

Celso Luís de Moraes

Acolhimento de usuários de álcool por profissionais de
enfermagem em equipes de Saúde da Família
do município de Campinas, SP.

Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado Profissional em Saúde
Coletiva da Coordenadoria de Recursos
Humanos da Secretaria de Estado da
Saúde de São Paulo, para obtenção do
título de Mestre em Saúde Coletiva.

São Paulo
2013

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

Celso Luís de Moraes

Acolhimento de usuários de álcool por profissionais de enfermagem em equipes de Saúde da Família do município de Campinas, SP.

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Gestão e Práticas de Saúde

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria de Lima Salum e Moraes

São Paulo
2013

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca. Centro de Apoio Técnico-Científico. Instituto de Saúde

Moraes, Celso Luís de

Acolhimento de usuários de álcool por profissionais de enfermagem em equipes de Saúde da Família do município de Campinas, SP/ Celso Luís de Moraes. São Paulo, 2013.

75p.

Dissertação (mestrado) – Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Área de concentração: Gestão e Práticas de Saúde

Orientadora: Maria de Lima Salum e Morais

1.Prevenção primária 2.Acolhimento 3.Enfermagem 4.Alcoolismo I.Título.

Dedicatória

*Dedico este trabalho às minhas
amadas Estelinha e Máira que
iluminam meus dias.*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus!

A minha amada Estelinha pela presença na minha vida, apelo apoio e compreensão.

Aos meus pais, Angelina e Natalino que me trouxeram ao mundo, me educaram e zelaram por mim. Exemplos de dedicação e de vida.

À Maíra, pela alegria que trouxe aos meus dias.

Aos meus irmãos e companheiros Márcio e Gláucio sempre presentes.

Às tias Maria e Helena, minhas mães aqui em Campinas.

Aos meus sogros Geraldo e Geralda pelo apoio.

À Prof^a Dr^a Maria, por orientar minha pesquisa, contribuindo com sua experiência e sabedoria.

A Daniella, irmã de coração com quem Deus me presenteou, amiga de todas as horas e situações, que muito contribuiu com ideias, apoio moral e material, para que este trabalho fosse realizado.

À Dra Rita, minha coordenadora, pelo apoio e incentivo.

Aos companheiros do CS Capivari, por contribuírem com amizade e apoio, em especial às colegas enfermeiras Edneide, Márcia e Daniella (mais uma vez), que se esforçaram para me apoiar nas ocasiões em que estive ausente da unidade para trabalhar nesta dissertação.

A toda a equipe do CS Jardim Aeroporto, pela acolhida e contribuição.

À minha grande amiga Silvia, pelo auxílio com as correções finais.

À minha família e amigos, pelo carinho e apoio sempre, e às pessoas que direta ou indiretamente ajudaram de alguma forma, minha eterna gratidão!

Resumo

Introdução: Entre todas as drogas lícitas e ilícitas, o álcool é a que mais danos causa à saúde e ao bem-estar das pessoas. A Política Nacional a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas preconiza o cuidado às pessoas com uso problemático de substâncias psicoativas nos serviços de Atenção Básica, visando à detecção precoce e ações preventivas. Na rede básica de Campinas, os profissionais de enfermagem que atuam na Saúde da Família têm importante papel no atendimento à população, pois, via de regra, são os primeiros a ouvir os usuários quando procuram a unidade de saúde, tendo, assim, possibilidade de construir uma relação de acolhida e vínculo, necessária às intervenções em saúde bem sucedidas. **Objetivo:** Conhecer a prática dos profissionais de enfermagem de equipes de Saúde da Família no acolhimento a pessoas com queixas relacionadas ao uso problemático de álcool. **Método:** Pesquisa qualitativa de caráter descritivo/exploratório, por meio de entrevistas semiestruturadas, realizadas com doze auxiliares de enfermagem e três enfermeiras que atuavam em uma Unidade Básica de Saúde de Campinas, SP, em equipes de Saúde da Família, na lógica do acolhimento. A análise dos resultados foi baseada em técnicas de Análise de Conteúdo. **Resultados:** O tema do uso nocivo do álcool foi percebido como importante pelos profissionais, com destaque para suas consequências sociais e familiares. Segundo os entrevistados, apenas uma parcela das pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool procura ajuda diretamente, sendo a maioria das queixas feita por familiares. Verificou-se entre os profissionais o sentimento de não ter muito a oferecer ao usuário com problemas relacionados ao uso de álcool, mas também o interesse em qualificação técnica e em espaços de discussão e reflexão para qualificá-los para uma melhor atuação. Quanto aos serviços de referência, o CAPS ad, referência específica para atenção à dependência de álcool e outras drogas, não pareceu tão próximo da equipe quanto seria desejável. **Considerações finais:** É necessário investir na qualificação dos profissionais para o atendimento a pessoas com queixas relacionadas ao uso problemático de substâncias psicoativas. Há também, a necessidade de busca ativa de casos, de uma escuta ampliada, assim como de efetiva implantação da rede integrada de atenção a esses casos. **Potencial de aplicabilidade:** Os resultados deste estudo serão apresentados ao Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde de Campinas(CETS), como subsídio para o planejamento das ações de capacitação dos servidores, no sentido de buscar suprir as falhas apontadas e de implementar as ações indicadas como necessárias para o melhor atendimento e detecção precoce de pessoas com uso prejudicial de álcool. Evidencia-se, também, a necessidade de criação de um CAPS ad na área de abrangência da região estudada.

Palavras chave: prevenção primária; acolhimento; cuidados de enfermagem; alcoolismo

Abstract

Introduction: Among all the licit and illicit drugs, alcohol is the one that causes most damage to people's health and well-being. The National Policy for Integral Attention to Alcohol and Other Drugs Users recommends that the care for people with problematic substance use should be done in primary care services for earlier problem detection and preventive actions. In the Primary Care Network of Campinas, nursing professionals working in the Family Health Strategy play an important role in assisting the population. They are generally the first ones to hear users when they seek a health unit, thus having the possibility of constructing a relationship of acceptance and the bond required for successful interventions in health. **Objective:** To verify the practice of nursing teams of the Family Health Strategy care to people with complaints relating to problematic alcohol use. **Method:** It was conducted a descriptive/exploratory qualitative study, through semi-structured interviews carried out with a team of twelve auxiliary nurses and three nurses, working at a Primary Health Care Unit in Campinas, SP. The data analysis was based on content analysis techniques. **Results:** The theme of the harmful use of alcohol was perceived as important by all professionals, with emphasis on its social and family consequences. According to interviewees, only a part of people with problems related to alcohol seek help directly being most of the complaints made by relatives. It was found in professionals' speech the feeling of not having much to offer to people with problems related to alcohol use, but also the interest in acquiring technical skills and in having opportunities for discussion and reflection about the issue to qualify them for better performance. Concerning reference services, CAPS ad, equipment of reference to attention to alcohol and other drugs users, was not as close to the team as considered desirable. **Final comments:** It is necessary to invest in training professionals to give care for people with complaints related to problematic substance use. There is also the need of active case search, a better listening, as well as the effective implementation of an integrated health care network for these cases. **Potential applicability:** The results of this study will be presented to the Campinas Center of Education for Health Professionals of Campinas (CET), as a support for planning workers' qualification, in order to seek to fulfill the pointed gaps in this study, and to implement the actions indicated as necessary for the best care and early detection of persons with harmful alcohol use. It is also clear the need of creating a CAPS ad in the scope area of the studied Health Unit.

Keywords: primary prevention, welcoming reception, nursing care, alcoholism

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	08
1. INTRODUÇÃO	10
2. OBJETIVO	24
3. MÉTODO	24
3.1. TIPO DE ESTUDO	24
3.2. CARACTERÍSTICAS DO CAMPO DA PESQUISA	25
3.3. PARTICIPANTES	26
3.4. ASPECTOS ÉTICOS	26
3.5. COLETA DE DADOS	27
3.6. ANÁLISE DOS DADOS.....	28
4. RESULTADOS.....	30
4.1. Acolhimento ao usuário com queixas relacionadas ao álcool.....	30
4.2. Acolhimento e uso do álcool como problemática familiar e social.	34
4.3. Condutas adotadas no acolhimento aos usuários de álcool. .	Erro! Indicador não definido.
4.4. Acolhimento aos usuários de álcool: um olhar das enfermeiras.	44
5. DISCUSSÃO	Erro! Indicador não definido.
6- CONSIDERAÇÕES FINAIS	Erro! Indicador não definido.
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
ANEXOS.....	Erro! Indicador não definido.
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	Erro! Indicador não definido.
Roteiros de entrevista	71
Parecer Comitê de Ética	Erro! Indicador não definido.

APRESENTAÇÃO

A motivação deste estudo vem, em parte, da minha experiência de vida, pois sempre houve, entre as pessoas próximas a mim ou a minha família, casos de sofrimento relacionado ao uso de bebidas alcoólicas. Alguns desses casos tiveram desfechos graves, que não só chamaram minha atenção como, de alguma forma, acabaram por me afetar.

Outro motivo vem da minha prática como enfermeiro na Atenção Básica do município de Campinas. Em 2009, participei de uma capacitação sobre detecção precoce e intervenção breve, apresentados como alternativas de prevenção aos danos causados pelo uso nocivo de álcool e outras drogas. Entusiasmado com a nova ferramenta de atuação, resolvi por em prática os conhecimentos da capacitação. Abri espaço na agenda semanal de consultas de enfermagem para atendimento específico a usuários de substâncias psicoativas, apresentei a proposta aos profissionais das três equipes de Saúde da Família da unidade em que trabalhava e solicitei que me encaminhassem tais casos. Para minha decepção, na maior parte dos dias, a agenda permaneceu vazia. Os raros casos que foram agendados, na maioria se tratavam de quadros avançados de dependência. No entanto, em outros atendimentos em que havia queixas de violência, abandono, depressão, entre outras, aos quais atendi juntamente com as equipes, o uso nocivo de substâncias, principalmente de bebidas alcoólicas, era frequentemente citado.

Ao pesquisar na literatura sobre o uso abusivo do álcool, percebi que se tratava de um importante problema de saúde pública. A partir dessa constatação, passei a

questionar sobre quais seriam as causas para que esse problema, que provoca tanto sofrimento, praticamente, não seja detectado nos nossos atendimentos.

Este estudo busca identificar, no caso específico da atuação de uma equipe de enfermagem na Saúde da Família, algumas respostas a esse questionamento.

1. INTRODUÇÃO

O consumo de substâncias psicoativas, também conhecidas como drogas¹, representa um importante fator de risco para os indivíduos e as sociedades, com índices associados de mortalidade e morbidade consideráveis em todas as partes do mundo. Dentre todas as substâncias lícitas e ilícitas, o álcool é aquela que mais danos produz à saúde e ao bem-estar, sendo a mais grave do ponto de vista da saúde pública (MELONI e LARANJEIRA, 2004). As consequências do uso nocivo dessa substância acometem principalmente os grupos mais vulneráveis e podem chegar a ser fatais (BACCHIERI e BARROS, 2011). Seus graves efeitos se estendem às questões sociais e familiares, sendo que a família passa por prejuízos tanto psicossociais como econômicos, uma vez que grandes quantias de dinheiro são gastas pelos trabalhadores no consumo da bebida (FONSECA, 2007). Além disso, o consumo abusivo de bebida alcoólica pode prejudicar a permanência do indivíduo nos empregos, comprometendo a renda da família.

Apesar da importância do problema do consumo abusivo de álcool na saúde pública, esse assunto é pouco presente na Atenção Básica (FONSECA, 2007). Quando os usuários procuram ajuda para problemas relacionados à bebida, geralmente já se encontram em estágios avançados de comprometimento (BRADLEY et Al, 2002), com maiores complicações e menores chances de recuperação, uma vez que os tratamentos para os casos avançados de dependência apresentam resultados muito aquém dos desejados, principalmente entre jovens e adolescentes (RAUPP e SAPIRO, 2005).

¹ Abuso de drogas, abuso de substâncias e abuso de substâncias psicoativas são considerados sinônimos pelo DeCS – Descritores em Ciências da Saúde da Biblioteca virtual em Saúde. Ver : <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>

RAMOS e WOITOWITZ (2004) mostram que em estudos controlados de um ano, as taxas de abstinência para dependentes de álcool em tratamento, permanecem abaixo de 20%. Os autores apontam, ainda, que, depois de instalado o quadro de dependência, o retorno para uso controlado do álcool é considerado exceção, o que reforça a necessidade de atuação na prevenção.

Do ponto de vista epidemiológico, o total de mortes devido ao uso problemático do álcool chega a 2,5 milhões ao ano em todo o mundo (WHO, 2011). Em 2004, 4,6 % dos anos potenciais de vida perdidos por incapacidade foram em decorrência do uso de álcool (REHM e col, 2009). No Brasil, amplo estudo domiciliar realizado em 2001 por GALDURÓZ e CAETANO (2004), englobando as 107 cidades com mais de 200 mil habitantes, o que corresponde a 27,7% do total da população do país, encontraram prevalência da dependência de álcool de 11,2%, sendo de 17,1% para o sexo masculino e 5,7% para o feminino. Em 2005, outro estudo, envolvendo amostra com mais de três mil entrevistados em 143 municípios do país (LARANJEIRA e col. 2007), revelou que 12,3% das pessoas pesquisadas, com idades entre 12 e 65 anos, preenchiam critérios para a dependência do álcool, número próximo ao encontrado no estudo de 2001. Os dados de 2005 também indicaram o consumo de álcool em faixas etárias cada vez mais precoces (CAETANO e col. 2012).

Com relação à demanda por assistência à saúde por problemas relacionados ao uso do álcool, em levantamento do Centro Brasileiro de Estudos sobre Drogas (CEBRID) de 2004 sobre as internações hospitalares relacionadas ao álcool, de um total de 51.787 internações hospitalares por dependências químicas, em 367 hospitais psiquiátricos, o álcool foi responsável por 39.186 internações, algo próximo a 80% do total. Nesse levantamento, foram apenas registradas as internações em que o álcool era a causa única, não tendo sido consideradas aquelas em que o álcool havia sido usado concomitantemente com outras substâncias psicoativas (CARLINI, 2006).

Para compreensão da dimensão dos problemas relacionados ao uso do álcool é importante conhecer sua frequência de uso e possíveis consequências. Entre uso recreativo e dependência existem vários estágios intermediários e várias classificações são propostas na literatura. Uma classificação disponibilizada por um órgão oficial do governo brasileiro, o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID), é a seguinte: **uso experimental**, que se refere aos primeiros poucos episódios de uso de uma substância específica, extremamente infrequentes ou não persistentes; **uso recreativo**, que consiste no uso de uma substância em circunstâncias sociais ou relaxantes, sem implicações com dependência e outros problemas relacionados; **uso controlado**, o qual diz respeito à manutenção de uso regular, uso não compulsivo e que não interfere com o funcionamento habitual do indivíduo; **uso social**, que pode ser entendido, de forma literal, como uso em companhia de outras pessoas e de maneira socialmente aceitável - termo usado de forma imprecisa, não diferenciando o uso recreativo e o uso controlado; **uso nocivo/abuso e dependência**, que podem ser definidos como padrões de uso em que há aumento do risco de consequências prejudiciais para o usuário (BRASIL, 2007a). Vale ressaltar que problemas associados ao uso de álcool podem ocorrer também com o uso eventual ou fortuito (CAETANO e col, 2012).

