

**UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ**

**Débora Inácia Ribeiro**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DE  
ENFERMAGEM SOBRE  
O ALCOOLISMO EM UMA CIDADE SERRANA**

**Taubaté - SP**

**2013**

**UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ**

**Débora Inácia Ribeiro**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DE  
ENFERMAGEM SOBRE  
O ALCOOLISMO EM UMA CIDADE SERRANA**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Desenvolvimento Humano: Formação, Políticas e Práticas Sociais da Universidade de Taubaté.

Área de Concentração: Interdisciplinar

Linha de Pesquisa 2: Desenvolvimento Humano, Identidade e Formação.

Orientadora: Profa. Dra. Edna Maria Querido de Oliveira Chamon.

Coorientadora: Profa. Dra. Maria Angela Boccara de Paula.

**Taubaté - SP**

**2013**

**DÉBORA INÁCIA RIBEIRO**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE O  
ALCOOLISMO EM UMA CIDADE SERRANA**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de  
Pós-graduação em Desenvolvimento Humano:  
Formação, Políticas e Práticas Sociais da  
Universidade de Taubaté.  
Área de Concentração: Interdisciplinar

Data: \_\_\_\_\_

Resultado : \_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Universidade de Taubaté

Assinatura \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

## RESUMO

A presente pesquisa teve por objetivo estudar as representações sociais de profissionais de enfermagem sobre o alcoolismo em Campos do Jordão, procurando compreender a relação entre as representações e a atuação desses profissionais no atendimento aos pacientes alcoolistas. Trata-se de pesquisa exploratória, que utilizou métodos quantitativos e qualitativos. Os sujeitos da pesquisa foram 79 profissionais de enfermagem vinculadas à rede pública. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas e de questionários. As entrevistas foram realizadas com 14 enfermeiras e os questionários foram aplicados em um grupo de 65 profissionais de enfermagem, incluindo enfermeiros, técnicos e auxiliares. Os resultados das entrevistas foram tratados pelo *software* ALCESTE e por análise de conteúdo, conforme proposta por Bardin. O instrumento ALCESTE identificou no corpo total das entrevistas seis classes de discursos: o alcoolismo como doença; o alcoolismo na família; o alcoolismo em Campos do Jordão; o atendimento emergencial ao paciente alcoolista; enfermagem e formação; o trabalho em equipe na atenção ao paciente alcoolista. Por meio da análise de conteúdo foi feita a análise qualitativa de cada um desses temas. Nessa etapa, foram identificados alguns subtemas, o que permitiu uma análise mais detalhada das classes identificadas pelo programa ALCESTE. Os dados obtidos por meio dos questionários foram tratados pelo *software* SPHINX. Os resultados da pesquisa indicaram que os profissionais de enfermagem representam o alcoolismo, primeiramente como doença, ou seja, tomam por base o modelo da biomedicina. Os sujeitos da pesquisa constroem ainda representações do alcoolismo como fenômeno de origem social (principalmente ligado à família e à pobreza), e de origem pessoal (devido à fraqueza psicológica do alcoolista). Conclui-se que nas representações dos profissionais de enfermagem sobre o alcoolismo estão presentes duas formas de ancoragem: primeiramente, o paciente alcoolista é representado como uma pessoa que ao mesmo tempo provoca e sofre diversas perdas (família, emprego, saúde) – essa representação é ancorada na crença popular de que ao alcoolismo subjazem a pobreza, a solidão e a indigência, sendo esta uma ancoragem psicossociológica; o alcoolismo é representado também como uma escolha pessoal do indivíduo, escolha que poderia ser evitada por ele – essa representação está ancorada na crença, compartilhada por diversos grupos sociais, de que o alcoolista é responsável e culpado por sua doença, sendo esta uma ancoragem sociológica. Essas representações expressam o conhecimento elaborado pelos profissionais de enfermagem sobre o alcoolismo e, de acordo com Moscovici, é esse conhecimento que orienta as comunicações e instrumentaliza o grupo para atuar no cuidado ao paciente alcoolista.

**PALAVRAS CHAVE:** Alcoolismo. Enfermagem. Representações Sociais.

## **ABSTRACT**

This research aimed to study the social representations of nurses about alcoholism in the city of Campos do Jordao-SP, Brazil, looking for understanding the relationship between the representations and actions of these professionals towards alcoholic patients. This is an exploratory research using quantitative and qualitative methods. Seventy-nine nursing professionals linked to the public network participated in this research. Data were collected through semi-structured interviews and questionnaires. Interviews were conducted with 14 nurses and the questionnaires were administered in a group of 65 professionals, including nurses, technicians and assistants. The interviews were processed by the software ALCESTE and analyzed by a content analysis technique, as proposed by Bardin. The ALCESTE instrument identified a total of six classes: alcoholism as a disease; alcoholism in the family; alcoholism in Campos do Jordao; emergency care to the alcoholic patient; nursing and training; teamwork in alcoholic patient care. A qualitative analysis was performed on each of these themes. At this stage some subthemes were identified which allowed a more detailed analysis of the identified classes. The data obtained through the questionnaires were processed by the software SPHINX. The survey results indicated that primarily nurses represent alcoholism as a disease, as based on the biomedicine model. The subjects also construct representations of alcoholism as a phenomenon of social origin (mainly connected with family and poverty) and personal origin (due to the psychological weakness of alcoholics). We conclude that the representations of nursing professionals about alcoholism present two forms of anchoring: first, the alcoholic patient is represented as a person that provokes and suffers losses (family, job, health) - this representation is anchored in a common sense belief that alcoholism underlies poverty, loneliness and destitution, which is a psychological anchoring; alcoholism is also represented as an individual's personal choice, a choice he could avoid - this representation is anchored in the belief, shared by various social groups, that the alcoholic himself is responsible and is the one to be blame for his illness, and this is a sociological anchoring. These representations express knowledge elaborated by nursing professionals about alcoholism and, according to Moscovici, is this knowledge that guides communications and provides support for the group of nurses to act in alcoholic patient care.

**KEY WORDS:** Alcoholism. Nurses. Social Representations.

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Aspectos do alcoolismo mais abordados nas pesquisas	45
<b>Quadro 2</b> - Aspectos do alcoolismo abordados nas pesquisas em Ciências Humanas	46
<b>Quadro 3</b> - Aspectos do alcoolismo abordados nas pesquisas em Ciências Biológicas	47
<b>Quadro 4</b> - Aspectos do alcoolismo que podem ser abordados tanto nas pesquisas em Ciências Biológicas quanto nas pesquisas em Ciências Humanas	48
<b>Quadro 5</b> - Artigos catalogados na base de dados SCIELO que abordam o alcoolismo sob o enfoque das Representações Sociais	49
<b>Quadro 6</b> - Indicadores sociais de Campos do Jordão, Taubaté e Pindamonhangaba	67
<b>Quadro 7</b> - Pacientes atendidos no H1 de acordo com o diagnóstico	82
<b>Quadro 8</b> - Fluxograma dos pacientes alcoolistas do sexo masculino	85
<b>Quadro 9</b> - Fluxograma da paciente alcoolista do sexo feminino	85
<b>Quadro 10</b> - Caracterização das enfermeiras entrevistadas	88
<b>Quadro 11</b> - Classificação do conteúdo total das entrevistas, conforme ALCESTE	90
<b>Quadro 12</b> - Classificação do conteúdo analisado das entrevistas, conforme ALCESTE	90
<b>Quadro 13</b> - O alcoolismo como doença	92
<b>Quadro 14</b> - O alcoolismo na família	103
<b>Quadro 15</b> - O alcoolismo em Campos do Jordão	112
<b>Quadro 16</b> - O atendimento emergencial ao paciente alcoolista	120
<b>Quadro 17</b> - Enfermagem e formação	123
<b>Quadro 18</b> – Distribuição da amostra de acordo com o sexo	132
<b>Quadro 19</b> - Distribuição da amostra de acordo com a idade	133
<b>Quadro 20</b> - Distribuição da amostra de acordo com o estado civil	133
<b>Quadro 21</b> - Distribuição da amostra de acordo com a formação	133
<b>Quadro 22</b> - Distribuição da amostra de acordo com as horas de trabalho semanais	134
<b>Quadro 23</b> - Distribuição da amostra de acordo com o tempo de atuação na enfermagem	135
<b>Quadro 24</b> - Avaliação dos sujeitos sobre sua formação teórica geral	135
<b>Quadro 25</b> - Avaliação dos sujeitos sobre sua formação relacionada ao quadro psicológico	136
<b>Quadro 26</b> - Avaliação dos sujeitos sobre sua formação relacionada à família do alcoolista	137
<b>Quadro 27</b> - Divulgação das políticas do MS	137
<b>Quadro 28</b> - Conhecimento sobre as políticas do MS	138
<b>Quadro 29</b> - Como tomou conhecimento	138
<b>Quadro 30</b> - Conhecimento sobre as políticas do MS - II	138
<b>Quadro 31</b> - Como tomou conhecimento - II	139
<b>Quadro 32</b> - Participação em curso de capacitação para atender ao paciente alcoolista	139

<b>Quadro 33</b> - Como considera o alcoolismo	141
<b>Quadro 34</b> - Atribuição do alcoolismo	142
<b>Quadro 35</b> - Como considera o alcoolista	144
<b>Quadro 36</b> - Como considera a família do alcoolista	144
<b>Quadro 37</b> - Como considera o alcoolismo em Campos do Jordão	146
<b>Quadro 38</b> - Motivos do surgimento do alcoolismo em Campos do Jordão	146
<b>Quadro 39</b> - Projetos de saúde pública para o alcoolismo em Campos do Jordão	147
<b>Quadro 40</b> - Palavras associadas ao alcoolismo	148
<b>Quadro 41</b> - Palavras menos associadas ao alcoolismo	149
<b>Quadro 42</b> - Escala de avaliação sobre a motivação para a bebida	150
<b>Quadro 43</b> - Escala de avaliação sobre a motivação para a bebida	151

## SUMÁRIO

1. Introdução	11
1.1. O Problema da Pesquisa	12
1.1.1. Uma história pessoal: a pesquisadora e suas diferentes perspectivas sobre o alcoolismo em Campos do Jordão	12
1.1.2. Condições de trabalho da enfermagem em Campos do Jordão	15
1.1.3. O problema propriamente dito: as representações das enfermeiras sobre o alcoolismo e sua atuação junto aos pacientes alcoolista	18
1.2. Objetivos	19
1.2.1. Objetivo Geral	19
1.2.2. Objetivos Específicos	20
1.3. Justificativa e relevância	20
1.4. Organização do trabalho	21
2. Revisão de Literatura	23
2.1. A Teoria das Representações Sociais	24
2.2. Alcoolismo, uma das dez doenças mais incapacitantes em todo o mundo	32
2.3. As políticas públicas de atenção ao alcoolismo no Brasil	36
2.3.1. Estudos Epidemiológicos	36
2.3.2. Alcoolismo, Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica no Brasil	38
2.3.3. Publicações do Ministério da Saúde	41
2.3.3.1. A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas	41
2.3.3.2. Álcool e Redução de Danos: uma abordagem inovadora para países em transição	43
2.4. Panorama atual das pesquisas sobre o alcoolismo	44
2.4.1. Levantamento de artigos sobre o alcoolismo na base de dados SCIELO	45
2.4.2. Artigos sobre representações sociais do alcoolismo	51
2.5. A enfermagem e os ambientes de desenvolvimento humano	54
2.5.1. Enfermagem, cultura e identidade na pós-modernidade	55
2.5.2. Enfermagem, identidade e formação	59
2.5.3. O campo de pesquisa e os contextos de desenvolvimento humano	62
2.5.4. A interdisciplinaridade no trabalho da enfermagem	64
2.6. Campos do Jordão: uma cidade serrana	66

