



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

**Moralidades sobre o uso problemático de álcool em uma unidade da
Estratégia Saúde da Família no Rio de Janeiro**

Vitor Aguiar Lobato de Carvalho

Rio de Janeiro

2019

Vitor Aguiar Lobato de Carvalho

**Moralidades sobre o uso problemático de álcool em uma unidade da
Estratégia Saúde da Família no Rio de Janeiro**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Francisco Javier Ortega Guerrero

Coorientadora: Profa. Dra. Sandra Lucia Correia Lima Fortes

Rio de Janeiro

2019

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

C331 Carvalho, Vitor Aguiar Lobato de
Moralidades sobre o uso problemático de álcool em uma unidade da Estratégia
Saúde da Família no Rio de Janeiro / Vitor Aguiar Lobato Carvalho – 2019.
117 f.

Orientador: Francisco Javier Ortega Guerrero

Coorientadora: Sandra Lucia Correia Lima Fortes

Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto
de Medicina Social.

1. Alcoolismo – Etnologia – Teses. 2. Estratégia Saúde da Família – Teses. 3.
Adolescente – Teses. 4. Saúde mental – Teses 5. Pessoal de saúde – Teses. 6.
Atenção primária à saúde – Teses. 7. Rio de Janeiro – Teses. I. Guerrero,
Francisco Javier Ortega. II. Fortes, Sandra Lucia Correia Lima. III. Universidade
do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. IV. Título.

CDU 613.81(815.3)

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta
dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Vitor Aguiar Lobato de Carvalho

Moralidades sobre o uso problemático de álcool em uma unidade da Estratégia Saúde da Família no Rio de Janeiro

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Francisco Javier Ortega Guerrero

Instituto de Medicina Social - UERJ

Coorientadora: Profa. Dra. Sandra Lucia Correia Lima Fortes

Faculdade de Ciências Médicas - UERJ

Banca Examinadora: _____

Prof. Dr. Francisco Javier Ortega Guerrero

Instituto de Medicina Social - UERJ

Profa. Dra. Carolina Oliveira Nogueira

Fundação Oswaldo Cruz

Prof. Dr. Martinho Braga Batista e Silva

Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof. Dr. Rogerio Lopes Azize

Instituto de Medicina Social - UERJ

Rio de Janeiro

2019

À Natália.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos pacientes da unidade onde realizei a pesquisa, que são o sentido deste trabalho.

Aos profissionais de saúde dessa unidade, por sua colaboração fundamental. Por terem me permitido acompanhar a sua rotina de trabalho, compartilhado a sua visão de mundo e por terem disponibilizado o seu tempo precioso, que sempre falta.

Ao Francisco Ortega, pelos seus incentivos e contribuições essenciais para que eu pudesse ver além das minhas limitações e por tornar mais claras ideias dispersas e confusas.

À Sandra Fortes, pela sua parceira e apoio no mestrado e no trabalho. Por ter aberto portas que, se ainda estivessem fechadas, esta pesquisa simplesmente não teria existido.

Ao Instituto de Medicina Social (IMS-UERJ) na figura de seus funcionários e professores, que tanto contribuíram para esse processo de formação.

Ao apoio financeiro da CAPES nos primeiros meses de mestrado.

Aos meus pais, à minha irmã e aos outros familiares, pelo suporte e pelo carinho. Pelo ponto de partida, por me ensinarem a andar e pelo entusiasmo que demonstram ao acompanhar sempre de perto os meus passos.

Aos amigos, antigos e mais recentes, por preencherem a vida dos encontros autênticos, em meio a tantos desencontros. Entre eles, agradeço aos amigos do mestrado, com quem compartilhei afetos e angústias e que tornaram essa caminhada menos solitária.

À Natália, por me mostrar que os limites são sempre ilusões e me surpreender, a todo momento, pela constatação de que eu posso amar ainda mais.

Gabava-se Vadinho de jamais ter estado doente e de ser capaz de atravessar oito dias e oito noites sem dormir, jogando e bebendo ou na farra com mulheres. (...) No entanto, ali estava o laudo dos doutores da Faculdade: era um homem condenado, fígado imprestável, rins estrompados, coração aos pandarecos. Podia morrer a qualquer momento, como morrera. Assim, de repente. A cachaça, as noites nos cassinos, a esbórnia, a correria doida à cata de dinheiro para o jogo haviam arruinado aquele organismo belo e forte, deixando-lhe apenas a aparência.

Jorge Amado, *Dona Flor e seus dois maridos*

Cheio de mistério e cercado de mistério, talvez as alucinações que tive, as pessoas conspícuas e sem tara possam atribuí-las à herança, ao álcool, a outro qualquer fator ao alcance da mão. Prefiro ir mais longe...

Lima Barreto, *Anotações para o Cemitérios dos Vivos*

RESUMO

CARVALHO, Vitor A. L. de. *Moralidades sobre o uso problemático de álcool em uma unidade da Estratégia Saúde da Família no Rio de Janeiro*. 117 f. 2019. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2019.

Neste trabalho, analiso as práticas e os discursos de profissionais de saúde de uma unidade da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município do Rio de Janeiro - RJ em relação ao uso de álcool. Realizei uma pesquisa etnográfica nessa unidade de saúde ao longo de cinco meses, de agosto a dezembro de 2018, que incluiu observação-participante na unidade, nas salas de reuniões, nas consultas e no território adscrito, além de entrevistas semiestruturadas com nove profissionais de saúde dessa unidade. O uso de álcool é um ato social muito difundido e aceito em diversos contextos. Pela sua variabilidade social, podemos nos referir no plural a usos de álcool. Determinados padrões desses usos são considerados como problema de saúde, caracterizando o diagnóstico de uso problemático de álcool. Este foi escolhido como recorte para compreender as moralidades que atravessam as práticas dos profissionais da unidade onde realizei esta pesquisa. O uso problemático de álcool contempla uma ampliação da classificação médica relacionada ao uso de álcool considerado desviante, que foi definido anteriormente, de forma mais restrita, como alcoolismo. Diversas publicações na área da saúde assinalam que, considerando as estimativas epidemiológicas, o uso problemático de álcool é pouco diagnosticado e, conseqüentemente, uma proporção significativa de pessoas que poderiam ser classificadas de acordo com esse diagnóstico não estão recebendo o tratamento que seria indicado. Nesta pesquisa, busquei problematizar a produção de conhecimento hegemônica no campo da saúde e estranhar práticas que eram familiares para mim. Os dados produzidos referem-se às especificidades da realidade do local onde realizei a pesquisa e foram contextualizados em relação às políticas de saúde do SUS e da Estratégia Saúde da Família, as publicações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e no campo da Saúde Mental Global (SMG). Esses dados foram analisados a partir de dois eixos temáticos e suas subdivisões. O primeiro dele refere-se à interface do controle e do cuidado nos seguintes níveis: individual, familiar e comunitário. O segundo eixo temático contempla uma compreensão dessas moralidades a partir dos conceitos de desvio (BECKER, 2008), acusação (VELHO, 2003), estigma (GOFFMAN, 2002) e medicalização (CONRAD, 2007).

Palavras-chave: Uso problemático de álcool. Alcoolismo. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Saúde Mental Global.

ABSTRACT

CARVALHO, Vitor A. L. de. *Moralidades sobre o uso problemático de álcool em uma unidade da Estratégia Saúde da Família no Rio de Janeiro*. 117 f. 2019. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2019.

In this work, I analyze the practices and speeches of health professionals from a unit of the Family Health Strategy of the municipality of Rio de Janeiro - RJ in relation to alcohol use. I carried out an ethnographic research in this health unit over a period of five months, from August to December 2018, which included participant observation in the unit, in the meeting rooms, in the consultations and in the assigned territory, as well as semi-structured interviews with nine health professionals of this unit. The use of alcohol is a very widespread and accepted social act in many contexts. By its social variability, we can refer in the plural to uses of alcohol. Certain patterns of these uses are considered as a health problem, characterizing the diagnosis of problematic alcohol use. This was chosen as a category to understand the moralities that cross the practices of the professionals of the unit where I carried out this research. The problematic alcohol use contemplates an amplification of the medical classification related to the use of alcohol considered deviant, which was previously defined, more restrictively, as alcoholism. Several publications in the health area indicate that, considering epidemiological estimates, the problematic alcohol use is poorly diagnosed and, consequently, a significant proportion of people that could be classified according to this diagnosis is not receiving the treatment that would be indicated. In this research, I tried to problematize the production of hegemonic knowledge in the field of health and to describe, from another perspective, practices that were familiar to me. The data produced refer to the specificity of the reality of the place where the research was carried out and were contextualized in relation to the Brazilian National Health System (SUS) and Family Health Strategy (FHS) policies, World Health Organization (WHO) publications and in the field of Global Mental Health (GMH). These data were analyzed on two thematic axes and their subdivisions. The first one refers to the interface of control and care at the following levels: individual, family and community. The second thematic axis contemplates an understanding of these moralities from the concepts of deviance (BECKER, 2008), accusation (VELHO, 2003), stigma (GOFFMAN, 2002) and medicalization (CONRAD, 2007).

Keywords: Problematic alcohol use. Alcoholism. Primary Health Care. Family Health Strategy. Global Mental Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA	Alc33licos An33nimos
AB	Aten33o B33sica
ABP	Associa33o Brasileira de Psiquiatria
ACS	Agentes Comunit33rios de Sa33de
AP	33rea Program33tica
APA	Associa33o Americana de Psiquiatria
APS	Aten33o Prim33ria 33 Sa33de
AUDIT	Teste de Identifica33o de Problemas Relacionados ao Uso do 33lcool
CAP	Coordena33o da 33rea Program33tica
CAPS	Centros de Aten33o Psicossocial
CT	Comunidade Terap33utica
CID	Classifica33o Internacional de Doen33as
CTB	C33digo de Tr33nsito Brasileiro
DSM	Manual Diagn33stico e Estat33stico dos Transtornos Mentais
ECR	Estudos Cl33nicos Randomizados
ESF	Estrat33gia Sa33de da Fam33lia
GBD	Carga Global da Doen33a
MBE	Medicina Baseada em Evid33ncias
MFC	Medicina de Fam33lia e Comunidade
mhGAP	Programa de A33o para Reduzir as Lacunas em Sa33de Mental
MSMG	Movimento Pela Sa33de Mental Global
NASF	N33cleo de Apoio 33 Sa33de da Fam33lia
OMS	Organiza33o Mundial da Sa33de
PACS	Programa de Agentes Comunit33rios de Sa33de
PMF	Programa M33dico de Fam33lia
PNAB	Pol33tica Nacional da Aten33o B33sica
PNAD	Pol33tica Nacional Antidrogas
PROVAB	Programa de Valoriza33o do Profissional da Aten33o B33sica
PSF	Programa Sa33de da Fam33lia
RAPS	Rede de Aten33o Psicossocial
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Fam33lia e Comunidade

SMG	Saúde Mental Global
SMS	Sistema Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UB	Unidade Bairro
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFF	Universidade Federal Fluminense
UnA – SUS	Universidade Aberta do SUS
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	11
1	A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E AS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	25
2	USO DE ÁLCOOL E SAÚDE	32
2.1	Políticas brasileiras direcionadas para o uso de álcool e outras drogas	32
2.2	Classificações, diretrizes e epidemiologia	34
2.3	Intervenção na APS	38
2.4	Perspectivas e práticas dos profissionais de saúde	43
3	INTRODUÇÃO À PESQUISA DE CAMPO	46
3.1	Contexto e experiências introdutórias	46
3.2	A Unidade Bairro	47
3.3	Observação-participante: inserção no campo	48
3.4	As entrevistas semiestruturadas: o uso do gravador	51
3.5	A unidade, o território e o lugar do pesquisador	52
3.5.1	“Aqui nesse posto acontece de tudo”	53
3.5.2	“Desculpa, mas essa é minha opinião”	55
3.5.3	“Aqui tem mais boteco que casa”	57
3.6	Exemplos e casos ilustrativos	60
4	USOS DE ÁLCOOL: INTERFACES DO CONTROLE E DO CUIDADO	64
4.1	O indivíduo	64
4.2	A família	67
4.3	A comunidade	73
5	USO PROBLEMÁTICO DE ÁLCOOL: DESVIO, ACUSAÇÃO, ESTIGMA E MEDICALIZAÇÃO	81
5.1	Desvio, acusação e estigma	81
5.2	Medicalização	89
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	102
	REFERÊNCIAS	104
	ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ...	115
	ANEXO B - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	117

INTRODUÇÃO

Neste trabalho, analiso as práticas e os discursos de profissionais de saúde de uma unidade da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município do Rio de Janeiro - RJ em relação ao uso de álcool. Realizei pesquisa de campo nessa unidade de saúde ao longo de cinco meses, de agosto a dezembro de 2018, que incluiu observação-participante na unidade, nas salas de reuniões, nas consultas e no território adscrito, além de entrevistas semiestruturadas com nove profissionais de saúde dessa unidade.

Antes de discorrer com mais detalhes sobre o tema e os objetivos, apresento brevemente a minha trajetória profissional com a proposta de contextualizar como cheguei até esse tema e de introduzir como foi o processo de desempenhar esse papel de pesquisador. Nesta pesquisa, esses elementos foram considerados essenciais na análise dos dados produzidos a partir da observação das práticas dos profissionais de saúde e nas interações com eles.

O meu interesse na Atenção Primária à Saúde (APS) e na Estratégia Saúde da Família (ESF) tem origem na minha graduação em Medicina na Universidade Federal Fluminense (UFF), no período de 2006 a 2011, em que conheci e tive experiências no Programa Médico de Família do município de Niterói - RJ (PMF)¹. Após a conclusão da graduação, participei do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB)², o que incluiu, ao longo do período de um ano, atuação como médico de uma Unidade de Saúde da Família (USF) em Itaipuaçu, distrito do município de Maricá-RJ, e um curso de especialização em Saúde da Família pela Universidade Aberta do SUS (UnA-SUS) em parceria com a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

A APS consiste no nível dos sistemas de saúde responsável pela atenção aos problemas de saúde mais comuns da população, articulando ações intersetoriais e coordenando o cuidado junto aos níveis mais especializados. No Brasil foi tradicionalmente

¹ O Programa Médico de Família (PMF), do município de Niterói –RJ, foi criado em 1992 e teve inspiração no modelo de medicina familiar cubano. Esse programa serviu de modelo para outros projetos de saúde da família, inicialmente no estado do Rio de Janeiro e, posteriormente, em outros estados brasileiros. O PMF foi anterior e serviu de inspiração ao Programa Saúde da Família (PSF) nacional, implantado em 1994 pelo Ministério da Saúde (HÜBNER, 2007).

² O Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) foi criado pelo Ministério da Saúde em 2011 e contemplava um conjunto de medidas voltadas para a qualificação e valorização do trabalho realizado pelo profissional em equipe multiprofissional de saúde da Atenção Básica, a partir da oferta de condições de trabalho e formação em serviço (BRASIL, 2010).

denominado Atenção Básica (AB) e o modelo adotado foi da Estratégia Saúde da Família (ESF) (GIOVANELLA, MENDONÇA, 2012).

Após a conclusão do PROVAB, realizei a residência em Psiquiatria de 2014 a 2017. Durante esse período, eu me interessei pelo apoio matricial (ou matriciamento), o modelo adotado no Sistema Único de Saúde (SUS) para serem compartilhados saberes entre profissionais de saúde mental e profissionais da ESF, buscando uma melhor integração entre esses diferentes campos. Ainda durante a residência, eu manifestei esses interesses à professora do Departamento de Psicologia Médica da UERJ, Sandra Fortes, que é psiquiatra e coorientadora desta dissertação de mestrado, com experiência em matriciamento em saúde mental e que realiza pesquisas nessa área. Através dela, eu pude conhecer melhor como vinha sendo realizado o apoio matricial em saúde mental em unidades da ESF do município do Rio de Janeiro.

Depois de concluir a residência em Psiquiatria, ingressei no mestrado em Saúde Coletiva no Instituto de Medicina Social da UERJ, na área de Ciências Humanas e Saúde, e passei a participar do grupo de pesquisa sobre Saúde Mental Global (SMG), coordenado pelo professor do Instituto de Medicina Social da UERJ, Francisco Ortega, orientador desta pesquisa de mestrado. Nesse grupo, as pesquisas estão inseridas no campo teórico-prático da SMG, que abrange discussões sobre propostas para a expansão de determinados modelos de cuidado à saúde mental no mundo de forma integrada à atenção aos demais problemas de saúde.

Desenvolvi esta pesquisa a partir da articulação desses interesses que perpassam, em diferentes escalas, alguns pontos em comum. Atravessando três níveis ou dimensões diferentes, estão presentes os meus interesses pela articulação entre as concepções e práticas de saúde relacionadas à atenção primária e à saúde mental.

O primeiro nível refere-se às minhas experiências profissionais desde o início da formação como médico até a especialização em Psiquiatria: as minhas insatisfações em relação à medicina ambulatorial tradicional, realizada de forma fragmentada através das atuações de médicos de diferentes especialidades, atravessada pela falta de comunicação e de integração. Como contraste, os meus interesses no modelo da ESF, que contempla uma concepção de saúde que integra as suas diversas interfaces físicas, psíquicas e sociais e preza pela atuação multiprofissional e pelo compartilhamento de saberes.

No segundo nível, as políticas do SUS no âmbito nacional e as particularidades da sua aplicação e desenvolvimento nos contextos regionais, estaduais e municipais. Particularmente, a articulação entre da ESF e a atenção à Saúde Mental no Brasil e, mais especificamente, no

município do Rio de Janeiro.

Por fim, no terceiro nível, o meu interesse está voltado para a relação entre as políticas de saúde desenvolvidas no Brasil com as orientações de organizações internacionais. Este nível contempla as diretrizes e publicações dessas organizações, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), os diferentes modelos de Atenção Primária à Saúde (APS) no mundo e as propostas do Movimento Pela Saúde Mental Global (MSMG).

Usos de álcool: ato social e problema de saúde

Neste trabalho, o uso de álcool foi escolhido como recorte para compreender como os profissionais da ESF pensam, orientam e desenvolvem as suas próprias práticas. O uso de álcool é um ato social milenar e bastante difundido em múltiplos contextos, que é compreendido e regulado moralmente de variadas formas. Alguns grupos específicos condenam o uso de álcool em qualquer quantidade e contexto e defendem a abstinência como valor. Mais comumente, essa prática é condenada, em outros contextos e por outros grupos, quando determinadas regras e convenções são contrariadas (CONRAD, SCHNEIDER, 1992; NEVES, 2004). Por exemplo, quando é considerado que a pessoa está bebendo de forma descontrolada, em um horário não convencional, em um lugar onde não deveria estar bebendo ou quando apresenta comportamento reconhecido como inadequado e associado ao uso de álcool.

Essas regras são dinâmicas e flexíveis, tornando também variável a condenação moral e o comportamento que será reconhecido como desviante. Por exemplo, em uma festa de casamento, é aceito que as pessoas bebam mais do que de costume. Nesse caso, o descontrole vai ser considerado quando há uma quantidade de uso mais elevada em comparação com o restante das pessoas que estão na festa. Nesse contexto, o comportamento das pessoas também costuma ser mais expansivo, sendo até o que comumente se espera de uma boa festa. Por outro lado, um comportamento mais exaltado do que o das outras pessoas pode ser reprovado como inadequado. Normalmente, não é bem visto que as pessoas bebam pela manhã. No entanto, no carnaval, é comum que as pessoas comecem a beber mais cedo. No geral, o uso de álcool não é aceito no trabalho. Em contrapartida, diversas reuniões e acordos de trabalho são realizados enquanto as pessoas bebem.

Nesse sentido, de uma forma ainda breve e superficial, podemos assumir previamente que o uso de álcool e a sua condenação moral constituem um fenômeno social ambivalente e

complexo, sob a perspectiva das interações sociais. Refiro-me a interações sociais a partir da concepção de Howard Becker, como esse exercício de pensar os fenômenos sociais sendo constituídos a partir das interações dos diversos atores envolvidos (BECKER, 2008)

Nesta pesquisa, escolhi analisar o uso problemático de álcool, caracterizado como um problema de saúde. Reconheço que essa classificação não existe dissociada do uso de álcool como fenômeno social mais amplo, aceito e reprovado de diferentes formas e em variados contextos. Essa concepção do uso de álcool como problema de saúde foi construída e defendida ao longo de um processo histórico e passou a prevalecer principalmente a partir da década de 1940 em relação a outras noções que associavam o alcoolismo à possessão espiritual, ao pecado ou ao crime (CONRAD, SCHNEIDER, 1992).

Historicamente, a concepção médica do alcoolismo e a sua caracterização como doença passou a ser dominante desde o fim do período da chamada “Lei Seca” nos EUA. Esse período durou de 1920 a 1933, com a proibição da fabricação, transporte e venda de bebidas alcoólicas no país, determinada pela 18ª emenda da Constituição do Estados Unidos em 1919. Essa proibição teve relação direta com o crescimento do Movimento da Temperança na época, um movimento social que teve início na década de 1820 e ainda existe até os dias de hoje. Esse movimento defende a abstinência e condena o uso das bebidas alcoólicas, principalmente destilados, por associar essa prática a comportamentos descontrolados e reprovados moralmente. No início do século XIX, o Movimento da Temperança ganhou força nos EUA e as bebidas alcoólicas passaram a ser cada vez mais consideradas como os “venenos morais” do país (CONRAD, SCHNEIDER, 1992).

No Brasil, na mesma época, a primeira “lei de drogas” foi sancionada a partir de do decreto presidencial nº 4.294 em 1921 (BRASIL, 1921). O álcool não foi criminalizado, ao contrário da cocaína, do ópio e dos seus derivados, que foram enquadrados como substâncias tóxicas e entorpecentes. No entanto, o indivíduo que, após uso de álcool, manifestasse “desregramento das suas ações e atitudes” estaria cometendo crime de contravenção contra a ordem pública e podia ser punido penalmente. Os grupos dos médicos higienistas defendiam a proibição do álcool e o uso dessa substância, que foi alvo de ações policiais antes da regulamentação por essa lei. A legislação não incluiu o álcool entre as substâncias proibidas, mas estabeleceu determinadas sanções relacionadas ao comportamento do indivíduo reconhecido como “alcoólatra”, percebido como um “degenerado” (SILVA, 2015).

Esse mesmo decreto determinou a criação de estabelecimentos para internação dos “intoxicados por álcool”, na seção de “internados judiciários”, indivíduos que se embriagam por hábito e “fazem mal a si mesmos”. Nesse caso, a legislação referia-se às mesmas

intervenções para os que faziam uso de álcool e de outras substâncias. Essa intersetoria teria como fim “evitar a prática de atos criminosos” ou a “completa perdição moral” e poderia ser realizada pelos próprios indivíduos ou pelos seus familiares desde que comprovassem em juízo a necessidade. O que se percebe é uma hibridização a partir de modelos em disputa quanto à intervenção sobre o uso de álcool: uma noção médica que estava se estabelecendo e um modelo judiciário e punitivo (BRASIL, 1921; SILVA, 2015)

Após o fim da proibição do álcool nos Estados Unidos em 1933, alguns grupos tiveram papel importante na construção da concepção médica relacionada ao uso de álcool e no apoio para que essa passasse a prevalecer, como a criação do grupo de ajuda mútua Alcoólicos Anônimos (AA)³ em 1935 e o Centro de Pesquisa de Estudos sobre o Álcool da Universidade de Yale em 1940 (CONRAD, SCHNEIDER, 1992).

Nas classificações diagnósticas, o alcoolismo foi incluído desde a primeira versão, de 1952, do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (mais conhecido pela sigla em inglês, DSM), editado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA). Na Classificação Internacional de Doenças (CID) publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o alcoolismo passa a constar a partir da 8ª edição, em 1967. Os conceitos de abuso e dependência passaram a ser contemplados pela OMS em 1977 (SCHUCKIT, 1991). Neste trabalho, escolhi me referir a uso problemático de álcool, categoria mais recente, que está associada a um processo de ampliação da concepção do uso de álcool como problema de saúde, contemplando os diagnósticos de abuso (ou uso nocivo) e dependência relacionados ao uso de álcool.

Moralidades

As práticas dos profissionais de saúde em relação ao uso problemático de álcool ou outros problemas de saúde são orientadas por valores e moralidades, assim como as escolhas e prioridades em meio à rotina sobrecarregada de uma unidade de saúde da família do município do Rio de Janeiro. Ao falar de moralidades, eu me refiro aos conteúdos apresentados pelos interlocutores como justificativas para a forma como agem no mundo, aos valores que estes acreditam ser importantes e que, por isso, orientam suas práticas e discursos.

³ O Alcoólicos Anônimo (AA) foi criado em 1935 e enfatiza a concepção de alcoolismo como doença, incluindo a ideia de “alergia ao álcool”. Nesse grupo, são estabelecidos 12 passos para se retomar o controle sobre a bebida e os indivíduos devem buscar se manter abstinentes (CONRAD, SCHNEIDER, 1992).

Ao utilizar o termo moralidades, devemos considerar que estas são constitutivas da experiência social e que toda ação humana está fundamentada em acepções morais, mesmo quando isso não está explícito. A discussão sobre a moral comumente é associada a uma perspectiva mais prescritiva ou normativa, ao ser considerado a proposta de responder, de forma universal, o que é bom, correto ou justo. Ao utilizar o termo no plural, enfatizo que as moralidades são variadas e podem ser descritas a partir de como os próprios indivíduos pensam as suas condutas, em determinados contextos.

Foucault (2009), em *O Uso dos Prazeres*, aborda a questão das relações entre os códigos e as condutas morais. Mais do que isso, ele se refere ao processo de subjetivação que está relacionado a como os indivíduos se constituem como sujeitos morais:

(...) toda ação moral comporta uma relação ao real em que se efetua, e uma relação ao código a que se refere; mas ela implica também uma certa relação a si; essa relação não é simplesmente "consciência de si", mas constituição de si enquanto "sujeito moral", na qual o indivíduo circunscreve a parte dele mesmo que constitui o objeto dessa prática moral, define sua posição em relação ao preceito que respeita, estabelece para si um certo modo de ser que valerá como realização moral dele mesmo; e, para tal, age sobre si mesmo, procura conhecer-se, controla-se, põe-se à prova, aperfeiçoa-se, transforma-se. (FOUCAULT, 2009, p. 37)

Neste trabalho, as moralidades não foram consideradas como dissociadas, mas sim intrincadas a outros domínios sociais, como o político, religioso e o econômico. Nos termos de Didier Fassin (2012), podemos nos referir a “economias morais”, como o “estudo da produção, circulação e apreciação de normas e valores, sensibilidades e sensações nas sociedades contemporâneas” (FASSIN, 2012, p. 10).

Fassin (2012) ressalta ainda que as configurações morais, percebidas como processo, merecem um pensamento particular, especialmente quando combinam julgamentos e sentimentos opostos e até mesmo contraditórios. Ao escolher considerar os dados produzidos a partir das perspectivas das moralidades, a minha preocupação não esteve relacionada a uma definição a priori do que é moral, mas a como os agentes locais dão significado às suas práticas, no sentido de que é na ação que essas se produzem, mais do que em reflexões ou dilemas formais.

Escolhi analisar os dados produzidos a partir das perspectivas das moralidades ao considerar este um recorte que poderia contemplar e relacionar a multiplicidade de questões que foram identificadas nos discursos e práticas dos profissionais sobre uso de álcool. Esse

tema é atravessado por ambiguidades e possibilita perspectivas variadas por serem muitos os usos de álcool que podem ser pensados e os limites que caracterizam o uso problemático não são claros.

Considero que, ao analisar as práticas e discursos dos profissionais, são revelados os valores morais, as posturas normativas que estão envolvidas nas suas decisões e abordagens, na sua prática, mesmo quando essa questão não é explicitada dessa forma, ao julgar condutas e considerar o que é melhor para o outro. A concepção do uso de álcool como problema de saúde, pelos profissionais, não está dissociada dos seus valores, da sua percepção mais ampla da questão.

Os profissionais falaram o que eles pensam sobre o álcool e quando consideram que esse pode ser problemático. Ele também procuraram explicitar o que consideram que leva uma pessoa a fazer uso de álcool e o que faz com que esse uso se torne problemático. Para além da sua perspectiva mais diretamente relacionada à sua prática, alguns profissionais procuraram falar de como são os julgamentos que outras pessoas fazem em relação ao uso de álcool e como esse pode variar. Alguns deles assumiram uma postura mais crítica em relação a esses julgamentos. A compreensão do uso de álcool como problema de saúde, então, foi pensada relacionada a essas perspectivas, que às vezes incluíram as vivências pessoais e os hábitos dos profissionais nas considerações. E, assim, a partir dessa compreensão, como eles orientam as suas intervenções, quando acham que devem ou não agir, o que devem fazer e de que jeito.

Dessa forma, procurei evidenciar como eles caracterizam o uso de álcool nas suas diversas interfaces, quando não está clara a separação entre o controle e cuidado em suas práticas, ao pensarem os papéis reconhecidos como esperados pelo indivíduo nos contextos familiar e comunitário e como as noções de desvio, acusação e estigma estão entrecruzadas com essa caracterização como problema de saúde, que também se estabelece a partir de um olhar moral para as condutas. Ou seja, a concepção da saúde, que pode ser vista como técnica, fundamentada nos conhecimentos biomédicos, não está dissociada das concepções morais como qualquer outra perspectiva. As moralidades não são entidades separadas das outras esferas das atividades humanas, elas estão entranhadas na substância do social, não sendo suficiente isolar os códigos morais ou dilemas éticos de outras questões (FASSIN, 2012).

Metodologia

Eu realizei a pesquisa de campo em uma unidade de saúde da ESF, que incluiu observação-participante e entrevistas semiestruturadas com profissionais dessa unidade. Ao apresentar minhas experiências profissionais anteriores, o meu objetivo foi explicitar como eu cheguei nesse lugar. O meu exercício de pesquisador passou por reconhecer a narrativa da minha trajetória prévia, organizada da forma apresentada acima, como “ilusão biográfica” (BOURDIEU, 2006). Esse foi o primeiro passo no sentido de estranhar uma realidade que parecia familiar para mim, o que reconheci como um desafio essencial da pesquisa de campo (DA MATTA, 1974; VELHO, 1987).

A familiaridade a que me refiro está relacionada ao fato de a pesquisa ter sido realizada em uma unidade que já conhecia e por eu ser profissional de saúde, com experiência prévia na ESF. Ou seja, foi desse lugar que passei a exercitar um estranhamento sistemático, que consistiu em deixar entre parênteses as decisões relacionadas à prática como médico. Ao mesmo tempo, essa familiaridade era apenas presumida, no sentido que eu não sabia de fato o que os interlocutores pensavam sobre as suas práticas. Afinal, o “familiar” nem sempre é “conhecido” (VELHO, 1987).

Além disso, a pesquisa foi realizada a partir da interação com diferentes profissionais, com os quais eu podia me sentir mais ou menos familiarizado. Ao interagir com outros médicos ou profissionais da saúde mental, a sua realidade e a sua perspectiva podiam parecer mais próximas das minhas em relação a determinadas questões do que, por exemplo, quando a interlocução era estabelecida com os técnicos de enfermagem ou os agentes comunitários.

Essa variação também podia ser percebida de acordo com os diferentes contextos. Ao realizar a observação dentro da unidade de saúde, eu presenciava práticas às quais estava mais habituado do que ao percorrer o bairro onde essa unidade está localizada, que eu não frequentava e só tinha passado poucas vezes por algumas das suas principais ruas. Considerando uma grande metrópole como o município do Rio de Janeiro, devem ser consideradas, como apontou Velho (1987), as:

(...) descontinuidades vigorosas entre o ‘mundo’ do pesquisador e outros mundos, fazendo com que ele (...) possa ter experiência de estranheza, não-reconhecimento ou até choque cultural comparáveis à de viagens a sociedades e regiões ‘exóticas’.
(VELHO, 1987, p. 126-127)

Nesse sentido, o estranhamento em relação às minhas concepções prévias precisou acontecer nos dois sentidos, considerando-se que “as bases sobre as quais a familiaridade e a distância se assentam são cambiantes” (STRATHERN, 2014, p. 133). Em relação às primeiras impressões de estar mais ou menos familiarizado, o esforço que realizei foi, inspirado pela proposta de Da Matta (1974), de transformar o exótico no familiar e o familiar no exótico (DA MATTA, 1974). Em outros termos, tratou-se de um processo de procurar:

(...) tirar a capa de membro de uma classe e de um grupo social específico para poder (...) estranhar alguma regra social familiar e assim descobrir (ou recolocar, como fazem as crianças quando perguntam os “porquês”) o exótico no que está petrificado dentro de nós pela reificação e pelos mecanismos de legitimação. (DA MATTA, 1974, p. 5)

Nas interações que observei e das quais participei, a minha presença não foi considerada em uma realidade fechada em si mesma. Eu procurei analisar como as relações eram afetadas e como essas afetavam o trabalho de campo que realizava. (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000; ZENOBI, 2010). Dessa forma, procurei observar como a minha presença causava mudanças nas atividades rotineiras das equipes de saúde, que foram consideradas ao descrevê-las, o que Bourdieu (2003) conceituou como “objetivação participante”, que não deve ser confundido com a observação-participante, mas como um procedimento inerente a esta.

