

A pertinência da problemática do álcool para a Estratégia de Saúde da Família

Relevance of alcohol problems to family health strategy

Rodrigo Otávio Moretti-Pires¹

Resumo: A Estratégia de Saúde da Família foi estabelecida como modelo de atenção no Brasil, com intuito de garantir integralidade aos usuários do sistema de saúde. Nesta temática, a Saúde Mental é pertinente, incluindo nesta a questão do uso de substâncias. Entre estas, o uso de álcool é presente em toda a sociedade ocidental, constituindo-se um problema relevante em Saúde Pública na atualidade. O presente ensaio teórico examina as relações entre a temática do uso de álcool, os instrumentos de intervenção para esta substância e as estratégias para utilização em Saúde da Família.

Palavras-Chave: Revisão Narrativa, Álcool, Intervenções Breves, Atenção Primária

Abstract: The Family Health Strategy was established like model of attention in Brazil, in the intention of guaranteeing comprehensive health care to health system users. In this theme, the Mental Health is relevant, including this question of the use of substances. Between these, the alcohol use is present in the whole western society, a relevant Public Health problem today. Aim: to examine the relations between the alcohol use theme, the instruments of intervention for this substance and Family Health. **Key words:** Narrative revision, Alcohol, Brief Interventions, Primary Health Care

¹ Doutor, Professor do Departamento de Saúde Pública (CCS/UFSC) rodrigo.moretti@pq.cnpq.br

Introdução

Na história do Brasil, as Políticas de Saúde deu-se em um crescente, até a inserção de princípios na Constituição Nacional como o direito à saúde a todos os cidadãos sendo dever do Estado, através do Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁴. A universalização do acesso aos serviços promoveu avanços em termos dos padrões de saúde da população. No entanto, em *sensu stricto*, os princípios doutrinários do SUS foram corrompidos na construção do Sistema de fato, que não atingiu um estágio de maturidade em que se tornam visíveis os princípios norteadores e filosóficos do SUS¹⁴.

Em função deste contexto, amplo debate entre Governo, intelectuais e sociedade foi promovido durante a década de 1990, ocasionando reorganização do processo de produção dos serviços de saúde de maneira profunda e da estruturação do sistema em si. Este processo, que primou pelo refinamento do SUS existente em consonância com as diretrizes e princípios do SUS desejado, culminou em na criação do Programa de Saúde da Família, posteriormente modificada para Estratégia de Saúde da Família (ESF), estratégia rumo à idealização e valorização da prestação de serviços públicos de saúde articulada junto a própria comunidade, não apenas enfocando ações curativas e centradas na doença, mas, em especial, pautado em ações que incidissem sobre determinantes de saúde e promoção de saúde.

Nesta nova abordagem da Atenção Primária no Brasil, se prima que as equipes devam atuar integrando as diversas competências e categorias profissionais que as compõem; primar pela ação articulada com setores que mediam e interferem nos determinantes socioculturais do processo saúde/doença, fugindo da lógica do atendimento curativo e apenas da demanda na Unidade de Saúde da Família; e o foco na horizontalidade, vínculo e coresponsabilidade pelas ações junto aos usuários do sistema, o que ressignifica o papel deste, delegando uma importância ao mesmo que difere sobremaneira do enfoque tradicional, em que o usuário era apenas o paciente, passivo na procura dos serviços que os profissionais de saúde ofereciam por se constituírem como conhecedores do processo saúde/doença em suas fragmentadas especialidades⁷.

A dimensão da Saúde Mental – e seus temas específicos como a adicção e o uso do álcool – tomará uma renovada atenção ao se preconizar que a ESF seja um espaço para a integralidade da saúde dos usuários.

Neste contexto de transformação, o papel dos profissionais mais do que o de prestador de serviços junto a ações para a cura e a reabilitação, a nova política de saúde exige

um profissional adequado a consecução dos princípios do SUS na prática diária. E essa exigência não se refere apenas as novas categorias profissionais como os Agentes Comunitários de Saúde. Refere-se particularmente as categorias tradicionais, como a Enfermagem, assim como aquelas de cunho liberal, como a Medicina e a Odontologia ⁴⁰

Apesar a existência de diversos artigos, dissertações e teses sobre Saúde Mental na atenção primária e as freqüentes denúncias sobre a desarticulação da equipe junto as necessidades em termos de Saúde Mental, a literatura é exígua em trabalhos que analisem as lacuna no sentido de caminhos possíveis que solucionem a problemática, tarefa a que se propõe o presente ensaio.

Métodos

No presente trabalho, utilizou-se do método de revisão narrativa, que se dispõe principalmente a levantar, com caráter qualitativo, fundamentação existente na literatura científica em questões consideradas amplas ou abertas³². Dada a amplitude, a revisão narrativa não possui um protocolo padrão para sua elaboração. Em termos metodológicos, busca informações atualizadas sobre determinada temática de trabalhos científicos de outros autores, sedimentando fundamentação teórica para determinada questão, de forma a descrever e discutir o conhecimento existente sobre assunto a que se propõe, contextualizando o leitor sobre o tema. O produto das revisões narrativas são ensaios teóricos que levantam perspectivas e novas visões sobre o tema explorado. Constitui-se, portanto, em análise da literatura vigente, a partir do pensamento crítico dos autores da revisão.

