

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Vitor Sergio Alves Ferreira

**APROXIMAÇÃO DO USUÁRIO ALCOOLISTA À ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA
PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Vitor Sergio Alves Ferreira

**APROXIMAÇÃO DO USUÁRIO ALCOOLISTA À ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA
PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado APROXIMAÇÃO DO USUÁRIO ALCOOLISTA À ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO de autoria do aluno **Vitor Sergio Alves Ferreira** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Atenção Psicossocial.

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

DEDICATÓRIA

Dedico esse projeto aos usuários alcoolistas, seus familiares e aos profissionais de saúde da atenção primária. Embora seja uma pequena contribuição diante da imensidão de facetas que compõem essa temática, também poderá ser a luz que iluminará os profissionais de saúde a encontrar um novo caminho para melhor conduzir suas abordagens, condutas e um novo olhar para o usuário alcoolista, que no momento ainda encontra-se como um ser humano sem perspectiva na atenção primária à saúde.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a Deus que proporcionou essa possibilidade de ampliar meus conhecimentos e com isso oportunizou ser um profissional melhor. Não poderia esquecer a psicóloga Tânia que compõe o núcleo de apoio à saúde da família da unidade onde atuo, pois foi através dela que tive informação sobre o curso. Muito obrigado a todos que atuaram na proposta do curso, na sua efetivação, aos tutores que estiveram presentes em Belo Horizonte, aos usuários alcoolistas que me possibilitou ter uma visão ampliada diante suas condições de falta de apoio e abandono. Também agradeço a Enfermeira tutora Zannis Benevides que sempre esteve à disposição para melhor condução da proposta, a coordenadora do curso e também orientadora desse projeto, Profa. Dra. Vânia Backes, por ter assumido uma responsabilidade imensa do projeto de especialização em linhas de cuidado em enfermagem e, sobretudo pela dedicação das orientações para conclusão do TCC, sempre muito disponível, humana e muito presente apesar da modalidade do curso.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	08
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	11
3 MÉTODO.....	17
4 RESULTADOS.....	21
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	24
REFERÊNCIAS.....	26
ANEXO.....	27

RESUMO

O uso do álcool pelo homem está marcado pelos aspectos históricos, culturais, sociais e econômicos. Embora aceito socialmente como droga lícita, o efeito do álcool, vai diferenciar conforme a classificação em uso, abuso ou tolerância. Embora a OMS recomende ações que promovam a assistência no nível de cuidados primários referente ao alcoolismo, esse nível de atenção à saúde pouco tem mostrado a efetivação dessa orientação. O consumo do álcool está relacionado com várias doenças, agravamento de doenças crônicas, além de um impacto na vida familiar, social, afetiva e psicológica. O presente projeto de intervenção tem como objetivo promover a aproximação dos usuários alcoolistas à unidade básica de saúde, implementando intervenções breves propostas pela OMS, realizadas pelo enfermeiro, além de oferecer um acompanhamento sistemático aos usuários e familiares com atendimento médico, psicológico e acompanhamento com serviço social. As intervenções breves foram propostas na década de 70, buscam aconselhar, orientar e propor metas a ser alcançadas juntamente com os alcoolistas conforme o grau de motivação em que se encontram. Será utilizado o instrumento proposto pela OMS, AUDIT que fará a determinação do risco em que se encontra o usuário alcoolista. Os resultados levarão em consideração a pontuação do AUDIT antes e após as intervenções. O projeto evidenciou que embora exista vários entraves na sua efetivação, ter conhecimento sobre a temática e realizar uma proposta pautada em uma metodologia adequada, ameniza as dificuldades e possibilita um novo caminho para o alcoolista, seus familiares e a sociedade.

1 INTRODUÇÃO

O álcool é consumido pelo homem desde a antiguidade e sempre teve garantido seu lugar de privilégio em vários espaços na sociedade e na cultura. De acordo com as questões históricas, econômicas e sociais, o álcool sofreu seu modo de relacionar com a sociedade. Com o passar dos anos o álcool mostrou sua dupla face: a substância que alegra, mas também é responsável por violência e influências negativas no aspecto social, desencadeando discussões sobre seus aspectos legais, proibitivos e questões relacionadas com alcoolismo (Gigliotti, 2004).

O alcoolismo pode ser entendido como um conjunto de alterações físicas e mentais em decorrência do uso abusivo de bebidas alcoólicas. Somente após a revolução industrial é que o uso excessivo de álcool foi percebido como um problema de saúde e social, em decorrência da produção e industrialização do álcool destilado (Filglie, Bordin e Laranjeira, 2004, Ramos e Woitowitz, 2004). Na atualidade, o consumo em excesso do álcool é resultado do encontro da tradição e a indústria capitalista de psicoativos (Gurgel, 2010).

Quando se discute alcoolismo é importante esclarecer que existe diferença entre uso, abuso, tolerância e dependência. O uso é qualquer ingestão de álcool, pode também ser usado o termo uso de baixo risco, que é a situação que ocorre seguindo as orientações médicas e legais, não resultando em comprometimento relacionado ao uso do mesmo. O abuso de álcool é usado quando se tem qualquer nível de risco. A tolerância é a necessidade de uso cada vez maior das doses e a dependência ocorrerá tanto mais intenso for o grau de tolerância do álcool (Scali e Ronzani, 2007).