A dependência e o abuso são classificados como patologias pela Classificação Internacional de Doenças (CID 10) (GIGLIOTTI e BESSA, 2004). Uso prejudicial, uso nocivo, uso abusivo e uso problemático de bebidas alcoólicas são também expressões utilizadas para caracterizar o consumo que pode acarretar danos à saúde e ao bem-estar da pessoa e dos ambientes sociais que frequenta. No Manual de Diagnósticos e Estatísticas para Distúrbios Mentais da Associação Norte-Americana de Psiquiatria (DSM-V), lançado em 2013, os problemas relacionados ao uso de substâncias passaram

a ser caracterizados em diferentes níveis de dependência e não mais se diferencia dependência de abuso (APA, 2013).

O uso do álcool é reconhecido como fonte de problemas desde os tempos de Hipócrates, que desde o ano 385 A.C., já descrevera o álcool como predisponente para doenças (MARQUES, 2001). No entanto, através da história, seu uso tem tido múltiplas funções, sendo um componente essencial de bebidas que acompanham os ritos religiosos e hábitos de alimentação da maior parte das culturas (GIGLIOTTI e BESSA, 2004).

No Brasil, quando chegaram os colonizadores portugueses, já encontraram entre os povos nativos a presença de bebidas alcoólicas produzidas a partir do processo de fermentação de alimentos como milho, banana e mandioca, dentre outros. Os colonizadores, que já tinham em seus hábitos o uso de bebidas como o vinho e a cerveja, com a produção do açúcar, acabaram por descobrir a cachaça, que é uma bebida alcoólica destilada que contém maior concentração de álcool (ANDRADE e ESPINHEIRA, 2008).

A partir do século XVIII, ocorreram significativas transformações econômicas e sociais com o incremento de grandes concentrações urbanas, com a industrialização, que favoreceu o aumento da produção e a disponibilidade das bebidas e a consequente redução nos preços. Esse contexto levou a uma mudança profunda na maneira de homens e sociedade se relacionarem com o álcool. É a partir desse período que começa a surgir o conceito de alcoolismo como doença (GIGLIOTTI e BESSA, 2004). Em 1849, o médico sueco Magnus Huss introduziu o conceito de “alcoolismo crônico”, definido como um quadro de intoxicação do indivíduo pelo álcool e que, segundo ele, incluiria sintomas físicos, psiquiátricos ou mistos (GIGLIOTTI e BESSA, 2004).

Na história das políticas públicas no Brasil, as primeiras intervenções do governo na área de problemas advindos do uso de substâncias psicoativas ocorreram no

início do século XX (MACHADO e MIRANDA, 2007), com a criação de um aparato jurídico-institucional destinado a estabelecer o controle do uso e do comércio de drogas e a preservar a segurança e a saúde pública no país. Segundo MACHADO e MIRANDA (2007), o consumo de bebidas alcoólicas era frequente, todavia, por ter sido mais tolerado pelos governantes e pela sociedade brasileira, não era objeto de preocupação governamental. Até a segunda metade do século XX, prevaleceu uma abordagem mais relacionada à ordem e à segurança, nas questões relacionadas às substâncias psicoativas. Foi a partir de 1970 que o setor saúde passou a influenciar as ações de governo referentes ao tema, sem alterar a linha de repressão e controle da política vigente, mas fortalecendo uma tendência de medicalização do tema.

Em 1980, foi criado o Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN), cuja finalidade era propor a política nacional relativa às substâncias que pudessem determinar dependência física ou psíquica (MACHADO e MIRANDA, 2007). Em 1998, o CONFEN foi substituído pelo Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD), composto pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) e pelo Conselho Nacional Antidrogas (CONAD). Por determinado período, tanto a SENAD, então ligada à Presidência da República, quanto o Ministério da Saúde, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), tiveram atribuições relacionadas aos usuários de álcool e outras drogas. MACHADO e MIRANDA (2007) apontam que, apesar das atribuições e responsabilidades em comum, esses espaços institucionais permaneceram desarticulados até o início de 2003, quando se fez um esforço de integração das diversas áreas ligadas à questão.

A partir da III Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida em 2001, o Ministério da Saúde passou a atuar de forma mais efetiva na atenção à questão da dependência e uso abusivo de substâncias psicoativas, reafirmando a questão como problema de saúde pública. Assumiu, ainda, o compromisso de incorporar, na rede de

serviços do SUS, ações de Saúde Mental dirigidas aos usuários de substâncias psicoativas (BRASIL, 2002). Essa política foi reafirmada no relatório de gestão do Ministério da Saúde de 2011, que relacionou a questão das drogas entre os temas prioritários para o triênio 2012-2014 (BRASIL, 2012a).

A atual Política Nacional para a Atenção ao Uso de Álcool e Outras Drogas tem como marco legal a Lei Federal 10.216/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona a assistência em saúde mental no país, privilegiando o tratamento às pessoas com transtornos mentais numa rede de serviços de base comunitária, priorizando ações na Atenção Básica (BRASIL, 2012a).

A Política de Atenção Básica do SUS tem como uma de suas estratégias a Saúde da Família, caracterizada pelo atendimento através de equipes multiprofissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e odontólogos, entre outros), que assistem uma população com número definido de famílias localizadas em uma área geográfica delimitada. Suas ações incluem promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos e a manutenção da saúde da população de sua área de abrangência (BRASIL, 2010a). Sua implantação como programa se deu em 1994 e, a partir de 1996, a Saúde da Família passou a ser proposta pelo Ministério da Saúde como estratégica para a reestruturação da Atenção Básica (BRASIL, 2006).

No município de Campinas, a Saúde da Família teve início com a implantação do projeto Paidéia na gestão municipal 2001 – 2004 (CAMPINAS, 2009). Esse projeto teve como diretrizes: o conceito de clínica ampliada, cadastramento de saúde da população com vinculação de famílias a equipe local de referência, o acolhimento e a responsabilização pelo acompanhamento do usuário, gestão participativa e capacitação dos trabalhadores (CAMPINAS, 2001). A implantação do projeto Paidéia envolveu toda a rede de Saúde do município com poucas exceções (ALMEIDA e ZANOLLI, 2011).

Foram utilizadas para a implantação das equipes as instalações das unidades denominadas Centros de Saúde, que antes operavam no modelo tradicional de Atenção Básica e que atendiam a populações dos bairros próximos. Na maioria dessas unidades, o número de pessoas atendidas era muito maior do que o proposto para atendimento por uma equipe de Saúde da Família. Assim, foram instaladas mais de uma equipe em cada unidade.

Os serviços de saúde da rede de Campinas, com suas especificidades, operam, em grande parte, alinhados à atual Política Nacional para a Atenção ao Uso de Álcool e Outras Drogas que, além do enfoque na Atenção Básica, traz mudanças quanto aos objetivos do tratamento para usuários abusivos de substâncias psicoativas. Numa perspectiva mais alinhada com os direitos humanos, a abstinência não é o único nem o principal foco da proposta de tratamento (BRASIL, 2012a). Tendo também em vista que a busca pela abstinência não é compartilhada por parte dos usuários, passam a ser aplicados os princípios da política de Redução de Danos (BRASIL, 2004a).

O termo Redução de Danos (RD) é definido como um conjunto de políticas e programas que visam a reduzir, para os usuários de drogas, suas famílias e comunidades, as consequências negativas relacionadas à saúde e a aspectos sociais e econômicos decorrentes do consumo de substâncias que alteram o comportamento. Seu foco é no tratamento das consequências do uso de substâncias e não apenas na redução do consumo (BRASIL, 2004a). O direcionamento das ações para a RD é pautado na experiência do combate a HIV/AIDS, como exemplo bem sucedido de atuação (BRASIL, 2004b).

O Relatório de Gestão de 2011 do Ministério da Saúde reafirma as políticas de redução de danos e dá enfoque aos equipamentos a serem implementados em toda a rede. São eles: Consultórios de Rua, Unidades de Acolhimento e Leitos de Atenção Integral em Saúde Mental em Hospitais Gerais (BRASIL, 2012). Todavia, enquanto a

política do Ministério da Saúde se posiciona a favor da construção de um modelo de atenção orientado pela lógica da redução de danos, admite e incentiva a coexistência de distintos e divergentes modelos de atenção à saúde de usuários de substâncias psicoativas, como, por exemplo, a estratégia das comunidades terapêuticas, que visam à abstinência. Para ALVES (2009), a explicação para a proposição de diferentes modelos baseados em racionalidades divergentes, no que se refere ao conteúdo e à organização das práticas de saúde, pode ser remetida ao conflito de interesses, inclusive econômicos, entre representantes dos diferentes modelos assistenciais no país.

No modelo atual de atenção à saúde mental no Brasil, no qual se insere a atenção aos usuários de substâncias psicoativas, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são os dispositivos de referência para a Atenção Básica. Esses serviços trazem a possibilidade de organização de uma rede substitutiva aos hospitais psiquiátricos no país. Os CAPS foram criados com a proposta de serem os articuladores estratégicos da rede e da política de saúde mental num determinado território (BRASIL, 2002). Existem os CAPS de saúde mental geral e os CAPS ad, específicos para usuários de substâncias psicoativas. De acordo com o tamanho da população a ser atendida são definidos os tipos de CAPS - I, II ou III - , variando em complexidade, no tamanho das equipes e nos horários de funcionamento, sendo que o CAPS III funciona 24h com leitos para eventual repouso e observação - os chamados leitos noite (BRASIL, 2002).

Como serviços específicos de referência para as equipes de saúde da família (BRASIL, 2005), os CAPS ad, em geral, atendem aos casos de abusos de substâncias mais avançados, em regime intensivo ou semi-intensivo, com atividades para o usuário e para familiares. Os casos considerados menos avançados são de responsabilidade das equipes de Saúde da Família, cujos profissionais devem atuar na prevenção, na detecção e no tratamento desses casos.

Um dado a ser considerado é que, embora a Atenção Básica seja pensada como estratégica para o atendimento inicial à população em quaisquer problemas ou queixas relacionadas à saúde, os serviços da Atenção Básica geralmente não tem sido os primeiros a serem buscados pelos usuários para enfrentamento dos seus problemas de saúde (MORAES e PAVÃO, 2008). Na ocorrência de problemas com maior probabilidade de despertar reações preconceituosas, como é o caso de abuso de substâncias psicoativas (OLIVEIRA e RONZANI, 2012), a resistência na busca por ajuda na Atenção Básica pode ser ainda maior. É dentro desse contexto que o problema do uso nocivo do álcool, tão presente na sociedade, continua praticamente ausente nos atendimentos à saúde.

A discrepância entre os casos de um determinado problema existente na população e os casos atendidos nas unidades remete a questionamento sobre como está sendo feita a vigilância em saúde nos serviços de Atenção Básica. O atual conceito de Vigilância em Saúde não se refere apenas à vigilância de doenças transmissíveis, mas, também, à prevenção e controle de fatores de risco de doenças não transmissíveis e riscos ambientais (CONASS, 2007). Esse novo conceito de vigilância tem sua origem nas experiências desenvolvidas no âmbito de Distritos Sanitários implantados no final dos anos 80 e início dos anos 90, por iniciativa de Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (TEIXEIRA e SOLLA, 2006). Esse modelo de vigilância implica o fato de que os serviços de saúde devem buscar conhecer a realidade de sua população para que possam detectar os problemas, planejar e implementar as ações e garantir seu seguimento. Dentro dessa lógica, as equipes de Saúde da Família devem ter uma postura ativa na detecção de problemas.

Uma iniciativa do Ministério da Saúde direcionada para o fortalecimento da Atenção Básica, incluindo a vigilância em saúde, é o Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde – PET – Saúde, que tem como objetivo geral fomentar a formação

de grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para o SUS e visa à mudança na formação profissional na área da saúde, além de consolidar a parceria entre as universidades e a rede de Atenção à Saúde. O PET- Saúde 2010- 2011 envolveu em todo o país, 250 projetos e mais de seiscentos grupos (BRASIL, 2010c). O programa tem a finalidade de promover a construção de um perfil profissional com habilidades para identificar e intervir para minorar e/ou resolver os problemas de saúde da população (FERRAZ, 2012).

Outra iniciativa, visando o aprimoramento da Atenção Básica é o Programa de Melhoria no Acesso e na Qualidade da Atenção Básica- PMAQ-AB (BRASIL, 2012b). Trata-se de um programa que busca a melhoria da qualidade da Atenção Básica, mediante, entre outras coisas, um incentivo financeiro para cada equipe cadastrada que cumprir os requisitos do programa. A partir da realidade de cada serviço, levantada em auditorias externas, são estabelecidas metas a serem atingidas e os avanços são avaliados em visitas periódicas dos auditores. A proposta tem por objetivo ampliar a capacidade da gestão e das equipes de Atenção Básica para ofertarem serviços que assegurem maior acesso e qualidade, de acordo com as necessidades concretas da população (BRASIL, 2012b).

Essas iniciativas traduzem perspectivas de que transformações positivas devem trazer maior autonomia para as equipes com melhor qualidade da atenção em Saúde, focadas nas reais necessidades da população que nem sempre são detectadas pelos serviços de saúde.

A baixa frequência de demandas relacionadas ao uso de álcool na Atenção Básica (FONTANELLA e col. 2011) leva a questionamentos sobre como se dá a atenção ao usuário na prática diária. Partindo-se do pressuposto de que as pessoas com problemas relacionados ao uso do álcool são atendidas no serviço de saúde por vários motivos, sem que seja detectado o problema, é importante entender como se dá esse

atendimento dentro do modelo de Saúde da Família, tentando buscar respostas para essa baixa detecção. Tal fenômeno é uma das indagações do presente trabalho.

Uma importante transformação na forma de atendimento à população na Atenção Básica ocorreu com a implementação do acolhimento, principalmente por facilitar a abertura das portas das unidades aos usuários, sem restringir os atendimentos a agendamentos prévios.

O acolhimento, segundo FRANCO e col (1999), é uma diretriz operacional que tem por fim inverter a lógica de organização e funcionamento dos serviços de saúde, historicamente centradas no atendimento médico. Acolher é uma maneira de atender ao usuário do serviço procurando garantir o acesso às equipes de referência, através de uma primeira atenção que busca uma escuta qualificada. A partir da escuta do usuário, a equipe de saúde busca solucionar os problemas que podem ser resolvidos na unidade e garantir o encaminhamento para serviços de referência quando indicado, além de propiciar consultas individuais, atenção domiciliar e fundamentar o planejamento das atividades da equipe (CARVALHO e CAMPOS, 2000).

