



CENTRO DE ARTES HUMANIDADES E LETRAS – CAHL
COLEGIADO DE SERVIÇO SOCIAL

**Desafios de uma Equipe de Saúde na atenção aos usuários de álcool em
São Félix – BA.**

Cachoeira -Bahia

2017

ROSILENE ABADE FERREIRA DOS SANTOS

**Desafios de uma Equipe de Saúde na atenção aos usuários de álcool em
São Félix – BA.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado de Serviço Social da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia sob apreciação da banca examinadora, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientador(a): Prof^a. Dr^a. Heleni Duarte Dantas de Ávila.

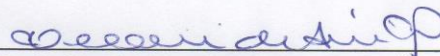
Cachoeira – Bahia
2017

ROSILENE ABADE FERREIRA DOS SANTOS

DESAFIOS DE UMA EQUIPE DE SAÚDE NA ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE
ALCOOL EM SÃO FÉLIX/BAHIA.

Cachoeira – BA, aprovada em 29/06/2017.

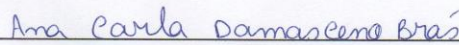
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Heleni Duarte Dantas de Ávila
Presidente da Banca Examinadora



Prof. Esp. Leandro Ribeiro Azevedo
Membro da Banca Examinadora



Profa. Especialista Ana Carla Damasceno Brás
Membro da Banca Examinadora

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus que sempre esteve ao meu lado me fortalecendo, guiando os meus passos e que quando eu desanimava dizia levanta filha só se vence uma batalha de pé.

A minha amada Maria Rosália, lutadora, mãe, principal responsável por essa conquista que sempre esteve comigo, disponível, ajudando e apoiando todas as minhas decisões mesmo com seu jeitinho tímido mas sempre presente.

A meu pai João que com certeza junto com minha mãe é responsável por essa conquista, de maneira indireta contribui muito para que eu não desistisse do meu objetivo.

A minha querida mãe avó Maria dos Anjos que sempre fez questão de falar sobre a importância do estudo, mesmo não tendo “alisado o banco do conhecimento”, com diz ela.

A razão do meu viver Daienne, minha filha que sempre esteve do meu lado e, com atitudes dizendo: “não desiste, eu confio você é capaz”.

Romildo pelo seu incentivo, apoio que contribui muito para essa conquista sempre serei grata a você.

A meu tio José Paulo que é meu ídolo e que sempre buscou mostrar que a busca pelo conhecimento é que nos leva a romper fronteiras e conquistar sonhos, basta termos muita determinação, foco e dedicação.

Aos meus irmãos João Filho e Rosimeire que sempre diziam que eu ia ficar doida de tanto estudar e involuntariamente me incentivaram e ajudaram.

Aos meus tios e tias que também contribuíram e incentivaram para que essa conquista fosse alcançada através da história de vida de cada um.

Aos meus padrinhos/pais que desde minha existência dedicaram carinho e atenção a mim e sempre incentivaram na minha vida escolar até os dias de hoje.

Aos meus sobrinhos que sempre procuraram incentivar e despertar a importância do estudo e que quando queremos algo temos que correr atrás porque tudo depende da nossa vontade de lutar e acreditar que somos capazes.

Aos meus primos que sempre buscaram me incentivarem com palavras positivas e com muito carinho.

As minhas colegas de turma e hoje amigas/irmãs Adriana, Kátia e Laryssa que sempre estiveram do meu lado e que desenvolvi uma imensa estima e carinho por elas.

As minhas colegas/amigas de trabalho Ana Mota, Ana Paula, Lucineide e Lane que não sei expressar em palavras o apoio e incentivo que sempre me deram.

A minha sobrinha de coração Laiza que sempre demonstrou muito carinho e atenção comigo.

Aos meus professores do ensino fundamental e Médio que também contribuíram muito para essa conquista.

A professora Heleni Ávila pelo carinho, paciência e incentivo sempre com uma palavra positiva;

Ao professor Leandro Azevedo que sempre admirei mesmo não tendo a oportunidade de conviver com ele na sala de aula.

A professora Lúcia Aquino que desde início do curso passei a admirá-la e sempre me estimulou a seguir nesta caminhada, interferindo positivamente até agora na finalização do curso.

A todos os professores que contribuíram para a minha formação intelectual e pessoal.

Aos profissionais de saúde que disponibilizaram seu tempo para me ajudar e foram peça principal da construção desse trabalho;

E a todos que mesmo distante contribuíram com uma palavra de apoio e muitos que involuntariamente também contribuíram para esse momento muito importante pra mim.

A todos meu muito obrigada!

Dedico este trabalho a todos os profissionais de saúde, que apesar de todas as adversidades, fazem do seu cotidiano a arte de cuidar e de reinventar as possibilidades da atenção aos usuários do Sistema único de Saúde, em particular os usuários abusivos de álcool e outras drogas.

ESPERANÇA

Lá bem no alto do décimo segundo andar do Ano
Vive uma louca chamada Esperança
E ela pensa que quando todas as sirenas
Todas as buzinas
Todos os reco-recos tocarem
Atira-se
E
— ó delicioso vôo!
Ela será encontrada miraculosamente incólume na calçada,
Outra vez criança...
E em torno dela indagará o povo:
— Como é teu nome, meninazinha de olhos verdes?
E ela lhes dirá
(É preciso dizer-lhes tudo de novo!)
Ela lhes dirá bem devagarinho, para que não esqueçam:
— O meu nome é ES-PE-RAN-ÇA...

(Mário Quintana)

Resumo

Os debates acerca do uso abusivo das drogas vêm crescendo em nossa sociedade, ou por questões morais, por divergências no cuidado, pela violência (do Estado ou do cidadão?), por questões religiosas, pela violação de direitos, enfim, por motivos diversos. Assim, o que motivou este trabalho foi o cuidado e a atenção aos usuários abusivos de álcool. A pergunta de investigação foi: Quais os principais desafios enfrentados pela equipe de saúde da Unidade XY, na atenção aos usuários abusivos de álcool no município de São Félix/BA. Para responder a esta questão fizemos uma pesquisa com base em documentos governamentais, em literatura referente ao tema e entrevista aos profissionais da Unidade de Saúde selecionada para o presente estudo. Inicialmente percebemos que os estudos sobre o alcoolismo são poucos, em particular estudos que abordem o Recôncavo baiano. Este fato justifica a importância da realização do presente estudo, além do álcool ser uma droga lícita, permitida e referenciada socialmente. Como forma de preservar os aspectos éticos da pesquisa e o sigilo dos participantes, não foi identificada a Unidade de Saúde, nem a identidade dos sujeitos que colaboraram respondendo as questões sugeridas no roteiro de entrevista. Sentimos dificuldade na realização das entrevistas, pois os profissionais ficam receosos em responder questões ligadas a atenção a usuários de drogas. Por fim, percebemos a dificuldade das equipes em atender estes usuários por alguns motivos: Falta de condições/recursos nas unidades de saúde, desconhecimento dos profissionais e falta de políticas apropriadas no município para os usuários abusivos de álcool.

Palavras-Chave: Alcoolismo, profissionais de saúde, usuários de drogas, atenção a saúde.

Abstract

The debates about the abuse of drugs have been growing in our society, or for moral reasons, for differences in care, for violence (of the state or the citizen?), For religious reasons, for violation of rights, for various reasons. Thus, what motivated this work was the care and attention to alcohol abusers. The research question was: What are the main challenges faced by the health team of the XY Unit, in the attention to abusive alcohol users in the municipality of São Félix / BA. To answer this question we did a research based on governmental documents, literature on the subject and interview to professionals of the Health Unit selected for the present study. Initially we noticed that the studies on alcoholism are few, in particular studies that approach the Bahia Recôncavo. This fact justifies the importance of carrying out the present study, besides alcohol being a licit drug, allowed and socially referenced. As a way of preserving the ethical aspects of the research and the confidentiality of the participants, the Health Unit was not identified nor the identity of the collaborating subjects responding to the questions suggested in the interview script. We find it difficult to conduct the interviews, as professionals are afraid to answer questions related to attention to drug users. Finally, we noticed the difficulty of the teams in attending these users for some reasons: Lack of conditions / resources in the health units, lack of knowledge of the professionals and lack of appropriate policies in the municipality for abusive users of alcohol.

Keywords: Alcoholism, health professionals, drug users, health care.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ANVISA – Agencia Nacional de Vigilância Sanitária

CAPS – Centros de Atenção Psicossocial

CAPS ad – Centro de Atenção Psicossocial de álcool e outras Drogas

CAPS i - Centro de Atenção Psicossocial Infanto- juvenil

CRAS – Centro de Referencia da Assistencial Social

COFEN – Conselho Federal de Entorpecentes

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

SESAB – Secretaria de Saúde do Estado da Bahia

SPAS- Substâncias Psicoativas

SUS – Sistema Único de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

TABELAS E QUADROS

Quadros 01 – Componentes da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS

Quadro 02 – Tipos de Serviços da RAPS

Quadro 03 – Tipos de CAPS e especificações

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO I - SITUANDO A POLÍTICA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	16
1.1. Política de saúde ou de segurança pública?	16
1.2. A saúde mental e a sua interface com a política de atenção aos usuários de álcool	23
1.3. Álcool e outras drogas: ação interdisciplinar e transversal	27
CAPÍTULO II - ATENÇÃO A SAÚDE DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL NO ESTADO DA BAHIA	32
2.1. Rede de atenção Psicossocial – RAPS	32
2.2. Atenção aos usuários de Álcool na Bahia	39
2.3. Alcoolismo: uma complexa questão	47
CAPÍTULO III-O LÓCUS DA PESQUISA	52
3.1. Alcoolismo: Recôncavo da Bahia	52
3.2. A atenção aos usuários de álcool no município de São Félix	54
3.3. A percepção dos profissionais de saúde de uma Unidade de Saúde da família em São Félix	56
CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
APENDICES	

INTRODUÇÃO

No Brasil, o uso de bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas (PSA) são considerados como uma prática de socialização que visa garantir a participação nas relações e, portanto, tem garantida a sua aceitação pela sociedade. Entretanto, o excesso dessas substâncias traz sérias complicações a vida das pessoas, incidindo diretamente em alguns aspectos, tais como: saúde, estado emocional e relações sociais.

Sendo considerado por muitos como porta de escape e utilizado na tentativa de resolução dos problemas, o uso excessivo do álcool pode ser extremamente prejudicial à vida do indivíduo, causando-lhe doenças como cirrose, câncer, transtornos mentais, hipertensão, diabetes, estresse e etc. e promovendo danos morais e sociais, tais como: acidentes no trabalho, desemprego, violência domiciliar e o preconceito que estigmatiza o indivíduo tornando-o um sujeito vulnerável e vitimizado pelo sistema capitalista (DUALIBI; 2007).

Esses problemas de saúde, comportamentos e acidentes na vida dos usuários excessivo de álcool é algo que chamou e chama muito minha atenção na profissão como agente comunitária onde tive a oportunidade de vivenciar inúmeras situações de problemas de saúde as vezes causando até a morte do indivíduo, e no campo de estágio no Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) realizado no município de Cachoeira que também constatei que é comum os mesmos problemas e o desafio das equipes de Saúde para cuidar desses usuários.

O Sistema Único de Saúde (SUS) e a política de álcool, norteados por uma atuação humanizada, realizam ações com vistas à redução dos danos que essa substância psicoativa causa à saúde do usuário, criando mecanismos que promovam o cuidado a saúde e a oferta de estratégias voltadas a manutenção do bem-estar na redução do uso do álcool. Conforme Decreto BRASIL (2010):

[...] a política Nacional sobre o Álcool tem como princípios fundamentais à sustentação de estratégias para o

enfrentamento coletivo dos problemas relacionados ao consumo de álcool, contemplando a intersectorialidade e a integralidade de ações para a redução dos danos sociais, à saúde e à vida causada pelo consumo desta substância, bem como as situações de violência e criminalidade associadas ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas na população brasileira(p.80).

Na política de saúde é apontado o dever das equipes no âmbito da prevenção e promoção do bem-estar da população do seu território, garantindo serviços, oferecendo o cuidado e o acompanhamento individual e coletivo da sua comunidade. Dentro da política de álcool as equipes de saúde assumem uma função de suma importância no desenvolvimento de estratégias que visam reduzir os danos causados pelo álcool através da integração das estratégias que são desenvolvidas na promoção da saúde do indivíduo (BRASIL, 2008).

Ao observar a grande incidência de problemas de saúde decorrentes do consumo abusivo do álcool na cidade de São Félix – Bahia percebi a importância da atenção e cuidado da saúde dessa população. Em particular por fazer parte do quadro de funcionários da atenção básica como agente comunitária de saúde ha quinze anos no município e com os percalços do cotidiano de trabalho, sempre tive a inquietação de conhecer melhor o cuidado com os alcoolistas, principalmente por ter a oportunidade de conviver na comunidade onde possui um número significativo de estabelecimentos que comercializam bebida alcoólica e, também uma grande quantidade de usuários abusivos de álcool, sendo evidente os problemas causados a saúde e as vidas das pessoas devido ao uso dessa substancia.

É visível que o uso abusivo do álcool é justificado, na maioria das vezes como expressão dos sentimentos ou de aspectos da vida que querem esquecer, como desemprego, ausência de um ente querido, entre outras frustrações. Salientando que esse consumo também se apresenta nos momentos de felicidade e prazer, parto da perspectiva de identificar e analisar as estratégias das equipes de saúde junto aos usuários e suas famílias no enfrentamento desse problema.

Apesar de toda esta complexidade que envolve o consumo abusivo do álcool, ainda são incipientes os estudos, em particular que envolvam o Estado da Bahia, o que justifica a importância da realização da presente pesquisa.

Muitas são as questões que envolvem o tema, porém, para este trabalho a questão norteadora foi: Quais os principais desafios enfrentados por uma equipe de saúde na atenção aos usuários abusivos de álcool no município de São Félix - Bahia?