Com relação aos dados de consumo de drogas no Brasil tem-se que, 8,8% é referente ao uso de maconha e 2,9% de cocaína. A soma do uso da maconha e cocaína soma 13,8%, que seriam as drogas mais preocupantes. Se levar em consideração o uso de drogas lícitas como, por exemplo, o álcool e tabaco, as cifras ficariam em 13,8% para o álcool e 24,3% para o tabaco (Carlini, 2012).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001), aproximadamente 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consomem substâncias psicoativas de maneira abusiva. Álcool e tabaco têm a maior prevalência global, o que traz conseqüências sérias para a saúde pública mundial. Aproximadamente, 20% dos pacientes tratados na

atenção primária da saúde fazem uso do álcool em um nível considerado de alto risco e são pouco detectados. O foco da atenção primária está voltado para as doenças clínicas (MS, 2004).

Com relação aos profissionais de saúde, existem diversos entraves para diagnosticar, tratar ou encaminhar os usuários que apresentam complicações decorrentes do consumo do álcool. Os profissionais apresentam déficit de conhecimento, além da visão negativa do referido usuário e de suas perspectivas evolutivas. O estigma, a exclusão, o preconceito, a discriminação são agravantes para a morbidade e situação de comprometimento global que acomete tais pessoas (MS, 2004).

O Relatório Mundial da Saúde – Saúde Mental: Nova concepção, Nova Esperança (OMS, 2001), traz como primeira recomendação para ações na área de saúde mental /álcool e drogas, a promoção da assistência em nível de cuidados primários (MS, 2004).

Baseado na recomendação da OMS, 2001, e percebendo que a assistência aos usuários alcoolistas na atenção primária deixa lacunas, no que se refere ao acompanhamento sistemático, é que se encontra a proposta de vincular esse usuário à equipe de saúde da atenção primária e realizar um acompanhamento sistemático da sua saúde.

O usuário alcoolista muitas vezes tem co-morbidades associadas ou isoladas do uso do álcool que podem ficar sem acompanhamento dos profissionais de saúde devido usuário não manter uma constância de uso do serviço de saúde.

Segundo a política do ministério da saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, as análises de dados relativos aos custos decorrentes do consumo de álcool são de grande magnitude, além de sua relação com violência (MS, 2004).

Diante o exposto será adotado como fio condutor desta proposta a seguinte questão: É possível aproximar o usuário alcoolista à atenção primária e reduzir danos devido ao uso do álcool?

Dessa forma o objetivo do presente projeto de intervenção consiste em: promover a aproximação dos usuários alcoolistas à unidade básica de saúde, realizando intervenções breves (IBs) e oferecendo acompanhamento sistemático, inclusive para os familiares, possibilitando reduzir os danos tanto para o próprio usuário, familiares e, conseqüentemente, para a sociedade em geral.

Diante do estigma existente, crenças errôneas que o alcoolista não responde à tratamento, além das limitações dos profissionais de saúde em lidar com essa temática, é que se encontra a importância desse projeto. O mesmo buscará desmistificar a questão do alcoolismo como algo impossível de ser abordado na unidade básica de saúde, além de implementar ações que visem a redução de danos conforme orientações da política vigente. Conhecendo a repercussão que o alcoolismo trás na vida familiar, social, afetiva e buscando colaborar com a mudança de paradigma é que se encontra essa proposta. Assim sendo, esse projeto de intervenção apresenta relevância social, científica e política.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A origem e descoberta do álcool remontam desde antiguidade, passando por civilizações gregas, romanas, hindus, egípcias, entre outras. Também tem uma relação de adoração com Deuses do olimpo Baco e Dionísio, que utilizam no durante as orgias. A produção de bebidas alcoólicas não requer tecnologia sofisticada, haja vista a questão da antiguidade no que se refere a destilação de bebidas, a obtenção de maior quantidade de álcool tem sua origem na China antiga, século XVIII (Harichaux e Humbert, 1978).

Para permissividade do consumo de álcool, seus efeitos negativos foram muitas vezes disfarçados com mitos, por exemplo: o álcool dá força, faz bem ao coração, entre outros. Em decorrência das crenças sociais e culturais, o indivíduo é influenciado em não reconhecer o alcoolismo como um problema, além de reforçar a aceitação do uso do álcool (Landeiro, 2011).

No século XIX iniciou a relação do álcool com doenças, através dos trabalhos de Thomas Sutton relativo ao delirium tremens e Magnus Huss com o trabalho sobre alcoolismo crônico (Pinto e Melo, 1993).

Com relação à dependência, Kaplan e Sadock (1998), ressalta que a dependência alcoólica tem relação com o meio familiar e que os descendentes exibem alto risco de desenvolver abuso de álcool. Ainda destacam que a sensibilidade a esse tipo de bebida tem relação com as diferenças étnicas e culturais, mas as principais causas de alcoolismo têm relação com fatores sociais, psicológicos e genéticos.