Como pesquisador, eu não tinha um lugar definido. A proposta era de “um olhar de perto e de dentro, mas a partir dos arranjos dos próprios atores sociais” (MAGNANI, 2002, p. 17). O enfoque desta pesquisa não foi a unidade de saúde em si, mas as relações estabelecidas entre os atores, assim como as moralidades nos discursos mobilizados em suas práticas, não sendo, portanto, o *locus* do estudo o objeto deste (GEERTZ, 2008). Em outras palavras, “os dados são recolhidos no contexto porque é no contexto que se adquire significado” (GUBER, 2011, p. 81).

Nesse sentido, foi necessário considerar que os meus interlocutores se situavam em hierarquias e redes de relações prévias e que apresentavam suas próprias tensões. Ao me inserir nesse contexto, o conhecimento foi produzido intimamente ligado à dinâmica do próprio campo estudado. Nesse processo, eu atentei para a questão de como me apresentar aos interlocutores e explicar o que eu estava fazendo na unidade de saúde. A preocupação de como estabelecer determinadas interlocuções e passar determinada impressão de si mesmo está presente nas interações em geral. Nesta pesquisa, o processo de “controle de impressões”

(BERREMAN, 1990) incluiu também a interpretação das reações, dos comportamentos e das atitudes dos outros, que eu procurei realizar de forma sistematizada nesta pesquisa.

Considerei ainda, na análise dos dados produzidos, que os interlocutores também realizaram escolhas, conscientes ou não, no sentido de apresentarem ao pesquisador de determinada maneira (GEERTZ, 2008). Além disso, devemos atentar para o seguinte fato: os sujeitos pesquisados podem não deter a verdade objetiva de seu comportamento e o seu discurso não ser propriamente a explicação do comportamento. Em outras palavras, “o que é importante é descobrir que diabos eles acham que estão fazendo” (GEERTZ, 2014, p. 62). O meu interesse foi no que eu tinha acesso: as interpretações que os profissionais deram para explicar suas considerações e suas práticas em relação ao uso de álcool. Sobre isso, podemos acrescentar que:

Precisamos ter alguma ideia da atividade produtiva que está por trás do que as pessoas dizem, e portanto da própria relação entre elas e o que foi dito. Sem saber como suas próprias palavras lhes ‘pertencem’, não podemos saber o que fazemos ao nos apropriar delas. (STRATHERN, 2014, p. 137)

O fato de eu ser psiquiatra e a forma como eu me apresentei como pesquisador e compartilhei com os profissionais o tema da pesquisa teve implicações que valorizei nos dados produzidos. É importante salientar: “o que chamamos de nossos dados são realmente a nossa própria construção das construções de outras pessoas” (GEERTZ, 2008, p. 7). Esses dados são uma primeira interpretação nesse processo descritivo que se baseia em interpretações das interpretações. Assim, os dados não seriam, como a própria etimologia da palavra levaria a crer, algo que existe para além da subjetividade do pesquisador, sendo produzidos por este no encontro entre a teoria e a percepção de quem os produz.

Em algumas situações, eu tive dificuldade para realizar o estranhamento proposto. Nesses momentos, era inevitável, quase automático, pensar o que eu faria naquela situação como psiquiatra. Às vezes, sentia até uma espécie de alívio ao lembrar que não estava ocupando aquela posição e que não precisava realizar uma decisão a partir desse papel, que logo dava lugar à preocupação de como pensar aquela situação a partir da perspectiva de pesquisador. Em determinadas situações, os próprios profissionais faziam questionamentos e me convocavam a responder como psiquiatra, perguntando alguma dúvida sobre diagnóstico ou tratamento de transtornos mentais ou solicitando a prescrição de algum medicamento.

Esses percalços e os “envolvimentos inevitáveis” não devem ser considerados

“defeitos” ou “imperfeições”. Ao contrário, podem contribuir com a compreensão das interações, reconhecendo os limites do estranhamento do familiar e da proposta de se colocar no lugar do outro (ZENOBI, 2010; VELHO, 1987). Mais do que isso, a proposta da pesquisa etnográfica consiste em articular as experiências reconhecidas como próximas ou distantes, processo necessário para a realização da “descrição densa”, visando a compreensão das hierarquias de estruturas significantes nos termos em que foram produzidas, percebidas e interpretadas (GEERTZ, 2008).

Ao longo do período de observação-participante, entrevistei nove profissionais que atuavam na unidade de saúde onde realizei a pesquisa. A seleção dos profissionais que convidei para essas entrevistas foi baseada nos seguintes critérios. Eu contemplei nas entrevistas as categorias profissionais da chamada equipe mínima da ESF, que seria composta justamente por: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Além desses, incluí os profissionais de saúde mental do apoio matricial. Escolhi entrevistar dois profissionais de cada categoria, possibilitando um referencial comparativo entre eles. As exceções foram os profissionais de saúde mental – cada um deles era o único representante da sua categoria profissional - e os agentes comunitários de saúde (ACS).

Ao longo da observação, os ACS foram os profissionais com quem tive mais contato: nos corredores, na sala dos agentes comunitários e nas visitas ao território. Assim, eu pude produzir mais dados a partir dessas interações com esses profissionais do que com os outros. O principal objetivo das entrevistas era poder estabelecer uma maior interlocução com os profissionais a quem eu tinha menos acesso na observação. Dessa forma, escolhi entrevistar apenas uma ACS, que identifiquei, logo no início, como minha informante chave, quando ela se ofereceu para me mostrar o território da unidade.

Nessas entrevistas, busquei delimitar, contrastar e aprofundar os dados obtidos através da observação-participante em relação às perspectivas e práticas desses profissionais relativas aos problemas de saúde relacionados ao uso de álcool.

As entrevistas foram orientadas por roteiros semiestruturados. Essas foram audiogravadas e, posteriormente, transcritas integralmente. Os entrevistados aceitaram participar após os procedimentos serem explicados e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – ANEXO A). Nenhum profissional convidado se recusou a participar.

O roteiro das entrevistas (ANEXO B) foi desenvolvido em colaboração com os pesquisadores do estudo “O Cuidado ao Uso Problemático de Álcool na Atenção Primária à Saúde”, em uma parceria da UERJ com a *City University of New York (CUNY)*, coordenada

pela professora Sandra Fortes (UERJ), que é também minha coorientadora nesta dissertação de mestrado, e pelo professor Sean Haley (CUNY).

A pesquisa de campo foi realizada em uma unidade da ESF localizada na área programática 1.0 (AP 1.0). Essa AP abrange os bairros Benfica, Caju, Catumbi, Centro, Cidade Nova, Estácio, Gamboa, Mangueira, Paquetá, Rio Comprido, Santa Teresa, Santo Cristo, São Cristóvão, Saúde e Vasco da Gama. O município do Rio de Janeiro está dividido em dez áreas programáticas (AP). Essa divisão foi realizada em 1993, com o objetivo de descentralizar a administração do sistema municipal de saúde. (SMS, 2013).

A partir da metade do ano de 2018, comecei a participar dessa pesquisa de implementação⁴ - que ainda se encontrava em andamento ao final desta dissertação - sobre o cuidado ao uso problemático de álcool na ESF. Esse estudo está sendo realizado no Rio de Janeiro em unidades da ESF nas áreas programáticas 1.0 e 2.2⁵.

As duas pesquisas apresentam propostas diferentes, o que gera determinados problemas que considere na aplicação desse roteiros na pesquisa de campo e que também foi problematizado na análise das entrevistas em meio aos dados produzidos no campo. Eu não tive o objetivo de avaliar ou de modificar as práticas dos profissionais da UB, mas sim, como foi dito antes, construir uma compreensão dessas práticas a partir da sua observação e dos discursos dos profissionais sobre o que eles fazem. As entrevistas que realizei foram transcritas e essas transcrições foram utilizadas nas duas pesquisas. No entanto, a construção e a análise dos dados a partir desse material foi realizada de forma diferente em cada pesquisa.

Como apontei acima, as entrevistas permitiram uma interação com profissionais que eu tinha menos acesso ao observar as práticas rotineiras na unidade. O objetivo do roteiro foi conveniente com a falta de tempo disponibilizada por alguns profissionais, que fizeram uma pausa em seu trabalho para participarem da pesquisa, mas enfatizaram que não tinham muito tempo. Ao serem realizadas no contexto da observação-participante, os dados produzidos não se restringiram à transcrição das gravações. Eu observei e registrei as interações antes e após a gravação. Os dados também foram resultado da observação da gesticulação, das variações de tons de voz, das diferentes formas de expressão, assim como a minha maneira de fazer as perguntas e os meus comentários.

⁴ A pesquisa de implementação é definida como a integração entre pesquisas e práticas, contemplando os contextos onde as políticas são executadas. Esse tipo de pesquisa envolve a criação e aplicação de conhecimento baseado em evidências para aprimorar a efetivação de políticas, programas e de práticas, através de parcerias entre pesquisadores, gestores, profissionais e membros da comunidade (THEOBALD et al, 2018)

⁵ A AP 2.2 compreende os seguintes bairros do município do Rio de Janeiro: Alto da Boa Vista, Andaraí, Grajaú, Maracanã, Praça da Bandeira, Tijuca e Vila Isabel (SMS, 2013).

Ao longo desta pesquisa, mantive uma preocupação central relacionada ao questionamento sobre o significado de ser um pesquisador no campo da Saúde Coletiva e sobre o tipo de contribuição que eu poderia dar a esse campo. Os meus objetivos não foram a avaliação ou a intervenção em saúde, mas contribuir com a compreensão dos processos relacionados à realidade dos serviços e como eram orientadas a aplicação das políticas nas práticas em saúde. Ao realizar os recortes e o desenho desse estudo, considero importante assinalar que fiz escolhas, que não estão dissociadas de valorações morais e que estão diretamente relacionadas à minha posição nesse campo, ao lado da defesa de uma saúde pública abrangente, orientada pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade (CAMPOS, 2000).

Plano da dissertação

Considerando o que foi exposto acima, os capítulos 1 e 2 serão uma continuidade à contextualização, iniciada na introdução, da pesquisa de campo sobre uso problemático de álcool no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF).

No Capítulo 1, *A Atenção Primária à Saúde, a Estratégia Saúde da Família e as Políticas de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas*, apresentarei primeiramente uma discussão sobre os atributos da APS. Em seguida, abordarei especificamente o caso brasileiro, o histórico das principais políticas do SUS e a sua aplicação na Atenção Básica, a criação da ESF e a sua relação com as políticas de saúde mental. Mais especificamente, atentarei para as mudanças recentes nas políticas e na organização dos serviços de saúde no Brasil e no município do Rio de Janeiro, onde realizei a pesquisa de campo.

No Capítulo 2, *Usos de Álcool e Saúde*, exponho um panorama geral sobre o uso de álcool como problema de saúde. Inicialmente, dando continuidade ao capítulo anterior, apresento um histórico das políticas brasileiras direcionadas especificamente para os problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Em seguida, abordo as classificações diagnósticas, as diretrizes e os dados epidemiológicos relacionados ao uso de álcool. Apresento também, nesse capítulo, uma revisão sobre publicações brasileiras que contemplam as práticas dos profissionais de saúde relacionadas ao uso de álcool, as perspectivas desses profissionais em relação a esse problema e a questão da formação e da capacitação.

No Capítulo 3, *Introdução à Pesquisa de Campo*, apresento como os dados foram construídos na pesquisa de campo: a minha inserção como pesquisador na unidade de saúde,

as primeiras interações com os profissionais, as práticas observadas e as visitas ao território adscrito. Ainda nesse capítulo, introduzo os recortes que serão utilizados, no capítulo seguinte, na análise dos dados e discuto as questões metodológicas relacionadas aos procedimentos utilizados: a observação-participante, as entrevistas semiestruturadas e a utilização do gravador.

No capítulo 4, *Usos de álcool: Interfaces do Controle e do Cuidado*, apresento uma primeira parte da análise e discussão dos dados produzidos em eixos. Os discursos e práticas dos profissionais foram analisados considerando as interfaces do controle e do cuidado em três níveis: indivíduo, família e comunidade.

No capítulo 5, *Uso problemático de álcool: desvio, acusação, estigma e medicalização*, apresento a continuidade da análise realizada no capítulo anterior, a partir dos conceitos de desvio, acusação, acusação, estigma e medicalização, utilizando como principais referências os trabalhos de Howard Becker (2008), Gilberto Velho (1985; 1987; 2013), Erving Goffman (2008) e Peter Conrad (2007). Atravessando todas essas discussões, o meu enfoque foi nas moralidades que perpassaram essas interações e se revelaram nessas práticas e nesses discursos.

Por fim, apresento as *Considerações Finais*, retomando, a partir dos dados produzidos do campo, a perspectiva da articulação entre as três dimensões que foram abordadas na introdução que estão presentes nesta pesquisa, os níveis macro e micro: a Saúde Mental Global, o Sistema Único de Saúde e a realidade estudada em uma unidade da ESF.

1 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E AS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

A Atenção Primária à Saúde (APS) pode ser definida como a organização de ações orientadas para responder integralmente às necessidades da população no sentido de uma vida mais saudável. Um dos aspectos fundamentais dessas práticas é garantir o acesso à saúde, para que esse seja universal, abrangendo os serviços que participam do primeiro contato com o sistema de saúde, a sua “porta de entrada”. Além disso, a APS contempla a coordenação do cuidado que será oferecido ao longo de toda a vida das pessoas, em todas as suas fases. Essa coordenação do cuidado refere-se à maior parte dos problemas de saúde, que devem ser atendidos e solucionados nesse nível de atenção, mas também se refere à articulação necessária com outros níveis da atenção à saúde, para os indivíduos que necessitam de cuidado especializado, como em serviços ambulatoriais ou tratamento hospitalar (GIOVANELLA, MENDONÇA, 2012; SUMAR, FAUSTO, 2014).

Outro aspecto fundamental da APS são as ações voltadas para um território delimitado. Quando nos referimos a território, a sua definição inclui não apenas uma área espacial, mas a população que habita essa área, as comunidades e os aspectos culturais que atravessam a vida dessas pessoas. Esse constitui o território adscrito, cujas características devem ser conhecidas por uma equipe de profissionais de saúde da APS e a atuação dessa equipe deverá ser orientada para a comunidade e centrada nas famílias que compartilham esse território. Nesse sentido, o eixo central da atuação desses profissionais é deslocado dos indivíduos para a família, que contemplará também a comunidade em que estas estão inseridas. A concepção ampliada de saúde da APS inclui, entre os seus papéis, a articulação com outros setores da sociedade, garantindo o acesso às políticas públicas e aos meios necessários para que as pessoas possam ter melhores condições de vida.

As principais características da APS foram discutidas e estruturadas na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata no ano de 1978 na República do Cazaquistão (ex-república soviética), que teve como resultado a Declaração de Alma-Ata, na qual se expressam caminhos para atingir a meta da conferência: “Saúde para Todos no ano 2000” (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978).

Os quatro aspectos fundamentais que diferem a APS dos outros níveis de atenção são: primeiro contato (preferencial ou obrigatório), longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado e da rede de saúde. Complementando esses atributos para caracterizar uma APS abrangente ou integral, outras propriedades importantes são a orientação para a comunidade e

a centralidade na família (CUNHA, GIOVANELLA, 2011; GIOVANELLA, MENDONÇA, 2012; STARFIELD, 2002). Cada um desses aspectos constitui um conceito complexo que estrutura a definição da APS. De forma sucinta, podemos apresentá-los da seguinte forma.

O primeiro contato tem relação direta com a noção de acesso. Os serviços de saúde da APS devem se organizar para serem o primeiro lugar que os usuários procuram quando apresentam alguma necessidade de atenção à saúde, definidos como “porta de entrada”. Nesse sentido, é importante que esses serviços de saúde estejam próximos da localidade onde as pessoas moram, que elas possam acessá-los com o mínimo de dificuldade e recebam a ajuda adequada aos problemas de saúde apresentados. A regionalização tem um papel importante na organização do sistema, de forma a garantir que os usuários sejam atendidos de acordo com suas necessidades, que possam ter seus problemas resolvidos no próprio serviço da APS ou encaminhadas para serviços de outros níveis de atenção. De acordo com as determinações de cada sistema de saúde, esse primeiro contato pode ser definido como preferencial ou obrigatório (GIOVANELLA, MENDONÇA, 2012).

A longitudinalidade refere-se à proposta da APS acompanhar as pessoas ao longo de toda a sua vida e não apenas para responder a problemas de saúde pontuais. Esse conceito orienta as práticas no sentido de valorizar que os profissionais conheçam as pessoas atendidas e possam oferecer o suporte mais adequado de acordo com as suas particularidades em todas as fases da vida. O cuidado longitudinal caracteriza-se pelo respeito e pela confiança entre o profissional e o usuário (BOUSQUAT et al, 2017; CUNHA, GIOVANELLA, 2011).

A integralidade é um conceito bastante amplo e fundamental para a compreensão do SUS e da APS. A integralidade diz respeito à importância do trabalho multiprofissional para atender às variadas demandas, incluindo outras práticas terapêuticas além das biomédicas, a partir de diferentes contribuições e que tem como eixo central a garantia de que o usuário possa acessar todos os níveis do sistema de saúde de acordo com suas necessidades. A concepção de saúde da APS contempla não apenas a saúde orgânica ou física, mas também os seus aspectos psicológicos ou subjetivos e também as suas implicações familiares, comunitárias, sociais e culturais. Nesse sentido, a pessoa deve ser compreendida no encontro com o profissional, como um sujeito com singularidades, de forma integral e não como apenas partes do corpo que adoecem (MATTOS, 2004).

O papel de coordenação pela APS é considerado importante para responder da melhor forma possível aos objetivos de promoção e prevenção de saúde, além das variadas ofertas terapêuticas. A APS deve coordenar os cuidados que são ofertados e a articulação com o restante da rede de saúde e com os outros setores da sociedade, para garantir que os

profissionais e os serviços de saúde se comuniquem de forma produtiva, para melhorar a saúde das pessoas e para que se efetive a integralidade. (ALMEIDA, FAUSTO, GIOVANELLA, 2011; ALMEIDA, GIOVANELLA, NUNAN, 2012)

A orientação para a comunidade refere-se à atuação da APS voltada para a população de um território adscrito. Nesse sentido, é importante que as equipes de saúde conheçam as características da comunidade e que as práticas fundamentem-se, para além de concepções mais gerais, nas demandas e necessidades mais fundamentais dessa comunidade.

A centralidade na família caracteriza o deslocamento do eixo de atenção à saúde no paradigma que orienta a APS. Nesse sentido, a família é o centro de um espectro que vai do indivíduo até a comunidade. A compreensão da saúde de cada pessoa e, conseqüentemente, as práticas de saúde destinadas a essa pessoa contemplam o seu lugar na sua família e na comunidade, que são atendidos pelas equipes de saúde. Nessa perspectiva, o cuidado é realizado pelos profissionais, contemplando a singularidade de cada indivíduo no contexto familiar, inserido em uma comunidade (SILVA, GIOVANELLA, MAINBOURG, 2014).

No Brasil, o movimento pela reforma sanitária e pela reforma psiquiátrica desenvolveram-se ainda no contexto da ditadura militar e ganhar força no processo de redemocratização do país, nas décadas de 1970 e 1980. Com a Nova República, em 1985, esses movimentos cresceram e, na Constituição de 1988, a saúde é estabelecida como direito universal. Em 1990, as leis orgânicas 8.080/90 e 8.142/90 regulamentaram o Sistema Único de Saúde e determinaram seus princípios e diretrizes.

Ao longo dos anos seguintes, começou a se definir de forma mais abrangente o modelo de APS do Brasil. Em 1991, é criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). As ações que começaram focais em áreas mais carentes do país passaram a ser progressivamente implementadas e regulamentadas. Desde o início, esses profissionais tiveram como característica serem naturais da área onde atuaram. A princípio, as ações foram mais focais, na epidemia de cólera e na prevenção de outras diarreias, promovendo a reidratação oral. O escopo de ações foi se tornando progressivamente mais amplo, com treinamento e atuação sob supervisão de enfermeiros. A partir do PACS, a saúde pôde ser pensada, cada vez mais, além da atuação restrita às unidades de saúde.

No SUS, a APS foi tradicionalmente denominada Atenção Básica como forma de distinguir do modelo de APS seletiva que se desenvolveu nos EUA e se tornou hegemônico na América Latina. A APS seletiva tem uma proposta de atender às necessidades mínimas de saúde da população mais pobre a partir de um “pacote básico de serviços” (GIOVANELLA, MENDONÇA 2012).

Em 1994, começou a ser implantado o Programa Saúde da Família (PSF), estabelecendo um novo modelo que, a partir de posteriores regulamentações e reconfigurações, levou a um processo progressivo de reordenação e reestruturação da atenção básica no Brasil. Esse programa foi proposto como substitutivo ao modelo anterior de Unidades Básicas de Saúde e passou a se configurar com a proposta de atuação voltada para a comunidade, em um território adscrito, incluindo os agentes comunitários nas equipes como profissionais essenciais para conhecer melhor os problemas de saúde da população atendida e oferecer uma atenção mais próxima à realidade vivenciada por esses usuários (PINTO, GIOVANELLA, 2018).

A implantação e expansão do PSF aconteceu progressivamente ao longo dos anos, com regulamentações que determinaram incentivos financeiros para os municípios que passaram a adotar o modelo. Em 1997, o Ministério da Saúde lança o “Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial” e assim começa a se configurar essa expansão como uma estratégia, que posteriormente passou a ser denominada Estratégia Saúde da Família, que vai se caracterizar por contemplar, em suas políticas, os aspectos de uma APS integral, incluindo equipe multiprofissional, regionalização com território de abrangência e adscrição dos usuários residentes nesse território, que serão cadastrados e acompanhados nesse serviço.

A Unidade de Saúde da Família passou a ser configurada como porta de entrada preferencial, com a proposta de ser resolutiva para a maior parte dos problemas de saúde. A atuação intersetorial foi cada vez mais estimulada como forma de superar a fragmentação das políticas públicas. Para orientar esse processo de expansão e reorganização do SUS a partir da ESF, o Ministério da Saúde lançou em 2006 a Política Nacional de Atenção Básica, que foi revisada em 2011.

A ESF apresenta expansão durante a década de 2000 e, em 2011, atinge mais de 90% dos municípios brasileiros com 32 mil equipes e cobertura populacional de 52% (cerca de 100 milhões de habitantes). Especificamente no caso do município do Rio de Janeiro, havia poucas equipes de saúde da família até o ano de 2008. A partir desse ano, há uma expansão expressiva da cobertura, que chegou aproximadamente a 70% no ano de 2016 (PINTO, GIOVANELLA, 2018; SANTOS, 2018).

No caso da saúde mental, houve também um processo de significativas mudanças na organização e estruturação da rede de atenção ao longo das últimas décadas. Nos anos 80, a partir das reivindicações do movimento da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, passou a ser implementada uma política de substituição do modelo centrado nos hospitais

psiquiátricos para a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Em 2001, a política de saúde mental, que já vinha sendo orientada no sentido de dessas mudanças, foi regulamentada e orientada pela chamada Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei 10.216/01) (AMARANTE, NUNES, 2018; GAMA, 2012)

Os CAPS são serviços regionalizados de atenção a transtornos mentais graves, que apresentam orientação comunitária e equipes multiprofissionais. Esses serviços foram originalmente criados para atender aos pacientes com história de longa internação em hospital psiquiátrico, visando ao seu tratamento com foco na ressocialização. Além dos CAPS, a substituição dos hospitais psiquiátricos também contemplava a proposta de que as internações, quando necessárias, ocorressem em unidades especializadas em saúde mental em hospitais gerais. Em 2002, uma nova portaria (Portaria/GM 336) redefiniu os CAPS em relação à sua organização, ao porte, à especificidade da clientela atendida: CAPS I, II, III, CAPSi e CAPSad.

Considerando-se a proposta de atenção integral da ESF, é considerado fundamental que esse nível de atenção também contemple os problemas mais comuns de saúde mental, o que configura mais uma proposta de mudança na organização dos serviços de saúde. Para avançar nessa proposta, aumentando a resolutividade das equipes de saúde da família em relação a determinados problemas de saúde, incluindo os problemas de saúde mental, a abordagem do apoio matricial ou matriciamento foi desenvolvida e passou a ser progressivamente expandida nas práticas de saúde no SUS.

O conceito de apoio matricial foi desenvolvido por Campos (1999) e preconiza a horizontalidade no compartilhamento de saberes entre as equipes envolvidas: as equipes de referência e as equipes de apoio matricial. Na ESF, as equipes de referência são as equipes de saúde da família, que são responsáveis pela coordenação do cuidado aos usuários. As equipes de apoio matricial são compostas por profissionais de outras áreas ou médicos de determinadas especialidades, que trabalham em parceria com as equipes de referência, visando o cuidado integral e uma melhor atenção a determinados problemas de saúde.

No matriciamento em saúde mental, é uma equipe de saúde mental que oferece esse apoio às equipes de saúde da família a partir de atendimentos compartilhados, visitas domiciliares, reuniões, discussões de casos, implementação de grupos terapêuticos e ações intersetoriais. O objetivo é contribuir com a organização dos processos de trabalho e no cuidado a determinados problemas de saúde mental que podem ser, preferencialmente, resolvidos na própria unidade ou encaminhados de forma mais adequada, quando considerado necessário. Além disso, esse apoio deve ter continuidade, caracterizando-se a

longitudinalidade desse processo de intervenção pedagógico-terapêutico (CHIAVERINI et al., 2011; CAMPOS, DOMITTI, 2007).

A partir de 2008, com a publicação da Portaria 154/2008, o MS passa a incentivar financeiramente a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, com objetivo de oferecer apoio matricial para as equipes de saúde da família. São contempladas pelo NASF oito áreas estratégicas. Além da saúde mental, essas áreas incluem atividade física/práticas corporais, práticas integrativas e complementares, reabilitação, alimentação e nutrição, serviço social, saúde da criança/adolescente/jovem, saúde da mulher e assistência farmacêutica.

Em 2011, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é instituída pela Portaria nº 3.088, que orienta a organização e ampliação do conjunto das ações realizadas, no SUS, que são voltadas à atenção aos problemas de saúde mental e relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas. A RAPS inclui os CAPS, os Serviços de Residência Terapêutica (SRT), e as enfermarias especializadas em saúde mental nos hospitais gerais e os serviços de atendimento às urgências. Os hospitais psiquiátricos também são contemplados, mas em uma proposta de continuidade do processo de desinstitucionalização, substituição por outros serviços da rede e suporte para melhor inserção dos pacientes na sociedade, especialmente os que passaram por longos períodos de internação e não apresentam mais vínculos familiares. No nível da atenção básica, a RAPS contempla as UBS, as equipes para populações em situações específicas (consultório na rua), os NASF e os centros de convivência (MACEDO, 2017).

Nos últimos anos, especialmente a partir das mudanças no cenário político brasileiro desde o ano de 2016, após o *impeachment* da presidente Dilma Rousseff, o SUS vem passando por mudanças, incluindo alterações das políticas da atenção básica e de saúde mental. Em setembro de 2017, foi criada uma nova política nacional da atenção básica (nova PNAB, Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017), que estabelece alterações em relação à PNAB anterior, propondo uma reformulação da atenção básica em um sentido diferente do que vinha predominado nas políticas públicas de saúde desde a criação do SUS, do PSF e da posterior expansão a partir da ESF. Essas alterações orientam as políticas para uma APS mais seletiva, com proposta de redução da ESF, diminuição de equipes, especialmente de agentes comunitários, que tinham um papel de fundamental importância para o desenvolvimento de uma APS integral (FAUSTO, 2018; MOROSINI, FONSECA, 2017; MOROSINI, FONSECA, LIMA, 2018).

Em dezembro de 2017, é publicada a chamada “Nova política de saúde mental”, (Resolução nº 32 de 14 dezembro de 2017). Essa resolução estabelece diretrizes para mudanças na RAPS, que incluem: incentivo ao aumento de leitos em hospitais gerais,

ampliação das equipes multiprofissionais especializadas no nível secundário de atenção (ambulatórios), criação dos CAPS AD IV em “cracolândias” e incentivo às comunidades terapêuticas (CT) em uma articulação intersetorial. Até então, as CT apenas recebiam recurso do Ministério da Justiça. A partir dessa resolução, esses recursos também passaram a poder ser provenientes do Ministério da Saúde. Essa “nova política”, não aborda expansão dos CAPS e, ao contrário da resolução da RAPS de 2011, não incentiva mais a diminuição do número de leitos em hospitais psiquiátricos especializados (AMARANTE, NUNES, 2018). No início de 2019, o Ministério da Saúde publicou uma nota técnica que contempla o conjunto de mudanças em curso desde de dezembro de 2017 na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas (NOTA TÉCNICA Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS).

No município do Rio de Janeiro, durante o período em que realizei a pesquisa, de agosto e dezembro de 2018, os atrasos dos salários dos profissionais foram recorrentes. Diversos cortes foram realizados na área da saúde, principalmente na atenção básica, com redução de unidades, do número de equipes de saúde da família e diminuição dos profissionais nas equipes, especialmente os agentes comunitários de saúde (ACS). As greves e as manifestações de protesto passaram a ser frequentes e a narrativa de uma “crise na saúde” passou a ser cada vez mais comum nos noticiários.

Em notícia do G1 – O Portal de notícias da Globo de 04/10/2018, apresenta-se no título: “Prefeitura do Rio vai reduzir a estrutura de atenção básica para investir em hospital”. A matéria informava que a Prefeitura planejava, no mês seguinte, “cortar 300 equipes de saúde da família” (JORNAL O GLOBO, 2019). No mesmo mês, em 22/10/2018, a Defensoria da União recomendou que a prefeitura do município declarasse estado de “calamidade na saúde pública”. A fala do defensor identificava um aspecto importante do problema, que estava levando à impossibilidade dos hospitais atenderem as demandas, mesmo sob ordem judicial: “o que acontece é que quando economizo na atenção primária, na Clínica da Família, a unidade hospitalar é sobrecarregada em algum momento” (G1, 2019).

Após apresentar esse histórico das políticas de saúde no Brasil, mais especificamente as relacionadas à Estratégia Saúde da Família e à saúde mental, abordarei, no próximo capítulo, como o uso de álcool é caracterizado como problema de saúde nas políticas e publicações da área da saúde, as propostas de cuidado relacionadas e uma revisão sobre estudos que contemplam as perspectivas e práticas dos profissionais voltadas para esse problema.

2 USOS DE ÁLCOOL E SAÚDE

2.1 Políticas brasileiras direcionadas para o uso de álcool e outras drogas

No ano de 2002, foi instituída a primeira Política Nacional Antidrogas (PNAD - Decreto presidencial nº 4.345). Essa política aponta para articulações internacionais e nacionais, entre diferentes setores e tem como um de seus principais pressupostos “o ideal de construção de uma sociedade livre do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas” e prioriza a prevenção por meio de ações voltadas para a diminuição da demanda e para a redução de danos. Contempla também o incentivo a pesquisas e levantamentos, o direito ao tratamento adequado para os que necessitam e a importância da diferenciação entre os usuários, os indivíduos que fazem uso problemático e os traficantes.

