação permanente de Profissionais de Saúde, Assistência Social, Justiça e Segurança Pública. Essa formação fica sob responsabilidade dos Centros Regionais de Referências sobre Drogas (CRR) que funcionam em parcerias com instituições de ensino superior públicas. A criação dos CRRs foi fomentada pelo Ministério da Justiça, por meio da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD⁸.

E foi dentro desse contexto que foi criado o Centro Regional de Referência sobre Drogas do Espírito Santo (CRR-ES), que é desenvolvido pelo Centro de Estudos e Pesquisas sobre o Álcool e outras Drogas (CEPAD), da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), e tem como parceiros os municípios de Vitória e Vila Velha,

mas que também disponibiliza vagas remanescentes aos profissionais com outros vínculos empregatícios⁸.

O projeto desenvolvido pelo CRR-ES tem como objetivo contribuir com o propósito de formação permanente dos profissionais acima citados, uma vez que esses têm pouco preparo para atuar com usuários de SPA. Isso é corroborado por Barbosa e Souza⁹ que encontrou em sua pesquisa com profissionais de Unidade Básica Distrital de Saúde que apesar do volumoso fluxo de atendimento a usuários de saúde mental, os profissionais queixam-se de falta de formação para atender essa população, principalmente nas situações de urgência e emergência.

E, Gonçalves e Tavares¹⁰ aponta em seu estudo com profissionais de enfermagem que trabalham na rede extra-hospitalar, que os mesmos não possuem capacitação para prestar atenção adequada aos usuários de álcool e outras drogas. Além disso, esses profissionais precisam enfrentar diariamente a realidade de insegurança e preconceito, e os autores concluem que essa realidade afeta a qualidade do atendimento, bem como a inserção do usuário nos serviços de maior complexidade.

A falta de formação não se restringe apenas às questões técnicas/científicas do cuidado, alcança também o plano das relações interpessoais, ao estabelecimento e manutenção do relacionamento terapêutico. Deve-se fazer destaque a essa fragilidade uma vez que o principal recurso de trabalho na área de saúde mental é o próprio profissional e sua relação com o outro¹¹.

Assim, para haver a qualificação desses profissionais é necessário ir além da visão diagnóstica e farmacológica, deve-se inserir nesse processo de formação contextos sociais e de saúde pública. No estudo de Barbosa e Souza⁹, a mesma observa que os usuários sofrem com estigma/preconceito devido aos transtornos mentais, uma vez que apesar de receber atendimento inicial igual aos demais usuários, os mesmos são sujeitados à segregação por meio do espaço físico. Essa realidade foi fruto das atitudes dos profissionais, dado que não havia nenhum protocolo que regulamentasse essa prática na instituição.

Dessa forma, se analisarmos em uma perspectiva histórica, evidencia-se que o doente mental esteve relacionado a uma conotação negativa que decorre de valores

morais negativos, o que contribui para a reprodução de estereótipos e atitudes estigmatizantes. Atualmente, com a política de atenção à saúde mental, com base na territorialidade, voltada a perspectiva de atenção à saúde por meio de serviços inseridos na comunidade, tem fomentado a emancipação desses indivíduos e reafirmado a necessidade de mudança das atitudes e práticas dos profissionais dessa área¹².

De acordo com Bueno¹³ atitude é um comportamento ditado por disposição interior, uma maneira ou conduta. E Allport¹⁴ define atitude como um estado mental que irá direcionar uma resposta da pessoa em relação a determinada situação ou objeto e os avalia por meio de aprovação ou desaprovação¹⁵.

À vista disso, em relação às atitudes e percepções quanto aos usuários de álcool e outras drogas, Barbosa e Souza⁹ afirmam que para haver uma adequação dos serviços para a atenção e demanda desses usuários há que se compreender que o uso e abuso de substâncias psicoativas necessitam de cuidados específicos e que fazem parte do campo de saúde mental. E faz-se necessário que esses profissionais estabeleçam relações de empatia em busca de ultrapassar os limites do juízo de valor pré-concebido sobre a temática.

Um estudo realizado com profissionais da Atenção Primária mostrou que existe uma dificuldade para estabelecer uma relação de confiança e vínculo para a realização da abordagem sobre o uso de drogas. Assim sendo, uma vez que os familiares ou usuário não mencionam sobre o assunto a atitude da equipe será de não realizar nenhuma intervenção¹⁶.

Logo, observa-se que atitudes negativas e neutras dos profissionais podem ser decorrentes de uma frágil estrutura na formação dos mesmos nessa área, o que acarreta déficits na prestação de cuidados aos usuários de álcool, crack e outras drogas¹⁵.

Nessa perspectiva, diante da necessidade de melhoria da atenção aos usuários de SPAs e acesso ao tratamento o Governo do Estado do Espírito Santo optou por criar o Centro de Acolhimento para Dependentes Químicos. Esse serviço teve suas origens na proposta do Plano Estadual sobre Drogas, instituído em 2012 por meio

do decreto nº 3037-R. O referido plano direcionou suas ações através do Programa Estadual de Ações Integradas sobre Drogas – Rede Abraço, estruturado em quatro frentes de ações sendo elas: “Prevenção”, “Tratamento e Reinserção Social”, “Governança” e “Pesquisa, Capacitação e Informação”¹⁷.

E, é na frente de **Tratamento e Reinserção Social** que o Serviço de Acolhimento (Centro de Acolhimento) está inserido, sob a Coordenação Estadual de Política sobre Drogas. Em 2014, essa coordenação realizou um balanço sobre a oferta desse serviço e contabilizou 10.512 atendimentos, sendo eles: 8.319 (79,1%) de usuários e 2.193 (20,9%) de familiares. Além disso, foram realizados 7.017 encaminhamentos, dentre eles 1.721 (24,5%) para comunidades terapêuticas e 5.296 (75,5%) para outros serviços da rede de atenção psicossocial (CAPS, CRAS, CREAS, Grupos de Ajuda Mútua entre outros). Quanto ao perfil dos usuários atendidos, observa-se que 80% foram do sexo masculino e a faixa etária predominante foi de 26 a 33 anos com 32%, 18 a 25 anos 23%, 34 a 40 anos 19%, 41 a 48 anos 14%. Quanto ao estado civil 58% eram solteiros, 14% casados. Em relação à escolaridade 47% tinham o ensino fundamental incompleto, 17% ensino médio completo e 16% ensino médio incompleto¹⁷.

Diante desse contexto, o presente trabalho teve como objetivo explorar as atitudes dos profissionais do Centro de Acolhimento para Dependentes Químicos que participaram do curso de capacitação “Intervenção Breve e Aconselhamento Motivacional em Crack e outras Drogas”, oferecido pelo CRR-ES, e como elas se configuram no cotidiano destes profissionais.

Torna-se relevante realizar a pesquisa com profissionais desse serviço, ao se analisar que o funcionamento do mesmo é relativamente novo e apresenta uma metodologia diferenciada dos outros serviços da rede de atenção psicossocial, que é o acolhimento, triagem e direcionamento para os serviços da rede.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter exploratório, descritivo, cuja investigação é baseada na exploração das atitudes, conhecimentos e experiências dos profissionais que realizaram o curso de capacitação “Intervenção Breve e Aconselhamento Motivacional em Crack e outras Drogas” oferecido pelo CRR-ES⁸, eles estavam lotados no Centro de Acolhimento a dependentes químicos¹⁷ no momento da realização da formação.

A população foi composta por 7 (sete) profissionais com diferentes formações, no entanto a amostra foi constituída por 6 (seis) sujeitos que concordaram em participar da pesquisa. O critério de inclusão foi a conclusão do referido curso e foram excluídos aqueles que não tiveram um aproveitamento mínimo de 70% nas avaliações e 75% de presença na capacitação.

Os dados foram coletados de um questionário sóciodemográfico e de um roteiro de entrevista semiestruturado, aplicado entre outubro e novembro de 2015. Esse roteiro foi composto por quatro eixos temáticos, sendo eles: vivências profissionais, atitudes, conhecimentos específicos e formação profissional acerca da temática. As entrevistas foram gravadas e transcritas de acordo com a autorização dos participantes da pesquisa.

A entrevista e a aplicação do questionário foram realizados por meio de um único encontro com cada participante. A duração das entrevistas variaram de acordo com o perfil de cada profissional, sendo em média 40 minutos. Os participantes foram identificados mediante números e os depoimentos foram explorados através de análise de conteúdo¹⁸ e agrupados em eixos temáticos: Vivências Profissionais e suas Práticas; Atitudes; O Desenvolvimento da Dependência Química: Conhecimentos; Formação Profissional em Saúde Mental.

O estudo foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo e foi aprovado sob o parecer nº. 732.798. E os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, autorizando a participação na pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil da população estudada

Em relação à idade dos entrevistados, esta variou entre os 20 e 44 anos de idade e a média de idades é de 32,83, mediana 32 (D.P. = 8,54). E no que se refere ao gênero dos 6 participantes 1 (16,67%) era do sexo masculino e 5 (83,33%) do sexo feminino (Tabela 1). Por último, ao se considerar o estado civil 2 (33,33%) participantes eram solteiros, 3 (50%) casados e 1(16,67%) divorciado (Tabela 1).

Tabela 3 - Perfil dos participantes quanto ao gênero e estado civil, Vitória, 2015.

Estado Civil		solteiro		casado		divorciado		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Gênero	Feminino	2	40	2	40	1	20	5	83,33
	Masculino	-	-	1	100	-	-	1	16,67
Total		2	33,3	3	50	1	16,67	6	100

Fonte: Próprio autor

Em referência ao tempo de experiência enquanto profissional, variou entre 3 a 20 anos, com uma média de 7,33, mediana 4,5 (D.P 6,86). E ao se analisar o tempo de trabalho na área da Psiquiatria e Saúde Mental variou de 3 a 10 anos, sendo a média de 2,83, mediana 2 (D.P 1,6) (Tabela 2).

Tabela 4 - Tempo de experiência profissional, Vitória, 2015.