Existem modelos explicativos em relação ao alcoolismo. O modelo espiritual, médico, biopsicossocial, cognitivo de Beck, aprendizagem social e cognitivo-comportamental. O modelo espiritual atribui o alcoolismo a algo superior, o modelo médico relaciona com a genética, a abordagem biopsicossocial surgiu nos anos 70, fala a favor da multiplicidade de determinantes, no modelo cognitivo de Beck o sujeito é influenciado por crenças antecipatórias relacionadas ao uso do álcool, no modelo de aprendizagem social o indivíduo recebe influências do reforço positivo (efeitos imediatos), mediação cognitiva (normas pessoais) e modelagem (observação de comportamento) e no modelo cognitivo-

comportamental leva em consideração um padrão socialmente aprendido e estimulado pela ingestão de álcool excessivo (Landeiro, 2011).

O consumo abusivo do álcool desenvolve um conjunto de distúrbios físicos e transtornos mentais, conhecido com alcoolismo. Esse transtorno desencadeia prejuízos individuais e sociais. Tal consumo tem sido considerado um problema de saúde pública no mundo todo (Ramos e Bertelote, 1997).

O conceito de alcoolismo associado à doença foi descrito pela primeira vez no século XIX por Magno Huss. Entre os problemas de saúde associados ao uso do álcool destaca-se: hepatite, pancreatite, miocardite, cirrose, hipertensão, desnutrição, distúrbios neurológicos, alterações de memória e lesões no sistema nervoso central, além de outros (Figlie et al., 2004).

No ocidente a população que consome álcool está na faixa de 90%, desse grupo 10% apresentarão uso nocivo e outros 10% serão dependentes, ou seja, em cada 5 pessoas em uso de álcool, um terá problema de saúde (Ramos e Woitowitz, 2004).

O álcool depois de ingerido alcança rapidamente o sistema nervoso central, interferindo em funções como julgamento, pensamento e senso crítico. A intoxicação aguda desencadeia quadro de euforia, comportamento expansivo, propensão a comportamentos agressivos, dificuldade de equilíbrio, coordenação motora e fala. Em níveis de maior concentração pode levar ao quadro de coma, morte em decorrência a depressão do sistema respiratório (Beck, Wright, Newman e Liese, 1993, Pliszka, 2004).

A relação patológica do indivíduo com o álcool recebe o nome de síndrome da dependência de álcool, e caracteriza por valorização do comportamento de beber sobre os demais aspectos da vida, além de tolerância ao álcool, quadros repetidos de abstinência e percepção subjetiva da necessidade de beber (Edwards et al., 1999).

A síndrome de dependência do álcool pode desencadear a síndrome de abstinência alcoólica que nada mais é do que adaptação feita pelo sistema nervoso central às substâncias psicoativas. É um quadro secundário à falta da bebida, essa interrupção que pode ser parcial ou total do consumo etílico, se manifesta através de tremores, náuseas, sudorese, perturbação do humor, pesadelos, alucinações, agitação e ansiedade. O aumento da morbidade e mortalidade relacionado ao consumo etílico tem relação com a síndrome de abstinência (Maciel e Kerr-Corrêa, 2004).

O consumo de drogas psicoativas tem impacto no que se refere ao mercado de bebidas alcoólicas, acidentes de trânsito, violência, criminalidades, comportamento que compromete o convívio social, inclusive no campo do trabalho. Tal consumo ocasiona um gasto elevado para o sistema de saúde com tratamentos e assistência social (Pereira, 2012).

O tratamento e assistência ao alcoolista estão dentro do contexto da saúde mental. O surgimento de uma política referente às questões da saúde mental, visto como problema do Estado brasileiro é produto tanto da realidade da saúde mental quanto de revisões jurídicas e sociais, buscando solucionar problemas inclusive da exclusão social. As leis federais 10216/01 e 10 708/03, marcos da política de saúde mental, tem como proposta uma política que garanta os direitos e a inclusão (Gurgel, 2010).

Dentro da proposta do ministério da saúde (MS) para a reabilitação do alcoolista encontram-se os centros de atenção psicossocial (CAPS), especificamente para usuários de álcool e outras drogas, conhecidos como CAPS-ad. Vale ressaltar que o CAPS-ad tem suas ações propagadas para a família dos pacientes, incluindo-os na rede de apoio e redução de danos. As intervenções breves (IBs) têm sido uma das principais estratégias adotadas para os alcoolistas, porém, para que tenham eficácia é necessário treinamento competente e hábil aos profissionais que a aplicarão (Gurgel, 2010).

As IBs foram propostas por Sanches-Craig e colaboradores, no Canadá em 1972. Utilizaram a aplicação de quatro sessões focalizadas e simples, na ocasião observaram uma redução imediata do consumo de álcool em dependentes graves, alcançando melhora na saúde, quando comparada a uma amostra semelhante de pacientes que não estavam em tratamento. As IBs incluem a identificação e dimensionamento de problemas ou riscos através de instrumento padronizado, associado de oferecimento de aconselhamento, orientação e em algumas situações realizar o acompanhamento sistemático do paciente, visando o sucesso em atingir metas propostas por ele mesmo (Jomar, 2012).