Em 2005, é publicada a nova PNAD, que passa a ser “sobre drogas” e não mais “antidrogas” (Resolução nº3/GSIPR/CONAD). Essa nova PNAD segue as linhas gerais da política anterior, enfatizando mais a estratégia de redução de danos e esclarecendo que não se deve “confundir as estratégias de redução de danos como incentivo ao uso indevido de drogas, pois se trata de uma estratégia de prevenção”.

Especificamente em relação ao uso de álcool, a partir de um decreto (Decreto nº 6.117) foi criada a Política Nacional sobre o Álcool em 2005, que contempla propostas para abordagem do problema de forma coletiva através de articulação intersetorial. As medidas são voltadas para estudos sobre o consumo de álcool no Brasil, ampliação do acesso ao tratamento no SUS e articulação com recursos comunitários não governamentais voltados para as pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool. São incluídas também orientações para campanhas de informação, redução do uso de álcool pelas populações identificadas como vulneráveis, políticas de segurança pública, associação de uso de álcool e acidentes de trânsito, além de regulamentação e fiscalização das propagandas sobre bebidas alcoólicas.

A relação entre o consumo de álcool e o maior risco de acidentes de trânsito, com impacto no aumento morbidade e na mortalidade, é frequentemente alvo de políticas públicas em diversas países. Constata-se uma relação significativa, em termos estatísticos, entre o consumo abusivo de álcool e acidentes de trânsito (DAMACENA al, 2016). No Brasil, em 1997, o Código de Trânsito Brasileiro (CTB – lei nº 9.503) definiu punições para motoristas que estivessem conduzindo veículos sob efeito do uso de álcool. Os limites eram de 0,6 g/L

da concentração de álcool no sangue ou de 0,3 mg/L no bafômetro. As punições incluíam multa, suspensão da carteira de motorista e, em determinados casos, por expor outras pessoas a perigo, três a seis meses de reclusão.

Em 2008, uma nova lei (lei nº 11.705), que ficou conhecida como “Lei Seca”, diminuiu os limites de consumo de álcool permitidos antes de dirigir, para 0,2 g/L no sangue e 0,1 mg/L. Esse nível é inferior ao determinado pela legislação de muitos outros países. Em 2012, a legislação tornou-se ainda mais severa (lei nº 12.760), determinando punições para qualquer nível de álcool identificado no exame de sangue do motorista e aumento do valor da multa aplicada. Em 2016 (lei nº 13.281), a recusa a realizar o bafômetro passou a ser penalizada e o valor da multa passou a ser ainda maior.

2.2 Classificações, diretrizes e epidemiologia

Neste trabalho, são adotados diferentes termos para se referir aos padrões de uso de álcool classificados como problema de saúde. O termo uso problemático de álcool contempla esses diagnósticos de uma forma geral, assim como problemas relacionados ao uso do álcool e transtornos relacionados ao uso do álcool. Na CID-10 (WHO, 1992), o uso problemático de álcool é classificado em dois padrões distintos: uso nocivo e dependência.

O uso nocivo, também chamado de abuso ou uso abusivo, refere-se a um padrão de uso associado à constatação de danos físicos (doença do fígado, por exemplo) ou mentais (transtornos ansiosos ou depressivos, por exemplo). Há um padrão específico de uso nocivo, muitas vezes estudado separadamente, que é o beber pesado episódico ou “*binge drinking*”. Este é definido como o consumo de 60 gramas ou mais de álcool puro, em uma ou mais ocasiões, pelo menos uma vez por mês (WHO, 2018).

A dependência é definida como uma síndrome que envolve, além do uso repetido, desejo intenso recorrente por beber, dificuldade em controlar o uso, a sua persistência apesar de consequências danosas e a prioridade ao uso de álcool em relação a outras atividades. Além disso, na dependência, há o desenvolvimento de tolerância, em que o indivíduo passa a fazer uso do álcool em quantidades progressivamente maiores para obter o mesmo efeito e pode haver sintomas físicos associados ao intenso desejo de beber quando a pessoa fica um período sem beber, que são definidos como sintomas de abstinência.

Uma outra classificação, que não está presente no CID-10, mas é comumente utilizada no rastreamento do uso problemático de álcool, é o uso prejudicial de álcool ou uso de risco.

Nesse caso, o indivíduo ainda não apresenta dano físico ou mental relacionado ao uso de álcool, mas mantém um padrão de uso considerado como de risco para desenvolver algum dano no futuro (BABOR, T. F., HIGGINS-BIDDLE, 2001).

A relação do uso do álcool com a saúde costuma ser estudada para além dos transtornos relacionados ao uso de álcool, classificados como transtornos mentais ou do comportamento. O uso de álcool é classificado como um dos principais fatores de risco para diversas doenças, como cirrose hepática, doenças cardiovasculares e diferentes tipos de câncer (WHO, 2018). Nessa perspectiva, o uso de álcool é comumente enquadrado em políticas de saúde no grupo dos principais fatores de risco ligados aos comportamentos e aos estilos de vida, assim como a dieta inadequada, o excesso de peso e a inatividade física (MENDES, 2012). O uso de álcool assume, dessa forma, uma importância especial de acordo com uma concepção de que existe um processo de mudanças nas necessidades de saúde da população e que as doenças crônicas passaram a ter maior importância como causas de incapacidade e morte prematura (MURRAY, 1996).

Além das doenças crônicas, o uso de álcool é atribuído como fator de risco importante para outros problemas relacionados ao aumento da incapacidade e da mortalidade no mundo. Assinala-se que o uso de álcool está associado ao aumento de doenças infecciosas, como pneumonia, tuberculose e HIV/AIDS (WHO, 2010). Especificamente na faixa etária dos 15 aos 49 anos de idade, o uso de álcool é considerado o principal fator de risco para a morbidade e a mortalidade, principalmente por tuberculose, acidentes de trânsito e lesões autoprovocadas (WOOD et al, 2018).

A quantidade e a frequência a partir dos quais esse uso passa a ser prejudicial é tema de um debate recorrente em diversas pesquisas. Diversos estudos relacionaram o uso moderado de álcool, especialmente do vinho, com efeitos potencialmente benéficos para a saúde, que protegeria os indivíduos de determinadas doenças, principalmente as cardiovasculares (ALMEIDA-PITITTO, MORAES, FERREIRA, 2012; ANDRADE, OLIVEIRA, 2009, CHIVA-BLANCH et al, 2012).

Estudos mais recentes concluíram que nenhum nível de álcool é benéfico para a saúde quando entram no cálculo problemas de saúde relacionados. Em outras palavras, afirma-se que o uso de álcool em qualquer quantidade representa um risco à saúde e o mais seguro seria se manter abstinente. Alguns possíveis efeitos benéficos no uso de álcool poderiam acontecer no uso de pequenas quantidades em relação à doença isquêmica do coração e diabetes em mulheres, mas esses supostos benefícios seriam suplantados pelo aumento do risco de outras doenças, especialmente o câncer. (BURTON, SHERON, 2018; GBD 2016 ALCOHOL

COLLABORATORS, 2018; WOOD et al, 2018).

Os danos causados pelos problemas de saúde são muitas vezes mensurados em termos econômicos, em um cálculo de quantos anos de vida produtiva são perdidos pela incapacidade gerada por acidentes e pelas mortes consideradas prematuras. Esses impactos são expostos nos termos de que há uma grande carga ou fardo global da doença (GBD, na sigla em inglês) atribuível aos problemas de saúde relacionados ao uso de álcool (GBD 2016 ALCOHOL COLLABORATORS, 2018).

Um dos motivos apontados como justificativa para essa carga global da doença é que uma parcela significativa das pessoas que apresentam transtornos relacionados ao uso de álcool não recebem tratamento. Essa afirmação é baseada em uma comparação entre a prevalência estimada para esse problema de saúde e o número de pessoas que efetivamente são diagnosticadas e recebem tratamento nos serviços de saúde. Uma das formas que é utilizada para expressar essa questão é de que existe uma grande lacuna entre o que poderia ser feito para diminuir os impactos desses problemas no mundo e as ações de saúde que são efetivamente realizadas (KOHN et al, 2004).

De uma forma geral, as lacunas relacionadas aos problemas de saúde mental são consideradas as maiores em comparação com outros problemas de saúde. O Programa de Ação para Reduzir as Lacunas em Saúde Mental (Mental Health Gap Action Programme – mhGAP, na sigla em inglês) foi criado pela OMS com o objetivo de diminuir ou preencher essas lacunas a partir da sistematização de material informativo e capacitações que orientam práticas em saúde baseadas em evidências (WHO, 2016). Estima-se que a maior lacuna de tratamento, entre os problemas de saúde mental, está relacionada ao uso problemático de álcool e de outras substâncias (KOHN et al, 2004). As ações destinadas a esses problemas encontram-se entre as prioritárias no mhGAP.

Em 2010, a OMS lançou uma estratégia global para reduzir o uso de álcool no mundo. Esse documento assinala a necessidade de uma melhor compreensão sobre os danos relacionados ao uso de álcool e tem a proposta de incentivar e contribuir com o desenvolvimento de políticas nacionais relacionadas a esse problema de saúde. Nessa estratégia, as proposições do mhGAP também são contempladas. Entre as ações propostas, incluem-se, entre as principais, a identificação desse problema e a intervenção na APS (WHO, 2010).

O Movimento Pela Saúde Mental Global (MSMG) fundamenta-se nas concepções da carga global dos problemas de saúde mental e de que existe uma grande lacuna nas políticas e intervenções em saúde direcionadas a esses problemas. Este movimento está inserido no

campo mais amplo da Saúde Global e consiste em uma rede mundial de indivíduos e organizações que promove uma agenda voltada para a redução da carga global das doenças mentais e apresenta, em suas publicações, um discurso orientado para ações destinadas a suprir ou preencher essas lacunas (LANCET GLOBAL MENTAL HEALTH GROUP, 2007; COLLINS et al, 2011; PATEL et al, 2008, PRINCE et al, 2007).

Um dos preceitos que orientam o MSMG é que as políticas de saúde não podem deixar de contemplar os problemas de saúde mental nos termos de que não há saúde sem saúde mental (PRINCE et al, 2007). A proposta é de que deve haver uma transformação radical nas políticas e práticas voltadas para essa finalidade. Esse movimento é orientado para a implementação de um pacote básico de serviços baseados em evidências para os principais transtornos mentais, focado principalmente nos países de baixa e média renda, onde são estimadas as maiores lacunas. Os autores enfatizam que essas propostas são orientadas para o acesso universal à saúde e para um maior equidade, com argumentos inspirados nos direitos humanos e na diminuição das desigualdades sociais (LANCET GLOBAL MENTAL HEALTH GROUP, 2007; COLLINS et al, 2011; PATEL et al, 2008, PRINCE et al, 2007).

O termo “baseado em evidências” refere-se a uma determinada concepção de evidência científica valorizada em detrimento de outras. Está relacionado à Medicina Baseada em Evidências (MBE), que emergiu na década de 1990, apesar de as suas bases remeterem a meados do século XIX. Desde então, apresenta um crescimento significativo e mantém-se como um campo hegemônico na medicina. (ADAMS, 2013)

A noção de evidência da MBE enaltece os dados produzidos em estudos estatísticos, experimentais e epidemiológicos, que são valorizados como mais objetivos e não enviesados (ou menos enviesados). A partir dessa noção, as evidências são classificadas hierarquicamente em diferentes níveis e o primeiro nível nessa hierarquia, referido como padrão-ouro e que se sobrepõe aos resultados obtidos através de outros tipos de pesquisas, contempla as evidências produzidas a partir dos estudos clínicos randomizados (ECR). Nessa perspectiva, as evidências produzidas por estudos qualitativos, descritivos, observacionais são consideradas em um nível inferior, como “evidências anedóticas” (ADAMS, 2013). As organizações internacionais com maior protagonismo no campo da saúde, como a OMS e o NIH (o Instituto Nacional de Saúde dos EUA), adotam essa concepção de evidência na orientação das suas políticas, priorizando estudos quantitativos, de preferências ECRs, para fundamentá-las.

A partir da criação do MSMG e das subsequentes publicações que estabeleceram a sua agenda, formou-se um campo de discussões entre os apoiadores e seus críticos. Entre os questionamentos e críticas, o que se discute é como essas intervenções validadas pelos

critérios da medicina baseada em evidências ocidental se articularia com as conceituações culturais específicas de saúde e de terapias não-biomédicas das comunidades às quais essas ações seriam destinadas, quais seriam os papéis desse atores locais e quais seriam os possíveis efeitos negativos desse processo (CAMPBELL, BURGESS, 2012; KIRMAYER, 2014; SUMMERFIELD, 2012).

As lacunas de tratamento podem ser reconhecidas como um importante argumento ou, nos termos de Barlett, Garriot e Raikhel (2014), uma “metáfora potente” que mobiliza esse movimento. No entanto, essa concepção obscurece a complexidade das articulações entre os atores que atuam em nível local. Nesse sentido, podemos pensar que as lacunas não se referem a uma ausência de ações em saúde mental ou, mais especificamente, de ações voltadas para os problemas de saúde relacionados ao uso de álcool. Existe nesse conceito um questionamento da efetividade das ações em saúde que estão sendo adotadas e uma proposição de que os serviços se orientem a partir de práticas baseadas em evidências. Em resposta ao questionamento de que essas evidências são produzidas majoritariamente nos países de alta renda, os defensores da SMG incluem entre as prioridades do movimento a realização de pesquisas e produção de evidências em nível local, nos países de baixa e média renda (BARLETT, GARRIOT, RAIKHEL, 2014).

O uso de álcool pode ser pensado como mais um fator de risco entre outros, nas políticas de saúde. Entretanto, esse ato social apresenta particularidades que se expressam de diversas formas na abordagem do uso considerado problemático. No contexto de práticas em saúde, avaliar uma dieta como inadequada apresenta diferenças em relação a problematizar o uso de álcool, apesar de serem ambos hábitos classificados como fatores de risco para a saúde.

Ao apresentar o uso problemático no contexto das políticas, diretrizes e movimentos nacionais e internacionais, tenho como objetivo contextualizar e situar este trabalho. O enfoque da pesquisa de campo foi a realidade local. Neste caso, as “lacunas” foram pensadas a partir de uma outra perspectiva. O que fica obscurecido nos números que constataam a falta de diagnósticos e de tratamento? Ao realizar a pesquisa de campo em uma unidade de saúde da ESF no município do Rio de Janeiro, o meu propósito não foi avaliar as práticas, mas contribuir com a compreensão dessas, descrever como os profissionais pensam o uso de álcool e as suas diversas implicações sociais com o trabalho que desenvolvem na atenção à saúde.

2.3 Intervenção na APS

O papel da APS tem sido enfatizado mundialmente como essencial para a garantia do acesso universal à saúde e de maior equidade, especialmente após a Declaração de Alma-Ata de 1978 (GIOVANELLA, MENDONÇA, 2012). Especificamente em relação aos problemas relacionados de álcool, como assinalado acima, a APS também é reconhecida como o nível da atenção fundamental para a redução dos impactos negativos na saúde atribuídos a esse problema (WHO, 2010).

No Brasil, a APS passou por mudanças importantes na sua orientação desde a criação do Programa Saúde da Família em 1994 a e sua posterior expansão como Estratégia Saúde da Família. Nesse processo, a APS passou a ser compreendida de forma mais abrangente, como uma estratégia estruturante da organização das atividades para garantia do acesso à saúde, desenvolvidas em um território definido, que deve ter os problemas de saúde identificados, compreendidos e atendidos de acordo com as particularidades da realidade do local onde as pessoas vivem (BRASIL, 2006; GIOVANELLA, MENDONÇA, 2012)

Apesar de ser considerado que a ESF apresenta as condições para a abordagem mais efetiva dos indivíduos com uso problemático de álcool, a proporção desses casos diagnosticados e acompanhados por esses serviços está bem abaixo da prevalência estimada na população geral (SOUZA, 2005; GRAVEVER, 2013). Como justificativa para essa discrepância, alguns estudos apontam falta de capacitação dos profissionais para a abordagem em relação ao uso problemático de álcool ou problemas estruturais do serviços de saúde, escassez de recursos e alta rotatividade dos profissionais, o que impediria o acompanhamento longitudinal, considerado essencial para um cuidado mais efetivo para esse problema (CAIXETA et al., 2016; MORETTI-PIRES et al., 2011; OLIVEIRA, RONZANI, 2012; SCHNEIDER, LIMA, 2011; SOUZA, 2016).

Ao analisarem os discursos e as práticas dos profissionais, assinala-se o medo de prejudicar a relação médico-paciente ao abordar o tema, o fato do uso problemático de álcool ser considerado um assunto “sensível”, gerador de estigmas, de difícil abordagem ou como uma questão fora do âmbito da saúde. Os profissionais costumam ter maior facilidade em investigar o consumo de álcool quando há suspeita de problemas fisiopatológicos relacionados (FONTANELLA et al, 2011; OLIVEIRA, RONZANI, 2012; PEREIRA et al, 2013, SILVA SOUZA, 2015).

O problema do uso de álcool é reconhecido hoje de forma mais ampla, incluindo o seu papel como fator de risco ou causador de outras doenças, relação que permanece complexa e

ambígua. Estudos anteriores apontaram a possibilidade de efeitos benéficos para a saúde relacionados ao uso moderado de álcool, especialmente quanto a proteção em relação a determinadas doenças cardiovasculares. No entanto, pesquisas mais recentes obtiveram resultados que questionam esse dado (BURTON, SHERON, 2018; GBD 2016 ALCOHOL COLLABORATORS, 2018; WOOD et al, 2018). Como apontado anteriormente, estudos recentes apontaram que nenhum nível de uso de álcool é benéfico para a saúde. Nessa análise, constatou-se que os efeitos protetivos estimados para doença cardíaca isquêmica e diabetes nas mulheres são compensados pelas associações do uso de álcool com aumento de diversos tipos de câncer (GBD 2016 ALCOHOL COLLABORATORS, 2018). De acordo com esse estudo, a opção mais segura em termos de saúde seria que as pessoas não fizessem nenhum uso de álcool. A partir de 100g de álcool puro por semana, a associação com risco à saúde é mais clara, aumentando a morbidade e a mortalidade de uma forma geral, e esse aumento ocorre de forma linear e progressiva, proporcionalmente ao maior consumo de álcool (GBD 2016 ALCOHOL COLLABORATORS, 2018; BURTON, SHERON, 2018). Esse nível está abaixo do indicado nas diretrizes de muitos países como limite mínimo para uso de álcool de baixo risco (WOOD, 2018).

Para relacionar quantos gramas de álcool puro cada bebida alcoólica apresenta, alguns estudos referem-se à dose de padrão equivalente de cada uma delas. A dose padrão das bebidas alcoólicas varia bastante de um país para o outro. No Brasil, essa dose não é bem definida.

Diversos países apresentam diretrizes que determinam diferentes níveis de uso de álcool considerados seguros ou de baixo risco para a saúde. Há bastante variação em relação a esses níveis, o que se relaciona às ambiguidades encontradas nas publicações sobre o assunto e à dificuldade de se ter uma maior clareza em relação aos efeitos do uso de álcool na saúde. Nos EUA, por exemplo, um limite máximo de 196 g de álcool puro por semana é recomendado para os homens e um limite máximo de 98 g por semana é recomendado para as mulheres. Recomendações semelhantes existem no Canadá e na Suécia. No Reino Unido, as diretrizes recomendam, para homens, limites mínimos que equivalem quase a metade dos indicados por esses países. Por outro lado, Itália, Portugal e Espanha apresentam limites quase 50% maiores do que o dos EUA (WOOD, 2018).

No Brasil, não há diretrizes claras em relação às quantidades de álcool que podem ser seguras ou de baixo risco. A Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) elaborou diretrizes relacionadas ao abuso e dependência do álcool em 2002, na qual assinalava-se não haver consumo de álcool sem risco (ABP, 2002). Em diretrizes mais recentes, elaboradas pela ABP

e a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), em 2012, o assunto não é mais abordado. Quando se referem a uso problemático de álcool, as publicações no Brasil adotam os parâmetros da OMS (ABP, 2012).

Os estudos que contemplam os impactos do uso de álcool na saúde abrangem um grande espectro de doenças que são relacionadas ao uso de álcool, além dos próprios problemas de saúde mental e comportamental atribuídos ao uso de álcool. Nesse sentido, é atribuído ao álcool grandes prejuízos em morbidade e mortalidade mundialmente.

De acordo com a OMS, o uso de álcool esteve relacionado a 3 milhões de mortes no ano de 2016, sendo assim responsável por 5,3% de todas as mortes (2,2% das mortes entre mulheres e 6,8% entre os homens). Assim, em 2016, o uso de álcool ocupou a posição de sétimo principal fator de risco tanto para morte quanto morbidade e incapacidade, contribuindo com 2,2% das mortes entre as mulheres e 6,8% entre os homens. Na população entre 15 e 49 anos, o uso de álcool foi o principal fator de risco para as doenças atribuíveis a risco em 2016, sendo associado a 3,8% das mortes entre mulheres e 12,2% das mortes entre homens. As principais causas de morte atribuídas foram tuberculose, acidentes de trânsito e as lesões autoprovocadas. Na população com 50 anos ou mais, os cânceres foram a principal causa de morte atribuída ao álcool nesse mesmo ano (27% mulheres, 18,9% homens) (BURTON, SHERON, 2018; GBD 2016 ALCOHOL COLLABORATORS, 2018; WHO, 2018;).

O beber pesado episódico, definido como 60 gramais ou mais de álcool puro (cerca de 5 doses ou mais) em uma única ocasião ao menos uma vez no último mês, é associado a diversos problemas agudos, acidentes e violência. Em 2016, o beber pesado episódico foi estimado em 18,2% no mundo na população de 15 anos ou mais (WHO, 2018).

No Brasil, a idade média de iniciação ao uso de álcool foi estimada em 18,7 anos. Em 2013, 27% da população adulta brasileira havia consumido pelo menos uma dose de álcool nos últimos 30 dias (MACINCKO et al., 2015). Em Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, foi identificada prevalência de 13,7% de um episódio de bebida pesada nos últimos 30 dias no Brasil, sendo superior entre os homens (20,7%) em relação às mulheres (6,6%). Em comparação de acordo com a faixa etária, a prevalência foi maior (18%) entre os adultos jovens (18 a 29 anos de idade). O uso abusivo de álcool e frequente (igual ou superior a 8 doses semanais para mulheres e 15 para homens) foi de 6,1% (8,9% no sexo masculino e 4,6% no sexo feminino) (DAMACENA et al., 2016). Em 2016, a prevalência estimada no Brasil de acordo com a OMS de transtornos relacionados ao uso de álcool foi de 4,2%, sendo 2,8% referente a uso nocivo 1,4% referente a dependência de álcool. A porcentagem de

mortes de todas as causas atribuíveis ao álcool foi 6,9% (WHO, 2018).

Em relação aos impactos da “lei seca”, os estudos não identificam, no geral, reduções significativas e persistentes na quantidade de acidentes de trânsito e da mortalidade desde a criação dessas leis (MOREIRA et al 2018; BACCHIERI, BARROS, 2011). Existe uma variação entre municípios e estados nos resultados, sendo constatados eventualmente aumentos ou diminuições desses acidentes e das mortes em determinados períodos. Alguns autores apontam que essas variações podem estar associadas à fiscalização. Eles apontam que quando há maior vigilância, o que foi identificado em alguns contextos, os resultados apontam para a diminuição dos acidentes de trânsito (NUNES, NASCIMENTO, 2012; ABREU et al 2012; ABREU et al, 2018; MALTA et al, 2010; MOREIRA et al 2018; BACCHIERI, BARROS, 2011).

Em 2010, a OMS lançou a estratégia global para reduzir o uso nocivo de álcool com objetivos de diminuir seus impactos em morbidade e mortalidade no mundo. Nesse documento, apresenta-se a estimativa de que o uso nocivo de álcool causava aproximadamente 2,5 milhões de mortes todo ano, sendo uma parcela significativa de jovens (entre 15 e 29 anos). O uso de álcool é apontado como terceiro fator de risco para problemas de saúde, incluindo adoecimento, incapacidade prematura e morte. Um dos quatro principais fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis, como transtornos neuropsiquiátricos, doenças cardiovasculares, cirrose e vários tipos de câncer. Apresenta também relação importante com doenças infecciosas como HIV/AIDS, tuberculose e pneumonia (WHO, 2010).

As propostas da OMS para reduzir o uso nocivo de álcool enfocam na equidade, na garantia de acesso universal a práticas abrangentes em saúde. Um dos principais objetivos inclui o incentivo a iniciativas para rastreamento e intervenções breves para uso prejudicial e nocivo de álcool na APS e em outros contextos (WHO, 2010). O objetivo apresentado pela OMS é de uma redução relativa no uso nocivo de álcool em 10% até 2025 (WHO, 2018).

Diversos estudos apontam que os impactos na saúde poderiam ser menores se houvesse mais identificação, diagnóstico e intervenção terapêutica. Nesse sentido, é enfatizado um papel essencial para a APS e é ressaltado como fundamental que a rotina de atendimentos inclua perguntas sobre o uso de álcool dos indivíduos atendidos pelos profissionais de saúde. O que se assinala é que existe uma grande lacuna de tratamento. Ou seja, de acordo com os achados dos estudos epidemiológicos, existe uma estimativa de que muitas pessoas que fazem uso problemático de álcool não são identificadas, não são aconselhadas a diminuir o uso ou repensarem esse uso e não oferecido suporte e tratamento

para ajudá-las a fazer essas mudanças de hábitos. Nesse sentido, o uso problemático de álcool é considerado um problema negligenciado, que costuma ter baixa prioridade nas políticas de saúde, e uma proposta para reverter esse quadro é que as pessoas sejam informadas que esse é um problema de saúde, que elas devem procurar ajuda e que não se trata de “fraqueza moral” (WHO, 2010, PATEL et al., 2014)

Na Política do Ministério da Saúde Para a Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Outras Drogas de 2004, o Ministério da Saúde, em consonância com o que é preconizado pela OMS, apontava a importância da APS, na época o Programa Saúde da Família (PSF), no diagnóstico precoce, tratamento de casos menos complicados e encaminhamento para serviços especializados dos casos moderados e graves (BRASIL, 2004). Esse problema foi considerado entre os 10 problemas de saúde prioritários do PSF (SOUZA, RONZANI, 2012). Outras publicações enfatizam essa importância da APS no Brasil (CAIXETA et al., 2016). A APS é considerada o nível de atenção com potencial para prevenção de agravamento dos quadros mais comuns de uso problemático de álcool, que são os de uso nocivo, e que somados apresentam maior impacto na saúde da população (BRASIL, 2004; OLIVEIRA, RONZANI, 2012).

O potencial estratégico da intervenção da APS é considerado em consonância com a proposta da ESF, pela sua proposta de ações abrangentes e intersetoriais, mais compreensivas, menos estigmatizantes, pela sua intervenção através de equipes multiprofissionais incluindo os agentes comunitários de saúde, e que, por isso, tenderiam a ser mais efetivas e resolutivas, o que também poderia contribuir de forma significativa com a diminuição dos gastos em saúde (STARFIELD, 2002).

Diversos estudos apontam que a adoção de práticas de rastreamento e intervenção breve na APS compõem um conjunto de práticas efetivas, úteis para intervenções preventivas e terapêuticas, de baixo custo, compatíveis com esse nível de atenção à saúde (PEREIRA et al., 2013; OLIVEIRA, RONZANI, 2012; PATEL et al., 2014). O rastreamento sistemático do uso problemático na APS é defendido em diversas publicações. Existem alguns instrumentos específicos para esse rastreamento do uso problemático de álcool, sendo que o AUDIT (Teste de Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool) é reconhecido como a principal ferramenta desse tipo. A partir de um questionário obtêm-se como resultado uma classificação do indivíduo em relação ao seu uso de álcool, validada para países em desenvolvimento, com desempenho igual ou de melhor precisão em comparação com outros métodos de rastreamento (BABOR, HIGGINS-BIDDLE, 2001, SOUZA, 2015; RONZANI, 2012). No AUDIT, os indivíduos que fazem uso de álcool, de acordo com a pontuação no

questionário, são classificados em uso de baixo risco, uso de risco ou prejudicial, uso nocivo e provável dependência.

Vargas et al. (2014), em estudo realizado com usuários de serviços da atenção primária do município de Bebedouro (SP), identificaram a partir do AUDIT que 78% desses indivíduos não faziam uso de álcool ou faziam uso de baixo risco e 22% faziam uso problemático de álcool, sendo 10% uso de risco, 2% uso nocivo e 10% provável dependência. Esses números estão bastante acima do que foi notificado como dependência de álcool no SIAB do SUS em 2004, que foi menos de 1%, e também em comparação com estudos prévios que identificaram uso problemático de álcool entre 4 a 9%, mas está mais próximo da estimativa internacional (SOUZA, 2005; VARGAS et al, 2014).

A intervenção breve é apontada como efetiva na redução da frequência e quantidade de álcool, com melhores resultados quando aplicada na atenção primária (PEREIRA et al., 2013). Essa intervenção contempla prevenção primária ou secundária, mudança de comportamento, realização em um tempo limitado e a atuação de profissionais de diferentes formações. Tem por objetivo promover a percepção do paciente em relação ao risco apresentado e encorajá-lo a reduzir ou deixar o uso (SOUZA, RONZANI, 2012). Apesar de os estudos serem principalmente em países desenvolvidos, a OMS assinala que há evidências suficientes de que essas intervenções são efetivas e podem compor políticas globais (WHO, 2010).

2.4 Perspectivas e práticas dos profissionais de saúde

Algumas pesquisas procuram compreender as perspectivas e práticas de profissionais de serviços de saúde do SUS, o que poderia ajudar a entender a presumida lacuna de tratamento do uso problemático de álcool. Determinados autores compreendem, através de entrevistas ou de observação das suas práticas em serviços de saúde, que muitos profissionais manifestam uma perspectiva de “estigmatização” ou “moralização” do problema. Nesse sentido, assinalam que muitos profissionais consideram que os indivíduos que apresenta problemas relacionados ao uso de álcool são os únicos responsáveis pelos problemas apresentados, que estes mantêm esse comportamento por “escolha” e “vontade própria”, que apresentam uma “fraqueza de caráter” e que mantêm esse comportamento por necessitarem da sensação de “pertencimento a um grupo” (SILVEIRA, MARTINS, RONZANI, 2009)

Há publicações que assinalam que permanece comum entre os profissionais a

perspectiva de que o tratamento ou “vínculo” terapêutico depende apenas ou quase exclusivamente da “vontade” ou da “força de vontade” do paciente. Muitos desses profissionais, de acordo com esses autores, consideram que se tratam de pacientes atípicos ou difíceis e que não apresentam motivação para o tratamento, o que justificaria a dificuldade em abordar o problema e realizar um tratamento (SILVA SOUZA, 2015; SCHNEIDER, LIMA, 2011, MORETTI-PIRES et al., 2011). Alguns autores interpretam, através das falas de determinados profissionais que esses costumam atribuir “estereótipos relacionados a reações afetivas negativas” e que muitas vezes apresentam “atitudes discriminatórias” em relação aos indivíduos que fazem uso problemático de álcool e que isso teria “impacto negativo na forma de lidarem com esse problema” (SILVEIRA, MARTINS, RONZANI, 2009)

Outros autores relatam terem encontrados resultados diferentes de outros estudos. Eles citam trabalhos que falam do que chamaram de “visão negativa dos profissionais”, que seriam relacionadas a “atitudes carregadas de estigma e preconceito”. Em contraste, reconhecem nas falas dos profissionais que entrevistaram o que consideraram como “atitudes positivas”, considerando que esses compreenderam o “alcoologista como um doente que requer tratamento” (CAIXETA et al., 2016).

Há estudos que identificam como um problema o fato de que muitos profissionais ainda orientam a sua prática através do paradigma biomédico, que predomina na sua formação, ao invés de adotarem o paradigma biopsicossocial. Outro aspecto apontado, que dificultaria a abordagem do problema, refere-se à impossibilidade de um cuidado longitudinal, pela alta rotatividade de profissionais (CAIXETA et al., 2016; MORETTI-PIRES et al., 2011).