No presente estudo, foram selecionados artigos, documentos oficiais, dissertações, teses do campo da Saúde Coletiva que se referiam a questão do uso do álcool, a ESF, assim como aqueles que inseriam-se neste debate.

A temática do direito à saúde no Brasil

Com enfoque especial a partir do final da década de 1990, o Ministério da Saúde tem desenvolvido diversas estratégias para reorientação da atenção à saúde em conformidade com os princípios do SUS⁶, sendo priorizada a assistência pautada em concepção ampliada de saúde, atentando o mais plenamente às diferenças e singulares necessidades humanas³⁹.

A literatura sobre a atenção primária brasileira pontua que os profissionais do serviço público não estão devidamente capacitados para a assistência e o cuidado de saúde centrados

na integralidade, universalidade e equidade, priorizando a sintomatologia e as etapas finais do processo saúde-doença, quando as intervenções preventivas, além de alta eficácia e eficiência, são importantes para a consecução dos princípios do SUS^{29,41,38, 37, 35}.

Neste sentido, o direcionamento das ações de saúde tem vistas à universalização do acesso a todos os cidadãos, em uma visão integral de saúde, em clara dicotomia com a perspectiva biomédica, principalmente por primar pela intersetorialidade das ações de saúde e a atuação da equipe de saúde focada na família e não no indivíduo^{13,4}.

Longe de ter se constituído em um processo de implementação fácil, este enfoque na atenção encontra inúmeras dificuldades para se tornar efetivo dentro do que se preconiza. Entre as inúmeras questões, a formação dos profissionais de saúde de nível superior, que atuam na ESF, e sua divergência com a postura necessária ao modelo é temática privilegiada entre as demais²⁴.

A formação dos profissionais de saúde ainda se encontra pautada em um currículo biomédico, que enfoca a doença e não a saúde. Um modelo fragmentado e focado na formação em especialidades, desconsiderando, em sua composição, temáticas transversais como aspectos sociais dos usuários, política, sexo, violência, uso de drogas lícitas e ilícitas. Estas questões, quando aparecem, são trabalhadas apenas por um conteúdo reducionista e por meio dos protocolos rígidos de diagnóstico e intervenção medicamentosa, escapando os aspectos sociais, relacionais e contextuais que se mostram de entendimento necessário para uma efetiva e eficiente atuação do profissional de saúde no sentido da promoção de saúde. Este quadro é claramente distante do preconizado para este modelo e do foco do Sistema Público de Saúde nos novos paradigmas assumidos pelo SUS a partir de sua implementação¹⁰, o que demanda não apenas o conhecimento clínico, mas a postura pessoal de interesse por todos os aspectos do processo saúde doença^{11,8,9}. Mesmo a abordagem dos profissionais que atuam na Atenção Básica em ESF ainda é sobremaneira arraigada no tecnicismo, o que é contraditório dado que este modelo preconiza a imersão na realidade da população²⁵.

Afirmam que a formação profissional brasileira da atualidade, mesmo quando objetivando estratégias como a ESF, promove uma visão descontextualizada da realidade brasileira. Segundo os autores, há contradições entre as instituições de ensino superior, os serviços de saúde e as comunidades, ainda sendo mantido o enfoque de atenção curativa, individual, com centralidade na doença, havendo certo desconhecimento da realidade e do contexto social das famílias por parte dos profissionais de saúde.

Adicção e atenção primária

Pode-se pensar no por que se utilizar o trabalho centrado na Família. Com vistas à tentativa de reorganizar o processo de trabalho e as ações do SUS, no cumprimento de princípios fundamentais, a lógica na questão de estabelecer o uso de Equipes de Saúde da Família ao invés dos profissionais agrupados em Unidades Básicas de Saúde, é justamente a aproximação com as famílias pelas quais são responsáveis, identificando e atuando em problemas de saúde cotidianos e situações de risco às quais a população está exposta¹².

Falar em visão ampliada exige a fuga das ações tradicionais e especializadas em saúde, buscando uma abordagem ampla das diversas temáticas da vida do usuário. Nestas, a adicção é uma vertente extremamente contundente, dado que, sejam drogas lícitas – tais como álcool, tabaco, benzodiazepínicos, entre outras – ou drogas ilícitas, a pertinência em todos os níveis de atenção à saúde é demarcada a partir do uso em todos os gêneros, faixas etárias e estratos sociais da população, diferindo apenas na forma e composição percentual de prevalência do uso para cada substância.

A complexidade relacionada ao fenômeno do uso das substâncias, entre estas o álcool, provoca dúvidas, medos, diferenças conceituais, principalmente no meio acadêmico, no que tange ao fato de isolá-las do contexto global e das questões biopsicossocioculturais. A interação desses diferentes fatores demonstra o campo das ações de promoção da saúde abrangente, envolvendo aspectos da formação da personalidade do indivíduo, questões familiares, sociais, legais, políticas, econômicas, de busca de cidadania entre outras que possam estar relacionados à situação.

Ahumada² refere que se vivencia atualmente uma crise na possibilidade de pensar sobre si mesmo numa sociedade global. Ele atribui essa crise à mudança radical na forma de aculturação, onde não há prioridade para o diálogo e a transmissão de ideais explícitos em oposição à aculturação por imagens cada vez mais virtuais. A palavra, os significados, a representação, surgiram para diferenciar realidades e desde o século passado com a publicidade e a propaganda, as realidades apresentam-se cada vez mais ocultas. Mais cedo, crianças e jovens estão sendo contaminados por esse tipo de funcionamento social. Cada meio social comporta diferentes tipos de drogas, e vão transformando a ilusão das soluções dos medos, angústias, desses indivíduos, em diversos problemas, na proporção e na medida que esse tipo de atitude é feito de forma desordenada.