As IBs são compostas por seis elementos essenciais, identificadas por FRAMES, em decorrência das palavras que orientam seu desenvolvimento: feedback, responsibility, advice, menu, empathic e self-efficacy. Na atenção primária à saúde, as IBs podem servir como forma direta de tratamento de pessoas que fazem uso de risco ou uso nocivo de álcool e como forma intermediária na condução de casos mais graves que necessitam encaminhamento para outros serviços (Jomar, 2012).

Vale ressaltar que as IBs são diferentes e não devem ser confundidas com terapias breves. A diferença entre elas estão relacionadas à amplitude das metas de tratamento. As IBs tem como objetivo detectar o problema e motivar o usuário a alcançar determinadas metas propostas por ele mesmo, objetivando através da informação sobre os riscos associados ao uso do álcool, melhorar seu auto cuidado (Marques, 2004).

Tendo em vista a perspectiva das IBs, introduziu-se a abordagem da motivação. O estágio motivacional que se encontra o alcoolista é considerado um fator preditor de efetividade no tratamento. Assim sendo, a motivação precisa ser avaliada e adequada para a ação (Marques, 2004). As IBs são práticas que tem como objetivo identificar o problema relacionado com o uso do álcool, esclarecendo que esse problema pode ser real ou potencial, e motivar o usuário a tomar atitude, conseqüentemente encontrando uma solução (OMS, 2001).

As IBs serão pautadas na entrevista motivacional, proposta por Miller & Rollnick (2008), que busca auxiliar nos processos de mudanças comportamentais através da resolução da ambivalência. Essa técnica não é confrontativa, é baseada na empatia e leva em consideração que toda mudança passa por estágios motivacionais.

As fases são as seguintes: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção. Na fase de pré-contemplação o usuário não tem consciência dos problemas relacionados ao álcool, portanto acredita que nada vai acontecer com ele, inclusive resiste ou nega as conseqüências trazidas pelo uso da substância. Nessa fase não respondem a conselhos de mudanças, devendo fornecer apenas informações para encorajá-lo a mudar, conhecido como feed-back. Na fase de contemplação ocorre uma ambivalência em relação ao consumo do álcool, ou seja, percebe coisas boas e coisas ruins. Nesse momento deve-se ajudar o usuário a reconhecer sua força, habilidades e possibilidades de mudanças. Deve-se sugerir estratégias que auxiliarão a parar ou diminuir o consumo. Nesse momento, entra a questão do menu, oferecendo opções dentro do serviço de saúde. Na fase da preparação o usuário já decidiu mudar e planeja agir. Deve se discutir a forma, escolher o objetivo e dar conselhos e encorajá-lo. Quando o usuário percebe que seus problemas têm solução e acredita ser capaz de mudar, encontra-se na fase da ação. Nessa fase é o momento de realizar negociações, objetivos e metas. A sugestão de estratégias de mudança deve ser realizada, inclusive ajudar identificar situações de risco. Na fase da ação é o momento de desenvolver um plano de ação, que poderá ser reduzir ou parar, conforme proposta realizada pelo próprio usuário. A última fase, também

a mais difícil é a manutenção, onde é reorganizado o estilo de vida. Nesse momento o usuário deve ter consciência da possibilidade de recaída. Caso ocorra é necessário verificar em qual estágio anterior se encontra e reiniciar o processo (OMS, 2001).

Para realização das IBs é necessário utilizar instrumento para nortear sua execução. O instrumento escolhido para a intervenção proposta é o AUDIT, instrumento proposto pela OMS, divide-se em dez questões. Os primeiros três pontos avaliam a quantidade e a frequência do consumo regular e ocasional de álcool. As três questões seguintes centram-se sobre a ocorrência de possíveis sintomas de dependência, e as quatro últimas perguntas dizem respeito sobre os problemas recentes e passados associados ao consumo do álcool (OMS,2001).

A OMS (2001) ainda estratifica o nível de risco conforme as zonas I, II, III e IV. As zonas são divididas conforme a pontuação do AUDIT, respectivamente 0-7, 8-15, 16-19 e 20-40 pontos. Como intervenção é proposto educação sobre o álcool para zona I, aconselhamento simples para zona II, para zona III o aconselhamento simples e aconselhamento breve mais monitorização constante e zona IV o encaminhamento para diagnóstico, avaliação e tratamento especializado.

Para o MS (2003), reconhecer o consumidor, suas características e necessidades, exige a busca de novas estratégias de contato e de vínculo, inclusive seus familiares, para que seja possível desenhar e implantar programas de prevenção, educação, tratamento e promoção conforme as diferentes necessidades. Ainda reforça que a abstinência não pode ser o único objetivo a ser alcançado. Os profissionais de saúde devem acolher sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, qual a demanda do usuário, o que pode ser feito, o que deve ser feito, levando em consideração a importância de sempre estimular a sua participação e o seu envolvimento na proposta.

3 MÉTODO

Para desenvolver a proposta desse trabalho, o mesmo será baseado na metodologia abaixo. Segundo Minayo (2010), metodologia é o caminho do pensamento e a prática realizada na abordagem da realidade. Sua importância ocupa lugar central na execução do trabalho científico. Ainda com relação à metodologia, reforça que é um conjunto de técnicas e deve dispor de um instrumental claro, coerente, elaborado, capaz de encaminhar os impasses teóricos para o desafio da prática.