Experiência	Profissional	Saúde Mental
Anos		
0-4	3	5
5-9	1	1
10-14	1	0
15-19	0	0
≥20	1	0
Mínimo	3	3
Máximo	20	10
Média	7,33	2,83
Mediana	4,5	2
Desvio Padrão	6,86	1,6

Fonte: próprio autor

Quanto à profissão de atuação no Centro de Acolhimento para dependentes químicos, 2 participantes eram Assistentes Sociais, 2 Psicólogos e 2 Conselheiros terapêuticos. Ao que se refere à escolaridade 1 possuía Ensino médio Completo, 1 Ensino Superior incompleto, 1 Ensino Superior Completo e 3 Especialização. Desses que possuíam pós-graduação apenas 1 participante era especialista na área de dependência química. Dos seis participantes da pesquisa somente um continua lotado no Centro de Acolhimento, até a data da realização das entrevistas, devido ao vencimento dos contratos temporários.

Após caracterizar a amostra de estudo, nessa etapa serão apresentados os resultados obtidos nas seis entrevistas. Salienta-se que essas entrevistas foram realizadas com a finalidade de explorar e conhecer as atitudes desses profissionais diante de sua atuação laboral com os usuários de substâncias psicoativas.

Os resultados foram organizados em um sistema de Eixos Temáticos que foram fracionadas em variáveis de análise que possibilitaram uma maior investigação sobre cada eixo.

Eixo Temático 1 - Vivências Profissionais e suas Práticas

Desafios e Oportunidades

Para se explorar as atitudes dos profissionais há que se levar em consideração suas vivências pessoais e experiências profissionais. Assim, inicia-se essa análise com a investigação sobre “O que motivou a trabalhar com usuários de substâncias psicoativas”, com um maior direcionamento para o trabalho no Centro de Acolhimento. Explora-se também os desafios e oportunidades tanto para a carreira profissional quanto para a vida pessoal.

Em relação à oportunidade de trabalhar na área de saúde mental com usuários de substâncias psicoativas os motivos foram diversos até para um mesmo participante, no entanto ganharam destaque as oportunidades profissionais. Por um lado houve uma ênfase em relação ao interesse em conhecer melhor sobre a temática uma vez que metade dos entrevistados nunca tinham trabalhado na área.

“Era uma curiosidade me aprofundar um pouco mais na área eu não tinha vivenciado especificamente trabalhar só com dependência química” (Participante 1).

“Eu trabalhava no CREAS, era focado em violência sexual em crianças e adolescentes (...) então eu achei que seria interessante, uma oportunidade de trabalho com um assunto assim diferente” (Participante 3).

Um participante coloca como motivação para atuação nesse campo a inquietação e desconforto em relação aos poucos espaços destinados à atenção a essa população, bem como a dificuldade de resolutividade e encaminhamento por parte dos profissionais de outros setores.

“Recebíamos demandas de pessoas com dependência química e a gente não tinha para onde encaminhar”. Dessa forma esse profissional acolheu a oportunidade como uma “Possibilidade de fazer alguma coisa no instante em que atendesse às pessoas carentes que precisam do serviço” (Participante 2).

Além disso, algumas escolhas foram favorecidas por ser essa uma oportunidade empregatícia, como relata o participante 1 *“Estava pertinho de acabar o contrato (com o vínculo anterior) então eu achei interessante porque eu novamente não ficaria desempregada”*. Além disso, o fato do local de trabalho ser situado num grande centro, cidade de Vitória, possibilitava aos mesmos maior acesso a formações *“aqui eu teria a possibilidade de estudar”* (Participante 2) e oportunidade de emprego para familiares conforme coloca a Participante 4 *“meu marido já estava vindo embora para Vitória, ai juntou o útil ao agradável”*.

Cabe destacar aqui o relato de um dos profissionais (Participante 6) que colocou a sua vivência pessoal como um motivador para se inserir na área de dependência química *“Eu vim do mesmo local, passei pelas mesmas coisas que as pessoas que procuram o nosso serviço passou”*. Além disso, aponta que essa experiência de trabalho o ajuda no processo de manter-se abstinente

“quando eu abraço alguém que chega ao serviço penso que não posso voltar, se voltar eu vou vir aqui da mesma forma que ele chegou então vou ter essa balança” e acrescenta que o exercício da beneficência também o ajuda nesse processo o “poder ajudar, fazer bem ao próximo”.

Os desafios apontados são diversos e quando questionados, os profissionais se debruçavam em seus pensamentos buscando refletir e apontar aqueles que consideravam mais relevantes. Assim, os mesmos elencaram como desafios a sobrecarga emocional com conseqüente influência sobre a dimensão somática, bem como os aspectos referentes ao processo de trabalho.

Assim, uma participante salienta que encarar e lidar diariamente com a dor alheia, realizar uma escuta qualificada das histórias vivenciadas e ter que lidar com a impotência diante da escolha do outro foram situações geradoras de adoecimento tanto físico quanto psíquico.

“Você realmente tem que aprender a lidar com a dor (...) o uso da droga muitas vezes é uma opção e é um mundo diferente daquilo que você tem, conviver com isso e se proteger é realmente difícil”. (...) Eram coisas tristes demais, realidade de violência e mentiras muito grande então você acaba tendo que criar uma crosta” (Participante 1).

Vale destacar aqui o desabafo de uma Conselheira, que diante da experiência vivenciada no Centro de Acolhimento, alcançou o entendimento de que para melhor atender a essa parcela é necessário não se envolver emocionalmente, e aprender a lidar melhor com os próprios sentimentos.

“Infelizmente com dependência química a gente não pode ter ‘sentimento’, porque a gente prejudica ele. A postura tem que ser profissional, tem que usar a razão para ajudá-lo” (participante 5).

Uma pesquisa sobre as concepções dos profissionais que atuavam em dispositivos de atenção em saúde mental em Londrina, em relação às suas práticas aponta como principais especificidades do trabalho, nessa área, a importância de manter-se emocionalmente equilibrado para evitar envolver-se nas situações, uma vez que existe uma sobrecarga emocional grande e que atua sobre os aspectos somáticos¹¹.

Athayde e Hennington¹⁹ colocam que o fato desse trabalho ser imprevisível, aliado à rotina de convivência com situações limites provoca sofrimento nos profissionais. E os mesmo acabam desenvolvendo defesas psicológicas para se protegerem do sofrimento, em que esquivar-se de realizar uma abordagem em determinada

situação tem sido uma defesa comum. Em meio a essa realidade, situações de adoecimento são corriqueiras.

Dessa forma, emerge dos discursos a necessidade de se ter um olhar atento à saúde física e mental do trabalhador.

“Nossa saúde ali dentro não foi cuidada, tínhamos várias pessoas (trabalhadores) que eram usuárias em tratamento e que estava ali no estresse, as vezes tinha pessoas (pacientes) que chegavam lá com pedra, enfim, uma série de coisas e essa atenção não foi dada. Eu enchia o saco, gente presta atenção, os caras estão ali na frente lidando com aquilo todo dia vamos tirar um dia da semana para fazer um grupo terapêutico nosso” (participante 3).

Além disso, o medo é destacado como desafio à atenção a essa população bem como a importância de despir-se do mesmo e dos preconceitos que rodeiam a atenção aos usuários de “drogas”.

“Ficar livre dos preconceitos e do medo é muito difícil” (Participante 1).

“Muitos chegavam lá agressivos, ainda mais se via a menina novinha, chegava querendo botar medo, ai começava a conversar com o cara e ele ia baixando, via que ele tava sendo escutado. Só quem está ali para ver para além do dedo queimado, da barba suja, da aparência cadavérica” (Participante 3).

O medo é algo comum nos relatos dos profissionais que atendem a essa população e se faz presente em várias ocasiões. Gonçalves²⁰ em uma pesquisa com os profissionais da rede socioeducativa frente ao álcool, alcoolismo e alcoolista apresenta que 61,4% dos participantes acreditam que as pessoas com transtornos relacionados ao uso do álcool têm maior propensão a tornar-se violentas. E Pinho²¹ (2009) observa que diante desse pensamento a relação profissional fica prejudicada, já que conversa-se e toca-se pouco, as trocas ficam comprometidas e afeta negativamente a qualidade da atenção.

Dos discursos emerge ainda a dificuldade em atender a grande demanda devido ao fato do serviço ser portas abertas à população do Estado. Além disso, a equipe era responsável por realizar o acompanhamento do processo terapêutico nas Comunidades Terapêuticas parceiras nesse trabalho.

“Não me dava conta que seria uma coisa que quando abrissem as portas já estaria no primeiro dia lotado de gente precisando de ajuda” (Participante 5).

Se os desafios foram muitos, diversas também foram as oportunidades na ótica dos profissionais. Todos fizeram destaque à oportunidade de aprendizado, seja ele teórico ou prático em relação à dependência química quanto ao próprio aperfeiçoamento enquanto ser humano.

“Todos os dias foi um aprendizado, eu aprendi muito com eles, como ser humano” (participante 5).

“Você aprende sobre sua própria vida (...) você pensa que tem um problema aí descobre que seu problema não é nada (...) você ganha uma sabedoria uma percepção do outro, uma experiência que não está em livro” (Participante 1).

Além do processo de aprendizagem, surgiu em uma fala a possibilidade de realização profissional, pois com sua atuação no Centro de Acolhimento pôde minimizar algumas angústias advindas da situação de impotência diante da realidade do uso de drogas, uma vez que pôde prestar atendimento a *“pessoas que precisavam e que não tiveram oportunidades anteriores, então foi bem legal”* (participante 2).

Um profissional psicólogo destaca uma temática em que chama a atenção para a relação que a sociedade tem com os diversos tipos de drogas e não se reconhece como usuária também, dessa forma diz que esse trabalho foi uma oportunidade para *“desmistificar muita coisa em relação ao usuário de substância e de se reconhecer enquanto usuária de diversas (...) oportunidade de se enxergar no outro”* (participante 3).

Eixo Temático 2 - Atitudes

Para análise desse eixo serão apresentadas a visão dos participantes quanto a postura do profissional que atua com os usuários de substâncias psicoativas, o papel da sociedade em relação ao acolhimento e tratamento desses, bem como o

desempenho do papel de agente estigmatizante durante sua atuação no Centro de Acolhimento.

Acolhimento: A Importância da Inclusão Diante de Contextos de Atitudes Estigmatizadoras

Para entender melhor e conhecer sobre as atitudes dos profissionais em relação aos usuários de SPAs faz-se necessário compreender como os mesmos concebem a relação profissional/usuário, sua postura durante o acolhimento, abordagem e atendimento e suas perspectivas. Da análise das falas pode-se concluir que a maioria, independente da formação, consideram que é necessário apresentar uma postura acolhedora e livre de preconceitos.