Nas unidades de saúde tradicionais, que não atuam com o modelo da Estratégia de Saúde da Família (ESF) nem com a proposta de acolhimento, é comum haver um número limitado de consultas médicas a serem ofertadas à população. São distribuídas senhas relativas ao número de consultas para os que chegam primeiro ao lugar e permanecessem na fila. A pessoa que não for contemplada com a senha é dispensada, sem sequer ser ouvida e tem que retornar em outro dia para tentar estar entre os primeiros da fila, criando, assim, uma relação perversa, na qual quem está mais doente tem que ser mais ágil para poder ser atendido. Esse quadro sempre gerou frustração para usuários e trabalhadores e descrédito do serviço público de saúde. A proposta do acolhimento busca sanar esses problemas, partindo dos princípios de que todas as pessoas que procuram os serviços de saúde devem ser atendidas e de que deve ser

garantida a acessibilidade universal, para, assim, o serviço de saúde assumir sua função de escutar e de dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população, além de qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania (FRANCO e col, 1999).

O acolhimento pode ser visto como uma atitude de inclusão do sujeito, em suas alegrias, sofrimentos e com suas particularidades (BRASIL, 2010b). No entanto, é comum o acolhimento ser entendido e operado como um procedimento isolado sem responsabilização pelo seguimento do caso ou como atendimento das demandas espontâneas, ao estilo de pronto atendimento (FERRER, 2012), ou, ainda, ser confundido com os encaminhamentos (SUCIGAN e col, 2012), distanciando-se de sua proposta inicial.

Uma das diferenças no atendimento por acolhimento em relação ao modelo tradicional é a superação do modelo de trabalho da equipe mais atrelado às condutas médicas (FRANCO e col., 1999). No modelo tradicional, não havendo médicos atendendo, a equipe (principalmente a de enfermagem) não tem muito a fazer. Com a inserção do acolhimento todos os profissionais podem fazer a escuta, independentemente de haver vagas para consultas médicas e, como o contingente de profissionais de enfermagem é maior, são eles que fazem grande parte dos primeiros atendimentos. Por um lado, essa nova forma de atendimento trouxe agilidade ao serviço com aumento da satisfação dos usuários e trabalhadores; por outro, trouxe sobrecarga (TAKEMOTO e SILVA, 2007), principalmente nos locais em que a população adscrita é maior do que o preconizado no projeto inicial (BRASIL, 2012).

No modelo atual em Campinas, com exceção das consultas e procedimentos agendados, na maioria das Unidades Básicas de Saúde (UBS), ao chegar à unidade, a pessoa é encaminhada por um recepcionista para a Equipe de Saúde da Família de referência, que é a responsável pela região onde ela mora. Nesse atendimento, um

auxiliar de enfermagem ouve a demanda do usuário, buscando dar o direcionamento mais adequado e resolutivo a ela, o que pode ser uma orientação, o agendamento de uma consulta posterior, a inclusão em uma consulta médica nas vagas reservadas para urgências, entre outros direcionamentos possíveis, sempre buscando a maior resolutividade (TAKEMOTO e SILVA, 2007). Os encaminhamentos para um enfermeiro são feitos quando há demanda por atendimento específico de enfermagem, quando não há vagas médicas de urgência e quando o caso é mais complexo e exige uma avaliação com maior profundidade para uma tomada de decisão.

Nesses atendimentos, tanto de auxiliares de enfermagem como de enfermeiros, graças à oportunidade que os usuários do serviço têm de serem ouvidos, surgem muitas vezes queixas e relatos que não serão descritos nas consultas médicas, devido, entre outros motivos, ao tempo restrito das mesmas. Temas complexos e cercados de preconceitos como violência doméstica, dependência de substâncias podem ser trazidos de forma direta por usuários em busca de ajuda ou referidos de forma indireta e, nesses casos, podem passar despercebidos como pedidos de ajuda. A possibilidade de detecção precoce dos casos de uso nocivo de álcool nesse contexto passa, em grande parte, pela equipe de enfermagem (SOUSA e PINTO, 2012).

Dentro da realidade do SUS Campinas, em que a equipe de enfermagem é de grande importância para a detecção de problemas de saúde da população, e diante da questão inicial sobre quais seriam as explicações para a baixa detecção de problemas associados ao uso de álcool na Atenção Básica, surgem outras perguntas: quais atitudes são tomadas e quais direcionamentos são realizados pelos profissionais de enfermagem diante de queixas relacionadas ao uso de álcool? Até que ponto a equipe de enfermagem na ESF está capacitada para atuar nessa questão?

Um estudo qualitativo realizado por MORETTI-PIRES e col. (2011), com profissionais do programa de Saúde da Família no estado do Amazonas, mostrou que

médicos e enfermeiros que atuam nessa área, embora soubessem reconhecer os fatores de risco e complicações relacionadas ao uso problemático de álcool, não sabiam como atuar a respeito desse problema na sua prática diária. SOUZA (2005), analisando cadastros do programa de Saúde da Família, encontrou que o número de cadastrados com diagnóstico de dependência de álcool não chegava a 1%. Considerando que o número de dependentes de álcool é estimado em torno de 10% da população (GALDUROZ e CAETANO, 2004; LARANJEIRA, e col. 2007), o nível de detecção é muito baixo. Uma hipótese para esse quadro seria a falta de visão pela equipe, desse problema como sendo passível de prevenção dentro das ações de um serviço de Atenção Básica à saúde (BABOR e HIGGINS-BIDDLE, 2001). Assim sendo, os casos avançados, com intoxicação por álcool, seriam registrados e encaminhados aos serviços de referência, como os CAPS ad; porém, para os usuários em estágios menos avançados de comprometimento, em que o uso de álcool pode aparecer de forma indireta, os profissionais de enfermagem não saberiam quais recursos oferecer e não levariam a queixa adiante.

O fato é que, na Atenção Básica, muito pouco tem sido feito na prevenção ao alcoolismo e doenças orgânicas associadas ao álcool (FONTANELLA e col. 2011), em parte porque se trata de uma questão relacionada à substância lícita, com seu uso aceito e até incentivado pela sociedade (RONZANI e FURTADO, 2010), envolvendo, da mesma maneira, usuários e trabalhadores do sistema de saúde (FONTENELLE, 2012).

No entanto há um potencial de ações de prevenção a ser explorado. O desafio é construir caminhos para transformar o potencial em ações efetivas: não só oferecer alternativas de intervenção para os casos relacionados ao abuso de álcool, mas também propiciar aos trabalhadores da saúde sensibilidade para detectá-los precocemente e conhecimento suficiente para dar a eles o direcionamento adequado.

2. OBJETIVO

Conhecer como os profissionais de enfermagem de equipes de Saúde da Família realizam o acolhimento a usuários com queixas relacionadas ao uso do álcool.

3. MÉTODO

3.1. TIPO DE ESTUDO

O delineamento deste estudo é qualitativo, método que, para MINAYO (2010), trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. RICHARDSON (2008) caracteriza a pesquisa qualitativa como uma tentativa de compreender detalhadamente os significados e características situacionais apresentados pelos entrevistados. Essa abordagem favorece que os objetivos deste estudo sejam alcançados por possibilitar um acesso mais apropriado às respostas para as questões que o motivaram.

3.2. CARACTERÍSTICAS DO CAMPO DA PESQUISA.

No município de Campinas, a rede de Atenção Básica conta com: 63 Centros de Saúde, sendo que praticamente a metade possui equipe de saúde mental; quatro serviços de pronto atendimento; Serviço Móvel de Urgência – SAMU, com 15 viaturas, sendo 12 de suporte básico e três de suporte avançado, duas motos e uma central de regulação de urgência e emergência; dois hospitais municipais, além do Hospital das Clínicas da Unicamp e do Hospital e Maternidade Celso Pierro da PUC de Campinas; seis CAPS III; três CAPS ad II (com equipes específicas de redução de danos); dois CAPS infantis, entre outros serviços (CAMPINAS, 2009).

O campo de estudo desta pesquisa foi o Centro de Saúde Jardim Aeroporto, região sudoeste de Campinas. A área de abrangência dessa unidade envolve 19 bairros, entre eles algumas áreas de ocupação irregular, e conta com quatro equipes de Saúde da Família que atuam na lógica do acolhimento. A população adscrita é de 17.102 pessoas sendo 8.389 homens e 8.703 mulheres. Pelo modelo de Assistência à Saúde de Campinas cada equipe deveria contar com um generalista ou clínico, um ginecologista, um pediatra e um enfermeiro, três a quatro auxiliares de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde. No período em que foi realizada a coleta de dados, a unidade estava com a equipe defasada e contava com apenas duas médicas clínicas, três pediatras, e nenhum ginecologista em toda a unidade. Havia três auxiliares de enfermagem, uma enfermeira e três agentes comunitários de saúde por equipe, uma auxiliar na central de materiais esterilizados e duas auxiliares na sala de imunização. Essa unidade conta também com duas profissionais na função de enfermeira geral, atuando no acolhimento e nas questões de organização da unidade, sem estarem ligadas a nenhuma equipe específica. Conta também com técnicos de farmácia, técnicos administrativos, recepcionistas, além de zeladoras e de um vigilante.

De início, o convite para participar da pesquisa foi feito pessoalmente ao coordenador do Centro de Saúde e, em seguida, de maneira formal através de carta. O projeto foi apresentado aos participantes em reunião da equipe de enfermagem da unidade.

3.3. PARTICIPANTES

A amostra deste estudo é caracterizada como intencional ou deliberada. Neste tipo de amostra, segundo TURATO (2003), o autor escolhe, conforme seus pressupostos de trabalho e sua visão, as pessoas que possam trazer informações importantes sobre o assunto em pauta.

Foram entrevistados 15 profissionais de enfermagem: 12 auxiliares de enfermagem e três enfermeiras que atuam no acolhimento.

Os critérios de inclusão da amostra foram: ser profissional de enfermagem; possuir vínculo empregatício com o serviço; atuar no acolhimento; Os critérios de exclusão foram: trabalhar na unidade fora do acolhimento; atuar na unidade sem vínculo empregatício com o serviço.

3.4. ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto de pesquisa foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde de São Paulo, atendendo às orientações inerentes ao protocolo de pesquisa contido na resolução 196/96 CNS (Conselho nacional de Saúde) e aprovado sob o parecer CEPIS IS nº 131345.

Para o início das atividades em campo foi necessária uma autorização formal da Secretaria de Saúde de Campinas através do Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde (CETS).

Cada sujeito da pesquisa leu e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A) em duas vias, sendo que uma cópia ficou com o entrevistado e a outra com o entrevistador.

3.5. COLETA DE DADOS

Optou-se pela entrevista que, segundo LAKATOS e MARCONI (2010), consiste numa conversação metódica, face a face entre duas pessoas, a fim de que uma delas (o entrevistador, neste caso) obtenha informações sobre determinado assunto. Entre os diversos tipos de entrevista possíveis e descritos na literatura, utilizou-se neste trabalho entrevista semi-estruturada ou semi-dirigida, que, segundo TURATO (2003), permite que tanto o entrevistador como o entrevistado participem da condução da entrevista, por meio de questões norteadoras (Anexo B). As entrevistas foram realizadas durante o período de trabalho, nos consultórios ou na sala de reuniões, quando tais ambientes não estavam em uso. O período de coleta de dados ocorreu entre janeiro e fevereiro de 2013, totalizando 15 entrevistas gravadas e transcritas.

Para garantir o sigilo dos nomes, cada entrevistado foi denominado pela letra “E”, correspondendo a “Entrevistado”, e um número sequencial de acordo com a ordem em que as entrevistas foram realizadas, sendo o primeiro profissional entrevistado referido como “E1” e o último “E15”. As enfermeiras foram destacadas com o acréscimo da abreviação “enf”.

3.6. ANÁLISE DOS DADOS

As entrevistas nos oferecem como material bruto, respostas pela via da comunicação oral. O conteúdo de uma comunicação, como a fala humana, é polissêmico, rico de significados, o que permite ao pesquisador qualitativo uma variedade de interpretações. Uma das dificuldades da interpretação desse material está em como visualizar o conteúdo no campo objetivo e no campo simbólico, considerando que parte importante desse conteúdo nem sempre está aparente na mensagem (CAMPOS e TURATO, 2009). Para a complexa tarefa de extrair do material coletado, através das entrevistas, algumas respostas às indagações que motivaram este trabalho, escolheu-se para seu tratamento a Análise de Conteúdo, um conjunto de técnicas para análise das comunicações, que tem por objetivo a busca do significado de uma determinada mensagem, tendo por finalidade a produção de inferências (BARDIN, 1977). A inferência é definida por BARDIN (1977), como uma operação lógica pela qual se admite uma proposição, devido a sua ligação com outras proposições já reconhecidas como verdadeiras (BARDIN, 1977).

Na Análise de Conteúdo buscam-se núcleos de sentido de uma comunicação, cuja presença ou frequência de aparecimento no texto tenha significado para o objetivo da análise (MINAYO, 2010). Podem assim ser consideradas para a determinação do conteúdo tanto a frequência das unidades de registro, quanto a simples presença de temas que denotem valores e modelos de comportamento manifestos no discurso.

BARDIN, (1977), define as seguintes etapas para o desenvolvimento da Análise de Conteúdo: pré-análise - exploração do material ou codificação; tratamento dos resultados; inferência e interpretação. A primeira etapa envolve a escolha do material a ser analisado, a formulação das hipóteses e dos objetivos da análise e dos indicadores que darão fundamento à interpretação final (OLIVEIRA, 2008). Na segunda etapa, os

dados brutos são agregados em unidades de forma sistemática, permitindo uma descrição das características da comunicação analisada. Na terceira etapa, os dados obtidos são tratados de maneira a se tornarem significativos, podendo ser submetidos a operações estatísticas simples ou mais complexas. Com esses elementos o pesquisador pode propor inferências e construir suas discussões e interpretações (BARDIN, 1977).

Após a transcrição das entrevistas, foram determinadas como unidades de registro (UR), frases que respondiam a questão norteadora ou que introduziam novos conteúdos ao contexto. As UR foram classificadas em quatro categorias de acordo com os objetivos da pesquisa. A primeira categoria se refere à **presença das queixas relacionadas ao álcool no acolhimento**. A segunda categoria trata do **uso do álcool como problema familiar e social**. A terceira diz respeito às **condutas tomadas na prática diária, com base no que os profissionais entrevistados apontaram como relevante e no conhecimento que tem da rede de apoio, inclui também as sugestões dos profissionais para melhorar a assistência relativa ao uso do álcool**. A quarta relaciona-se à **forma como as enfermeiras, como líderes das equipes, atuam e como avaliam a atuação das suas equipes no atendimento a usuários de álcool**.