2.6.1.	Uma história marcada pelo signo da tuberculose	67
2.6.2.	Um ponto de intersecção entre a tuberculose e o alcoolismo	70
3.	Método	74
3.1.	Tipo de Pesquisa	74
3.2.	Instrumento de coleta de dados	74
3.3.	Procedimentos para coleta de dados	76
3.4.	População e local	77
3.4.1.	População e amostra	77
3.4.2.	Local	79
3.5.	Procedimentos de análise	79
4.	Análise e discussão dos resultados	82
4.1.	Perfil dos pacientes envolvidos com o uso do álcool atendidos no H1	82
4.2.	Levantamento das tarefas da enfermagem no atendimento aos alcoolistas no H1	87
4.3.	Caracterização das enfermeiras entrevistadas	88
4.4.	Resultados das entrevistas	89
4.4.1.	Classe 1: O alcoolismo como doença	91
4.4.1.1.	Causas do alcoolismo	94
4.4.1.2.	Consequências do alcoolismo	97
4.4.1.3.	Comportamentos do paciente alcoolista	99
4.4.2.	Classe 2: O alcoolismo na família	102
4.4.2.1.	A pessoa alcoolista	105
4.4.2.2.	A família do alcoolista	107
4.4.3.	Classe 3: O alcoolismo em Campos do Jordão	111
4.4.4.	Classe 4: Atendimento emergencial ao paciente alcoolista	119
4.4.5.	Classe 5: Enfermagem e formação	123
4.4.6.	Classe 6: O trabalho em equipe na atenção ao paciente alcoolista	126
4.5.	Resultados dos questionários	132
4.5.1.	Informações sociodemográficas sobre os sujeitos	132
4.5.2.	Avaliação dos sujeitos sobre sua formação em relação aos conceitos teóricos sobre o alcoolismo	135
4.5.3.	Avaliação dos sujeitos quanto às publicações do Ministério da Saúde sobre a atenção ao usuário de álcool	137
4.5.4.	Representações dos profissionais de enfermagem sobre o alcoolismo	141
4.5.5.	Representações sobre as causas do alcoolismo	150
4.6.	Considerações finais	154

Referências	160
APÊNDICE I – Termo de consentimento livre e esclarecido (entrevista)	169
APÊNDICE II – Instrumento de coleta de dados (entrevista)	170
APÊNDICE III – Termo de consentimento livre e esclarecido (questionário)	172
APÊNDICE IV – Instrumento de coleta de dados (questionário)	173
ANEXO I – Autorização do Comitê de Ética	179

## 1. INTRODUÇÃO

O álcool é uma droga psicoativa de comercialização lícita na maioria dos países e consumida por diversos grupos culturais. Seu consumo está relacionado à celebração, ao divertimento e aos eventos sociais (BRASIL, 2004). Comumente as bebidas alcoólicas são utilizadas para superar inibições e para reduzir as tensões que a vida cotidiana impõe às pessoas. Por se tratar de uma droga lícita, os grupos sociais geralmente são tolerantes ao consumo do álcool, muitas vezes até incentivando esse consumo (BRASIL, 2004).

Problemas relacionados ao consumo do álcool surgem quando se perde o controle sobre o volume consumido e, sobretudo, quando um grupo significativo de pessoas faz uso contínuo e/ou exagerado de bebidas alcoólicas. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que 10% das populações dos centros urbanos em todo o mundo fazem uso abusivo de substâncias psicoativas, fato que repercute como grave problema de saúde pública em diversos países, inclusive no Brasil (BRASIL, 2003).

O consumo excessivo de álcool frequentemente traz consequências que conduzem seus usuários aos serviços de saúde. Logo, as equipes de saúde configuram uma população habituada a lidar com os problemas relacionados ao uso do álcool. Mais especificamente, os profissionais de enfermagem constituem um grupo social que atua diretamente no cuidado a pessoas envolvidas com o consumo de álcool.

As questões que se colocam mediante a problemática do alcoolismo nos diversos ambientes em que a enfermagem atua são: Como reconhecer a fronteira entre o consumo saudável e o consumo nocivo de álcool? Como lidar com a pessoa que consome excessivamente o álcool? Como compreender e como ajudar o paciente alcoolista? O confronto com essas questões exige que o grupo social da enfermagem crie respostas, ou *representações* sobre o uso do álcool. Essas representações surgem porque, embora seja esperado que a enfermagem tenha acesso ao conhecimento científico e às políticas de saúde para o álcool no Brasil, existem lacunas ou distâncias entre o que é conhecido e o que é observado pelo grupo. As representações são construídas na tentativa de preencher essas lacunas, ou seja, são processos de mediação entre o conceitual e o percebido (MOSCOVICI, 2012). Elas necessariamente não se propõem a ser a resposta final para as questões sobre o alcoolismo, mas assumem a função de aliviar a ansiedade experimentada pelos profissionais de enfermagem mediante o confronto com o desconhecido, ou seja, no atendimento aos pacientes alcoolistas.

Assim como os loucos (JODELET, 2005) e as pessoas pertencentes a outras culturas, os alcoolistas incomodam, pois “[...] estas pessoas são como nós e contudo não são como nós”

(MOSCIVICI, 2010, p. 56). A distância que existe entre o “são como nós” e o “não são como nós” abre espaço para o “não familiar”, de onde emergem “pontos duradouros de conflito” e onde há uma “falta de sentido” (MOSCOVICI, 2010), condição ideal para o surgimento das representações sociais.

As unidades de saúde que fizeram parte do campo de pesquisa – que são descritas adianta neste trabalho – configuram ambientes nos quais circulam não apenas os profissionais de enfermagem, como também profissionais de saúde provenientes de diversas áreas de formação, e uma diversidade de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Cada unidade pesquisada está inserida em outros contextos mais amplos que mantêm interação mútua e constante (BRONFENBRENNER, 1996). Tendo em vista esse entrelaçamento de ambientes e essa multiplicidade de interações sociais, o campo de pesquisa apresenta-se como “realidade híbrida”, contendo objetos de pesquisa híbridos, que necessitam ser investigados no conjunto de suas relações e não sob o recorte de uma disciplina única (RAYNAUT, 2011). Dessa forma, compreende-se que o objeto de estudo aqui apresentado deve ser investigado sob uma perspectiva interdisciplinar.

## **1.1. O PROBLEMA DA PESQUISA**

### **1.1.1. UMA HISTÓRIA PESSOAL: a pesquisadora e suas diferentes perspectivas sobre o alcoolismo em Campos do Jordão**

Comecei a trabalhar como psicóloga do Pronto Atendimento Municipal de Campos do Jordão em março de 2011, praticamente no mesmo período em que iniciei o mestrado. O começo da minha atuação nessa unidade de saúde foi marcado pelo “clamor” de médicos e profissionais de enfermagem por um serviço especializado para a atenção aos pacientes alcoolistas ali atendidos. Eles consideravam que eu, como psicóloga, representaria esse “serviço especializado”. Senti-me na obrigação de me preparar para a tarefa. Li as publicações do Ministério da Saúde sobre o tema e também alguns livros técnicos e artigos científicos sobre o alcoolismo.

Quanto mais estudava, mais nitidamente eu percebia que sozinha não poderia atender satisfatoriamente àquela demanda. Então me ocorreu: já que estou iniciando um curso de mestrado, talvez uma pesquisa científica sobre o alcoolismo em Campos do Jordão represente uma forma de atender ao apelo de meus colegas profissionais de saúde. Talvez o fato de trazer o tema do alcoolismo para uma discussão pública já represente uma forma de contribuição social, a contribuição que eu me sentia convocada a oferecer.

Tive a oportunidade de observar, nas unidades que visitei, como profissional de saúde – unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF), hospitais, Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I), Centro de Atenção aos Portadores de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) – que quase sempre o alcoolismo era tratado como um problema do alcoolista. Mas as publicações do Ministério da Saúde me fizeram perceber que o alcoolismo é um problema de toda a sociedade (BRASIL, 2003; BRASIL, 2004; BRASIL 2005). Enquanto não for reconhecido pela sociedade como um problema que lhe é pertinente, as medidas de atenção ao alcoolismo permanecerão restritas a esforços individuais isolados. Sinceramente, como psicóloga do Pronto Socorro, eu não gostaria de empreender um esforço individual isolado. Tenho um pouco de experiência e maturidade para reconhecer (e temer) a esterilidade e o grau de frustração que geralmente advêm desses esforços. Então considerei que o meu esforço poderia repercutir em algum resultado se eu trabalhasse pela divulgação de alguma particularidade do alcoolismo. Essa foi a minha motivação para realizar a pesquisa.

A escolha do referencial teórico das Representações Sociais adveio de uma preferência pessoal de estudar e compreender o mundo sob a perspectiva da Psicologia – mais uma vez reitero minha vocação profissional de ser psicóloga. Agora, pesquisadora em Psicologia Social. Considero que a Psicologia Social trabalha com conceitos e teses que me sinto instigada a estudar. O pensamento dos grupos, por exemplo. As representações sociais, mais especificamente, uma vez que essa teoria está inserida na linha de pesquisa que escolhi.

A pesquisa que me propus a fazer investiga as representações sociais do grupo da enfermagem a respeito do fenômeno do alcoolismo. Trata-se de um grupo profissional que compartilha de alguns elementos comuns: são todos profissionais de enfermagem; atuam nos serviços públicos de saúde; trabalham em Campos do Jordão. Mas existem também alguns pontos de divergência: o grupo é formado por enfermeiros graduados, técnicos e auxiliares de enfermagem; alguns sujeitos lidam com os problemas advindos do consumo de álcool em uma unidade atendimento de urgência e emergência, outros fazem atendimento ambulatorial, outros sujeitos trabalham com pacientes alcoolistas em regime de internação para o tratamento da tuberculose. Os pontos de convergência tornam esse grupo coeso para criar representações sobre o alcoolismo; os pontos de divergência indicam que, dentro desse grupo total, existem pequenos grupos que podem construir representações próprias, diferenciadas das representações dos outros grupos, uma vez que sua experiência no atendimento ao usuário de álcool é também diferenciada.

Mas antes de iniciar a narrativa sobre o processo de investigação científica, discorrerei sobre minhas próprias percepções sobre o alcoolismo em Campos do Jordão: minhas perspectivas de observação como leiga, adolescente e jovem; como psicóloga atuando

na área de educação; como psicóloga clínica; como profissional da saúde, e agora como pesquisadora.

Em Campos do Jordão, meu primeiro contato com o alcoolismo aconteceu na adolescência, como estudante fazendo o trajeto de casa até a escola. Recordo-me que andar pelas ruas da cidade naquela época representava para mim o risco de ser abordada por um bêbado, que vinha pedir dinheiro ou qualquer outra coisa. Isso aconteceu algumas vezes, provocando em mim um misto de raiva e medo. Outras vezes, tinha que me desviar de bêbados caídos nas calçadas – esses me causavam medo e repugnância, mas às vezes também provocavam em mim algum sentimento de misericórdia. Nesses momentos eu não sentia raiva dos bêbados, mas da sociedade, que não era capaz de resgatar esses homens e mulheres para uma condição de vida mais digna.

Depois dos dezoito anos, minha preocupação era estacionar o carro longe dos “guardadores pingaiada”. Era assim que se falava naquela época: “pinguço”, “pingaiada”, “bebum”. Nesse mesmo período tive algumas experiências de trabalhar no comércio e muitas vezes me senti constrangida por bêbados que entravam na loja e abordavam a mim a aos clientes, geralmente para pedir dinheiro. E o pior é que os bêbados entravam e não queriam mais ir embora, mesmo depois de uma resposta negativa.

Aos vinte e quatro anos iniciei minha carreira profissional como psicóloga. Meu primeiro emprego foi na Prefeitura Municipal de Campos do Jordão, em um projeto da Secretaria de Educação. Nesse período, meu contato com o problema do alcoolismo acontecia de maneira indireta. Eu atendia às crianças que apresentavam diversos tipos de desajustes escolares. Enquanto fazia o atendimento de apoio e de orientação às mães, ouvi muitos relatos de violência doméstica e, quase sempre, por trás da violência estava o uso do álcool. Eu nutria um sentimento de revolta, não somente contra esses pais alcoólatras, mas também contra essas mães que, por serem passivas, pensava eu, eram cúmplices dos parceiros ao provocar o sofrimento dos filhos.