Assim o participante 1 diz que é necessário *“Revestir de nenhum preconceito, aprender a ver o outro não com o que está mostrando, não de aparência, mas com aquilo que ele vai te contar”*. E esse relato é sustentado pela fala do participante 3 em que coloca *“Primeiro olho a olho, como igual, a pessoa veio ali pedir sua ajuda, você não está no nível acima dela, você não é melhor porque você está tomado banho, porque você tem casa”*.

Essas posturas defendidas pelos profissionais acima, vem ao encontro com a realidade vivenciada pelos dependentes químicos onde Gonçalves e Tavares¹⁰ destacam que o medo do estigma tem sido uma barreira impeditiva de acesso ao tratamento por parte dessa população.

À vista disso, apesar dos entrevistados defenderem uma postura acolhedora, os mesmos suscitaram momentos em que foram de encontro a essas ideias, uma vez que cinco dos participantes da pesquisa identificaram posturas estigmatizantes em suas atitudes durante o período inicial de trabalho no Centro de Acolhimento. Esses pontuam que levaram consigo alguns conceitos e informações adquiridas por meio de vivências, mídia, imprensa e mesmo pelo senso comum existente nos grupos em que convivem, e com o passar do tempo e com a experiência laboral conseguiram se despir dessas concepções e mudar algumas atitudes.

Isso é visualizado ao analisarmos o relato do participante 3 que cita a mudança na vestimenta após alteração de perspectiva:

“Cheguei muito crua nesses assuntos, tinha medo de entrar naquela recepção, eu só ia de calça, toda com gola coberta (...) eles chegavam com medo da gente, nesse local do suposto saber (...) com o tempo isso foi mudando, passei a ir com blusa de manga curta e mostrava minhas tatuagens (...) e aí eles ficavam mais relaxados”.

Um estudo realizado por Rosenstock e Neves²² sobre o papel do enfermeiro na abordagem ao dependente químico, seus achados corroboram com a fala acima em que, ademais a insuficiência de conhecimento acerca da atuação profissional junto a essa população, as dificuldades perpassam também ao medo de sofrer violência por parte dos usuários e represálias advindas de traficantes.

Em relação à violência associada ao dependente químico, há uma forte associação entre o uso de drogas e violência doméstica, acidente de trânsito e/ou criminalidade. A agressividade e os acidentes estão associados aos efeitos psicofarmacológicos das drogas; os crimes contra o patrimônio e o envolvimento com o tráfico relaciona-se à necessidade da aquisição da droga como consequência da compulsão²³.

Em relação à figura do traficante, uma participante pontua sua dificuldade em realizar o atendimento ao mesmo em que diz

“Fiquei com muita raiva do cara que era traficante porque você sabe que ele mesmo não usa droga, nunca vai ver um cara desse, que dá essa droga, que detona a vida do outro, usando. Ele é saudável, ele está sempre consciente e se bobear ele nem bebe (...) só queria um refúgio” (participante 1).

A prática do tráfico é apontada pela participante como perversa, em que se sabe que a substância ilícita vendida traz malefícios à saúde, no entanto essa atividade, é vista pelo grupo como uma oportunidade de usufruir de sucesso financeiro e consequentemente de uma melhor condição de vida, é uma forma de o indivíduo sentir-se incluído²⁴.

Mas, existe também um outro lado, além dessa realidade de “oportunidades” trazidas pelo tráfico, visualizadas por Botti e Machado²⁵ que apontam em um trabalho sobre comportamento violento de consumidores de Crack que 54,17% dos

usuários dessa droga relataram também um envolvimento com o tráfico, sendo essa prática explicada pela consequente vivência nesse meio devido à necessidade de acesso a drogas, em função da fissura.

Além disso, essa atividade enseja alguns prejuízos à prática profissional, principalmente daqueles que atuam diretamente no território, devido ao medo de represálias por parte dos traficantes por acreditar que serão apontados como suspeitos de serem informantes de fatos ocorridos na comunidade à polícia¹⁶.

Outra parcela que esteve sob o olhar estigmatizante dos profissionais que participaram da pesquisa foi a população em situação de rua. Os participantes 4 e 5 reconheceram que por um determinado tempo compartilhavam de ideias baseadas no senso comum em que acreditavam que o uso de SPA era restrito a essa população e que não nutria um real desejo de mudança.

À vista disso, o participante 5 relata que foi preconceituoso pois *“eu achava que era só morador de rua”* e a participante 4 diz que *“achava que eles estavam indo lá só para arrumar um lugar para dormir, depois fui vendo que tem muita gente que realmente quer sair dessa situação”*.

Em um estudo com homens que faziam uso dos serviços prestados pelo Centro de Referência da População de Rua de Belo Horizonte, encontrou-se que o uso de álcool é o principal problema de saúde mental associado a essa população, em que 61,22% dos participantes apresentam uso de risco ou dependência de álcool²⁶.

Cabe destacar que numa pesquisa realizada por Botti *et al.*²⁷ encontrou que o principal serviço frequentado pela população em situação de rua, na cidade de Belo Horizonte, são instituições de dependência química, demonstrando assim um possível desejo de livrar-se dessa condição. Essa informação contrapõe a fala do participante 4 e aponta que o fato dessas pessoas estarem em situação de vulnerabilidade não determina que a realidade seja imutável.

Silva, Frazão e Linhares²⁸ apontam que o preconceito social arraigado nas práticas dos profissionais de saúde, sustentam-nos em uma atuação baseada em diretrizes burocráticas, dificultando o acesso dessa população aos serviços de saúde. Por outro lado existe o reconhecimento de que o indivíduo não deixa de ser um cidadão

por não ter endereço e documentos. Dessa forma, faz-se necessário compreender que o cuidado vai além da técnica profissional e perpassa ao plano da qualidade humana, para que haja uma maior compreensão da pessoa, em busca de desvelar o que traz de bom e o que pode ser melhorado.

Ao ampliar os questionamentos referentes às atitudes, ao associar a sociedade em geral e o usuário de SPA, os participantes relacionam o preconceito vivenciado por essa população às diversas formas de negligência sofrida pela mesma. E acreditam que a mudança de postura perante ao dependente químico é uma forma de contribuir para a melhoria da qualidade da atenção prestada.

“A Sociedade tem sim o seu peso, mas não tem assumido isso (...) tem olhado com o olhar preconceituoso, com o olhar de esquece, deixa pra lá; ela banaliza” (participante 6).

“É aquela questão do preconceito e estereótipo, minha maior angústia era ver isso num local em que eu não aceitava que isso podia acontecer sabe. Se mudássemos determinadas atitudes, chamá-lo para a verdade das responsabilidades dos seus atos (...). A sociedade tem que ter noção de que determinados comportamentos e determinadas formas de agir terão um reflexo” (Participante 3).

“Muitas das coisas que vivemos hoje com relação a dependência química, tem questões sociais envolvidas e acredito que com o apoio da sociedade é mais fácil a gente conseguir reverter esse quadro. O Centro de acolhimento foi criado por causa de uma demanda da sociedade” (participante 4).

Em um estudo realizado com enfermeiros inseridos em serviços extra-hospitalares, Gonçalves e Tavares¹⁰ apontam que a atitude preconceituosa em relação ao indivíduo pode ser um dos maiores danos que se possa causar-lhe e em função disso sustenta a necessidade dos serviços de saúde realizar atividades na comunidade sobre a importância do respeito e o acolhimento à diferença.

Ao se tratar de instituições de saúde, um participante destaca que essa realidade de rejeição não era vivenciada apenas pelos usuários, mas também pelo próprio serviço enquanto Centro de Acolhimento.

“Tinha que ligar e não podia dizer de onde era, se falasse as portas se fechavam, um preconceito” (Participante 3).

Como descrito anteriormente, o Centro de Acolhimento possui uma prática de encaminhamentos aos demais serviços da rede de atenção psicossocial estadual. Os usuários que têm um perfil de atenção comunitário é encaminhado ao município de origem e é nesse contexto que insere-se a fala do participante acima, em que os profissionais não conseguiam articular e comunicar com a rede e conseqüentemente encontravam dificuldades para realizar o devido encaminhamento.

Diante dessas falas, é possível compreender que se faz necessário que a sociedade como um todo entenda que a dependência química não é um problema somente do usuário, mas uma questão social que atinge a todos de forma direta ou indireta. Dessa forma, há que se abordar a problemática em uma visão holística e considerar os diversos desdobramentos do evento, seja ele econômicos, políticos e sócio-culturais²².

O Trabalho em Equipe no Contexto da Atenção aos Usuários de Drogas

A equipe de trabalho do Centro de acolhimento é heterogênea em relação a formação, conforme já descrito acima. Essa diversidade é imprescindível pois a problemática da dependência química é multifatorial e atinge vários aspectos da vida da pessoa e além disso, há que se considerar a necessidade da oferta de uma atenção baseada no cuidado integral.

O participante 4 coloca que a atenção precisa ser

“não apenas como uma pessoa que usa droga, mas uma pessoa que pode ter outros problemas de saúde, tem uma família, uma questão social, tem sonhos e perspectivas, marcas no passado. É difícil chegar a esse amadurecimento, é um exercício constante, e a interdisciplinaridade contribui muito para isso, eu não consigo imaginar o trabalho com dependência química se não for de forma interdisciplinar”.

Vasconcellos²⁸ pontua que o trabalho interdisciplinar em saúde mental é envolto por dilemas complexos, em que há uma dificuldade para se estabelecer um ponto em comum entre as disciplinas, advindos das diferenças conceituais e prática sobre a temática. No entanto, ao mesmo tempo necessita afirmar essa diretriz proposta pela reforma psiquiátrica que visa a mudança de paradigmas do modelo de assistência.

Esse achado vem ao encontro de uma fala em que o participante 4 ressalta como desafio na prática de equipe multidisciplinar *“trabalhar com uma equipe muito grande e ter outros profissionais na equipe com os quais eu nunca tinha trabalhado”*.