4. RESULTADOS

Dentre todos os participantes, 14 são do sexo feminino e apenas um auxiliar de enfermagem do sexo masculino. Quanto ao tempo de atuação no serviço, cinco delas estão na unidade há mais de 15 anos, cinco estão entre um e cinco anos, e duas há menos de um ano. Entre as enfermeiras, uma está na unidade há três anos e meio, uma há três anos e a terceira há um ano e meio.

Na sequência são apresentadas as categorias com alguns exemplos dos depoimentos que as delinearam.

4.1. ACOLHIMENTO AO USUÁRIO COM QUEIXAS RELACIONADAS AO ÁLCOOL

Nesta categoria são apresentados os depoimentos referentes à percepção dos acolhedores quanto à presença das queixas relacionadas ao uso do álcool no acolhimento: suas experiências, opiniões e as dificuldades que percebem nesse tipo de atendimento.

Apenas um dos entrevistados afirmou que não havia atendido nenhum caso relacionado ao uso de álcool em oito meses de atuação no Centro de Saúde; os demais relataram experiências de atendimentos, como mostram as falas abaixo.

... já atendi pessoas que...até vêm pedir ajuda, às vezes de ter esse problema de alcoolismo. (E1)

Sobre queixa relacionada a álcool, eu me lembro de uma pessoa. (E4)

Alguns casos foram relatados como marcantes, por assumirem o problema de seu relacionamento com o álcool, de forma direta:

Um senhor, que veio nos procurar, chorava, dizia que não queria ficar naquela situação e que ele não estava bem e queria sair dela, porque a família estava deixando ele. Não estava tendo vida com a família. Aquele caso me emocionou muito, porque ele chorou e essa coisa toda. (E1)

A percepção de que sua saúde e outros aspectos da vida não vão muito bem leva o sujeito a procurar ajuda no SUS. No entanto, em muitos casos, o usuário busca ajuda para outros problemas de saúde sem citar diretamente o álcool como problema, como apareceu nesses depoimentos:

Teve assim pacientes que relatam o uso frequente, abusivo de álcool, mas não que eles tivessem a intenção de reduzir ou de deixar de beber; já atendi a pessoas alcoolizadas... pessoas que tiveram problema de trauma por estarem alcoolizadas, que sofreram acidente com traumatismo craniano. Não me lembro de ter atendido pessoas que buscaram atendimento, no Centro de Saúde, pra parar de beber. (E9- enf)

...um senhor sim, que estava com um tumor no rosto passou em consulta, a doutora pediu pra ele retornar, mas porque ele tinha um tumor grande na face, mas ele não voltou... etilista. A gente não conseguiu encontrar mais ele. (E15)

As falas apontaram que as queixas clínicas são as mais frequentes no acolhimento, mesmo que seja evidente que o sujeito faz uso nocivo do álcool. Por exemplo:

Nós temos um paciente que toda vez que ele vem aqui está bêbado... Mas ele vem aqui esporadicamente e vem sempre pedir consulta e fala que precisa fazer tratamento de pressão. (E5)

Uma das entrevistadas relatou que o preenchimento de um instrumento para o atendimento, uma ficha clínica para o histórico do usuário, foi o que evidenciou o problema:

...na semana passada teve um senhor que veio aqui, mas ele não relatou que era usuário de álcool. Só depois do acolhimento, da entrevista, tive que pegar o histórico dele, ele falou que tinha usado álcool no dia. (E15)

Com relação às opiniões dos entrevistados sobre essa questão, alguns profissionais apontaram o uso frequente da bebida alcoólica como indício de outros problemas dos quais o paciente “foge” através da bebida. É possível que haja algum tipo de sofrimento instalado e não expresso, podendo ser o uso do álcool uma tentativa de alívio, a exemplo:

...acho que a frequência do uso de álcool tem que ser fuga para alguma coisa... (E10)

...elas tem algum tipo de sofrimento; se a pessoa toma todo dia, tem algum tipo de sofrimento; a pessoa usa a bebida como válvula de escape. (E9-enf)

Entre os problemas levantados, esteve o risco de perda de controle sobre o uso da bebida, principalmente em situações de desequilíbrio pessoal. O usuário de álcool, mesmo apenas em uso ainda de forma social ou controlada, é visto como alguém que pode se tornar dependente, como mostram a falas abaixo:

...a pessoa pode beber socialmente, na verdade, final de semana (...). E, às vezes, pode ter um problema pessoal e ela acaba desviando o foco dela para a bebida. Passa a beber todos os dias e torna-se um vício. (E2)

...a pessoa tem que ter um alerta; tudo o que você usa diariamente é meio complicado, principalmente bebida, você pode ter aí um quadro... de alcoólatra, se tornar alcoólatra. (E1)

O álcool como risco específico para a saúde do usuário foi lembrado:

...é... uma pessoa que está destruindo a saúde.(E7)

...começa pressão alta, começa às vezes a ter problema com diabetes também. (E7)

O usuário de álcool que apresenta uso nocivo foi visto como portador de uma doença. Essa concepção levou à conclusão de que o sujeito precisa de alguma ajuda, como observado na fala:

...ele já é considerado um alcoólatra, uma doença e precisa ser ajudado. Precisa de ajuda sim. (E6)

Uma das entrevistadas afirmou ter posição contrária ao uso de bebida:

...eu sou totalmente contra o uso de bebida alcoólica. (E3)

Em algumas entrevistas foram apontadas dificuldades do processo, como a falta de adesão, dificuldade para detectar os casos, falta de interesse do próprio sujeito, dificuldade de encontrar o paciente em casa nas visitas domiciliares, como apontam as falas abaixo:

Às vezes, a ajuda que ela está pedindo é só naquela hora; depois passa, porque o vício, muitas vezes, é maior do que a vontade de sair dele; então, a gente tem que ver esse lado também. (E1)

... então, ela disse que tinha conversado com o enfermeiro para ver se ia fazer uma visita, mas uma pessoa que nunca está em casa é complicado encontrar em casa.(E5)

... às vezes não dá para perceber, se ele não vem alcoolizado. (E15)

A falta de disposição para aceitar ajuda também foi citada como fator dificultador do tratamento, diminuindo as chances de sucesso:

... quando a família procura e o paciente não quer se tratar. É difícil! (E2)

E eu vejo, ao mesmo tempo, que se ela não quer se tratar, também não tem um bom resultado, sabe. É difícil! (E2)

Uma das entrevistadas comparou sua situação frente a esses casos com a questão da internação compulsória, proposta como uma das opções para a questão da dependência química, questão essa presente nos noticiários e nas pautas das políticas públicas de Saúde, à época da coleta de dados.

...mesmo jeito, a internação compulsória das drogas, não é verdade? É ela assim... eu , pra mim, vejo dos dois lados e vejo que a pessoa não está em condição nem de tomar decisão do que ela quer na vida .(E2)

Também foi citada a questão de possíveis incompatibilidades entre o que o serviço tem para oferecer e o que o usuário espera:

Porque, às vezes, o que eu tenho pra oferecer não é o que a pessoa pode aceitar. E, às vezes, o que a pessoa quer não é o que eu posso dar. (E10)

A falta de foco nas ações de prevenção também foi apontada como dificuldade:

...porque não trabalha muito a prevenção, já trabalha com uma coisa estruturada, já está lá o problema; então, acho que falta a gente identificar isso e ir corrigindo aos pouquinhos. (E11- enf.)

4.2. ACOLHIMENTO E USO DO ÁLCOOL COMO PROBLEMÁTICA FAMILIAR E SOCIAL

Na segunda categoria, foi incluída a visão dos acolhedores quanto à relação do uso do álcool e o meio social e familiar em que o usuário está inserido.

A questão do uso nocivo do álcool foi apontada, em várias entrevistas, como um problema que vai além do indivíduo e precisa ser enfrentado de forma ampliada. O exemplo abaixo mostra a visão de que o ambiente familiar em que o usuário foi criado pode até mesmo favorecer o surgimento do problema:

...isso é muito familiar. Vem de educação mesmo. (E3)

Na visão dos entrevistados, as alterações de comportamento do indivíduo acarretam consequências para as pessoas próximas, principalmente para os familiares, afetando a vida social do usuário e da família. Conforme se pode observar:

... essa pessoa pode se tornar um dependente, trazer muitos dissabores, para a família, para os familiares, para a sociedade. (E4)

...se elas forem já alcoólatras, aí, na verdade, já é um problema social. (E15)

Alguns entrevistados trouxeram casos de suas próprias famílias:

...eu tive muitos problemas na família, meu pai era alcoólatra... As pessoas deveriam evitar o uso de bebida alcoólica, inclusive na frente de menores, com essa frequência. (E4)

...olha, inclusive eu tive, na minha família mesmo, casos de alcoólatras; no caso, eu tive dois irmãos alcoólatras, tive um pai alcoólatra. (E7)

Sobre a busca por atendimento, foi apontado que a falta da procura por ajuda pelo próprio usuário de álcool leva as pessoas próximas a fazê-lo, muitas vezes, sem a anuência do próprio sujeito:

...geralmente quando chega pra nós, às vezes nem é o próprio paciente que procura, às vezes é alguém da família. (E6)

São várias as pessoas que vêm pedir ajuda pra um irmão... pra uma irmã. (E10)

Como apontou uma das entrevistadas, a busca de ajuda pela família ocorre devido ao fato de que a relação do sujeito com o álcool causa sofrimento e angústia aos familiares, tanto por vê-lo se deteriorando como por sofrer com o não cumprimento das suas obrigações. Conforme observado nas falas abaixo:

...a pessoa que bebe não atende a necessidade da família. (E5)

... a filha dele veio uma vez falar dele, que ele estava precisando da medicação, de consulta, tudo, reclamando dele que ele bebia muito. (E5)

Algumas entrevistas trouxeram a visão de que o problema exige da equipe de saúde um olhar ampliado e não focado apenas na queixa. A exemplo:

...então é uma coisa que tem que trabalhar, o lado emocional, não só do paciente mas da família. (E1)

...ter histórico familiar. Porque, sempre tem um histórico, como a gente faz o acolhimento a gente preza muito a família. (E10)

...a gente tem que levar em consideração o ambiente familiar. (E10)

Se a família procura ajuda, então eu acho que pode funcionar. Eu acho que a unidade pode estar ajudando a estruturar a família, a orientar a família a como ajudar esse paciente. (E5)

4.3. CONDUTAS ADOTADAS NO ACOLHIMENTO AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL

Essa categoria abrange os relatos referentes às condutas adotadas pelos acolhedores e aos fatores que levam em consideração para as tomadas de decisão quanto às condutas. Inclui também as sugestões dos acolhedores para melhorar a assistência.

No relato dos entrevistados, o acolhimento como conduta aparece como uma postura de atenção escuta e valorização da queixa/demanda do sujeito, como mostram essas falas:

...eu procuro acolher da melhor forma possível. (E4)

...quando vem com queixa assim, normalmente a gente conversa ... pra receber o paciente e estar conversando, vendo como vai ser o tratamento dele. (E2)

...eu procuro dar atenção um pouco melhor, porque é alguém que está pedindo, é alguém que está gritando por ajuda. (E10)

...eu sempre procuro me colocar no lugar dele. (E5)

Coerentes com as afirmações contempladas na segunda categoria, alguns depoimentos ressaltaram o acolhimento como um enfoque que envolve um olhar ampliado, que deve envolver também a família do usuário. Exemplo:

Ah, eu procuro dar bastante atenção...conhecer a história da pessoa; o máximo que eu posso é colher o histórico da pessoa, da família e também dar importância pra ela. É diferente, o acolhimento é diferente. (E11-enf.)

Eu procuro dar um acolhimento um pouco melhorado, porque eu acho que não tem como você tratar o dependente de álcool sem a colaboração da família. (E10)

Também foi apontada a preocupação em ver o sujeito de forma integral, sem negligenciar outros problemas de saúde possíveis, mesmo que não estejam diretamente associados à queixa apresentada, como é possível observar nas falas abaixo:

Ver as condições da pessoa. (E13)

... a gente colhe toda a queixa do paciente; a pressão, o dextro, porque às vezes tem problema de glicemia. (E15)

...peço os exames, e daí eu já mando com todos. (E8- enf.)

Aparece também, numa das falas, a preocupação em dar prioridade ao caso, agilizando os encaminhamentos:

Então eu procuro sempre dar uma agilizada. Por exemplo, aqui na unidade a gente sempre marca com uma enfermeira que vai pedir os exames pra saber os resultados da pessoa em relação aos exames laboratoriais, e depois, muito rapidamente, é agendada consulta com médico. (E10)

Entre os auxiliares de enfermagem, o encaminhamento para o(a) enfermeiro(a) foi a conduta predominante:

...encaminha pra enfermeira, normalmente. Porque ela vai fazer um acolhimento melhor, vai conversar num particular com a pessoa pra ver como começou, quando começou e então, ela dá um direcionamento para um tratamento. (E2)

As enfermeiras aparecem como retaguarda para os atendimentos realizados pelos auxiliares, mas também são vistas como uma opção de acolhimento mais qualificado e de resposta ampliada para o problema. Exemplo:

Eu geralmente procuro a enfermeira para saber qual a orientação e sigo a orientação dela. (E5)

...colhe a história e passa para a enfermeira identificar e os agentes fazerem uma visita na casa, verificar a situação, o que pode ser ajudado, para onde pode ser encaminhado. (E12)

...encaminhar para os profissionais competentes, para o enfermeiro, para direcionar essas pessoas. (E4)

Outras condutas verificadas foram os encaminhamentos diretos para atendimento em serviços externos, conforme:

...já também orientei algumas casas de apoio. (E6)

Sempre você procura encaminhar para alguém ou algum órgão que cuida disso, que seria... Alcoólicos anônimos e passa isso para as pessoas, orienta elas nesse sentido. (E7)

A identificação completa dos usuários e anotação em seus prontuários garante as possibilidades de resgate do caso, de convocações e de ações na área em que vivem. Esse procedimento foi lembrado por alguns entrevistados:

Bom, primeiramente eu vejo se a pessoa é aqui da região, (se for) da região, eu pego o prontuário... Então eu vou anotar o telefone... e, caso ele não venha, a gente conversa com o enfermeiro; aí eu acredito que entra em contato com as agentes de saúde pra ir atrás da pessoa.(E1)

Ver as condições da pessoa; no início do atendimento, anoto no prontuário do paciente as condições. (E1)

A orientação apareceu como intervenção possível, como mostram as falas seguintes:

...a gente orienta, em relação à saúde, qualquer tipo de vício é prejudicial. (E7)

...eu fiz as orientações e o paciente parou de beber. (E8- enf.)