No que se refere ao presente texto, destaca-se a temática do uso de álcool que, pelo caráter lícito no uso, assim como a importância sócio-antropológica em vista do uso social, é

uma substância das mais evidentes daqueles que entram na temática da adicção. Neste tocante, o uso problemático de álcool vem se apresentando como um importante problema de saúde pública da atualidade⁴², na medida em que se estima que se relacione a etiologia de 1,5% das mortes em termos mundiais.

Com relação ao Brasil, em estudo divulgado pelo Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas¹⁸, apontam que 65% dos homens adultos e 41% das mulheres adultas bebem pelo menos uma vez ao ano, um total de 52% dos brasileiros acima de 18 anos. Entre os homens adultos, 11% bebem todos os dias e 28% consomem bebida alcoólica de 1 a 4 vezes por semana. Com relação a quantas doses de bebidas alcoólicas se consumiu por ocasião, 38% dos homens consumiram cinco ou mais doses, quantidade potencialmente prejudicial e que também indica alta tolerância a substância. Apesar da conscientização de que o uso de álcool ocasiona problemas pessoais, 8% relatam que tiveram problemas no trabalho e mesmo assim continuam fazendo uso da substância; 25% que continuaram a beber mesmo que isso desenvolva problemas familiares. Em termos gerais, 3% do total da população com mais de 18 anos faz uso nocivo desta substância e 9% é dependente de bebidas alcoólicas, segundo os dados do Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas OBID.

Uma importante consideração é que o álcool não pode ser tomado como uma substância de comercialização como qualquer outra, dado que historicamente adquiriu importância relacionada ao consumo oportunizado pelos aspectos culturais e simbólicos, na maioria das populações¹⁸. O padrão de uso revela muito destes, indo ao encontro de outra perspectiva da temática: a relação entre uso e danos agudos e crônicos pela toxicidade em órgãos e sistemas corporais; assim como o risco de provocar intoxicação aguda e dependência⁵.

Na formação dos profissionais de saúde, sejam estes médicos, enfermeiros, odontólogos ou outros, há pouca ou nenhuma formação específica para atuar frente a problemática do uso de álcool, assim como em outros temas transversais, o que pode ser explicado pela valorização das especialidades dado a formação pautada profundamente no modelo biomédico, explicado anteriormente²⁵. Quando se avalia a formação dos profissionais de saúde para atuarem frente ao uso problemático de álcool esta se mostra influenciada pelos diversos modelos que visam compreender o uso problemático de álcool presentes hoje na nossa sociedade. Alguns dos modelos mais utilizados são: ético-legal, moral, médico, psicológico, social, múltiplos fatores de risco³⁰. De acordo com o modelo adotado pelo profissional, a atuação deste frente a esta problemática será definida. Desta forma, caso o

profissional adote o modelo moral, provavelmente não encarará o uso problemático de álcool como algo de sua alçada e sim da igreja ou de outros grupos que trabalhem com mudanças na índole individual.

Justamente os aspectos mais sutis dessa problemática é que são interessantes à equipe de saúde, não apenas o aspecto estrito da dependência do álcool. A OMS (Organização Mundial de Saúde) apresenta que cada uma das variações do padrão de consumo admite destaque para a equipe de saúde, pois o monitoramento do uso do álcool é relevante, na medida da abrangência societária do álcool como instrumento de socialização, em todos os estratos sociais¹⁷.

A ESF constitui-se como espaço privilegiado de atuação do SUS junto à comunidade, em particular cabendo uma reflexão da ação deste pessoal em relação à problemática do álcool e ao cumprimento dos princípios da universalidade do acesso, na integralidade da atenção e na equidade das ações, conforme podem identificar os quatro padrões de consumo de álcool e utilizar-se de seu processo de trabalho para intervir, caso haja necessidade²³.

Também Souza³⁶ afirma que a Saúde da Família é um espaço ideal para atuação na problemática, advertindo, entretanto, que deve haver mudanças, no sentido de adequar a estratégia a estas ações, exemplificando os problemas atuais com a inadequação e não confiabilidade dos dados do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) no que se relaciona ao alcoolismo.

O uso problemático de álcool

No sentido do que foi exposto, o enfoque na atenção primária é necessário. Segundo a OMS^{42, 41}, o monitoramento do uso do álcool é relevante, pela magnitude da abrangência societária do álcool como instrumento de socialização. No entanto, não apenas a dependência estrita de álcool, mas também os quatro padrões de consumo que podem ser identificados pelos profissionais de saúde. São estes padrões: uso de baixo risco (uso dentro dos limites considerados como sendo de baixo risco), uso de risco (uso acima dos limites, entretanto sem presença de danos), uso nocivo (uso acima dos limites, com a presença de danos) e dependência (de acordo com os critérios da CID-10). Mais importante do que simplesmente estabelecer parâmetros, estes quadro padrões permitem intervenções direcionadas a cada um, oportunizando aportes teóricos e processuais para que os profissionais tenham percepção dos limites entre os padrões e ajam de acordo com os mesmos.