Para a realização do presente estudo preservou-se a identidade das pessoas entrevistadas, bem como o nome da Unidade de saúde, para não deixar margem a identificação dos sujeitos envolvidos.

Este trabalho está estruturado através de três capítulos, conforme explicitado a seguir:

Primeiro capítulo busca situar a política de álcool e outras drogas, através de um resgate histórico da sua construção e implementação no Brasil, bem como da sua interface com a saúde mental e a importância do trabalho transversal e interdisciplinar para atenção aos usuários de álcool e outras drogas;

Segundo capítulo trata da rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas de uma forma geral, fazendo um recorte para esta situação no Estado da Bahia;

O terceiro capítulo adentra na realidade baiana e do Recôncavo e, analisa os dados coletados na pesquisa.

Por fim, a considerações finais que aponta para a necessidade de realização de novos estudos, pois a questão é bastante complexa e que necessita de outras abordagens para avançar na sua compreensão.

Que a leitura e apreciação deste estudo, nos possibilitem novas questões, inquietações e estudos.

CAPÍTULO I-SITUANDO A POLÍTICA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Há um complexo dilema que envolve o uso de substâncias psicoativas na sociedade quando se trata um lado o campo da saúde pública e de outro da segurança pública, existindo divergência nas abordagens, a saúde direciona o cuidado com o usuário para a prevenção, promoção e tratamento e a segurança com punição, controle do tráfico e redução da criminalidade.

As políticas direcionadas para os usuários de drogas sejam essas lícitas ou ilícitas tende a analisarem o comportamento do usuário conforme a substância que este faça uso o titulando de anti-social ou criminoso utilizando práticas conservadoras e preconceituosas.

Dentro dessa temática como foco da política de saúde terá destaque o usuário de álcool e uma das mais consumida no País.

Assim, neste capítulo será feita uma abordagem preliminar acerca destas duas políticas, buscando situar o usuário de drogas (no caso deste trabalho, o álcool), entre estas duas políticas.

1.1. Política de saúde ou de segurança pública?

Esse é um dilema que está presente no debate da política de álcool e outras drogas (como é oficialmente denominado). Identificar os fatores que contribuíram para o surgimento da política pública de saúde para usuários de álcool e outras drogas é fundamental para desvelar como o poder público se apropriou dessa temática no Brasil. Inicialmente, ocorreu no campo da

segurança pública, ainda que o argumento da preservação da saúde pública tenha sido sempre utilizado como justificativa pelos governantes brasileiros para suas intervenções. As primeiras ações ligadas ao “acolhimento e tratamento” dos dependentes de drogas surgem no âmbito da justiça penal, ou seja, no espaço da criminologia, a partir de uma lógica punitiva, embasada em arcabouço jurídico que criminalizava as várias condutas associadas à produção, ao comércio e ao uso de drogas e eram destinadas àqueles que cometiam a ilegalidade de se drogarem. Tais medidas tinham embasamento na psiquiatria para sua legitimação e estavam do que para o tratamento ou acolhimento, entendiam o usuário de drogas como doente e/ou como criminoso (FIORE, 2005).

Esta concepção inicial traz-nos consequências até os dias de hoje, tanto no que diz respeito a necessidade, quanto da responsabilidade pela implementação de ações de saúde na área de álcool e outras drogas no Brasil.

No Brasil, a adoção de medidas governamentais, tem início nos primórdios do século XX, sobretudo no espaço legislativo, com escopo de estabelecer medidas de controle do uso de álcool e outras drogas, de forma a estabelecer a manutenção da ordem social e a preservação das condições de saúde e de segurança da população brasileira. O saber jurídico e psiquiátrico dominava este campo e serviam como embasamento para as ações neste período, reforçado pela pouca produção de conhecimento associado ao consumo de álcool e outras drogas. Segundo MUSUMESCI (1994), o alcoolismo já era considerado um dos graves problemas da humanidade naquela época. Apesar de se reconhecer a gravidade do uso de álcool, o governo brasileiro pautou as suas primeiras intervenções motivadas por outras drogas que se tornaram ilícitas ainda no início do século XX e possuíam baixo consumo no Brasil.

Com a falta de ações do governo brasileiro frente ao consumo de álcool, passam a surgir, no início do século passado, sociedades de cunho privado, tais como: Liga Antialcoólica de São Paulo, Liga Paulista de Profilaxia Moral e Sanitária e Liga Brasileira de Higiene Mental, União Brasileira Pró-

Temperança, que promoviam as ações de educação e medidas assistenciais para alcoolistas, com forte viés moralista e higienista (MUSUMESCI, 1994).

Para Costa (1980, apud SÁAD, 2002), o processo crescente de urbanização e empobrecimento das populações, em especial aquelas que vinham para os grandes centros em busca de melhores condições de vida, acarretou a criação de espaços adversos e situados no entorno das cidades, levando estas populações a situações tais como o alcoolismo. Buscava-se, então, pelos programas de higiene mental, a redução do consumo de bebidas alcoólicas e a regeneração da sociedade. A Psiquiatria, influenciada pela moral e pela eugenia, colocava como necessário o estabelecimento de medidas de caráter repressivo para diminuir o índice de alcoolismo, favorecendo a entrada da ordem jurídica na repressão ao uso de álcool (SÁAD, 2002).

O Brasil seguia tolerante ao uso de álcool, entretanto com relação ao uso de outras drogas adotou a linha da repressão. Em 1911, aderiu à Convenção de Haia, que estabeleceu o primeiro tratado internacional que propôs controle sobre a venda de ópio, morfina, heroína e cocaína. Compareceu também às reuniões da Organização das Nações Unidas (ONU), realizadas em 1961, 1971 e 1988, que deram origem as convenções internacionais que reafirmaram a necessidade de adoção de medidas de repressão à oferta e ao consumo de drogas, influenciando o governo brasileiro na sua abordagem com usuários de drogas. Nos anos 20, ocorreram mudanças no Código Penal Brasileiro por meio do Decreto nº4294, que passou a propor pena de prisão para aqueles que vendessem ópio, seus derivados e cocaína. A embriaguez que acarretasse “atos nocivos a si próprio, a outrem ou à ordem pública” passou a ser punida com a internação compulsória em “estabelecimento correccional adequado”. O Decreto nº 14969 criou o “sanatório para toxicômanos” (BITTENCOURT, 1986; FIORE, 2005).

As mudanças introduzidas no Código Penal Brasileiro impuseram a exclusão dos usuários de álcool e outras drogas do convívio social, justificada pela ameaça à ordem social que supostamente eles representavam. Outros decretos-lei foram estabelecidos, reafirmando a perspectiva repressiva e criminalizante do uso de drogas no Brasil. Em 1971, a Lei nº 5726 introduziu

mudanças significativas na interpretação do uso de drogas ainda que no âmbito da justiça penal. A concepção médico-psiquiátrica tornou-se preponderante; o usuário de drogas passou a ser considerado um doente e os hospitais psiquiátricos tornaram-se os dispositivos assistenciais privilegiados de atenção, passando a ter como objetivos salvar, recuperar e não simplesmente punir. Bittencourt (1986) mostrou como a Psiquiatria se tornou uma aliada no fortalecimento da repressão e do controle de drogas no Brasil:

Primeiramente ao surgir no cenário jurídico-penal de 1971 como um complemento às ações de repressão e prevenção ao uso de drogas, servindo para o reaparelhamento do Judiciário através da absorção de sua tecnologia. Segundo, ao se apresentar como alternativa institucional ao destino desta classe de excluídos, implicando a psiquiatrização dos procedimentos de controle do uso de drogas em nossa sociedade [...] (BITTENCOURT, 1986, p.42).

Essa linha repressiva segue por toda a legislação que aborda a questão das drogas, como a legislação de 1976¹, que reafirmou a tendência de abordar o abuso e a dependência de drogas no campo médico-psiquiátrico, entretanto algumas mudanças ocorreram: a substituição do termo viciado por dependente de drogas; a proposição de criação de estabelecimentos especializados para tratamento de dependentes de drogas na rede pública de saúde; a proposição de tratamento em regime hospitalar e extra-hospitalar e a proposição do tratamento - e não mais da internação - como medida compulsória.

Nos anos 60 o cenário do consumo da maconha sofre uma mudança, antes restrito as camadas mais pobres da sociedade ou aquelas que estavam em desacordo a ordem estabelecida, passa a ser consumida por jovens, artistas, intelectuais e universitários, pertencentes as camadas medias e altas da sociedade.

É nos anos 80, com o surgimento dos primeiros centros de tratamento² que as orientações previstas na Lei nº 6.368 de 76, começaram a ter efeitos

¹Lei nº 6368

² Médico/psicológicou religioso, ligados direta ou indiretamente a esfera governamental.

práticos, servindo, entre outras coisas, abrir as portas assistenciais do Estado aos dependentes de drogas [...] (BITTENCOURT, 1986).

Vale salientar que na grande maioria desses equipamentos assistenciais para usuários de drogas eram destinados para drogas ilícitas, não atendendo alcoolistas.

O Ministério da Saúde constatava a necessidade de elaboração de programas de saúde para minimizar o impacto do consumo de bebidas alcoólicas na saúde da população. Verificava-se também que uma parcela significativa das internações e consultas ambulatoriais psiquiátricas e dos benefícios previdenciários (licença médica, aposentadorias, entre outros) era utilizada por alcoolistas. Essas ações serviram mais ao propósito de estabelecimento de controle social de segmentos específicos da população brasileira do que ao enfrentamento dos problemas que impactavam negativamente a saúde da população brasileira (CARLINI-COTRIM, 1998).

A Lei de 1976 estabeleceu as bases legais para a criação do Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes e do Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN), no âmbito do Ministério da Justiça. Em 1980, o Decreto nº 85110 de 02 de setembro instituiu esse Sistema, que teve como órgão central o CONFEN. Esse Conselho tinha como principais funções:

Art 4º [...] propor a política nacional de entorpecentes, elaborar planos, exercer orientação normativa, coordenação geral, supervisão, controle e fiscalização das atividades relacionadas com o tráfico e uso de entorpecentes e substâncias que determinem dependência física ou psíquica [...] (BRASIL, Ministério da Justiça, 1992, p.19).

O CONFEN era composto por representantes dos vários Ministérios (Justiça, Saúde, Educação e Cultura, Previdência e Assistência Social, Fazenda e Relações Exteriores), foi um órgão normativo dos diversos assuntos e das ações programáticas governamentais associadas ao tema drogas. A princípio, o CONFEN abordou apenas questões relativas às drogas ilícitas e, em meados da década de 80, passou a abordar também questões

relacionadas às drogas lícitas. O CONFEN surgiu no fim do período militar e foi extinto em 1998, quando se criou a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD)³. Destaca-se que o CONFEN, ao longo de sua história, esteve mais comprometido com o desenvolvimento de ações repressivas em relação às drogas.

Em 1992, um novo documento, denominado “Projeto para uma Nova Política de Drogas no País”, reafirmando a necessidade de modificações já apontadas no documento de 1988 e revelando impasses da política de drogas brasileira, baseada em uma visão jurídico-penal, associada à perspectiva médico-psiquiátrico.

O documento de 1996, denominado “Programa de Ação Nacional Antidrogas”, apesar de ter proposto o desenvolvimento de ações harmônicas de prevenção, repressão e tratamento, privilegiou o desenvolvimento de ações repressivas. Manifestou a preocupação com o crescimento do consumo de drogas lícitas e ilícitas e do fenômeno das dependências químicas e com a disseminação do vírus HIV entre os usuários de drogas injetáveis no Brasil. Apesar de incluir preocupações do campo saúde pública, o documento não propôs nenhuma articulação com o setor público de saúde. A responsabilidade pela coordenação e pelo acompanhamento das ações de tratamento e de recuperação foi atribuída ao Ministério da Justiça, à Secretaria de Planejamento das Ações de Segurança Pública e ao Departamento de Entorpecentes. É importante observar que, em 1996, no setor saúde, já estavam em curso os processos de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), da reestruturação da atenção em saúde mental e dos programas de redução de danos no Brasil.

Atualmente⁴ a política de drogas no Brasil fica sob a responsabilidade da SENAD – Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas, que foi criada através da Medida Provisória Nº 1.669 de 1988, funcionando inicialmente ligada ao Gabinete Militar da Presidência da República, e posteriormente transferida para

³A SENAD foi criada em 1988 e em 2011, através do Decreto nº 7.426/2011 passa a compor o Ministério da Justiça, sendo denominada de Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas.

⁴ Disponível em: http://www.justica.gov.br/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/copy_of_Politicas-sobre-Drogas Acessado em 12/02/2017.

a estrutura do Ministério da Justiça pelo Decreto nº 7.426, 2011. Compete a SENAD:

I - assessorar e assistir o Ministro de Estado, no âmbito de sua competência;

II - articular e coordenar as atividades de prevenção do uso indevido, a atenção e a reinserção social de usuários e dependentes de drogas;

III - propor a atualização da Política Nacional sobre Drogas, na esfera de sua competência;

IV - consolidar as propostas de atualização da Política Nacional sobre Drogas;

V - definir estratégias e elaborar planos, programas e procedimentos, na esfera de sua competência, para alcançar os objetivos propostos na Política Nacional sobre Drogas e acompanhar a sua execução;

VI - atuar, em parceria com órgãos da administração pública federal, estadual, municipal e do Distrito Federal, assim como governos estrangeiros, organismos multilaterais e comunidades nacional e internacional, na concretização das atividades constantes do inciso II;

VII - promover o intercâmbio com organismos nacionais e internacionais na sua área de competência;

VIII - propor medidas na área institucional visando ao acompanhamento e ao aperfeiçoamento da ação governamental relativa às atividades relacionadas no inciso II;

IX - gerir o Fundo Nacional Antidrogas - FUNAD, bem como fiscalizar a aplicação dos recursos repassados por este Fundo aos órgãos e entidades conveniados;

X - firmar contratos ou celebrar convênios, acordos, ajustes ou outros instrumentos congêneres com entidades, instituições ou organismos nacionais e, mediante delegação de competência, propor com os internacionais, na forma da legislação em vigor;

XI - indicar bens apreendidos e não alienados em caráter cautelar, a serem colocados sob custódia de autoridade ou órgão competente para desenvolver ações de redução da demanda e da oferta de drogas, para uso nestas ações ou em apoio a elas;

XII - realizar, direta ou indiretamente, convênios com os Estados e o Distrito Federal, a alienação de bens com definitivo perdimento decretado em favor da União, articulando-se com os órgãos do Poder Judiciário, do Ministério Público e da administração pública federal e estadual para a consecução desse objetivo;

XIII - gerir o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas - OBID;

XIV - desempenhar as atividades de Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas;

XV - executar as ações relativas ao Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, bem como coordenar, prover apoio técnico-administrativo e proporcionar os meios necessários à execução dos trabalhos do Comitê Gestor do referido Plano; e

XVI - realizar outras atividades determinadas pelo Ministro de Estado.