À vista disso, Silva, Frazão e Linhares²⁹ em uma pesquisa sobre as práticas de saúde das equipes dos consultórios de rua ressalta que os profissionais reconhecem a importância dos diversos saberes na prática enquanto equipe, mas aponta a necessidade de se conhecer as especificidades de cada profissão para que se possa atingir o maior potencial do trabalho interdisciplinar.

Eixo temático 3 - O Desenvolvimento da Dependência Química: Conhecimentos

Nesse eixo será abordado sobre o posicionamento e conhecimento dos profissionais quanto ao processo de desenvolvimento da dependência química, em relação a fatores de risco e a abordagem quanto ao uso de SPAs.

Fatores Associados ao Desenvolvimento da Dependência Química

Em relação ao conhecimento sobre os fatores de risco para o uso de SPA há um consenso entre os participantes quanto à relação entre os seguintes fatores: grupos de amigos e a curiosidade pelo novo em que existe

“a necessidade de ser aceito na sociedade ou em um grupo” (participante 6); *“um leva o outro, e diz, experimenta que não vai fazer diferença, e faz”* (participante 5); *“(…) a pessoa vai brincando achando que realmente aquilo ali é bobeira e curtidão e aí quando vê ele não consegue mais sair”* (participante 1);

À vista disso, atualmente, as drogas estão corriqueiramente mais presentes no cotidiano das crianças e adolescentes, seja por meio de convite de pessoas do grupo em que convivem ou mesmo a necessidade de aceitação nesses grupos, constante estimulação por meio da mídia, televisão e rádio. Além disso, a adolescência traz uma característica peculiar que torna essa parcela mais vulnerável, que é a busca por sensações e experiências novas³⁰.

A influência da constante estimulação e apelo pelo uso de bebidas alcoólicas feita pela mídia, sem uma contrapartida de informações consistentes quanto aos malefícios causados por ela, foi apontado no relato do participante 4 em que diz que o risco ao uso advém de *“vários fatores, a falta de informação, desconhecimento, propagandas, mídias (...)”*.

Musse³¹ coloca que a mídia exerce influência no comportamento humano de forma cumulativa e gradual em que há uma propensão a aceitar o que está sendo exibido como verdadeiro e correto, estimulando um abrandamento em relação aos malefícios que o consumo de drogas acarreta e fortalece as atitudes imprudentes.

Em consonância com esse efeito negativo da mídia tem-se a realidade da transmissão em massa de informação sobre as SPAs de forma incompleta ou inexistente. Segundo Sanchez *et al.*³² (2010) as informações vagas são de pouca utilidade, podem gerar um efeito oposto ao desejado e aguçar a curiosidade pela experimentação. Os mesmos autores ratificam a importância da família na prevenção ao uso de drogas em que afirmam que entre os meios de veiculação, mais eficazes, da informação destaca o realizado por intermédio dos familiares.

Em relação ao núcleo familiar, os participantes citaram como fator de risco para o uso de SPAs a associação entre estrutura familiar, situações de violência doméstica e questões psicológicas. Dessa forma, o participante 3 relata a *“falta de estrutura familiar ou um excesso de estrutura familiar (...) e uma pessoa com um caráter mais depressivo, não suporta o peso da realidade e foge”*; o participante 1 cita a *“formação familiar em meio a grandes traumas psicológicos e de violência”*. E o participante 5 menciona a relação do uso de substâncias lícitas no ambiente familiar como incentivo à experimentação e uso, e que a *“família também prejudica (...) o álcool que já vem de herança, o cigarro (...)”* (participante 5).

O núcleo familiar e suas relações podem ser considerados tanto como fator de risco como de proteção ao uso de drogas. O que vai fazer a diferença é como pessoa se comporta em relação à definição de limites, comunicação, acolhimento, proteção e o estabelecimento das relações afetivas. Em alguns casos a não funcionalidade e o uso abusivo de drogas são reforçados pelos familiares pois sustentam a homeostase da família³³.

Ademais, o uso de drogas por um membro da família o torna vulnerável diante do sentimento de impotência e isso é provocador de sofrimentos e angústias. É uma situação geradora de vergonha e revolta aos demais componentes, o que pode ser um fator desencadeador de conflitos³⁴.

Assim, é importante que juntamente com o usuário, a sua família seja acolhida e tratada nos serviços de saúde, buscando recompor os vínculos, estabelecer limites e reestruturar os papéis dos sujeitos envolvidos. Dessa forma, espera-se a mudança tanto do usuário quanto dos familiares³³.

Somando-se aos fatores de risco citados acima, uma participante chama atenção para a religiosidade como fator de risco, em que coloca que determinadas pessoas não se adaptam às doutrinas, assim, *“nascer numa religião muito rígida, muito radical, que tem uma doutrina muito pesada, elas acabam se desviando disso e aí é oito ou oitenta”* (participante 1). Além disso, faz uma correlação do uso de SPA com a falta de espiritualidade e afirma que *“eu não consigo tirar a drogadição da relação com o mal”*.

Felipe, Carvalho e Andrade³⁵ em uma revisão integrativa sobre a importância da religiosidade/espiritualidade na prevenção ao uso de drogas entre adolescentes encontraram um consenso de que independentemente da filiação religiosa existe um efeito protetor. No entanto, é importante que o adolescente seja ativo no desenvolvimento das atividades religiosas e compreenda a religião como algo significativo.

Em contraposição ao estudo acima, Pillon *et al.*³⁶ em uma pesquisa com estudantes de enfermagem sobre a relação do uso do álcool e a espiritualidade concluiu em seu

trabalho que o nível de espiritualidade, separado de outras variáveis, não resultou em fator de proteção, sugerindo assim uma maior exploração sobre a temática.

Outro ponto de destaque por parte dos participantes em relação aos fatores de risco para uso de SPAs é a falta de habilidades para lidar com extremos das emoções como “*angustias, tristezas, sofrimentos, alegrias, euforia*” (participante 4); “*fugir de alguma coisa que dói que ele não tem estrutura de ego para dar conta*” (participante 3).

E em relação à condição socioeconômica de pobreza, essa não foi um item mencionado como um determinante para o uso, e sim sua associação com a ausência de outras estruturas, como cita o participante 3: “*Não via tanto assim, ah! Porque o cara é pobre e a única coisa que tem pra fazer é vender droga e ele acabou experimentando*”.

Essa fala vem ao encontro de um estudo realizado no município de Ribeirão Preto, São Paulo, sobre a percepção do uso de drogas entre familiares de um grupo socioeducativo, em que os autores concluíram que a vulnerabilidade em relação ao risco do uso de drogas está associada a situações de exclusão social, que agrega carências socioeconômicas, cultural, educacional e estrutural familiar³⁷.

Eixo temático 4 – Formação Profissional em Saúde Mental

Nesse eixo será evidenciada a formação Profissional e para a análise será considerada a educação formal e a educação que se realiza no cotidiano do serviço.

A Educação Profissional como Estratégia para Melhoria da Qualidade da Atenção em Saúde Mental

Faz-se a diferença entre os dois tipos de educação apresentados, em que Ceccim, Armani e Rocha³⁸ coloca que a educação formal se refere à formação que proporciona uma certificação específica, estando o profissional habilitado a exercer determinada atividade. E a educação profissional realizada durante a experiência no

setor de trabalho, refere-se ao desenvolvimento profissional e decorre por meio de várias estratégias, dentre elas, a educação permanente e o aperfeiçoamento.

Dessa forma, quanto à formação profissional, independente do tempo de formação, os relatos foram unânimes quanto à deficiência e/ou ausência de abordagem durante o curso de graduação em relação à área de saúde mental/ álcool, crack e outras drogas.

“Sou formada há muito tempo e não tinha nenhuma formação específica (...) hoje eu não sei, estou até por fora, mas a grade melhorou muito” (participante 1).

Um profissional de psicologia descreveu que em relação a formação recebida

“O foco não é na saúde mental, a saúde mental como você está compreendendo aqui (transtornos relacionados ao uso de SPAs), não é na parte mais feia (...), não é dada a devida atenção, ficou muito deficitário a nível de universidade, eu acabei aprendendo mais sobre a temática na prática, nos cursos que eu fui fazendo por fora” (participante 3).

“Me formei em 2006, em serviço social, não tive nada, tive uma disciplina de serviço social e saúde mas não abordou essa questão de drogas e nem saúde mental, tive psicologia social que também não trabalhou nada. Quando fui para o CAPS eu não sabia nem o que era aquilo mas era o trabalho que tinha e me encaminharam para lá (...) depois fiz especialização em dependência química e vários cursos na área” (participante 4).

Em um estudo com professores do curso de graduação em Enfermagem sobre o ensino em saúde mental foi constatado que esse sujeita-se aos valores advindo dos docentes em relação ao conteúdo e aos paradigmas, inclusive em relação à prática metodológica de ensino. Os docentes indicaram como dificultador para o ensino do cuidador o embasamento teórico para se trabalhar a prevenção e promoção de saúde na atenção primária³⁹.

Várias categorias profissionais sofrem com uma estrutura curricular deficiente em relação à saúde mental e suas novas tendências. Outro estudo que mostra essa realidade é o estudo realizado por Cantele, Arpini, Roso⁴⁰ sobre a atuação de psicólogos em Centros de Atenção Psicossocial em que se observa que apesar das reformas curriculares ocorridas a partir de 1977, a formação desses profissionais

ainda são fortemente direcionadas à prática clínica individual, o que compromete a atuação nas práticas comunitárias que é destaque nas atuais políticas.

Essas mesmas autoras apresentam relatos que corroboram com as falas apresentadas acima, em que apesar da formação recebida, os profissionais estão vivenciando um processo de mudança onde os mesmo tem a percepção de que o modelo de atenção tradicional não comporta atender a demanda atual e buscam inovar em suas práticas para prestar uma atenção mais satisfatória, por meio da busca por uma qualificação, seja ela formal ou não⁴⁰.

Como já salientado acima, os profissionais inseridos na saúde mental são penalizados por uma formação fragilizada, e ao inserir-se no mercado de trabalho, deparam-se com uma gestão dos serviços que também não focam na melhoria dessas fragilidades. A gestão de formação não tem sido compreendida como uma atividade meio, para o alcance das metas de saúde, assim não tem sido orientada para as políticas de gestão setorial ou direcionadas aos serviços de saúde⁴¹.