Características do local de desenvolvimento do projeto de intervenção

1- Descrição de recursos humanos

Unidade composta de 04 equipes de programa de saúde da família, portanto 04 médicos, 04 enfermeiros, 08 auxiliares de enfermagem e 24 agentes comunitários de saúde. Possuem 01 equipe do núcleo de apoio ao programa de saúde da família (NASF) composta de 01 psicólogo, 01 nutricionista, 01 farmacêutica, 01 fisioterapia, 01 terapeuta ocupacional e 01 fonoaudióloga. A unidade também possuem 02 auxiliares de enfermagem de apoio, 03 dentistas, 03 auxiliares de consultório dentário e 01 técnica de saúde bucal. O Serviço de zoonose é composto de 06 profissionais. A unidade conta com 02 profissionais para o serviço de higienização, 02 porteiros e 01 guarda municipal. O serviço social possui apenas uma profissional. A unidade encontra-se sob a gerência de um profissional médico e conta com o apoio de um clínico de apoio, 01 ginecologista e 02 pediatras.

2- Espaço físico

A unidade possui uma recepção composta por sala de espera, 01 sala para agendamento de exames e consultas especializadas, 01 sala para agendar consultas na unidade e recepcionar os usuários no sistema de atendimento do serviço, 01 sala para arquivo dos prontuários. Além disso, uma sala para farmácia, 01 sala para depósito de materiais, 01 sala de medicação, 01 sala para coleta de exames e 01 consultório com banheiro na parte da frente da unidade. Estes locais ficam separados com uma divisória do restante da unidade. Após a divisória existem 05 consultórios sendo 02 com banheiro, uma sala com 03 cadeiras odontológicas, 01 sala de

curativo, 01 sala de vacina e 02 banheiros. Tem uma rampa que faz a comunicação destes espaços descritos com a sala da gerência, 01 sala de reunião, 01 cozinha e 2 banheiros, sendo 01 na sala da gerência. Abaixo na rampa na área externa existe vagas cobertas para 05 carros, 01 sala para zoonose, 01 banheiro para zoonose e 01 pequeno cômodo para guarda de venenos. A área externa comporta 6 carros.

3- Caracterização do espaço físico e população do bairro:

Taquaril é um bairro localizado na zona leste da capital mineira. É um bairro de classe social baixa, que se iniciou em meados de 1986, quando por doação política incentivou a vinda de grande número de pessoas do interior do estado. Atualmente ainda é um forte fator de influência na vinda de pessoas de outros estados, destacando Bahia e Piauí. O local é caracterizado por tragédias marcadas por intermédio de traficantes de gangues rivais. Apresenta uma população de 30.713 habitantes, taxa de analfabetismo encontra-se na faixa de 10,41%. O bairro é permeado pela violência doméstica, sexual, física, psicológica e mental. A prática de homicídio faz parte do cotidiano da população, existindo, portanto, um grande número de mulheres com filhos abaixo de 3 anos cujo os maridos se encontram detidos.

4- Problemas detectados – relacionados ao espaço físico do bairro e população

- Violência
- População ameaçadora
- Alto índice de vulnerabilidade social
- Situação de risco para acidente geológico
- Baixo índice de escolaridade
- Baixa renda
- Dependência dos programas sociais
- Alto índice de portadores de sofrimento mental, incluindo nesses os drogaditos lícitos e ilícitos.
- Alto índice de doenças crônicas não transmissíveis

Fases de desenvolvimento do projeto de intervenção de acordo com os objetivos específicos:

1 Inclusão dos usuários alcoolistas

Esse projeto buscará atender usuários alcoolistas das 4 ESF. Inicialmente será realizada reunião para sensibilizar os agentes comunitários de saúde (ACS), além de informar a proposta de intervenção. O mesmo procedimento será realizado com a equipe de enfermagem. Serão aceitos os usuários encaminhados pelas ESF ou que procurem a UBS, com demanda relacionada ao uso de álcool. Em um primeiro momento será apresentando a proposta do projeto, evidenciando que o objetivo é oferecer uma assistência de saúde com qualidade aos participantes. Os critérios de inclusão serão usuários que pertençam à área de abrangência do bairro Taquaril, que façam uso de álcool e queiram participar do projeto.

2 Atendimentos Multidisciplinares:

Enfermagem: O enfermeiro fará 3 consultas individualizadas, no primeiro atendimento será realizada aplicação do teste proposto pela organização mundial de saúde (OMS), AUDIT (teste para identificação de problemas relacionados ao uso de álcool) para estratificar o uso de álcool. As entrevistas seguirão a proposta da entrevista motivacional e realização de intervenções breves propostas pela OMS. A IBs, conforme explicitado anteriormente, são identificadas por FRAMES, em decorrência das palavras que orientam seu desenvolvimento: feedback, responsibility, advice, menu, empathic e self-efficacy (Jomar, 2012), no item menu será oferecido ao alcoolista consulta médica, consulta com psicologia, acompanhamento do serviço social, participação em grupo dos participantes, grupo de mulheres que acontece na UBS, serviços que fazem parte da proposta do PSF, orientações de atendimento na rede de saúde pública, como por exemplo, o centro mineiro de toxicologia (CMT).