Apesar de todo o percurso da política de drogas, esta continua atrelada ao campo da segurança pública, só recentemente, ou seja, após 2003 que houve uma maior aproximação entre estas duas políticas e a saúde começa a ter uma maior atuação neste campo.

1.2. A saúde e sua interface com a política de álcool e outras drogas

A política da saúde nesta área tem como propósito o fortalecimento das políticas visando à redução do impacto do álcool e outras drogas na saúde do usuário buscando alternativas junto a outros órgãos e setores para garantir o direito a saúde com a efetiva responsabilidade do Estado e a articulação de diversos setores que contribuem para a aplicação dessas políticas.

Apesar da criação da SENAD, o Governo Federal manteve a mesma dicotomia anterior em relação a responsabilidade da política de drogas. Em relação aos programas de redução de danos, a SENAD, em alguns momentos, se posicionou de maneira bastante favorável, em outros apresentou resistências que não chegaram a inviabilizar a implementação dessas ações no País.

A SENAD, de início, teve atenção especial a melhoria da assistência realizada pelas comunidades terapêuticas, colocando ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) no processo de estabelecimento das normas

mínimas de funcionamento dos serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, previstas na Política Nacional Antidrogas de 2001.

O Ministério da Saúde defendia a posição de que a atenção aos usuários de drogas deveria ser da responsabilidade do SUS, entretanto, as comunidades terapêuticas, com apoio da SENAD tinham outra posição, ou seja, a atenção aos usuários de álcool e outras drogas deveria estar associada ao Ministério da Justiça (BRASIL, Ministério da Saúde, 2004).

Apenas a partir de 2003, com o início do governo do Presidente Luís Inácio Lula da Silva, foi feito um esforço de articulação entre a SENAD e o Ministério da Saúde (MS), apesar das dificuldades e das diferenças, inclusive ideológicas, entre as políticas da área de drogas e o campo da saúde pública. Neste ano, surgiu, sob a forma de uma política, uma proposta de intervenção no campo da Saúde Pública no Brasil.

Mudanças no sistema de saúde brasileiro - como a criação do SUS eo início do processo de reestruturação da atenção em saúde mental - e alterações no quadro de morbidade da população brasileira - com o aparecimento da AIDS - criaram condições que favoreceram a aproximação entre a temática álcool/drogas e a Saúde Pública (MACHADO, 2006, p. 58).

A política de Álcool e Outras Drogas, no Brasil, foi inserida no processo de reestruturação da atenção em saúde mental iniciada desde o início da década de 90.

A necessidade de atenção, sobretudo aos alcoolistas, foi historicamente revelada e reafirmada pelo número de leitos psiquiátricos que esses pacientes ocupavam. Apesar da constatação dessa necessidade, o processo de reestruturação de atenção em saúde mental que tinha como objetivo, justamente, a criação de redes de atenção substitutivas aos hospitais psiquiátricos, adiou por quase uma década a discussão e a proposição das diretrizes de atenção aos alcoolistas. Se, desde a década de 70, os alcoolistas ocupavam grande parte dos leitos psiquiátricos, a partir da década de 90, começou a ser constatada a necessidade de

tratamento dos usuários de outras drogas (MACHADO, 2006, p. 58)

Segundo a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuário de Álcool e Outras Drogas (2003), as políticas e práticas para as pessoas que apresentam problemas decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas, no âmbito de atuação do Ministério da Saúde, devem ser elaboradas pela sua Área Técnica de Saúde Mental / Álcool e Drogas.

As diretrizes para uma política ministerial específica para a atenção a estes indivíduos estão em consonância com os princípios da política de saúde mental vigente - preconizada, articulada e implementada pelo Ministério da Saúde; uma vez regulamentada e respaldada pela Lei Federal 10.216(MS, 2002), sancionada em 6/4/2001, constitui a política de Saúde Mental oficial para o Ministério da Saúde, bem como para todas as unidades federativas. Assim sendo, a Lei Federal 10.216 (MS, 2002) também vem a ser o instrumento legal / normativo máximo para a política de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, a qual também se encontra em sintonia para com as propostas e pressupostos da Organização Mundial da Saúde. Viabilizando as deliberações da III Conferencia Nacional de Saúde Mental, no sentido de normalizar a atenção a usuários de álcool e drogas, o Ministério da Saúde publicou portarias voltadas para a estruturação de rede de atenção específica a estas pessoas (BRASIL, 2003, p. 25).

Destaca-se, a importância das Reformas Sanitária e Psiquiátrica, na reivindicação ao acesso universal e igualitário a todos os brasileiros, entretanto, cabe salientar que a Reforma Sanitária serviu como alicerce para a concretização das diretrizes da Reforma Psiquiátrica, no âmbito da saúde mental (ONOCKO-CAMPOS, FURTADO, 2006).

Como contraposição as práticas punitivas aplicadas aos usuários de drogas surgem, no Rio Grande do Sul, em 1999, a Política Estadual de Educação Preventiva e Atenção ao Usuário de Drogas, que reconheceu a complexidade do fenômeno das drogas propondo, como alternativa, a

integração das diferentes secretarias sob a coordenação da secretaria geral de governo. No mesmo ano é criada a Associação Carioca de Redução de Danos (ACRD), com a participação de técnicos do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas (NEPAD) (DUARTE, 2011).

A partir da Lei nº 10.216, do dia 6 de abril de 2001, originária do movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, se reafirmaram os princípios e diretrizes do SUS garantindo-se serviços de saúde mental às pessoas com transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras substâncias psicoativas (DELGADO, CORDEIRO, 2011).

A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuário de Álcool e Outras Drogas, após ser revisado e republicado em 2004, indicou a criação da rede de atenção integral a partir da intersetorialidade, contemplando ações de prevenção, promoção e proteção à saúde. Assim, são implantados os Centros de Atenção Psicossocial, Álcool e outras Drogas (CAPS AD) (BRASIL, 2004).

Acerca desse documento destinado às questões do uso e abuso de substâncias psicoativas, FLACH (2010) apresenta a seguinte reflexão:

Este documento pode ser considerado um marco político que rompe com as propostas reducionistas e focadas na abstinência ao conceber o consumo de drogas na sociedade como um fenômeno complexo que não pode ser objeto apenas das intervenções psiquiátricas e jurídicas, e exige a construção de respostas intersetoriais e a participação da sociedade (FLACH, 2010, p. 17).

Após a implantação desta política por parte do Ministério da Saúde, passou-se a incluir na agenda da saúde pública as ações voltadas ao consumo de substâncias psicoativas recomendadas pela III Conferência Nacional de Saúde Mental (DELGADO, CORDEIRO, 2011).

De acordo com CRUZ e FERREIRA (2011), a constituição das ações de saúde em rede torna-se efetiva a partir da incorporação dos:

[...] recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc), sanitários (rede de saúde), sociais (moradia, trabalho, esporte, escola, esportes etc.), econômicos (dinheiro,

previdência etc.), culturais, religiosos e de saúde nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial (CRUZ, FERREIRA, 2011,p. 36).

Conforme DUARTE (2011), “o Ministério da Saúde considera que o consumo de álcool e outras drogas é uma questão de saúde pública e não de segurança pública ou de polícia” (apud DELGADO, CORDEIRO, 2011, p. 46).

Após esses movimentos, a política pública, voltada para a temática das drogas, em 23 de maio de 2005, passa a chamar-se Política Nacional sobre Drogas (PNAD) que prioriza em suas ações o planejamento e a articulação entre os diferentes equipamentos sociais e instituições de saúde (DUARTE, 2011).

Essa política apresenta direções e diretrizes sobre prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social; redução dos danos sociais e à saúde; redução da oferta; e estudos, pesquisas e avaliações. Orienta-se pelo princípio da responsabilidade compartilhada, segundo o qual governo, iniciativa privada, terceiro setor e cidadãos devem atuar de forma cooperada e articulada entre si. Esse indicativo descentraliza as ações sobre substâncias psicoativas no Brasil (BRASIL, 2008).

Assim, em 23 de agosto de 2006, sob a Lei nº 11.343, cria-se o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), que coloca o Brasil em destaque entre as discussões mundiais sobre esse tema ao indicar medidas preventivas contra o uso indevido de substâncias psicoativas (SPA).

A edição dessa lei favoreceu a aproximação da Justiça aos serviços de saúde e de assistência social, conferindo-lhes um papel central no atendimento a essas pessoas (GOMES et al., 2008).

1.3 Álcool e outras drogas: ação interdisciplinar e transversal

É possível haver interdisciplinaridade em atenção aos usuários de álcool e outras drogas? Esta tem sido uma indagação necessária e a resposta pode ter vários caminhos: não, talvez e sim. Sem o intuito de discorrer em profundidade acerca da interdisciplinaridade, vamos adentrar neste campo, como uma forma possível e necessária de intervenção. Envolver vários sujeitos não é uma tarefa fácil, visto que a construção de um trabalho interdisciplinar depende de muitos fatores, de concepções e de políticas. Pode-se, no entanto, imaginar ações que a equipe possa fazer para buscar estas trocas disciplinares (usando como base o estudo de SAUPE et al., 2005):

Interdisciplinaridade tem sido objeto constante de discussão quando se aborda as ciências da saúde. [...]Acreditamos que a polissemia que a interdisciplinaridade desperta pode ser entendida, pelo menos parcialmente, na medida em que seu significado se recorta ao interior do objeto específico que se pretende investigar ou enfrentar. Por exemplo, num sentido amplo poderíamos qualificar a Bioquímica como um produto de uma relação interdisciplinar entre a Biologia e a Química, originando uma nova disciplina. Outro poderia indicar que Educação em Saúde é uma área do conhecimento articulada interdisciplinarmente entre os pressupostos da Saúde Coletiva e a Educação Construtivista. Estes exemplos já tendem a dimensionar o problema das multifaces da categoria (2005, p. 523).

Geralmente, quem percebe a dificuldade deste tipo de atenção é um profissional da área das ciências humanas ou aquele ao qual são atribuídas certas tarefas ou demandas difíceis de serem resolvidas isoladamente. Aqui, muitas vezes, encontram-se os profissionais do Serviço Social e da Psicologia, cabendo a eles estimular a equipe a se fazer equipe entendendo o papel que cada um ocupa no todo e o todo que multiplica o valor das partes. Se a equipe estiver motivada para trabalhar em conjunto, podemos realizar uma série de atividades para desenvolver esta competência. Parece fundamental que uma das primeiras tarefas a ser abordada com os sujeitos da equipe seja entender

as terminologias multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade, interdisciplinaridade, transdisciplinaridade. Apesar de não ser decisivo, conhecer as confusões geradas nos conceitos referidos auxilia numa abordagem reflexiva da auto-imagem da equipe e suas práticas. Isto levará o grupo a pensar o porquê de trabalhar de forma interdisciplinar.

Para VASCONCELOS (2007), a interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade são “[...] componentes chaves da constituição de campos plurais, pluridimensionais e aplicados de conhecimentos como o da saúde mental [...]”. O autor citado, afirma que a especificação do saber trouxe consequências nefastas no campo da saúde mental, quando a psiquiatria alienista reclamou para si o “cuidado’ com o “doente mental”, disseminando práticas desumanas e genocidas. Para ele, o paradigma da interdisciplinaridade aponta para o desenvolvimento de uma assistência alinhada com os preceitos da Reforma Psiquiátrica ao conceber o sofrimento mental como uma questão complexa que requer um modelo de intervenção preocupado com a multi - dimensionalidade que a envolve. Para SÁ (2008), a interdisciplinaridade busca a concorrência solidária entre as diversas disciplinas nas construções da totalidade humana.

VASCONCELOS (2007) destaca que desinstitucionalização pretendida por essa Reforma centra-se na reconstrução da complexidade e da totalidade da vida social e subjetividade do sujeito. Pretende uma verdadeira revolução paradigmática ao propor cuidados possibilitadores da transformação dos modos de viver e sentir o sofrimento mental. Ao rejeitara centralidade na cura reproduzida pelo modelo tradicional, reclama ocupar-se da produção da vida, do sentido, da sociabilidade e da utilização das formas de convivências dispersas.

Outro aspecto importante a ser considerado é o conhecimento das Reformas Sanitária e Psiquiátrica, bem como das políticas públicas presentes, no processo saúde-doença. Parece que o conhecimento dos princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde pode contribuir na execução de práticas interdisciplinares, sobretudo dentro da perspectiva da Integralidade, eixo da reforma que justifica o trabalho em equipe. Esta questão não se refere a um conhecimento amplo e profundo, mas a uma base clara para a equipe (dentro

de suas individualidades) entender o sistema, criando um espaço de aprendizagem permanente.

Para a equipe interagir de forma a compartilhar seus saberes, necessita conhecer o papel de cada disciplina, conhecer as suas especificidades, ou seja, conhecer o outro por meio de suas competências específicas. A divisão de trabalho coletivo dá-se apreendendo os papéis a serem desempenhados pelos diferentes atores envolvidos. Esta categoria desperta também o reconhecimento de que a base da relação interdisciplinar pressupõe a existência de disciplinas caracterizadas por conceitos particularizados.