Havia também casos de abandono e negligência de crianças, provocados pelo uso do álcool. Essas histórias davam margem para que nós, que trabalhávamos na educação, construíssemos mitos e preconceitos em torno da pobreza e do alcoolismo. Hoje, eu diria: representações sociais. Quase todos os fracassos escolares, os desajustes pessoais e sociais eram atribuídos “às famílias desestruturadas” e aos “pais vagabundos e bêbados”. Creio que muitas crianças que atendi nesse período sofriam realmente em decorrência do abuso de álcool pelos pais, mas algumas vezes cheguei a considerar que muitos dos meus colegas educadores, e eu mesma, acomodávamo-nos com o diagnóstico fácil de “desestrutura familiar” ou “alcoolismo na família”, mediante o qual não havia nada que pudéssemos fazer.

Fui ampliando meus pontos de vista sobre o alcoolismo, e isso tumultuou ainda mais meus sentimentos, que já eram contraditórios: às vezes eu sentia raiva do pai alcoólatra que bate na mulher e nos filhos e consome o sustento da família; outras vezes sentia pena das famílias que sofrem em decorrência do alcoolismo. Sentia raiva da inércia social frente a esse problema e frustração por pertencer a um grupo de educadores que muitas vezes não conseguiam ajudar as crianças com dificuldades, fossem elas provenientes do alcoolismo ou não.

Como psicóloga clínica, atendi mulheres de classe média e alta que chegavam ao meu consultório com o olho roxo e o relato de que o marido havia feito aquilo, em alguns casos, motivados pelo uso do álcool. Antes disso eu nutria o preconceito de que o alcoolismo e a violência doméstica eram problemas exclusivos das famílias pobres. Minha experiência clínica me mostrou que não: o alcoolismo e a violência doméstica atingem todas as camadas sociais. A diferença é que os mais ricos usufruem de maior privacidade para encobrir esses problemas.

Curiosamente, não me recordo de haver atendido em meu consultório nenhuma pessoa que estivesse buscando apoio psicoterapêutico para a superação da dependência do álcool. Sendo assim, minha primeira experiência de atuação direta com pessoas alcoolistas foi no Pronto Socorro, a partir de 2011.

Considero positivas as reivindicações de meus colegas de trabalho em relação a mim – reivindicações que inicialmente denominei como um “clamor” por um serviço especializado de atenção ao alcoolismo. Isso demonstra que os profissionais de saúde, de alguma forma, estão buscando o aprimoramento e a atuação em equipe multiprofissional. Especificamente falando da enfermagem, entendo que esses profissionais, quando reivindicam da psicóloga uma atuação direcionada aos pacientes alcoolistas, demonstram reconhecer as lacunas em sua formação e em seu conhecimento sobre o alcoolismo. Considero que essas lacunas se apresentam como condição ideal para o surgimento das representações sociais, objeto de investigação da presente pesquisa.

### **1.1.2. CONDIÇÕES DE TRABALHO DA ENFERMAGEM EM CAMPOS DO JORDÃO**

De acordo com informação obtida no Conselho Regional de Enfermagem (COREN – SP, 2012), no Município de Campos do Jordão existem 64 enfermeiros, 126 técnicos de enfermagem e 136 auxiliares de enfermagem, totalizando 326 profissionais de enfermagem inscritos no COREN e registrados como residentes no município.

Os serviços públicos que atendem os usuários de álcool no município, de acordo com informações obtidas na Secretaria Municipal de Saúde, distribuem-se da seguinte maneira:

- O Hospital Leonor Mendes de Barros, referência estadual para o tratamento da tuberculose, oferece 136 leitos para o tratamento dessa doença, todos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com o diretor clínico do hospital, o perfil dos pacientes está associado à pobreza, às más condições de vida e à dependência química. A maioria dos internos nesse hospital é proveniente da capital e de outras cidades do estado de São Paulo (SÃO CAMILO SAÚDE, 2012).
- O Hospital Sanatorinhos – Ação Comunitária de Saúde (S-3), referência estadual para o tratamento da tuberculose, oferece 160 leitos para o tratamento dessa doença, sendo 130 pelo SUS (DATASUS, 2012). De acordo com o relato da coordenadora de enfermagem da instituição, mais de 90% dos pacientes com tuberculose ali internados são também dependentes químicos, e são provenientes da cidade de São Paulo e de outras cidades do estado.
- O Hospital São Paulo atende pelo SUS diversas especialidades médicas, não se constituindo hospital de referência para tratamento do alcoolismo, porém atendendo pacientes que apresentam comorbidades associadas ao alcoolismo, ou seja, doenças que aparecem juntamente com o alcoolismo e que são causadas, entre outros fatores, pelo consumo excessivo do álcool. A maioria dos pacientes internados nesse hospital é residente em Campos do Jordão.
- As unidades da ESF atendem a população dos bairros da cidade, desenvolvendo estratégias de atenção ao alcoolismo, de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003).
- O Centro de Saúde, ou Centro de Especialidades Médicas, recebe a população do município que necessita de atendimento especializado, geralmente por encaminhamento dos médicos da ESF e das demais unidades de saúde.
- O CAPS I oferece atendimento especializado aos pacientes com transtornos mentais, inclusive transtornos decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas, trabalho direcionado aos residentes em Campos do Jordão.
- O DST desenvolve um trabalho de atenção psicossocial aos portadores de doenças sexualmente transmissíveis, muitos dos quais fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, trabalho também direcionado aos residentes na cidade.

- O Pronto Atendimento Municipal recebe casos de urgência e emergência, dentre os quais uma parcela de alcoolistas e pessoas em situação de risco decorrente do uso abusivo de bebidas alcoólicas. A maior parte da população atendida nessa unidade reside no município, porém, principalmente na temporada de inverno e nos feriados, também são atendidos turistas e pessoas que estão trabalhando na cidade.

As condições de trabalho dos profissionais de enfermagem nessas instituições, de acordo com o relato das enfermeiras entrevistadas, são perpassadas pelas seguintes fragilidades: questões técnicas e materiais (falta de medicamentos; falta ou precariedade na manutenção dos equipamentos); questões salariais (baixos salários, que implicam busca de dupla jornada de trabalho por muitos profissionais); o grande volume de usuários do SUS; questões relacionadas à equipe técnica (baixa qualificação profissional; equipes que trabalham com quadro reduzido de funcionários, devido às faltas, férias, licenças e folgas). Pode-se considerar também como uma fragilidade o fato de que, no contexto brasileiro, é concedida pouca autonomia aos enfermeiros; as decisões nos contextos de saúde cabem exclusivamente ao médico, recaindo sobre os enfermeiros diversas responsabilidades sem a contrapartida da autonomia profissional (MERIGHI, 2002; BORGES *et al.*, 2003; GOMES e OLIVEIRA, 2005).

Especificamente falando da atenção aos usuários de álcool e outras drogas, uma condição que torna precário o atendimento a esse grupo é a dificuldade de acesso dos profissionais de enfermagem ao treinamento especializado (BRASIL, 2003).

Em Campos do Jordão, por se tratar de uma cidade de clima frio, existe ainda uma condição que sobrecarrega o sistema de saúde: a inexistência de albergues. De acordo com a observação da pesquisadora e com os relatos das enfermeiras entrevistadas, muitos alcoolistas que procuram ou são levados às unidades de saúde necessitam tão somente de abrigo, repouso e alimentação, principalmente no período do inverno. Não havendo esse serviço, alguns deles recorrem às unidades de saúde, acarretando uma sobrecarga de serviço para os profissionais que ali atuam, o que se torna um fator de estresse, principalmente para a enfermagem (VARGAS, 2010).

### **1.1.3. O PROBLEMA PROPRIAMENTE DITO: as representações dos profissionais de enfermagem sobre o alcoolismo e sua atuação no atendimento aos pacientes alcoolistas**

As equipes de enfermagem, compostas pelo/a enfermeiro/a, técnicos e auxiliares de enfermagem, desempenham um papel preponderante no atendimento aos pacientes alcoolistas admitidos em unidades hospitalares (VARGAS, 2010).

Os registros de atendimento de uma das unidades de saúde pesquisadas (unidade de atendimento de urgência e emergência – H1) indicam que a instituição recebe, em média, um caso de alcoolismo por dia. Vale observar que esses registros são feitos pelos médicos, que preenchem o campo “hipótese diagnóstica” (HD) da ficha de admissão (FA) dos pacientes, campo esse que estabelece as estatísticas das doenças diagnosticadas.

Enquanto os médicos registram o atendimento de um caso de alcoolismo por dia, as enfermeiras que trabalham no H1 e que fizeram parte da pesquisa, por meio de entrevista, relataram um número que varia entre três e seis pacientes alcoolistas atendidos por dia, o que revela uma incongruência entre a percepção dos médicos e a percepção da enfermagem sobre a incidência do alcoolismo nesta unidade de saúde. Essa incongruência pode indicar que o foco de atuação do médico recai sobre a doença em si, e não sobre o estado geral do paciente. Por exemplo, no caso de um paciente alcoolizado que sofreu queda com fratura, o diagnóstico registrado na FA é de fratura, pois a fratura será tratada no H1, e não o alcoolismo. Esse fato revela que o próprio modelo de FA favorece a subnotificação dos casos de alcoolismo. Para que esses casos fossem realmente registrados, deveria haver na FA um campo específico sobre os hábitos de consumo de álcool pelo paciente. E para que houvesse uma política pública de saúde direcionada para o consumo do álcool no município, os registros desse consumo deveriam ser feitos de maneira precisa.

De acordo com a observação da pesquisadora e com os relatos das enfermeiras entrevistadas, o H1 é a unidade de saúde que mais recebe pacientes comprometidos pelo uso do álcool no município, por isso representa a porta de acesso aos dados sobre o alcoolismo em Campos do Jordão.

A presente investigação partiu do pressuposto de que os profissionais de enfermagem que participaram da pesquisa estão tecnicamente preparados para atender ao paciente alcoolista, uma vez que não foram os procedimentos técnicos que passaram pelo crivo da pesquisa. Em vez disso, colocaram-se em questão as representações que os profissionais de enfermagem elaboram sobre o alcoolismo, procurando entender a relação entre essas representações e sua atuação frente aos pacientes alcoolistas.

De acordo com o referencial teórico, acredita-se que a atuação da enfermagem junto aos pacientes alcoolistas é perpassada pelas representações que esses profissionais constroem sobre o alcoolismo. Se essa questão for investigada à luz da hipótese proposta por Abric (2001), de acordo com a qual “[...] os comportamentos dos sujeitos ou dos grupos não são determinados pelas características objetivas da situação, mas pela representação dessa situação” (ABRIC, 2001, p. 156), pode-se supor que são as representações sociais que determinam *como* os enfermeiros atuam junto aos alcoolistas. Conforme propõe Giddens (2001), os indivíduos são capazes de ação criativa, por isso moldam continuamente a realidade, tomando decisões e adotando atitudes que, inseridas em um conjunto de interações humanas, acabam por construir a realidade social. Sendo assim, compreende-se que a construção simbólica da realidade muitas vezes é mais significativa para os sujeitos do que a realidade concreta.

Entretanto, podem-se investigar as representações sobre o alcoolismo a partir de outro ponto de vista: a atuação da enfermagem, sua prática diária no atendimento aos pacientes alcoolistas, determina *quais* representações são construídas e *como* são construídas. Essa perspectiva é discutida por Jovchelovitch (2003), que argumenta que as representações emergem da comunicação e das práticas sociais: discurso, rituais, padrão de trabalho, enfim, da cultura em que os indivíduos e grupos estão inseridos.

A discussão teórica dessas duas possibilidades de investigação é retomada na revisão de literatura. Independentemente do percurso que se escolha, o problema da pesquisa consiste na seguinte questão, e seus desdobramentos: *O que pensam os profissionais de enfermagem a respeito do alcoolismo? Quais representações constroem sobre o alcoolismo? Qual a relação entre as representações e a atuação profissional da enfermagem no atendimento ao paciente alcoolista?*

Foi esta questão que norteou a investigação proposta neste trabalho.

## **1.2. OJETIVOS**

### **1.2.1. OBJETIVO GERAL**

Investigar as representações sociais de profissionais de enfermagem sobre o alcoolismo em Campos do Jordão e discutir a relação entre essas representações e a atuação desses profissionais no atendimento aos pacientes alcoolistas.