Em diversas afirmações, os entrevistados apontaram os fatores que consideram relevantes para as tomadas de decisões quanto às condutas. Perceber que o uso de álcool se tornou um problema para o usuário foi um fator citado:

...tem casos agudos, em que a pessoa que está todos os dias bebendo. (E2)

...acredito que esse paciente, tem que passar mesmo numa triagem... De certa forma, ele está precisando pôr para fora o porquê. Porque ninguém bebe assim e se torna alcoólatra da noite para o dia. (E1)

Para uma das entrevistadas a queixa do momento é que determina a condução do caso:

...o que considero: a queixa do momento. O que ele está sentindo naquele momento, o que ele precisa, se é um tratamento das queixas agudas. Então, eu avalio muito a queixa de momento. O que ele está precisando naquele momento. (E4)

Sinais clínicos de complicações, comorbidades, quadros agudos e até a idade foram apresentados como fatores importantes para as condutas a serem adotadas. Diante de quadros mais graves, com comprometimento em relação à própria saúde, à família ou ao trabalho, os acolhedores vêem a necessidade de intervir, como se observa nas falas:

...o estado da pessoa, por exemplo, uma pessoa que não está conseguindo nem trabalhar. (E3)

...às vezes a pessoa está... trêmula, às vezes apresenta já feridas pelo corpo; já é uma deficiência de vitamina. (E6)

...a maneira como ela chega aqui, se ela vem acompanhada ou se é uma situação de urgência. A gente já recebeu pessoas que precisam receber soro. (E9- enf.)

A ocorrência do uso nocivo de álcool em portadores de doenças crônicas e de transtornos mentais também foi citada:

... se ela tem outras doenças de base, se tem diabetes, se é hipertensa, se ela toma alguma medicação pra saúde mental prescrita por um psiquiatra para controle de saúde mental. (E9- enf.)

A questão da opção do sujeito por fazer ou não o uso do álcool, o desejo de querer se tratar são fatores apontados como relevantes:

...de imediato, aquele que quer parar a gente encaminha. (E8-enf)

A vontade da pessoa de querer melhorar, a vontade de ela querer ser inserida novamente. (E11-enf)

Parte das condutas incluiu o encaminhamento aos serviços de saúde mental disponíveis na Rede de Saúde de Campinas. Com relação a esses serviços, vários foram citados, porém uma minoria das citações foram sobre o CAPS ad, serviço especializado em dependência de substâncias psicoativas. Serviços públicos como o CAPS (Saúde Mental) Novo Tempo que não é referência para dependência química e serviços conveniados ao SUS Campinas de psiquiatria geral, como o ambulatório de Psiquiatria da PUCC, entraram na lista dos citados, como exemplo cito:

...tem o CAPSs Novo Tempo, é o CAPS para que a gente encaminha e é de porta aberta. (E8- enf.)

Algumas falas mostram uma acentuada distância em relação aos serviços da própria rede:

Eu sei que tem, mas eu nunca fui atrás, eu nunca pesquisei para saber, mas eu sei que tem. (E14)

Foram citados serviços externos à rede pública como Comunidades Terapêuticas e grupos de auto-ajuda:

...eu já fiz uma formação de três meses que o pessoal lá do Amor Exigente veio dar aqui. (E6)

...no geral tem, que eu já até encaminhei, a clínica do padre Haroldo. (E8- enf.)

... tem uma igreja aqui em cima que faz.... é a Pastoral da Sobriedade. (E3)

...aqui eu conheço só os Alcoólicos Anônimos. (E7)

Os acolhedores trouxeram algumas sugestões para melhorar a assistência aos usuários de álcool. As atividades coletivas que podem ser desenvolvidas na própria unidade de Saúde, como grupos terapêuticos e palestras, foram predominantes:

...poderia fazer os grupos. (E2)

...oferecer alguma coisa, até no Centro de Saúde também, como, grupo. (E14)

Eu acho que palestras... a prevenção: cursos e palestras. (E15)

Foi sugerido também que se tragam pessoas para testemunho de superação do problema. A exemplo, cito:

...acho que se viesse um jovem e trouxesse uma palestra isso tocava mais do que, às vezes, um profissional que não é usuário, nunca foi usuário; o usuário toca mais, porque ele viveu aquilo. (E1)

O aconselhamento aparece como sugestão, mas desde que o sujeito queira a mudança:

Eu acho que seria possível no sentido do aconselhamento, mas eu acho que, para a pessoa mudar, tem que ser voluntário. (E5)

Conscientização, orientação e até o uso do terror, como nas propagandas antitabaco, foram lembradas:

...a divulgação, do que é o alcoolismo e das possibilidades que as pessoas tem de buscar o tratamento, de buscar ajuda, ou de fazer um uso seguro para que não se chegue numa dependência. (E9-enf.)

Da mesma maneira que fazem com o cigarro, fazer com a bebida alcoólica, divulgar que a bebida alcoólica faz mal, da mesma maneira que o cigarro. Colocar aqueles cartazes horríveis, assim, mostrando como faz com o fígado, como faz com a vida da pessoa, lá na sarjeta, acho que isso tudo é importante. (E8- enf.)

As crianças foram citadas como público a ser priorizado na conscientização:

...divulgar mesmo o que o álcool provoca, o que a droga provoca e isso tinha que ser em creche, tinha que ser em escola. (E1)

...umas palestras, quem sabe, na infância... (E14)

Principalmente com as crianças, hoje a gente sabe que o nosso bairro é um bairro em que as crianças de nove ou dez anos já estão usando drogas. Elas são usadas por traficantes. (E6)

O foco na prevenção como forma de combater o problema também foi citado:

...eu acho que deveria ter uma equipe trabalhando mais a prevenção. (E6)

...a prevenção, a educação, nas escolas. (E11- enf.)

O acolhimento, atividade central deste estudo, aparece como elemento a ser melhorado. Na visão dos profissionais entrevistados, é preciso melhorar e qualificar o acolhimento e ampliar o acesso para responder ao problema de forma mais efetiva.

...até o guarda, quando responde a alguma pessoa quando a pessoa pede uma informação, ele está acolhendo aquela pessoa, e eu acho que no próprio acolhimento a gente já pode reconhecer sinais e sintomas e ter outro tipo de abordagem, diferenciada pra esses usuários. Um olhar diferenciado para esses usuários. A gente está aí todo dia e não se atenta pra isso. (E4)

Na opinião de alguns profissionais, não há muito que oferecer aos usuários, sendo preciso abrir mais espaço para esse tema e capacitar as equipes. Cito:

...olha, na verdade, eu acho que o centro de saúde deveria ter as portas mais abertas pra esse tipo de queixa, porque não tem muito, agora, o que fazer. Abrir mais o Centro de Saúde pra essas pessoas, chamar elas a participar. (E15)

...nós da enfermagem somos o maior número de profissionais dentro da unidade; eu acho que teria assim um ganho muito grande pro serviço de saúde se a gente tivesse um treinamento. (E4)

...o treinamento dos funcionários, também em relação a isso, porque às vezes a gente vê muito diabetes e hipertensão, mas assim relacionado a álcool, drogas, a gente vê muito pouco, quase nada. (E15)

Para os entrevistados, os serviços de saúde para esse público são insuficientes.

...eu acho que poderia ter mais unidades para cuidar desse pessoal e ser bem divulgado, pegar todos os meios de comunicação. Tinha de ter várias equipes espalhadas em todas as unidades de saúde, para ajudar esse pessoal. (E7)

Talvez ter mais lugares, porque eu acho que tem, mas não tanto. (E14)

Envolver a sociedade, melhorar as condições de vida dos sujeitos e oferecer opções saudáveis para a população, foram sugestões levantadas nas entrevistas, como se pode observar nas falas abaixo:

Adequar a saúde mental com a social, acho que isso é fundamental. (E13)

...melhoraria um pouco se a pessoa pelo menos tivesse emprego, porque muita gente que fica desempregada e que tem o vício de beber piora mais ainda. (E2)

...eu acho que também a ociosidade... os jovens ficam muitos ociosos. Tem um monte de boteco. Já favorece isso. Então, tinha que abrir os espaços. (E11- enf.)

4.4. ACOLHIMENTO AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL: UM OLHAR DAS ENFERMEIRAS

Esta categoria inclui como tema a atuação das enfermeiras e sua visão sobre a atuação das equipes no atendimento às queixas relacionadas ao uso nocivo de álcool.

Com relação ao fluxo dos usuários ao chegar à unidade, duas entrevistadas referiram que os casos chegam até elas através dos auxiliares de enfermagem que fazem o primeiro atendimento:

Passa no acolhimento, mas o acolhimento sempre nos chama. (E8- enf.)

...primeiro passa no acolhimento, com o auxiliar de enfermagem; o auxiliar identifica a situação e vem conversar com a gente pra atendimento individual. (E9- enf.)

Uma das enfermeiras afirmou que os casos chegam direto até ela:

Diretamente. A enfermeira da equipe. Eu procuro os que eu tenho contato e que querem se internar pra cuidar ...e a gente vai trabalhando. (E11- enf.)

Todas afirmaram que os casos, em geral, identificados no acolhimento são por procura espontânea e não por agendamentos. A exemplo cito:

Geralmente, é procura espontânea. (E8-enf.)

O fluxo é a demanda espontânea mesmo. (E11-enf.)

Sobre a visão das enfermeiras relativa ao preparo de suas equipes para esse tipo de acolhimento, todas as entrevistadas apontaram preparo insuficiente.

Eu acho que a equipe, tem um preparo regular. (E9-enf.)

... acho que falta preparo sim. (E11-enf.)

Uma das entrevistadas apontou a questão das habilidades e de pontos de vista pessoais, como fatores a influenciar o acolhimento. Conforme citação abaixo:

...acho que depende muito das habilidades pessoais das pessoas pra acolher esse tipo de problema. Algumas pessoas tem mais, tem uma facilidade menor ou maior em relação ao acolhimento das pessoas com problemas de saúde mental. (E9-enf.)

A empatia também foi citada como importante para o acolhimento:

...eu acho que está bem deficiente, sabe, falta um pouco, falta muito ainda, empatia, se colocar no lugar da pessoa, acho que a enfermagem está perdendo um pouco isso. E o álcool é visto de outro jeito, como sem-vergonhice. Às vezes, com o trabalho do PSF, você conhece o histórico daquela pessoa; então, você acaba sendo parcial. (E11- enf.)

A questão da maneira como o serviço está estruturado, muitas vezes sobrecarregando o profissional de enfermagem, também foi citada como fator de influência:

...acho que vários problemas de estrutura, de tudo, estão deixando as pessoas mais duras. (E11- enf.)

As enfermeiras expressaram sua visão sobre a atuação das equipes na prática diária. Houve apontamentos de necessidade de melhora e de pontos positivos, como mostram os exemplos:

...é boa assim. , mas com apoio. Com apoio sim. (E8- enf.)

Eu acho que deixa a desejar, precisa ser melhorado. (E11-enf.)

A deficiência na atuação da equipe teve algumas causas apontadas, como a falta de treinamento, já citada em outro tópico, que aparece como empecilho para uma melhor atuação. Cito:

Eu acho que faz tempo que a gente não tem nenhum tipo de treinamento, nenhum tipo de abordagem com o pessoal da equipe. A gente se foca muito nas doenças crônicas e, na maioria das vezes, não aborda o alcoolismo e o uso de outras drogas como um problema crônico. (E9-enf.)

A atuação também pode ser prejudicada por falta de melhor atuação das enfermeiras que, como líderes das equipes, nem sempre conseguem sensibilizá-las e mobilizá-las para uma atuação mais efetiva. Como se observa na fala:

Eu acho que deixa a desejar, precisa ser melhorada; tem que ter uma estratégia, principalmente entre os enfermeiros, para mobilizar mais equipes, sensibilizar mais. (E11-enf.)

Outro ponto levantado é que as ideias pré-concebidas, a história pessoal e a vivência de cada profissional, influenciam na maneira como ele vê o problema e, por consequência, influem na abordagem que dará ao assunto. Conforme:

Porque acho que os profissionais já trazem uma bagagem pessoal e acabam confundindo; remetem ao paciente mesmo, acabam tendo julgamentos que a gente não pode ter profissionalmente. Tem que tratar aquela pessoa como igual a outro qualquer. É uma doença. (E11-enf.)

5. DISCUSSÃO

Das 15 entrevistas, apenas uma foi com profissional do sexo masculino. Essa predominância de mulheres atuando na equipe de enfermagem na unidade em que se deu o estudo corresponde à realidade da enfermagem no Brasil em que 88,02 % dos profissionais enfermeiros e 87,29% dos auxiliares de enfermagem são do sexo feminino (COFEN,2011).

Os resultados mostraram que as queixas relacionadas ao álcool estão presentes de diversas formas na rotina dos profissionais de enfermagem que atuam no acolhimento. Essas queixas são percebidas como problemas e notadas como fatores relevantes por esses profissionais. Em vários depoimentos foi demonstrada preocupação em relação à saúde dos usuários com tal demanda. Essa preocupação denota uma postura positiva em relação ao atendimento a esses casos. Outros estudos sobre trabalhadores de enfermagem e alcoolismo também indicaram atitudes positivas dos profissionais em relação ao atendimento a usuários de álcool (VARGAS, 2010) e o interesse em refletir sobre o tema (MARTINS e CORRÊA, 2004).

No presente trabalho, na maioria das citações referentes às opiniões dos entrevistados sobre o uso e os usuários de álcool, foi observada a visão de que o uso do álcool leva a prejuízos para a vida do sujeito em diversos aspectos. Essa visão corresponde ao que é largamente apontado na literatura. O uso do álcool traz impactos diretos sobre pais, cônjuges e filhos, com danos físicos, psicológicos e sociais que se estendem ainda às questões financeiras, ao rendimento escolar, entre outros (CAMPOS, 2004; FILIZOLA e col, 2006; FONSECA e col, 2009; MARQUES, 2001).

Parte significativa dos depoimentos dos entrevistados apontou que o uso da bebida alcoólica pode ser a manifestação, consciente ou não, de outras situações de sofrimento não referidas. Em consonância com essa visão, MARTINS e col, (2009)

apontaram que o uso de substâncias psicoativas é uma possível estratégia de fuga para as outras dificuldades da vida. É importante observar esse fator no planejamento de estratégias de intervenção, visando a uma abordagem integral dos usuários.

Alguns profissionais entenderam que o alcoolismo é uma doença: uma parte deles refere que, em decorrência, é necessário que seja tratada. Se essa concepção do uso nocivo do álcool como doença, por um lado, é real, por outro, desperta preocupação, uma vez que pode reforçar atitudes de não implicação e passividade por parte do sujeito que, assim, deixa de ser responsabilizado por seus atos (MARQUES, 2001).