É preciso não apenas conhecer o saber técnico do outro, mas conhecer a equipe nas suas diferenças culturais e sociais, aproximando os sujeitos um dos outros, a fim de haver um relacionar-se do grupo. Esse "relacionar-se" tem como pressupostos a tolerância, o respeito, a comunicação. Estando a equipe mais coesa, poderá questionar os objetivos que deverá alcançar com a interdisciplinaridade, revendo sua demanda. É preciso ter em mente que, quando os profissionais atuam individualmente, existe uma determinada necessidade a ser buscada e, no momento em que a equipe conseguir interagir e comunicar seus saberes deve descobrir qual a demanda da comunidade para esta nova configuração, bem como entender de uma nova forma estes problemas. Em outras palavras, a equipe trabalhando como equipe poderá estruturar novas formas de trabalhar os problemas de sua comunidade através de um novo planejamento.

A interdisciplinaridade é uma prática dinâmica. Nem todos os momentos vividos numa Unidade de Saúde são interdisciplinares e não se é interdisciplinar sempre, com todos os membros da equipe. Há espaço para o trabalho disciplinar quando o realizo dentro da especificidade do meu coletivo de pensamento. Por outro lado, sob determinadas circunstâncias, o trabalho interdisciplinar fica restrito no projeto comum de dois coletivos de pensamento; às vezes, o projeto demanda a participação cooperativa de todos os membros da equipe. A capacidade de reconhecer situações interdisciplinares é que constitui uma habilidade a se desenvolver.

O campo da saúde mental propiciou a transformação das práticas e saberes, garantindo aos usuários dos serviços de saúde mental, aos usuários abusivos de álcool a universalidade de acesso e direito a assistência, bem

como a sua integralidade, valorizando a territorialização do atendimento, a partir da estruturação de serviços mais próximos do convívio social de seus usuários, configurando redes assistenciais mais adequadas as variadas demandas desse segmento da população como: saúde, assistência social, lazer, educação e outros.

Assim, sendo, torna-se fundamental um trabalho transversal para atenção aos usuários de álcool e outras drogas, localizados em seu território, de forma a facilitar os cuidados e a integralidade dos sujeitos a serem atendidos. Para além do trabalho das equipes (entre e com os profissionais de saúde), as políticas devem dialogar, os equipamentos públicos devem atuar de forma complementar, dando suporte integral aos usuários dos serviços.

[...] a articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos. É uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas que pretende possibilitar a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população (FEUERWERKER e COSTA, 2000, p. 94).

Tal conceito reverbera no ideário da atenção aos usuários de drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas, contribuindo com a perspectiva da promoção da saúde, entendido como um novo paradigma de intervenção nas políticas públicas, a partir de valores éticos de democratização, de estímulo à participação social e equidade e de promoção da sustentabilidade, a partir de ações intersetoriais e transversais.

CAPÍTULO II - ATENÇÃO A SAÚDE DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL NO ESTADO DA BAHIA

O álcool é uma das poucas drogas que tem seu consumo admitido e incentivado pela sociedade⁵, sendo uma das drogas que mais matam na contemporaneidade.

Assim, este capítulo tem como escopo estudar a Rede de Atenção a Saúde (RAS), a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), de uma maneira geral e situar como esta atenção vem ocorrendo aos usuários de álcool e outras drogas no Estado da Bahia. Destaca-se que a referencia a álcool e outras drogas é feita apenas por conta da política abordar desta forma, mas o objeto deste estudo é a atenção aos usuários abusivos de álcool.

2.1. Rede de atenção á saúde e a Rede de Atenção Psicossocial-RAS/RAPS.

A palavra rede esta relacionado à articulação de serviços organizados entre atores sociais e instituições que trabalham visando a prevenção, promoção e assistência no cuidado com a saúde dos usuários de substâncias psicoativas.

A Rede de atenção a saúde (RAS) esta interligada a rede de atenção psicossocial (RAPS). A RAS aglomera diversos setores na perspectiva da atenção integral do usuário de álcool e outras drogas. Segundo (RONZANI et, 2015) portanto suas conjunturas e características organizacionais derivam dessa pluralidade intersetorial articulada, visando a promoção da saúde, prevenção e atenção aos usuários de drogas (p46).

⁵ O que pode facilmente ser visto através de propagandas nas várias mídias, em especial quando está próxima a grandes festas populares como o carnaval e São João.

Segundo STARFIELD (2002) a atenção primária á saúde difere do cuidado secundário. É uma atenção otimizada, visando o cuidado da pessoa no meio físico e social. Abarcando uma visão ampla do problema de saúde, oferece atenção para todas as necessidades do usuário e, não havendo possibilidades para tal, encaminha e acompanha o mesmo na prestação do cuidado contínuo.

A RAS surge como resposta para o cuidado com a população de maneira integral e continua tendo como foco um direcionamento singular e totalitário na atenção primária a saúde do usuário no acompanhamento através de ações organizadas que ofereçam os serviços que atendam a necessidade das pessoas.

Nesse sentido, MENDES (2010) define a RAS da seguinte forma:

As redes de Atenção a saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção continua e integral a determinada população, coordena pela atenção primária a saúde – prestada no tempo certo no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada – , e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população (RONZANI et apud MENDES,2010,p47).

As ações de cuidado com a saúde devem ser determinadas para um acompanhamento totalizado e fragmentado através do atendimento especializado e responsabilizado de cada instituição, mas com o sentido de fornecer um serviço articulado com a rede para atender a necessidade do usuário.

Sendo o cuidado a saúde dos usuários o principal objetivo então a rede deve contemplar a todos através de mecanismos que garantam o integral cuidado aqueles que busquem serviços por isso é muito importante a articulação entre redes para a manutenção e permanência dos serviços e oferecidos. E que efetivem a prevenção, promoção e assistência a população que procure qualquer tipo de atendimento oferecido pela rede seja contemplado.

Em 2010 foi publicada a Portaria nº 4.279⁶, que estabelece diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), no âmbito do SUS no qual consta a seguinte conceituação das RAS: “São arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.”

No Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011⁷, consta no art. 7º que “As Redes de Atenção à Saúde estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas comissões intergestores”.

Uma das características da RAS é a formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo a Atenção Básica como centro de comunicação; a centralidade nas necessidades de saúde da população; a responsabilização por atenção contínua e integral; o cuidado multiprofissional; o compartilhamento de objetivos e o compromisso com resultados sanitários e econômicos.

Segundo documento do Ministério da Saúde que trata da implantação das Redes de Atenção a Saúde (BRASIL, 2014), considera fundamental que sejam observados os seguintes aspectos: Definição clara da população e território; Diagnóstico situacional; Criação de uma imagem objetivo para a superação dos vários assistenciais; Articulação do público privado; Planejamento pela efetiva necessidade; Criação de um sistema logístico e de suporte; Investimento nas pessoas/equipes; Criação de sistema de regulação e governança para funcionamento da rede; e Financiamento sustentável e suficiente com vinculação a metas e resultados.

Dentre as ações da Rede, existem algumas especificidades, tais como: a atenção básica e as Redes de atenção a saúde, com um eixo de ações transversais, onde está situada a Rede de Atenção Psicossocial e as Redes Temáticas de Atenção a Saúde onde, também está detalhada a Rede de Atenção Psicossocial.

⁶ 30 de dezembro de 2010

⁷ Regulamenta a Lei Orgânica da Saúde.

A Rede de Atenção Psicossocial (Raps) é composta pelos seguintes componentes: atenção básica em saúde, atenção psicossocial, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

Componentes da Rede de Atenção Psicossocial (Raps)

Atenção Básica em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade Básica de Saúde; • Núcleo de Apoio à Saúde da Família; • Consultório na Rua; • Centros de Convivência e Cultura.
Atenção Psicossocial Estratégica	<ul style="list-style-type: none"> • Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades.
Atenção de Urgência e Emergência	<ul style="list-style-type: none"> • Samu 192; • UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto-socorro, unidades básicas de saúde.
Atenção Residencial de Caráter Transitório	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade de acolhimento; • Serviço de Atenção em Regime Residencial CTs.
Atenção Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> • Leitos de saúde mental em hospital geral.
Estratégias de Desinstitucionalização	<ul style="list-style-type: none"> • Serviços residenciais terapêuticos; • Programa De Volta para Casa.
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciativas de geração de trabalho e renda; • Fortalecimento do protagonismo de usuários e familiares.

Fonte: Documento Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS – 2014.

De acordo com o Ministério da Saúde (2014), em 2013, houve aumento da quantidade de serviços habilitados pelo Ministério na Rede de Atenção Psicossocial. No final do ano de 2013, a Rede de CAPS atingiu o total de 2.067 serviços. Em relação às unidades de acolhimento, até 2013 foram mais 14 habilitadas. No final de 2013, atingiu-se o quantitativo de 713 leitos habilitados de saúde mental em hospitais gerais.

As Políticas Públicas sobre Álcool e outras Drogas configuram como cenário vivo aquilo que hoje está instituído e colocado como certo grau de conquista. Este cenário movimenta-se e dialoga com os sujeitos que estão em cena e, o modo de atenção psicossocial acontece na vida cotidiana dos

serviços de saúde mental, no trabalho vivo diário de seus profissionais, usuários e familiares.

É diretriz da saúde mental no município que as unidades acolham todas as pessoas que necessitam de atenção em saúde mental de seu território, exercendo o cuidado quando possível e compartilhando-o com os CAPS nos casos mais complexos. As Equipes de Referência (BRASIL, 2004) devem procurar efetuar cuidados em saúde inclusive para as questões de saúde mental. Mais que uma formatação burocrática, a intenção dessa lógica é que as equipes das unidades conheçam e se tornem referência para usuários e familiares. Além disso, ter as unidades de saúde como referência no cuidado aos usuários da saúde mental, álcool e outras drogas, possibilita a circulação destes usuários pelos serviços da rede de saúde em geral e pelo território, e não só pelos serviços de saúde mental, o que contribui não só com sua autonomia e inserção, como também com a produção de mudanças na cultura.

São diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial:

Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia, a liberdade e o exercício da cidadania; Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, diversificando as estratégias de cuidado, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; Organização dos serviços em RAS regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado; Desenvolvimento da lógica do cuidado centrado nas necessidades das pessoas com transtornos mentais, incluídos os decorrentes do uso de substâncias psicoativas (BRASIL, 2014).

Eixos estratégicos para a implementação da RAPS:

- Eixo 1: Ampliação do acesso à rede de atenção integral à saúde mental.
- Eixo 2: Qualificação da rede de atenção integral à saúde mental.
- Eixo 3: Ações intersetoriais para reinserção social e reabilitação.
- Eixo 4: Ações de prevenção e de redução de danos (BRASIL, 2014).

A operacionalização da RAPS foi iniciada nas regiões priorizadas no Plano de Enfrentamento ao Crack (“Crack, é possível vencer”). As ações de saúde do Plano de Enfrentamento ao Crack, Álcool e Outras Drogas estão inseridas no âmbito da formação da RAPS. As ações de saúde (eixo cuidado) do Plano estão articuladas com ações da assistência social, prevenção, formação e segurança (polícia comunitária) coordenadas entre União, Estados e Municípios.

A RAPS está presente:

Na atenção básica: • Unidade Básica de Saúde; • Núcleo de Apoio a Saúde da Família; • Consultório de Rua; • Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; • Centros de Convivência e Cultura. Atenção Psicossocial Estratégica • Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades. Atenção de Urgência e Emergência • SAMU 192; • Sala de Estabilização; • UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência /pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde. Atenção Residencial de Caráter Transitório • Unidade de Acolhimento; • Serviço de Atenção em Regime Residencial. Atenção Hospitalar • Enfermaria especializada em hospital geral; • Serviço Hospitalar de Referência (SHR) para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Estratégia de Desinstitucionalização • Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); • Programa de Volta para Casa (PVC). Estratégias de Reabilitação Psicossocial • Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda; • Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais⁸.

Entretanto, vale destacar que, apesar da Política de Saúde Mental, no âmbito da Política de Saúde ter assumido a atenção aos usuários de álcool e outras drogas e dos avanços na concepção de que a Política de drogas tem um caráter transversal envolvendo, além da saúde e segurança, a assistência social, identifica-se que o viés da repressão continua prevalecendo na atuação da política de drogas⁹.

⁸ Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/conheca_raps_rede_atencao_psicossocial.pdf, acessada em 25/02/2017.

⁹ Destaca-se que não será desenvolvido, neste trabalho, nenhum estudo acerca do proibicionismo ou repressão as drogas, já que o foco é a atenção aos usuários de álcool.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é responsável pela articulação entre os serviços direcionados para as pessoas que sofrem de transtorno mental e de uso de drogas e responsável em manter a articulação entre os equipamentos do SUS no cuidado desses usuários.

Os equipamentos citados são responsáveis em desenvolverem ações articuladas entre eles na perspectiva de garantir o cuidado a saúde dos usuários e com ênfase nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que oferece atendimento as pessoas que decorrem de transtorno mental e uso de drogas.

Os CAPS “consistem em atender pessoas com transtornos mentais, de forma territorializada, a partir de projetos terapêuticos individuais e em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo. Os CAPS podem ser:

[...] do tipo I, para municípios ou regiões com população entre 20.000 e 70.000 habitantes e funcionar de segunda a sexta-feira das 8h às 18h; do tipo II, em municípios ou regiões entre 70.000 e 200.000 habitantes, funcionando de segunda a sexta-feira, de 8h às 18h, mas podendo funcionar em um terceiro período até 21h; e do tipo III, para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes, funcionando 24 horas, todos os dias incluindo fins de semana e feriados. Além destes, existem os CAPS específicos para cuidados com as pessoas com necessidades em decorrência do uso de álcool e outras drogas (CAPSad) e os destinados a atender crianças e adolescentes com transtornos mentais e / ou fazem uso de álcool e outras drogas (CAPSi) [...] Já os CAPSi são indicados para municípios ou regiões com população acima de 150.000 habitantes, funcionando de segunda a sexta-feira, de 8h às 18h (BRASIL, 2011 p50).