Em relação ao padrão de consumo de bebidas alcoólicas, a Organização Mundial de Saúde vem trabalhando com o conceito de Zonas de Risco, as quais identificam padrões de uso, não apenas a dependência em si. Este conceito de Zonas de Risco é importante por diversos motivos, entre os quais se destacam: (1) Distanciamento da visão pautada na dependência: quando se instituem padrões gradativos e contínuos de uso, os pacientes não são mais divididos em dependentes e não dependentes – conceito pautado na doença, e não na prevenção; (2) Aproximação de uma abordagem pautada na promoção de saúde e na prevenção: o enfoque em Zonas contínuas traz implicado em si a opção pela prática aberta a prevenção, vez que cada Zona próxima a outra possui abertura a que o paciente seja sempre chamado à redução do uso de álcool para ingresso em Zona de menor risco; (3) O conceito de risco gradativo, mas sempre presente: em sociedades cujo álcool é tomado como instrumento de sociabilização, tal como nos países ocidentais, o risco gradativo de uma Zona menor para uma Zona maior além de servir como visão de Educação em Saúde, também registra o conceito de que pelo uso da substância sempre existirá risco, em menor ou maior grau, tomando “dependência” como pólo extremo do problema que poderá a vir se instalar, caso o risco não seja gradativamente diminuído; (4) Auto-responsabilidade do usuário: a identificação de parâmetros (Zonas) serve como indicador ao próprio paciente da dimensão do uso da substância, incitando-o a se co-responsabilizar pela diminuição.

São as Zonas de Risco preconizadas por Babor et al. (2003): Zona I - uso de baixo risco, Zona II - uso de risco, Zona III - uso nocivo; e Zona IV – provável dependência, conforme quadro a seguir.

Quadro: Operacionalização dos conceitos de cada Zona de Risco para uso de álcool, segundo Babor et al. (2003)

Zona I: Uso de baixo risco

seria o uso moderado, que não extrapola os limites recomendados:

Homens: 2 doses-padrão por dia, ou 3 doses por ocasião/semana

Mulheres: 1 dose-padrão por dia, ou 2 doses por ocasião/semana

Idosos: 1 dose-padrão por dia, ou 2 doses por ocasião/semana

(dose-padrão: 1 lata de cerveja, 1 dose de destilado, 1 taça de vinho)

Zona II: Uso de risco

ocorre quando o indivíduo consome bebidas alcoólicas além dos limites descritos anteriormente e desta forma coloca-se em situações de risco.

Zona III: Uso nocivo

caracteriza critérios diagnósticos da CID-10 de uso nocivo

Requer dano real à saúde física ou mental

Conseqüências sociais adversas

Uso freqüentemente criticado por outras pessoas

Zona IV: Provável dependência

Caracteriza critérios diagnósticos da CID-10 de síndrome de dependência, havendo três ou mais dos requisitos abaixo, em algum momento durante o ano anterior

Desejo forte ou compulsão para consumir o álcool.

Dificuldades em controlar o uso de álcool em termos de início, término ou níveis de consumo.

Estado de abstinência fisiológico quando o uso cessou ou foi reduzido, evidenciado pela síndrome de abstinência e pelo uso da substância com o intuito de aliviar ou evitar sintomas de abstinência.

Evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes de álcool são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas.

Abandono progressivo dos prazeres ou interesses alternativos em favor do uso de álcool, aumento da quantidade de tempo necessário para obter ou usar o álcool ou para se recuperar de seus efeitos.

Persistência no uso do álcool, apesar da ocorrência de conseqüências nocivas.

Dentre os quatro padrões de uso do álcool nesta abordagem, três deles (uso de risco, uso nocivo e dependência) expõem os usuários a riscos e aumentam as chances de que desenvolvam diversos tipos de problemas (físicos, sociais, legais, emocionais, etc). Devido a isto, eles podem ser agrupados dentro de um termo mais amplo, o “uso problemático de álcool”.

Fatores ambientais, sociais e biológicos influenciam no padrão de consumo. Alguns fatores que podem ser destacados são: o álcool sendo utilizado como instrumento de socialização em festas e bares com os amigos, a alta disponibilidade e acesso fácil a esta

droga, crenças e expectativas positivas em relação ao álcool como o aumento da autoconfiança, atratividade e desinibição¹⁷.

O Programa de Saúde da Família e a temática do álcool

A ESF vem como resposta a necessidade de uma atenção integral à família e comunidade, compreendidas a partir de seu ambiente físico e social. Isto permite que a equipe multiprofissional compreenda o processo saúde-doença e as necessidades locais, indo além da execução de práticas curativas. Desta forma, a ESF não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde: é uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização destas atividades em um território definido⁷.

A Unidade de Saúde da Família estrutura este programa. É uma unidade pública de saúde inserida na atenção básica que deve estar vinculada à rede de serviços de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias e seja assegurada a referência e contra-referência para os diversos níveis do sistema, sempre que for requerida maior complexidade tecnológica para a resolução de situações ou problemas identificados. Cabe a unidade trabalhar em território de abrangência definido e ela é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população adstrita a esta área.

O planejamento com base nos critérios epidemiológicos e sociais é a base para o desenvolvimento das ações na Saúde da Família. O desafio atual é efetivamente consolidar a Saúde da Família como a porta de entrada prioritária do SUS, que mediante a conversão da rede básica deverá organizar todo o sistema a partir destes serviços, com intuito de resolver, ainda na atenção básica, cerca de 80% dos problemas de saúde mais prevalentes na população⁷.