No contexto brasileiro, historicamente, as ações de formação na área de saúde se desenvolveram por meio de processo em que fazia parte do âmbito privado e tornou-se uma responsabilidade do público. No entanto, ainda é fortemente influenciada pela compreensão das práticas do mercado que não representa as complexas demandas sociais atreladas às especificidades locais⁴².

Diante dessa realidade é proposto para amenizar esses desafios da educação em saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a educação permanente, essa que busca atuar nas demandas do trabalhador baseado em sua realidade e necessidades, visando o desenvolvimento de um profissional polivalente, qualificado e treinado⁴².

Oliveira, Leme, Godoy¹¹ apontam que uma questão pertinente apresentada pelos participantes em sua pesquisa foi a necessidade de criação de espaço, na rotina de serviço, para a realização de capacitações e educação permanente. Esse consenso dos profissionais vem ao encontro do que foi apontado pelos participantes dessa pesquisa quando questionados sobre o processo de educação permanente, em que os mesmos queixam-se de falta de espaço temporal para realização dessas

atividades devido ao excesso de trabalho, como consequência a grande demanda por atendimento diariamente.

“Além do curso do CRR, fazíamos cursos online também, o tempo era muito curto, como era porta aberta, era o dia inteiro. Outra complicação é que você não podia tirar todo o grupo, então eles iam fazendo de grupo em grupo para não atrapalhar o andamento da demanda” (participante 1).

“Tínhamos reunião de equipe onde estudávamos capítulos, aí eram por equipes específicas” (participante 4).

“A gente queria ter criado um grupo de estudo e discussão de caso, ali dentro, mas não tinha tempo, porque nas reuniões que aconteciam na sexta-feira era quebra pau, todo mundo estressado” (participante 3).

Os relatos acima mostram uma ideia incipiente da equipe em realizar momentos de educação permanente para aprimorar o serviço, além disso, destacam as várias oportunidades que tiveram para realizar capacitações e aperfeiçoamentos e assim dar continuidade à formação permanente, no entanto é evidenciada a dificuldade dos mesmos, devido à excessiva carga de trabalho.

Dessa forma, em relação à rede de atenção aos usuários de substâncias psicoativas tem-se vivenciado como conseqüências, as carências na formação dos profissionais, o déficit na prestação de cuidados. E, ao contrário da atual realidade, ao se investir na formação busca-se estender essa rede, sendo portanto uma atividade meio, para se atingir um objetivo maior que é o de ampliar a acessibilidade e a oportunidade de tratamento⁴³.

CONCLUSÃO

Pode-se considerar que o estudo atingiu o objetivo proposto ao conseguir transitar entre as atitudes, percepções, desafios e conhecimentos dos profissionais inseridos na pesquisa sobre a temática apresentada.

Observa-se que apesar de o Centro de Acolhimento ser um serviço especializado para atender a demandas advindas da dependência química, os profissionais relataram que na fase de implantação do serviço apresentaram atitudes

estigmatizantes e demonstraram em suas falas certa insegurança quanto ao conhecimento para atuar na área. Essa realidade pode ser um reflexo da estrutura curricular de formação profissional que aborda a temática superficialmente aliada a políticas públicas ainda insipientes e ao pouco diálogo entre o poder público e a população em torno de informações consistentes a respeito da temática.

Por outro lado, observa-se que com a atuação no Centro de Acolhimento, as experiências transformaram algumas atitudes de cunho negativo em positivas, o que é extremamente relevante, pois transmite a percepção da possibilidade de melhoria na atenção a essa parcela da população. É possível também associar pelas falas dos participantes, que parte dessas mudanças também é fruto dos processos de formação ofertados aos mesmos durante o período de trabalho na instituição, bem como as formações adquiridas anteriormente.

Assim, cabe salientar que para haver uma melhoria na qualidade da atenção a essa população faz-se necessário uma aproximação entre poder público e sociedade em geral, de forma dialogada e comprometida com a causa. Pois as atitudes dos profissionais refletem a postura de uma sociedade mal informada, de processos de formações desarticuladas da realidade vivenciada no país e das políticas públicas.

REFERÊNCIAS

1. Schneider JF, Roos CM, Olschowsky A, Pinho LB, Camatta MW, Wetzel C. Atendimento a usuários de drogas na perspectiva dos profissionais da estratégia saúde da família. *Texto contexto - enferm.*, 2013; 22, (3):654-61.
- 2 United Nations Office on drugs and Crime. *World Drug Report 2015*. New York: 2015.
3. Bokany V. Drogas no Brasil: entre a saúde e a justiça – Proximidades e opiniões. In: Bokany V. *Drogas no Brasil: entre a saúde e a justiça, proximidades e opiniões*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2015. p. 7-27.
4. Laranjeira R, Madruga CS, Pinsky I, Caetano R, Mitsuhiko SS. *II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas 2012*. São Paulo: UNIFESP; 2014.
5. Bastos FI, Bertoni N. *Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?*. Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ; 2014.

6. Rocha FM, Vargas D, Oliveira MAF, Bittencourt MN. Cuidar de dependentes de substâncias psicoativas: percepções dos estudantes de enfermagem. *Rev. esc. enferm. USP*. 2013; 47 (3): 671-77.
7. Brasil. Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Brasília, 2014.
8. Siqueira MM, Gonçalves WS, Ferreira MV, Gomes TC, Buaziz V. Centro Regional de Referência para Educação Permanente sobre Substâncias Psicoativas para a Rede de Atenção a Saúde da Grande Vitória. Vitória: SENAD-UFES, 2011.
9. Barbosa SP, Souza, MCBM. Atendimento aos usuários de substâncias psicoativas em pronto atendimento: perspectiva dos profissionais de saúde. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)*. 2013; 9 (2): 82-7.
10. Gonçalves SSPM, Tavares CMM. Atuação do enfermeiro na atenção ao usuário de álcool e outras drogas nos serviços extra-hospitalares. *Rev. Enferm.* 2007; 11(4): 586-92.
11. Oliveira TTSS, Leme FRG, Godoy KRG. O cuidado começa na escuta: profissionais de saúde mental e as vicissitudes da prática. *Mental*. 2009; 7 (12):119-38.
12. Gil IMA. Crenças e Atitudes dos Estudantes de Enfermagem acerca das Doenças e Doentes Mentais: Impacto do Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. [Dissertação] Coimbra. Mestrado em Psiquiatria Cultural, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2010.
13. Bueno S. Minidicionário da Língua Portuguesa. São Paulo: FTD; 2007.
14. Allport GW. Attitudes. In: Murchison C. *A hand book of social psychology*. Massachusetts: Oxford University Press; 1935. p. 798-844.
15. Barros MA, Pillon SC. Atitudes dos profissionais do programa saúde da família diante do uso e abuso de drogas. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* 2007;11 (4): 655-62.
16. Paula ML, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Albuquerque RA. Assistência ao usuário de drogas na atenção primária à saúde. *Psicol. estud.* 2014; 19 (2): 223-33.
17. Espírito Santo. Relatório de atividades da coordenação estadual sobre drogas. Vitória; 2014.
18. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edição 70; 2011.
19. Athayde V, Hennington ÉA. A saúde mental dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. *Physis*. 2012; 22 (3): 983-100.
20. Gonçalves WS. Atitudes dos profissionais da rede socioeducativa frente ao álcool, alcoolismo e alcoolista. [Dissertação] Vitória. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo; 2014.

21. Pinho PH. Os desafios na atenção aos usuários de álcool e outras drogas e a reabilitação psicossocial. [Dissertação] São Paulo. Mestrado em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2009.
22. Rosenstock KIV, Neves MJ. Papel do enfermeiro da atenção básica de saúde na abordagem ao dependente de drogas em João Pessoa, PB, Brasil. *Rev. bras. enferm.* 2010; 63 (4): 581-6.
23. Horta RL, Teixeira VA, Fontoura LP, Oliveira SPGO, Pinto R, Balbinot AD et al. Condições associadas à cessação do uso de crack entre usuários em atendimento. *Temas psicol.* 2015; 23 (4): 887-99.
24. Faria AAC, Barros VA. Tráfico de drogas: uma opção entre escolhas escassas. *Psicol. Soc.* 2011; 23 (3): 536-44.
25. Botti NCL, Machado JSA. Comportamento violento entre consumidores de crack. *Av. enferm.* 2015: 33 (1).
26. Botti NCL, Castro CG, Silva AK, Silva MF, Oliveira LC, Castro ACHOA, Fonseca LLK. Padrão de uso de álcool entre homens adultos em situação de rua de Belo Horizonte. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)*. 2010; 6 (spe): 536-55.
27. Botti NCL, Castro CG, Ferreira M, Silva AK, Oliveira LC, Castro ACHOA et al. Condições de saúde da população de rua da cidade de Belo Horizonte. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*. 2009; 1 (2):162-73.
28. Vasconcellos VC. Trabalho em equipe na saúde mental: o desafio interdisciplinar em um CAPS. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* 2010; 6 (1).
29. Silva FP, Frazão IS, Linhares FMP. Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30 (4): 805-14.
30. Brusamarello T, Sureki M, Borrile, D, Roehrs H, Maftum. Consumo de drogas: concepções de familiares de estudantes em idade escolar. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* 2008; 4 (1).
31. Musse, AB. Apologia ao uso e abuso de álcool entre universitários: uma análise de cartazes de propaganda de festas universitárias. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* 2008; 4 (1).
32. Sanchez ZVM, Oliveira LG, Ribeiro LA, Nappo SA. O papel da informação como medida preventiva ao uso de drogas entre jovens em situação de risco. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010; 15 (3): 699-708.
33. Paz FM, Colossi PM. Aspectos da dinâmica da família com dependência química. *Estudos de Psicologia*. 2013; 18 (4): 551-58.