### 1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil dos pacientes alcoolistas atendidos em uma unidade de urgência e emergência (H1), de acordo com os dados obtidos nas fichas de admissão (FA): gênero, idade e diagnóstico.
- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos profissionais de enfermagem que fizeram parte da pesquisa e descrever as práticas desses profissionais no atendimento aos pacientes alcoolistas, no H1.
- Identificar as representações sociais dos profissionais de enfermagem sobre a pessoa alcoolista.

### 1.3. JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA

O interesse pela pesquisa surgiu em decorrência do volume de atendimentos a usuários de álcool no H1. Além dos pacientes que têm a HD preenchida como “alcoolismo”, a unidade também recebe casos de diagnósticos diversos que, de acordo com o relato das enfermeiras que ali trabalham, estão associados ao uso do álcool: cirrose hepática, diabetes, hipertensão, quedas com fraturas e traumatismo craniano, transtornos psiquiátricos, problemas digestivos, pancreatite, desnutrição, tuberculose, acidentes de trânsito, tentativa de suicídio, entre outros.

De acordo com a publicação do Ministério da Saúde (MS) *Álcool e Redução de Danos: uma abordagem inovadora para países em transição* (BRASIL, 2004), no Brasil, mais da metade dos casos de acidentes de trânsito com vítimas apresenta a concomitância do uso de álcool pelos motoristas, o que também acontece nos casos de atropelamento. Os índices de violência apresentam-se registrados da seguinte forma: 68% dos homicídios culposos analisados em pesquisa realizada no Instituto Nacional de Abuso de Álcool e Drogas dos EUA envolviam pessoas que fizeram uso excessivo de bebidas alcoólicas; analogamente, 62% dos assaltos e 44% dos roubos. Nos casos de violência doméstica, 2/3 das agressões envolviam uso do álcool (BRASIL, 2003). Esses dados evidenciam a relação entre o uso do álcool e as internações hospitalares, sobretudo nas unidades de emergência.

A publicação *A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas* propõe que “[...] este é o compromisso da saúde: fazer proliferar a vida, e fazê-la digna de ser vivida” (BRASIL, 2003, p. 11). O uso abusivo do álcool, seja de maneira crônica – o alcoolismo – seja em sua forma aguda – a intoxicação alcoólica aguda – representa uma forma de comportamento que ameaça a vida, estando associado a inúmeras comorbidades e a diversas formas de violência e de desabilitação para a vida, sendo a

desabilitação definida como “[...] uma perda ou restrição nas habilidades de um indivíduo para exercer uma atividade, função ou papel social, em qualquer um dos domínios da vida de relação” (BRASIL, 2003, p. 31).

Uma das resoluções do Relatório Mundial da Saúde – “Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança” (OMS, 2001) diz respeito à importância de se apoiar mais pesquisas na área de saúde mental, álcool e drogas. Nesse sentido, esta pesquisa representa um esforço para se compreender um aspecto específico sobre o uso do álcool: as representações que um grupo de profissionais de enfermagem constrói sobre o alcoolismo e de que modo essas representações podem influenciar no atendimento desses profissionais aos pacientes usuários de álcool. Acredita-se que a realização da pesquisa vai ao encontro da proposta do Relatório Mundial de Saúde: acrescentar conhecimento sobre o alcoolismo. Acredita-se também que o conhecimento científico representa um importante aliado à ação política, quando é capaz de oferecer subsídios teóricos para a elaboração e desenvolvimento de políticas públicas que atendam às necessidades da população.

Compreende-se que, tanto a pesquisa científica, quanto a ação política e social trabalham por um objetivo último e comum, o desenvolvimento das sociedades humanas em direção a formas de vida cada vez mais plenas. Assim, espera-se que esta pesquisa apresente conhecimento relevante, tanto para a comunidade científica, quanto para os agentes responsáveis pela elaboração de políticas públicas de saúde voltadas para o atendimento a usuários de álcool – parcela da população que deve ser envolvida em ações da política pública que tenham por finalidade o desenvolvimento pleno de cada cidadão.

A seguir, apresenta-se o modo como se organizou a pesquisa.

#### **1.4. ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO**

Inicialmente foi feita uma apresentação do estudo, com indicação do problema da pesquisa, dos objetivos, da justificativa e relevância.

Na revisão de literatura é apresentado o referencial teórico que serve de fio condutor para a interpretação e discussão dos dados: a Teoria das Representações Sociais, as bases para a compreensão do alcoolismo na atualidade e as políticas públicas de atenção ao alcoolismo no Brasil.

Em seguida, é apresentado um levantamento das produções científicas sobre o alcoolismo publicadas na base de dados SCIELO nos últimos dez anos, e também um levantamento dos artigos científicos que abordam o tema alcoolismo sob o referencial das representações sociais, a fim de se apreender o estado da arte sobre o tema. Também foi feita

uma contextualização da atuação da enfermagem nos chamados “ambientes de desenvolvimento humano” (BRONFEBRENNER, 1996).

Por fim, apresenta-se um breve relato sobre a cidade de Campos do Jordão, com a narrativa sobre o desenvolvimento histórico das políticas de saúde no município que, até a década de 1950, mantinham sua atenção voltada para o tratamento da tuberculose. Em seguida é traçada uma relação entre a tuberculose e o alcoolismo no contexto peculiar da cidade, não deixando de mencionar a questão da desigualdade social, que aparece como um ponto de intersecção entre esses dois fenômenos (RIBEIRO; MATSUI, 2003).

Na seção método explica-se o planejamento da pesquisa, sendo apresentados os instrumentos que foram utilizados e definidos, a população e a amostra, o local de realização da pesquisa, os instrumentos de coleta e de análise de resultados.

Finalmente, os resultados da pesquisa são apresentados e discutidos.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo apresenta-se o referencial teórico que norteou a pesquisa.

A Teoria das Representações Sociais (MOSCOVICI, 2012), que foi escolhida como arcabouço teórico desta investigação, forneceu os pressupostos metodológicos para a realização da pesquisa e estabeleceu fundamentos para a análise e discussão dos resultados.

O estudo das bases teóricas sobre o alcoolismo oferece uma visão geral sobre o tema na atualidade, fornecendo também fundamentação para a discussão dos resultados. Esta seção inclui o conceito, a caracterização e as causas do alcoolismo, as diversas concepções (históricas e atuais) sobre o uso do álcool, as diferentes terminologias utilizadas em referência ao consumo do álcool.

O estudo das políticas públicas de atenção ao alcoolismo no Brasil situa o tema no contexto da saúde pública no país. Nesta seção são abordados os seguintes temas: estudos epidemiológicos sobre o uso do álcool no Brasil e na região metropolitana do vale do Paraíba (região à qual pertence o município onde foi realizada a pesquisa); o desenvolvimento histórico das políticas públicas de atenção à saúde no Brasil a partir da década de 1970, incluindo a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica; as publicações do Ministério da Saúde que servem de referencial para a atuação das equipes de saúde no atendimento a usuários de álcool e outras drogas.

Em seguida, são apresentados os resultados de um levantamento dos artigos sobre o tema alcoolismo publicados na base de dados SCIELO nos últimos dez anos, e também os resultados de um levantamento dos artigos científicos que abordam o alcoolismo sob o referencial das Representações Sociais. Essa sessão busca situar a presente pesquisa em um contexto mais amplo da produção científica sobre o tema.

Também foi feita uma contextualização da atuação da enfermagem, de acordo com os pressupostos da Ecologia do Desenvolvimento Humano (BRONFENBRENNER, 1996), com o objetivo de situar o tema da pesquisa em um contexto ampliado, em que estão inseridos os profissionais de saúde e o campo de pesquisa. O estudo dessa teoria não pretende subsidiar a interpretação dos resultados da pesquisa, mas se propõe a oferecer elementos para a compreensão do campo de pesquisa: o local propriamente dito, as relações interpessoais que se estabelecem nesse local, as inter-relações que ocorrem entre o campo de pesquisa e os ambientes imediatos ou mais distanciados por onde circulam os sujeitos da pesquisa. Nesta seção são apresentados estudos sobre a identidade e a formação dos profissionais de enfermagem, bem como algumas reflexões sobre a interdisciplinaridade no trabalho em saúde.

Por fim, é apresentado um breve relato sobre o município de Campos do Jordão, em seu desenvolvimento histórico, marcado pela ação de combate à tuberculose, e quadro atual, como estância turística.

## 2.1. A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A Teoria das Representações Sociais está inserida no campo de estudos da Psicologia Social, estabelecendo-se como contribuição teórica duradoura e amplamente difundida por todo o mundo (MOSCOVICI, 2010). Conforme propõe Jodelet (2001), o movimento, que teve seu início na França, vem encontrando interesse crescente entre países da Europa e do além-mar. No Brasil, diversos autores têm-se dedicado ao estudo das representações sociais, entre eles Spink, Guareschi, Jovchelovitch, Sá, Arruda, Moreira, Oliveira, Minayo e Chamon.

O conceito de *representações sociais* foi proposto por Moscovici quando da elaboração de sua tese de doutorado *La Psychanalyse, son image et son public*, editada na França em 1961 (CASTRO, 2002). Nesse estudo, o autor propôs-se a investigar como uma teoria científica, a Psicanálise, penetrou o pensamento dos diversos grupos sociais na França nos anos finais da década de 1950 e no início de 1960.

Na época, o autor encontrou resistência na comunidade psicanalítica, que temia o fato de a psicanálise ser transformada em “objeto banal” de estudo (MOSCOVICI, 2012). Mas na verdade, o que Moscovici pretendia estudar não era a psicanálise, enquanto teoria científica, e sim a repercussão dos pressupostos da psicanálise sobre o pensamento dos grupos. Seu problema central era o fenômeno das representações sociais.

Para investigar as representações sociais da psicanálise, ele sistematizou a sua pesquisa da seguinte forma: formou seis grupos distintos – um grupo representativo da população parisiense, um grupo representante da classe média, um grupo de profissionais liberais, um de operários, um de estudantes universitários e um de alunos de escolas técnicas. Preparou questionários diferenciados para cada grupo; todos os questionários continham 14 questões em comum. Selecionou para entrevista alguns indivíduos que haviam respondido ao questionário. Com base nos dados coletados, passou a sistematizar as representações desses grupos sobre a psicanálise.

Paralelamente a essa forma de coleta de dados, Moscovici também analisou artigos sobre a psicanálise publicados pela imprensa francesa: publicações em geral, publicações católicas e publicações da imprensa comunista. Por meio da análise desses dados, concluiu que cada modalidade de comunicação apresenta de maneira peculiar o conteúdo e a forma da mensagem. Assim, a imprensa generalista comunica mensagens sobre a psicanálise por meio

da *difusão*, ou seja, apresenta uma comunicação que se esforça para estabelecer “[...] uma relação de equivalência com seu público, levando em conta a coexistência entre os leitores de mundos e valores separados” (CASTRO, 2002, p. 954). Já a imprensa católica comunica a mensagem sobre a psicanálise por meio da *propagação*, pois seu objetivo é “[...] exercer pressão para a uniformidade” (CASTRO, 2002, p. 954). É criar e propagar normas que irão definir a identidade daquele grupo, buscando a harmonização com os princípios fundamentais ao grupo. A outra forma de comunicação, utilizada pela imprensa comunista, expõe a mensagem por meio da *propaganda*, que surge na seguinte situação: “[...] quando a existência de um conflito que é suscetível de ameaçar a identidade de um grupo e a unidade de sua representação do real” (CASTRO, 2002, p. 955).

Portanto, a pesquisa de Moscovici apresentou o conceito de representação social, inaugurando uma nova teoria em psicologia social. Ao elaborar sua tese, ele empreendeu esforços para “[...] redefinir os problemas e conceitos de psicologia social a partir desse fenômeno (a representação social), insistindo sobre sua função simbólica e seu poder de construção do real” (MOSCOVICI, 2012, p. 16). O autor considerava que, por meio da função simbólica, os grupos seriam capazes, não apenas de resgatar o objeto ausente, mas também de transformá-lo, reconstruí-lo. Dessa forma, seria possível construir uma realidade comum.