Frente a todas as questões que podem ser causadas pelo uso problemático de álcool, as abordagens preventivas devem ser cada vez mais valorizadas e incentivadas. A Organização Mundial de Saúde vêm investindo em pesquisas sobre a prevenção de problemas relacionados ao álcool na atenção primária à saúde. No Brasil, este projeto vem sendo implementado através da capacitação de profissionais da equipe de saúde da família em estratégias de diagnóstico e intervenções breves (EDIBs) para o uso problemático de álcool⁵.

A ESF é apropriada para implementar este trabalho devido a suas características e propostas, como por realizar ações de educação em saúde e prevenção de agravos e por estar mais próximo à comunidade, caracterizando-se: como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; por ter território definido, com uma população

delimitada, sob a sua responsabilidade; por intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde²³.

Levando-se em consideração os quatro padrões de consumo de álcool propostos pela Organização Mundial de Saúde, apresentados anteriormente, os agentes comunitários de saúde podem ajudar na identificação de problemas relacionados ao uso de álcool e propor a discussão destes casos com sua equipe, para a definição de um plano de ação. Dentro deste plano de ação, eles podem contribuir fazendo orientações simples para pessoas que fazem uso de baixo risco, uso de risco e uso nocivo, assim como ajudar os dependentes na busca por um tratamento especializado²³.

Há evidências que apontam para o despreparo dos profissionais de Saúde da Família para atuação na temática. Em pesquisa realizada na Região do Médio Solimões - Amazonas registrou-se que o discurso médico encaminha a considerar o uso problemático de álcool como doença e como fator de risco para outras doenças, parece aproximar este tema de seu campo de atuação, já que como médicos devem agir identificando fatores de risco, para doenças e tratando outras já presentes. No entanto, sempre em um caráter biomédico, centrado na doença e na cura, distanciando da perspectiva da atuação intersetorial e mesmo na promoção e prevenção de saúde²⁰.

A desarticulação entre o novo paradigma dos princípios preconizados para o trabalho na ESF e a formação pelo paradigma biomédico do profissional que atua neste modelo é uma questão amplamente apresentada pela literatura em diversas áreas do conhecimento¹⁰.

No que concerne à temática do álcool poucos são os estudos que abordem este nó crítico, que tem sua importância investigada por diversos autores. É apresentado como um dos principais problemas de Saúde Pública no país, por se constituir como fator determinante de mais de 10% de toda a morbidade e mortalidade do Brasil na atualidade. Em termos mundiais, em 2000, responde por 4% de toda a morbidade e mortalidade, com tendência de ascensão. Neste sentido, intervir na temática do álcool é importante já que pode direcionar programas de prevenção que visem à redução de problemas decorrentes do uso³⁴.

Ressalta-se que propostas para utilização de instrumentos de rastreamento deste problema na atenção primária existem, sendo importante mencionar, além do AUDIT (*Questionário de Identificação de Transtornos pelo Consumo de Álcool*), o CAGE (*Cut Down/Annoyed/Guilty/Eye-opener Questionnaire*) como exemplos de instrumentos para este fim, na medida em que são de fácil aplicação e utilização⁴². Portanto, existem estratégias que podem ser utilizadas.

Também, a importância junto a Atenção Primária tem sido destacada nos debates a cerca dos serviços de saúde mental em todo o mundo pautando-se na premissa de que diversos problemas em saúde mental podem ser resolvidos nesse nível de assistência, principalmente no que se refere ao desenvolvimento de ações preventivas e promoção da saúde mental²⁷. Neste sentido há confluência entre a proposta da ESF e a discussão da temática do álcool em seu processo de produção e assistência.

No âmbito da ESF, as ações nesta temática deveriam ser de natureza anterior a que encaminha para pautarem-se exclusivamente nas as terapias medicamentosas, e o complexo usuário-família torna-se participantes como agentes fundamentais do cuidado, valorizando os aspectos intersubjetivos, sociais e políticos do entorno socioeconômico e cultural dos usuários. Para tanto, faz-se necessário o trabalho integrado entre os profissionais de ESF, tanto quanto o trabalho integrativo dos aportes de conhecimento destes e a construção de objeto de trabalho integrador, em que se pese que os aspectos envolvidos na temática do uso problemático de álcool podem contribuir significativamente neste construir.

No entanto, de forma dicotômica com estes direcionamentos, o que se encontrou no universo empírico investigado mostra que, de maneira geral, há certa fragilidade no discurso dos profissionais no que se refere à operacionalização de intervenções sob a questão do álcool.

Ainda no que se refere ao estudo do Médio Solimões - Amazonas, os enfermeiros apresentam seu discurso sob os fatores de risco sociais, entretanto, este não parece ser útil no processo de empoderamento destes profissionais para ação, já que se sentem pequenos frente à mídia, à mudança de valores da sociedade e da família. Não sabendo como intervir como profissionais, buscam a intervenção enquanto “indivíduos que dão bons exemplos”. Isto chama a atenção para a formação oferecida aos profissionais de saúde, que muitas vezes é pautada na discussão de fatores de risco ou então na busca das causas, sem formar o profissional para agir sob elas. Isto também apareceu no grupo dos médicos, que apesar de considerarem o uso problemático de álcool como fator de risco para outras doenças, dizem que não fazem busca ativa, não se sentem preparados para atuarem preventivamente e ficam frustrados por apenas agirem sob as conseqüências do consumo¹⁵.