A falta de capacitação dos profissionais também é apontada como motivo para a dificuldade de abordagem, diagnóstico e tratamento do uso problemático de álcool (SILVA SOUZA, 2015; OLIVEIRA, RONZANI, 2012; CAIXETA et al., 2016, SCHNEIDER, LIMA, 2011). Quanto à dificuldade de implementar práticas direcionadas a esse problema, determinados autores referem, entre os motivos, que muitos profissionais não consideram o uso problemático de álcool como uma “verdadeira questão de saúde pública” e que não acreditam que esses pacientes podem melhorar (PEREIRA et al, 2013). Diante da necessidade de serem definidas prioridades na prática diária na APS, os profissionais normalmente escolhem os problemas de saúde que têm conhecimento e ferramentas que consideram eficazes (SOUZA, RONZANI, 2012).

Alguns autores reconhecem que os procedimentos de capacitação são muitas vezes efetivos em contribuir com a mudança da percepção que os profissionais têm do problema,

possibilitando uma compreensão mais abrangente e integral. No entanto, muitas vezes as capacitações não são capazes de levarem os profissionais a mudarem suas práticas ou adotarem novas abordagens na rotina de assistência. Destacam-se a falta de espaço para a discussão permanente das dificuldades apresentadas (SOUZA, RONZANI, 2012).

Outros autores identificaram que os profissionais entrevistados apresentavam os conhecimentos sobre os fatores de risco para o uso problemático de álcool, as suas consequências para a saúde, os critérios diagnósticos, mas não sabiam como atuar, o que atribuíram a problemas na formação universitária. Esses mesmos autores reconheceram que muitas vezes os profissionais ao apresentarem uma compreensão da complexidade social do problema, ao invés de se sentirem mais motivados a atuar, sentiram-se mais impotentes. Além disso, eles assinalam que os médicos se sentem frustrados por não se sentirem preparados para atuarem preventivamente e agirem apenas sobre as consequências do problema (MORETTI-PIRES, 2011).

Comumente, as diferentes noções relacionadas aos uso de álcool são contrapostas à perspectiva médica do uso problemático de álcool. Estas seriam entendidas como menos “moralizantes” ou menos “estigmatizantes”. Na minha pesquisa, considere as perspectivas que definem o uso de álcool como problema de saúde e contemplam as intervenções dos profissionais como valorações morais, inseridas no conjunto mais amplo das moralidades relacionadas ao uso de álcool e diretamente relacionadas a outras noções socialmente construídas. No próximo capítulo, apresento como foi a minha inserção na pesquisa de campo e algumas considerações introdutórias relacionadas à produção e análise dos dados.

3 INTRODUÇÃO À PESQUISA DE CAMPO

3.1 Contexto e experiências introdutórias

Como introduzi anteriormente, a pesquisa de campo foi realizada em uma unidade da ESF localizada na área programática 1.0 (AP 1.0). Neste trabalho, eu vou me referir à unidade como Unidade Bairro (UB). Os nomes adotados para os profissionais são fictícios.

Cada AP possui uma Coordenação da Área Programática (CAP) própria. Além das disparidades populacionais, existe uma diferença quanto às ofertas de serviços em cada AP (LIMA, 2014). Uma reclamação frequente dos profissionais da UB, quanto à saúde mental, referia-se a escassez de serviços especializados para receber encaminhamentos na AP 1.0, especialmente a falta de um CAPS.

Eu conheci a UB antes de iniciar a pesquisa de campo. Ao longo de quatro meses, no final de 2017, participei da implantação de um projeto piloto de matriciamento em saúde mental por videoconferência com unidades da ESF da AP 1.0 que não contavam com matriciamento presencial. Esse trabalho foi chamado de Rede Lancetti e apresentava um caráter prático, que consistia em aprimorar o suporte em saúde mental na área programática onde foi realizado. Essa Rede apresentava também um caráter experimental, que contemplava a possível realização, no futuro, desse tipo de matriciamento em áreas mais remotas e desassistidas do país.

Antes de iniciarmos os encontros por videoconferência, eu tive uma reunião presencial na UB com os envolvidos na Rede Lancetti. Nessa reunião, estavam presentes a gerente Carolina e o médico responsável técnico Gilberto. Foi a primeira vez que estive nessa unidade. Até então, eu havia passado pelo bairro onde ela está localizada apenas em outras duas ocasiões, anos antes. Nessa reunião, combinamos como seria o matriciamento.

Nessa época, eu trabalhava como psiquiatra na Policlínica Piquet Carneiro/UERJ (PPC). Eu trabalhei nessa policlínica de março de 2017 até o início de novembro de 2018, onde eu era responsável pelo atendimento especializado em psiquiatria de pacientes encaminhados de unidades da ESF da AP 1.0. Na Rede Lancetti, eu acessava os encontros por videoconferência de um computador na PPC. As reuniões com os profissionais de equipes de saúde da família da UB aconteciam uma vez por semana e tinham duração de uma hora.

A cada reunião, dois casos de saúde mental eram escolhidos pelos profissionais de saúde da família, de acordo com as prioridades e os desafios apresentados. Participava

também dessas reuniões, através de outro computador, uma psicóloga de um programa de educação continuada. No período de uma semana entre as reuniões, algumas questões mais urgentes e pontuais eram discutidas por mensagens de celular ou *e-mail*.

Conjuntamente, um projeto terapêutico era formulado, que podia envolver técnicas de avaliação e de abordagem terapêutica, manejo medicamentoso, inserção em atividades disponíveis no território ou articulação com outros serviços da rede de saúde. Nesse contexto, o uso problemático de álcool não foi um problema comum, mas alguns casos discutidos apresentavam esse problema associado a outros, como os relacionados ao uso de outras drogas, outros transtornos mentais e condições sociais adversas.

No início de 2018, a UB passou a contar com apoio matricial presencial por equipe de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Por esse motivo, o matriciamento por videoconferência entre da Rede Lancetti entre a PPC e a UB deixou de ser realizado.

Escolhi essa unidade para a minha pesquisa de campo por diversos motivos. Não era totalmente desconhecida para mim. Eu já conhecia o espaço físico e tinha contato prévio com parte dos profissionais, incluindo a gerente Carolina, a enfermeira Rita, o médico responsável técnico Gilberto e outros profissionais. Tratava-se de uma unidade que estava passando por uma experiência recente de matriciamento em saúde mental, primeiramente por videoconferência e, em seguida, presencial. Além disso, eu já conhecia previamente o psiquiatra que atuava nesse NASF, Francisco, que foi meu colega na residência médica.

Desenvolvi a pesquisa de campo na unidade de agosto a dezembro de 2018, período em que realizei observação-participante e nove entrevistas semiestruturadas. Como apontei acima, esses primeiros contatos com a unidade a partir da Rede Lancetti facilitaram a minha inserção na pesquisa de campo e geraram também questionamentos e desafios que não foram ignorados na análise dos dados produzidos.

3.2 A Unidade Bairro

A UB está localizada em um bairro no distrito Centro e Centro Histórico do município do Rio de Janeiro e tem aproximadamente 27 mil usuários cadastrados. Apesar de não ser seu nome oficial, a unidade é comumente referida pelo nome do bairro onde está localizada, o que eventualmente gera certas ambiguidades que explorarei mais à frente.

A unidade apresenta sete equipes de saúde da família, as equipes completas contêm um ou dois médicos (1 médico com carga horária de 40 horas semanais ou 2 médicos de 20

horas semanais), um enfermeiro, um técnico de enfermagem e seis agentes comunitário de saúde. Em dezembro de 2018, algumas equipes estavam incompletas. Duas equipes estavam com apenas 1 médico de 20 horas semanais. Somavam-se ao todo 10 médicos. Dos 7 técnicos de enfermagem previstos, 6 encontravam-se em exercício na unidade. Entre os agentes comunitários de saúde (ACS), 40 estavam atuando, ou seja, 2 a menos do que o previsto. Além disso, a unidade conta com 2 dentistas, 3 auxiliares de saúde bucal, 1 farmacêutico, 1 técnico de farmácia e 3 auxiliares administrativos.

No início da pesquisa de campo, em agosto, havia também um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que atuava junto à unidade e contava com um psiquiatra, uma psicóloga, um assistente social e um educador físico. No início de outubro, o psiquiatra deixou a unidade, após pedir demissão, e a sua vaga ainda não havia sido ocupada até o final da pesquisa.

Ao entrar na unidade, há um saguão amplo e o acolhimento é feito pelos agentes comunitários, um de cada equipe, que sentam-se em frente a uma mesa, um ao lado do outro. Cada equipe é responsável pelos usuários que vivem em uma subárea correspondente (ou adscrita). No geral, o movimento era intenso e em ritmo acelerado, algumas pessoas ficavam em fila para aguardar o atendimento com o ACS de sua equipe e outras aguardavam em pé ou sentadas. Logo após as mesas dos ACS, há um acesso para um corredor e diversas salas, incluindo os consultórios, salas de procedimentos e de cuidados da enfermagem, a sala do gerente da unidade e a sala dos agentes comunitários.

3.3 Observação-participante: inserção no campo

O meu primeiro dia de pesquisa de campo foi em 10 de agosto de 2018. Após entrar no corredor, no interior da unidade, cruzei profissionais de jaleco entrando e saindo das salas. Encontrei o Francisco, psiquiatra do NASF, que estava conversando com outros profissionais, entre eles a enfermeira Rita, responsável técnica, que me conhecia da Rede Lancetti. Após explicar brevemente sobre a minha pesquisa, Iolanda, uma agente comunitária que até então eu não conhecia, riu e afirmou que eu estava no “lugar certo”: “aqui tem mais boteco que casa”. E complementou: “bebem muito e usam droga também”. Em seguida, Iolanda perguntou se eu gostaria de acompanhá-la quando fosse “para a rua”, que me mostraria “o território” para que eu pudesse ver “com meus próprios olhos” se o que ela estava falando era ou não verdade. Ela citou o caso de uma puérpera que bebia e fumava e falou que havia um

“outro caso complicado relacionado ao uso de álcool”, com quem a equipe estava tendo dificuldades.

Logo em seguida, ainda no corredor da unidade, a enfermeira Cecília, que eu também não conhecia até então, passou entre nós no corredor. A Iolanda me apresentou, falando a ela que eu estava fazendo uma pesquisa sobre álcool. Imediatamente, Cecília reagiu de maneira enfática: “falou com a pessoa errada, eu não bebo!”.

Nos primeiros dias em que fui à unidade como pesquisador, optei por observar as práticas do apoio matricial em saúde mental. Assisti a consultas realizadas pelo Francisco acompanhado do enfermeiro da equipe assistente. Em algumas consultas, Francisco atendia sozinho, como único profissional, contrariando o que se costuma preconizar no matriciamento, que seriam os atendimentos conjuntos entre o psiquiatra e um médico da unidade. Nenhum médico da unidade participou de nenhuma das consultas que observei Francisco realizar. Nos atendimentos a casos mais complicados, a psicóloga do NASF, Bárbara, costumava participar e eles discutiam o caso.

Em alguns momentos, Francisco lamentou que estava realizando muitas consultas individuais, o que atribuiu a alta rotatividade dos médicos da unidade. Por causa disso, o processo de matriciamento devia ser frequentemente reiniciado e algumas equipes ficavam frequentemente desfalcadas. Nessas equipes, atuava apenas um médico de 20 horas semanais, que ficava sobrecarregado e tinha menor disponibilidade para participar de atendimentos conjuntos com o psiquiatra do NASF.

A maioria dos médicos da UB não eram especialistas em medicina da família e comunidade (MFC). Apenas uma médica, Beatriz, tinha feito residência na área. O médico mais antigo da UB era Gilberto, que era o responsável técnico e estava atuando nessa unidade há sete anos. Não era especialista na área, mas pretendia fazer a prova de título. Os restantes não tinham se especializado em MFC. Alguns deles estavam temporariamente atuando na unidade enquanto se preparavam para a prova da residência para outra especialidade.

De acordo com o relato do Francisco, alguns médicos da unidade mostravam-se resistentes a se responsabilizar pelo acompanhamento de pacientes com problemas de saúde mental. Eles consideravam que esses problemas deviam ser acompanhados por um psiquiatra, em um serviço especializado. Ele apontou uma diferença em relação a Beatriz, única médica com residência em MFC, que se mostrava mais interessada em atender determinados usuários acompanhada de Francisco ou discutir com ele algumas questões relacionadas ao cuidado em saúde mental.

Quando iniciei a pesquisa de campo, a gerente da UB era a Carolina. Desde quando

me apresentei, solicitando autorização para a pesquisa, ela compartilhou as dificuldades no seu trabalho, o que pode ser sintetizado na sua frase: “a gente não consegue deixar de ser uma UPA”. As unidades de pronto atendimento (UPA) são definidas como serviços de complexidade intermediária, entre as unidades da atenção básica e a rede hospitalar, voltados para o atendimento de urgências e emergências. O seu funcionamento deve ser 24 horas por dia e todos os dias da semana.

Carolina falava da dificuldade de implantar, na UB, o modelo de atenção da ESF, que deveria priorizar os atendimentos agendados, o acompanhamento longitudinal dos usuários e com enfoque na prevenção. O que ela me explicou foi que, ao não conseguir organizar a unidade de acordo com o modelo proposto, o movimento era constantemente intenso, com muitos usuários de “demanda espontânea”, que são os que procuram a unidade sem agendamento prévio. Por outro lado, como a unidade estava sempre cheia, com muitas demandas, ela não conseguia organizar o trabalho como gostaria e lamentava: “eu só estou apagando incêndio”. Ela me mostrou pilhas de papéis que precisavam ser organizados, falou da dificuldade de fazer encaminhamentos, que muitos usuários estavam há vários meses aguardando uma vaga para atendimento em serviços especializados. Assim como Francisco, ela apontou o problema da alta rotatividade dos médicos e que muitos deles se recusavam a atender “casos de saúde mental”.

Em setembro de 2018, Carolina deixou o cargo de gerente da UB e foi substituída por Milton. Quando me apresentei a ele, a principal preocupação que compartilhou comigo foi que Francisco, psiquiatra do NASF, tinha pedido demissão recentemente e deixaria a unidade no início do mês seguinte. Ele também reconhecia os mesmos problemas de organização apontados por Carolina. Tinha trabalhado como gerente de outra unidade antes e tinha assumido a UB como um desafio, mas estava impressionado com a quantidade de dificuldades que estava encontrando. Apesar disso, estava motivado e falou da sua expectativa de que aprimorar o matriciamento em saúde mental da unidade, com uma melhor articulação entre os profissionais do NASF e os da unidade.

Esse foi o contexto da minha inserção na pesquisa de campo. Como apresentei na introdução, além da observação participante, realizei também nove entrevistas semiestruturadas com os profissionais. Na sequência, falarei sobre essas entrevistas e, mais especificamente, sobre o uso do gravador e os efeitos relacionados que identifiquei.

3.4 As entrevistas semiestruturadas: o uso do gravador

Desde a primeira entrevista, reconheci que a interação se dava de forma bastante diferente em comparação com as interações não estruturadas que observei ou das quais participei, em conversas, comentários no corredor, nos atendimentos ou na sala dos agentes comunitários. As entrevistas aconteceram durante o funcionamento da unidade de saúde, em meio à rotina comumente agitada de trabalho e os profissionais que entrevistei frequentemente referiram, logo ao início, não dispor de muito tempo. A exceção foi o Francisco, psiquiatra do NASF, que entrevistei uma semana após ele ter deixado de trabalhar na unidade. A entrevista foi realizada na casa dele e as perguntas remeteram ao período em que trabalhou na unidade.

Ao ligar o gravador, o entrevistado começava a falar de forma mais formal ou técnica. As falas pareciam ser escolhidas com maior rigor e com menos espontaneidade. A mudança não era unilateral e eu também, inevitavelmente, assumia mudanças semelhantes na minha postura e na minha fala como entrevistador. Depois de algumas entrevistas, eu consegui seguir o roteiro de forma um pouco mais natural e as entrevistas se assemelharam um pouco mais a uma conversa, o que contribuía para que o entrevistado falasse de forma mais aberta. Ainda assim, eu tinha às vezes a impressão desconfortável de que a entrevista parecia uma avaliação.

Os efeitos do gravador eram ainda mais evidentes após desligá-lo. Foi nesses momentos que alguns entrevistados acrescentaram algo que não tinham falado na entrevista por terem achado que seria inadequado ou que estariam fugindo das perguntas. Em algumas dessas vezes, após o entrevistado começar a falar, pedi para ligar novamente o gravador e voltava a perceber certo constrangimento, apesar de menor do que no início da entrevista.

No final da entrevista como o médico Gilberto, logo após desligar o gravador, ele relatou um caso que estudou no seu trabalho de conclusão de curso (TCC) da especialização em saúde da família. Quando ele começou a contar, eu pedi para ligar o gravador novamente e ele concordou. Percebi novamente uma maior artificialidade na sua forma de expressar e, no final, ele gesticulou para desligar o gravador. Eu entendi que ele não queria que algo fosse gravado, mas ele explicou que tinha a impressão de que já estava falando muito e que aquele relato não seria útil para a minha pesquisa.

Eu identifiquei que o caso relatado ilustrava e estava relacionado à maior parte das respostas de Gilberto. Parecia ter a função de organizar e condensar as suas reflexões sobre o uso de álcool. Essa construção que identifiquei na sua fala serviu como um modelo para

análise das falas de outros profissionais, que também relataram casos ilustrativos para explicar as suas impressões sobre o tema.

Após a entrevista, Gilberto passou a me procurar com maior frequência na unidade para fazer comentários os sobre os temas que tínhamos abordado. Um dia ele perguntou se podia me mandar o TCC a que tinha se referido. Eu manifestei interesse, mas ele não me mandou.

Eu também percebi essas mudanças posteriores às entrevistas em relação a outros profissionais, que passavam a interagir comigo tendo como base uma contribuição mais clara à minha pesquisa e eu passava a ser menos um estranho na unidade. A Cecília, umas das enfermeiras entrevistadas, manifestou interesse por estudar mais sobre saúde mental e perguntou se eu conhecia um determinado curso de especialização. O psiquiatra Francisco me mostrou o material informativo que trouxe do Canadá, onde realizou um estágio na APS.

Outro interlocutor que começou a falar sobre outro assunto após desligar o gravador foi a ACS Iolanda, que abordou o tema do racismo, que não havia sido falado até então. Iolanda também me abordava frequentemente para relatar novas reflexões sobre o tema.

Eu poderia afirmar, então, que o uso do gravador permitiu outras possibilidades durante e depois das entrevistas, além de uma aproximação maior aos entrevistados. Guedes teve uma impressão semelhante na sua pesquisa:

(...) realizada a entrevista com o gravador, os contatos posteriores tornavam-se de certo modo mais relaxados, mais livres, como se as pessoas considerassem que já tinham contribuído com sua cota para a academia, já tinham “ajudado na pesquisa”, restringindo sua contribuição ao trabalho a esta situação específica. (GUEDES, 1997, p. 42-43)

3.5 A unidade, o território e o lugar do pesquisador

Para introduzir e contextualizar a pesquisa de campo, gostaria de abordar três aspectos que irei retomar ao estruturar a apresentação e a análise dos dados produzidos mais especificamente sobre o uso de álcool: algumas impressões gerais da observação realizada na unidade e da percepção dos próprios profissionais em relação ao serviço; reflexões sobre o meu lugar como pesquisador, as expectativas e os efeitos compartilhados pelos profissionais; e dados exploratórios das visitas que realizei ao território onde a unidade está realizada. Esses aspectos atravessam as descrições que têm como título frases dos profissionais que identifiquei como representativas para a análise: “aqui nesse posto acontece de tudo” (ACS

Luiza); “desculpa, mas essa é a minha opinião” (ACS Tereza); “aqui tem mais boteco que casa” (ACS Iolanda).

3.5.1 “Aqui nesse posto acontece de tudo”

Durante a pesquisa de campo, às vezes eu ficava no corredor por um tempo, observando os profissionais e pacientes entrando e saindo das salas, fazendo comentários diversos. Isso acontecia, por exemplo, entre um ou outro atendimento que eu estava observando. Ainda no primeiro dia, escutei comentários gerais sobre uso de álcool nessas conversas atravessadas. Por exemplo, duas profissionais comentando sobre uma paciente, que fazia tratamento para depressão na clínica, e que falou de um familiar, que passou a morar com ela e que estava “bebendo muita cachaça e fumando muito cigarro” e que ela estava tentando impedi-lo com o seguinte argumento: “aqui ninguém faz isso”. Uma outra ACS comentou que uma determinada paciente “tava muito bêbada, ela nem lembrou de mim”.

Apesar da concepção de que o uso problemático de álcool é pouco abordado, diagnosticado e tratado, o tema dos variados usos de álcool é abordado frequentemente, o que constatei desde o primeiro momento entre os comentários de profissionais. Nesses comentários, essa questão apareceu em meio a outras, não necessariamente recebendo atenção especial e, em muitas vezes, não passou por uma classificação diagnóstica no prontuário eletrônico. Nesse primeiro dia de pesquisa de campo, muitos profissionais ainda não me conheciam e, por isso, não considero que esses comentários tenham alguma relação com a minha pesquisa, mas sim que são habituais.

Nesse mesmo dia de observação na unidade, um outro comentário me chamou a atenção. Entre um e outro atendimento, o Francisco, psiquiatra do NASF, comentou que tinha esquecido o documento do carro e que estava preocupado porque ia viajar depois de sair da unidade. A enfermeira que estava conosco no consultório riu e comentou que aquela unidade (ou o bairro onde ela está localizada) fazia isso com as pessoas. Como falei anteriormente, ao fazerem comentários sobre a unidade, nem sempre ficava claro se os interlocutores se referiam de fato à unidade ou ao bairro onde ela está localizada, porque eles costumavam se referir a ambos apenas pelo nome do bairro.

Considero que um dos motivos para que essa distinção nem sempre ficasse clara refere-se ao fato de que há realmente uma sobreposição e que os limites nem sempre são claros. O bairro ou o território existe dentro da unidade e a unidade existe para além dos seus

muros. Essa concepção está de acordo com a proposta da Estratégia Saúde da Família, que tem como uma das suas principais características a orientação para a comunidade, a compreensão dos problemas locais e a atuação no território, como o cadastramento dos usuários, as “buscas ativas” e as visitas domiciliares. No entanto, se o território apresenta condições sociais precárias e a unidade tem problemas estruturais e de organização, essa interpenetração pode ser vivenciada com dificuldade pelos profissionais.

Esses comentários também apontavam para características reconhecidas como singularidades da UB. Como abordei acima, os dois gerentes que atuaram nessa unidade, durante a minha pesquisa de campo, apontaram diversas questões particulares em relação à organização do serviço. Os outros profissionais lamentavam-se com relativa frequência sobre as dificuldades vivenciadas, relacionadas à sobrecarga de trabalho e à dificuldade de organizar os atendimentos.

Em algumas situações inesperadas e que escapavam do controle dos profissionais, podia ficar evidente uma certa dinâmica própria da unidade que algum profissional tinha tentado me explicar verbalmente e que eu não tinha entendido bem até aquele momento. Esses acontecimentos que extrapolavam a narrativa podiam, ao acontecerem na minha presença, gerar também uma certa satisfação aos próprios profissionais. Como se um olhar externo evidenciasse algo que era compartilhado por muitos deles mas que havia se tornado rotineiro e menos percebido. Uma coisa era eles falarem sobre isso, outra coisa era eu presenciar e participar com eles: “está vendo, essa é a Unidade Bairro!”.

Em um dos atendimentos individuais realizados por Francisco, ele identificou que uma paciente necessitava urgentemente ser levada a um hospital. Ela havia evadido de uma internação hospitalar, mantinha quadro de trombose venosa profunda, apresentando uma das pernas bastante inchada, vermelha e dolorosa. Além disso, apresentava-se em um estado de alteração psiquiátrica diagnosticado por Francisco como mania: estava exaltada, agitada, falando muito, oscilando rapidamente entre estados de animação, irritabilidade e tristeza, chorando, lembrando intimidades da sua história de vida. Ela tinha evadido do hospital justamente porque estava inquieta e não reconhecia a gravidade e o risco da condição clínica que apresentava.

Após esforço de convencimento por parte de Francisco, para que ela voltasse para o hospital em uma ambulância, a paciente concordou e foi solicitado que aguardasse. Quando a ambulância chegou, ninguém sabia onde a paciente se encontrava, até que uma agente comunitária, Luiza, descobriu que ela estava começando a ser atendida pela dentista, que não estava sabendo da situação. Então a paciente foi levada para a ambulância e Luiza fez o

seguinte comentário enquanto ria da situação: “aqui nesse posto acontece de tudo...”. Uma outra ACS virou para mim, também rindo, e falou: “tá vendo, doutor? Essa é a UB!”.

No mesmo dia, durante o almoço, uma das ACS lembrou o caso dessa paciente que foi levada de ambulância para ser internada: “tem dias que eu não ia estar bem para ouvir essas coisas”, referindo-se, de uma forma geral, aos pacientes com problemas psiquiátricos. Uma enfermeira que também estava presente comentou: “é, hoje eu não tava bem quando eu acordei... Mas aí cheguei, tanto trabalho, que eu até esqueci...”

A Unidade ou o Bairro eram o que explicava o cansaço, a angústia, a vontade que às vezes tinham de não trabalhar mas que depois se dissolvia no excesso de trabalho. Era o que fazia eventualmente alguém se esquecer de alguma coisa ou se confundir em algum momento. Não se referiam apenas às situações corriqueiras, mas a sua repetição e os afetos envolvidos dos profissionais, que participavam e precisavam fazer decisões e assumir condutas, mesmo quando a realidade da unidade parecia absurda em meio a diversos acontecimentos simultâneos.

Era nesse contexto que os profissionais podiam perguntar mais ou menos sobre determinado hábito ou problema de saúde, como é o caso do uso de álcool. O que os profissionais evidenciavam era a sobrecarga de demanda e a dificuldade para organizar um processo de trabalho que parece ter vida própria, que se instalou ao longo dos anos de existência da unidade e que se tornou muito difícil de ser modificado.

3.5.2 “Desculpa, mas essa é a minha opinião”

Em outro atendimento realizado pelo Francisco, uma paciente comentou que “tem relações que não valem a pena”. Após ele pedir para ela explicar melhor, ela disse: “eu tenho uma amiga que bebe cerveja e fica me chamando. Eu falo pra ela: ‘você não sabe que eu tomo um monte de remédio e não posso’. Ela tem 75 anos... Mas ela tá melhor... Tá bebendo menos... Eu falo pra ela: ‘se você chegar no oftalmologista com bafo de cerveja, é capaz de ele não te operar mais’”, em referência a uma cirurgia de catarata que essa amiga precisava realizar.

Poucas foram as vezes, ao longo da pesquisa de campo, que algum profissional, se dirigiu a mim, sem que eu perguntasse nada, além de cordialidades rotineiras, os cumprimentos ao nos cruzarmos: “bom dia”, “boa tarde”. No entanto, teve uma situação, quando eu aguardava a enfermeira Rita, com quem realizaria a minha primeira entrevista, em

que uma ACS, Tereza, com quem eu não tinha falado antes, aproximou-se de mim e perguntou sobre a minha pesquisa. Eu falei que era sobre uso problemático de álcool e ela comentou: “ah, então eu precisava trazer meu irmão pra falar com você”. Ela expôs que “alcoolismo” era “problema de família porque estraga a família toda” e que “tudo é questão da pessoa querer se tratar”. Ela complementou dizendo que esse problema do irmão era uma doença e, em seguida, ressaltou que faltava “força de vontade” para enfrentar esse “problema sem solução” é que isso afetava profundamente a família toda.

Em uma fala breve, essa profissional contemplou que o uso problemático de álcool era um problema sem solução, uma doença e relacionado a “força de vontade”. Em nenhum momento ela perguntou o que eu achava sobre o que estava falando. Por fim, pediu desculpa, caso eu a tivesse achado muito enfática ou crítica ou por ter feito esses comentários sem que eu a tivesse perguntado nada. Desculpou-se também pela sua descrença em relação às possibilidades dos profissionais de saúde ou, mais especificamente, dos médicos oferecerem alguma ajuda terapêutica efetiva para esse problema, o que justificou, reforçando, pelo fato de depender da “vontade da pessoa”. Complementou: “desculpa, mas essa é minha opinião”.

Em outro dia, eu estava novamente na sala dos agentes comunitários, e a ACS Iolanda, que estava conversando com outras duas agentes comunitárias (Tereza e Luiza), me perguntou: “A sua pesquisa é sobre violência né?” Expliquei que era sobre uso de álcool e ela: “não deixa de ser uma violência né?”. Ela esclareceu que estava falando de violência como falta de recursos no território e comentou sobre um seminário que havia participado sobre violência, território e saúde.

A Tereza, que estava conversando com a Iolanda, voltou-se para mim e relatou o caso de um paciente da unidade que, nas suas palavras, era “alcoólatra”. Ela disse que ficava indignada com a esposa dele: “ela continua deixando o marido beber, mesmo ele estando debilitado de saúde... E depois, ela ainda vem pedir receitas de remédios pra ele no posto!”. Em alguns momentos, Iolanda tentou interromper a colega para dar uma opinião diferente sobre o assunto. Tereza pediu para que ela a deixasse terminar e comentou rindo que a Iolanda andava “muito agitada” e não estava deixando os outros falarem. Então, Iolanda, que antes havia me solicitado uma “receita controlada” de um “calmante”, falou para mim, como se me responsabilizasse pelo seu estado, em tom relativamente jocoso, pelo fato de eu ter recusado seu pedido: “viu, tô sem remédio! Você não quer me passar minha receita! Por isso não paro de falar!”

Tereza complementou, retomando o que havia me falado em outro dia, que o uso de álcool está muito relacionado a uma “escolha da pessoa, que não quer se ajudar” e que

“muitos não conseguem parar, mas muitos não querem mesmo...”. Iolanda discordou: “eu tenho para mim que há sempre, nesses casos, uma pessoa gritando sobre autoagressão, é sempre uma forma de pedir ajuda”.

Em seguida, a outra ACS, Luiza, que não havia se manifestado sobre o tema, comentou: “É... Eu também tenho muitos alcoólatras [referindo-se a pacientes que residem na sua área de atuação], todos nós temos”.

Iolanda complementou: “pois é, aqui no final de semana você não encontra nenhuma padaria aberta, só bar e farmácia. Ou a pessoa fica para na frente de casa ou vai para o bar beber... É por isso também que as pessoas bebem e usam tantos remédios desses controlados”.

Luiza adicionou: “Tem as igrejas também...”.

Iolanda respondeu: “Alguém tem que fazer alguma coisa para ajudar as pessoas...”.

3.5.3 “Aqui tem mais boteco que casa”

Após um mês de observação realizada no interior da clínica, eu saí pela primeira vez com a ACS Iolanda para acompanhá-la em uma visita ao território, convite que ela havia me feito no meu primeiro dia de pesquisa de campo. Outros dois agentes comunitários nos acompanharam, Madalena e Vinicius. Iolanda e Vinicius estavam há 4 anos trabalhando como agentes comunitários na unidade. Madalena compõe o grupo dos ACS mais antigos da unidade, onde trabalha há 10 anos. Ao falar do tempo que trabalha nessa mesma atividade, ela lamentou: “dava tempo de sobra pra ter feito uma faculdade...”. Ela me mostrou o lugar onde a unidade ficava antes, falando que era tipo um container com divisórias, duas ruas atrás de onde a UB agora está localizada. Atualmente, a unidade encontra-se em uma das principais ruas do bairro. Antes, segundo Madalena, eles ficavam muito vulneráveis quando tinha tiroteio. Havia 6 anos que a unidade tinha mudado para o espaço atual, que foi cedido pelo governo do estado e ela contou que existe uma ameaça do governo estadual tomar o lugar novamente. De acordo com seu relato, um hospital e outros serviços de saúde foram progressivamente desativados com a promessa de que passariam por melhorias, mas, na verdade, a população local apenas deixou de dispor dessas unidades de saúde, que não foram substituídas.

Caminhamos por ruas estreitas e, em alguns momentos, Iolanda assinalava “aqui é o foco”, referindo-se aos lugares onde as pessoas se encontram e costumam fazer uso de álcool e outras drogas e ela apontava também lugares onde costuma ter “música alta”: “aqui eles

colocam forró e ali funk...”, falava enquanto dançava brincando, “é tão alto que o corpo mexe junto com a música”. Outros estabelecimentos indicados por ela eram casas de prostituição e pontos de vendas de drogas. Vinicius comentou que as pessoas ligadas ao tráfico de drogas mantinham armas de fogo à mostra durante noite, o que não era permitido pela manhã pelas lideranças do tráfico em articulação com a polícia do local. Eu relembrei à Iolanda o comentário que ela havia feito quando nos conhecemos, no meu primeiro dia de pesquisa de campo, depois que eu falei que o tema que eu estava estudando era o uso de álcool, que eu estava no lugar porque ali tinha “mais boteco que casa”. Enquanto andávamos, ela comentou, após mostrar uma sequência de vários bares: “exagerei, Doutor?”.