É interessante a representação dos equipamentos de forma separada para apresentar a particularidade de cada um, mas, ambos compreendem a importância do trabalho articulado e que o resultado das ações de promoção da saúde só terá eficácia conforme o vínculo entre a rede no cuidado com a saúde.

As estratégias entre esses equipamentos tende a ser em função da manutenção da rede e da permanência das atividades desenvolvidas na

atenção do cuidado dos usuários de álcool e outras drogas em cada território de alcance dos serviços oferecidos.

2.2. Atenção aos usuários de Álcool na Bahia.

Na Bahia a RAPS busca manter a mudanças na política de saúde mental dentro de condições a favorecer um serviço diversificado e atendendo a necessidade dos usuários.

Segundo FLACH (2010) a rede de atenção a saúde mental é responsável pelo cuidado dos usuários de álcool e outras drogas no Estado da Bahia e é composta da seguinte forma:

Por 07 hospitais psiquiátricos ainda existentes no Estado da Bahia, sendo 03 localizados na capital e os outros 04 distribuídos pelos municípios de Feira de Santana, Juazeiro, Itabuna e Vitória da conquista, uma rede de CAPS composta por 150 estabelecimento; o programa de voltada para casa com 48 municípios cadastrados, distribuída em todas as macrorregiões, ainda que apenas 05 municípios possuam um total de 98 beneficiários; 19 residências terapêutica implantada, com o total de 108 residentes; 26 ambulatórios especializados em saúde mental, 101 municípios com atendimento especializado psiquiátrico ambulatorial nos serviço de saúde, e 125 leitos psiquiátricos em hospitais gerais/municipais, sendo estes distribuídos na sua maioria absoluta entre a macrorregião sul (62 unidades) e a Dires(56 unidades) (p.33).

As informações da RAPS apresentado acima não são dados recentes, mas, é claro sobre a ampliação da rede e a insuficiência dos serviços oferecidos para supri a necessidade da população baiana.

Informações mas recentes da rede conforme a SESAB - 2015 a Bahia tem cerca de 15 milhões de pessoas, distribuídas em 417 municípios, tendo destaque para a expansão da RAPS da seguinte forma:

[...] contamos com 193 CAPS habilitados pelo Ministério da Saúde e aprovados na Comissão Intergestores Bipartite. Cada vez mais, a rede de saúde mental tem se fortalecido e se mostrado capaz de substituir o modelo centrado no hospital

psiquiátrico. Vale ressaltar que a rede de saúde mental não se resume aos CAPS. A publicação da portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011, instituiu a rede de atenção psicossocial (RAPS), a qual deve contar com ações de saúde mental na atenção básica, nos serviços residenciais terapêuticos (SRT), nos leitos de psiquiatria e de desintoxicação em hospitais gerais, nos ambulatórios de saúde mental, bem como com Programa de Volta para Casa, Centros de Convivência e Cultura, cooperativas e associações de produção, controle social, bem como as conexões desta rede com outras políticas públicas. A RAPS deve funcionar de forma articulada, tendo os CAPS como serviços estratégicos na organização de sua porta de entrada e de sua regulação (BRASIL, 2015).

A articulação da rede e ampliação dos serviços é evidente para a manutenção do atendimento do alcance e para o objetivo da política na mudança do serviço assistencial individualista para uma assistência especializada, organizada, articulada e direcionada para o cuidado e promoção da saúde dos usuários.

Para melhor compreensão a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia - SESAB conceitua cada serviço oferecido na RAPS que será apresentado na tabela a abaixo:

Tipos de serviços da RAPS

Modalidade da RAPS	Finalidade	Demanda
Centros de Atenção Psicossocial	Possuem caráter aberto e comunitário, com equipes multiprofissionais e transdisciplinares,	Realizam atendimento a pessoas com sofrimento ou transtornos mentais graves e persistentes, sem excluir aqueles decorrentes do uso de crack, álcool ou outras drogas.
Serviço Residencial Terapêutico - SRT	Os Serviços Residenciais Terapêuticos configuram-se como dispositivo estratégico no processo de desinstitucionalização.	Caracterizam-se como moradias inseridas na comunidade destinadas a pessoas com transtorno mental, egressas de hospitais psiquiátricos e/ou hospitais de custódia.
Programa de Volta pra Casa - PVC	Tem por objetivo garantir a assistência, o acompanhamento e a integração social, fora da unidade hospitalar, de pessoas acometidas,	De pessoas acometidas de transtornos mentais, com história de longa internação psiquiátrica (2 anos ou mais de internação ininterruptos).
Ambulatórios	São unidades destinadas à prestação de assistência a usuários portadores de transtornos mentais em regime de não internação.	As demandas são organizadas, sem atendimento de urgências ou emergências, internação acima de 24 horas ou procedimentos cirúrgicos. Os ambulatórios

		não são pontos de atenção da RAPS.
Hospitais Psiquiátricos		
Serviços Hospitalares de Referência	Serviço hospitalar de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.	Serviço que visa oferecer suporte hospitalar, por meio de internações de curta duração, para usuários de álcool e/ou outras drogas, em situações assistenciais que evidenciem indicativos de ocorrência de comorbidades de ordem clínica e/ou psíquica,

FONTES: SESAB - 2015

As informações sobre a RAPS com base nos dados da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia acima demonstra o número de serviços oferecidos, porém o número da população que tem acesso a esses serviços ainda é insuficiente sendo que existe alguns equipamentos que ainda estão em construção e também tem municípios que não estão dentro dos critérios populacionais para a implantação dos serviços.

A necessidade do CAPS ad surgiu após discussão em 2001 no Seminário Nacional sobre Atendimento aos usuários de Álcool e outras drogas que antecedia a III Conferência Nacional de Saúde Mental¹⁰ (III CNSM) BRAS (2012), que apresentou a importância de um atendimento específico e a ausência de uma atenção designada especificamente para os usuários de álcool e outras drogas. A III CNS teve por objetivo promover uma discussão sobre a configuração de uma rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas, com ênfase na reabilitação e reinserção social, no âmbito do SUS (BRASIL, 2001). Um ano após a discussão o CAPS ad na inserido na rede pública regulamentado e financiado pelo SUS.

A atenção voltada para os usuários de álcool é oferecida através dos CAPS nas cidades pequenas por não terem população suficiente para implantar o CAPS ad e isso trás uma resistência dos usuários que estigmatizam que os serviços oferecidos pela Instituição que é direcionada para as pessoas que tem transtorno mental dificultando o cuidado com os usuários de substâncias psicoativas.

¹⁰ Realizada entre os dias 11 e 15 de dezembro de 2001, em Brasília – DF.

De acordo com (BRAS, 2012 apud SANTOS 2009) o CAPS ad foi criado em meio à diversidade das características populacionais existentes no país e da variação da incidência de transtornos causados pelo uso de álcool e outras drogas. Conforme essa incidência de transtorno causado pelo álcool que é evidente a necessidade da ampliação dos serviços atualmente desde que é visível uma ausência das ações dessa política que é de prevenção, promoção e proteção à saúde dos usuários de forma eficiente e com a perspectiva de alcançar a todos que necessitam do serviço.

De acordo com Brasil (2004) um CAPS ad tem como objetivo oferecer atendimento à população, respeitando uma área de abrangência definida, oferecendo atividades terapêuticas e preventivas à comunidade, buscando: prestar atendimento diário aos usuários dos serviços, dentro da lógica de redução de danos; gerenciar os casos, oferecendo cuidados personalizados; oferecer atendimento nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não intensiva, garantindo que os usuários de álcool e outras drogas recebam atenção e acolhimento; oferecer condições para o repouso e desintoxicação ambulatorial de usuários que necessitem de tais cuidados. (BRAS, 2012, p.35).

OS Centros de Atenção Psicossocial –CAPS possuem caráter aberto e comunitário, com equipes multiprofissionais e transdisciplinares, que realizam atendimento a pessoas com sofrimento ou transtornos mentais graves e persistentes, sem excluir aqueles decorrentes do uso de crack, álcool ou outras drogas (SESAB, 2015).

Os CAPS para serem implantados nos municípios precisam ter um número populacional exigido pelo Ministério da Saúde (MS) para que esses serviços sejam oferecidos nos municípios, explicito abaixo modalidade, população, demanda e funcionamento:

Tipos de CAPS e especificações

Tipos de CAPS	Número populacional	Demanda	Funcionamento
CAPS I	Municípios entre 20.000 e 70.000 habitantes	Atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e	

		persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida	
CAPS II	Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 70.000 (setenta mil) habitantes.	Atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas[...];	
CAPS III	Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 150.000 (cento e cinquenta mil) habitantes.	Atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, [...]	Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD.
CAPS i	Indicado para municípios ou regiões com população acima de 70.000 (setenta mil) habitantes	Atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, [...]	
CAPS ad II	Capacidade operacional para atendimento em municípios ou regiões com população superior a 70.000 (setenta mil) habitantes.	Serviço de atenção psicossocial para atendimento de paciente com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas	
CAPS ad III	Indicado para municípios ou regiões com população acima de 150.000 (cento e	Atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento	Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando

	cinquenta mil) habitantes.	psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas.	retaguarda clínica e acolhimento noturno.
--	----------------------------	--	---

FONTE: SESAB - 2015

Essa exigência populacional limita o acesso aos serviços para quem realmente, necessita do cuidado porque os municípios com número populacional menor que o recomendado pelo MS não tem esses serviços fornecidos mesmo tendo necessidades, como é apresentado por FLACH (2010):

Dos 417 municípios do Estado da Bahia, 250 (60%) não atendem o critério populacional para implantação de CAPS I, em quanto 34,5% podem implantar estes tipos de serviços. Em relação a CAPS II e CAPSad, apenas 16 municípios (3,8%) possuem população superior a 70.000 habitantes e poderiam dispor desses dispositivos e somente 1,7% por apresentação superior de 200,000 habitantes poderiam implantar CAPS III e CAS ia conforme [...] (BRASIL, p34).

A exigência do número populacional para implantação dos equipamentos de saúde limita o acesso de serviços a todos os usuários de substâncias psicoativas que necessitam de cuidado.

Nessas unidades são desenvolvidas ações deliberadas pelo Ministério da Saúde (MS) na atenção dos usuários de álcool e outras drogas com implantação de ações importantes para um cuidado específico para os usuários de substâncias psicoativas. Segundo FLACH (2010):

São destacadas como ações importantes para essa política: (1) a implantação de práticas de redução de danos; (2) mudanças do “olhar” (menos preconceituoso) para os usuários de substâncias psicoativas (SPAs); (3) a realização de atividades de prevenção do uso indevido, de atenção e reinserção social de usuários; (4) a garantia de direitos sociais e do SUS; (5) o consumo de drogas colocado como um problema de Saúde Pública (FLACH, 2010, p.37)

As ações desenvolvidas nos CAPS ad que é voltada para os usuários de substâncias psicoativas são de suma importância para o cuidado com os usuários de álcool, mas, são serviços insuficientes que só é fornecido em um

determinado território conforme o critério populacional restringindo a inserção e a garantia ao acesso a quem é de direito.

O Estado da Bahia disponibiliza de 16 CAPS ad que é insuficiente para o número de municípios, mas como o trabalho é desenvolvido em rede o Estado disponibiliza das ações da Rede Atenção Básica de Saúde que disponibiliza de profissionais que garantem o cuidado aos usuários que não conseguem acessar os CAPS ad ou a nenhum outro CAPS.. Segundo Caixeta (2012) É dentro deste contexto que a atenção básica merece um destaque especial como espaço privilegiado de atuação frente a essas questões[.] (BRASIL, 1997, BRASIL, 2003).

Na atenção á saúde dos usuários de substâncias psicoativa existem outros equipamentos que são de extrema importância para auxiliar na ausência dos CAPS ad Atenção Básica através das Unidades de Saúde da Família que é a porta de entrada para o acesso á saúde conforme os princípios do SUS da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social do SUS de Universalização, garantindo através desses princípios a inserção, prevenção, promoção e proteção das pessoas que buscam esses serviços.

As Unidades Básicas de Saúde – instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem – desempenham um papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade. BRASIL (2012, p.9). As unidades de saúde da Família por ser um equipamento territorial o acesso da comunidade a esses serviços é acessível e propicio a fortalecimento das ações responsável por oferecer os primeiros cuidados e direcionar seus usuários ao serviço ao qual este esteja necessitando caso a Unidade não possa solucionar.

Essas unidades de Saúde contempladas com “o Programa¹¹ Saúde da Família ”traz uma concepção de trabalho, onde se abre um espaço para novas

¹¹A partir da portaria n. 2.488 de 21 de outubro de 2011, onde foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para Estratégia de saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, não

relações profissionais, de forma participativa e compartilhada, favorecendo assim, a ampliação das ações no cuidado com os usuários de substâncias psicoativa em especial o álcool (CAIXETA, 2014).

Outro dispositivo importante a ser destacado para a atenção ao usuário de álcool é o NASF que trabalha com as ações voltadas para melhorar a qualidade das ações da atenção básica em parceria com diversos profissionais.

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados pelo Ministério da Saúde em 2008 com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações¹².

O NASF desenvolve ações compartilhadas com as Unidades de Saúde e ambos buscam proporcionar a promoção e prevenção das pessoas. As equipes buscam utilizarem de instrumentos disponibilizados pelo sistema de saúde para atender as necessidades dos usuários de álcool.

A atenção direcionada para os usuários abusivo de álcool na Bahia é responsabilidade dos CAPS específico dos CAPS ad sendo que as Unidades da Atenção Básica atua na ausência destes mas é evidente a necessidade de mecanismo para que os serviços oferecidos pela atenção básica precisa ser repensar no sentido de manter um atendimento que propicie a prevenção, promoção e proteção e a inserção dos usuários de álcool a sociedade e que tenha um cuidado com a saúde de integral e não focado apenas na doença.

mais se usou a nomenclatura de Programa de Saúde da Família, adotando—se Estratégia de Saúde da Família.