Ao mesmo tempo, os profissionais sentem a dificuldade de trabalharem sem uma rede, sem equipe multiprofissional, apoio governamental, equipamentos de saúde e sociais; não identificam e não intervêm diretamente sobre o assunto e parecem não saber como fazer, não saber ao certo seu papel; esperam que haja uma política para isto, que a mídia mude, que o usuário procure o profissional motivado para mudar.

Ao investigar o conhecimento dos técnicos de enfermagem e agentes comunitários quanto às questões do álcool, existem indícios na literatura que também estes profissionais não estão preparados para atuar de forma preventiva sobre o tema aqui apresentado, mesmo apresentando tal problemática com fundamental importância, principalmente por falta de capacitação. A importância destes profissionais para Saúde da Família é inegável, uma vez que estão mais próximos da população e a intervenção frente ao uso problemático de álcool na população tem impacto junto a temática do trabalho efetivo no SUS²¹.

Tomando como ponto de partida as ações próprias à ESF, mesmo no caso em que os profissionais não se apresentam preparados para ações de intervenção na temática do álcool, por tentar romper com o modelo biomédico através do tomar o entorno sócio contextual do paciente como importante para a prática de saúde, em que todo problema presente – como o é o do uso problemático de álcool – deveria ter encaminhamento a outros níveis de atenção, a ESF serviria, pelo menos, como articulador da rede de saúde mental. No entanto, não é o que foi encontrado na presente pesquisa. Na realidade, nem mesmo os profissionais debatem o que fazer quando a temática emerge, ferindo de forma contundente o princípio da integralidade na assistência. Indício da fragmentação do cuidado e do pautar da ESF no modelo biomédico, na medida em que a equipe enfoca doenças físicas dos usuários, sem atuar nas questões de saúde mental^{28, 27, 16}.

Um achado importante é a questão do preconceito do profissional para com o usuário do álcool, em particular com o provável dependente. A literatura científica aponta que o preconceito está, em grande medida, na origem da exclusão da reflexão temática pelo profissional de saúde, que cai “na sedução da explicação do por que” ao se referir a esta temática, isolando de maneira errônea o alcoolismo como fenômeno puramente social e desvinculado de outras temáticas como família, emprego, saúde geral, cultura¹⁶.

Outra perspectiva teórica importante refere-se ao foco na temática do uso de álcool como doença, que reivindica, de certa forma, a legitimidade do poder social dos profissionais de saúde, como se a temática se referisse tão somente ao adoecer e ao curar²³, e não a um laço mais profundo que se refere aos aspectos do álcool relacionados à socialização, como por exemplo, na diferença significativa entre o bebedor de bar e o bebedor solitário, manifestações distintas do fenômeno; ou mesmo a questão do uso de álcool como emblema de status, controle de comportamento e das minúcias do poder.

As técnicas conhecidas como “Intervenções Breves” são aconselhamentos diretos, centrados no paciente, que visam estimular a mudança do comportamento. Em termos do uso problemático de álcool, as Intervenções Breves podem também complementar as atividades

assistenciais habituais e que são inseridas na rotina usual de atendimento, ocupando um tempo mínimo, utilizando recursos didáticos para obter rapidamente um maior nível de informação do paciente sobre seus problemas atuais, avaliando e eliciando a motivação para mudança, preparando-o para tomar decisões. Assim, por exemplo, um médico da ESF poderá incorporar na consulta de rotina um breve momento destinado à triagem para identificação de pacientes com Problemas Relacionados ao Uso de Substância, incluindo no seu esquema usual de seguimentos e monitorar parte da consulta para aplicar as Intervenções Breves²³.

A importância da temática do uso problemático de álcool para a atenção primária é significativa, uma vez que o tema consta entre os dez mais importantes problemas de saúde da lista de prioridades do Programa Nacional de Saúde da Família, apresentando a equipe de saúde da família como central nas discussões sobre a capacitação para a intervenção nesta temática, através de estratégias de rastreamento e intervenções breves para o uso problemático de álcool na rotina do atendimento oferecido dentro da ESF²³.

Neste sentido, a capacitação dos profissionais de saúde da família e a integração de suas ações ao suporte dos serviços especializados constituem-se como nó crítico, existindo amplo aporte teórico-conceitual para operacionalizar as referidas intervenções na atenção primária, não exigindo tempo e podendo ser incorporados a rotina de trabalho do médicos, enfermeiras, dentistas e agentes comunitários na Saúde da Família, apresentando ganhos significativos para a integralidade na atenção primária, haja vista a importância da temática e o fato de que as intervenções breves objetivam reduzir o risco de danos do uso crônico de substâncias psicoativas^{33,3}.

Temas transversais, como o que está focado no presente trabalho, deveriam permear constantemente o processo de trabalho destes profissionais, inserindo-os na perspectiva coletiva do trabalho em ESF, o que não é observado como característica do trabalho em Saúde da Família no interior, e quiçá seja abordado em grandes centros urbanos.