Medicina: As consultas médicas serão realizadas em número de três encontros, sendo o primeiro encontro avaliação clínica e solicitação de exames laboratoriais (hemograma, funções hepáticas, VDRL, hepatites, HIV) e ultrassonografia abdominal. O segundo encontro será com retorno de exames e abordagem medicamentosa. O terceiro encontro para avaliação da terapêutica medicamentosa.

Assistência social: As avaliações com serviço social serão em número de 2 encontros, onde será avaliado as condições sociais e sua relação com alcoolismo e em segundo momento abordagem do alcoolismo e suas repercussões sociais.

Psicologia: O projeto contará com o trabalho da psicologia nas atividades de grupo terapêutico, juntamente com a participação do enfermeiro. O grupo será homogêneo (somente usuários alcoolistas) e fechado.

3 Espaços de discussão e ampliação do conhecimento para os profissionais sobre o uso do álcool:

Serão 06 encontros, às sextas-feiras às 14 horas no centro de saúde Novo Horizonte, na sala de reunião, onde serão trabalhados conceitos de saúde, doença, família, álcool e demandas surgidas do grupo. A dinâmica será diversificada, com momentos de exposição teórica, outros com trabalhos de grupo enriquecidos com os aportes dos profissionais participantes.

4 RESULTADOS

A população do bairro Taquaril, em Belo Horizonte, caracteriza-se por ser um grupo de alta vulnerabilidade social. Além da infra-estrutura precária de algumas áreas do bairro, a área ainda fica susceptível às intempéries da natureza em épocas de chuvas, pois o relevo favorece ao desabamento do solo e proliferação de doenças. É um bairro marcado pela violência em sentido amplo, especialmente a violência física relacionada ao controle do tráfico. O contato com as drogas faz parte do cotidiano da população em todas as fases da vida. Nesse contexto é comum ocorrer homicídio de jovens e adultos, em decorrência do tráfico. Além das perdas, o mundo das drogas deixa o sofrimento aos pais e familiares que nem mesmo o tempo é capaz de apagar. O álcool como é considerado uma droga lícita oportuniza a vivência de seus efeitos em vários locais do bairro, os famosos bares, funks, forrós, festas e inclusive no ambiente familiar. Além dos ambientes formais de venda de bebidas, existem moradores que vivem de comercializar bebidas alcoólicas clandestinamente. Desse modo é muito comum durante as visitas domiciliares, a ESF encontrar algum morador caído na rua, embriagado e abandonado pelos familiares e também pelos profissionais da saúde. Quando não são vistos na rua devido à embriaguez, são discriminados e abandonados pelos profissionais de saúde dentro da própria unidade básica. Geralmente são percebidos como incapazes de melhorar sob algum aspecto e ficam distanciados dos profissionais devido ao forte odor em decorrência do déficit do auto cuidado. Mais triste é ainda quando se conhece melhor a história de cada um e percebe que o álcool é apenas uma forma de encontrar apoio e falsa alegria, jamais encontrados na sociedade ou perdidos ao longo da vida. Geralmente os alcoolistas têm uma história de perda, abandono, tristeza, falta de perspectiva e nem sequer um olhar humanizado e acolhedor dos profissionais de saúde. De um modo geral os profissionais de saúde oferecem a porta da unidade, mas não para aproximar do usuário alcoolista e sim como forma de distanciamento dos mesmos. Pois, à medida que os profissionais não param para acolher, ouvir sem discriminação e não oferece nenhuma forma de assistência, acaba por solidificar a percepção dos alcoolistas que nada pode ser feito por eles.

Dentro dessa temática do alcoolismo, a literatura contribui com propostas inovadoras na perspectiva da redução do dano. Infelizmente ainda existem inúmeros entraves e poucos fomentos na direção da aproximação dos profissionais de saúde com os alcoolistas. Existem instrumentos validados que facilitam a análise pelos profissionais das situações em que se encontram os alcoolistas e formas eficazes de reduzir os danos do vício. Mas, um dos pontos que dificultam a implementação de tais medidas encontra-se no preparo dos profissionais, suas crenças e estigmas trazidos pela formação deficiente e a percepção dos profissionais da atenção primária que somente os especialistas na temática podem mudar o curso da história dos dependentes alcoólicos.

Diante dessa realidade é que se torna necessário a busca por novos conhecimentos e a efetivação destes na prática. A Atenção psicossocial contribuiu de forma significativa na desmistificação da incapacidade em lidar com os usuários de drogas, entre eles o alcoolista, na atenção primária. Sobretudo esclareceu que as estratégias de intervenção aplicadas ao uso, abuso e tolerância implicam em um processo que exige ser planejado, implantado e implementado juntamente com múltiplas estratégias, buscando a redução de vulnerabilidade além de estimular os fatores de proteção. Vale ressaltar que a atenção psicossocial trouxe a clareza que a redução de danos trás impacto altamente positivo sobre a vasta extensão de problemas associados ao consumo do álcool.