Em contraposição à visão do alcoolismo como doença, os entrevistados trouxeram também a percepção de que o uso do álcool é uma questão de escolha pessoal, passando, neste caso, toda a responsabilidade para os usuários. De acordo com o Observatório de Informações sobre Drogas – OBID - (BRASIL, 2007b), o alcoolismo está classificado como doença, nas síndromes de dependência, como um conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que podem se desenvolver após o uso repetido de uma substância psicoativa. Porém, uma definição não elimina os efeitos de uma concepção moralizante ainda presente na sociedade (OLIVEIRA e RONZANI, 2012; VARGAS, 2010).

Um fato a ser considerado no processo de acolhimento ao usuário de álcool, é que ele está sujeito a rotulações, seja como doente ou moralmente fraco. A condição de alcoolista remete a outras questões, dentre elas a do estigma social. O termo estigma pode ser definido, nesse caso, como uma marca social que ocorre quando se atribuem rótulos e estereótipos negativos a determinados comportamentos, podendo levar o indivíduo estigmatizado a ser excluído ou marginalizado de algumas situações sociais (ANDRADE e RONZANI, 2008). Nas questões relacionadas à saúde mental, dentre as quais se inclui a dependência de álcool, o estigma pode sempre estar presente. Há

estudos apontando que pessoas com problemas mentais tendem a ser mais responsabilizadas por seus problemas do que as que apresentam outros tipos de problemas de saúde (CORRIGAN e col, 2005). É importante que os profissionais sejam capacitados em relação a essa questão para que, tomando consciência do fato, possam identificar e evitar as atitudes baseadas em preconceitos, julgamentos morais e culpabilização dos usuários, atitudes essas que criam barreiras ao acesso e à qualidade do cuidado em saúde (RONZANI e FURTADO, 2010).

Os acolhedores manifestaram, também, preocupação com aqueles consumidores de bebida alcoólica - alguns já em uso nocivo da substância - que ainda não se enquadram como dependentes, mas que podem, em situações de crise, perder o controle do uso. CAETANO e col, (2012), em estudo sobre os padrões de consumo de álcool da população brasileira acima de 14 anos, envolvendo mais de três mil sujeitos, encontraram evidências de que cerca de 50% das pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool se enquadram entre os bebedores de baixos volumes de bebida. Para esse grupo de usuários, podem ser implementadas estratégias de prevenção na rede básica de saúde e é factível crer que a atuação dos serviços de Atenção Básica pode ser potencializada e ter impacto significativo nesse sentido.

Houve um caso em que o profissional manifestou posição totalmente contrária ao uso de bebida. Porém, a manifestação não foi acompanhada por posicionamentos que questionassem a necessidade de um bom acolhimento nem de julgamentos morais que justificassem descaso com esse tipo de queixa. Esse dado coincide com os achados de OLIVEIRA e RONZANI (2012), sobre a estigmatização e práticas na Atenção Primária à Saúde, referentes às questões sobre o consumo de álcool. Os autores concluíram que profissionais que moralizam o consumo de álcool e aqueles que não o moralizam apresentaram o mesmo padrão de atendimento. Porém, é importante levar em consideração esse tipo de opinião presente na equipe, quando se pretende trabalhar

na rede de Saúde em lógicas e estratégias mais flexíveis, que não tenham como meta única a abstinência.

Foi também citado o fato de que o usuário procura o serviço de saúde referindo-se a outras queixas, sem assumir seu problema com o álcool. As referências a atendimento de queixas diretamente relacionadas ao álcool feitas pelo próprio envolvido representaram minoria. Esse dado mostra a dificuldade que os serviços de Atenção Básica tem de atingir esse público, como discutem AMARAL e MALBERGIER (2004). A dificuldade em haver busca de ajuda pelo próprio sujeito é explicada em parte pela conotação moral envolvida na questão do alcoolismo visto, como já mencionado, por uma parcela da sociedade como mau hábito, sendo sua causa atribuída à fraqueza moral e a falta de força de vontade (OLIVEIRA e RONZANI, 2012).

Outro ponto destacado pelos entrevistados é o efeito do problema do uso nocivo do álcool nas famílias envolvidas. As alterações de comportamento do indivíduo acarretam consequências para as pessoas próximas, principalmente para os familiares, afetando a vida social do usuário e de sua família. Nos casos de dependência, o álcool impede o sujeito de assumir suas responsabilidades em relação a vários aspectos da vida (CAMPOS, 2004), de modo que uma das representações do alcoolismo é de ser uma “doença da família” (SANTOS e VELOSO, 2008). Um importante aspecto da relação entre uso nocivo de álcool e família é sua associação com a ocorrência de maus tratos físicos (FILIZOLA e col, 2006). Em estudo realizado no sul do Brasil, em 64% dos casos de maus tratos físicos, havia presença do alcoolismo (MARTINS e JORGE, 2009). No Brasil, estudos sobre padrões de violência domiciliar, associada ao uso de álcool, apontaram que 51% dos casos de violência envolviam o uso de álcool (FONSECA e GALDUROZ, 2009). Em relação à violência contra a criança, pesquisa baseada no cadastro de denúncias do SOS Criança de Curitiba, PR, destacou que o uso do álcool estava presente em mais de 25% dos casos (FILIZOLA e col, 2006).

Os entrevistados apontaram, ainda, que as queixas sobre o tema feitas por familiares e não pelo próprio usuário são maioria. As alterações de comportamento do indivíduo, como destacado em outros estudos (FILIZOLA e col, 2006; CAMPOS, 2004), afetam diretamente toda a família e diante da constante busca, com pouco sucesso, de convencer o sujeito a fazer o tratamento, ocorre a frustração e o desgaste emocional dos familiares. Como resultado, os membros da família são os que buscam ajuda, mesmo sem a anuência do indivíduo.

Ainda a respeito da família, outro aspecto a ser levado em conta é que o uso nocivo do álcool permeia toda a sociedade, envolvendo os dois lados da relação profissional/usuário (FONTENELLE, 2012). Muitos dos profissionais de saúde são também familiares de alcoolistas ou mesmo fazem uso abusivo do álcool. Essa dupla inserção no assunto pode influenciar as atitudes no acolhimento do usuário da substância e merece atenção e preparo por parte de toda a equipe de saúde.

Com relação às condutas adotadas pelos acolhedores foram predominantes as referências a encaminhamentos, principalmente encaminhamentos de auxiliares para as enfermeiras. Por um lado, esse resultado indica as enfermeiras como referência, para os auxiliares, legitimada na prática. Por outro, mostra pouca resolutividade no primeiro acolhimento. Mesmo nas falas das enfermeiras, os encaminhamentos a outros profissionais e serviços foram citados como conduta adotada.

O acolhimento foi citado como ferramenta de abordagem, como meio de buscar adesão aos tratamentos e de procurar adotar uma visão integral do usuário. SILVA e ALVES (2008) discutem o acolhimento como forma de inclusão e destacam que essa “ferramenta” pode promover um atendimento qualitativo e humanizado, além de proporcionar uma assistência integral, desde que seja entendido como um processo de responsabilização de todos os profissionais pela saúde dos usuários, por meio do trabalho em equipe. A capacitação das equipes, com foco na qualificação e valorização

dos profissionais, pode potencializar a já comprovada efetividade do acolhimento, (MALTA E MERHY, 2004).

Os entrevistados também revelaram a idéia de que não há muito a oferecer para o usuário de álcool na unidade de saúde. BABOR e HIGGINS-BIDDLE, (2001) apontam que é um equívoco comum aos profissionais da Atenção Primária à Saúde considerar que não tem habilidades ou ferramentas para atuarem na questão do uso do álcool. Essa concepção leva ao encaminhamento de todos os casos a outros profissionais ou serviços especializados. Também é comum colocar no mesmo patamar os dependentes de álcool que precisariam ser encaminhados a serviços especializados e aqueles que fazem o uso problemático da bebida, que poderiam ser atendidos na própria Unidade Básica com resultados promissores (BABOR e HIGGINS-BIDDLE, 2001). Os autores defendem a implantação de programas de triagem e intervenção breve na atenção primária, afirmando que sua aplicação é factível e os resultados largamente comprovados. Os mesmos autores indicam que o número de pessoas que fazem uso nocivo de bebidas alcoólicas representa proporção bem maior do que a daqueles que estão em estágios avançados de dependência (BABOR e HIGGINS-BIDDLE, 2001). LARANJEIRA e col., (2010), confirmaram esse dado em estudo sobre o padrão de uso de bebida em adultos no Brasil, realizado entre 2005 e 2006, que apontou que 28% dos entrevistados relataram episódios de beber pesado, 25% relataram algum tipo de problema relacionado ao uso do álcool, 3% referiram abuso de álcool e 9% eram dependentes. CAETANO e col., (2012), também relatam que a maior parte das consequências nocivas do uso do álcool ocorre nos usuários que não se enquadram como dependentes. Esses dados justificam a implantação de estratégias com foco no abuso e uso nocivo do álcool, que podem ser implementadas na Atenção Básica com os recursos já disponíveis.

Entre os fatores que os acolhedores consideraram importante para a adoção de condutas, o comprometimento do estado geral do usuário de álcool teve destaque, seguido pelo desejo por tratamento por parte do usuário. Esses dois fatores foram considerados favoráveis à adesão a tratamentos por RIBEIRO e col., (2008), em estudo que incluiu 300 indivíduos com diagnóstico de alcoolismo em serviço de referência a dependência química de Juiz de Fora, MG.

Um importante dado revelado neste estudo foi o desconhecimento da rede de apoio do município pelos profissionais da atenção primária. O CAPS ad, serviço de referência específico para dependência de substâncias, foi pouco lembrado nas citações desta categoria. Os recursos mais citados foram os CAPS de saúde mental geral e serviços da rede complementar, filantrópicos ou privados.

Dizer que um serviço pertence a uma rede implica no fato de que ele não tem recursos para resolver sozinho todas as suas demandas e necessita de unidades de apoio para os casos que extrapolarem sua capacidade de resolução. O fato de os trabalhadores da Unidade Básica de Saúde não terem conhecimento claro da rede de apoio em que estão inseridos sugere falha na comunicação e na articulação entre os serviços, ter essa clareza é fundamental, visto que esses conceitos são inerentes à concepção de rede (KUSCHNIR, 2007).

ZAMBENEDETTI, (2008), em estudo sobre a configuração de redes em saúde a partir das conferências nacionais de Saúde, observa a pouca articulação entre os serviços de saúde mental e outros serviços da rede, além da dificuldade no acesso aos serviços de saúde mental, por burocratização ou pela baixa de oferta desses serviços em relação ao preconizado pela Reforma Psiquiátrica. Essa observação se aplica em parte à rede de Campinas, uma vez que, na região sudoeste da cidade, onde se deu o campo desse estudo, não existe CAPS ad, apesar de ter uma população em torno de 200 mil habitantes, o que é um indicativo para a implantação desse serviço (BRASIL, 2002b).

O serviço de referência para os casos de dependência química dessa região situa-se na região noroeste, cujo acesso, para uma grande parte da população da região sudoeste, envolve tomar três ônibus e duração de aproximadamente uma hora e meia de trajeto (somente ida). Seria importante procurar caminhos para o estreitamento da relação entre os serviços, mas também se faz necessária a implantação de um CAPS ad na região sudoeste de Campinas.

Por sua inserção no acolhimento, os profissionais de enfermagem, com o conhecimento adquirido na prática diária, podem apresentar sugestões de melhora do serviço muito próximas da realidade em que o trabalho se desenvolve. Os entrevistados trouxeram vários tipos de sugestões. A divulgação e orientação com foco na prevenção representou parte significativa das citações desse tema. Nessa linha, foi sugerido o foco na população infantil, atividades coletivas como palestras e, até, o uso de imagens aterrorizantes como as das campanhas antitabaco. É importante ressaltar que essa estratégia do uso do terror como forma de conscientização é um recurso questionado por alguns setores sob a alegação de que, ao medo e ao terror, vincula-se o preconceito e a discriminação criando e reforçando estigmas (GARCIA e col., 2011).

O acolhimento, atividade central deste estudo, apareceu como elemento a ser melhorado. Na visão dos profissionais entrevistados, é preciso melhorar e qualificar o acolhimento e ampliar o acesso para responder ao problema do uso abusivo de álcool, de forma mais efetiva. MALTA e MERHY, (2004), apontam que o acolhimento é uma estratégia que visa a humanizar a atenção, estabelecer vínculo/responsabilização, aperfeiçoar a capacidade de escuta da equipe, além de ampliar sua intervenção, o que levaria ao aumento do acesso. É animador perceber que essa importante ferramenta é apropriada pelos profissionais como instrumento de melhora na atenção.

Coerentemente com a percepção de que a questão do uso nocivo do álcool vai além do indivíduo, foi apontado que esse problema precisa ser enfrentado de forma

ampliada, abrangendo a família tanto no tratamento do usuário quanto na atenção ao sofrimento causado pelo problema a todos os envolvidos. Envolver a sociedade, melhorar as condições de vida dos sujeitos e oferecer opções saudáveis para a população foram sugestões levantadas, afinadas com a concepção ampliada de rede, proposta pela política de saúde mental vigente (BRASIL, 2004a) e com as propostas de formação de redes de apoio social a esse público (LIMA e col, 2011). Os profissionais apontaram também, como sugestão, o aumento de unidades para o atendimento a consumidores abusivos de álcool, reportando a dificuldade no acesso já referida.

Quanto às opiniões das enfermeiras exclusivamente, os resultados mostraram preocupação em relação à falta de treinamentos e capacitações da equipe, destacando que é dado um enfoque grande às doenças crônico-degenerativas, em detrimento de outras áreas, como a da dependência química. A deficiência na atuação das enfermeiras como líderes e motivadoras das ações na equipe também foi apontada por elas.

Manter os enfermeiros motivados e capacitados pode ampliar a atuação de toda a equipe de enfermagem. O trabalho de VARGAS e SOARES (2011) demonstrou que, após treinamentos, os enfermeiros mostraram-se otimistas com relação ao tratamento do alcoolismo. Assim, as capacitações podem, além de ampliar a capacidade dos profissionais, aumentar seu entusiasmo na atuação com este tema.

Uma das dificuldades para a realização do trabalho, apontada por uma das enfermeiras, é a maneira como o serviço está estruturado, com sobrecarga para os trabalhadores. CRUVINEL e RONZANI, (2011) apontam que os líderes das equipes tem um importante papel na estruturação de um ambiente de trabalho produtivo e de qualidade, condição que proporciona mais eficiência e motivação. Em estudo sobre a influência do clima organizacional na prevenção ao uso de risco de álcool, esses autores encontraram resultados indicando que profissionais de saúde aplicam mais testes de triagem para uso nocivo de álcool e realizam mais intervenções, quando estimulados

pela liderança. Os autores concluíram, ainda, que liderança, comunicação eficiente, aliada ao envolvimento de todos os profissionais nas tomadas de decisão, foram fatores que se destacaram como favoráveis à melhora do ambiente de trabalho (CRUVINEL e RONZANI, 2011) e, em consequência, aumento na efetividade dos resultados. PILLON, (2005) aponta que a atuação dos enfermeiros tem grande importância na identificação e no início das intervenções relativas a usuários com problemas concernentes ao álcool. No contexto do SUS Campinas, em que a primeira possibilidade de identificação do problema está na equipe de enfermagem, e muito nas mãos dos auxiliares, é importante que as enfermeiras desenvolvam sua capacidade de liderar e motivar como forma de melhorar a resposta à problemática em questão. A iniciativa em promover capacitações e eventos relativos ao tema em pauta também pode e deve partir das enfermeiras.