34. Alvarez SQ, Gomes GC, Xavier DM. Causas da dependência química e suas consequências para o usuário e a família. Rev. enferm. UFPE on line. 2014; 8 (3): 641-8.
35. Felipe AOB, Carvalho AMP, Andrade CUB. Espiritualidade e religião como protetores ao uso de drogas em adolescente. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog., 2015; 11 (1): 49-58.
36. Pillon SC, Santos MA, Gonçalves AMS, Araújo KM. Uso de álcool e espiritualidade entre estudantes de enfermagem. Rev. Esc. Enferm. USP. 2011; 45 (1): 100-7.
37. Martins M, Santos MA, Pillon SC. Percepções de famílias de baixa renda sobre o uso de drogas por um de seus membros. Rev. Latino-am. Enfermagem. 2008; 16 (2).
38. Ceccim RB, Armani TB, Rocha CF. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva. 2002; 7 (2): 373-83.
39. Rodrigues J, Santos SMA, Spricigo JS. Ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental através do discurso docente. Texto Contexto Enferm. 2012; 21(3): 616-24.
40. Cantele J, Arpini DM, Roso A. A Psicologia no modelo atual de atenção em saúde mental. Psicol. cienc. prof. 2012; 32 (4): 910-25.
41. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface - Comunic, Saúde, Educ. 2004/2005; 9 (16): 161-77.
42. Sarreta FO. Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS. São Paulo: Editora UNESP, 2009.
43. Lima Junior JM, Silva EA, Noto AR, Bonadio NA, Locateli DP. A educação permanente em álcool e outras drogas: marcos conceituais, desafios e possibilidades. In: Ronzani TM, Costa PHA, Mota DCB, Lopart TJ. Redes de Atenção aos usuários de drogas: políticas e práticas. São Paulo: Cortez, 2015. p. 155-83.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo permitiu verificar que os profissionais inseridos na rede de atenção psicossocial ainda manifestam atitudes estigmatizantes frente ao usuário de drogas, o que independe da formação e função. Verifica-se que as diversas atitudes pontuadas sofrem interferências de características individuais e dos valores apreendidos durante a vida.

No entanto, se por um lado essa realidade é alarmante e até denunciadora do contexto vivenciado por essa população, face a fragilidade, vulnerabilidade e marginalização em que se encontra, por outro lado, esse trabalho demonstra a sensibilização dos profissionais em relação à necessidade de mudança de posturas, o que conseqüentemente, refletirá na atuação profissional.

Assim, diante dos dados apresentados, associados à análise de outros estudos pode-se perceber uma relação positiva entre o processo de formação na atenção aos transtornos relacionados ao uso de álcool, crack e outras drogas e as atitudes dos profissionais, pois essas sofrem influência direta do conhecimento apreendido sobre a temática.

Dessa forma, faz-se necessário que os gestores das instituições que prestam atenção a essa população realizem um diagnóstico em nível local sobre os desafios enfrentados pelos profissionais e direcionem ações para a melhoria da qualidade, buscando a reflexão sobre as práticas e possíveis alterações das atitudes negativas. Com esse trabalho buscou-se trazer contribuições à temática ao apresentar e discutir sobre as atitudes de profissionais inseridos em diversos setores da rede de atenção psicossocial, bem como afirmar a importância do trabalho e investigação científica para o aumento do conhecimento nessa área e conseqüentemente melhoria na qualidade da atenção a essa população.

7 REFERÊNCIAS

ALVAREZ, S. Q.; GOMES, G. C.; XAVIER, D. M. Causas da dependência química e suas consequências para o usuário e a família. **Rev. enferm. UFPE on line.**, Recife, v. 8, n. 3, p. 641-8, mar., 2014.

AJZEN, I. MADDEN, T. J. Prediction of goal-directed behavior: attitudes, intentions and perceived behavioral control. **Journal of experimental social psychology**, 1986.

AJZEN, I. **Attitudes, personality and behavior**. Buckingham: Open University Press, 2005.

ALLPORT, G. W. Attitudes. In: MURCHISON, C. (Org.). **A hand book of social psychology**. Massachusetts: Oxford University Press, 1935. p. 798-844.

ALMEIDA, D. B.; MELO, C. M. M. Avaliação na Atenção Básica em saúde: uma revisão de literatura. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 24, n. 1, 2, 3, p. 75-80, jan./ dez., 2010.

AMORA, A. S. Minidicionário Soares Amora da língua portuguesa, São Paulo: Saraiva, 2009.

ATHAYDE, V.; HENNINGTON, É. A. A saúde mental dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 983-1001, 2012.

BALSA, C.; VITAL, C.; URBANO C. **III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Portuguesa 212**. Centro de Estudos de Sociologia da Universidade Nova de Lisboa. Lisboa, 2013.

BARBOSA, S. P.; SOUZA, M. C. B. M. Atendimento aos usuários de substâncias psicoativas em pronto atendimento: perspectiva dos profissionais de saúde. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 82-7, ago., 2013.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edição 70, 2011.

BARROS, M. A.; PILLON, S. C. Atitudes dos profissionais do programa saúde da família diante do uso e abuso de drogas. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 11, n. 4, Rio de Janeiro, p. 655-62, dez., 2007.

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

BRAGHIROLI, E. M.; PEREIRA, S.; RIZZON, L. A. **Temas de psicologia social**. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

BRASIL. **III Conferência Nacional de Saúde: Relatório final.** Brasília, 1963. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_3.pdf>. Acesso em: 06 jan. 2016.

_____. **VIII Conferência Nacional de Saúde: Relatório final.** Brasília, 1986. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 06 jan. 2016.

_____. **Constituição (1988).** Brasília, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 16 fev. 2016.

_____. **Lei 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 das outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 16 fev. 2016.

_____. **Portaria nº 198/GM 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. 2004. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-198.htm>>. Acesso em: 10 out. 2014.

_____. **Portaria nº 1996/GM/MS.** Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html>. Acesso em: 16 fev. 2016.

_____. **Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho: conhecer para ajudar.** Brasília: 2008.

_____. **Decreto nº 7.179 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. 2010. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm>. Acesso em: 02 de abr. de 2014.

_____. **Portaria Nº 3.088, DE 23 de dezembro de 2011.** Institui 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2016.

_____. **Portaria GM/MS nº 278 de 27 de fevereiro de 2014.** Institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde (MS), Brasília, 2014a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0278_27_02_2014.html>. Acesso em: 16 fev. 2016.

_____. **Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas.** Brasília, 2014b.

BOKANY, V. Drogas no Brasil: entre a saúde e a justiça – Proximidades e opiniões. In: BOKANY, V. (Org.). **Drogas no Brasil: entre a saúde e a justiça, proximidades e opiniões.** São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2015. p. 7-27.

BORDIN, S. *et al.* Sistema Diagnóstico em Dependência química: conceitos básicos e classificação geral. In: FIGLIE, N. B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. (Org.). **Aconselhamento em dependência química.** 2 ed., São Paulo: Roca, 2010, p. 31-52.

BOTTI, N. C. L. *et al.* Condições de saúde da população de rua da cidade de Belo Horizonte. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental,** Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 162-73, out./dez., 2009.

BOTTI, N. C. L. *et al.* Padrão de uso de álcool entre homens adultos em situação de rua de Belo Horizonte. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.),** Ribeirão Preto, v. 6, n. spe, p. 536-55, nov., 2010.

BOTTI, N. C. L.; MACHADO, J. S. A. Comportamento violento entre consumidores de crack. **Av.enferm.,** Bogotá, v. 33, n. 1, jan., 2015.

BRUSAMARELLO, T. *et al.* Consumo de drogas: concepções de familiares de estudantes em idade escolar. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.,** Ribeirão Preto, v. 4, n. 1, fev., 2008.

BUENO, S. **Minidicionário da Língua Portuguesa.** São Paulo: FTD, 2007.

CANTELE, J.; ARPINI, D. M.; ROSO, A. A Psicologia no modelo atual de atenção em saúde mental. **Psicol. cienc. prof.,** Brasília, v. 32, n. 4, p. 910-25, 2012.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciênc. saúde coletiva,** Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-59, ago., 2007.

CARLINI *et al.* **II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil:** Estudo Envolvendo as 108 Maiores Cidades do País. São Paulo, 2006.

CAROTTA, F.; KAWAMURA, D.; SALAZAR, J. Educação Permanente em Saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos. **Saúde e Sociedade,** São Paulo, v.18, supl.1, p. 48-51, 2009.

CECCIM, R. B.; ARMANI, T. B.; ROCHA, C. F. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 373-83, 2002.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-77, set./fev., 2004/2005.

CHAMPAGNE, F. *et al.* A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE, A. *et al.* (Org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2011. p. 41-60.

COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: 5 ed. Editora Graal, 2004, p.19-151.

CRUZ, M. M. Avaliação de Políticas e Programas de saúde: contribuições para o debate. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. (Org.). **Caminhos para análise das políticas de saúde** [versão online], 2011. p.180-198.

DEZIN, N. K.; LINCON, Y. S. **Strategies of qualitative inquiry**. London: Sage, 1998.

DEVERA, D.; COSTA-ROSA, A. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis. **Rev. Psicol. UNESP**, Assis, v. 6, n. 1, p. 60-79, 2007.

DUBOIS, C.; CHAMPAGNE, F.; BILODEAU, H. Histórico da Avaliação. In: BROUSSELLE, A. *et al.* (Org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2011. p. 20-39.

ESPIRITO SANTO. **Relatório de atividades da coordenação estadual sobre drogas**. Vitória, 2014.

FARIA, A. A. C.; BARROS, V. A. Tráfico de drogas: uma opção entre escolhas escassas. **Psicol. Soc.**, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 536-44, dez., 2011.

FELIPE, A. O. B.; CARVALHO, A. M. P.; ANDRADE, C. U. B. Espiritualidade e religião como protetores ao uso de drogas em adolescente. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 1, p. 49-58, jan./mar., 2015.

FERREIRA, L. N. *et al.* Perfil do consumo de bebidas alcoólicas e fatores associados em um município do Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 8, p. 1473-86, ago., 2011.

FERREIRA, L. N. *et al.* Prevalência e fatores associados ao consumo abusivo e à dependência de álcool. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3409-18, nov., 2013.

FIGUEREDO, R. C. *et al.* Desafios e Perspectivas na Educação Permanente em saúde desenvolvida na Atenção Primária: Uma Revisão Bibliográfica. **Revista Científica do ITPAC**, Araguaína, v. 7, n. 4, out., 2014.

FIGUEIRAS, J. F. **Profissionais de saúde mental enquanto agentes de estigmatização da doença mental**. 2010. 77 p. Dissertação (Mestrado em Terapia

Ocupacional) - Instituto Politécnico do Porto, Escola Superior de Tecnologia de Saúde do Porto, Porto, 2010.