Madalena comentou que a “sua rua” não costuma ter “problema”. No caso, ela se referia à rua pela qual fica responsável no trabalho como ACS, em articulação com as atividades da unidade. Pouco depois lembrou um caso de um paciente que fazia uso abusivo de álcool e procurava a unidade de frequência por problemas respiratórios. Ela contou que, uma vez, ao fazer uma visita à sua casa, ele estava “muito bêbado”, com as calças abaixadas e ficou insistindo que ela entrasse, mas ela se recusou. Complementou dizendo que todos os ACS já passaram por alguma “situação desse tipo”. Eu perguntei: “...de assédio?” e ela respondeu que sim. Lembrou-se de uma outra vez em que outro usuário insistiu em dar dinheiro a ela, o que também recusou.

Eu perguntei à Madalena: “mas esses usuários que fazem uso de álcool não costumam procurar o posto?”. Ela respondeu que eles procuravam, sim, o que me surpreendeu em um primeiro momento. Explicou que eles costumavam ir à unidade por outros problemas de saúde, mas “nunca por causa do álcool” e que normalmente vão à unidade depois de passarem a noite inteira fazendo uso de álcool ou outras drogas e, depois, sentiam-se mal fisicamente e solicitavam atestado médico.

Havia poucas pessoas nas ruas no período em que andamos, entre 9h30 e 11h30 e a maioria dos bares estavam fechados. Eles me explicaram que o movimento ficava muito maior à tarde e que as pessoas do bairro costumavam acordar tarde. Quando fazem visita às casas pela manhã, era comum encontrarem os moradores dormindo. Ao longo desse período que andamos, identifiquei pessoas fazendo uso de álcool em três situações diferentes. O primeiro era um senhor de cabelos brancos, que aparentava ter por volta de 60 anos de idade, sentado em uma mesa de um bar com um copo de cerveja na mão. Ele falava alto, fazendo piadas, não compreendi o que ele estava falando. Era por volta de 10h. Os ACS comentaram que ele era conhecido no bairro e que estava sempre bêbado. Não percebi se ele estava sozinho ou acompanhado na mesa. Por volta de 11 da manhã, Iolanda apontou para dois

homens jovens, com aparência de aproximadamente 30 anos de idade, com copos de plástico e cerveja, sentados em um banco.

Em outra situação que Iolanda fez referência ao uso de álcool, foi quando passamos vimos um homem deitado, apoiado com a mão na barra de proteção entre a rua e um “valão” de esgoto. Ela comentou que ele bebia muito e, por estar sempre bêbado, não reagiu quando tomaram sua casa e, desde então, estava vivendo em situação de rua.

Ao passarmos por uma igreja, Iolanda comentou que achava que, naquele bairro, existiam mais bares do que igrejas. Em resposta, Vinicius fez um contraponto, discordou dizendo que a sua avaliação era diferente. Ele achava que havia mais ou menos o mesmo número de bares e de igrejas e fez uma diferenciação entre estabelecimentos que são exclusivamente bares (os quais considerou como “bares mesmo”) e outros que vendem bebidas alcoólicas mas também outros produtos como refeições ou funcionam também como mercados. Ele ponderou, em seu comentário, perguntando a opinião de Madalena, que ainda não havia se manifestado sobre a questão: “bares mesmo são poucos aqui no Bairro-Unidade, né não Madalena?”. Ela concordou distraída, sem muita convicção.

Em determinado momento, perguntei à Iolanda se ela morava perto de onde estávamos e ela respondeu em tom jocoso: “não... Eu moro em um lugar mais social...”. Perguntei o que ela quis dizer com isso e ela disse que referia a condições relativamente melhores e propôs: “quer ir lá onde eu moro Doutor?”. Aceitei o convite.

No caminho, ela comentou que achava que seu filho precisava conversar com um psicólogo mas ele se recusava. Andamos até a frente da sua casa e conheci sua filha. No seu empenho de contribuir com a minha pesquisa, Iolanda propôs que tirássemos fotos em frente a um bar que estava fechado e com vários engradados de cerveja e garrafas vazias de cerveja e de cachaça. O que fizemos e ela parecia se divertir com a situação. Em seguida, entramos em um bar-restaurant, a atendente estava sentada em uma mesa e a Iolanda a apresentou como filha de uma outra ACS da UB. Convidou-a para tirar uma outra foto conosco, no interior do estabelecimento.

Mais cedo, ainda antes de sairmos da unidade, Iolanda havia comentado que uma moça tinha se suicidado um dia atrás e perguntou o que eu achava de ir à sua casa para conversar com os familiares. Ela esperava que eu fizesse um atendimento e eu expliquei que estava ali como pesquisador. Ela respondeu: “ah é, você está como pesquisador...” e pareceu mudar de ideia. No entanto, quando estávamos nas proximidades da casa onde essa moça morava, o pai passou por perto de nós e, após cumprimentá-lo, Iolanda propôs novamente que os visitássemos. Os outros agentes acharam que não era uma boa ideia, que era muito recente

e que seria melhor esperar passar pelo menos uma semana.

Realizei outra visita ao território, três semanas depois, acompanhado apenas da ACS Iolanda. Era uma sexta-feira por volta de 14h. Ela falou sobre familiares que também têm problema com álcool e relatou suas preocupações com o filho que estava com uma doença que o fazia perder a visão progressivamente. Ela comentou que, por causas das nossas interações prévias, ela havia pensado mais sobre o tema do uso de álcool. Estava atentando mais para a quantidade de bares no bairro e aos hábitos das pessoas relacionados ao uso de álcool. Comentou que tinha percebido que a quantidade de bares e pessoas bebendo nas ruas era ainda maior do que pensava antes

Andamos por uma rua que se localiza fora da área de atuação da sua equipe, por onde não tinha hábito de passar. Surpreendeu-se ao perceber um “clima tenso”, adolescentes e adultos jovens com armas de fogo expostas nas esquinas, que nos olharam com suspeita. Ao final da rua, passamos por um carro de polícia parado, consideramos a possibilidade de estar sendo preparada uma ação policial. Ficou assustada e impressionada, comparou com a sua área, que parecia mais calma.

3.6 Exemplos pessoais e casos ilustrativos

Nas entrevistas com os profissionais, ao caracterizarem o uso problemático de álcool, um recurso comumente empregado por eles foi relatar o caso de algum paciente da unidade em que, na sua percepção, o problema se mostrou evidente, ao ponto de mobilizar a equipe e apresentar desafios para a abordagem, tratamento e encaminhamento.

A primeira entrevista em que percebi esse recurso para estruturar o discurso foi com o médico Gilberto. Como relatei acima, foi um caso que ele começou a narrar logo após eu desligar o gravador. Eu solicitei a sua permissão para voltar a gravar e ele aceitou. No caso relatado ficam evidentes caracterizações que ele utilizou na entrevista para pensar o uso problemático de álcool e são contemplados várias questões que são comuns na interface com esse problema. O caso narrado foi o seguinte:

Eu fiz o TCC [Trabalho de Conclusão de Curso] da [especialização na] Estratégia da Saúde da família sobre o abuso de álcool e drogas na atenção primária. Então ele partiu da solicitação de um adolescente que fazia uso de maconha e solicita à mãe uma ajuda, e através da lembrança da ajuda, do vínculo que ela tinha com a equipe,

ela veio procurar a minha pessoa para suporte. E aí foi aberta a família no sentido dos problemas que a família tinha. Descobri que o pai era o foco principal, através do álcool ele se tornava violento. Como a esposa sofria, como ela não tinha suporte para isso, e os filhos também sofrendo essa relação toda. Isso trouxe à tona o problema do alcoolismo do pai. Ele não se submetia ao tratamento, era feita a busca ativa em relação às consultas dele, e ele não aparecia no posto para fazer o acompanhamento, veio a manifestar um desejo de morte e acabou se suicidando por ingestão de chumbinho. Ele já vinha ameaçando, ameaçando, a família não dava muita atenção e ele acabou tomando, caiu na cama e ninguém acreditou no ato dele, e ele acabou morrendo. Aí o resultado disso: a mãe ficou desamparada; a filha começou a entrar em depressão, foi encaminhada para o CAPS, não fez adesão ao tratamento; o filho - que fazia uso da maconha - continuou fazendo uso da maconha e ingressou no mundo das drogas, começou a fazer uso de drogas, o pai também tinha o hábito de usar cocaína, aí ingressou como um soldado do tráfico e hoje está lá em Bangu 4. (Gilberto)

Além do relato de casos de pacientes, os profissionais incluíram, como referencial para pensar o uso de álcool problemático, experiências pessoais ou com a sua família em relação ao uso de álcool. A relação entre a perspectiva pessoal e profissional mostrou-se ainda mais clara nesses exemplos. Os limites de normalidade também eram pensados a partir dessas experiências. Não havia perguntas voltadas para as experiências pessoais com bebidas alcoólicas, mas alguns deles relataram espontaneamente para esclarecer a sua perspectiva.

A enfermeira Rita contrastou a sua percepção pessoal, usando como referencial a sua própria experiência com álcool, e profissional com a sua percepção de como o alcoolismo é percebido na sociedade. Ela se referiu ao seu próprio uso como “beber socialmente”, mas reconheceu que pessoas que fazem uso problemático de álcool, pela aceitação social e do grupo em que estão inseridas, são percebidas também como bebedores sociais. A sua caracterização passou pela questão do limite e do controle. Isso se manifestaria na quantidade de doses, na frequência de uso e nos horários em que é mais aceito beber:

Alcoolismo é o abuso de álcool, a pessoa que usa de forma abusiva, se a pessoa bebe duas ou três vezes por semana ou mais, ela bebe além do que ela deveria beber. (...) Beber socialmente seria quem bebe na festa, quem bebe... Eu sou uma bebedora social, eu me considero, que eu bebo quando eu saio, quando eu vou a algum evento e eu tenho meu limite. Eu bebo dois copos daquele tipo de bebida que é exclusivamente cerveja. Então, eu sei que se eu beber o terceiro copo, eu não vou mais ficar capaz das minhas funções. (Rita)

Outra enfermeira entrevistada, Cecília, também falou da sua experiência pessoal ao caracterizar que existem pessoas que bebem, mas não de forma problemática. No seu caso, empregou seu exemplo para expor que a sua experiência pessoal, que é a abstinência, não deveria ser tomada como única opção não problemática ou saudável em relação ao álcool:

Eu pessoalmente não bebo, é uma opção própria. Mas não é porque a pessoa tem a opção de beber que ela é uma pessoa com problemas com o álcool. Ela pode ter uma rotina de vida saudável bebendo. (Cecília)

A técnica de enfermagem Sílvia também falou da sua própria experiência com álcool e na sua família:

Eu já ouvi relatos de pessoas que conseguem... Eu não saberia dizer a fundo porque eu não bebo, perdi meu pai até por conta do álcool mesmo e então me traumatizou muito. Meu pai morreu com cirrose né, quer dizer, com câncer de fígado, então... Mas tem pessoas que falam 'nossa, eu bebi três só e eu fico bem e eu consigo dar seguimento à minha vida, consigo trabalhar, consigo me divertir, consigo dar tudo pra minha família, namorar e tudo'. (Sílvia)

A ACS Iolanda também falou de como sua experiência pessoal e familiar estava relacionada à sua perspectiva em relação ao problema, retomando uma discordância que teve em relação a outra ACS, que considerava que a pessoa tem problemas com álcool por escolha:

Eu vejo que a pessoa tá sofrendo de verdade. Eu tive minha mãe né? Minha mãe dentro de casa bebia. Minha mãe sente a perda da minha irmã até hoje. Só que hoje ela tá na, agora ela é da igreja testemunha de jeová né, mas antes ela não conseguia, ela bebia. Ela chora a perda da filha mas não bebe mais. Hoje ela não tem vício nenhum, só de gastar dinheiro mesmo. Todo dia, eles [membros da igreja] iam lá, conversavam com ela, até ela desistir. Acho que ninguém bebe porque quer, ninguém bebe porque tá feliz. (Iolanda)

O uso desses recursos narrativos pode ser entendidos de variadas formas. Ao relatarmos casos ilustrativos e exemplos pessoais, os profissionais buscaram expor de forma mais clara a sua perspectiva. Eu identifiquei que foram também formas encontradas para falar de uma questão que apresenta muitas ambiguidades e que a sua classificação como problema de saúde ou doença está aquém da compreensão das moralidades envolvidas.

A partir dessas considerações sobre a minha inserção no campo, as minhas impressões sobre a unidade e sobre a perspectiva mais gerais dos profissionais e de alguns dos seus recursos narrativos, vou dar continuidade, no próximo capítulo, à análise dos dados produzidos.

4 USOS DE ÁLCOOL: INTERFACES DO CONTROLE E DO CUIDADO

Os dados que apresento a seguir foram construídos a partir da observação das práticas dos profissionais e dos seus discursos, das interações e das entrevistas realizadas, ou seja, a partir da interação que estabeleci com os interlocutores, de modo que não busco apresentar dados objetivos e totalizantes. Dividi a análise em dois grandes eixos temáticos: o primeiro refere-se às interfaces do controle e do cuidado (capítulo 4) e o segundo, às concepções do uso de álcool como problemático (capítulo 5).

Esses eixos foram subdivididos da seguinte forma. As interfaces do controle e do cuidado foram analisadas nas dimensões individual, familiar e comunitária. A última subdivisão refere-se a essas mesmas interfaces nas práticas e discursos no campo da saúde, a partir do conceito de medicalização.

O uso de álcool foi analisado como problema a partir das suas formulações mais comuns, em que é reconhecido como um comportamento desviante em uma dinâmica de acusação, que se refere a quem define o desvio. A noção de estigma foi articulada com as falas dos profissionais que identificam o lugar que o “alcoólatra” assume na sociedade.

Essas noções relacionadas a esse problema foram também analisadas a partir das implicações enunciadas pelos interlocutores ao compararem o uso de álcool e de outras drogas, as diferenças que o problema assume no homem e na mulher e a associação a outros tipos de exclusão social.

Ainda nesse eixo de análise, estabeleço uma comparação entre essas diversas formulações do problema e a sua caracterização como problema de saúde ou, mais especificamente, médico.

Na discussão apresentada, esses eixos temáticos foram analisados a partir da perspectiva das moralidades, que estão intrincadas a todas essas formulações relacionadas ao uso de álcool como ato social.

4.1 O Indivíduo

O uso de álcool pode ser reconhecido como um problema relacionado ao controle do indivíduo sobre si mesmo, ou seja, de autocontrole. Essa concepção está diretamente relacionada a uma concepção de pessoa como indivíduo que deve controlar as suas ações e

seus sentimentos como essencial para a vida em sociedade.

Essa perspectiva foi apresentada por alguns profissionais, como foi o caso do psiquiatra Francisco: “eu considero alcoolismo quando tem perda de controle e existe um consumo muito frequente da substância”. A enfermeira Cecília associou o problema a “perda de limite”.

A psicóloga Bárbara referiu-se a “uso desenfreado”: “acho que pode ser problemático quando, diante de problemas da vida, alguém retoma um uso desenfreado”. A questão do descontrole está inserida na concepção que Conrad e Schneider (1992) denominaram como “hipótese desinibidora” ou “hipótese da desinibição” (*desinhibitor hypothesis*). Essa noção não é recente e há relatos de aproximadamente 2 mil anos atrás que relacionavam o uso de álcool à perda do controle e ao comprometimento do julgamento, o que levaria a atitudes que não seriam tomadas em outras circunstâncias.

A perda do controle associada ao uso do álcool, no início do Movimento da Temperança, na metade do século XIX, foi fortemente relacionada à própria substância. Levine (1978) retoma o trabalho de Benjamin Rush, que foi considerado como o principal precursor desse movimento, em que o álcool era definido como o problema e a completa abstinência, defendida como a solução.

Mais recentemente, principalmente após o fim da Lei Seca nos EUA, na década de 30 do século XX, a concepção médica do alcoolismo como doença tornou-se hegemônica. A ideia de descontrole caracteriza-se entre os aspectos principais dessa classificação (LEVINE, 1978).

Nessa concepção, o problema está no indivíduo, caracterizando-se não apenas o descontrole episódico, mas a sua recorrência. Assim, algumas pessoas estariam mais predispostas a se descontrolarem e a passarem a fazer uso de álcool com maior frequência (LEVINE, 1978).

Conrad e Schneider (1992) descrevem o processo em que o alcoolismo passou a ser reconhecido como problema médico, no qual estão associados dois modelos. Um deles seria o modelo que eles definem como incontestado, que se refere à descrição dos efeitos fisiológicos do álcool no organismo. O domínio médico do saber relacionado à ação dessa substância no organismo legitima-se com maior facilidade e serve como base de sustentação para a caracterização da doença relacionada ao uso de álcool

O outro modelo seria o contestado e diz respeito às relações do álcool com o comportamento. Essas relações podem ser compreendidas de formas variadas e a noção do descontrole é central nesse modelo. A caracterização da doença a partir de uma predisposição

individual torna-se a possível a partir de uma determinada compreensão da pessoa, própria do individualismo.

A relação entre esses dois modelos na definição da doença, que envolvem a ação da substância no organismo e as alterações do comportamento, pode ser concebida pelo termo perturbação físico-moral, que foi utilizado por Duarte (1988) ao se referir às manifestações do “nervoso” nas classes trabalhadoras. As manifestações físicas das doenças são indissociáveis da sua compreensão e da forma como são vivenciadas e assumem variações para cada pessoa. Da mesma forma, os efeitos do álcool no organismo não podem ser separados de como eles são percebidos e sentidos.

As formas de entender e sentir as diferentes manifestações de fenômenos no corpo estão relacionadas a variações nas noções de pessoa. O saber biomédico tem como enfoque o indivíduo, compreendido nos limites do seu organismo biológico e que compreende as suas ações e reações fisiológicas e psicológicas. Como oposição à noção de indivíduo, na noção de pessoa o ser humano é aquele que se constitui nas relações e é socialmente determinado (DUARTE, 2003). Quanto a isso, Velho (1987) assinala que:

O objeto das ciências do comportamento individual talvez não seja um indivíduo dado, natural e universal, que pode variar seus modelos de comportamento de cultura para cultura, mas sim uma construção sócio-cultural, mesmo enquanto noção. (VELHO, 1987, p. 100)

O individualismo caracteriza-se pelos valores de liberdade e igualdade. Em contrapartida, há uma expectativa de que cada pessoa controle as suas próprias ações para a garantia da ordem social. Desloca-se, assim, o controle social para o nível individual (FOUCAULT, 1975). O componente moral do alcoolismo definido como doença, ao ter como o enfoque o descontrole, aponta uma oposição aos valores do individualismo. Essa mesma compreensão pode ser estendida ao uso de outras substâncias, como a maconha, e ao estereótipo do “viciado em drogas”:

Noções convencionais de moralidade são outro meio pelo qual o uso de maconha é controlado. Os imperativos morais básicos que operam aqui são os que exigem que o indivíduo seja responsável por seu próprio bem-estar, e capaz de controlar seu comportamento racionalmente. O estereótipo do viciado em drogas retrata uma pessoa que viola esses imperativos. (BECKER, 2008, p. 82)

Na pesquisa de campo, a fala da técnica de enfermagem Silvia apresenta uma outra forma de falar da perda de controle: “eles acabam perdendo a autonomia deles mesmos”. Nesse caso, a suposta redundância da frase reforça a ênfase da concepção de um problema de uma relação do indivíduo com ele mesmo

Um outro termo que remete a ideia de desinibição e de transformação foi “perder a linha”, utiliza nessa fala da outra técnica de enfermagem entrevistada, Ana, ao se referir ao uso problemático de álcool: “é quando bebe demais, perde a linha né? Faz coisas que você chega até a não reconhecer a pessoa. A pessoa se transforma, ela começa a brigar, falar alto. Uma transformação... Acho que é isso”.

A enfermeira Cecília retomou a mesma discussão entre o enfoque do alcoolismo na própria substância ou relacionado a características individuais: “O problema não é o álcool, o problema é as pessoas serem descontroladas e aí a gente vê como um adoecimento.”

Além da ideia de descontrole, o modelo do indivíduo moderno também pode ser associado ao desenvolvimento de um olhar mais voltado para a compreensão da subjetividade e das emoções, a partir da psicologia e da psicanálise (VELHO, 1987). Essa perspectiva integra também o componente moral da doença ou da perturbação físico-moral.

Alguns profissionais, ao caracterizarem o descontrole relacionado ao uso de álcool, também enunciaram aspectos associados a uma interpretação mais voltada para a subjetividade desses indivíduos que fazem uso problemático de álcool.

A enfermeira Cecília referiu que as pessoas que fazem uso problemático de álcool “não conseguem parar” de beber porque usam o álcool como um “refúgio”. A psicóloga Bárbara associou o que referiu como “uso desenfreado” à seguinte situação: “alguém pega o álcool pra dizer ‘pelo menos eu tenho esse amparo, a vida tá foda e eu vou começar a beber’. Ele potencializa os momentos de sofrimento.”

4.2 A Família

O uso de álcool no contexto familiar e o papel da família no tratamento no caso de uso problemático também apresenta ambiguidades que se evidenciaram nas falas dos profissionais.

Na Estratégia Saúde da Família (ESF), as ações são orientadas para o indivíduo inserido na comunidade onde vive. A família é apontada como o centro da atenção ou cuidado à saúde, nesse espectro que vai do indivíduo à comunidade e deve assumir grande importância

na compreensão dos problemas de saúde, em uma perspectiva relacional e das fases da vida nesse contexto.

Os pacientes que não comparecem à unidade ou que não seguem o tratamento são objeto de preocupação da ESF, o que está diretamente relacionado à responsabilidade atribuída a esse nível de atenção, que não está restrita aos problemas que se apresentam no interior da unidade, mas em toda a área adscrita.

Os agentes comunitários de saúde (ACS) apresentam um papel fundamental na articulação entre os outros profissionais e a população que vive no território atendido. A atuação dos ACS inclui o cadastramento dos usuários (condição para acesso à unidade), a identificação de situações de risco e o acompanhamento das condições de saúde de pessoas (BRASIL, 2009; MOROSINI, FONSECA, 2018).

No caso de uma pessoa que apresenta um problema de saúde e não comparece à unidade, pode ser realizada uma visita domiciliar ou a busca ativa, que pode ser feita pelo ACS acompanhado ou não de outro profissional, de acordo com o que a equipe considerar necessário (BRASIL, 2009; MOROSINI, FONSECA, 2018).

Esse trabalho, por diversos motivos, muitas vezes não é suficiente para que as pessoas compareçam à unidade e realizem tratamento. Os familiares podem desempenhar um papel nessa articulação com os ACS e os outros profissionais, contribuindo para que as pessoas não deixem de realizar tratamento quando identificado como necessário. Esse papel da família é muitas vezes estimulado, de acordo com o que observei e com as falas dos profissionais.

Nos casos de uso problemático de álcool, os profissionais relatam ser comum o paciente não reconhecer que tem um problema e não querer iniciar ou tratamento ou abandoná-lo depois de iniciado. Esses aspectos constituem a caracterização desse problema como “difícil”, como foi apresentado na seguinte fala da médica Beatriz:

Esse tratamento, sinceramente, eu acho muito complicado. Na verdade, a gente identifica o problema, mas eles não. Então, a maior dificuldade é você convencê-lo de que ele precisa. (Beatriz)

A ACS Iolanda também falou da abordagem a esses pacientes que fazem uso problemático de álcool, o que considerou como:

(...) difícil porque eles não seguem o que o médico pede. Aí o agente de saúde tem que estar indo lá na casa pra poder monitorar isso deles, orientar, falar mais de 10 vezes a mesma coisa pra poder eles entenderem. (Iolanda)

Os profissionais assinalam que essas questões somam-se às dificuldades encontradas no trabalho da unidade, como o excesso de demanda e a pouca disponibilidade de serviços especializados para encaminhamento quando necessário. Nesse contexto, atribui-se à família uma importância ainda maior para que o tratamento possa ser realizado, garantindo que o paciente compareça à unidade. A seguinte fala da médica Beatriz ilustra bem algumas questões apresentadas:

Normalmente, eu chamo a família. Normalmente não, quase sempre, porque eu acho que sem o apoio da família é quase impossível, pelo menos hoje, acompanhar esse paciente de perto. Se você botar a família também responsável pelo cuidado, você vai falar ‘olha, você tem que vir com ele na consulta’, ‘você tem que vir...’. Estimular que o paciente venha porque se você depende só dele, ele vai vir uma vez e vai sumir, entendeu? Quando a família também tá engajada no processo de ‘eu quero que ele melhore’, normalmente eles vêm junto, eles se responsabilizam por vir à consulta. Como eu tô falando pra você, chega um momento que a gente não consegue acompanhar os pacientes do tipo assim ‘fulana tem que estar atrás de fulana todo dia’. Não, eu tenho que envolver a família para a família trazer fulano. E meio que se responsabilizar junto porque se não, no meio de tanto paciente grave, acaba que se perde. Então, o que eu tenho feito com os mais graves é isso, envolvido a família, no sentido de ‘vem junto em consulta, vai junto...’ Um deles começou atividade física aqui, aí a irmã começou junto, que mora junto, aí ela tem vindo junto. Então, o que a gente consegue fazer também é envolver a família no cuidado e na responsabilidade. (Beatriz)

A família assume então um lugar de cuidado e responsabilidade que pode ser incentivado pelas práticas dos profissionais. O cenário mais comumente descrito é o da esposa que leva o marido, que faz uso problemático de álcool, para a unidade. Em outras situações, a mãe que leva o filho. Essa dinâmica em que uma mulher que cuida leva o familiar que apresenta problema relacionado ao uso de álcool foi descrita por diferentes profissionais e assinala um papel na conformação da família e que é incentivado pelos profissionais, como um recurso possível para que o tratamento seja realizado.

No capítulo anterior, eu relatei a fala da ACS Tereza que expôs o problema do irmão, que “afeta a família toda” e que, na sua opinião, ele não fazia tratamento por “falta de vontade”. Alguns profissionais relataram o esforço de convencer os familiares, no sentido contrário, de que o uso problemático de álcool é uma doença e que eles deveriam trazer quem

apresenta esse problema para atendimento e tratamento.

Assim como à família é atribuído o papel de efetivar as práticas de saúde, algumas das principais consequências nocivas do uso de álcool são também identificadas na própria família. Nesse caso, os profissionais comumente se referem à dissolução ou ao transtorno familiar atribuídos ao uso de álcool. Quanto a essa questão, os efeitos apontados no homem e na mulher são diferentes.

No caso dos homens, de acordo com os profissionais, as consequências do uso de álcool são especialmente valorizadas quando afetam a sua capacidade para trabalhar, o que se associa ao seu papel de provedor na família. Quanto às mulheres, diferentes profissionais reconheceram que o uso de álcool por elas costuma ser mais escondido, porque há uma expectativa de que elas cumpram o seu papel na família, o de mães ou esposas, e existe um olhar mais crítico quando estão fazendo uso de álcool em lugar público. O uso problemático de álcool entre as mulheres é mais reconhecido quando afeta esses papéis que se espera que elas desempenhem na família.

Velho (1987) fala da centralidade da família como “foco legitimador de sociabilidade” e aborda a questão dos papéis desempenhados no âmbito familiar e sobre a reação a situações que podem ameaçar o desempenho desses papéis:

É, portanto, ao nível do desempenho dos papéis familiares de pai, esposo, filho, mulher, avô, etc. que se dá a socialização contínua (e não apenas na infância) nos aspectos afetivos e emocionais da cultura. Tudo, portanto, que perturbe ou torne ambíguos os desempenhos desses papéis ou os projetos a eles associados é visto como altamente perigoso. (VELHO, 1987, p. 67)

Alzuir (2014), na sua pesquisa realizada em um serviço de tratamento para alcoolismo, reconheceu essas mesmas questões que analisou na “carreira moral” de indivíduos em tratamento nesse serviço. Ela reconheceu como central o sentimento de “vergonha”. No caso da mulher, esse sentimento estava frequentemente relacionado à sensação de fracasso como mãe e esposa e a “tensão entre o consumo alcoólico e questões do domínio privado”. No caso dos homens, a vergonha foi manifestada principalmente no “conflito entre consumo alcoólico e a adequação a uma ética de homem trabalhador e provedor da família”.

Essas questões ficam evidentes no relato da enfermeira Rita, que falou também de uma maior aceitação social em relação ao uso de álcool pelo homem:

Nesses três anos que eu tô aqui, só quatro mulheres vieram acompanhadas por agentes de saúde identificadas como mulheres que excediam no consumo do álcool e sempre com um olhar muito de crítica que ela sendo mãe, ela sendo mulher, ela sendo provedora daquela casa, como se ela não pudesse ter, além de tudo, esse problema de saúde, de que ela não teria essa permissão. O homem, ele pode, ele tem esse direito de beber, ele pode parar no final de semana, ele pode parar durante a semana pra beber, ele tem, como se existisse, uma permissividade mesmo, masculina, com essa questão de gênero vinculada. (Rita)

A enfermeira Cecília também falou das particularidades que percebe no uso de álcool pela mulher e na sua abordagem na unidade de saúde:

A mulher não tá sozinha, ela não vem sozinha, então a pressão da questão familiar é muito maior com elas, entendeu? Então vai ter filho, vai ter mãe, uma sogra, vai ter sempre alguém que controla, que reclama. Ou então a gente começa a perceber cedo, entendeu? Uma ou outra falar assim ‘ó, enfermeira, tá bebendo demais hein, conversa com ela aí’ e os homens você não tem essa relação. (Cecília)

Uma outra situação descrita pelos profissionais foi a relação entre o término de um relacionamento amoroso e o uso problemático de álcool. Nesse caso, esse uso problemático poderia levar ao fim do relacionamento, mas também o contrário. O cenário mais comum, na descrição dos profissionais, é a mulher que deixa o homem e este, que já fazia uso de álcool, passa a usar de forma mais frequente e em maiores quantidades.

A violência doméstica também foi relacionada ao uso de álcool e reconhecida como uma das principais formas que levam a equipe a tomar conhecimento de que há um usuário que faz uso problemático. O caminho mais comum, relatado por alguns profissionais, foi da mulher que manifesta demanda por atendimento, que apresenta sintomas de sofrimento físico ou mental e que, durante a consulta, revela que sofre agressões do marido e que ele faz uso problemático de álcool.

A enfermeira Cecília falou da violência doméstica em um “ciclo vicioso” através de gerações na família. A identificação dessa situação começa com uma mulher que procura atendimento:

Aí quando você vai puxando o fio, você vê que essa mulher sofre uma violência. E tem muito caso assim também, é como se fosse um ciclo vicioso: ‘Ah, o meu pai

batia na minha mãe, a minha mãe se separou do meu pai, aí ela casou com outro homem, mas também bebia, aí batia na minha mãe, aí batia em mim, aí hoje eu também tô casada com outro homem, esse homem também bebe, eu já me separei desse, agora eu tô com outro, aí ele tá indo pelo mesmo caminho do primeiro...’ Parece um ciclo vicioso. A violência doméstica e o álcool aqui têm muita relação. (Cecília)

O caso apresentado pelo médico Gilberto, que apresentei no capítulo anterior, contém elementos que assinalam algumas dessas questões. A mãe, em um primeiro momento, pediu ajuda para um filho adolescente que fazia uso de maconha. Em seguida, a partir desse pedido, os profissionais identificaram que o pai da família fazia uso problemático de álcool e ficava violento contra os familiares. Nas suas perspectivas, esse caso evidenciava a relação entre uso problemático de álcool e, nas suas palavras, a “desestruturação familiar”. O problema ainda se tornou mais grave porque o pai “não se submetia ao tratamento, era feita a busca ativa em relação às consultas dele, e ele não aparecia no posto para fazer o acompanhamento”.