¹²Atualmente regulamentados pela [Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011](#), configuram-se como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (eSF), as equipes de atenção básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e com o Programa Academia da Saúde Esta atuação integrada permite realizar discussões de casos clínicos, possibilita o atendimento compartilhado entre profissionais tanto na Unidade de Saúde como nas visitas domiciliares, permite a construção conjunta de projetos terapêuticos de forma que amplia e qualifica as intervenções no território e na saúde de grupos populacionais. Essas ações de saúde também podem ser intersetoriais, com foco prioritário nas ações de prevenção e promoção da saúde. Com a publicação da [Portaria 3.124, de 28 de dezembro de 2012](#), o Ministério da Saúde criou uma terceira modalidade de conformação de equipe: o NASF 3, abrindo a possibilidade de qualquer município do Brasil faça implantação de equipes NASF, desde que tenha ao menos uma equipe de Saúde da Família.

2.3. Alcoolismo: uma complexa questão

O termo alcoolismo foi empregado pela primeira vez, na literatura médica, em 1856, pelo médico sueco, Magnus-Huss, para designar os sintomas físico-psíquicos surgidos pela excessiva ingestão de doses elevadas [...] (GARRIDO, et al. 2016, apud FORTES 1975). O termo alcoolismo é direcionado ao uso excessivo de uma determinada substância no caso o álcool. Uma questão a ser discutida porque uso abusivo do álcool e considerado um risco para saúde sendo considerado pelo Ministério da Saúde uma doença.

O alcoolismo é entendido por EDWARD e colaboradores (1999), como um conjunto de problemas relacionados ao consumo excessivo e prolongado do álcool; é entendido como falta de controle na ingestão indevida e regular de bebidas alcoólicas e todas as conseqüências prejudiciais decorrentes dessa falta de controle (KING, et. al. 2006, p.2)

A Bahia, segundo o jornal Tribuna da Bahia¹³, é o estado onde mais se consome bebida alcoólica no Nordeste, é o que revelou a primeira edição da Pesquisa Nacional de Saúde, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em parceria com o Ministério da Saúde (MS). O estudo apontou ainda que 19,02% dos entrevistados com mais de 18 anos assumiram beber algum tipo de álcool, ao menos, quatro vezes por semana. O Instituto não contabilizou as cidades do interior, por isso a pesquisa é concentrada nas capitais e regiões metropolitanas.

O alcoolismo é denominado como uma questão complexa quando é tratada como um problema de saúde relacionado como uma doença que cada dia vem se agravando causando sérios danos a saúde e a vida dos usuários.

No que se refere aos problemas de saúde relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas, destaca-se, de acordo com a 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), a intoxicação alcoólica aguda, o uso nocivo para a saúde, também chamado de uso abusivo e o alcoolismo crônico ou

¹³ Publicado em 16/12/2014

síndrome de Dependência (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993)p.12 Vale ressaltar que esses danos à saúde é vidente após o uso excessivo da substância.

Conforme Ferreira (2010),BYE; ROSSOW, 2010; SILVA et al., 2009; ZALESKI et al., 2010) O consumo de bebidas alcoólicas influencia diretamente o perfil de morbimortalidade, tanto em sua relação com a violência quanto pelo aumento do risco de doenças crônicas como hipertensão, cirrose e neoplasias.

São decorrentes diversas complicações a saúde do usuário abusivo de álcool na Bahia segundo (GARRIDO al et, 2016) “O uso excessivo e crônico do álcool induz a vários danos à saúde do indivíduo, como complicações clínicas por intoxicação aguda, hepatopatias agudas e crônicas, muitas outras repercussões sistêmicas, diversos transtornos mentais,[...] p.3

O alcoolismo afeta o indivíduo em todos os aspectos da sua vida na saúde e também no social reduzindo as suas expectativas de qualidade de vida (QV).

NAHAS (2010) entende a QV como a percepção de bem-estar resultante de um conjunto de parâmetros individuais e socioambientais que caracterizam as condições em que vive o ser humano. É necessário considerar o universo do alcoolista identificar os fatores externos que influenciaram na sua saúde para entender o seu adoecer.

A questão do cuidado com a saúde é o principal questionamento para o cuidado com os usuários abusivo de álcool porque cuidado com a saúde não envolve apenas a doenças, mas todo o contexto que envolve a vida da pessoa. De uma forma geral, (FERREIRA, 2010,apud LIMA, 2008) afirma que a Alcoologia:

Compreende um enfoque abrangente, que interliga de forma sistêmica, os diferentes problemas relacionados ao alcoolismo, decorrentes do uso, abuso e dependência, os diversos determinantes ou fatores envolvidos na causalidade do processo, concepção esta avançada em relação ao enfoque estritamente médico, dado até então, pela medicina convencional, que visa tão somente a questão da doença orgânica com o seu substrato anatomopatológico, deixando de considerar as outras manifestações psicológicas e sociais, as

quais se restringiram aos aspectos de natureza ético-moral (LIMA, 2008, p. 6).

A associação do consumo de álcool com a dependência, comportamentos antissociais e violência deixou ao longo da história a percepção de que há um limite tênue entre o consumo aceitável e os seus efeitos psicotrópicos (FERREIRA, 2010 BARBOR et al., 2010; EDWARDS, 1998).

Muito utilizado por seus efeitos desinibidores, antidepressivo e de fácil acesso, tornando-se um dos maiores problemas de saúde pública que afetam homens e mulheres em todas as idades e classes sociais, o alcoolismo, descrito por (MANSUR, 2004) está associado ao forte desejo de beber e dificuldade em controlar o consumo e a utilização insistente apesar das consequências negativas que o álcool produz.

A ingestão de maneira abusiva do álcool está relacionada a causar diversas patologias e transtornos como os mentais em geral, cirrose hepática, pancreatite, câncer, além de estar associado à ocorrência de acidentes de trânsito e homicídios (FILZOLA, TAGLIAFERRO, ANDRADE, PAVARINI, & FERREIRA, 2009) Aproximadamente 5,2 milhões de mortes por acidentes ocorrem todos os anos, destas, 1,8 milhões estão associadas ao consumo de bebidas alcoólicas (MALTA, MASCARENHAS, & PORTO, 2011).

Do ponto de vista da saúde o alcoolismo é uma doença crônica, com aspectos comportamentais e socioeconômicos, caracterizada pelo consumo compulsivo de álcool, na qual o usuário se torna progressivamente tolerante à intoxicação produzida pela droga e desenvolve sinais e sintomas de abstinência, quando a mesma é retirada. (VARELLA, 2011)

O alcoolismo, se comparado os outros problemas de saúde, é responsável por gerar três vezes mais licenças médicas, aumentar em cinco vezes as chances de acidentes de trabalho, aumentar em oito vezes a utilização de diárias hospitalares e levar as famílias recorrerem três vezes mais as assistências médica e social. Visto que o aumento de consumo de álcool eleva também a gravidade dos problemas decorrentes, conseqüentemente o custo social será maior. Os investimentos realizados não estão conseguindo reduzir os problemas decorrentes tais como criminalidade, acidentes, violência

doméstica, absenteísmo, desemprego (MORAES, CAMPOS, FIGLIE, LARANJEIRA, & FERRAZ, 2006).

Os sintomas da intoxicação aguda podem variar de pessoa para pessoa, como euforia, perda das inibições sociais, comportamento expansivo, geralmente inadequado para o ambiente e emotividade exagerada, desenvolve maior agressividade ou, ao contrário sentem-se sonolentas e entorpecidas, mesmo que tenham bebido moderadamente. (MORAES, et al FERRAZ, 2006)

Com a continuidade de ingestão da droga e seu aumento na concentração sanguínea o cérebro começa a demonstrar sinais de deterioração, provocando desequilíbrio, alteração da capacidade cognitiva, dificuldade crescente para a articulação das palavras, falta de coordenação motora, movimentos vagarosos e irregulares dos olhos, visão dupla, rubor facial e taquicardia. O pensamento fica desconexo e a percepção da realidade se desorganiza. Mais tarde ainda surgem letargia, diminuição da frequência cardíaca, queda da pressão arterial, depressão respiratória e vômitos, que podem eventualmente ser aspirados e chegar aos pulmões provocando pneumonia ou outros efeitos colaterais perigosos.

Algumas drogas são socialmente aceitas e consumidas abertamente, como o álcool (droga lícita). Outras são prescritas por médicos para combater problemas de saúde. E há as ilegais, que alimentam o tráfico e as manchetes de jornais. O álcool, permitido socialmente é usado, muitas vezes como sinônimo de masculinidade, de pertencimento a grupos sociais, de afirmação e que tem desdobramentos complexos e danosos a sociedade.

Segundo o Relatório mundial sobre drogas do Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime (UNODC¹⁴) revela que o número de pessoas que morrem por ano devido ao uso de tabaco e cigarro chegam a ser 20 maiores que dos usuários de drogas ilícitas, como cocaína e maconha¹⁵.

Os primeiros levantamentos nacionais sobre substâncias psicotrópicas que incluem o uso de álcool foram realizados entre 2001 e 2005 (CEBRID, 2002, 2005), e foram enquetes realizadas por entrevistas domiciliares. No

¹⁴ United Nations Office on Drugs and Crime

¹⁵ <https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2009/06/24-unodc-lanca-relatorio-mundial-sobre-drogas-2009.html>, acessado em 23 de junho de 2017.

primeiro, foram entrevistadas 8.589 pessoas, nas 107 cidades do Brasil, com mais de 200 mil habitantes. No segundo, foram 9.739 pessoas, em 108 cidades. As idades variaram de 12 a 65 anos. Em 2001, 68,7% desta amostra havia feito uso na vida de bebida alcoólica (definido como qualquer consumo, em qualquer momento da vida). Em 2005, o percentual foi de 74,4%.

O I Levantamento específico sobre Uso de Álcool na população brasileira (LARANJEIRA, 2007) realizou 3.007 entrevistas, sendo 2.346 realizadas com adultos de 18 anos ou mais, e 661 com adolescentes de 14-17 anos. Neste Levantamento, 52,0% dos adultos informaram fazer uso de bebidas alcoólicas pelo menos uma vez ao ano, com percentuais de 65% entre os homens e 41% entre as mulheres. O percentual que informou ter consumido bebidas alcoólicas pelo menos uma vez nos últimos 12 meses que antecederam a pesquisa foi de 49,8% entre os entrevistados. Segundo o mesmo estudo, entre os adultos que bebem, 60% dos homens e 33% das mulheres referiram consumir 5 doses ou mais na vez em que mais beberam no último ano. Do conjunto dos homens adultos, 11% bebem todos os dias e 28% consomem bebida alcoólica de 1 a 4 vezes por semana. A prevalência de consumo, em todos os padrões, apresenta diferenças regionais, com expressivo aumento no percentual de consumo da Região Sul em comparação com as demais Regiões.

Muitos estudos ainda precisam ser construídos para que se avance no tratamento e acolhimento dos usuários abusivos de álcool.

CAPÍTULO III-O LÓCUS DA PESQUISA

A pesquisa pretende apontar os aspectos necessários para o cuidado dos usuários de álcool atendidos por uma equipe de saúde, os desafios enfrentados pela equipe na manutenção desse serviço e a percepção apresentada pelos profissionais acerca da temática na Atenção Básica especificamente na Unidade de saúde.

Conhecer a articulação de cada profissional da equipe e como estes articulam os serviços com a rede disponível no município para oferecer o atendimento e aos seus usuários.

3.1. Alcoolismo: no Recôncavo da Bahia/São Félix

O lócus da pesquisa é o município de São Félix, Bahia, situado na Região do Recôncavo, com uma população estimada pelo IBGE¹⁶, para o ano de 2016 de 15.272 habitantes. São Félix fica à margem direita do Rio Paraguaçu, a 110 km de Salvador. Surgida durante a expansão da cana-de-açúcar, a cidade possui uma história profundamente ligada as lutas pela independência da Bahia. Marcada pelo desenvolvimento da indústria fumageira, com a instalação das fábricas de charutos Suerdieck, Dannemann, Costa Ferreira & Pena, Stender & Cia, Pedro Barreto, Cia A Juventude e Alberto Waldheis, além do cultivo do dendê e um forte comércio de estivas, secos e molhados¹⁷.

Marcada por festas típicas, regionais, a bebida alcoólica, enquanto droga lícita e permitida socialmente é muito utilizada entre adultos e jovens, acarretando uma série de danos aos usuários abusivos do álcool.

Na condição de pesquisadora, profissional de saúde do município em tela, e da falta de estudos acerca desta questão no Recôncavo baiano e, em particular, no município de São Félix, fui impulsionada a tentar desvelar algumas questões ligadas aos cuidados com os usuários abusivos do álcool.

¹⁶<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=292900>, em 24 de junho de 2017.

¹⁷[https://pt.wikipedia.org/wiki/S%C3%A3o_F%C3%A9lix_\(Bahia\)](https://pt.wikipedia.org/wiki/S%C3%A3o_F%C3%A9lix_(Bahia)), em 24 de junho de 2017.

Por certo, o álcool, por ser uma droga lícita é mais utilizado por uma parcela significativa da população Sanfelista, o que não difere de outros municípios do Recôncavo, como a vizinha Cachoeira. Estas suposições são fruto de experiências empíricas, através da vivência profissional da pesquisadora.

Na Bahia o consumo de álcool é validado como uma prática integrante da sociabilidade humana, utilizada nos momentos de lazer, comemoração, festas familiares, ambientes de trabalho, bate papo no final do expediente, entre outras formas de socialização. Realidade que se repete no Recôncavo onde o uso abusivo do álcool se apresenta de forma recorrente nos hábitos da população, repercutindo de forma enfática na vida e saúde de seus usuários. Esse fator de uso pode estar relacionado com a familiaridade com essas substâncias visto que as mesmas fazem parte do contexto social desde os primórdios da humanidade; aliado a esse fator temos a facilidade de acesso e consumo, já que como citado anteriormente, o álcool é considerado no contexto brasileiro como uma droga lícita, o que lhe facilita a acessibilidade. (BRASIL, 2003; ANDRADE 2009; PUIG-NOLASCO, 2011).