FORMIGONI, M. L. O. S. F. *et al.* Álcool: efeitos agudos e crônicos. In: SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS. (Org.). **Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas:** Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento Brasília: SENAD, 2014. p. 43-68.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

GIGLIOTTI, A.; BESSA, M. A. Síndrome de Dependência do Álcool: critérios diagnósticos. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 26, supl. 1, p. 11-13, mai., 2004.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo. Atlas, 2002.

GIL, I. M. A. **Crenças e Atitudes dos Estudantes de Enfermagem acerca das Doenças e Doentes Mentais:** Impacto do Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. 2010. 137 p. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria Cultural) - Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, 2010.

GOFFMAN, E. **Estigma:** Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice–Hall, 1963.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar:** como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. 11. ed., Rio de Janeiro: Record, 1997.

GONÇALVES, S. S. P. M.; TAVARES, C. M. M. Atuação do enfermeiro na atenção ao usuário de álcool e outras drogas nos serviços extra-hospitalares. **Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 586-92, dez., 2007.

GONÇALVES, W. S **Atitudes dos profissionais da rede socioeducativa frente ao álcool, alcoolismo e alcoolista.** 2014. 217 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade federal do Espírito Santo, Vitória, 2014.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Fourth generation evaluation.** California: Sage, 1989.

HECKMANN, W.; SILVEIRA, C. M. Dependência do álcool: aspectos clínicos e diagnósticos. In: ANDRADE, A. G.; ANTHONY, J. C.; SILVEIRA, C. M. (Org.). **Álcool e suas consequências:** uma abordagem multiconceitual. Barueri: Minha Editora, 2009. p. 67-88.

HORTA, R. L. *et al.* Condições associadas à cessação do uso de crack entre usuários em atendimento. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 4, p. 887-99, dez., 2015.

KING, A. L. S.; NARDI, A. E.; CRUZ, M. S. Risco de suicídio em paciente alcoolista com depressão. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 1, p. 70-3, 2006.

KONDO, É. H. *et al.* Abordagem da equipe de enfermagem ao usuário na emergência em saúde mental em um pronto atendimento. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 501-7, abr., 2011.

LARANJEIRA, R. *et al.* **I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

LARANJEIRA, R. *et al.* **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas 2012**. São Paulo, 2014.

LIMA JUNIOR, *et al.* A educação permanente em álcool e outras drogas: marcos conceituais, desafios e possibilidades. In: RONZANI, T. M. *et al.* (Org.). **Redes de Atenção aos usuários de drogas: políticas e práticas**, São Paulo, Cortez, 2015. p. 155-83.

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

MAI, F. I.; COELHO, I. Z.; BASTOS, J. L. Consumo excessivo de álcool, tabagismo e fatores associados em amostra representativa de graduandos da Universidade Federal de Santa Catarina, 2012: estudo transversal. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 3, set., 2014.

MALDONADO, R. *et al.* Auto-estima, auto-eficácia percebida, consumo de tabaco e álcool entre estudantes do ensino fundamental, das áreas urbana e rural, de Monterrey, Nuevo León, México. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. spe, p. 614-20, ago., 2008.

MANCIA, J. R.; CABRAL L. C.; KOERICH, M. S. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 605-10, set./out., 2004.

MANSO, D. S. S.; MATOS, M. G. Depressão, ansiedade e consumo de substâncias em adolescentes. **Rev. Bras. Ter. cogn.**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 73-84, jun., 2006.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. T.; MARQUES, A. L. M. Formação profissional e serviços de saúde mental no SUS: estudo sobre a inserção de egressos do Curso de Terapia Ocupacional da FMUSP. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 21, n. 2, p.148-57, mai./ago., 2010.

MARTINS, M.; SANTOS, M. A.; PILLON, S. C. Percepções de famílias de baixa renda sobre o uso de drogas por um de seus membros. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, São Paulo, v.16, n. 2, mar./abr., 2008.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-305, ago., 2010.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MERHY, E. E. **Saúde: A cartografia do trabalho vivo em ato**. 4 ed., São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, M. C. S. DESLANDES, S. F. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 35-42, jan./mar., 1998.

MINAYO, M. C. S. Conceitos de avaliação por triangulação de métodos. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos: Abordagens de Programas Sociais**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p. 19-61.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed., São Paulo: Hucitec, 2008.

MOREIRA, M. A. **Aprendizagem significativa crítica**. Porto Alegre. 2010. Disponível em: <<http://www.if.ufrgs.br/~moreira/apsigcritport.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2014.

MUSSE, A. B. Apologia ao uso e abuso de álcool entre universitários: uma análise de cartazes de propaganda de festas universitárias. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 1, fev., 2008.

NERY FILHO, A.; VALÉRIO, A. L. R.; MONTEIRO, L. F. **Guia do Projeto Consultório de rua**. Salvador, 2011.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 547-59, out., 2000.

OLIVEIRA, M. S.; WERLANG, B. S. G.; WAGNER, M. F. Relação entre o consumo de álcool e hábitos paternos de ingestão alcoólica. **Bol. psicol**, São Paulo, v. 57, n. 127, p. 205-14, dez., 2007.

OLIVEIRA, T. T. S. S.; LEME, F. R. G.; GODOY, K. R. G. O cuidado começa na escuta: profissionais de saúde mental e as vicissitudes da prática. **Mental**, Barbacena, v. 7, n. 12, p. 119-38, jun., 2009.

PAIM, J. S. Avaliação em saúde: uma prática em construção no Brasil. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. (Org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2014, p. 9-10.

PAIVA, F. S. *et al.* A percepção profissional e comunitária sobre a reinserção social dos usuários de drogas. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 26, n. 3, p. 696-706, dez., 2014.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-36, mar., 2014.

PAULA, M. L. *et al.* Assistência ao usuário de drogas na atenção primária à saúde. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 19, n. 2, p. 223-33, jun., 2014 .

PAZ, F. M.; COLOSSI, P. M. Aspectos da dinâmica da família com dependência química. **Estudos de Psicologia**, Natal, v.18, n. 4, p. 551-58, out./dez., 2013.

PEIXOTO-PINTO, E. E. *et al.* Desdobramentos da educação permanente em saúde no município de Vitória, Espírito Santo. **Trab. Educ. Saúde.**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 77-96, mar./jun., 2010.

PILLON, S. C.; O'BRIEN, B.; CHAVEZ, K. A. P. A relação entre o uso de drogas e comportamentos de risco entre universitários brasileiros. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, n. 13, nov./dez., 2005.

PILLON, S. C. *et al.* Uso de álcool e espiritualidade entre estudantes de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 45, n. 1, p. 100-7, 2011.

PINHO, P. H. **Os desafios na atenção aos usuários de álcool e outras drogas e a reabilitação psicossocial**. 2009. 225f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

ROSENSTOCK, K. I. V.; NEVES, M. J. Papel do enfermeiro da atenção básica de saúde na abordagem ao dependente de drogas em João Pessoa, PB, Brasil. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 581-6, ago., 2010.

ROCHA, F. M. *et al.* Cuidar de dependentes de substâncias psicoativas: percepções dos estudantes de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 671-77, jun., 2013.

RODRIGUES, A.; ASSMAR, E. M. L.; JABLONSKI, B. **Psicologia Social**. Petrópolis: Vozes, 2009. p. 81.

RODRIGUES J.; SANTOS S. M. A.; SPRICIGO, J. S. Ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental através do discurso docente. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 616-24, jul./set., 2012.

RONZANI, T. M.; FURTADO, E. F. Estigma social sobre o uso de álcool. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 4, p. 326-32, 2010.

RONZANI, T. M.; ANDRADE, T. A. Estigmatização associada ao uso de substâncias como obstáculo a detecção, prevenção e tratamento. In: SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS (Org.). **Sistema para detecção do Uso abusivo**

e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento. Brasília: SENAD, 2014. p. 28-39.

SANCHEZ, Z. V. M. *et al.* O papel da informação como medida preventiva ao uso de drogas entre jovens em situação de risco. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 699-708, mai., 2010.

SANTOS, M. S. D.; VELOSO, T. M. G. Alcoolismo: representações sociais elaboradas por alcoolistas em tratamento e por seus familiares. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 12, n. 26, p. 619-34, set., 2008.

SARRETA, F. O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: Editora UNESP, 2009.

SCHNEIDER, J. F. *et al.* Atendimento a usuários de drogas na perspectiva dos profissionais da estratégia saúde da família. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 654-61, set., 2013.

SCHWARZ, N.; BOHNER, G. The construction of attitudes. In: TESSER, A.; SCHWARZ, N. (Org.). **Blackwell Handbook of Social Psychology: Intrapersonal Processes**. Oxford: Blackwell, 2001. p. 436-457.

SILVA, R. R.; BRANDÃO, D. **Os quatro elementos da avaliação**. São Paulo: Instituto Fonte, 2003. Disponível em: < http://www.enap.gov.br/downloads/ec43ea4f/Os_quatro_elementos_da_avaliacao.pdf>. Acesso em: 12 set. 2015.

SILVA, C. M. C. *et al.* Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2539-50, ago., 2010.

SILVA, C. J. *et al.* Álcool. In: FIGLIE, N. B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. (Org.). **Aconselhamento em dependência química**. 2 ed. São Paulo: Roca, 2010. p. 31-52.

SILVA, J. A. M.; PEDUZZI, M. Educação no Trabalho na Atenção Primária à Saúde: interfaces entre a educação permanente em saúde e o agir comunicativo. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 20, n. 4, p. 1018-32, 2011.

SILVA, L. M. V. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. (Org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2014. p. 15-39.

SILVA, F. P.; FRAZAO, I. S.; LINHARES, F. M. P. Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 805-14, abr., 2014.

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.

SIQUEIRA, M. M. *et al.* Revisando o alcoolismo. In: SIQUEIRA, M. M. (Org.). **Síndrome de dependência Alcoólica**: da teoria a prática do cuidar. Vitória: EDUFES, 2013. p. 21-56.

SOARES, J.; VARGAS, D.; OLIVEIRA, M. A. F. A construção de uma escala de atitudes frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista: levantamento da produção científica nos últimos 50 anos. **SMAD**, v. 7, n. 1, 2011.