Alguns comentários das enfermeiras sobre a atuação das equipes no acolhimento levantaram três temas a serem destacados: a afirmação de que o acolhimento a questões de saúde mental depende de habilidades pessoais; a referência à falta de empatia dos acolhedores; e, por fim, a afirmação de que a estrutura do serviço está tornando as pessoas mais duras. A partir dessas afirmações, do conjunto das entrevistas e da literatura consultada, torna-se importante refletir um pouco sobre o acolhimento.

Essa tecnologia se caracteriza como um processo humanizado das relações em que trabalhadores, serviço de saúde e usuários interagem buscando produzir ações de saúde (MERHY e col., 1994; FRANCO E col., 1999). O funcionamento da ferramenta acolhimento depende fundamentalmente de pessoas. Empatia, escuta qualificada, interesse na busca pela resposta mais resolutiva são alguns elementos importantes nas relações que se estabelecem com os usuários no acolhimento (MATUMOTO, 1998). Tais elementos não podem ser mensurados nem ensinados como técnica. Dependem da abertura e disposição da pessoa que acolhe e também de suas limitações pessoais. No

dia-a-dia, o acolhedor se vê diante de inúmeras queixas de sofrimentos e carências de todos os tipos, que se estendem para as áreas da justiça, segurança pública e serviço social. Como tais sofrimentos só conseguem ser expressos de imediato no acolhimento, há uma sobrecarga emocional para o profissional que o realiza, principalmente devido às limitações na capacidade de resolver as demandas. Tal sobrecarga pode levar a um grau de frustração que faz com que o profissional se feche como forma de defesa. A partir desse ponto, o atendimento pode não ser mais espaço de acolhimento e se resumir ao registro pontual do que é expresso de forma direta, com o encaminhamento que for mais prático, na perspectiva de passar o problema adiante.

Para que o acolhimento seja efetivo, é preciso investir no trabalhador, não só em capacitações técnicas, mas buscando despertar a consciência de seu papel social, com resgate dos valores humanos. Além disso, é necessário desenvolver estratégias de estruturação do serviço em que o trabalhador se sinta apoiado e realizado por poder contribuir com a melhora da qualidade de vida de outras pessoas, sem ter que necessariamente sofrer com isso (MATUMOTO, 1998).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo conhecer como os profissionais de enfermagem de equipes de Saúde da Família realizam o acolhimento a usuários com queixas relacionadas ao uso do álcool na sua prática diária. Levando-se em consideração que no espaço e momento do acolhimento existe a possibilidade de se detectar alguns problemas nem sempre evidentes, tais como aqueles relacionados ao uso do álcool. É do desempenho do acolhedor que depende, em grande parte, a efetividade do atendimento a esse tipo de demanda. A análise das entrevistas trouxe alguns esclarecimentos na perspectiva de compreender como esses profissionais desempenham seu papel de acolhedores.

Percebemos, com este estudo, que os profissionais de enfermagem que atuam no acolhimento têm consciência da gravidade do problema relacionado ao uso do álcool e interesse em melhorar sua atuação. Destaca-se a preocupação com as conseqüências sociais e familiares do problema. No entanto, acreditam não ter muito a oferecer no seu campo de atuação. É possível que essa crença desestime os profissionais na abordagem de casos suspeitos, devido à frustração de perceber um problema sem poder oferecer ajuda.

A falta de capacitações e treinamentos relativos ao tema do uso nocivo de substâncias foi ressaltada pelos entrevistados. Também não houve, nos relatos, menção a estratégias do serviço de busca ativa dos casos, ficando isso a cargo da iniciativa pessoal de cada profissional.

A deficiência no entrosamento entre os serviços da rede foi um dos apontamentos desse estudo. O CAPS ad, serviço de referência para os casos de dependência não está tão presente na rotina dos profissionais da Unidade Básica quanto seria de se esperar. A distância geográfica pode ser uma das causas dessa falta de

integração. Outro possível dificultador das ações integradas com a Unidade Básica é a sobrecarga de trabalho a que o CAPS ad pode estar submetido, considerando que atende uma população acima de sua capacidade.

As enfermeiras, responsáveis técnicas e líderes de suas equipes, aparecem como referência legitimada na prática do serviço. Contudo, as enfermeiras entrevistadas apontaram falhas na sua atuação como líderes. A capacitação dessas profissionais e o desenvolvimento de sua capacidade de liderança podem potencializar a atuação de toda a equipe. Ações práticas dentro da realidade de cada serviço e o estímulo às iniciativas dos demais membros da equipe podem fazer da enfermeira um elemento catalizador de transformações das práticas do cotidiano, visando a uma maior resolutividade do serviço.

Como sugestões extraídas a partir da análise dos dados, para melhorar o acolhimento a usuários com uso nocivo de álcool, são apresentadas algumas propostas já apontadas na literatura. A primeira se refere à realização de capacitações e treinamentos para toda a equipe, específicos para a atenção ao usuário abusivo de substâncias psicoativas. A segunda diz respeito à necessidade de fornecer apoio aos acolhedores, não só na forma de retaguarda técnica, mas também de supervisão institucional que garanta espaços de troca e reflexão sobre suas vivências, nos moldes do que é feito nos serviços de saúde mental. A terceira é relativa à implementação de estratégias de detecção dos casos e de intervenção breve, oferecendo ferramentas com as quais os profissionais se sintam capazes e possam intervir de forma efetiva. A quarta proposta é buscar estratégias de integração e entrosamento entre os serviços da rede, assim como a implantação de um CAPS ad na região Sudoeste de Campinas.

Este estudo possui diversas limitações, entre elas o fato de não terem sido consideradas as capacitações e treinamentos que os participantes possam ter realizado e que, de alguma maneira, possam ter influenciado os depoimentos. No entanto, o estudo

leva a crer que a equipe de enfermagem que atua no acolhimento, na forma como ocorre no SUS Campinas, pode tornar-se agente efetiva na detecção dos casos de uso de álcool em seus diversos graus, e de intervenção visando à promoção à saúde e a prevenção de agravos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida PVB, Zanolli ML. O papel do pediatra no PSF-Paidéia de Campinas (SP). *Ciênc Saúde Coletiva* [periódico na internet]. 2011 [acesso em 20 maio 2013]; 16 supl.1: 1479-88. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v16s1/a83v16s1.pdf>
- Alves VS. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cad Saúde Pública* [periódico na internet]. 2009 [acesso em 11 março 2012];25(11):2309-19. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001100002>.
- Amaral RA, Malbergier A. Evaluation of a screening test for alcohol-related problems (CAGE) among employees of the Campus of the University of São Paulo. *Rev Bras Psiquiatr* [periódico na internet]. 2004 [acesso em 13 abril 2013] ;26(3): 56-63. Disponível em: <http://www.grea.org.br/userfiles/Evaluation-of-a-screening-test-for-alcohol-related-problems.pdf>
- American Psychiatric Association. Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5, 2013. [acesso em 9 julho 2013] disponível em: [http://www.ldaofky.org/changes-from-dsm-iv-tr--to-dsm-5\[1\].pdf](http://www.ldaofky.org/changes-from-dsm-iv-tr--to-dsm-5[1].pdf)
- Andrade, TM , Espinheira, CGD (Gey). A presença de bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas na cultura brasileira. In: Andrade TM. Curso Supera -O uso de substâncias psicoativas no Brasil: epidemiologia, legislação, políticas públicas e fatores culturais. Brasília (DF). 2008.
- Andrade TM ,Ronzani T M. A estigmatização associada ao uso de substâncias como obstáculo à detecção , prevenção e tratamento. In: Andrade TM. Curso Supera - O uso de substâncias psicoativas no Brasil: epidemiologia, legislação, políticas públicas e fatores culturais. Brasília (DF). 2008.
- Babor TF, Higgins-Biddle JC. Brief intervention for hazardous and harmful drinking: a manual for use in primary care. Geneva: World Health Organization; 2001.
- Bacchieri G, Barros, AJD. Acidentes de trânsito no Brasil de 1998 a 2010: muitas mudanças e poucos resultados. *Rev Saúde Pública* [periódico na internet]. 2011 [acesso em 27 jul 2013];45(5):949-963. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n5/2981.pdf>
- Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
- Bradley KA, Epler AJ, Bush KR, Sporleder JR, Dun CW, Cochran NE et al. Alcohol-related discussions during general medicine appointments of male VA patients who screen positive for at-risk drinking. *J Gen Intern Med*. 2002; 17(5) : 315-26.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades de Acolhimento. 2002.[acesso 2011 dezembro 10]. Disponível em: www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/legislacoes/8122-336.html?q=

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. [acesso 11 março 2012]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html.

_____. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas Anti-Drogas. Observatório Brasileiro de Informações Sobre Drogas: Informações Sobre Drogas/Padrões de uso, 2007a [acesso em 5 jan 2012]. Disponível em: http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11251&astro=INFORMAÇÕES+SOBRE+DROGAS/Padrões+de+uso

_____. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas Anti-drogas. Observatório Brasileiro de informações sobre Drogas. Informações sobre drogas/Tipos de drogas/Álcool, 2007b [acesso em 4 março 2012]. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br>.

_____. Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil, Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas 2005. [acesso 10 jan 2012]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição. Brasília (DF); 2004a.

_____. Ministério da Saúde. A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas. 2. ed. Brasília (DF); 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Programa de Saúde da Família. Brasília (DF); 2010a. [acesso em 3 ago 2013]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/programas-e-campanhas/saude-da-familia>

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2.ed. Brasília (DF): 2010b. 44 p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria interministerial nº 421, de 3 de março de 2010. Institui o programa de Educação Pelo Trabalho para a Saúde (PET- Saúde) e da outras providências [portaria na internet]. [acesso em 13maio 2013]. Brasília (DF): 2010c. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/pri0421_03_03_2010.html

_____. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Secretaria de Atenção a Saúde. Relatório de gestão 2011. Brasília (DF); 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília (DF); 2012b. (Série A. Normas e manuais técnicos).

Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Vigilância em saúde. Brasília(DF): CONASS, 2007. [acesso em 13 maio 2013]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro6b.pdf

Caetano R, Mills B, Pinsky I, Zaleski M, Laranjeira R. The distribution of alcohol consumption and the prevention paradox. *Brazil Addiction*. 2012;107(1):60-68.

Campinas, Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Atenção à Saúde [acesso em 13 dez 2011]. Disponível em: <http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/>.

Campos CJG, Turato ER. Análise de conteúdo em pesquisas que utilizam metodologia clínico-qualitativa: aplicação e perspectivas. *Rev Latino-AmEnferm*. 2009; 17(2): 259-64.

Campos EA. As representações sobre o alcoolismo em uma associação de ex-bebedores: os Alcoólicos Anônimos. *Cad Saúde Pública* [periódico na internet]. 2004[acesso em 21 maio 2013]; 20 (5):1379-87. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/33.pdf>

Carlini EA. Epidemiologia do uso de álcool no Brasil. *Arq Méd ABC*.2006; Supl.2: 4-7.

Carvalho SR, Campos GWS. Modelos de atenção à saúde: a organização de Equipes de Referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. *Cad Saúde Pública* [periódico na internet]. 2000 [acesso em 15 maio 2013];16(2):507-515. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v16n2/2100.pdf>

Conselho Federal de Enfermagem. Comissão de Business Intelligence. Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais, 2011. [acesso em 14 maio 2013] Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/sites/default/files/pesquisaprofissionais.pdf>.

Corrigan PW, Lurie BD, Goldman HH, Slopen N, Medasani K, Phelan S. How dolescents perceive the stigma of mental illness and alcohol abuse. *Psychiatr Serv* [periódico na internet]. 2005[acesso em 14 maio 2013];56(5):544-50. Disponível em: <http://ps.psychiatryonline.org/article.aspx?articleID=89984>.

Cruvinel E, Ronzani T M. Clima organizacional e atividades de prevenção ao uso de risco de álcool. *Estud Psicol* [periódico na internet]. 2011[acesso em 10 mar 2013]; 28 (2): 209-17. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v28n2/08.pdf>

Ferraz L. O PET-Saúde e sua interlocução com o Pró-Saúde a partir da pesquisa: o relato dessa experiência. *Rev Bras Educ Med* [periódico na internet]. 2012 [acesso em 10 julho 2013];36(1 supl):166-171. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1s1/v36n1s1a23.pdf>

Ferrer AL. A saúde mental na atenção básica sob a perspectiva de trabalhadores e usuários dos serviços: um estudo hermenêutico-narrativo sobre os processos de acolhimento, vínculo e responsabilização [doutorado]. Campinas, SP: Universidade Estadual de Campinas; 2012.

Filizola CLA, Pavarini SCL, Perón CJ, Petrilli Filho JF, Nascimento MMA. Compreendendo o alcoolismo na família. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [periódico na internet]. 2006 [acesso em 10 julho 2013];10 (4): 660-70.

Fonseca AM, Galduroz JCF, Tondowski, CS, Noto AR. Padrões de violência domiciliar associada ao uso de álcool no Brasil. Rev Saúde Pública [periódico na internet]. 2009 [acesso em 20 maio 2013]; 43(5): 43-49. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n5/24.pdf>

Fonseca FF. Conhecimentos e opiniões dos trabalhadores sobre o uso e abuso de álcool. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2007;11(4):599 - 604.

Fontanella BJB, Demarzo MMP, Mello GA, Fortes SLCL. Alcohol drinkers, Primary Health Care and what is “lost in translation”. Interface - Comunic.,Saude, Educ .2011; 15 (37): 573-85.

Fontenelle LF. Consumo de bebidas alcoólicas entre trabalhadores de uma unidade de Saúde da Família em Vitória, Espírito Santo, Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade. Florianópolis 2012. [acesso em 17 jul2013] disponível em: <http://www.rbmf.org.br/index.php/rbmf/article/view/482/514>

Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública. 1999; 15(2):345-53.

Galduroz, JCF, Caetano, R. Epidemiologia do uso de álcool no Brasil. Rev Bras Psiquiatr [periódico na internet]. 2004[acesso em 20 setembro 2012]; 26(supl.1): 3-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26s1/a02v26s1.pdf>

Garcia ML, Bellini M ,Pavanello RM. Análise retórica das campanhas sobre HIV/AIDS no Brasil e em outros países. REMPEC- Ensino, Saúde e Ambiente [periódico na internet]. 2011 [acesso em 19 maio 2013];4(1):76-99. Disponível em: <http://www.ensinosaudeambiente.com.br/edicoes/volume4/artigo7MartaBelini.pdf>.