Segundo o site da Secretaria da Saúde do Estado (2017)¹⁸, na Bahia, apenas os municípios de Salvador, Vitória da Conquista, Teixeira de Freitas, Juazeiro, Jequié, Jacobina, Itabuna, Feira de Santana e Eunápolis dispõem de Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSAD), um serviço comunitário ambulatorial que toma para si a responsabilidade de cuidar de pessoas que sofrem de dependência do álcool e outras substâncias, além de tratar de pessoas com transtornos mentais, em especial os transtornos severos e persistentes.

No interior do Estado, além destes poucos serviços da rede de saúde, pode-se contar com uma Comunidade Terapêutica, localizada em Cachoeira, distrito de Belém¹⁹ e a “Irmandade Alcoólicos Anônimos – AA”, que não existe

¹⁸ http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/index.php?option=com_content&id=8066&Itemid=17, acessado em 25/02/2017.

¹⁹ Esta comunidade é de cunho religioso, ligada a Igreja Adventista.

em São Félix e em Cachoeira não é constante²⁰, o que dificulta mais ainda o cuidado ou busca por cuidados por parte dos usuários.

De acordo com o sistema DATASUS, em 2012, número mais recente disponível, foram 6.944 óbitos no Brasil. Na Bahia, 578 indivíduos perderam a vida neste mesmo período - média de quase dois óbitos por dia.

Com o objetivo de fornecer informações sobre drogas lícitas, como o álcool, e ilícitas, foi lançado no início deste mês o 420 APP, primeiro aplicativo em língua portuguesa com esta proposta. No Brasil, foram registradas 242 mortes na faixa etária dos 20 aos 29 anos em 2012.

Segundo a pesquisadora Clarice Madruga, do Instituto Nacional de Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas, da Universidade Federal de São Paulo (Inpad/Unifesp), o público jovem é o que mais abusa das bebidas alcoólicas.

Mesmo sendo comprovados os malefícios e riscos ocasionados pelo uso abusivo do álcool, a sua produção e consumo são legalmente liberados no Brasil. O álcool, bem como o tabaco, são drogas legalmente comercializadas em todo território nacional, com restrição de venda apenas para menores de 18 anos. Tal fator parece contribuir para a permissividade em relação ao uso do álcool, corroborando para que o uso abusivo e as consequências decorrentes deste sejam naturalizadas pela sociedade. Esse apontamento se faz necessário uma vez que o consumo de bebidas alcoólicas, quando excessivo, conduz à dependência química, sendo sucedido e agravado por problemas de natureza física, social e emocional.

3.2. A atenção aos usuários de álcool no município de São Félix

O sistema de saúde hoje conta com espaços privilegiados que apresentam potencialidades para o desenvolvimento de estratégias de atuação frente ao usuário de álcool. No município de São Félix a atenção aos usuários de álcool é disponibilizado pelas Unidades de Saúde da Família (USF) e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) que articulam o cuidado dos seus

²⁰ O AA está com atividades suspensas em Cachoeira.

usuários como base nos equipamentos do sistema de saúde e recursos disponíveis para a prevenção e promoção da saúde dos usuários.

O serviço destinado aos usuários de álcool nessas instituições é de um atendimento voltado para um tratamento medicamentoso com a preocupação de tratar especificamente a doença desprezando os outros fatores que influenciaram para o uso excessivo do álcool.

Conforme o MS, a atenção básica é definido assim como um conjunto de ações de saúde que englobam a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Ações que são desempenhadas pela as unidades de saúde que é aporta de entrada para os usuários terem acesso à saúde.

Dentro deste contexto, importante destacar que a atenção básica é um espaço privilegiado frente essa questão, em especial por contar com equipes de profissionais de diferentes áreas para garantir a assistência aos usuários de álcool no município.

A adoção do Programa de Saúde da Família (implantado em 1994) foi um marco na consolidação das medidas governamentais voltadas ao fortalecimento da atenção básica; além disso, trouxe como proposta uma nova dinâmica dos serviços de saúde, reorganizando a nova prática assistencial e viabilizando um estreito relacionamento entre os profissionais e a comunidade (BRASIL, 1997; ALVES, 2005; ESCOREL, 2007; GONÇALVES, 2007).p.25

O Programa Saúde da Família traz uma nova concepção de cuidado onde o usuário precisa ser avaliado num contexto geral do singular ao universal através da observação do ambiente familiar, social e psicológico do indivíduo para compreender o que levou o usuário a adoecer e desenvolve ações participativa e compartilhada com a família e com outros serviços que contribuíam para o bem estar do indivíduo.

A articulação dessas ações compartilhada as unidades de saúde desenvolve com o CAPS ações para cuidar do usuário de álcool na promoção no tratamento da doença e dos agravos de dependência que o usuário tenha criado sobre a substância psicoativa.

O CAPS que é responsável por oferecer assistência em saúde mental também atende aos usuários de álcool e outras drogas do município. O numero

populacional do município não contempla as exigências do MS da saúde para ser implantado um CAPS ad.

Além dos serviços de saúde, o município conta com os equipamentos da Política de Assistência Social, porém, tendo em vista o porte do município, este possui apenas CRAS – Centros de Referência da Assistência Social e que devem dialogar com os equipamentos da saúde, no tocante ao uso abusivo de álcool (droga lícita) e outras drogas.

O grande desafio é realizar este trabalho em rede e de forma articulada, transversal, o que deverá ser analisado no próximo tópico.

3.3. A percepção dos profissionais de saúde de uma Unidade de Saúde da família em São Félix

Sendo a Unidade de Saúde da Família uma nova concepção de trabalho, apresentando a família como foco principal e a atenção voltada para o cuidado com a saúde, tendo os profissionais de saúde com coadjuvante que busca manter uma relação participativa e compartilhada com as famílias. O usuário, dependente de álcool, está presente na linha do cuidado das ações destes profissionais de forma individual e coletiva. Destaca-se a fundamental importância da atuação das equipes de saúde da família na garantia de efetivação dos direitos do dependente de bebidas alcoólicas e na prevenção e promoção do cuidado ao público que sofre com esse problema de saúde.

Relevância notável na colocação de STARFIELD, (2002):

[...] a saúde de um indivíduo ou uma população é determinada por sua combinação genética, mas grandemente modificada pelo ambiente social e físico, por comportamentos que são cultural ou socialmente determinados e pela natureza da atenção à saúde oferecida.

A comunidade onde é desenvolvida a pesquisa apresenta determinante culturais e sociais que contribuem para a pesquisa ser realizada nesta localidade e perceber como é o cuidado voltado para esses usuários.

Para realização deste trabalho, escolheu-se uma unidade de saúde para realização da pesquisa, porém, por questões éticas, o sigilo acerca do nome da

Unidade/localização será omitido e os nomes dos entrevistados serão substituídos por nomes de flores, como forma de evitar qualquer tipo de identificação.

Esta é uma pesquisa de cunho qualitativo e para tanto foram realizadas 14 entrevistas, ou seja, com a totalidade de profissionais que laboram na Unidade de saúde, independente da sua qualificação profissional.

Segundo GIL (2007, p. 17), pesquisa é definida como o:

[...] procedimento racional e sistemático que tem como objetivo proporcionar respostas aos problemas que são propostos. A pesquisa desenvolve-se por um processo constituído de várias fases, desde a formulação do problema até a apresentação e discussão dos resultados.

Só se inicia uma pesquisa se existir uma pergunta, uma dúvida para a qual se quer buscar a resposta. Pesquisar, portanto, é buscar ou procurar resposta para alguma coisa. As razões que levam à realização de uma pesquisa científica podem ser agrupadas em razões intelectuais (desejo de conhecer pela própria satisfação de conhecer) e razões práticas (desejo de conhecer com vistas a fazer algo de maneira mais eficaz).

A pesquisa qualitativa não se preocupa com representatividade numérica, mas, sim, com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização, etc. Os pesquisadores que adotam a abordagem qualitativa opõe-se ao pressuposto que defende um modelo único de pesquisa para todas as ciências, já que as ciências sociais têm sua especificidade, o que pressupõe uma metodologia própria. Apesar de não ser necessário a realização das entrevistas com todos os trabalhadores da Unidade de Saúde, para esta pesquisa a totalidade foi importante por dois motivos: primeiro pelo quantitativo de profissionais e segundo pela diversidade de formação profissional na Unidade, o que possibilitou uma maior diversidade de opiniões.

Aqui adotou-se um estudo de caso, realizado na Unidade XY, esta modalidade de pesquisa é amplamente usada nas ciências biomédicas e sociais (GIL, 2007, p. 54).

Um estudo de caso pode ser caracterizado como um estudo de uma entidade bem definida como um programa, uma instituição, um sistema educativo, uma pessoa, ou uma unidade social. Visa conhecer em profundidade o como e o

porquê de uma determinada situação que se supõe ser única em muitos aspectos, procurando descobrir o que há nela de mais essencial e característico. O pesquisador não pretende intervir sobre o objeto a ser estudado, mas revelá-lo tal como ele o percebe.

Esta é uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório e que realiza um estudo de caso. O caráter exploratório justifica-se em função da pequena quantidade de estudos referentes a temática alcoolismo e em particular na Região do Recôncavo baiano.

O Temo de Consentimento Livre es Esclarecido e o instrumento das entrevistas seguem como apêndices deste trabalho.

Referente ao perfil dos entrevistados, tem-se que a predominância é do sexo feminino, sendo que 86% declararam ser negros e 14% declararam ser pardos, interessante a identidade dos profissionais com a raça/etnia negra.

Com relação a idade dos entrevistados, 50% esta situado na faixa etária entre 31 a 40 anos; 22% entre 21 e 30 anos e 14%, respectivamente para as faixas etárias compreendidas entre 41 a 50 e 51 a 60 anos. Assim, percebe-se que a equipe é composta em sua grande maioria de profissionais jovens, ou seja com menos de 40 anos de idade (72%).

Um outro dado interessante do perfil da equipe é que 50% é natural do município de São Félix, dado que possibilita perceber um conhecimento melhor do município, bem como identidade e pertencimento com o local pesquisado.

Os profissionais entrevistados pertencem as seguintes categorias profissionais: Agente Comunitário de Saúde, Técnico de Enfermagem, Odontologia, Técnico em Higiene Bucal, Auxiliar de serviços gerais, Medico e Recepcionista.

No quesito vinculo empregatício: 78% são efetivos, 22% contratos de diversas ordens, com o médico oriundodo programa Mais Médicos. Aqui usou-se o masculino para todas as profissões para generalização e não identificação dos profissionais e da Unidade. Destes 64%possui mais de 09 anos de trabalho na Saúde municipal.

As falas dos entrevistados acerca dos cuidados, atenção a saúde e rede de serviços de saúdepodem ser retratadas a seguir. Ressalta-se que foram

transcritas apenas as falas mais relevantes e que tiveram repetições, até porque as respostas não foram discordantes, todas tiveram uma linha comum.

Com relação ao cuidado com os usuários abusivos de álcool:

Orquídea aponta que: “infelizmente não acontece como deveria é atendido pelo médico e encaminhado e não temos retorno.”

Violeta – acredito que eles, aqueles que procuram são acompanhados e encaminhados para fazer tratamento;

Gerânio – é realizado quando a família procura a Unidade de Saúde;

Rosa - o cuidado acaba sendo demanda espontânea. Se o usuário busca atendimento, têm, e ainda assim por – os que não buscam o serviço não são atendidos;

Dália – dentro da rotina normal, quando os mesmos demandam atendimento no serviço;

Lírio – Visita domiciliar, promoção em saúde - atividades educativas;

Cravo e Verbena – são acompanhados os que vão a unidade e são encaminhados para o CAPs;

Girassol – Não acontece nem cuidado de formal especial;

Referente a articulação com a rede, aprofundamento acerca da condição de vida dos usuários, os profissionais responderam:

Girassol – Não acontece nem cuidado de formal especial;

Verbena – são acompanhados os que vão a unidade e são encaminhados para o CAPs.

Rosa – quando o usuário busca o serviço do CAPS, CRAS, a entidade não busca ir até a unidade de saúde para pesquisar a vida do usuário para conhecer a base familiar ou qualquer outro aspecto. Isso não tira a responsabilidade da unidade, pois a mesma poderia ir até o CAPS e CRAS vê se o paciente realmente foi, ou poderia enviar ofício solicitando respostas;

Referente a percepção da equipe acerca da questão alcoolismo, estas foram as respostas:

Veludo – Acho que isso acontece por causa de mal relacionamento conjugal, separação condições financeiras família desestruturada;

Gerânio – Acho que a maior causa é a falta de estrutura familiar;

Lírio – percebe que o grande número de usuários são pessoas com poder aquisitivo baixo, nível de escolaridade baixa, sem perspectiva de vida;

Dália – uma questão grave social com familiar são indivíduos carentes de apoio, atenção com deficiências variadas;

Girassol – eles são muito carentes e depressivos; São pessoas que na maioria das vezes estão passando por alguma dificuldade como desemprego, briga familiar e acabam procurando alternativas para “esquecer” fugindo da realidade;

Verbena –deveria ter mais atenção um projeto voltado para eles no município infelizmente não tem;

Rosa - O álcool é uma droga licita que por influencia da mídia as pessoas consomem de forma descontrolada, levando o usuário a ter problemas físicos e psicológicos;

Rosa – os usuários que fazem o uso abusivo de álcool acabam marginalizados, e algumas pessoas os veem como “vagabundos,” “vadios” que bebem porque querem que faz de propósito;

Rosa - O uso abusivo tem que ser visto como saúde pública;

Com relação aos desafios e sugestões para enfrentamento da questão:

Violeta – Falta de apoio e incentivo de órgãos competentes na área;

Gerânio – a equipe não esta qualificada para receber adequadamente esse público;

Orquídea – a falta de qualificação para aprender acolher melhor esse usuário;

Rosa – os profissionais que lidam com esses usuários precisam de cursos para se aperfeiçoarem no tratar e com o lidar com eles;

Girassol – a resistência deles para com os profissionais de saúde;
“Rosa –” (...) o reconhecimento do usuário que precisa de tratamento;”
Veludo – frustrações, pois as vezes são agressivos;

Rosa – a violência, pois alguns usuários agredem verbalmente o profissional, outros confundem o atendimento que é feito com educação e começam assediar o funcionário.