No relato do psiquiatra Francisco, evidencia-se a caracterização do uso problemático de álcool como um problema de saúde mais relacionado à família do que ao indivíduo:

É um transtorno que mobiliza mais o arredor do que a subjetividade da pessoa em si. Ela acaba aceitando por conta do vínculo que tem com a família, mas era muito comum a família vir até a equipe de saúde da família pedir ajudar porque tinha algum familiar com problema de uso de álcool, abuso de uso de álcool. (Francisco)

Assim, a família participa do controle e do cuidado aos membros da família que fazem uso problemático de álcool e também sofre as consequências desse problema. Essas consequências compõem um dos principais aspectos considerados no diagnóstico do uso problemático.

Por outro lado, alguns profissionais assinalaram que uma situação que consideram estar associada a mais problemas relacionados ao uso de álcool é a seguinte. Em muitas famílias, seus membros fazem uso de álcool entre si, há uma aceitação desse hábito e, nesse contexto, muitos jovens começam a beber por incentivo dos familiares.

O médico Gilberto falou dessa aceitação entre os familiares em relação ao uso de álcool, mesmo pelos mais jovens. Ele se referiu a essa questão como “fatores hereditários”. Nesse caso, ele considerou que os profissionais da saúde têm o papel de: “mostrar porque ele começou a beber, por fatores hereditários, de acompanhar os pais quando eles iam beber e

desde pequeno experimentavam o álcool”.

Em uma fala semelhante, a ACS Iolanda fala da relação entre os pais e os filhos quanto ao uso de álcool: “(...) eu vejo muito isso, os pais bebem aí levam os filhos né, aí a criança já começa a aprender a beber também, tem quer ver, a maior farra aqui nesse Bairro.” (Iolanda)

Velho (1987), em *Individualismo e Cultura*, abordou a questão do controle social sobre o comportamento dos indivíduos. Ele fala de uma realidade que considera como própria do Brasil, em que a legitimação da diversidade não é favorecida pelas estruturas de controle do Estado. Ele ressalta que, no nível do cotidiano e das histórias de vida, as normas e regras são determinadas pela família, que atualizam os “códigos de emoções”. Ele ressalta, assim, o caráter coercitivo e repressor da família.

Esse mesmo autor também aborda a família para assinalar como as tensões relacionadas ao poder manifestam-se de forma diferente, entre diferentes grupos sociais. Em um plano mais amplo, poderíamos falar, por exemplo, das lutas de classes. No entanto, na família, ao olharmos para outra dimensão da sociedade, em um nível que ele refere como “mais microscópico”, os conflitos não assumiriam apenas um caráter subjetivo ou psicológico, mas estariam integrados também com contexto sociocultural, que determina os papéis desempenhados na família (VELHO, 1985).

4.3 A Comunidade

A Estratégia Saúde da Família tem a orientação da sua atenção voltada para a compreensão e intervenção nos problemas da comunidade. As práticas e discursos dos profissionais vão ao encontro, reforçando e criando tensões, dos mecanismos de controle que se produzem na comunidade onde as equipes atuam.

Os ACS apresentam uma função essencial nessa articulação pela particularidade do lugar que ocupam. Eles são, ao mesmo tempo, membros da comunidade e profissionais de saúde. Muitas vezes, são eles que identificam o uso problemático de álcool e levam essa questão para os outros profissionais da equipe para que a abordagem, a intervenção, o diagnóstico e tratamento sejam estabelecidos.

Esse problema pode, algumas vezes, não estar evidente quando os usuários vão à unidade e, a partir de uma sinalização dos ACS, os outros profissionais podem mais facilmente compreender as demandas apresentadas. Essa situação está presente no relato da

médica Beatriz, ao falar das estratégias desenvolvidas pela equipe para abordar o uso problemático de álcool, o contexto das dificuldades vivenciadas e as prioridades das práticas:

Ainda não temos nada pré-definido, não. Claro que se vem alguém aí, normalmente o agente [comunitário de saúde] entra primeiro aqui dentro [do consultório] e já me comunica: ‘ó doutora, esse paciente aí tem problema de álcool’. O agente comunitário conhece e sinaliza, mas ainda não é uma coisa que tá no nível da busca, não tem busca aqui. Agora que a outra médica 20 horas voltou pra equipe, tá um pouco melhor com os pacientes, um pouco melhor que eu digo é os pacientes estarem com exame em dia, peso, consulta, os diabéticos, hipertensos, enfim. Então a gente tá conseguindo, caminhando a passos devagar, mas cada dia um pouquinho e assim vai. (Beatriz)

Os papéis familiares são constantemente construídos a partir dessa relação com a organização comunitária. O olhar das outras pessoas e as possíveis críticas de vizinhos exercem um controle sobre os hábitos de uma forma geral e, mais especificamente, quanto ao uso de álcool. Essa divisão relacional entre o espaço da casa e da rua produz diferentes moralidades que determinam as práticas sociais.

Por exemplo, as repercussões na vida de um indivíduo em relação a estar trabalhando ou desempregado podem ser diferentes em relação à sua preocupação quanto ao papel desempenhado na família e os olhares de outras pessoas da comunidade. A relação do álcool com o trabalho é ambígua, percebida em diferentes direções: tanto em relação à pessoa que bebe de forma problemática e perde o trabalho por causa disso, quanto, no outro sentido, a pessoa que está desempregada e começa a beber ou passa a fazer um uso mais intenso de álcool.

O médico Gilberto assinala que o uso de álcool pode: “afetar o relacionamento dos colegas do trabalho, do próprio trabalho do paciente, tornando até difícil a manutenção dos pacientes nesses empregos”. A enfermeira Cecília assinalou a relação entre o uso de álcool e absenteísmo como um sinal de gravidade do problema: “faltou emprego pra mim já é alerta máximo”. A técnica de enfermagem Silvia reconheceu que o uso de álcool pode ser associado à perda do emprego: “a pessoa começa a beber demais, até tem emprego, mas mexe nos reflexos, não consegue mais ter aquela responsabilidade, aí já é mais um fora do mercado, entendeu?”

Silvia também apontou que o álcool pode servir como um “consolo” para quem está desempregado. Na percepção do médico Gilberto, a pessoa pode ainda beber “para manter as

atividades do dia-a-dia”, o que o psiquiatra Francisco reconheceu como um uso do álcool como “automedicação”.

Guedes (1997), em etnografia realizada com trabalhadores no município de São Gonçalo, percebeu quanto ao uso de álcool que:

O limite, na verdade, do consumo do álcool situa-se num outro lugar. Enquanto o desempenho dos papéis homem/trabalhador não é afetado, não há *vergonha* ou demérito público nesta situação. O *bêbado*, o alcoólatra é aquele que está, por isso, impedido de trabalhar e, conseqüentemente, impedido de fazer-se respeitar dentro de sua família. (GUEDES, 1997, p. 149-150, grifos da autora)

Velho (1987) assinala como a relação do “drogado” com o trabalho pode ser percebida por outras pessoas do meio social em que ele está inserido. Essa análise pode ser estendida para a perspectiva dessa questão em relação ao indivíduo que faz uso problemático de álcool:

O trabalho constitui o outro tema crucial para a criação de áreas perigosas e comportamentos disruptivos. O drogado é visto como o indivíduo que foge às suas obrigações ou as cumpre mal, sendo, portanto, um elemento improdutivo e parasitário. Acredita-se que a droga incapacita ou diminui vontade e competência. (VELHO, 1987, p. 67)

A aceitação em relação ao homem que frequenta o bar pode variar de acordo com o cumprimento de seus papéis e ele pode ser incentivado a beber com os amigos, o que se relaciona diretamente com a sua forma de beber. A técnica de enfermagem Silvia falou da aceitação social do uso de álcool pelo homem em lugares públicos, contemplando que o controle se limita principalmente ao cumprimento do seu papel de trabalhador e comparou com a diferente condição da mulher. Nesse caso, Silvia assumiu que o seu próprio olhar em relação à mulher assume uma crítica mais rigorosa do que em relação aos homens. Ela assinalou ainda que, na atualidade, o controle exercidos nas redes sociais da *internet* articulam-se com o controle na “rua”:

Infelizmente, a sociedade aceita mais [que o homem faça uso de álcool]. Digamos assim, um exemplo, futebol, quarta-feira, jogo do Flamengo, a gente vê nos bares aí... Tudo cheio, os homens tão ali, entendeu? Com certeza, no outro dia, eles têm compromisso. Aqueles que conseguem se equilibrar, tudo bem. Mas ele tá ali, meio que ninguém fica preocupado. Mas fica uma mulher ali, já muda, já logo tem um comentário, logo tem alguém chamando ‘vai pra casa’, que a gente passa, pensa

assim ‘vai pra casa, olha o horário, não é legal, seus filhos estão vendo, tão crescendo, você vai ser cobrada, você é o exemplo’, entendeu? ‘Tem sua mãe, seus irmãos, não é legal’, principalmente quando envolve filho. Aí a mulher é mais cobrada: ‘pô, se você quer beber, bebe em casa, porque a família tá vendo’. Hoje em dia, ainda mais com a rede social que tá aí, alguém tira uma foto, enfim... (Silvia)

A mulher que bebe em lugares públicos pode receber críticas, comentários depreciativos e questionamentos em relação ao cuidado de seus filhos e ao seu papel como esposa. Essa situação pode levar com que ela prefira fazer uso de álcool de forma mais escondida, em casa, o que está diretamente relacionado ao sentimento de vergonha, e que pode inclusive fazer com que ela prefira não falar da questão nos atendimentos pela equipe de saúde.

A enfermeira Cecília fala dessa questão da vergonha da mulher e do olhar para o fato de que elas, ao estarem bebendo, não estão cumprindo com a sua função de mãe, que deve ser realizada em tempo integral, e como o controle exercido no contexto da “rua” determina o seu comportamento:

Eu vejo as mulheres se envolvendo menos em problemas com álcool do que os homens. Até pela questão de vergonha, até pela questão de quem vai se responsabilizar pelas crianças, entendeu? Os homens não têm muito essa questão de tem que estar com os amigos, eles bebem mesmo se for sozinho, eles não relacionam. As mulheres sempre relacionam: ‘ah, tava com as amigas’. Elas sempre relacionam, sempre pontuam isso, que tavam com as amigas. Eu observo que a mulher tem muito estigma de ser mulher, de estar em casa, de não poder estar na rua, de passar vergonha. (Cecília)

Existe também uma expectativa de que sejam cumpridas certas regras de conduta ao fazer uso de álcool. O descontrole, dependendo de como se manifesta, pode ser reprovado. O médico Gilberto assinalou que os indivíduos que, ao fazerem uso de álcool, apresentam comportamentos socialmente reprovados e perturbam a ordem estabelecida na comunidade, submetem-se ao risco de “comprometer a integridade física deles, em função dos atores do território não tolerarem os pacientes alcoolizados porque começam a criar ‘ruídos’ dentro dos territórios”.

No caso do comportamento violento relacionado ao uso de álcool, quando acontece de forma que não seja evidente para outros membros da comunidade e se restrinja ao contexto domiciliar, pode não receber nenhuma interferência de outros membros da comunidade. No

entanto, ao se tornar público, de conhecimento de outras pessoas, e ameaçar determinada ordem estabelecida, pode ser repreendido e sofrer coerções. A ACS Iolanda abordou essa questão:

Aqui, como é uma comunidade, então o homem não pode bater na mulher, mesmo ele tando drogado ou não, porque tem uma lei do mais forte que o próprio morador sabe que se ele fizer [algo contrário], ele vai ser punido por aquilo que ele fez. Então eles não fazem. Se bate, se tem violência contra a mulher é muito bem escondido, mas existir, existe, entendeu? Existe. Eu conheço uma senhora que hoje sofre as consequências das pancadas que ela levou do marido enquanto ele tava vivo. Teve que a 'lei do cão' interferir e fazer o que não devia ter feito, mas fizeram, que foi matar o cara. Mas hoje a senhora é toda ruim de saúde por conta das pancadas que ela levou, muita coisa. (Iolanda)

A enfermeira Cecília também falou dessa questão. Assim como ela pensou o descontrole como uma característica do indivíduo e não um problema próprio relacionado ao álcool consumido, ela também apontou que a violência não é causada pelo uso de álcool. No entanto, reconheceu que pode ser intensificada pelos efeitos dessa substância. Além disso, ela assinalou que normalmente os agentes dessa violência em casa são familiares próximos, como o marido, o pai ou o padrasto:

(...) os homens envolvidos nos casos de violência doméstica que a gente pega aqui, é muito difícil de alcançá-los porque até pra gente alcançá-los e chegar nesse ponto é uma forma complicada porque a gente não sabe o que vai acontecer quando eles saírem daqui, né? Então fica muito delicado. Mas a maioria da violência contra a mulher aqui, se a gente for ver, é o marido, se for casada, ou então é o pai, o padrasto. Aí a gente pergunta:

- Mas ele bebe?

- Bebe... E quando ele bebe piora... (Cecília)

Assim, as práticas dos profissionais precisam, frequentemente, levar em consideração esse controle exercido por outros atores no território e as suas intervenções devem ser articuladas com esse contexto, o que muitas vezes dificulta a abordagem. A psicóloga Bárbara falou sobre isso:

O cara bebe muito e produz violência em casa e aí poder falar disso também é um problema na comunidade porque não é toda mulher que vem falar e quando vem

falar a gente tem que ter cuidado porque, dependendo de como essa informação circula, pode gerar problemas porque os meninos do tráfico podem ficar sabendo e às vezes podem se meter. Então, as pessoas têm muito medo de falar sobre isso aqui. Tem esse atravessamento da violência do território, atravessando a fala. Ninguém quer falar sobre isso e, quando fala, existe o desafio de cuidar disso, quando não é o cara que traz a questão. Aí a mulher, a própria mulher fala ‘não...’. No final dos atendimentos, isso é comum, ela vem chorando, que tá difícil pra ela. Aí no final, que a gente começa a pensar que tá sendo um problema o álcool nessa casa, aí ela, muitas vezes, a mulher: ‘não, mas quando ele não bebe fica bom, não é sempre que ele bebe’. Começa a amenizar. Ela tem medo da interferência das equipes no meio desse problema. Elas próprias vão tratando de ‘pô, não, não é sempre, já diminuiu’, botar um pouco de ‘panos quentes’, até porque falar aqui disso, vai ter que falar da violência, aí pode atrair o olhar de quem não deve, de quem pode se meter nisso de uma forma mais violenta né, vários vetores. Não sei, acho que isso emperra o nosso cuidado também. (Bárbara)

DaMatta (1997) definiu a casa e a rua como categorias sociológicas de análise. Cada uma dessas seriam “entidades morais” que se definem a partir dos seus contrastes, como domínios culturais distintos, que podem despertar diferentes reações e emoções. Nesse sentido, ele pensa essas duas categorias para além dos seus espaços físicos, mas pelas relações e diferenciações que se estabelecem nesses diferentes contextos, nos quais se constituem visões de mundo ou éticas particulares.

Os papéis que se integram na casa, podem receber diferentes olhares e julgamentos na rua, onde as desigualdades são mais evidentes e há mais fragmentação dos lugares que cada pessoa ocupa. A casa ressalta a perspectiva da pessoa, que se estabelece de forma relacional. Nesse espaço, acontecem desentendimentos e brigas, os laços familiares intensificam as emoções e, ao mesmo tempo, há uma maior complementação daqueles que se reconhecem também como “irmãos”.

Na rua, a noção que prevalece é a de indivíduo, os discursos são mais rígidos, outras disputas tomam a cena e a letra da lei pode ser aplicada de forma mais inflexível e de acordo com a distribuição desigual de poder, determinando exclusões e condenações. Como categorias que se interpenetram, os limites físicos desses espaços não são rígidos e as lógicas da casa e da rua atravessam as suas fronteiras geográficas e permitem a compreensão das relações.

Como se identifica nos discursos dos profissionais, a comunidade atendida por eles, mesmo em meio a grandes cidades, assume muitas vezes uma organização própria, mais

relacional e voltada para o coletivo, em que os papéis são ordenados de outras formas, além da legislação formal, e que o ângulo de vista assumido também é o da pessoa.

De acordo com as falas dos profissionais, na comunidade atendida pela Unidade Bairro, os olhares e ouvidos dos vizinhos podem estar mais atentos. Dessa forma, os limites entre a casa e a rua podem ser menos delimitados do que em outros lugares, o que está de acordo com essa percepção de Becker (2008): “muitas áreas urbanas — alguns bairros miseráveis e zonas etnicamente homogêneas — têm algo do caráter de uma cidade pequena; seus habitantes veem tudo que ocorre na vizinhança como se fossem da sua conta.” (BECKER, 2008, p. 131)

No entanto, essa divisão estabelece uma lógica diferente para o uso problemático do álcool na rua e em casa. Os homens, com menos restrições, assumem seus hábitos relacionados ao álcool na rua do que as mulheres, que acabam se limitando mais ao espaço da casa. Alzuguir (2014) percebeu também essa separação na sua pesquisa, definindo que a “divisão entre o espaço da casa e o da rua é um importante marcador da vergonha na carreira alcoólatra” (ALZUGUIR, 2014, p. 21)

O uso problemático de álcool não é o mesmo, quando compreendido o código da casa, da família e, eu poderia adicionar como mais uma diferenciação, o código do serviço de saúde. Apesar disso essas caracterizações se atravessam e se complementam. No caso desse trabalho, como já foi falado, as descrições foram realizadas a partir dos olhares dos profissionais, nos seus espaços de trabalho. No entanto, as perspectivas profissionais são permeadas pelas moralidades que orientam suas vivências pessoais e vice-versa.

Considerando as divisões entre esses espaços e a suas articulações, uma fala da enfermeira Rita assinalou que alguns profissionais consideravam que os problemas relacionados ao uso de álcool deveriam ser resolvidos no âmbito familiar e não achavam adequado interferir nessa dinâmica, justamente porque os profissionais de saúde exercem uma outra posição que disputa espaço com esses ordenamentos. A ACS Iolanda falou algo parecido e a postura dos profissionais variou entre ressaltar a importância da investigação ativa, como a médica Beatriz e o psiquiatra Francisco, e assinalar que o mais adequado seria permitir que o próprio paciente expusesse o problema se considerasse necessário, como foi o caso da ACS Iolanda e da técnica de enfermagem Silvia.

No caso da violência doméstica, quando essa extrapola as paredes da casa e passa a ser de conhecimento de outras pessoas da comunidade, dependendo da pessoa que comete essa violência e as suas implicações, ela pode sofrer sanções pelos membros da própria comunidade e os profissionais podem se sentir de “mão atadas” quando recebem uma mulher

que se queixa de ter sofrido violência e depois prefere amenizar o problema para não haver nenhuma intervenção desses profissionais. Quanto a isso, considero pertinente citar novamente Becker (2008):

(...) a essência do acordo entre as pessoas é que elas não vão interferir — ou chamar a atenção para — nas mais flagrantes violações da lei. O morador da cidade trata de sua própria vida e nada faz com relação a infrações de regras, a menos que sua vida seja afetada. (BECKER, 2008, p. 130)

5 USO PROBLEMÁTICO DE ÁLCOOL: DESVIO, ACUSAÇÃO, ESTIGMA E MEDICAZAÇÃO

5.1 Desvio, acusação e estigma

O uso problemático de álcool pode ser analisado a partir de estudos de comportamentos desviantes, que abrangem condutas que são identificadas como transgressoras ou subversivas, como os atos criminosos e o uso de drogas. Howard Becker (2008), no livro *Outsiders*, analisou a noção de desvio relacionada a um grupo de pessoas que faziam uso de maconha. Esse autor ressalta que esses desvios são criados socialmente, que se opõem à premissa de que se trata de uma qualidade própria desses comportamentos. Quanto a isso, Velho (2013) assinalou que:

Tal premissa parece ignorar o fato essencial sobre o comportamento desviante: é criado pela sociedade. Não quero dizer isto no sentido normalmente compreendido, em que as causas do desvio são localizadas na situação social do desviante ou em ‘fatores sociais’ que condicionam seu comportamento. Quero dizer que os grupos sociais criam o desvio ao estabelecer as regras cuja infração constitui desvio e ao aplicá-las a pessoas particulares, marcando-as como *outsiders*. Sob tal ponto de vista, o desvio não é uma qualidade do ato que a pessoa faz, mas sim a consequência da aplicação por outrem de regras e sanções ao ‘transgressor’. O desviante é aquele a quem tal marca foi aplicada com sucesso, o comportamento desviante é o comportamento assim definido por pessoas concretas. (VELHO, 2013, p. 47)

No caso do álcool, não há no Brasil uma lei que proíba de forma generalizada o seu uso e, no discurso de alguns profissionais, foi ressaltado que seu uso tem, no geral, uma grande aceitação social. Nesse caso, pode ser ainda mais complexo compreender as normas que regulam esse ato social e em que situações este é percebido com desviante. Essas normas remetem a concepções de média ou de determinados ideais.

Gilberto Velho propôs, ao estudar esse tema, o enfoque na acusação, de forma a escapar das conotações problemáticas que esse estudo pode ter. Tais conotações estão presentes quando o desvio é compreendido como um fenômeno independente, como um problema social que precisa ser combatido ou resolvido por determinados agentes sociais e que precisariam ser identificados determinados “fatores sociais” que os provocariam. Ao

contrário disso, esse autor assinala a caracterização dos comportamentos desviantes em uma dinâmica de interação e da regulação que cada pessoa faz do comportamento das outras pessoas. Assim, a compreensão desse fenômeno pode ser realizada a partir da tentativa de responder a determinadas perguntas. Quem acusa e quem é acusado? De que as pessoas são acusadas? Como essas acusações são mais ou menos aceitas? Até que ponto elas são “bem-sucedidas”? (VELHO, 2013; BECKER, 2008).

Os conceitos de desvio e acusação podem ser associados à noção de estigma de Goffman (2008) como “um tipo especial de relação entre atributo e estereótipo”. O autor ressalta um contraponto à sua própria definição, analisando a manipulação do estigma a partir das diversas interações envolvidas e que esse não caracteriza apenas grupos específicos. Nesse sentido, ele assinala que “há importantes atributos que em quase toda a nossa sociedade levam ao descrédito” (GOFFMAN, 2008).

Comumente, quem acusa não quer se reconhecer na acusação, o que permite que determinadas moralidades sejam reveladas, a partir do que essas pessoas consideram que não são ou que não querem ser. Especificamente quanto à doença mental, Foucault assinalou que “nossa sociedade não quer se reconhecer no doente” (FOUCAULT, 1975). Velho ressalta ainda que pensar através da categoria de acusação não significa pensar o fenômeno a partir de uma compreensão da sociedade como um organismo ou dos desvios como perturbações desse sistema. Ou seja, não se trata de uma compreensão funcionalista, desde que se entenda que a perspectiva que propõe não tem um compromisso com a ideia de “estabilidade, harmonia e integração” como “fenômenos naturais ou normais” (VELHO, 1987).

No caso do uso de álcool, percebemos que a caracterização perpassa as noções de indivíduo, família e comunidade, o que contempla o desempenho de determinados papéis, como conseguir se manter no emprego e sustentar a família. As caracterizações que os profissionais fazem, nas suas práticas, não estão dissociadas de outros contextos sociais onde as acusações acontecem. É possível identificar um contraste ou uma tensão entre como as pessoas, em determinadas situações sociais, acusam umas às outras e quando isso ocorre no contexto das práticas de saúde. Podemos compreender os exemplos pessoais relatados pelos profissionais como um recurso para determinar fronteiras em oposição aos exemplos que chamei de ilustrativos e estabelecer assim, de forma mais ou menos clara, como esse profissional não deseja ser reconhecido no grupo daquele indivíduo cujo uso de álcool é considerado problemático.

Considerando-se os desvios em relação às variações que são socialmente aceitas, a

compreensão do uso de álcool como problemático apresenta contornos relativamente mais claros quando é referida à categoria de acusação “alcoólatra”. No entanto, a caracterização torna-se mais indefinida e se revelam mais ambiguidades ao se tentar delimitar justamente os limites a partir dos quais os variados tipos de uso podem ser reconhecidos como um problema. Para compreender como os profissionais definem esses limites, incluímos nas entrevistas uma pergunta relacionada à categoria “beber socialmente”.

Goffman (2008) assinala, que devemos voltar nosso olhar para o comum para compreender a diferença, o que vai ao encontro do que foi exposto acima: “A questão das normas sociais é, certamente, central, mas devemos nos preocupar menos com os desvios pouco habituais que se afastam do comum do que com os desvios habituais que se afastam do comum.” (GOFFMAN, 2008, p. 138)

Na Estratégia Saúde da Família, os profissionais atuam diretamente nessa interface. Como “porta de entrada” para o sistema de saúde, o seu trabalho contempla justamente o que é mais comum. A pesquisa realizada nesse contexto possibilita uma compreensão das moralidades que orientam as práticas desses profissionais nesse campo de interações, diferenciando-se assim, por exemplo, do trabalho de Alzuir (2010), realizado em um serviço hospitalar especializado para o tratamento de alcoolismo.

Nesse trabalho, a autora caracterizou a moral da vergonha como “expressão privilegiada” nos discursos dos pacientes que estavam em tratamento nesse serviço. Na minha pesquisa de campo, os profissionais também se referiram à vergonha ao falarem, por exemplo, das dificuldades que muitos indivíduos apresentam para procurarem ajuda. Na fala da psicóloga Bárbara, o “alcoólatra” é muitas vezes visto como “coitado”, o que se associa à imagem de alguém que está “na sarjeta” e que, frequentemente, como a ACS Iolanda falou, recebe um olhar de “pena”.

Quando comparamos as categorias “alcoólatra” e “beber socialmente”, podemos reconhecer que a primeira caracteriza uma acusação que atravessa toda a vida da pessoa e passa a definir a sua identidade: o “bebum”, nas palavras de Bárbara. Por outro lado, a segunda categoria aponta de forma mais segmentada para determinados aspectos da sua vida, como o indivíduo que passa o final de semana inteiro bebendo com os amigos ou que frequenta o bar semanalmente para assistir a jogos de futebol, mas mantém seu emprego e sustenta a sua família. Nesse sentido, podemos citar a diferenciação que Velho (1987) faz entre acusações parciais e as que estigmatizam de forma mais definitiva:

A ideia é que há acusações que são parciais porque ficam no nível de segmentos ou aspectos particulares do comportamento enquanto existem outras que contaminam toda a vida dos indivíduos acusados, estigmatizando-os de forma talvez definitiva. (VELHO, 1987, p. 63)

Como assinalado acima, quando perguntados sobre o que pensam em relação à noção de “beber socialmente”, os profissionais recorreram muitas vezes a uma quantificação do problema, evocando, às vezes, parâmetros relacionados às suas próprias experiências com o uso de álcool ou do que perceberam na sua família, quando estiveram, por exemplo, no contexto de um bar ou de uma festa. Na fala da enfermeira Rita, citada no capítulo 3, ela se definiu como “bebedora social” e assinalou a importância de que a pessoa possa identificar o seu “limite”. No seu caso, ressaltou que reconhece que não pode beber mais do que dois copos de cerveja porque não ficaria mais “capaz das suas funções”.

Ao falar da sua prática como profissional de saúde, Rita assinalou que cumpre determinada norma além de apoiá-la, o que pode ser pensado a partir da diferenciação de Goffman (2008):

A distinção reside entre o cumprir uma norma e o simplesmente apoiá-la. A questão do estigma não surge aqui, mas só onde há alguma expectativa, de todos os lados, de que aqueles que se encontram numa certa categoria não deveriam apenas apoiar uma norma, mas também cumpri-la. (GOFFMAN, 2008, p. 16)

O psiquiatra Francisco associou o termo ao uso moderado em termos de quantidade e frequência: “beber socialmente seria, a meu ver, usos pontuais de quantidades controladas de álcool”. Ele especificou determinada quantificação ao relembrar o dado que encontrou na “literatura”:

Eu acho que o beber social seria quando a pessoa tem controle sobre a quantidade ingerida e não extrapola talvez essa matemática que varia de literatura pra literatura, talvez de 14 doses pra mulher, 21 doses por semana pra homem. (Francisco)

A ACS Iolanda relacionou essa noção à moderação, o que considerou como dois copos na mesma situação. Entretanto, assinalou que as pessoas falam que bebem socialmente, associando esse uso a determinados contextos sociais, como jogo do Flamengo, mas fazem uso de álcool de forma descontrolada:

Quando passa de dois copos pra mim já é um problema. Quando chega, por exemplo, em duas garrafas já é dor de cabeça porque eles não conseguem parar, ficam direto entendeu. Não vale pra qualquer pessoa, não. Mas tem umas pessoas que falam que bebem socialmente e não assumem. Falam que só tão bebendo porque é o jogo do Flamengo, porque é sábado, aí tá relaxando. Só que eles começam a beber de sexta-feira e vai até segunda de manhã, só para aí. (Iolanda)

A médica Beatriz também falou desse uso em maior quantidades de álcool no final de semana, que pode ser referido pelo paciente como “beber socialmente” e que, deve ser compreendido melhor o que ele quer dizer com isso, porque pode ser um “perigo”. O médico Gilberto também se referiu a uma noção de risco, considerando que esse termo pode estar associado a um padrão de uso que entendeu como “porta de entrada” para um uso mais problemático, através de uma maior tolerância social e do organismo:

É uma porta de entrada para a tolerância ao álcool socialmente e até do próprio organismo que faz uso do álcool. A partir de uma aceitação grupal, ele vai passar a utilizar como mais falta de freio o consumo do álcool, para ele mesmo começar a consumir de uma forma mais exagerada. (Gilberto)

A psicóloga Bárbara também reconheceu que o termo é vago, que não traz muita informação. Ela reforçou, ao se pensar no lugar do paciente, a importância do profissional buscar entender o que cada pessoa quer dizer com isso, apesar de reconhecer que ainda não estavam conseguindo buscar essa melhor compreensão na UB:

Se o médico me perguntar, eu vou responder ‘bebo’. Aí ele vai dizer ‘bebe quanto?’, aí eu vou dizer ‘socialmente’. O que isso tá dizendo? Isso não diz muita coisa. Ou diz coisas demais pelo cunho moral que não deveria dizer. Então assim, a gente não entra na questão ‘você usa quanto de álcool? Como é isso pra você? Você acha que é um problema? O que é que tá acontecendo porque você aumentou, que você tá dizendo aí que no último ano você passou a beber mais?’. A gente não entra nisso. A gente entra no ‘você bebe?! Mas quanto?!’. Ainda estamos assim. (Bárbara)

A enfermeira Rita falou que essa noção pode estar associada a um uso considerado ainda mais problemático pelos profissionais, mas não para a “sociedade”, para as pessoas do convívio do indivíduo em questão, como no caso da pessoa que bebe todos os dias ou começa

a beber pela manhã, mas que fala que bebe socialmente porque o uso de álcool acontece em contextos de socialização:

A maioria fala ‘mas eu bebo socialmente’. ‘Qual é o seu social, todos os dias?’. ‘Sim, todos os dias eu paro pra beber e bebo duas, três, quatro cervejas, bebo tantas doses de destilado’. Então, o bebedor social às vezes acredita que apenas por sair para beber, esse é um evento social e ele não se considera dependente mesmo saindo todos os dias e bebendo todos os dias, mesmo que essa bebida social, esse evento social seja às 7 da manhã, às 6 da manhã. Ele se identifica com a forma que a sociedade coloca ele: bebedor social. (Rita)

A técnica de enfermagem Silvia referiu-se também à quantidade e ao equilíbrio em oposição ao descontrole: “quando a pessoa tem o equilíbrio, ‘ah, eu vou tomar três latinhas de cerveja’, tudo bem. Só que a pessoa não para ali.” Ela recorreu também mais uma vez à expectativa de desempenho de determinados papéis sociais, como de “pai de família”. Silvia considerou que, no geral, as pessoas dificilmente conseguem manter um uso moderado ou controlado. Entretanto, estabeleceu um contraponto:

Já vi também vários relatos, isso aí eu já comprovei, de pessoas que bebem em casa. Vai lá no mercado, compra, sei lá, um engradadozinho de cerveja, bebe em casa e é um grande responsável. Um grande, vamos dizer assim, pai de família. Não compromete em nada, acho isso louvável, mas numa grande maioria não é o que acontece. (Silvia)

A acusação pode ser pensada a partir da categoria “alcoólatra”. Como foi falado pelo psiquiatra Francisco, esse termo pode estar associado a uma postura defensiva dos pacientes, que ao falarem de uso de álcool procuram se diferenciar de uma concepção de “alcoólatra”. O médico Gilberto ressaltou que as pessoas podem deixar de procurar ajuda quando apresentam uso problemático de álcool pelo “receio de serem marcadas como alcoólatras”.