Outra consideração importante refere-se questão da educação permanente das equipes de Saúde da Família. Sendo um dos instrumentos que valorizam a mudança na atenção primária no país, para cada equipe deveria ser oportunizado capacitar-se em saberes que não foram trabalhados durante a graduação, ou que não garantiram formação satisfatória ao que a prática cotidiana demanda. Dado o vulto que a temática do álcool tem no dia-a-dia destes profissionais, evidencia-se a necessidade de estratégias que viabilizem a capacitação nesta assim como em outras temáticas transversais.

Na medida em que a temática do álcool é transversal e presente no cotidiano de todos os profissionais de saúde a Organização Mundial de Saúde desenvolveu a Intervenções breves

para cada uma das zonas de risco no uso de álcool, explicadas anteriormente. Não apenas os profissionais médicos, mas sim todos os profissionais de saúde estão aptos, mesmo os técnicos, a implementarem esta modalidade de intervenção. O profissional técnico ou de nível superior deve participar de treinamento que visa o entendimento das quatro zonas de risco e de como motivar o paciente a mudança de padrão de consumo. Infelizmente, durante a graduação, dado o enfoque no modelo biomédico que prima pela especialidade, estas ações transversais não são priorizadas, dando falsa idéia de que esta temática seja destinada apenas a abordagem por especialista, quando há como ser realizada mesmo no âmbito da Atenção Primária e, como já referido, por profissionais de nível técnico.

Considerações finais

Diversas abordagens à intervenção nos aspectos da Saúde mental na atenção primária existem na literatura a exemplo da terapia comunitária, da redução de danos, da entrevista motivacional, entre outras. Em relação a vastidão da temática, optou-se em discorrer sobre as intervenções breves para uso problemático de álcool.

Em linha geral, a questão da formação profissional em nível superior para o SUS é tema debatido na literatura amplamente. O despreparo dos profissionais de nível superior para a Assistência integral dos usuários está imerso no contexto apresentado no presente trabalho, em que se pese a importância da Saúde Mental e da temática do uso de álcool nesta assistência.

A formação dos profissionais de saúde ainda carece de foco sob a atuação prática destes após sua graduação. E mais: o Ensino Universitário tem o papel de formar para o SUS, conforme a legislação que o regulamenta no país.

Neste estudo, os profissionais identificam os fatores de risco para o uso problemático de álcool, conhecem as conseqüências deste consumo para o indivíduo e para a sociedade, descrevem os critérios utilizados pelos sistemas de classificação de doenças (CID-10, DSM-IV), entretanto, não sabem como atuar sobre esta questão.

São necessárias mudanças na estrutura de formação e capacitação dos futuros profissionais de ESF, para uma atuação genuína e condizente com os princípios do SUS e a prática em ESF. Em que se pese ainda que, falando em Saúde da Família, a capacitação permanente das equipes na dependência da realidade local e dos problemas da população assistida, deveria acontecer em todos os lugares do país, tendo vistas a regulamentação da Saúde da Família no Brasil. Mas não acontece.

Referências Bibliográficas

1. ACIOLE GG. On pedagogical dimensions to citizenship building on social control practice. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.* 2007; 11(23):409-26.
2. AHUMADA J. Crise na cultura e crise na psicanálise. *Rev. de Psicanálise da Sociedade Psicanalista de Porto Alegre*, 1997, 4:51-69.
3. ARAÚJO MBS, ROCHA PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2007; 12(2): 455-64.
4. ATKINSON S; COHN A; DUCCI ME; GIDEON J. Implementation of promotion and prevention activities in decentralized health systems: comparative case studies from Chile and Brazil. *Health Prom Internat* 2005; 20 (2): 167-75.
5. BABOR TF, HIGGINS-BIDDLE JC. Brief intervention for hazardous and harmful drinking: a manual for use in primary care. Geneva: World Health Organization; 2003
6. BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e de Educação na Saúde, Departamento de Educação na Saúde. Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS – caminhos para a Educação Permanente em Saúde. Brasília – DF, 2004.
7. _____. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: DAB, 1997.
8. BUENO, SMV. Educação Preventiva em Sexualidade, DST, AIDS e drogas nas escolas. (Tese de Livre-Docência). Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2001.
9. _____. Semântica do binômio Saúde-Doença. (Tese de Doutorado). São Paulo, Faculdade de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1993.
10. CAMPOS CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2003; 8(2): 569-84.
11. CAPRARA, A; FRANCO, ALS. A Relação paciente/cliente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cad. Saúde Pública*, 1999, 15(3):647-654.
12. CARMELO, SHH. Riscos psicossociais relacionados ao estresse no trabalho das Equipes de Saúde da Família e estratégias de gerenciamento. Ribeirão Preto. (Tese de Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006, 161p.