Ante as falas dos profissionais e observações da entrevistadora pode-se perceber que não existe cuidado específico destinado aos usuários de álcool. O cuidado existente em atendimento na Unidade de saúde e encaminhamento ao CAPS, tornando o insuficiente e ineficaz já que não existe nenhuma atividade voltada especificamente para esse público além, disso tal atendimento só é realizado quando demanda espontânea ou por seus familiares.

São variadas as associações feitas ao consumo excessivo de álcool como sendo um fator decorrente de questões familiares, social, emocional e/financeira o fenômeno ainda é apontado como uma fuga da realidade, porém, percebemos que não existe uma percepção clara de tal fato como uma doença e que, portanto deve ser tratado como tal (sendo que apenas uma entrevistada demonstra tal percepção).

Porém, importante destacar três fatores apontados nas entrevistas a influencia midiática, que valida e enfatiza o uso do álcool; o estigma sofrido pelos usuários e a necessidade colocada de desses usuários serem alvos de projeto de política pública.

As articulações entre a rede e serviços são muito frágeis praticamente inexistentes. Não existe uma rede de atendimento articulada e voltada para esse fim. Os usuários são encaminhados ao CRAS e CAPS, mas não corre o acompanhamento necessário durante o tratamento desses indivíduos.

Muitas são as dificuldades e desafios apontados pelas entrevistadas além da falta de apoio governamental e familiar a resistência apresentada pelos pacientes em reconhecer a doença e a necessidade de tratamento e a agressividade destes com os profissionais de saúde, alguns profissionais também reconhecem a necessidade da capacitação profissional tendo em vista fornecer ao usuário um atendimento mais qualificado humano e digno.

Os profissionais, também verbalizaram a necessidade de um aprimoramento profissional para um trabalho mais qualificado com os usuários

abusivos de álcool no município, bem como a necessidade de projetos e programas específicos para estes sujeitos.

O resultado da pesquisa fortaleceu a minha percepção de anos de trabalho e observação sobre o cuidado oferecido para os usuários abusivos de álcool os entrevistados apresentaram dificuldades em falar sobre o assunto e se ausentaram em responder algumas perguntas por não terem conhecimento e por falta de ações destinadas a esse público na unidade. Também percebi a dificuldade dos entrevistados de falarem do assunto talvez por a entrevistadora ser uma colega de trabalho mas, é clara a falta de conhecimento sobre o assunto devido a algumas respostas negativas e o suspense quando era feita certas perguntas e as duvidas em responder.

Porém essa dificuldade dos profissionais em responderem as questões trouxe um desconforto que encandeou uma curiosidade em conhecer e a verem os usuários abusivos de álcool com outro olhar e o alcoolismo como uma doença de fato. E o desejo de alguns profissionais em desenvolverem um cuidado voltado para esses usuários de forma particular e universal dentro da equipe.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso do álcool é uma questão que acarreta diversos problemas para a sociedade, porém um assunto complexo que levanta inúmeras discussões quando falamos do cuidado um papel importante para a prevenção e promoção e recuperação dos alcoolistas.

Mas as ações de política pública voltada para a saúde é garantida mecanicamente como algo isolado quando se refere à questão do uso abusivo de álcool é evidente a relação dessas a política de segurança publica nos remetendo a ações de discriminação ou higienização deixando de lado o cuidado com a saúde dos indivíduos como é explícita na política de álcool e drogas. Quando se trata de atenção a saúde o investimento do governo no tratamento aos alcoolistas percebemos um retrocesso na política de álcool e drogas no cuidado aos usuários que ainda tende a ser desenvolvida através de técnicas de abstinência como forma de tratamento e cuidado.

A garantia dos direitos a saúde quando se trata do alcoolista é resumidamente voltada para um atendimento medicamentoso um “cuidado” é uma doença então será tratada como tal e na maioria das vezes esta sendo assim o cuidado com ao usuário excessivo de álcool sem especificidade, sem a preocupação da singularidade do problema do usuário abusivo de álcool.

O trabalho foi realizado com uma Equipe de Saúde da Família em uma Unidade de Saúde no município de São Félix com os profissionais com objetivo conhecer os desafios destes no cuidado com os usuários de álcool e como a rede se articula os serviços oferecidos pela rede de atenção básica de saúde.

A atenção básica que se caracteriza por ações de saúde que busca articulada com outros equipamentos serviços que garanta o acesso os usuários de formar integral em conjunto para que seja mantido o cuidado de fato em rede.

A unidade de saúde básica é a principal porta de entrada o elo da rede de saúde deve se o contato preferencial dos usuários.

A articulação de rede que realmente proporcionara a prevenção, tratamento, promoção, recuperação, proteção, reabilitação e a redução de

danos que é a base da atenção básica conforme a política de saúde no cuidado a todos os usuários dos serviços.

Os equipamentos de saúde não estão preparados para garantir um atendimento específico para os usuários de álcool sendo esse um dos desafios mais evidente no cuidado e acompanhamento do alcoolistas. Os profissionais sentem falta de capacitações e mecanismo para desenvolver pratica de cuidado e prevenção do uso abusivo de álcool conforme é trazido na política de drogas que o cuidado começa com na atenção básica que é a porta de entrada para usuário abusivo de álcool, mas esse cuidado é quase inexistente pois a governo não dá condições para que a garantia desse atendimento.

Outro desafio encontrado pelos profissionais é a articulação da rede e o encaminhamento dos usuários que são encaminhados para o Centro de atenção Psicossocial (CAPS) que atende as pessoas com transtorno mental e os de “álcool e outras drogas”, mas que perante a sociedade e os profissionais de saúde a instituição só desenvolve ações de cuidado para as pessoas que tem transtorno mental. Ainda é visível a resistência dos usuários de álcool ao acesso ao CAPS por estigmatizarem que é um ambiente para “doido” e que as ações voltadas para esse publico é um tratamento medicamentoso.

Relativamente ainda existem diversos impedimentos para os profissionais desenvolverem ações de cuidado com os usuários de álcool principalmente referente ao incentivo do governo na atuação e manutenção de práticas que de fato trate como um problema de saúde e perceba que todos os profissionais de saúde precisam se capacitarem para lidarem com esses usuários de álcool desfazendo essa visão negativa que muitos tem dos usuários de álcool e proporcionando aos profissionais o conhecimento sobre a doença. Vale ressaltar que a falta de conhecimento sobre a doença provoca pouco acolhimento e dificulta o acesso dos usuários aos serviços.

Os desafios apresentado pelos profissionais de saúde reforçam a ausência da política de álcool e outras na ativação da garantia dos serviços e dos princípios de SUS, sendo oferecido o mínimo tanto aos profissionais através da falta de instrumentos para desenvolver ações que proporcione o cuidado e aos usuários ao acesso a um serviço universal, integral e humanizado.

Sendo assim o cuidado para com os usuários de álcool desenvolvido pela equipe de saúde é praticamente inexistente isso é confirmado com base nos dados da pesquisa desenvolvida com os profissionais que apresentaram pouco conhecimento sobre o assunto, mas interesse em adquirir e quase nenhum incentivo do governo da gestão em realizar ações para proporcionar esse cuidado e a despreocupação da rede de saúde em prevenir, promover e garantir um cuidado com os usuários de álcool.

REFERÊNCIAS:

Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BITTENCOURT, L. M. “Do Discurso Jurídico à Ordem Médica” (Os descaminhos do Uso de Drogas no Brasil).1986. Dissertação. Departamento de Psicologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2197 de 15 de outubro de 2004 Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012

Brás, Ana Carla Damasceno “Fazendo a cabeça”: estudo da rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas no município de Santo Antônio de Jesus / Ana Carla Damasceno – Cachoeira, 2012

CARLINI - COTRIM, B. Drogas na escola: prevenção, tolerância e pluralidade. In: AQUINO, JG. *Drogas na escola – alternativas teóricas e práticas*. São Paulo: Summus, 1998. p.19 -30.

Caixeta, Lucélia Marques Martins Análise das atitudes desenvolvidas pelos profissionais da atenção primária a saúde frente ao uso de álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista / Lucélia Marques Martins Caixeta. -- 2014.

COSTA, J F. História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico. Rio de Janeiro: Campus, 1980.

CRUZ, M. S.; FERREIRA, S. M. B. A rede de saúde na assistência a usuários de álcool e outras drogas: papel das USB, CAPS-ad, hospitais gerais e hospitais psiquiátricos. In: As redes comunitárias e saúde no atendimento aos usuários e dependentes de substâncias psicoativas. Módulo 6 – coordenação do módulo: Marcelo Santos Cruz. 4. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas, 2011. p. 30-42.

DELGADO, P. G., CORDEIRO, F. A rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas na saúde pública do Brasil. In: O uso de substância psicoativa no Brasil: Epidemiologia, Legislação, Políticas Públicas e Fatores Culturais. Módulo 1 / coordenação do módulo Tarcísio Matos de Andrade. 4. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas,2011.

DUARTE, P. C. A. V. A política e a legislação brasileira sobre drogas. In: O uso de substância psicoativa no Brasil: Epidemiologia, Legislação, Políticas

Públicas e Fatores Culturais. Módulo 1 / coordenação do módulo Tarcísio Matos de Andrade. 4. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011.

IORE, M. A medicalização da questão do uso de drogas no Brasil: reflexões acerca de debates institucionais e jurídicos. In: VENÂNCIO, R P & CARNEIRO, H. *Álcool e drogas na História do Brasil*. São Paulo: Alameda; Belo Horizonte: Editora PUC Minas, 2005.

FLACH, P. M. V. A implementação da política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas no estado da Bahia. 2010. 161 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

GOMES, L. F. et al. Nova Lei de Drogas comentada artigo por artigo: Lei 11.343/2006, de 23.08.2006. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2008.

MACHADO, A. R. Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas. Belo Horizonte, 2006.

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Política nacional de inclusão social da população em situação de rua. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Implantação das R Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas/Ministério da Saúde. 2.ed. rev. ampl.– Brasília: Ministério da Saúde, 2004

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, maio 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000500018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 nov. 2012.

PACHECO, M. A. A. G. Política de redução de danos a usuários de substâncias psicoativas: práticas terapêuticas no Projeto Consultório de Rua em Fortaleza, CE. 2013.

MUSUMESCI, B. O consumo de álcool no país. In: ZALUAR, A (org.) *Drogas e Cidadania*. São Paulo: Brasiliense, 1994.

SÁAD, A C. Tratamento para dependência de drogas: uma revisão da história e dos modelos. In: CRUZ, M S & FERREIRA, S M B (orgs). *Álcool e Drogas – usos, dependências e tratamentos*. Rio de Janeiro: Edições IPUB – CUCA, 2001.

STARFIELD, Barbara Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia/Bárbara Starfield. -Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.726p.

APENDICES

Apêndice 01

TCLE



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA**

CENTRO DE ARTES, HUMANIDADES E LETRAS
Rua Ariston Mascarenhas, s/n, Centro, Cachoeira, Bahia, Brasil, CEP 44.300-000
Fone: (75) 3425-2729 / Fax: (75) 3425-1062 / <http://www.ufrb.edu.br/cahl>

Termo de Consentimento Informado

Eu, Rosilene Abade Ferreira dos Santos, estou pesquisando acerca dos Desafios da equipe de saúde no cuidado com os usuários abusivos de Álcool no Município de São Félix/BA. Assim, identificamos o senhor (a) como uma pessoa fundamental para este estudo.

Assumo o compromisso de que sua identidade permanecerá confidencial, salvo expressa manifestação em sentido contrário. Caso o senhor (a) decida manifestar pública a sua opinião, será garantido que a transcrição da entrevista será submetida a sua apreciação antes de qualquer divulgação.

Sua participação nessa pesquisa é fundamental para a elucidação de aspectos importantes do estudo supra mencionado. A qualquer momento o senhor (a) poderá desistir de continuar a entrevista e só responderá as perguntas que desejar.

Eu, _____, declaro estar ciente de que entendo os objetivos e condições de participação na pesquisa “Os desafios da Equipe de Saúde no Cuidado com os usuários abusivos de Álcool, Em São Félix - BA” – e aceito nela participar.

Autorizo a identificação de meu nome nas publicações resultantes do referido

projeto

Não autorizo a identificação do meu nome

São Félix, ___/___/2017.

Assinatura do entrevistador

Assinatura do entrevistado

Apêndice 02**Roteiro da entrevista**

Roteiro de entrevista

Entrevistado (a) Flor _____

Dados de identificação:

Sexo: Feminino () Masculino ()

Raça/cor

Branca () Negra () Amarela () Pardo () Outros ()

Qual? _____

Idade _____

Naturalidade: (cidade, estado) _____.

Estado civil _____

Profissão _____

Vínculo empregatício _____

Tempo de serviço _____

Especialização _____

- Como acontece o cuidado com os usuários abusivos de álcool na unidade de Saúde?

- Existe algum mecanismo para desenvolver atenção prioritária para esses usuários?
- Como é realizada a articulação da unidade de saúde com a rede de serviço existente no município para o cuidado com os usuário de álcool?
- Que atividades são proporcionadas pela equipe para esses usuários?
- Qual, em sua opinião, é a principal demanda de saúde destas pessoas?
- Existe alguma preocupação da equipe em conhecer a história de vida desse usuário? Por quê?
- Qual a sua percepção em relação aos usuários desta Unidade de Saúde que fazem uso abusivo de álcool? E de um modo geral, qual a sua percepção a cerca destas pessoas?
- Quais os desafios que você percebe enfrentado pela equipe no cuidado com esses usuários?
- Que sugestões você daria para esta questão social?
- Você tem vontade fazer uma especialização voltada para o cuidado com esses usuários?