Assim sendo o presente projeto de intervenção surgiu diante as possibilidades explicitadas no decorrer do curso, mostrando que é possível intervir em uma realidade marcada pela vulnerabilidade quando se tem conhecimento que fundamente seu constructo. A implementação desse projeto poderá reduzir o distanciamento existente entre os profissionais de saúde da atenção básica e os alcoolistas. Com essa aproximação será possível construir juntamente dos usuários propostas de redução de danos que no mínimo irão amenizar sofrimento, além de desmistificar o alcoolista como incapaz de melhorar, incapaz de assumir alguma meta e muito menos capaz de ser reconhecido com ser humano que sofre na sua condição de dependente químico.

O projeto de intervenção em questão poderá ser avaliado de maneira quantitativa através dos parâmetros do AUDIT e números de consultas /atendimentos dos alcoolistas na unidade básica de saúde, o que evidencia a aproximação, formação de vínculo e mudança de comportamento.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante a nova perspectiva de redução de danos no que se refere às drogas, no caso o álcool, é que se encontra a magnitude desse projeto. Por meio dessa proposta o usuário alcoolista terá oportunidade de refletir sobre sua relação com o álcool, oportunizando mudança de comportamento e atitudes. Além disso, será possível a desmistificação que o usuário alcoolista é um paciente apenas dos centros especializados e que a atenção primária pode fazer muito pouco por ele. Quebrando esse paradigma, a efetivação do vínculo alcoolista-atenção primária possibilitará as intervenções propostas, proporcionando um espaço onde a autonomia do usuário será promovida juntamente com o favorecimento do autocuidado. É evidente que o álcool talvez seja uma constante na vida do usuário mesmo estando em acompanhamento pela ESF, porém, se houver mudança do nível de tolerância, para abuso, ou de abuso para uso já será representativo diante da realidade de abandono em que se encontram os usuários alcoolistas do projeto em questão. Atualmente são usuários excluídos da atenção primária e sem espaço dentro da ESF. Vale ressaltar que a redução do uso do álcool é uma proposta da OMS dentro dessa nova perspectiva.

Efetivando a proposta do projeto, será um passo para que os profissionais visualizem a importância dessa abordagem na atenção primária e futuramente possa ser incluída no programa informatizado, utilizado hoje na unidade onde está sendo proposta a intervenção. A atenção primária e secundária em Belo Horizonte trabalha com sistema de gestão clínica, composto de vários protocolos. Essa proposta poderá se concretizar através de um protocolo, ou como uma ferramenta dentro da gestão clínica, possibilitando tal abordagem de maneira sistematizada e integrada aos protocolos existentes.

A proposta de aproximação do usuário alcoolista à atenção primária evidenciou o quão despreparado estão os profissionais do referido nível de atenção. Pois, quando foi apresentado o projeto e discutido em reunião a possibilidade de implementação do mesmo. A primeira reação dos profissionais diante a proposta foi de descaso, falta de interesse e evidente descredibilidade do serviço diante o usuário alcoolista. No entanto, após a reunião houve

interesse do grupo de alcoólatras anônimos (AA) que funciona na área do bairro Taquaril, em saber da proposta. Ficou claro que ao invés de fazer parcerias com a saúde, tiveram maior interesse em preservar a filosofia existente que o principal é vencer o vício e não a redução de danos, ou seja, se não for possível parar com o etilismo, nada será feito ao usuário alcoolista. Desse modo, foi observado que a desmistificação e a construção de novos conceitos no referido assunto vai além da unidade básica de saúde e que parcerias na comunidade serão necessárias na mudança de paradigmas e reflexão dos estigmas relacionados com a temática.

Embora as dificuldades, relacionadas com o cuidado ao usuário alcoolista, tenham ficado evidentes na construção desse projeto, foi extremamente gratificante a busca e o amadurecimento sobre o assunto. A construção de novos conhecimentos deve ser uma constante nos profissionais de saúde, pois guarda uma relação estreita com o potencial de mudança no que se refere a sua percepção e atuação diante a realidade do usuário alcoolista. Tais mudanças certamente proporcionarão algum efeito positivo na história de vida dos alcoolistas e o efeito positivo fará parte e será decisivo no processo de reabilitação psicossocial.

REFERÊNCIA

Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F., & Liese, B.S. **Cognitive therapy of substance abuse**. New York: Guilford Press. 1993

BRASIL. **Ministério de saúde**. A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília, 2004.

BRASIL. **Ministério de saúde**. A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília, 2003.

CARLINI, Elisaldo Luís de Araújo. Mitos e dados epidemiológicos a respeito do uso de drogas. **Álcool e outras drogas**. São Paulo. 2012.

EDWARDS, G.; MARSHALL, J. & COOK, C. **O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed.

FIGLIE, Neliana Buzi; BORDIN, Selma; LARANJEIRA, Ronaldo. Como organizar uma história clínica. In: ____ . **Aconselhamento em dependência química**. São Paulo: Roca, 2004 a.

GIGLIOTTI, Analice; BESSA, Marco Antonio. Síndrome **de dependência do álcool: critérios diagnósticos**. Revista psiquiatria, 2004; 22(1): 31/7.