SOUZA, Â. C.; RIVERA, F. J. U. A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. **Rev. Tempus Actas Saúde Colet.**, v. 4, n. 1, p. 105-14, 2010.

SOUZA, L. M., PINTO, M. G. Atuação do enfermeiro a usuários de álcool e de outras drogas na Saúde da Família. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v.14, n. 2, p. 374-83, abr./jun., 2012.

TAVARES, C. M. M. A educação permanente da equipe de enfermagem para o cuidado nos serviços de saúde mental. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 287-295, jun., 2006.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **World Drug Report 2015**. New York, 2015.

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, USP, Ribeirão Preto, 2005.

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**, São Paulo, v. 16, n. spe, p. 543-50, mai./jun., 2008.

VARGAS, D.; OLIVEIRA, M. A. F.; LUÍS, M. A. V. Atendimento ao alcoolista em serviços de atenção primária à saúde: percepções e condutas do enfermeiro. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 73-9, 2010.

VARGAS, D.; SOARES, J. Atitudes de enfermeiros frente ao alcoolismo: revisão da literatura. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 16, n. 2, abr./jun., p. 340-7, 2011.

VARGAS, D. Validação de construto da Escala de Atitudes Frente ao Álcool, ao Alcoolismo e a Pessoas com transtornos Relacionados ao Uso do Álcool. **Rev. Psiq. Clin.**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 105-10, 2014.

VASCONCELLOS, V. C. Trabalho em equipe na saúde mental: o desafio interdisciplinar em um CAPS. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, 2010.

VELOSO, L. U. P.; MONTEIRO, C. F. S. Prevalência e fatores associados ao uso de álcool em adolescentes grávidas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 1, p. 433-41, fev., 2013.

VENDRAMINI, C. M. M.; SILVA, M. C. R.; DIAS, A. S. Avaliação de atitudes de estudantes de psicologia via modelo de crédito parcial da TRI. **Psico-USF**, Itatiba, v. 14, n. 3, p. 287-98, dez., 2009.

WANDEKOKEN, K. D.; VICENTE, C. R.; SIQUEIRA, M. M. Alcoolismo parental e fatores de risco associados. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 3, p. 161-67, dez., 2011

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

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO INSTITUCIONAL

Vitória, ____ / ____ / ____.

Ilmº. 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.Sª. autorização para realizar a pesquisa intitulada “Atitudes dos Profissionais da Rede de Atenção Básica Frente ao Álcool, Alcoolismo e Alcoolista” (em anexo), junto aos alunos do curso de Capacitação em Crack e outras Drogas com Foco na Atenção Básica, oferecido pelo Centro Regional de Referência sobre Drogas do Espírito Santo (CRR-ES), projeto vinculado a este Centro.

Esclarecemos que a pesquisa será desenvolvida pela Enfª. e mestrande Tatiana Rodrigues do Amaral do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, com participação de aluno de Iniciação Científica e sob a orientação da Profª. Drª. Marluce Miguel de Siqueira.

A pesquisa tem como objetivo, avaliar as atitudes dos profissionais da rede de atenção básica frente ao álcool, alcoolismo e alcoolista que participaram do curso Atualização em Crack e outras Drogas com foco na Atenção Básica ofertado pelo Centro Regional de Referência sobre Drogas do Espírito Santo (CRR-ES).

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

Atenciosamente,

Enfª. Tatiana Rodrigues do Amaral (mestrande)
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Profª. Drª. Marluce Miguel de Siqueira (orientadora)
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

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

Estou sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), de uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assinarei no final deste documento, que está 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 de Atenção Básica Frente ao Álcool, Alcoolismo e Alcoolista.

Instituição Proponente da Pesquisa

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

Pesquisadores responsáveis

Prof^a. Dr^a. Marluce Miguel de Siqueira
Enf^a Tatiana Rodrigues do Amaral

Justificativa

O estudo justifica-se, pois as atitudes e conhecimentos dos profissionais frente às substâncias psicoativas, particularmente o álcool, desperta pouco interesse dos pesquisadores, causando uma lacuna nessa área do conhecimento e corroborando, desta forma, com a manutenção do “estigma e preconceito”.

Objetivo

Avaliar as atitudes dos profissionais da rede de atenção básica frente ao álcool, alcoolismo e alcoolista que participaram do curso Atualização em Crack e outras Drogas com foco na Atenção Básica ofertado pelo Centro Regional de Referência sobre Drogas do Espírito Santo (CRR-ES).

Duração e local

A pesquisa foi realizada na sede do Centro de Estudos e Pesquisa sobre Álcool e outras Drogas (CEPAD). Suas respostas serão tratadas de forma **anônima** e **confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada, uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os **dados coletados** serão utilizados apenas **NESTA** pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas

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

Risco/desconforto

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

Ressarcimento

Fui esclarecido de que esta pesquisa não implica despesa e também de 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:

Tatiana Rodrigues do Amaral – (27) 99294-5182 – tatianaramaral@yahoo.com.br

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.

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

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

Vitória, _____ de _____ de 20 _____.

Participante da Pesquisa

Tatiana Rodrigues do Amaral
Mestrando (a) em Saúde Coletiva

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

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO

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

1. Sexo: Feminino Masculino
2. Idade: _____anos
3. Estado Civil: Solteiro(a) Casado(a) Divorciado(a)
 Viúvo(a) Outra. Qual: _____
4. Nível de Escolaridade: Ensino Médio Completo
 Ensino Superior Incompleto
 Ensino Superior Completo
 Especialização
 Mestrado
 Doutorado
5. Profissão: _____
6. Tempo de experiência profissional e tempo de atuação em saúde mental:

7. Instituição que trabalha: _____

APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA

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

EIXO 1 – VIVÊNCIAS PROFISSIONAIS

1. O que te motivou a trabalhar no Centro de Acolhimento para dependentes químicos e quais são os fatores que te mantém?
2. Fale sobre sua experiência profissional no Centro de Acolhimento para dependentes químicos (desafios e oportunidade).

EIXO 2 – ATITUDES

1. Qual deve ser a postura do profissional que atua com usuários de SPAs?
2. A sociedade assume um importante papel na forma como as pessoas com transtornos mentais decorrentes do uso de SPA são vistas e acolhidas. Qual é a sua opinião sobre essa afirmação?
3. Qual foi a situação em que você se percebeu como agente estigmatizante em relação aos usuários de substância psicoativa?

EIXO 3 – CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

1. Quais são os sinais que te embasariam para uma abordagem sobre o uso de substâncias psicoativas?
2. Quais fatores levam o indivíduo a consumir SPAs?
3. No seu cotidiano, como tem sido a sua intervenção ao usuário de SPA em suas diferentes fases motivacionais?

EIXO 4 – FORMAÇÃO PROFISSIONAL

1. Como você avalia a sua formação profissional em relação à atenção a saúde mental?
2. Como tem sido o processo de educação permanente no Centro de Acolhimento para dependentes químicos?

ANEXOS

ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO “EAFAAA”

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

Instrução

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

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

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

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

		Concordo totalmente	Concordo em parte	Estou em dúvida	Discordo em parte	Discordo totalmente
01	Eu tenho medo de abordar o problema do álcool com meus pacientes.					
02	Pessoas com transtornos relacionados ao uso do álcool não têm bom senso.					
03	Penso que passar por um desajuste familiar leva ao alcoolismo.					
04	Penso que as pessoas têm o direito de beber se elas quiserem.					
05	Eu tenho medo da agressividade de pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool.					
06	Pessoas com transtornos relacionados ao uso do álcool são mal educadas.					
07	Pessoas tímidas ou inibidas têm maior chance de desenvolver o alcoolismo.					
08	A bebida alcoólica é agradável e proporciona bem-estar ao usuário.					
09	Sinto-me frustrado quando trabalho com pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool.					
10	Pessoas com transtornos relacionados ao uso do álcool são irresponsáveis.					
11	Penso que a depressão leva ao alcoolismo.					
12	O uso da bebida alcoólica é algo normal.					
13	De todos os meus pacientes, o paciente com transtornos relacionados ao uso do álcool é aquele que dá mais trabalho.					
14	Pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool têm maior probabilidade de se tornarem violentos contra mim.					
15	O que falta na pessoa com transtornos relacionados ao uso do álcool é força de vontade.					
16	A bebida em qualquer quantidade vai deixar o indivíduo dependente.					
17	Devo cuidar do paciente com transtornos relacionados ao uso do álcool, mesmo que ele acredite não precisar de cuidado de saúde.					
18	Penso que pessoas que desenvolvem o alcoolismo são fracas.					
19	As questões sociais levam o indivíduo a beber.					
20	Beber com moderação não é prejudicial.					
21	Mesmo quando não intoxicado o paciente com transtornos relacionados ao uso do álcool, é desrespeitoso com os membros da equipe.					
22	Eu percebo que pacientes com transtornos relacionados ao uso do álcool não querem se cuidar.					
23	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 autoestima.					
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 pessoa 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, 2014.

ANEXO 2 – AUTORIZAÇÃO DO CEP-UFES

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

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

Pesquisador: Marluce Miguel de Siqueira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 31449914.2.0000.5060

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 732.798

Data da Relatoria: 30/07/2014

Apresentação do Projeto:

Projeto de Mestrado.

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

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

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

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

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

Endereço: Av. Marechal Campos 1468
Bairro: S/N CEP: 29.040-091
UF: ES Município: VITORIA
Telefone: (27)3335-7211 E-mail: cep@ccs.ufes.br

Página 01 de 09

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES



Continuação do Parecer: 732.798

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

Objetivo Secundário:

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

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

o autor descreve que:

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

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta os seguintes termos:

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

Recomendações:

Recomendo a aprovação do estudo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não constam pendências

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. Marechal Campos 1468
Bairro: S/N CEP: 29.040-091
UF: ES Município: VITORIA
Telefone: (27)3335-7211 E-mail: cep@ccs.ufes.br

Página 02 de 03

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES



Continuação do Parecer: 732.798

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

VITORIA, 30 de Julho de 2014

Assinado por:
Cynthia Furst Leroy Gomes Bueloni
(Coordenador)

Endereço: Av. Marechal Campos 1468
Bairro: S/N CEP: 29.040-091
UF: ES Município: VITORIA
Telefone: (27)3335-7211 E-mail: cep@ccs.ufes.br

Página 03 de 03