Gigliotti A, Bessa MA. Síndrome de Dependência do Álcool: critérios diagnósticos. Rev Bras Psiquiatr [periódico na internet]. 2004 [acesso em 10 jul 2012]; 26(supl.1):11-13. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26s1/a04v26s1.pdf>

Kuschnir R. Configuração da Rede Regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde no âmbito do SUS. Brasília (DF); 2007. p.5.

Lakatos E M, Marconi M A. Fundamentos de metodologia científica, 7.ed. São Paulo: Atlas; 2010.

Laranjeira R, Pinsky I, Zaleski M, Caetano R. I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira. Brasília (DF): Secretaria Nacional Antidrogas; 2007.

Laranjeira R, Pinsky I, Sanches M, Zaleski M, Caetano R. Alcohol use patterns among Brazilian adults. Rev Bras Psiquiatr [periódico na internet]. 2010 [acesso em 20 maio 2013];32(3):231-41. Disponível em: <http://inpad.org.br/lenad/divulgacao-cientifica/artigos-em-breve/>

Lima HP, Braga, VAB, Marinho AM. Rede de Apoio Social ao Alcoolista: mapeamento baseado nas ações intersetoriais de alcoólicos anônimos. Rev RENE. 2011; 12(1): 33-40.

Machado AR, Miranda Paulo SC. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. Hist Cienc Saude-Manguinhos [periódico na internet]. 2007 [acesso em dia 10 set 2012]; 14 (3): 801-21. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v14n3/06.pdf>

Malta DC, Merhy EE. A avaliação do projeto vida e do acolhimento no Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte. Rev Min Enferm.2004;8(2):259-67.

Marques A. O uso do álcool e a evolução do conceito de dependência de álcool e outras drogas e tratamento. Revista IMESC. 2001; 3:73-86.

Martins CBG, Jorge MHPM. Violência física contra menores de 15 anos: estudo epidemiológico em cidade do sul do Brasil. Rev Bras Epidemiol [periódico na internet]. 2009; 12(3): 325-37. ISSN 1415-790X. [acesso em 15 maio 2013]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v12n3/04.pdf>

Martins ERC, Corrêa AK. Lidar com substâncias psicoativas: o significado para o trabalhador de enfermagem. Rev Latino-am Enfermagem. 2004; 12(n.esp.):398-405.

Martins ERC; Zeitone, RCG, Francisco MTR, Spindola T, Marta CB. Concepções do trabalhador de enfermagem sobre drogas: a visibilidade dos riscos. Rev Enferm. UERJ. 2009; 17(3): 368-72.

Matumoto S. O Acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços [dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo;1998.

Meloni JN, Laranjeira R. Custo social e de saúde do consumo do álcool. Rev Bras Psiquiatr [periódico na internet]. 2004 [acesso em 26 jul 2013];26(suppl.1):7-10. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26s1/a03v26s1.pdf>

Merhy, EE, Campos GWS, Cecilio LCO. Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec; 1994. 333p.

Minayo MCS. Pesquisa Social: teoria método e criatividade. 26.ed. São Paulo: Vozes; 2010.

Morais MLS, Pavão TB. Consumo de álcool na Baixada Santista. Acesso aos serviços de Saúde em municípios da baixada Santista. São Paulo:Instituto de Saúde; 2008.

Moretti-Pires RO ,Corradi-Webster CM, Furtado EF. Consumo de álcool e atenção primária no interior da Amazônia: sobre a formação de médicos e enfermeiros para assistência integral. Rev Bras Educ Méd. 2011; 35(2): 219-228.

Oliveira DC. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. Rev Enferm UERJ. 2008; 16 (4). 569-76.

Oliveira MC, Ronzani TM. Estigmatização e prática de profissionais da APS referentes ao consumo de álcool. *Psicol Cienc Prof* [periódico na internet]. 2012 [acesso em 20 maio 2013];32(3):648-61. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932012000300010&script=sci_arttext

Pillon, SC. Atitudes dos enfermeiros com relação ao alcoolismo: uma avaliação de conhecimentos. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [periódico na internet]. 2005 [acesso em 20 maio 2013];7(3):303-400. Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>.

Ramos S P , Woitowitz, A B. Da cervejinha com os amigos à dependência de álcool: uma síntese do que sabemos sobre esse percurso. *Rev Bras Psiquiatr*, 2004; 26 supl.1: 18-22.

Raupp L, Sapiro CM. Reflexões sobre concepções e práticas contemporâneas das políticas públicas para adolescentes: o caso da drogadição. *Rev Saude Soc*. 2005; 14, (2): 60-68.

Rehm J, Mathers C, Popovaf S, Thavnorncharoensap M, Teerawattananon YPJ. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and Alcohol-use disorders *The Lancet*. 2009;373 (9682): 2223 – 33.

Ribeiro MS, Ribeiro LC, Marcondes DC, Sousa RBN. Fatores associados à adesão a um programa de tratamento de alcoolistas. *J Bras Psiquiatr*. [periódico na internet]. 2008 [acesso em 20 maio 2013]; 57 (3): 203-211. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852008000300008

Richardson, RJ. *Pesquisa Social: métodos e técnicas*. 3. ed. São Paulo: Atlas; 2008.

Ronzani TM. Estigmatización y práctica de profesionales de laAPS referentes al consumo de alcohol. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2012; 32 (3): 648-61.

Ronzani TM, Furtado EF. Estigma social sobre o uso de álcool. *J Bras Psiquiatr* [periódico na internet]. 2010 [acesso em 20 maio 2013]; 59(4): 326-32. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852010000400010

Santos MSD, Veloso TMG. Alcoolismo: representações sociais elaboradas por alcoolistas em tratamento e por seus familiares. *Interface (Botucatu)* [periódico na internet]. 2008 [acesso em 10 maio 2013];12(26): 619-34. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000300013

Silva GL, Alves MS. O Acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. *Rev APS*. 2008; 11(1):74-84.

Souza MLP. Expansão do PSF e identificação dos problemas relacionados ao abuso de álcool no Brasil. *Rev Brasil Psiquiatr*. 2005; 27(4): 342-3.

Souza LM, Pinto MG. Atuação do enfermeiro a usuários de álcool e de outras drogas na Saúde da Família. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2012 [acesso em 17 setembro2013]14(2):374-83. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v14i2.11245>.

Sucigan DHI, Toledo VP, Garcia APRF. Acolhimento e saúde mental: desafio profissional na Estratégia Saúde da Família. Rev Enferm Nordeste-Rev Rene. 2012;13(1): 2-10.

Takemoto MLS, Silva EM. Acolhimento e transformações no processo de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2007;23 (2): 331 – 40.

Teixeira CF, Solla JP, organizadores. Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família. Salvador: EDUFBA, 2006. 236p.

Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico qualitativa. Petrópolis: Vozes; 2003.

Vargas D. Atitudes de enfermeiros de hospital geral frente às características pessoais do paciente alcoolista. Rev Bra Enferm [periódico na internet]. 2010 [acesso em 20 maio 2013]; 63(6):1028-34. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n1/a09v59n1.pdf>

Vargas D, Soares J. Atitudes de enfermeiros frente ao alcoolismo: revisão da literatura. Cogitare Enferm. 2011;16(2):340-7.

World Health Organization. Global status report on alcohol and health, 2011 [acesso em 13 maio 2011]. Disponível em:
http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf

Zambenedetti GC. Configurações de rede na interface saúde mental e saúde pública – uma análise a partir das Conferências Nacionais de Saúde e de Saúde Mental [dissertação de mestrado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008.

ANEXOS

ANEXO A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Projeto: Acolhimento de usuários de álcool nas equipes de Saúde da Família do município de Campinas, SP.

Estou realizando uma pesquisa sobre o acolhimento a pessoas com queixas relacionadas ao uso de álcool em equipes de Saúde da Família em Campinas.

Para tanto estou solicitando que o(a) senhor(a) participe de uma entrevista com duração de aproximadamente uma hora. Esta entrevista será gravada e as informações fornecidas serão sigilosas e confidenciais e seu nome não será identificado nos relatórios e documentos dessa pesquisa, cujos trechos poderão ou não fazer parte de publicações científicas.

Caso aceite participar, está assegurado o seu direito de interromper sua participação a qualquer momento ou de recusar-se a responder a questões que julgar inoportunas. Sendo assim, asseguramos que esse estudo não apresenta nenhum tipo de risco para sua atividade profissional ou para sua vida pessoal.

As informações gentilmente fornecidas pelo(a) senhor(a) serão importantes para analisarmos a situação do acolhimento a pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e para subsidiar propostas de intervenção a esse problema de saúde pública.

Este termo de consentimento é apresentado em duas vias, sendo que uma cópia ficará com o entrevistado e a outra com o entrevistador.

Eu _____

RG

_____ concordo em participar desta pesquisa.

Data _____

Assinatura _____ (Entrevistado)

Celso Luís de Moraes

Pesquisador responsável

Telefone e e-mail para contato e esclarecimento de dúvidas: **(19) 37225868**

e-mail: socorroini@gmail.com

ANEXO B:**Roteiros de entrevistas**Entrevista n^o: _____

Data: _____

Local da entrevista: _____

Nome: _____

Sexo: () Feminino () Masculino

Tempo de atividade na unidade (em anos): _____

Roteiro de entrevistas: questões abertas (a serem gravadas) – **Auxiliares de enfermagem**

1 - Qual é a sua opinião a respeito de pessoas que tomam bebida alcoólica com frequência?

2 - O(A) senhor(a) se lembra de ter atendido alguém com alguma queixa relacionada ao consumo de álcool, seja dela própria ou de alguém próximo? Se sim, pode contar como foi?

3- O que o(a) senhor(a) costuma fazer quando atende a uma pessoa com esse tipo de queixa?

4- O(A) senhor(a) se lembra de ter atendido algum caso assim nos últimos 30 dias? Pode contar como foi?

5- O que levou em consideração para as condutas tomadas nesses casos?

6- Quais são os equipamentos/ serviços de apoio à questão da dependência química que conhece em Campinas?

7 - O senhor(a) tem alguma experiência desse tipo de atendimento, que considera especialmente marcante por algum motivo? Poderia contar como foi?

8 – Na sua opinião, o que poderia ser feito para prevenção de uso problemático de álcool e outras drogas na rede Atenção Básica de Campinas?

Roteiro de entrevista: questões abertas (a serem gravadas) – **Enfermeiras**

1 - Qual é a sua opinião a respeito de pessoas que tomam bebida alcoólica com frequência?

2 - O(A) senhor(a) se lembra de ter atendido alguém com alguma queixa relacionada ao consumo de álcool, seja dela própria ou de alguém próximo? Se sim, pode contar como foi?

3- O que o(a) senhor(a) costuma fazer quando atende a uma pessoa com esse tipo de queixa?

4-O que levou em consideração para as condutas tomadas nesses casos?

5- Quais são os equipamentos/ serviços de apoio à questão da dependência química que conhece em Campinas?

6 - Como esses casos chegam até o (a) senhor(a)?

7 - Como o(a) senhor(a) vê o preparo da sua equipe para atuar nos casos relacionados ao uso álcool?

8- Na sua opinião, como está essa atuação?

9 - Na sua opinião, o que poderia ser feito para prevenção de uso problemático de álcool e outras drogas na rede Atenção Básica de Campinas?

ANEXO-C Parecer Comitê de Ética

INSTITUTO DE SAÚDE CEPIS -  SP

estudantes, os estagiários e os professores envolvidos no acolhimento e sem vínculo empregatício com a UBS). Informa que os sujeitos serão entrevistados, utilizando-se um roteiro apresentado no anexo B do projeto e que o material coletado será gravado, transcrito e submetido à técnica de análise de conteúdo (Bardin, 1993).

Objetivo da Pesquisa:

Geral:

Conhecer a prática dos auxiliares de enfermagem de equipes de Saúde da Família no acolhimento a pessoas com queixas relacionadas a álcool, sejam delas próprias ou de alguém de seu convívio.

Específicos:

- 1- Conhecer as atitudes desses profissionais diante das queixas relacionadas ao uso problemático de álcool;
- 2- Identificar os encaminhamentos praticados e as motivações para tais encaminhamentos;
- 3- Levantar o conhecimento da rede de atenção a pessoas que usam álcool e outras drogas por parte dos profissionais participantes dessa pesquisa;
- 4- Conhecer as concepções desses profissionais a respeito de pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool;

Ter-se-á, ainda, em vista, como objetivo secundário e consequente: (p.20)

- sensibilizar, através da reflexão decorrente das entrevistas, os participantes para a detecção precoce de pessoas com risco para dependência de álcool;
- fornecer subsídios para propostas de medidas de intervenção visando a prevenção aos danos causados pelo uso de álcool.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa não apresenta riscos aos sujeitos. Quanto aos benefícios, poderá qualificar e subsidiar as ações programáticas em curso na rede de atenção básica da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, em especial o acesso e o acolhimento dos usuários.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa apresentado está bem redigido e a proposta é relevante para o campo da Saúde Coletiva, bem como para o aperfeiçoamento das ações de promoção e prevenção ao uso indevido de álcool, sobretudo o acolhimento dos usuários atendidos na rede básica de Campinas.

O pesquisador apresentou o cronograma do projeto, detalhando as fases de campo, com início previsto para setembro de 2012, análise, redação e defesa da dissertação a ser concluída até 31/07/2012. A versão completa do projeto não apresentou o orçamento, no entanto, na versão simplificada foi indicado o item transporte, mas com custo zero.

Endereço: Rua Santo Antônio, 590 - 2º andar
Bairro: Bela Vista **CEP:** 01.314-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3293-2270 **Fax:** (11)3105-2772 **E-mail:** cepis@isaude.sp.gov.br

INSTITUTO DE SAÚDE CEPIS -
SP



Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto apresentou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) redigido em consonância com a resolução 196/96, em linguagem adequada aos profissionais que serão entrevistados, indicando o objetivo do estudo, a garantia de anonimato, a liberdade de participação, além do telefone e e-mail de contato do pesquisador. A versão completa do projeto informa que o TCLE será aplicado em duas vias, sendo uma cópia para o entrevistado e outra para o pesquisador (anexo A).

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto foi considerado aprovado pelo CEP.

SAO PAULO, 25 de Outubro de 2012

Assinador por:
Ligia Rivero Pupo
(Coordenador)

Endereço: Rua Santo Antônio, 590 - 2º andar

Bairro: Bela Vista

CEP: 01.314-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3293-2270

Fax: (11)3105-2772

E-mail: cepis@isaude.sp.gov.br