13. CARVALHO AI; WESTPHAL MF & LIMA VLGP. Historical overview of health promotion and health promotion evaluation in Brazil. *Prom & Health Educ* 2007; Supplement 1: 7-12.
14. ELIAS, P.E. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. *São Paulo Perspect*. 2004;18(3):41-6.
15. FERRO, S.B.G. O conhecimento dos enfermeiros de Saúde da Família do Médio Solimões (AM) sobre a temática do uso problemático de álcool e o impacto na atenção. Relatório Final (Iniciação Científica). Instituto de Saúde e Biotecnologia (UFAM), 2008.
16. GARCIA AM. Os bares no contexto de um bairro popular [Relatório de pesquisa: O alcoolismo e a exclusão social]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2000.
17. KERR-CÔRREA, F; ANDRADE, AG; BASSIT, AZ; BOCCUTO, NMVF. Possíveis fatores de risco para o uso de álcool e drogas em estudantes universitários e colegiais da UNESP. *Jornal Brasileiro de Dependências Químicas*, 2002., 3(1): 32-41.
18. LARANJEIRA R; PINSKY I; ZALESKI M; CAETANO R. I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira. Brasília : Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.
19. LARANJEIRA R; ROMANO M. Consenso brasileiro sobre políticas públicas do álcool. *Rev Bras Psiquiatr* 2004; 26 (Supl.1): 68-77.
20. LIMA, L.M. O conhecimento dos médicos de Saúde da Família do Médio Solimões (AM) sobre a temática do uso problemático de álcool e o impacto na atenção. Relatório Final (Iniciação Científica). Instituto de Saúde e Biotecnologia (UFAM), 2008.
21. LIRA, K.S. O conhecimento dos técnicos de enfermagem e agentes comunitários que atuam em Saúde da Família no Médio Solimões (AM) sobre a temática do uso problemático de álcool e o impacto na atenção. Relatório Final (Iniciação Científica). Instituto de Saúde e Biotecnologia (UFAM), 2008.
22. MARKMAN NETO, L. Políticas de Saúde, Sistema Único de Saúde e a prática do Programa de Saúde da Família num núcleo específico: limites e desafios. 2004. 188 páginas. Dissertação (Mestrado), Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto (SP), 2004.
23. MARQUES, ACPR; FURTADO, EF. Intervenções breves para problemas relacionados ao álcool. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. ,2004 (Supl.1) 26 (suppl.1): 28-32

24. MORETTI-PIRES, RO. A Mercantilização da Saúde: o trabalho de cirurgiões dentistas em um contexto de mudanças – estudo com cirurgiões dentistas assalariados do município de Ribeirão Preto (SP). 2005. 110 páginas. Dissertação (Mestrado), Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto (SP), 2005.
25. MORETTI-PIRES, RO. O pensamento crítico social de Paulo Freire sobre humanização e o contexto da formação do enfermeiro, do médico e do odontólogo. (Tese) Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 2008.
26. NEVES DP. Alcoolismo: acusação ou diagnóstico? *Cadernos de Saúde Pública* 2004, 20(1): 7-14
27. NUNES, M.; JUCÁ, V.L.; VALENTIM, CPB. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Cad. Saúde Pública* v.23 n.10 Rio de Janeiro out. 2007: 2375-84.
28. PAIM JS. Saúde da família: espaço de reflexão e contra-hegemonia. *Interface Comun Saúde Educ* 2001; 5:143-6.
29. PAULI MC, BOUSSI RS. Crenças que permeiam a humanização da assistência em unidade de terapia intensiva pediátrica. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2003; 11(3):280-6.
30. PILLON, SC; LUÍS, MAV. Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática de enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2004; 12(4): 676-672
31. PUCCINI, PT; CECÍLIO, LCO. A humanização dos serviços e o direito à saúde. *Cad. Saúde Pública*, , 2004, 20(5):1342-1353.
32. ROTHER, ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta paul enferm.* 2007, 20(2):pp.v-vi.
33. SAUNDERS JB, AASLAND OG, AMUNDSEN A, GRANT M. Alcohol consumption and related problems among primary health care patients: WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption – I. *Addiction* 1993;88(3):349-62.
34. SEGATTO ML; PINSKY I; LARANJEIRA R; REZENDE FF; VILELA TR. Triagem e intervenção breve em pacientes alcoolizados atendidos na emergência: perspectivas e desafios. *Cad Saúde Pública* 2007, 23(8): 1753-1762
35. SOBRINHO, A; SOUSA, MF. A tarefa: apagar os sinais vermelhos do PSF. In Sousa, MF (org.) *Os sinais vermelhos do PSF*. São Paulo (SP): Hucitec, 2002. p.155-70.

36. SOUZA, MLP. Expansão do PSF e identificação dos problemas relacionados ao abuso de álcool no Brasil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2005, v.27, n.4: p.342-3.
37. TAQUETTE, SR; SCHRAMM, SRFR; SOARES, LL; CARVALHO, SV. Situações eticamente conflituosas vivenciadas por estudantes de medicina. *Rev Assoc Med Bras* 2005; 51(1): 23-8.
38. TRONCON LEA, CIANFLONE ARL, MARTIN CCS, ALESSI NP, BAVA MCGC, MENEGHELLI UG. Conteúdos humanísticos na formação geral do médico. In: Marcondes E, Gonçalves EL. *Educação Médica*, São Paulo: Sarvier; 1998. p.99-114.
39. VAITSMAN, J. Saúde, Cultura e Necessidades. In: Fleury, Sonia (org.). *Saúde: Coletiva? Questionando a onipotência do Social*. pp.157-73. Rio de Janeiro: Ed.Relume-Dumará, 1992.
40. VASCONCELOS, C.M. Paradoxos da mudança no SUS [tese]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2005.
41. VILA VSC, ROSSI LA. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: muito falo e pouco vivido. *Rev Latino-am Enfermagem*, 2002; 10(2):137-44.
42. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Organization of mental health services in developing countries. Sixteen report of WHO Expert Committee on Mental Health. Geneva: World Health Organization; 1975.
43. _____. The World Health Report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope. Disponível em: <<http://www.who.int./whr2001>>. Acesso em: 26 setembro 2006.