A própria definição de *representação* – tornar presente, por meio do uso de símbolos, o que está de fato ausente (JOVCHELOVITCH, 2011) – remete à ideia de construção simbólica da realidade. Portanto, o ato representacional implica um trabalho simbólico com poder de significar, de construir sentido. Vale ressaltar que essa construção simbólica não é dotada apenas da dimensão cognitiva; abarca também as dimensões afetiva e social. Sendo assim, a representação é uma tarefa pública, uma construção que se realiza com o outro e a partir do outro. Jovchelovitch (2011, p. 42) entende a representação como “[...] a matéria e a substância do saber, a estrutura subjacente a todos os sistemas de saber, o material que constitui todo saber possível que temos dos outros, do nosso mundo e de nós mesmos”. No caso da representação social, conforme proposta por Moscovici (2012), trata-se da construção de saberes realizada por diversos grupos sociais.

Moscovici tomou como ponto de partida para a definição de seu problema de pesquisa o conceito de “representação coletiva” de Durkheim.

Ainda nos anos finais do século XIX, Durkheim cunhou o conceito de representações coletivas, querendo distingui-las das representações individuais. Por meio dessa distinção, ele pretendia estabelecer a sociologia como ciência autônoma. Enquanto as representações individuais faziam parte do campo de estudos da psicologia, as representações coletivas pertenciam ao campo da sociologia. Durkheim entendia as representações coletivas como

“[...] formas estáveis de compreensão coletiva, com o poder de obrigar que pode servir para integrar a sociedade como um todo” (MOSCOVICI, 2010, p. 15). Além de integrar, as representações coletivas teriam o poder de antecipar e prescrever os comportamentos dos indivíduos inseridos em uma coletividade. Para Durkheim, o pensamento social detinha o primado sobre o pensamento individual, abrangendo “[...] uma cadeia completa de formas intelectuais que incluíam ciência, religião, mito, modalidades de tempo e de espaço, etc.” (MOSCOVICI, 2010, p. 45). Os indivíduos, inseridos em uma coletividade, assimilavam de maneira imperceptível os padrões estabelecidos pelo grupo.

Algumas divergências conceituais foram criando um distanciamento entre o pensamento de Moscovici e o de Durkheim: enquanto este defendia o caráter estático das representações coletivas, aquele procurou enfatizar o caráter dinâmico das representações sociais, explorando a variação e a diversidade das ideias coletivas nas sociedades modernas. Moscovici (2010) considerava que a heterogeneidade das sociedades modernas favorece o surgimento de uma diversidade de ideias e de inumeráveis variações no pensamento dos grupos. Seu estudo sobre as representações sociais da psicanálise mostra que diferentes grupos representam a psicanálise de diferentes modos. Isso acontece porque cada grupo possui sua própria identidade, construindo suas próprias representações e comunicando o conhecimento também de maneira peculiar a cada grupo. A abordagem de Moscovici instaura uma compreensão das representações sociais que supera a noção de *conceito* e alcança o status de *fenômeno*. A ideia de fenômeno, capaz de abarcar tanto conceitos sociológicos quanto psicológicos, pretende pontuar o dinamismo e a multiplicidade de ideias presentes nas representações sociais.

Em sua tese, Moscovici postula a legitimidade das representações sociais como formas de criação coletiva, enfatizando o sentido de heterogenia da vida social moderna. Ele considera essa “heterogenia” como um elemento capaz de desencadear, dentro de uma mesma sociedade e mediante um mesmo objeto, diferentes representações sociais. Isso acontece porque na sociedade coexistem diferentes grupos e porque cada grupo cria suas próprias representações sobre um mesmo objeto, conforme observado nos resultados de sua pesquisa.

Assim, as representações sociais inscrevem-se nos quadros de pensamento preexistentes nos diversos grupos e nas diferentes culturas, encontrando como condição ideal para o seu surgimento a falta de informação ou a falta de sentido – um ponto em que o não familiar aparece (MOSCOVICI, 2010). Essa “falta de sentido” acontece sempre que um grupo é confrontado com uma informação nova, ou quando a informação sobre algum assunto é insuficiente. Quando isso acontece, o grupo faz um esforço para assimilar esse conhecimento

novo, adaptando-o ao conhecimento preexistente, e procurando preencher as lacunas, de maneira a conferir sentido ao novo objeto.

Quanto à definição de representação social, Moscovici apresenta-a da seguinte forma: “Em poucas palavras, a representação social é uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos” (MOSCOVICI, 1978, p. 26). Nessa definição, procura enfatizar que as representações têm papel fundamental na construção dos *comportamentos* de um determinado grupo; que elas compõem uma modalidade de *conhecimento* peculiar ao grupo, e que, tanto esse quanto aqueles, são construídos e transmitidos por meio da *comunicação* entre os indivíduos que pertencem ao grupo social em questão.

Guareschi (2003) propõe que são diversos os elementos que costumam estar ligados ao conceito de representações sociais:

[...] ele é um conceito dinâmico e explicativo, tanto da realidade social, como física a cultural. Possui uma dimensão histórica e transformadora. Junta aspectos culturais, cognitivos e valorativos, isto é, ideológicos. Está presente nos meios e nas mentes, isto é, ele se constitui numa realidade presente nos objetos e nos sujeitos. É um conceito sempre relacional, e por isso mesmo social (GUARESCHI, 2003, p. 202).

O autor procura enfatizar que as representações sociais se constituem em uma *realidade* construída pelo grupo. Elas são como que “tijolos de saberes” que compõem o mundo social (GUARESCHI, 2010). É preciso compreender que essas representações não se constituem de *abstrações* elaboradas sobre o mundo vivido: elas constituem a própria *realidade* do mundo vivido, conforme concebida pelo grupo. Na verdade, as representações sociais não são o mundo real, mas se constituem de uma construção simbólica desse mundo que, para o grupo, representa a própria realidade.

Discorrendo sobre o entrelaçamento que pode ocorrer entre representações sociais e ideologia, Guareschi (2000, p. 38) retoma Moscovici e propõe:

[...] ideologia, na definição de MOSCOVICI, é algo que se cristalizou, um conjunto de ideias destorcidas sim, mas estáticas, monolíticas e dificilmente modificáveis. Ao passo que as representações sociais são modificáveis e podem ser transformadas nos processos cotidianos das pessoas. Isso não significa, contudo, que as representações sejam realidades absolutamente flutuantes, que não possuam nenhum aspecto duradouro e permanente.

Enquanto as representações sociais são responsáveis pela construção de uma realidade comum ao grupo, a ideologia caracteriza-se pela intenção de criar sentido para essa realidade – um sentido que sirva para estabelecer e sustentar relações de poder sistematicamente

assimétricas, ou seja, um sentido que esteja a serviço do poder (ROSO *et al.*, 2002). Sobre a função ideológica das representações, Jovchelovitch (2011, p. 193) esclarece:

Todos os sistemas representacionais podem ser permeados pela função ideológica e ser usados para dominar, mas isto não significa que todas as representações sejam ideológicas. Quando as representações ajudam a distorcer e a obscurecer o que está em jogo a fim de dominar, elas se tornam ideologia, mas há mais do que dominação e distorção nos campos representacionais.

A discussão sobre representações sociais e ideologia é retomada no Capítulo 4 deste trabalho.

Jodelet (2001), pesquisadora que dá seguimento aos estudos de Moscovici na França, apresenta a seguinte definição de representação social:

[...] é uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. Igualmente designada como saber do senso comum ou ainda saber ingênuo, natural, esta forma de conhecimento é diferenciada, entre outros, do conhecimento científico. Entretanto é tida como um objeto de estudo tão legítimo quanto este, devido à sua importância na vida social e à elucidação possibilitadora dos processos cognitivos e das interações sociais (JODELET, 2001, p. 22).

Jodelet, portanto, estabelece alguns elementos centrais da representação social: é uma forma de conhecimento, é elaborada e partilhada pelo grupo, tem um objetivo prático, contribui para a construção de uma realidade comum ao grupo. A autora considera que as representações sociais estão inseridas no campo de conhecimento do senso comum, também chamado de “saber ingênuo” ou “saber popular”, em oposição ao saber científico. Nem por isso, Jodelet considera, elas são dotadas de menor importância. Atualmente, as representações são reconhecidas pela comunidade científica como objeto de estudo legítimo, e Moscovici teve papel fundamental no processo de legitimação dessa forma de conhecimento.

Na verdade, o estudo das representações sociais possibilitou às ciências humanas o acesso à investigação sobre os processos cognitivos que determinam os comportamentos e as interações sociais. Elas revelam a compreensão dos grupos sobre um objeto particular, e é essa compreensão que vai instrumentalizar cada indivíduo do grupo a se posicionar mediante tal objeto.

As representações sociais têm também a função de criar uma *identidade social* que possibilita ao indivíduo criar definições cujo valor simbólico é significativo não somente para ele, mas também para o seu grupo (MOSCOVICI, 2010). “Nesse sentido, uma representação pode ser para um grupo um meio de afirmar suas particularidades e diferenças”

(DESCHAMPS; MOLINER, 2009, p. 132). Por meio da representação o indivíduo torna-se capaz de perceber sua diferença e sua semelhança em relação ao outro e, assim, compreender seu lugar no grupo e sua posição na sociedade.

Moscovici acredita que “[...] as representações sociais devem ser vistas como uma maneira específica de compreender e comunicar o que nós já sabemos” (MOSCOVICI, 2010, p. 46). Específica, porque é a maneira própria de cada grupo. A maneira que confere identidade ao grupo. O indivíduo, inserido em uma coletividade, encontra na representação social um meio seguro de saber aquilo que seu grupo sabe, de compreender e comunicar seu conhecimento da mesma forma como os outros membros do grupo o compreendem e o comunicam.

Retomando a proposição do autor a respeito da heterogenia da vida social moderna, as representações sociais assumem a função de situar os indivíduos e os grupos nessa diversidade que compõe o tecido social, ou seja, na sociedade. Uma vez que o indivíduo reconhece seu lugar na sociedade, ele compreende quais decisões deve tomar e como deve agir.

Moscovici descreve dois processos por meio dos quais são construídas as representações sociais: a ancoragem e a objetivação.

A *ancoragem* é o processo que transforma algo estranho em algo familiar. É uma tentativa de trazer as ideias estranhas para uma categoria preexistente de imagens comuns (MOSCOVICI, 2010). Tudo aquilo que é desconhecido perturba o equilíbrio do grupo. De alguma maneira, o grupo se vê forçado a reagir frente a esse desequilíbrio. Esse resgate do equilíbrio é feito da seguinte maneira: o processo de ancoragem proporciona uma “[...] integração cognitiva do objeto representado dentro de um sistema de pensamento preexistente. Desse modo, os novos elementos de saber são colocados em uma rede de categorias mais familiares” (CHAMON; CHAMON 2007, p. 135). É como se o familiar acolhesse e envolvesse o não familiar, de tal maneira que este último já não causaria tanto estranhamento. O processo de ancoragem é responsável por neutralizar a ansiedade provocada pelo desconhecido.

É assim que se processa a classificação de um objeto ou fenômeno que, sendo nomeado, abandona a esfera do desconhecido e se torna parte do repertório conceitual do sujeito. Uma vez classificado, espera-se desse objeto que se comporte como os demais objetos pertencentes àquela classe. A categoria preexistente torna-se normativa: classificar um objeto é confiná-lo em determinados limites, é compará-lo aos outros objetos que compartilham os mesmos limites, é conferir-lhe identidade e significado.

“A *objetivação* é o processo que torna concreto o que é abstrato, que materializa a palavra, que transforma o conceito em coisa e os torna intercambiáveis” (CHAMON; CHAMON, 2007, p. 133). Por meio da objetivação o conceito é transformado em ícone, a palavra é ligada ao objeto. A imagem toma o lugar do conceito, que abandona a esfera do pensamento e conquista a autoridade de um elemento da realidade. O ícone passa a existir como objeto e, como tal, pode ser manuseado, modificado, controlado. Moscovici propõe uma definição que soa como um jogo de palavras: a objetivação ambiciona “[...] transformar a palavra que substitui a coisa na coisa que substitui a palavra” (MOSCOVICI, 2010, p. 71).