A enfermeira Cecília levantou uma dúvida sobre o termo, evidenciando como os limites podem ser indefinidos: “eu já li em algum lugar, não lembro onde, que a pessoa que tem que beber todo final de semana já é considerada um alcoólatra. É verdade?”. A médica Beatriz também falou de como esse termo aparece nos atendimentos e associa a uma classificação de “paciente grave”:

As pessoas aqui falam muito ‘ele é alcoólatra’. Essa expressão normalmente é para

aquele paciente mais grave mesmo. É difícil, tanto que você fala assim

- Você bebe? É etilista?

- Ah não, doutora. Só de vez em quando.

- Então, você é etilista, né? Você bebe.

- Ah não, doutora, mas eu não bebo todo dia, não sou um alcoólatra.

Então, eu acho que o alcoólatra hoje em dia tá mais reservado pra aqueles pacientes que são graves. (Beatriz)

Os profissionais também fizeram interpretações da relação entre o sofrimento e o uso de álcool. O médico Gilberto referiu que o álcool pode ser usado como “alívio”. A enfermeira Cecília definiu como “refúgio” e que, por ela não beber, há um limite na sua compreensão: “a pessoa já bebe, mas é uma fuga pra ela, um alívio ficar bebendo, o que acontece com a cabeça dela eu não faço a mínima ideia”. Nesse sentido, a referência a “perdas” e “desestruturação” também foi comum. A ACS Iolanda falou que o uso problemático se caracteriza pelo: “sofrimento de perda, que a pessoa não suporta, aí ela vai na bebida, aí ela bebe”.

Como havia apontado no capítulo 3, após desligar o gravador na entrevista, a ACS Iolanda falou sobre racismo, tema que não havia sido abordado antes. Ela apontou como as acusações podem ser diferentes de acordo com a aparência da pessoa, o que também pode estar associado a um maior ou menor sofrimento:

Eu vejo que além da pessoa tá sofrendo e que tá bebendo e que tá usando determinadas drogas, além disso tudo, ainda tem um sofrimento, que ela passa por um constrangimento de racismo. Isso existe. Por que a senhorinha que tá lá na rua falando com todo mundo, ninguém dá ouvido? E o rapaz que bebe e que fala do filho sempre encontra alguém pra parar pra sentar e pra ouvir ele, ele chorando, ele bebendo, ele caído. E ele as pessoas param pra ouvir. E a mulher que também tá lá na rua, todo dia, ninguém para pra ouvir, por ela ser negra? Por que ela tá suja? Entendeu? Por ela tá mal vestida, tá com aparência de maluca? Ele não. Ele bebe mas tá arrumadinho, será que é por causa disso? Aparência? (ACS Iolanda)

Outra noção utilizada por dois entrevistados, a psicóloga Bárbara e o médico Gilberto, foi a de “mundo das drogas”, o que determina outros limites na definição do uso problemático de álcool. Gilberto, ao se referir ao “mundo das drogas”, apresentou uma ruptura mais clara de um indivíduo em relação ao contexto familiar e comunitário do qual participava até então. Nesse caso, além de estar associado ao uso de drogas psicoativas e proibidas, referiu-se a uma

participação em práticas ilegais no tráfico dessas substâncias.

Bárbara falou do “mundo das drogas” ao interpretar como essa noção era utilizada pelas pessoas nos seus atendimentos na unidade. Na sua perspectiva, ao ser utilizado esse termo, o que se contemplava era uma distinção mais clara em relação ao uso de álcool e que também se associava mais a uma ideia de participação em atividades criminosas.

Velho ressalta que, ao delimitarmos um grupo a partir do hábito do uso de drogas, não nos referimos a uma unidade homogênea. Diversas outras diferenciações vão determinar outras fronteiras, como a idade e o estrato social. A partir das falas de Gilberto e Bárbara, podemos pensar em outros limites internos a esse grupo, como a participação em atividades relacionadas ao tráfico de drogas. Essas diferenças permitem reconhecer que se trata na verdade de uma “constelação de grupos que têm em comum uma atividade clandestina e ilegal” (VELHO, 1998, p. 16), o que determina uma fronteira em relação às interfaces do uso de álcool.

A essa perspectiva de uma uniformidade ilusória que contemplaria todos indivíduos que fazem uso drogas, Taniele Rui associa o que se considera comumente como “mundo das drogas” (RUI, 2006). Essa noção, ao contrário de permitir que sejam percebidas os limites e fronteiras entre as atividades relacionadas, reforça a separação entre esse grupo e o restante da sociedade.

No relato de Gilberto, o que caracterizou a inserção de um indivíduo no “mundo das drogas” foi ele ter passado a usar outras drogas, além da maconha e, posteriormente, a sua associação com o tráfico. Bárbara considerou como um papel importante dos profissionais do matriciamento a “desconstrução” desse “balaio” do “mundo das drogas”, que seria “muito próximo de um lugar meio de bandido, meio do fora da lei”. Assim, no “mundo das drogas”, que tem como característica comum a ilegalidade, não está incluído o indivíduo que faz somente uso de álcool e não há expressão equivalente como “mundo do álcool”.

O uso de drogas ilícitas seria mais frequentemente associado à ideia de marginalidade. Por outro lado, Bárbara considera que “o álcool não cai muito nisso. No álcool, ele às vezes é até o coitado. ‘Coitado, na sarjeta’. É uma história de sarjeta, de bar. Pode até ser um coitado. O que usa drogas nunca é um coitado, é sempre um marginal”.

A técnica de enfermagem Ana também diferenciou o “drogado” do “bêbado”, compreendendo que o primeiro manifesta comportamento mais agressivo:

É totalmente diferente. O drogado, mesmo ele te conhecendo, ele te agride com palavras. O que tá bêbado não, ele fala: ‘só bebi, me ajuda’. O drogado não, ele te

agride com palavras, não quer te ouvir. Eu já fui agredida aqui dentro também por um paciente menor, que jogou o soro em cima de mim porque eu quis ajudar ele.
(Ana)

Neves (2004) aponta a “impropriedade de isolar o alcoolismo como fenômeno social” e considera que este:

(...) deve estar situado no quadro mais amplo de uso de bebidas e outras drogas lícitas ou ilícitas. Retribuindo-lhe o caráter social, não é possível se abster de compreender os modos moralizantes de representação do alcoolismo: seus efeitos sobre a construção das relações sociais e sua atribuição como fator dissolvente de unidades sociais fundamentais como a família, ou perturbador do exercício de papéis básicos como trabalhador-esposo. Relativizando tais modos de construção e cristalização de representações, estes fatores são então considerados como mediações inerentes ao fenômeno social. (NEVES, 2004, p. 11)

Além da noção de “porta de entrada” como a passagem do “beber socialmente” para um uso mais problemático, o médico Gilberto utilizou esse mesmo termo em outra parte da entrevista, com outro sentido, estabelecendo uma outra ligação entre o álcool e o “mundo das drogas”. No seu relato, essa “porta de entrada” também poderia ser a passagem entre diferentes usos, aos quais seriam atribuídos julgamentos distintos. Ele utilizou essa noção para se referir ao uso de maconha como “porta de entrada” para o uso de outras drogas ilícitas e, como foi apontado anteriormente, para falar do “beber socialmente” como uma “porta de entrada” para o uso descontrolado do álcool, caracterizando uma perspectiva do problema a uma concepção de risco e de progressão linear.

5.2 Medicalização

Nesta parte do trabalho, analiso propriamente as práticas e os discursos dos profissionais de saúde relacionados à abordagem do uso problemático de álcool como problema de saúde ou como doença, considerando as interfaces dessas práticas com as suas perspectivas, anteriormente explicitadas, das seguintes dimensões: indivíduo, família e comunidade.

Essas práticas não estão dissociadas dessas perspectivas. A própria concepção dessa

questão como problema de saúde é socialmente e culturalmente construída. Considero, no entanto, que essa divisão analítica pode evidenciar questões que não puderam ser analisadas anteriormente.

A própria unidade de saúde não está situada em uma realidade à parte, mas inserida na comunidade e os serviços oferecidos são concebidos para além do seu espaço físico, contemplando a área adscrita e voltados para a atenção à saúde dos indivíduos que residem nesse território, que constituem famílias e que são membros da própria comunidade.

Retomando o que foi apresentado anteriormente, a concepção do uso de álcool como problema de saúde considera o indivíduo e a questão do descontrole, a compreensão da relação desse problema e suas repercussões nos âmbitos da família e da comunidade.

Apesar do diagnóstico do uso problemático de álcool, como uso nocivo (ou abusivo) e dependência, ser voltado para o indivíduo, quando se considera que esse não consegue controlar esse uso em determinadas situações ou que bebe de forma muito frequente, a avaliação se baseia em critérios que são comumente referidos como objetivos, mas que estão relacionados ao desempenho satisfatório dos papéis sociais, como manter seu trabalho, ser um bom “pai de família” ou uma boa mãe e esposa. A avaliação do uso de álcool pode abranger ainda o uso de risco ou prejudicial.

Os profissionais, como assinei antes, consideram o uso problemático de álcool como um problema “difícil”. Mesmo perguntas rotineiras sobre os hábitos relacionados ao uso de álcool podem ser consideradas complicadas ou embaraçosas. Apesar disso, alguns profissionais relataram perguntar sobre esses hábitos em todos atendimentos, como a médica Beatriz e a enfermeira Rita.

A busca ativa para identificar indivíduos com o problema que não frequentam a unidade foi assinalada também como uma prática necessária pelo psiquiatra Francisco e pela médica Beatriz. Francisco referiu-se também à necessidade de “investigação ativa” porque o problema é “subdiagnosticado”. Apesar disso, ambos relataram dificuldade da realização dessa ação por diversos motivos, como a demanda excessiva, a falta de tempo e a necessidade de priorizar outros problemas, considerados mais urgentes, como se expressa na seguinte fala de Beatriz, que estava na unidade há apenas um ano e era a única médica atuando na sua equipe, com carga horária de 20 horas semanais:

Como os pacientes tão há muito tempo sem atendimento, tá aquela demanda reprimida absurda, principalmente no meu território. A gente tá focando as prioridades assim: o paciente que vem ‘mega descompensado’, praticamente todos

os diabéticos estão descompensados, hipertensão mal controlada. É isso, paciente mil anos sem consulta, sem ver nada. Eu só tô pegando coisa aguda e grave e acaba que o álcool a gente meio que tem que correr atrás e isso não tem acontecido nesse momento. Eu tô recebendo os pacientes que vêm até mim. É o paciente que saiu de uma clínica de internação de álcool e vem a mim pra dar uma continuidade no tratamento. Normalmente é assim, eles dão um ‘piripaque’ e aí resolvem parar de beber. São esses pacientes que por acaso tiveram uma internação por um motivo agudo, associado ou não ao álcool, ficam preocupados – ‘eu vou morrer’ – em continuar bebendo. (Beatriz)

A enfermeira Rita referiu-se também à necessidade de busca e investigação ativas, considerando que, se essas ações não forem realizadas, apenas os casos mais graves chegam à unidade e os problemas reconhecidos como leves ou moderados não são acessados:

Costumam chegar os casos mais graves, esses usuários que tão causando algum transtorno familiar ou até mesmo comunitário ou os que tão associados com algum sofrimento mental ou algum tipo de doença mental. Esses costumam chegar, mas, pelo simples fato de abusar do álcool, eles não chegam por conta própria, não vêm encaminhados pela família e muitas vezes também não têm essa abordagem pelo agente comunitário ou pela própria equipe quando tá no território. (Rita)

Rita falou também da “invisibilidade” do uso problemático de álcool, o que associou ao fato de muitos profissionais não reconhecerem esse problema de saúde:

Tanto o álcool quanto a droga são situações invisíveis. A maior dificuldade que eu acho como problema é que o ACS e até mesmo alguns outros profissionais não identificam que o abuso do álcool seja um problema relacionado à saúde. Muitos acham que é um contexto que pode ser resolvido na família e que eles não devem se meter. E só em situações de maior gravidade é que esse uso e abuso de álcool aparece e chega para as unidades de saúde. (Rita)

O médico Gilberto referiu não fazer perguntas sobre uso de álcool rotineiramente e abordar a questão quando suspeita de uso problemático por alterações clínicas relacionadas: “em alguns casos, quando está flagrante o uso do álcool, eu pergunto.”

Como assinalei no capítulo anterior, a ACS Tereza, ao dar a sua opinião sobre o uso problemático de álcool, apontou que considerava como uma questão de “falta de vontade”, o que vai ao encontro da fala de Rita apresentada acima, ao se referir às práticas de outros

profissionais. A técnica de enfermagem Silvia também questionou a efetividade do tratamento, considerando que percebia melhores resultados na igreja que frequenta, o que chamou de “resgate”. Apesar disso, reconheceu que, mesmo nesse outro contexto, ainda era bastante difícil a pessoa mudar seus hábitos, assinalando que este é um processo que exige vontade para ter resultado:

Aí já entra um pouco a religião, porque tem que mudar os hábitos. Porque, digamos assim, qual é a proposta? Qual é o objetivo? Que a pessoa pare de beber, pare de fumar, monte uma família? Isso não é fácil, né? Claro que lá eles vão dar todo o suporte possível, mas tem que seguir uma disciplina. O problema tá aí, mudança de hábito. Eu considero uma coisa até meio que radical, mas é claro que a pessoa também tem que querer muito, nem sempre isso acontece. Quando a gente consegue resgatar um, a gente fica feliz. Quando consegue... (Silvia)

A abordagem passa por um processo de convencimento de que a pessoa apresenta um problema de saúde que, frequentemente, ela não reconhece que tem. Esse processo foi chamado de formas diferentes pelos profissionais. O psiquiatra Francisco falou em “psicoeducação”, o médico Gilberto referiu-se a “conscientização” e a enfermeira Rita, “sensibilização”. Alguns profissionais referiam que o indivíduo precisa ser motivado, o que pode ser relacionado à proposta da entrevista motivacional. No caso da pessoa que tem o diagnóstico, mas não concorda, o psiquiatra Pedro caracterizou que essa se encontraria em estágio de “pré-contemplação”.

Gilberto referiu-se a “ter consciência” ou “conscientização” em diferentes partes das entrevistas, contemplando aspectos diversos. Ao falar das estratégias para abordar o uso problemático de álcool, apresentou a seguinte sequência de abordagem, que determina os papéis dos profissionais da atenção primária de identificar o problema e convencer a pessoa a se tratar, mas que esse tratamento seria realizado em outro serviço: “primeiro perguntar se ele tem consciência do que ele está passando em função do uso do álcool e, em segundo, se ele aceita algum tipo de cuidado. Se sim, a gente tenta orientar a algum lugar que dê essa atenção a ele.”

Para convencer a pessoa a iniciar tratamento, essa negociação pode envolver diferentes profissionais e também membros da família. Como foi assinalado, uma abordagem comum inclui envolver a esposa, que pode ou não concordar que o problema existe. Outras diversas situações são possíveis, nas quais a articulação com a família também é um recurso comum. Este recurso foi considerado pela médica Beatriz como “muito importante” para que

o convencimento seja efetivo, ainda que ela considere que esse envolvimento da família não seja suficiente por si só e que, para o tratamento ser sustentado, o indivíduo precisa aceitar que há a necessidade do tratamento e querer fazê-lo:

Na verdade, a gente identifica o problema mas eles não, né? Então, a maior dificuldade é você convencê-lo de que ele precisa. A partir do momento que você consegue convencer que ele precisa e ele quer - 'agora eu quero' - aí vai ser mais fácil pra dar a medicação. Quando ainda tá naquela fase assim: 'ah, é um problema, mas eu tô aqui porque minha esposa tava me enchendo o saco e eu tenho que vir' ou então 'porque eu perdi o emprego e aí minha família tá toda no meu pé'. É mais complicado pra se tratar assim, sempre. (Beatriz)

A enfermeira Cecília complementou que para o paciente ser convencido de que precisa de tratamento, ele precisa reconhecer “algo negativo” na sua própria vida e aceitar que este é um problema associado ao uso de álcool. A psicóloga Bárbara falou de um processo semelhante, que colocou como um papel do profissional de saúde, que consiste em “tirar o bebum do bairro e entender como questão de saúde”, o que comparou, no caso de uso de outras drogas, a “tirar da marginalização e entender como questão de saúde”:

Então, a mesma coisa que você tem que fazer com a droga, tirar da marginalização e entender como questão de saúde, você precisa fazer com o álcool: tirar o bebum do bairro e entender como uma questão de saúde. E aí a dificuldade de trazer isso pra unidade e aqui não chega nem nos discursos, nem nos pacientes, nem nos discursos sobre eles. E aí, é necessária uma qualificação de entender o que é o uso, o que é abuso. Uma qualificação pra entender os usos, os diversos usos do álcool. E pra entender, antes disso, que são questões de saúde. Não só saúde física, talvez só chegue assim. Mas os outros aspectos do uso do álcool, a relação que o cara tem com aquilo, que ele recorre a isso quando a vida tá *punk*, que isso piora a vida dele, uma dependência de ordem psicológica que ele tenha com o álcool, que o álcool representa um monte de coisa na vida dele.” (Bárbara)

Os profissionais falaram da dificuldade para lidar com situações nas quais eles identificam que diversas características dos hábitos do paciente são compatíveis com uso problemático de álcool, mas este não reconhece que tem um problema. A médica Beatriz falou sobre isso:

É difícil o alcoólatra reconhecer que tem problema com álcool, eu acho difícil. Às

vezes até eu perguntando:

- Mas você acha que a tua família acha que isso é um problema?
- Acho.
- Mas você já teve suas atividades do dia-a-dia prejudicadas?
- Já tive.
- Você já acordou de manhã e bebeu pra curar a ressaca?
- Já.
- Você já bebeu de manhã?
- Bebo de manhã frequentemente
- E você acha que isso é um problema pra você?
- Não. (Beatriz)

A abordagem ao problema não termina ao convencer o usuário a iniciar o tratamento. Frequentemente, os indivíduos após apresentarem um período de melhora, voltam a fazer um uso considerado problemático novamente e abandonam o acompanhamento. Esse processo está compreendido na ideia de “recaída”, o que foi abordado pela médica Beatriz e pela ACS Iolanda. Nessa situação, esses indivíduos precisam novamente ser estimulados a voltarem a se tratar, o que pode implicar o envolvimento familiar e de outros profissionais. Caracteriza-se, assim, a longitudinalidade desse processo de negociação, que deve ser repetido de forma recorrente ao longo do tempo.

Uma outra questão falada por alguns profissionais está relacionada a uma suspeição de que o indivíduo está mentindo ou está diminuindo o problema. A ACS Iolanda reconheceu o seu papel de controle, identificando as divergências entre o que os usuários falam na unidade e o que fazem no território. No entanto, ela assinalou certos limites nas intervenções. Ela apontou ainda o recurso de falar de sintomas ou problemas físicos, que os pacientes frequentemente utilizam para evitar falar do uso problemático de álcool:

(...) eles nunca vêm falando o que realmente está incomodando, vem falando que a pressão tá alta, vem falando que tá com o coração batendo muito forte, mas nunca fala a verdade, nunca fala o que realmente fizeram naquele final de semana, aí fala que não tá podendo trabalhar porque tá com dor de cabeça, tá com diarreia, mas nunca fala a verdade. Aí a gente entra em cena, o agente de saúde que mora na área, que tá vendo que eles tão bebendo, tá vendo a situação deles, aí deixa eles falarem o que eles querem, né? A gente não pode ir contra, até eles realmente falarem a verdade, entendeu? (Iolanda)

O psiquiatra Francisco também falou da questão dos pacientes não falarem verdade

utilizando o termo “dissimulação”. Mais uma vez, a participação de um familiar ou alguma outra pessoa que possa informar – o ele chamou de “heteroinformação” – sobre o uso de álcool foi considerado importante por se considerar que não se pode confiar totalmente no que o próprio paciente está informando:

O outro problema que pode atrapalhar na identificação é a própria dissimulação do paciente né, muitas vezes os pacientes que fazem uso de substâncias diminuem a quantidade de uso de substâncias, sem uma heteroinformação a gente não descobre o real padrão de uso da substância e às vezes o paciente chega desacompanhado, mas é um problema que a heteroinformação pode ajudar bastante. (Francisco)

De acordo com as falas de alguns interlocutores, não são apenas os pacientes que não dizem a verdade. Eventualmente, os profissionais de saúde podem recorrer também a uma ou outra mentira para convencer o paciente que ele precisa repensar a sua forma de beber. A médica Beatriz confessou que, de vez em quando, utiliza um recurso, que reconhece não ser protocolar, mas que considera ser, às vezes, eficaz. Ela solicita exames de sangue – citou como exemplo exames relacionados ao funcionamento do fígado - e, diante de alguma alteração, mostra o resultado para o paciente como argumento para reforçar que ele está fazendo um uso problemático de álcool. O contexto em que ela relatou isso foi ao falar que a abordagem exige “um trabalho de longo prazo, de convencimento” e que utiliza essa estratégia especialmente com pacientes mais jovens, que falam que bebem apenas aos finais de semanas, mas fazem uso de álcool considerado muito intenso – deu o exemplo de 24 latas de cerveja ao longo de um final de semana - e não consideram isso um problema:

(...) pro mais jovem, o exame de sangue alterado, às vezes, ainda dá um efeito tipo assim: ‘você tem que dar uma maneirada porque você tá bebendo muito’. Embora eu ache que não tenha nada relacionado a isso. Mas às vezes isso é o que funciona, né?”
(Beatriz)

A ACS Iolanda referiu que outros profissionais utilizam um recurso semelhante com pacientes que a equipe suspeita que estão fazendo uso problemático, por exemplo, por ser visto frequentemente, pelos agentes comunitários, fazendo uso de álcool e aparentando estar embriagado na rua. Ao se presumir que o paciente vai mentir, a estratégia utilizada consiste no profissional falar que vai prescrever uma medicação que não pode ser misturada com álcool por efeitos colaterais perigosos:

Assim, na consulta, o paciente vem, fala o que tem que falar, mas eles nunca falam tudo, então a gente não pode perguntar ‘ah, você bebeu?’. Aí a intervenção pode ser assim, ‘eu vou passar uma medicação pra você mas não pode haver o uso de álcool, não pode fazer uso der droga porque acontece isso, acontece aquilo [efeitos colaterais], entendeu? Vai te prejudicar de certa forma’. Aí já é uma entrada pra ele falar se ele faz uso ou não. É assim que a [enfermeira Rita] age aqui. (Iolanda)

Fainzang (2002) realizou estudo etnográfico sobre as mentiras na relação entre médicos e pacientes. Nesse estudo, ela relatou o caso de médicos especialistas em alcoolismo que mentiam para os seus pacientes. Como exemplo, esses médicos falavam para os pacientes que haviam sido diagnosticados como dependentes do álcool que era impossível ele voltarem a beber sem apresentarem novamente o mesmo problema, ou seja, que o único tratamento possível para a sua doença era manter a abstinência, por mais que soubessem que esse dado era contraditório. Por outro lado, foram relatados casos de pacientes que faziam os médicos acreditarem que haviam tomado suas medicações, o que não era verdade. As mentiras nesse contexto foram consideradas, pela autora, como reveladoras da relação médico-paciente e que se expunham, assim, contradições entre a lógica terapêutica e a social, o que ela chamou de “caráter paradoxal da mentira”.

Quanto às dificuldades apresentadas ao abordar o problema, o psiquiatra Francisco reconheceu que tinha vergonha para perguntar sobre o uso de álcool em determinadas consultas, principalmente no caso de mulheres mais velhas, pelo receio de que fosse considerado que estava fazendo um pré-julgamento moral da pessoa. Ele também associou a sua dificuldade à escassez do tempo que dispunha:

Uma coisa que eu percebi [na Unidade Bairro], por conta de ter uma população com muitas pessoas da religião evangélica, às vezes, quando eu abordava o tema, eu sentia que a pergunta pudesse ter - uma interpretação minha, não é uma certeza – soado ofensiva. Eu sentia na resposta dos usuários assim: ‘não, Doutor, eu sou certo! Não uso nada, não. Não faço coisa errada não’. Principalmente mulheres mais velhas. Essa experiência, eu confesso, fazia com que em alguns momentos eu ficasse com vergonha de perguntar, porque mesmo usando técnicas de anamnese - essa pergunta eu faço para todas as pessoas que eu entrevisto e tal - às vezes, talvez até inconscientemente, eu visse que a pessoa fosse reagir mal à pergunta. Talvez eu possa ter esquecido em alguns momentos, também pela demanda. Às vezes, tinha que fazer um atendimento de primeira vez em 20 a 30 minutos. Essa pergunta nem

sempre eu conseguia fazer na primeira anamnese, mas sempre buscava durante o acompanhamento. (Francisco)

Uma outra dificuldade apresentada foi abordar mulheres em relação ao uso de álcool. Quanto a isso, a enfermeira Rita falou que é comum os profissionais apresentarem:

(...) dificuldade para abordar a mulher até por não verem a mulher como uma pessoa que possam identificar com esse problema. Acho que a maioria quando aborda, aborda na consulta com o usuário de sexo masculino. (Rita)

A técnica de enfermagem Silvia reconheceu que a mulher é mais “visada” na sociedade, no sentido de que há uma menor aceitação de que faça uso de álcool e de um maior controle social. No entanto, considerou que isso não implica em diferença no tratamento, o que também foi falado pela ACS Iolanda.

Considerando o que foi falado anteriormente, o uso de álcool entre as mulheres é reconhecido como menos aceito socialmente. A dificuldade para abordá-las quanto a esse problema vai ao encontro da vergonha relatada ser comum entre elas, o que poderia reforçar a sua propensão a esconder esse hábito.

Conrad e Schneider (1992) descrevem a construção e legitimação do alcoolismo como doença, o que definem como um processo de medicalização. Assim, passaram a ser compreendidos como problemas médicos comportamentos que antes, quando eram considerados desviantes e reconhecidos como um problema social, estava sob outras jurisdições. Por exemplo, esses desvios eram vistos a partir de uma perspectiva religiosa, como possessão espiritual, ou como atos criminosos, que comprometiam a ordem social.

Esses autores assinalam que: “a medicalização de problemas sociais, em cada um dos casos, não é o ponto mais alto de um movimento para encontrar a solução para os problemas, mas apenas outro período em que a atribuição de uma realidade é substituída por outra” (CONRAD, SCHNEIDER, 1992).

Em *The Medicalization of Society*, Conrad (2007) define medicalização como um “processo pelo qual problemas não médicos passam a ser definidos e tratados como problemas médicos, usualmente nos termos de uma doença ou transtorno” e que assinalam o crescimento progressivo da jurisdição médica.

Zorzanelli, Ortega e Bezerra Júnior (2014), em revisão sobre as variações em torno do conceito de medicalização, assinalam que o termo é utilizado com diferentes significados.

Assim, consideram importante que seja especificado qual desses significados está sendo adotado em cada contexto. Entre os sentidos possíveis, no caso do alcoolismo, podemos reconhecer como o principal “a transformação de comportamentos considerados desviantes em doenças” (ZORZANELLI et al., 2014). Esses autores identificam que a noção de medicalização também é usada para se referir à “participação de atores fora do campo da medicina” (ZORZANELLI et al., 2014). Os Alcoólicos Anônimos (AA), assim como o movimento da temperança, tiveram importância central no processo de medicalização do alcoolismo, principalmente nos primeiros anos após a sua criação, em 1935 nos EUA, antes das instituições médicas adquirirem maior protagonismo. No AA, a solução proposta para o problema é a abstinência e o indivíduo deve seguir doze passos para conseguir se manter sem beber. O primeiro passo consiste em admitir que era impotente perante o álcool e que tinha perdido o domínio sobre a sua vida. Outro passo, que podemos citar como exemplo, refere-se a reconhecer que prejudicaram outras pessoas (CONRAD, SCHNEIDER, 1992).

A medicalização também pode se referir às à “ação do controle e imperialismo médico” (ZORZANELLI et al., 2014). O processo de medicalização pode ser considerado a partir de uma concepção de Foucault de que a:

(...) a ‘medicina social’ não existe, porque toda a medicina já é social. A medicina foi sempre uma prática social e o que não existe é a medicina ‘não-social’, a medicina individualista, clínica, do colóquio singular, apenas um mito mediante o qual se defendeu e justificou certa forma de prática social da medicina: o exercício privado da profissão. (FOUCAULT, 2010, p. 172).

Ou seja, a medicina é uma prática social que utiliza uma “certa tecnologia do corpo social” e, apenas em um dos seus aspectos é direcionada para o indivíduo e valoriza a relação médico-doente (FOUCAULT, 1977). Como abordei, anteriormente, o uso problemático de álcool é pensado, nos discursos dos profissionais para além da perspectiva individual, em suas diversas interfaces da vida social.

A enfermeira Rita e o médico Gilberto falaram da falta de “capacitação” dos profissionais. Para que a medicina se constitua como social, o primeiro indivíduo que necessita ser normalizado é o médico, antes da noção ser aplicada ao doente (FOUCAULT, 1977). A ideia de capacitação pode ser entendida, nesse sentido, como uma proposta de normalização dos profissionais de saúde e que leva o processo de medicalização para interface entre o profissional de saúde e o usuário.

Alzuguir (2014) descreveu a medicalização na rotina de um serviço hospitalar e assinalou que permanecem em construção e em constante negociação as categorias médicas que contemplam o “sistema moral que se desenha em torno do alcoólatra e do alcoolismo”.

Na pesquisa de campo que realizei, constatei os processos de convencimento que são descritos na abordagem ao uso problemático de álcool. As categorias “conscientização”, “psicoeducação”, “sensibilização” e “capacitação” evidenciam como os profissionais procuram efetivar o reconhecimento do problema como uma doença. As tensões nesse processo e a caracterização de que esse convencimento é mais difícil nessa doença do que em outras podem significar que a medicalização do uso problemático de álcool, pelo menos até então, foi menos efetiva do que em outras doenças.

O médico Gilberto considerou que muitas pessoas que fazem uso problemático de álcool: “não têm a conscientização de que precisam de um tratamento, de que estão doentes para isso”. Novamente referiu-se à “conscientização” ao comparar a hipertensão e o diabetes ao uso problemático de álcool, assinalando que não vê diferença no tratamento desses diferentes problemas de saúde: “desde que o paciente tenha conscientização e aceite o tratamento, eu acho que não diferencia muito, não. Você tem que fazer com que ele se conscientize e tenha adesão ao tratamento.”

A comparação do médico Gilberto entre o uso problemático e outras doenças, como diabetes e hipertensão, reforça a semelhança, mas há espaço também para reconhecer as diferenças, ao dizer que “não diferencia muito”.

O psiquiatra Francisco ressaltou as diferenças entre o uso problemático de álcool e outras doenças, abordando, em, em uma mesma fala, vários aspectos do processo de medicalização. Ele denominou reconhecimento pelo paciente de que tem uma doença como “*insight*” ou “consciência de morbidade” e que, na “dependência química”, essa capacidade estaria prejudicada, mantendo o indivíduo em um estágio anterior ao “*insight*”, ao qual se referiu “pré-contemplação”. A sua explicação para a medicalização no álcool ser menos efetiva do que em outros problemas de saúde contempla a falta de um “biomarcador”, que seria a existência de um exame complementar que comprovasse a existência biológica da doença:

A diferença, eu acho que é o *insight*. A pessoa com uso de substâncias tem muita dificuldade de ter consciência de morbidade, apesar de algumas pessoas com hipertensão e diabetes também terem dificuldade de aceitar o fato de terem uma doença crônica que vai precisar de medicação de uso contínuo, mas o *insight* eu

acho que é prejudicado no paciente com dependência química. A motivação acaba sendo prejudicada por conta do *insight*. A maior parte das pessoas que fazem uso de substâncias estão no estágio de pré-contemplação, nem avaliam que o uso da substância pode ser um problema. E não tem biomarcador pra dizer que - pelo menos no início do uso nocivo de álcool - que comprove que aquilo está sendo lesivo pro organismo, talvez só em estágios mais avançados, que vai ter alteração de enzimas hepáticas. A hipertensão e a diabetes têm biomarcadores que comprovam que a pessoa tem uma alteração fisiológica, que o organismo dela tem alguma alteração e acho que isso pode ajudar a pessoa a ter consciência da morbidade dela. O álcool não tem. (Francisco)

Na estratégia da médica Beatriz, que relatei anteriormente, ela age como se existisse esse “biomarcador”, ao mostrar um exame alterado para o paciente como argumento para ele diminuir ou se abster do uso de álcool como forma de efetivar a medicalização do problema, no sentido do paciente se convencer de que tem uma doença.