GURGEL, Wildoberto Batista; MOCHEL, Anna Gomide; FILHA, Francidalma Soares Sousa Carvalho. **Caderno Pesquisa**. O abuso do álcool como problema político, São Luís, v. 17, n.1, jan./abr..2010.

HARICHAUX, P.; HUMBERT, J. O alcoolismo. Coimbra, Livraria Almedina, 1978.

JOMAR, Rafael Tavares; ABREU, Ângela Maria Mendes. Intervenções breves para uso problemático de álcool: Potencial de aplicação na prática do enfermeiro. **Revista de enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, p. 386 – 390, jul./set. 2012.

Kaplan, H; SADOCK, B. Manual de psiquiatria clínica. Porto Alegre: Artmed, 1998.

LANDEIRO, Estela Alexandra Neves. De Baco a farrapo... As expectativas e o consumo de álcool. **Psicologia**.2011.

MACIEL, C. & KERR-Corrêa, F. (2004). Complicações psiquiátricas do uso crônico do álcool: síndrome de abstinência e outras doenças psiquiátricas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 26 (supl), 47-50.

MARQUES, Ana Cecília Petta Roselli; FURTADO, Erikson Felipe. Intervenções breves para problemas relacionados ao álcool. **Revista Brasileira Psiquiátrica**, 2004.

ROLLNICK, Stephen; MILLER, William E.; BUTLER, Christopher C. Entrevista motivacional no cuidado da saúde. Ajudando pacientes a mudar o comportamento. Porto Alegre. Artmed, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; NETO, Otávio Cruz; GOMES, Romeu. **Pesquisa social. Teoria, método e criatividade**. Editora Vozes. 24ª Edição.

OMS. Intevención breve para el consume de riesgo y prejudicial de alcohol: Un manual para la utilización en atención primaria. **OMS: Departamento de Salud Mental Y Dependência de Substancias**, 2001.

PEREIRA, Luis. **Álcool e tabaco nos militares em Forças Nacionais Destacadas**. Dissertação em saúde pública. Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2012.

PINTO, A.; MELLO, L. Alcoolismo em Portugal. Revista da Sociedade Portuguesa de Alcoologia, 3 (6): 75-82, 1993.

PLISZKA, Steven R. **Neurociência para clínico de saúde mental**. Porto Alebre: Artmed. 2004.

RAMOS, Sergio de Paula; BERTOLOTE, José Manoel. Alcoolismo hoje. Porto Alegre. 3a edição. Artes médicas, 1997, p. 45.

RAMOS, Sérgio de Paula; WOITOWIT, Arnaldo Broll. Da cervijinha com os amigos à dependência do álcool: uma síntese do que sabemos sobre esse percurso. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo. Vol. 26, n, 1, 2004.

SCALI, Danyelle Freitas; RONZANI, Telmo Mota. Estudo das expectativas e crenças pessoais acerca do uso de álcool. **Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**. Vol. 3, N.1, 2007.

ANEXOS**AUDIT – TESTE PARA IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS RELACIONADOS AO USO DE ÁLCOOL**

Unidade de Saúde: _____

Nome: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

Idade: _____

Data: __/__/__

1. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas?

(0) Nunca [vá para as questões 9-10]

(1) Mensalmente ou menos

(2) De 2 a 4 vezes por mês

(3) De 2 a 3 vezes por semana

(4) 4 ou mais vezes por semana

2. Quantas doses alcoólicas você consome tipicamente ao beber?

(0) 0 ou 1

(1) 2 ou 3

(2) 4 ou 5

(3) 6 ou 7

(4) 8 ou mais

3. Com que frequência você consome cinco ou mais doses de uma vez?

(0) Nunca

(1) Menos do que uma vez ao mês

(2) Mensalmente

(3) Semanalmente

(4) Todos ou quase todas os dias

Se a soma das questões 2 e 3 for 0, avance para as questões 9 e 10

4. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?

(0) Nunca

(1) Menos do que uma vez ao mês

(2) Mensalmente

(3) Semanalmente

(4) Todos ou quase todos os dias

5. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você?

(0) Nunca

(1) Menos do que uma vez ao mês

(2) Mensalmente

(3) Semanalmente

(4) Todos ou quase todos os dias

6. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior?

(0) Nunca

(1) Menos do que uma vez ao mês

(2) Mensalmente

(3) Semanalmente

(4) Todos ou quase todos os dias

7. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?

(0) Nunca

(1) Menos do que uma vez ao mês

(2) Mensalmente

(3) Semanalmente

(4) Todos ou quase todos os dias

8. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?

(0) Nunca

(1) Menos do que uma vez ao mês

(2) Mensalmente

(3) Semanalmente

(4) Todos ou quase todos os dias

9. Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?

(0) Não

(2) Sim, mas não nos últimos 12 meses

(4) Sim, nos últimos 12 meses

10. Algum parente, amigo ou médico já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?

(0) Não

(2) Sim, mas não nos últimos 12 meses

(4) Sim, nos últimos 12 meses

Anote aqui o resultado

Responsável pela aplicação do teste