É por intermédio da ancoragem e da objetivação que os conceitos e fenômenos do *universo reificado* são incorporados ao *universo consensual*, entendendo-se o primeiro como “[...] um sistema de entidades sólidas, básicas, invariáveis, que são indiferentes à individualidade e não possuem identidade” (MOSCOVICI, 2010, p. 50), e o segundo como “[...] uma criação visível, contínua, permeada com sentido de finalidade, possuindo uma voz humana, de acordo com a existência humana e agindo, tanto como reagindo, como um ser humano” (MOSCOVICI, 2010, p. 49). O conhecimento científico pertence ao universo reificado, assim como as culturas e os grupos sociais aos quais *não* pertencemos.

Quando um determinado grupo social é confrontado com o conhecimento novo, surge uma sensação de estranheza que, por sua vez, leva ao sentimento de insegurança. Os elementos do universo reificado, quando se impõem, podem causar um desequilíbrio na identidade do grupo. A sensação de estranheza que o não familiar provoca exige do grupo uma reação: de alguma forma esse grupo precisa assimilar o conhecimento novo que se impõe. Isso acontece por intermédio dos processos de ancoragem e objetivação.

Chamon (2006) propõe, em acordo com Doise (1992), que existem três tipos de ancoragens:

1. A ancoragem do tipo psicológico diz respeito às crenças ou valores gerais que podem organizar as relações simbólicas com o outro;
2. A ancoragem do tipo psicossociológico inscreve os conteúdos das representações sociais na maneira como os indivíduos se situam simbolicamente nas relações sociais e nas divisões posicionais e categoriais próprias a um campo social definido;
3. A ancoragem do tipo sociológico refere-se à maneira como as relações simbólicas entre grupos intervêm na apropriação do objeto (CHAMON, 2006, p. 23).

A presente pesquisa propõe-se a investigar as representações sociais que um determinado grupo constrói sobre o alcoolismo: um grupo de profissionais de enfermagem que atua nos serviços de saúde pública de Campos do Jordão. Sendo assim, acredita-se que a abordagem do tema sob o enfoque das Representações Sociais é adequado para atingir os

objetivos propostos. Acredita-se que os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que trabalham no município e desenvolvem estratégias de atendimento a alcoolistas, constroem sobre eles uma compreensão comum, que guarda alguma relação com os esquemas do senso comum, mas que também cria elementos peculiares e exclusivos desse grupo. A análise dos resultados da pesquisa se propõe a buscar uma compreensão das representações sociais de acordo com os tipos de ancoragens aqui apresentados.

Chamon, em seu trabalho “Representação social da pesquisa e da atividade científica: um estudo com doutorandos”, procura mostrar que “existe uma continuidade na representação da atividade científica e que os esquemas do senso comum continuam a influenciar os doutorandos em seu trabalho de pesquisa” (CHAMON, 2007, p. 37). De acordo com essa premissa, é possível supor que os profissionais de enfermagem, por mais que se especializem em conhecimento técnico, ainda guardam elementos do senso comum na construção de suas representações sociais sobre o alcoolismo.

O presente estudo debruça-se sobre a investigação de como se encontram, no grupo social da enfermagem, esse dois elementos do saber: o conhecimento sobre o alcoolismo construído dentro dos limites do universo reificado – que constitui o saber científico, e o saber construído no universo consensual – o saber do senso comum. A partir do encontro entre esses dois elementos é que se propõe identificar as representações sociais dos profissionais de enfermagem sobre o alcoolismo em Campos do Jordão.

A pesquisa procura também compreender a relação entre essas representações e a atuação da enfermagem no atendimento aos pacientes alcoolistas. Tomou-se como ponto de partida para essa investigação, a hipótese de que a atuação da enfermagem junto aos pacientes alcoolistas é perpassada pelas representações sociais que esses profissionais constroem sobre o alcoolismo.

Abric (2001) propõe que, nos estudos experimentais em Psicologia Social, deve-se considerar a existência de uma dimensão simbólica que precede a situação experimental, observável. Essa dimensão foi explicada por Moscovici (2012) em sua Teoria das Representações Sociais. Abric apropria-se dos pressupostos dessa teoria para postular que os sujeitos e grupos, quando vivenciam uma situação, trazem *a priori* um conjunto de sistemas de pensamento preestabelecidos e de esquemas interpretativos, por meio dos quais eles reconstróem a realidade, atribuindo-lhe significado. Sua hipótese geral é a seguinte: “[...] os comportamentos dos sujeitos ou dos grupos não são determinados pelas características objetivas da situação, mas pela representação dessa situação” (ABRIC, 2001, p. 156).

Antes de Abric, Doise (1969) já havia proposto que a representação precede a ação e a determina. Essa hipótese é considerada no presente estudo da seguinte maneira: as

representações sociais dos profissionais de enfermagem sobre o alcoolismo determinam a atuação desses profissionais no atendimento aos pacientes alcoolistas. Em convergência à tese de Abric, Giddens (2001) propõe que os indivíduos são capazes de ação criativa, por isso moldam continuamente a realidade, tomando decisões e adotando atitudes que, inseridas em um conjunto de interações humanas, acabam por construir a realidade social.

Entretanto, a pesquisa pode investigar as representações sociais sobre o alcoolismo a partir de outro ponto de vista: é a atuação dos profissionais de enfermagem, sua prática diária no atendimento aos pacientes alcoolistas, que determina as representações que o grupo constrói sobre o alcoolismo.

Jovchelovitch (2003), em seus estudos sobre intersubjetividade, espaço público e representações sociais, apresenta uma construção teórica que toma por base o seguinte argumento: “[...] a esfera pública, enquanto lugar da *alteridade*, fornece às representações sociais o terreno sobre o qual elas podem ser cultivadas e se estabelecer” (JOVCHELOVITCH, 2003, p. 65). Com esse argumento, a autora pretende discutir o papel da alteridade – do outro/da coletividade – na construção das representações sociais. Ela afirma que “[...] não há possibilidade para a construção simbólica fora de uma rede de significados já construídos” (JOVCHELOVITCH, 2003, p. 78) e que “[...] os processos que engendram representações sociais estão embebidos na comunicação e nas práticas sociais: diálogo, discurso, padrões de trabalho e produção, arte, em suma, cultura” (JOVCHELOVITCH, 2003, p. 79). A partir dessas afirmações, entende-se que os sujeitos ou grupos, quando elaboram representações, estão reconstruindo uma realidade que já está lá.

Sob esse ponto de vista, é possível supor que os sujeitos da presente pesquisa tomam a realidade – o saber, a comunicação e as práticas compartilhadas – como ponto de partida para a construção das representações sociais sobre o alcoolismo.

Esses dois constructos teóricos são retomados da discussão dos resultados da pesquisa.

Apresentam-se na sequência deste texto, as bases teóricas sobre o alcoolismo na atualidade.

## **2.2. O ALCOOLISMO, UMA DAS DEZ DOENÇAS MAIS INCAPACITANTES EM TODO O MUNDO**

O alcoolismo, considerado doença crônica, progressiva e com alto risco de levar o paciente a óbito, historicamente vem sendo tratado como um problema exclusivamente médico e especificamente psiquiátrico; porém, estudos recentes apontam uma multiplicidade de fatores relacionados ao problema (MORAES, 2008). De acordo com a publicação “A

Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas” (BRASIL, 2003), o alcoolismo está classificado como uma das dez doenças mais incapacitantes em todo o mundo.

Ramos e Bertolote (1997) consideram que nos últimos anos houve em diversas sociedades uma mudança de concepção do alcoolismo, que passa a ser visto, não apenas como “doença”, mas sob uma perspectiva mais ampliada de “problemas relacionados com o consumo de álcool”. Trata-se de uma perspectiva histórica e social que contempla diversos eixos de compreensão do alcoolismo: além do físico/biológico, também o psicológico, político e social. No Brasil, essa perspectiva é adotada pelo Ministério da Saúde (MS), conforme se observa na publicação “Política Nacional de Promoção da Saúde”, que reconhece a existência de vários fatores como determinantes no processo saúde-adoecimento: “[...] violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada, deteriorada” (BRASIL, 2006, p. 7). No caso do alcoolismo, todos esses elementos, juntos ou isoladamente, podem funcionar como gatilho para sua instalação.

Mediante o reconhecimento dessa natureza multifatorial do alcoolismo, torna-se necessário abordar o tema em uma perspectiva interdisciplinar: como doença, como síndrome, como sintoma comportamental, como fenômeno político e social e ainda como questão moral (NEVES, 2004).

O conceito de alcoolismo, tal como é entendido atualmente, foi cunhado por Magnus Huss em 1849 – o conceito de “alcoolismo crônico”, que instala a noção moderna de alcoolismo como doença, seguindo a tendência positivista do século XIX (RAMOS; BERTOLOTE, 1997). Na história mais recente fica evidenciado o predomínio dessa visão médica; porém, nos últimos dois séculos a abordagem do alcoolismo envolvia o embate entre a concepção médica e a concepção moral do fenômeno (RAMOS; BERTOLOTE, 1997). Esta última concepção, embora não represente na atualidade a visão “oficial” sobre o alcoolismo, permanece diluída nos conceitos, representações e comportamentos socialmente construídos (NEVES, 2004).

Na atualidade subsistem, pois, diversas concepções do alcoolismo. Edwards, Marshall e Cook utilizam o termo “beber problemático”, quando se referem ao uso abusivo de bebidas alcoólicas, identificando categorias que vão desde o “beber normal”, passando pelo “beber problemático”, até o “beber pesado”. Nessas duas últimas categorias, instala-se a “Síndrome de Dependência do Álcool” (SDA), que se caracteriza por uma série de sinais e sintomas que são abordados adiante. Os autores observam que “[...] não existe uma fronteira clara entre o

beber normal e o pesado, porque os problemas com bebida ocorrem em bebedores normais, assim como nos pesados” (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 1999).

Tais autores identificam várias causas que podem provocar a instalação e manutenção do beber problemático: causas políticas e econômicas, como políticas comerciais para bebidas alcoólicas, leis de licenciamento e taxações; causas socioculturais, como a disponibilidade do álcool, a aceitação social, a cultura familiar, a pressão de amigos; causas situacionais, como o tipo de trabalho (pessoas que trabalham em bares e fábricas de bebidas apresentam índices maiores do beber problemático). Há ainda o estresse causado pelo enfrentamento de situações difíceis, além de causas psicológicas, que acarretam maior vulnerabilidade do indivíduo ao beber problemático. Também são consideradas como questões relevantes as causas biológicas, que tornariam alguns indivíduos mais propensos ao alcoolismo, de acordo com uma predisposição genética (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 1999).

O alcoolismo representa uma das manifestações do beber problemático, que se caracteriza por uma série de sinais e sintomas comportamentais, psicológicos e cognitivos: estreitamento do repertório da bebida; saliência do comportamento de uso (desejo de consumir a bebida alcoólica em qualquer ocasião e de dar continuidade à ingestão); maior tolerância ao álcool, sendo necessárias doses cada vez mais elevadas para produzir efeitos de prazer; sintomas de abstinência; alívio ou evitação dos sintomas de abstinência pelo aumento da ingestão; percepção subjetiva da compulsão para beber; reinstalação da síndrome após abstinência (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 1999).

Ainda sobre as diversas concepções e conceitos de alcoolismo, na literatura médica é utilizado o termo *etilismo*, em referência à substância “álcool etílico” (RIBEIRO; MATSUI, 2003). As publicações do Ministério da saúde geralmente trazem a expressão *uso abusivo e/ou dependência de bebidas alcoólicas* (BRASIL, 2005). Essa expressão é utilizada no intuito de ampliar a abordagem dos problemas relacionados ao uso do álcool, incluindo, além do alcoolismo, as questões relacionadas aos danos causados pelo uso do álcool, ainda que se trate de uso eventual. Nas publicações científicas mais recentes tem-se utilizado a expressão *Uso Problemático de Álcool* (UPA), terminologia também utilizada pelo Ministério da Saúde. Essa terminologia é explicada por Moretti-Pires *et al.* (2010) da seguinte forma:

O álcool não pode ser tomado como uma substância de comercialização como qualquer outra, uma vez que o consumo reveste-se de aspectos culturais e simbólicos, na maioria das populações ao longo da história. A despeito destes aspectos de socialização, o uso constante pode levar a danos em decorrência da toxicidade aos órgãos e sistemas corporais. Também há gradativo aumento do risco de provocar intoxicação aguda e dependência, aumentando as chances de acometimentos por problemas físicos, sociais,

legais, emocionais, entre outros. Este contexto de utilização caracteriza o termo “Uso Problemático de Álcool” (UPA), que envolve os aspectos biopsicossociais implicados (MORETTI-PIRES; MARINHO-LIMA; KATSURAYAMA, 2010, p. 57).