Essa dificuldade poderia ser reconhecida como semelhante à de outros problemas de saúde mental e não uma particularidade do uso problemático de álcool. Becker (2008) assinala que “a doença mental só se assemelha à doença física na metáfora” e, nesse sentido, pode ser compreendida a necessidade de, apesar de existir semelhança com as doenças físicas, o convencimento ou a “conscientização” quanto ao uso problemático como doença apresenta suas particularidades:

(...) a doença mental só se assemelha à doença física na metáfora: A metáfora médica limita o que podemos ver tanto quanto a concepção estatística. Ela aceita o julgamento leigo de algo como desviante e, pelo uso de analogia, situa sua fonte dentro do indivíduo, impedindo-nos assim de ver o próprio julgamento como parte decisiva do fenômeno. (BECKER, 2008, p. 20)

Em *Doença Mental e Psicologia*, Foucault (1975) reconhece também que entre as doenças mentais e orgânicas “é impossível transpor de uma para outra os esquemas de abstrações, os critérios de normalidade ou a definição do indivíduo doente.” E que uma unidade assegurada da doença mental “entre as diversas formas de doença é somente artificial”.

No entanto, os profissionais reconhecem que, mesmo em comparação a outros problemas definidos como transtornos mentais, como a depressão, que também não tem um “biomarcador”, o convencimento de que o indivíduo tem um problema de saúde e que precisa

de tratamento é mais difícil do que no caso dos diagnósticos de uso nocivo ou de dependência de álcool.

Becker (2008) assinala também essa noção de comum de que: “alcoólatras são muitas vezes ambivalentes, por vezes sentindo que aqueles que os julgam não os compreendem, outras vezes concordando que a bebida compulsiva é maléfica”.

Para justificar essa diferença, os profissionais referem que as pessoas “têm mais informação” (ACS Iolanda) e que há “maior divulgação na mídia” (enfermeira Cecília) sobre a depressão. Além disso, o uso de álcool teria uma progressão mais lenta e menos evidente: “o álcool vai pegando aos poucos” (Iolanda), “a pessoa com a depressão consegue visualizar como um problema na saúde dela mais rápido do que o álcool” (Cecília). O médico Gilberto e o psiquiatra Francisco consideram que entre os profissionais há menos “capacitação” em relação ao álcool e um maior estigma em comparação à depressão: “as pessoas têm medo de serem marcadas como alcoólatras” (Gilberto).

O psiquiatra Francisco, adicionou outras interfaces ao processo de medicalização. Ele referiu que, eventualmente, o indivíduo usa o álcool como “automedicação” para lidar com outra doença, como a depressão, porque existe “um estigma em buscar serviços de saúde mental” e critica, em contrapartida, as propagandas de bebidas alcoólicas que estimulam as pessoas a beberem: “só tem propagandas falando coisas boas sobre o álcool”.

Não são apenas os pacientes que muitas vezes não estão convencidos de que o uso problemático de álcool é uma doença e que deve ser tratado em um serviço de saúde. Alguns profissionais, como a ACS Tereza, consideraram que, em muitas vezes, as pessoas continuam bebendo de forma problemática por uma escolha e que, se tivesse vontade de parar de beber, teria maior chance de conseguir a partir do suporte religioso, o que também foi assinalado pela técnica de enfermagem Sílvia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta dissertação, busquei analisar as moralidades que atravessam as práticas e os discursos de profissionais de saúde de uma unidade da Estratégia Saúde da Família, após uma pesquisa de campo de cinco meses, que incluiu observação-participante e entrevistas semiestruturadas. Compreendi os dados a partir dos níveis individual, familiar e comunitário e desenvolvi a análise a partir dos conceitos de desvio, acusação, estigma e medicalização.

Realizei uma revisão de publicações sobre o uso problemático de álcool e contrastei a pesquisa etnográfica que desenvolvi em relação aos chamados estudos baseados em evidências, que estabelecem, no campo biomédico, uma hierarquia que valoriza, acima de todos os outros tipos de produção de conhecimento, os saberes produzidos a partir de estudos quantitativos, especialmente os ensaios clínicos randomizados. Considerei importante assinalar, estabelecendo também uma comparação com as pesquisas de implementação, que a minha proposta não era avaliar as práticas nem propor as suas mudanças, mas contribuir com a sua compreensão no campo da Saúde Coletiva.

Considero importante, para finalizar, retomar a divisão que apresentei na introdução em três dimensões. A primeira delas refere-se justamente ao enfoque desta pesquisa, ou seja, as realidades vivenciadas nos serviços de saúde, nas relações entre profissionais e usuários. As outras duas dimensões contextualizam a primeira, são elas: o nível global, contemplando, as diretrizes e orientações internacionais e do Movimento pela Saúde Mental Global (MSMG), e o nível nacional ou regional, que inclui as políticas nacionais do Sistema Único de Saúde e da Estratégia Saúde da Família (ESF). Assim, pode ser concebido um caminho inverso, do nível local para o global, informado pelo estudo das moralidades que se revelaram nos discursos e nas práticas dos profissionais, nesse contexto particular de uma unidade da ESF.

As políticas de saúde da Atenção Primária à Saúde e o MSMG costumam apresentar, entre os seus principais objetivos, o acesso universal à saúde e a diminuição das desigualdades, compreendendo a saúde como um direito humano fundamental. Defender políticas de saúde que contemplam esses aspectos em comum, não significa que existe um único caminho para colocar esses ideais em prática. Pelo contrário, desde a concepção dessas políticas, que tomam como ponto de partida esses ideais, até a sua aplicação em um contexto específico, o caminho é atravessado por ambiguidades, singularidades e disputas.

A Declaração de Alma Ata, que se estabeleceu como a principal referência para

orientar a construção de uma APS abrangente, enfatiza que:

(...) a saúde - estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde. (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978)

O MSMG apresenta seu enfoque justamente em um discurso humanitário, voltado à defesa da expansão do cuidado à saúde mental no mundo, principalmente para os países mais pobres. Alguns dos principais defensores desse movimento argumentam que há uma significativa carga global e uma grande lacuna de tratamento relacionadas a essas doenças, que são maiores nos países de baixa e média renda (PRINCE et al, 2007). Em contrapartida, alguns dos críticos, preocupam-se em assinalar que as evidências em saúde mental, produzidas principalmente em países de alta renda e que valorizam mais determinados tipos de estudo em detrimento de outros, podem não ser adequadas a diferentes realidades (KIRMAYER, PEDERSEN, 2014).

Ao focar as moralidades, conforme dito anteriormente, procurei construir uma compreensão dos valores e subjetividades que orientam os discursos e práticas dos profissionais de saúde. A proposta não foi analisar o conteúdo moral de tais discursos e práticas, uma vez que este é contextual e relacional, havendo sempre diferentes concepções em disputa. O termo moralidades foi então utilizado para pensar os diferentes valores mobilizados pelos interlocutores.

REFERÊNCIAS

- ABP. **Abuso e dependência do álcool**: Projeto Diretrizes. São Paulo: AMB; Brasília DF: CFM, 2002.
- _____. SBMFC. **Abuso e Dependência de Álcool: Projeto Diretrizes**. São Paulo: AMB, ABP, SBMFC, 2012.
- ADAMS, V. Evidence-Based Global Public Health: Subjects, Profits, Erasures. In: BIEHL, J., PETRYNA, A. **When People Come First: Global Studies in Global Health**. Princeton (NJ): Princeton University Press, 2013.
- ALMEIDA, P. F. DE; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 29, p. 84–95, fev. 2011.
- ALMEIDA, P. F. DE; GIOVANELLA, L.; NUNAN, B. A. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. **Saúde em Debate**, v. 36, n. 94, p. 375–391, set. 2012.
- ALMEIDA-PITITTO, B.; MORAES, A. C. F.; FERREIRA, S. R. G. O Lado Saudável do Consumo de Bebida Alcoólica. **REVISTA USP**, n. 96, p. 55-68, 2012.
- ALZUGUIR, F. V. A carreira moral da vergonha na visão de homens e mulheres "alcoólatras". **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 11-29, 2014.
- _____. **Moralidade, vergonha e doença**: a carreira moral de homens e mulheres alcoólatras. Tese (Doutorado em Saúde coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2010.
- AMARANTE, P.; NUNES, M. DE O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2067–2074, jun. 2018.
- APA. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 1. ed. Washington, D. C.: APA, 1952.
- ANDRADE, A. G. D.; OLIVEIRA, L. C. “Principais Consequências em Longo Prazo Relacionadas ao Consumo Moderado de Álcool”, in A. G. Andrade; J. C. Anthony; C. M. Silveira. **Álcool e suas Consequências, uma Abordagem Multiconceitual**. Barueri, Manole, 2009.
- BALBI, Fernando A. De leales, desleales y traidores. Valor moral y concepción de política em el peronismo. Buenos Aires, Antropofagia, 2007.
- BABOR, T. F., HIGGINS-BIDDLE, J. C. **Brief Intervention: for hazardous and harmful drinking: a manual for use in primary care**. WHO, 2001.
- BACCHIERI, G.; BARROS, A. J. D. Acidentes de trânsito no Brasil de 1998 a 2010: muitas mudanças e poucos resultados. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 5, p. 949–963, out. 2011.

BARTLETT, N.; GARRIOTT, W.; RAIKHEL, E. What's in the "treatment gap"? Ethnographic perspectives on addiction and global mental health from China, Russia, and the United States. **Medical Anthropology**, v. 33, n. 6, p. 457–477, 2014.

BECKER, A. E.; KLEINMAN, A. Mental health and the global agenda. **The New England Journal of Medicine**, v. 369, n. 1, p. 66–73, 4 jul. 2013.

BECKER, H. S. **Outsiders: estudos da sociologia do desvio**. 1. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008.

BERREMAN, Gerald. Etnografia e controle de impressões em uma aldeia do Himalaia. In: Guimarães, Alba Zaluar. **Desvendando Máscaras Sociais**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.

BOURDIEU, P. A ilusão biográfica. In: AMADO, J., FERREIRA, M. M. **Usos e abusos da história oral**. 8. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006, p. 183-191.

_____. Participant Objectivation. **The Journal of the Royal Anthropological Institute**, v. 9, n. 2, p. 281-294, jun. 2003.

BOUSQUAT, A. et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1141–1154, abr. 2017.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

_____. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

_____. Lei nº 9.503 de 23 de setembro de 1997. Institui o Código de Trânsito Brasileiro.

_____. Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

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

_____. Lei nº 12.760 de 20 de dezembro de 2012. Altera a Lei 9.503 de 23 de setembro de 1997, que institui o Código de Trânsito Brasileiro.

_____. Lei nº 13.281 de 4 de maio de 2016. Altera a Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997 (Código de Trânsito Brasileiro) e a Lei nº 13.146 de 6 de julho de 2015.

_____. Decreto nº 6.117 de 22 de maio de 2007. Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências.

_____. Decreto presidencial nº 4.294 de 6 de julho de 1921. Estabelece penalidades para os contraventores na venda de cocaína, ópio, morfina e seus derivados, cria um estabelecimento especial para internação dos intoxicados pelo álcool ou substâncias venenosas; estabelece as formas de processo e julgamento e manda abrir os créditos necessários.

_____. Decreto presidencial nº 4.345 de 26 de agosto de 2002. Institui a Política Nacional Antidrogas e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. **Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.197 de 14 de outubro de 2004. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

_____. Ministério da Saúde. **O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília, DF, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

BURTON, R.; SHERON, N. No level of alcohol consumption improves health. **Lancet (London, England)**, v. 392, n. 10152, p. 987–988, 2018.

CAIXETA, L. M. M.; PEDROSA, L. A. K.; HAAS, V. J. Análise das atitudes de profissionais da Atenção Primária a Saúde frente a pessoas com transtornos relacionados ao uso de álcool. **SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em**

Português), v. 12, n. 2, p. 84, 1 jun. 2016.

CAMPBELL, C.; BURGESS, R. The role of communities in advancing the goals of the Movement for Global Mental Health. **Transcultural Psychiatry**, v. 49, n. 3–4, p. 379–395, jul. 2012.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 393–403, 1999.

_____. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 219–230, 2000.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 399–407, fev. 2007.

CHIAVERINI, D. H. (Org). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

CHIVA-BLANCH, G. et al. “Differential Effects of Polyphenols and Alcohol of Red Wine on the Expression of Adhesion Molecules and Inflammatory Cytokines Related to Atherosclerosis : a Randomized Clinical Trial”, in **Am. J. Clin. Nutr.**, 95, p. 326-334, 2012.

CONRAD, P.; SCHNEIDER, J. W. **Deviance and medicalization: from badness to sickness: with a new afterword by the authors**. Philadelphia: Temple University Press, 1992.

CONRAD, P. **The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders**. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2007.

CUNHA, E. M. DA; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. suppl 1, p. 1029–1042, 2011.

DAMACENA, G. N. et al. Consumo abusivo de álcool e envolvimento em acidentes de trânsito na população brasileira, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 12, p. 3777–3786, dez. 2016.

DA MATTA, R. O ofício de Etnólogo, ou Como Ter Anthropological Blues. **Cadernos do PPGAS**, Rio de Janeiro, Museu Nacional, 1974.

_____. **A casa e a rua: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil**. 5. ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde**. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá;

Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. p. 15.

DOUGLAS, M. G. (Org.). **Constructive Drinking perspective on drinking from anthropology**. Abingdon: Routledge, 2003.

DUARTE, L. F. D. Indivíduo e Pessoa na experiência da saúde e da doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 173-183, 2003.

_____. **Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1988.

FAINZANG, S. Lying, secrecy and power within the doctor-patient relationship. **Anthropology & Medicine**, v. 9, n. 2, p. 117–133, 2002.

FASSIN, D. Introduction: Toward a Critical Moral Anthropology. In: FASSIN, D. (ed.). **A companion to moral anthropology**. Malden, Mass.: Wiley-Blackwell, 2012.

FAUSTO, M. C. R. et al. O futuro da Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 12–14, set. 2018.

FONTANELLA, B.J.B. et al. Usuários de Álcool, Atenção Primária à Saúde e o que é “perdido da tradução”. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.15, n.37, p.573-85, abr./jun. 2011.

FORTES, S. et al. Psiquiatria no Século XXI: transformações a partir da integração com a Atenção Primária pelo matriciamento. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1079-1102, 2014.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade: o uso dos prazeres**. Rio de Janeiro: Graal, 2009. v. 2.

_____. **Madness and civilization: a history of insanity in the age of reason**. New York; Vintage; 1975.

G1 – O PORTAL DE NOTÍCIAS DA GLOBO. **Prefeitura do Rio vai reduzir a estrutura de atenção básica para investir em hospitais**. Disponível em: <<https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2018/10/04/prefeitura-do-rio-vai-reduzir-a-estrutura-de-atencao-basica-para-investir-em-hospitais.ghtml>> Acesso em: 05 de abril de 2019.

GAMA, J. R. DE A. A reforma psiquiátrica e seus críticos: considerações sobre a noção de doença mental e seus efeitos assistenciais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1397–1417, 2012.

GBD 2016 ALCOHOL COLLABORATORS. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. **Lancet**, v. 392, n. 10152, p. 1015–1035, 2018.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. 1. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

_____. **O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa**. 14. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. DE. Atenção Primária à Saúde. In: **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil [livro eletrônico]**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 746–834, 2012.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Tradução de Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. 4ª. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GRAVEVER, L. **A assistência ao indivíduo com problemas relacionados ao uso de álcool e drogas ilícitas na Estratégia Saúde da Família**. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

GUBER, R. **La etnografía: Método, campo y reflexividad**. Buenos Aires: Editorial Norma, 2011.

GUEDES, S. L. **Jogo de Corpo: um estudo de construção social de trabalhadores**. Niterói: EDUFF, 1997.

HÜBNER, FRANCO O Programa Médico de Família de Niterói como Estratégia de Implementação de um Modelo de Atenção que Contemple os Princípios e Diretrizes do SUS. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 173-191, 2007.

JAIN, S., ORR, D. M. R. Ethnographic perspectives on global mental health. **Transcultural Psychiatry**, v. 53, n. 6, p. 685–695, 2016.

JORNAL O GLOBO. **'A Defensoria não tem moral para colocar o dedo na minha cara', diz Marcelo Crivella**. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/rio/a-defensoria-nao-tem-moral-para-colocar-dedo-na-minha-cara-diz-marcelo-crivella-23176742>> Acesso em: 05 de abril de 2019.

KLEINMAN, A. Global mental health: a failure of humanity. **Lancet**, p. 374, v. 9690, p. 603–604, 2009.

KIRMAYER, L. J.; PEDERSEN, D. Toward a new architecture for global mental health. **Transcultural Psychiatry**, v. 51, n. 6, p. 759–776, dez. 2014.

KOHN, R. et al. The treatment gap in mental health care. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 82, n. 11, p. 858–866, nov. 2004.

LANCET GLOBAL MENTAL HEALTH GROUP. Scale up services for mental disorders: a call for action. **Lancet (London, England)**, v. 370, n. 9594, p. 1241–1252, 6 out. 2007.

LEVINE, H. G. The Discovery of addiction: changing conceptions of habitual drunkenness in America. **Journal of Studies on Alcohol**, v.39, n.1, p. 143-174, 1978.

LIMA, D. M. C. **Estratégia Saúde da Família na cidade do RJ: desafios da atenção primária numa grande cidade**. Dissertação (Dissertação em Saúde Pública) – ENSP – FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2014.

MACEDO, J. P. et al. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 1, p. 155–170, mar. 2017.

MACINCKO, J. et al. Patterns of Alcohol Consumption and Related Behaviors in Brazil: Evidence from the 2013 National Health Survey (PNS 2013). **PLOS ONE**, v. 10, n. 7, 2015.

MAGNANI, J. G. De perto e de dentro: notas para uma etnografia urbana. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 17, n. 49, p. 11-29, 2002.

MALTA, D. C. et al. Análise da mortalidade por acidentes de transporte terrestre antes e após a Lei Seca - Brasil, 2007-2009. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 19, n. 4, p. 317–328, dez. 2010.

MATTOS, R. A. DE. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1411–1416, out. 2004.

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

MOREIRA, M. R. et al. Mortality by road traffic accidents in adolescents and young people, Brazil, 1996-2015: will we achieve SDG 3.6? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 9, p. 2785–2796, set. 2018.

MORETTI-PIRES, R. O.; CORRADI-WEBSTER, C. M.; FURTADO, E. F. Consumo de álcool e atenção primária no interior da Amazônia: sobre a formação de médicos e enfermeiros para assistência integral. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n. 2, p. 219–228, jun. 2011.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F. Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00206316, 13 fev. 2017.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. DE. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, p. 11–24, jan. 2018.

MURRAY, C. J. L. (ED.). **The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020 ; summary**. Cambridge: Harvard School of Public Health, 1996.

NEVES, D. P. Alcoolismo: acusação ou diagnóstico? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p. 7-36, 2004.

NUNES, M. N.; NASCIMENTO, L. F. C. Spatial analysis of deaths due to traffic accidents, before and after the Brazilian Drinking and Driving Law, in micro-regions of the state of São Paulo, Brazil. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 58, n. 6, p. 685–690, dez. 2012.

OLIVEIRA, M. C. DE; RONZANI, T. M. Estigmatização e prática de profissionais da APS referentes ao consumo de álcool. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 32, n. 3, p. 648–661, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.

PATEL, V. A Movement for Global Mental Health. **Global Social Policy: An Interdisciplinary Journal of Public Policy and Social Development**, v. 8, n. 3, p. 301–304, 2008.

PATEL, V. et al. **Global Mental Health: Principles and Practice**. New York, NY: Oxford University Press, 2014.

PEREIRA, M. O. et al. Efetividade da intervenção breve para o uso abusivo de álcool na atenção primária: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 3, p. 420–428, jun. 2013.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1903–1914, jun. 2018.

PRINCE, M. et al. No health without mental health. **Lancet (London, England)**, v. 370, n. 9590, p. 859–877, set. 2007.

RAJENDRAM, R.; LEWISON, G.; PREEDY, V. R. Worldwide alcohol-related research and the disease burden. **Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)**, v. 41, n. 1, p. 99–106, fev. 2006.

SANTOS, L. P. R. DOS et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde, 2008-2015: uma análise do impacto da expansão da ESF na cidade do Rio de Janeiro. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 26, n. 2, p. 178–183, jun. 2018.

SCHNEIDER, D. R.; LIMA, D. S. Implicações dos modelos de atenção à dependência de álcool e outras drogas na rede básica em saúde. **Psico**, v. 42, n. 2, 25 maio 2011.

SCHUCKIT, M. A., et al. Evolution of the DSM diagnostic criteria for alcoholism. **Alcohol Health & Research World**, v. 15, n. 5, p. 278-283, 1991.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SMS). **Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (PMS-RJ) 2014-2017**. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS_20142017.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2019.

_____. **Álcool e Outras Drogas: Tratamento e acompanhamento de pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas**. Guia de Referência Rápida, 2016.

SILVA SOUZA, L. G. et al. Perceptions of Primary Health Care professionals towards

alcoholic patients: an exploratory study in a Brazilian municipality. **Universitas Psychologica**, v. 14, n. 3, 29 nov. 2015.

SILVA, N. C. DA; GIOVANELLA, L.; MAINBOURG, E. M. T. The family in the practices of Family Health teams. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 2, 2014

SILVEIRA, P. S., MARTINS, L. F., RONZANI, T. M. Moralização sobre o uso de álcool entre agentes comunitários de saúde. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 11, p. 62-75, 2009.

SORANZ, D.; PINTO, L. F.; PENNA, G. O. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1327–1338, 2016.

SOUZA L.G.S. et al. O alcoolismo, suas causas e tratamento nas representações sociais de profissionais de Saúde da Família. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, 1335-1360, 2015.

SOUZA M. L. P. Expansão do Programa Saúde da Família (PSF) e identificação de problemas relacionados ao uso de álcool no Brasil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 27, n. 5, 342-343, 2005.

SOUZA, I. C. W. DE; RONZANI, T. M. Álcool e drogas na atenção primária: avaliando estratégias de capacitação. **Psicologia em Estudo**, v. 17, n. 2, p. 237–246, jun. 2012.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

STRATHERN, M. O efeito etnográfico e outros ensaios. Tradução de Iracema Dulley, Jamille Pinheiro e Luísa Valentini. São Paulo: Cosac Naify, 2014.

SUMAR, N.; FAUSTO, M. C. R. Atenção Primária à Saúde: a construção de um conceito ampliado. **JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care | ISSN 2179-6750**, v. 5, n. 2, p. 202–212, 17 jul. 2014.

SUMMERFIELD, D. Afterword: against “global mental health”. **Transcultural Psychiatry**, v. 49, n. 3–4, p. 519–530, jul. 2012.

THEOBALD, S. et al. Implementation research: new imperatives and opportunities in global health. **The Lancet**, v. 392, n. 10160, p. 2214–2228, 17 nov. 2018.

TOMLINSON, M. et al. Setting priorities for global mental health research. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 87, n. 6, p. 438–446, jun. 2009.

VARGAS, D. et al. Padrões de consumo de álcool de usuários de serviços de atenção primária à saúde de um município brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 1, p. 17–25, jan. 2014.

VELHO, G. **Individualismo e Cultura: Notas para uma antropologia da sociedade contemporânea**. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1987.

_____. **Nobres e anjos** – um estudo de tóxicos e hierarquias. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 1998

_____. O estudo do comportamento desviante: a contribuição da antropologia social. In: VELHO, G. **Desvio e Divergência: uma crítica da patologia social**. 5. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1985.

_____. **Um antropólogo na cidade: ensaios de antropologia urbana**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2013.

VÍCTORA, C. G., KNAUTH, D. R., HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

WHO. World Health Organization. **Global status report on alcohol and health - 2014 ed.** Geneva: World Health Organization, 2014.

_____. **Global status report on alcohol and health 2018**. Geneva: World Health Organization, 2018.

_____. **Global strategy to reduce the harmful use of alcohol**. Geneva: World Health Organization, 2010.

_____. **Mental health: new understanding, new hope**. repr ed. Geneva: World Health Organization, 2002.

_____. **mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP) – version 2.0**. Geneva: WHO, 2016.

_____. **The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines**. Geneva, Switzerland World Health Organization, 1992.

WOOD, A. M. et al. Risk thresholds for alcohol consumption: combined analysis of individual-participant data for 599 912 current drinkers in 83 prospective studies. **Lancet**, v. 391, n. 10129, p. 1513–1523, 2018.

ZENOBI, D. O antropólogo como ‘espião’: das acusações públicas à construção da perspectiva nativa. **Mana: Estudos de Antropologia Social**, v. 16, n. 2, p. 471-499, 2010.

ZORZANELLI, R. T.; ORTEGA, F.; BEZERRA JÚNIOR, B. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 6, p. 1859–1868, jun. 2014.

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada “Uso de álcool na Estratégia Saúde da Família: uma outra perspectiva das lacunas de tratamento”, conduzida por Vitor Aguiar Lobato de Carvalho. Este estudo tem por objetivo descrever e analisar as perspectivas e práticas de profissionais da Estratégia Saúde da Família relativas à identificação, abordagem e cuidado de pessoas com problemas de saúde relacionados ao uso de álcool.

Você foi selecionado(a) pela sua potencial contribuição a este estudo, relacionada à sua experiência na Estratégia Saúde da Família e por atuar em uma das unidades de saúde escolhidas para esta pesquisa. A sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

Poderá haver riscos mínimos para sua saúde em decorrência de sua participação na pesquisa, essencialmente na forma de incômodos emocionais, como por exemplo, se sentir emocional ou fisicamente desconfortável devido às questões implicadas, ao tempo despendido na extensão das respostas à entrevista, à observação de consultas e outras atividades de trabalho. Pode haver também constrangimento diante de uma questão ou mais e da gravação em áudio. A participação não é remunerada nem implicará em gastos para os participantes. Eventuais despesas de participação poderão ser custeadas ou ressarcidas pela pesquisa.

Sua participação nesta pesquisa poderá ocorrer de duas formas, descritas a seguir:

- A. Entrevistas: você será entrevistado com perguntas abertas sobre seu trabalho na estratégia saúde da família, especialmente na abordagem e tratamento de pessoas com problemas de saúde relacionados ao uso de álcool. Você poderá responder livremente, sem limite de tempo ou informações, em local, data e horário que considerar mais apropriado. A entrevista será conduzida pelo pesquisador responsável e será gravada somente em áudio. O roteiro da entrevista se encontra disponível para sua consulta e aborda a sua experiência nas práticas de cuidado a pessoas com problemas de saúde relacionados ao uso de álcool oferecidas pela equipe de saúde da família.
- B. Observação de consultas, visitas domiciliares e outras atividades de trabalho de sua equipe de saúde da família: você será observado pelo pesquisador em atividades de trabalho na estratégia saúde da família, incluindo consultas, visitas domiciliares, reuniões de equipe e atividades de matriciamento. O pesquisador atuará apenas com observação e redação de anotações, permanecendo em silêncio e sem intervir nestas atividades. A presença do pesquisador também deverá ser autorizada pelo paciente ou outros profissionais que dela participem. A qualquer momento, poderá ser solicitado que o pesquisador interrompa a observação e se retire do espaço em que se deem as atividades.

Todos os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação.

O pesquisador responsável se comprometeu a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos ou instituições participantes. O material decorrente das observações e entrevistas (anotações, gravações e transcrições) serão guardados como arquivos digitais por um ano após

o término da pesquisa em computador pessoal do pesquisador responsável e, imediatamente após o término deste prazo, serão apagados.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável / coordenador da pesquisa. Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos do pesquisador responsável: Vitor Aguiar Lobato de Carvalho, estudante de mestrado do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da UERJ. Endereço: Instituto de Medicina Social/UERJ, Rua São Francisco Xavier, 524, Pavilhão João Lyra Filho, sl. 7023, BL. D , 7º andar, Maracanã, Rio de Janeiro CEP 20550-013. E-mail: vitorlobatocarvalho@gmail.com. Tel.:(21) 99358-7406.

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524 – sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro, CEP 20559-900, telefone (21) 2334-0235, ramal 211. E-mail: cep.ims.uerj@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde - Rio de Janeiro: Rua Evaristo da Veiga, 16 – 4º andar – Sala 401, Centro, Rio de Janeiro, CEP 20031-040, telefone (21) 2215-1485. E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br ou cepmsrj@yahoo.com.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar da(s) atividade(s) de pesquisa assinalada(s) e rubricada(s) por mim a seguir:

- Entrevistas: _____ (rubrica do participante)
- Gravação das entrevistas: _____ (rubrica do participante)
- Observação de atividades de trabalho, inclusive consultas: _____ (rubrica do participante)

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do pesquisador: _____

ANEXO B - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Identificação Pessoal

- 1) Quantos anos você tem?
- 2) Em que ano você se formou?
- 3) Há quanto tempo você está nesta unidade?
- 4) Você já teve treinamento em Saúde Mental na Atenção Primária fornecido pelo município (SUS)?
- 5) Você já teve treinamento em Saúde Mental na Atenção Primária por iniciativa própria (seminários, congressos, etc.)?
- 6) Há quanto tempo você lida com situações de uso de álcool na Estratégia Saúde da Família (ESF)?

Experiências na Unidade de Saúde

- 7) O que você mais gosta no cuidado aos pacientes nesta unidade?
- 8) O que é difícil no cuidado aos pacientes nesta unidade?

Experiências no cuidado aos problemas relacionados ao uso de álcool

- 9) Quando o uso de álcool é problemático?
- 10) Em que medida o uso de álcool é um problema no território atendido por sua equipe?
- 11) Até que ponto o álcool é um problema para pacientes e famílias que vêm à unidade?
- 12) E em relação àquelas pessoas que não vêm à unidade, em que medida o uso de álcool seria um problema?
- 13) Você acha que existem muitas pessoas com esse problema que não procuram ajuda ou que não são identificadas? Se sim, por quê?
- 14) Você conhece lugares ou instituições em seu território onde as pessoas procuram ajuda para problemas relacionados ao uso de álcool além das unidades de saúde?
- 15) Você pergunta sobre o uso de álcool nos atendimentos?
- 16) Você pode descrever algumas estratégias que você e a sua equipe utilizam para tratar uso

de álcool problemático?

17) Você tem dificuldade em abordar ou perguntar sobre o uso problemático de álcool nos atendimentos? Se sim, você utiliza algum instrumento padronizado?

18) Você às vezes tem dificuldade para iniciar o tratamento para problemas com álcool? Se sim, o que dificulta isso?

19) Quando você (e sua equipe) encaminham pacientes com uso de álcool problemático? Para quais locais eles são encaminhados?

20) Nos atendimentos, você tem visto uma relação entre o álcool e o sofrimento emocional? Como isso aparece?

21) Quais são as semelhanças e diferença entre o uso problemático de álcool e de outras drogas?

22) O uso problemático de álcool é menos diagnosticado pelos profissionais de saúde do que outros transtornos mentais, como a depressão e a esquizofrenia. Por que você acha que isso acontece?

23) Como você percebe a relação entre álcool e violência interpessoal? Como isso aparece nos atendimentos?

24) Você considera que tem alguma diferença entre tratamento de pessoas com uso problemático de álcool e de doenças como a hipertensão e o diabetes? Se sim, qual a diferença?

25) Quais são os aspectos mais difíceis no cuidado a pessoas com uso de álcool problemático?

26) Se você tivesse um poder mágico e pudesse fazer alguma coisa para facilitar o cuidado às pessoas com uso problemático de álcool, o que seria?

Outras questões relacionadas

27) O que você entende por alcoolismo e alcoólatra?

28) Como você entende a expressão "beber socialmente"?

29) Você acha que existem diferenças no uso (problemático ou não) de álcool em homens e mulheres? Se sim, quais?