No campo de pesquisa observou-se que os profissionais de saúde utilizavam com maior frequência o termo “etilismo”. Os profissionais de enfermagem que participaram da pesquisa se referiam ao usuário de álcool como “etilista”, “alcoologista” e “alcoólatra”.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), 10% da população mundial consome abusivamente substâncias psicoativas, sendo o álcool responsável por cerca de 1,5% de todas as mortes no mundo e de 28% dos casos de desabilitação para a vida (BRASIL, 2003). Muitas doenças incapacitantes têm sido provocadas e/ou agravadas pelo uso abusivo do álcool: cirrose hepática, gastrite, pancreatite, miocardiopatia alcoólica, transtornos psiquiátricos, além de diversas formas de desajustamento social, profissional e familiar. O uso abusivo e a dependência do álcool têm sido a causa principal da maioria das internações psiquiátricas, não só no Brasil, mas também em países desenvolvidos, como os Estados Unidos (RAMOS; BERTOLOTE, 1997).

O consumo de álcool também tem sido associado em diversos países a casos de violência, acidentes de trânsito e criminalidade (BRASIL, 2004). Esses dados têm levado a OMS a investir mais em pesquisas sobre políticas públicas em relação ao álcool. Nos últimos 50 anos, a pesquisa científica tem alcançado progressos no conhecimento da relação entre álcool e saúde, porém esse conhecimento por muito tempo permaneceu restrito ao mundo acadêmico, não alcançando os responsáveis pela elaboração das políticas públicas (ROMANO; LARANJEIRA, 2004).

A fim de estabelecer as bases científicas para a elaboração de políticas públicas para o álcool, um grupo de 17 especialistas na área lançou, em 2003, o livro *Alcohol no ordinary commodity – Research and public policy*, organizado por Thomas Babor. O livro foi apresentado no Brasil por Romano e Laranjeira (Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas – UNIAD), em artigo publicado na Revista Brasileira de Psiquiatria no ano de 2004.

Nesse artigo, os autores apresentam o livro como “[...] um tratado científico sobre política do álcool, [...] fruto de uma análise objetiva: o que é política do álcool, por que ela é necessária, quais são as intervenções efetivas e como a evidência científica pode suportar a elaboração de políticas” (ROMANO; LARANJEIRA, 2004, p. 280).

Em primeiro lugar, o livro propõe uma definição de política do álcool: “De modo geral, política do álcool é qualquer esforço deliberado ou decisão oficial da parte de governantes ou grupos não governamentais visando a minimizar ou prevenir consequências do consumo de álcool” (ROMANO; LARANJEIRA, 2004, p. 280).

Os autores abordam também a questão epidemiológica, chegando à conclusão de que o alcoolismo crônico não é o principal causador de danos sociais, pois as pesquisas apresentadas pela UNIAD (2012) revelam que a intoxicação pelo álcool pode oferecer maior risco físico e social do que a ingestão diária pelo dependente. Esse dado torna evidente a necessidade de se ampliar a abrangência da política do álcool, por exemplo, em campanhas de educação no trânsito e na regulamentação da propaganda e da venda de bebidas alcoólicas. Essas campanhas já vêm sendo adotadas no Brasil (BRASIL, 2006).

No próximo subitem são apresentadas as políticas públicas de atenção ao alcoolismo no Brasil.

## **2.3. AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO AO ALCOOLISMO NO BRASIL**

### **2.3.1. ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS**

O Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) tem realizado vários estudos sobre a epidemiologia do uso e dependência do álcool no Brasil. Esses estudos têm servido para subsidiar o planejamento e a execução de políticas públicas setoriais nessa área. Um levantamento domiciliar realizado com brasileiros entre 12 e 65 anos, residentes em 108 cidades brasileiras (sendo selecionadas todas as capitais e as cidades com mais de 200 mil habitantes), apontou que a dependência do álcool atingia 11,2% da população pesquisada no ano de 2001, e 12,3%, no ano de 2005. A prevalência da dependência recaía sobre o gênero masculino – 17,1% em 2001 e 19,5% em 2005, contra 5,7% do gênero feminino em 2001 e 6,9% em 2005 (BRASIL, 2009).

O Relatório Brasileiro sobre Drogas (BRASIL, 2009) expõe os resultados do V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino, realizado no ano de 2004 nas 27 capitais brasileiras (GALDURÓZ *et al.*, 2005). Os resultados foram: 65,2% dos estudantes pesquisados já haviam consumido álcool pelo menos uma vez na vida; 63,3% deles haviam consumido álcool pelo menos uma vez nos doze meses que antecederam a pesquisa; 44,3% consumiram álcool pelo menos uma vez nos trinta dias que antecederam a pesquisa; 11,7% dos estudantes faziam uso frequente de álcool, entendendo o uso frequente como o consumo em seis ou mais vezes nos trinta dias que antecederam a pesquisa; 6,7% faziam uso pesado do álcool, ou seja, consumiram bebidas alcoólicas vinte ou mais vezes nos trinta dias que antecederam a pesquisa (BRASIL, 2009).

De acordo com o Departamento Regional de Saúde de Taubaté (DRS XVII), os índices de dependentes químicos no vale do Paraíba e litoral Norte – região que envolve o município de Campos do Jordão – atingem 17% da população, sendo 12% pelo consumo de álcool e 5% pelo consumo de outras drogas (ANTIDROGAS, 2012). Especificamente no município pesquisado não existem estatísticas publicadas sobre a epidemiologia do consumo de álcool, porém, de acordo com informação obtida na Delegacia de Polícia de Campos do Jordão, no ano de 2012 houve no município 71 autuações policiais por motivo de “embriaguez ao volante” (SÃO PAULO, 2013).

Franch (BRASIL, 2004) salienta que frequentemente a iniciação do consumo de bebidas alcoólicas entre jovens acontece no seio da família:

Embora a iniciação familiar possa responder ao desejo de proteção do jovem que começa a beber, indica também a existência de um duplo padrão de compreensão das drogas; estimula-se o consumo de álcool, enquanto se condena o uso de drogas ilícitas. Apesar da presença da família na aquisição de hábitos e percepções a respeito do uso do álcool, a bebida na juventude está inegavelmente ligada à esfera da sociabilidade (BRASIL, 2004, p. 58).

De acordo com a autora, o álcool é reconhecido em diversas culturas como elemento de socialização. No Brasil, os jovens têm tido acesso fácil ao consumo de bebidas alcoólicas, como indicam as pesquisas (BRASIL, 2009). A juventude é um período em que o organismo apresenta maior vulnerabilidade à instalação da dependência química, o que pode acarretar para os jovens riscos que vão desde os mais imediatos, como os de acidentes, traumas e morte, como os riscos em longo prazo, como o surgimento de problemas psiquiátricos, no futuro (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 1999). Em decorrência disso, os autores consideram fundamental que haja investimento em políticas de educação e prevenção do uso de bebidas alcoólicas entre a população jovem. Algumas das enfermeiras entrevistadas mencionaram a necessidade desses investimentos no campo de pesquisa e seu entorno.

Apresentada a epidemiologia do uso do álcool no Brasil, em seguida traça-se um panorama histórico da atenção à saúde no país a partir da década de 1970, enfatizando a atenção ao paciente psiquiátrico, categoria na qual se encontra o usuário de álcool e outras drogas.

### 2.3.2. ALCOOLISMO, REFORMA SANITÁRIA E REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

Para se compreender as políticas do Ministério da Saúde (MS) para a atenção a usuários de álcool, considera-se fundamental traçar um panorama histórico das lutas pela saúde mental no Brasil, uma vez que o alcoolismo é classificado como transtorno psiquiátrico.

De acordo com Secchi (2010, p. 2), “Uma política pública é uma diretriz elaborada para enfrentar um problema público”. A política pública torna-se uma ação necessária quando a coletividade reconhece a existência de uma situação inadequada e estabelece a diferença entre a situação atual e uma situação ideal possível para a realidade pública (SECCHI, 2010). Foi o que aconteceu no Brasil, a partir da década de 1980, com o Movimento da Reforma Sanitária. Esse movimento denunciava as inadequações do sistema de saúde brasileiro e reivindicava amplas reformulações sociais, inclusive no sistema operacional de saúde. Foi o Movimento da Reforma Sanitária que criou o delineamento do SUS (que seria estabelecido como norma constitucional, em 1988, e legitimado pela Lei Orgânica da Saúde, em 1990): a universalidade do atendimento, a integralidade, a descentralização, a equidade, a eficácia e a participação popular (BRASIL, 1990). Essas foram consideradas as características fundamentais de um sistema de saúde coerente com o ideal de uma sociedade democrática. A Reforma Sanitária ganhou ampla adesão popular ao longo da década de 1980, propondo a discussão sobre a saúde como interesse público. E foi justamente a abertura ao debate público que trouxe para o centro da discussão política as questões relacionadas à saúde mental no Brasil.

Na década de 1990, intensificou-se a discussão sobre a Reforma Psiquiátrica, que teve seu início ainda nos anos de 1970, como reação à institucionalização da violência e da segregação no contexto asilar. O processo de Reforma Psiquiátrica reivindicava a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos psiquiátricos e a construção de uma rede de cuidados especializados substitutiva aos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

O uso abusivo de bebidas alcoólicas é considerado como transtorno psiquiátrico, aparecendo na 10ª versão da “Classificação Internacional de Doenças” (CID-10), da Organização Mundial de Saúde, na categoria F10: *Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de álcool*. Estão incluídos nessa categoria: intoxicação aguda, uso nocivo, síndrome de dependência, síndrome de abstinência, síndrome de abstinência com *delirium*, transtorno psicótico, síndrome amnésica, transtorno psicótico residual e de instalação tardia, outros transtornos mentais ou comportamentais, transtorno mental ou comportamental não especificado (OMS, 2008).

Pesquisa realizada nos Estados Unidos indica que pessoas com história de vida marcada pelo uso do álcool apresentavam altos índices de transtorno psiquiátrico pré-mórbido (37%), incluindo transtorno de ansiedade (19,4%), transtorno de personalidade antissocial (14,3%), transtorno de humor (13,4%) e esquizofrenia (3,8%) (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 1999).

O MS traz os seguintes dados sobre a saúde mental no Brasil: 3% da população (cerca de cinco milhões de pessoas) necessitam de cuidados contínuos em saúde mental; mais de 6% da população apresentam transtornos psiquiátricos graves em decorrência do uso de álcool e outras drogas; 12% da população necessitam de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual; 2,3% do orçamento anual do SUS são destinados para a Saúde Mental (BRASIL, 2012).

Pesquisa realizada por Moraes (2008) aponta o álcool como responsável por 90% das internações psiquiátricas por dependência química; o uso de cocaína ocupa o segundo lugar (MORAES, 2008). Os gastos públicos com internações psiquiátricas relacionadas ao uso do álcool são os seguintes:

Dados mais atuais sobre morbidade hospitalar no SUS apontam que os gastos públicos com internações decorrentes de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso do álcool, de janeiro a novembro de 2003, foram de R\$ 55.565.960, correspondendo a 83% dos gastos totais nessa categoria, enquanto os decorrentes de transtornos associados ao uso de outras substâncias, neste mesmo período, foram de R\$ 11.651.624, 17% do total (MORAES, 2008, p. 123).

Desde o início da Reforma Psiquiátrica tem-se observado uma redução do número de internações em hospitais psiquiátricos pelo SUS. Em 1996 havia 72.514 leitos hospitalares para pacientes psiquiátricos; em 2005 esse número havia sido reduzido para 42.076 leitos (BRASIL, 2005). De acordo com o Ministério da Saúde, em 2012 o número de leitos em hospitais psiquiátricos no Brasil é de 32.735 (BRASIL, 2012). A diminuição dos investimentos públicos em hospitais psiquiátricos teve sua contrapartida em um aumento dos investimentos nos dispositivos extra-hospitalares de base comunitária. Em 1997 os gastos com hospitais psiquiátricos eram de 93,14% do orçamento da Saúde Mental, enquanto os gastos extra-hospitalares eram de 6,86%. Em 2004, os gastos com hospitais psiquiátricos haviam sido reduzidos para 63,84% do orçamento, enquanto os gastos extra-hospitalares haviam aumentado para 36,16% (BRASIL, 2005). Um dos principais desafios da Reforma Psiquiátrica foi e ainda é a ampliação do processo de inclusão social e a promoção da cidadania das pessoas portadoras de transtornos mentais (BRASIL, 2005).

A III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada no ano de 2001 em Brasília, representa um marco quanto ao reconhecimento nacional das propostas da Reforma Psiquiátrica:

Desta forma, a III Conferência consolida a Reforma Psiquiátrica como política de governo, confere ao CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência, defende a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, e estabelece o controle social como garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil (BRASIL, 2005, p. 9).

Desde a Reforma Psiquiátrica, as políticas públicas de atenção ao alcoolismo têm sofrido profundas mudanças no Brasil. Conforme propõe *A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas*, antes da Reforma Psiquiátrica as políticas de saúde voltadas para esse segmento da população apresentavam um “[...] caráter total, fechado e tendo como único objetivo a ser alcançado a abstinência” (BRASIL, 2003, p. 5).

Atualmente, no Brasil a política de atenção a usuários de álcool e outras drogas agrega aos serviços de tratamento e reabilitação outras ações de caráter mais preventivo e educativo, tendo em vista a reinserção social dos usuários. É nesse momento que surge o conceito de *intersectorialidade* (que é discutido mais adiante neste trabalho), pois o MS passa a enfatizar que as políticas públicas voltadas para esse segmento da população devem ser construídas num âmbito mais amplo, contando com a participação intersectorial.

A seguir são apresentadas duas publicações do MS que têm servido para nortear a ação dos diversos setores envolvidos com o trabalho de atenção ao alcoolismo no Brasil. São elas *A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas* (BRASIL, 2003) e *Álcool e Redução de Danos: uma abordagem inovadora para países em transição* (BRASIL, 2004). Não se pode, porém, deixar de mencionar que o MS tem outras publicações que abordam o tema alcoolismo, dentre elas: *Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica* (BRASIL, 2011), *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial* (BRASIL, 2010), *Relatório Brasileiro sobre Drogas* (BRASIL, 2009), *Política Nacional de Promoção da Saúde* (BRASIL, 2006), *Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil* (BRASIL, 2005). As cartilhas apresentadas a seguir foram selecionadas para análise neste trabalho, pois representam uma mudança radical na atenção à saúde dos usuários de álcool e outras drogas a partir da Reforma Psiquiátrica. Essas publicações representam um marco na história da política de saúde no Brasil, sendo que as publicações posteriores não apresentam modificações significativas dessas políticas, mas seus desdobramentos e aplicações nos diversos segmentos da saúde,

além de relatórios da implementação dessas mesmas políticas no Brasil. Por meio dessas duas publicações o MS pretende de oferecer subsídios teóricos e metodológicos para a atuação das equipes profissionais de saúde que trabalham na rede SUS, inclusive para a atuação da enfermagem. Em outras palavras, as cartilhas que são apresentadas a seguir representam o modelo para a atuação das equipes de enfermagem no atendimento aos pacientes alcoolistas.

### **2.3.3. PUBLICAÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE**

Nesta sessão propõe-se apresentar duas cartilhas do MS que têm servido de referência para a atenção a usuários de álcool no Brasil. Os profissionais de enfermagem que fizeram parte da pesquisa estão num contexto de atenção ao alcoolismo proposto por meio dessas publicações.

#### **2.3.3.1. A POLÍTICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA A ATENÇÃO INTEGRAL A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (BRASIL, 2003)**

Essa publicação representa um marco teórico-político em relação às práticas de saúde voltadas para os usuários de álcool e outras drogas, questão que historicamente tem sido abordada sob a perspectiva médica, centrada no tratamento clínico. O relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental (2002) traz uma proposta inovadora para a atenção a usuários de álcool e outras drogas: um modelo de atenção integral que considera o caráter multifatorial da problemática, assegurando a participação intersetorial das organizações governamentais e não governamentais e garantindo seu atendimento pelo SUS, que deve oferecer o serviço de atendimento clínico ambulatorial, atendimentos de urgência/emergência e também dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial. *A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas* assume o direcionamento proposto pela III Conferência Nacional de Saúde Mental e expõe de maneira objetiva suas diretrizes para uma política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas:

- **Modelos de atenção CAPS ad:** Os Centros de Atenção Psicossocial voltados para o atendimento aos usuários de álcool e outras drogas foram instituídos pela portaria GM/336, de 19 de fevereiro de 2002 e representam um serviço especializado do SUS. Conforme expõe a cartilha do Ministério da Saúde, os CAPS ad devem “[...] abrigar em seus projetos terapêuticos práticas e cuidados que contemplem a flexibilidade e

abrangência possível e necessária, dentro de uma estratégia de redução de danos sociais e à saúde” (BRASIL, 2003, p. 25). Devem oferecer atendimento diário, seguindo as modalidades intensiva, semi-intensiva e não intensiva e tendo em vista a intervenção precoce e o abrandamento do estigma associado ao tratamento. Os CAPS podem ser de tipo I, II, III, Álcool e Drogas (CAPS ad) e Infanto-juvenil (CAPS i). Os parâmetros populacionais para a implantação desses serviços são definidos da seguinte forma: municípios até 20.000 habitantes - rede básica com ações de saúde mental; municípios entre 20 a 70.000 habitantes - CAPS I e rede básica com ações de saúde mental; municípios com mais de 70.000 a 200.000 habitantes - CAPS II, CAPS ad e rede básica com ações de saúde mental; municípios com mais de 200.000 habitantes - CAPS II, CAPS III, CAPS ad, CAPS i, e rede básica com ações de saúde mental e capacitação do SAMU (BRASIL, 2012). O município de Campos do Jordão, com 47.789 habitantes, conforme o Censo 2010 (IBGE, 2012), não possui CAPS ad, apenas o CAPS I, que não oferece atendimento especializado a usuários de álcool e outras drogas.

- **Intersetorialidade:** Esse modelo de atuação tem como desafio a articulação entre os setores da saúde, da justiça, da educação, o setor social e de desenvolvimento, incluindo também a participação da sociedade civil, dos movimentos sindicais, das associações e organizações comunitárias, bem como das universidades, na elaboração e execução de planos e estratégias que configurem uma política integral de atenção ao consumidor de álcool e outras drogas.
- **Atenção Integral:** Esse modelo de atenção contempla os seguintes desafios: desenvolver na população brasileira comportamentos com vistas a diminuir os riscos relacionados ao uso de álcool e outras drogas; mudança de crenças e normas sociais; ações de informação e prevenção, destinadas à população em geral; diversificação e ampliação da oferta de serviços comunitários; adoção de políticas intersetoriais de saúde; implementação de dispositivos legais para a equidade do acesso às ações de prevenção, tratamento e redução de danos; revisão da legislação relativa às questões trabalhistas dos usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2003). A assistência a usuários de álcool deve ser oferecida em todos os níveis de atenção, inclusive no Programa de Saúde da Família, no Programa de Agentes Comunitários de Saúde e na Rede Básica de Saúde. Para tanto, o Ministério da Saúde propõe-se a implementar o *Programa Permanente de Capacitação de Recursos Humanos para os Serviços de*

*Atenção aos Usuários de Drogas na Rede do SUS*, que visa capacitar, não apenas os profissionais que atuam no CAPS ad, mas também os funcionários do PSF e da Rede Básica (BRASIL, 2003).

Cabe ressaltar também que a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas deve contemplar questões às quais muitos usuários estão expostos, como a vulnerabilidade social e as doenças sexualmente transmissíveis. O modelo de atenção integral propõe que os usuários de álcool e outras drogas não devem ser tratados como “doentes” ou “excluídos”, mas como “cidadãos merecedores de direitos e exercício pleno da cidadania” (BRASIL, 2003, p. 35).

A publicação apresentada a seguir introduz no Brasil o paradigma da redução de danos e concebe o usuário de álcool como cidadão que pode e deve participar da discussão e elaboração de políticas públicas que venham minimizar os danos causados pelo uso de álcool e outras drogas.

### **2.3.3.2. ÁLCOOL E REDUÇÃO DE DANOS: uma abordagem inovadora para países em transição (BRASIL, 2004)**

Essa publicação apresenta o paradigma da *redução de danos* como proposta de enfrentamento dos problemas associados ao consumo do álcool. Constitui-se de um conjunto de textos de diferentes autores, com o objetivo de oferecer subsídios teóricos para a “[...] construção efetiva de uma política pública intersetorial que reduza os danos associados ao consumo de bebidas alcoólicas” (BRASIL, 2004, p. 6). Conforme define Costa, Ministro da Saúde, que faz a apresentação da coletânea:

Trata-se de uma estratégia abrangente, envolvendo, além da saúde pública, a educação, os meios de comunicação (com o inadiável controle da propaganda de bebida), os órgãos que regulamentam o trânsito, no Ministério das Cidades, as ações pedagógicas compartilhadas com os profissionais de bares e restaurantes, tudo isto sob a ampla perspectiva da redução de danos e riscos sociais (BRASIL, 2004, pp. 5,6).

A iniciativa teve sua origem em 1990, quando ocorreu em Liverpool, na Inglaterra, a *I Conferência da Associação Internacional de Redução de Danos*. O conceito de redução de danos, nesse momento, estava associado ao uso de drogas ilícitas, mas essa estratégia vem sendo aplicada também em relação a usuários de álcool, e suas fronteiras têm sido expandidas em direção aos países em transição. A ampliação do conceito e das fronteiras da abordagem produziu a necessidade de reavaliação de sua estratégia, levando em conta o contexto cultural dos países em desenvolvimento. Essa publicação do Ministério da Saúde tem justamente o

objetivo de encetar o debate sobre a adoção da estratégia de redução de danos no Brasil (BRASIL, 2004).

A *I Conferência sobre Álcool e Redução de Danos, em busca de uma política abrangente de álcool para os países em transição e em desenvolvimento*, ocorrida em agosto de 2002, em Recife, é considerada como o marco inicial do debate sobre álcool e redução de danos no Brasil. Ao final da conferência foi criada a *Coalizão Internacional sobre Álcool e Redução de Danos (ICAHRE)*, que tem os seguintes objetivos: promover políticas de álcool que procurem reduzir os danos decorrentes do consumo; promover educação sobre o álcool com vistas a fortalecer a responsabilidade individual; reivindicar medidas restritivas junto à indústria do álcool; promover a troca de informação e experiências; incentivar a pesquisa sobre os danos decorrentes do uso do álcool; incentivar a avaliação das intervenções de redução de danos (BRASIL, 2004).

Os temas tratados na cartilha são: o consumo do álcool em países em transição; álcool e redução de danos; álcool e saúde; violência, juventude e redução de danos no Brasil; redução de danos no ambiente de trabalho; desafios da abordagem para as violências no trânsito; o papel da mídia na promoção do uso responsável de álcool; a construção de uma política intersetorial efetiva para o álcool e redução de danos.

Após ser apresentado o referencial teórico que subsidia a interpretação dos dados da pesquisa, no item que segue é traçado um panorama das publicações sobre o alcoolismo na base de dados SCIELO, e das publicações que abordam o tema alcoolismo sob a perspectiva das RS.

#### **2.4. PANORAMA ATUAL DAS PESQUISAS SOBRE O ALCOOLISMO**

Nesta sessão é apresentado o estado da arte sobre o tema alcoolismo. Foram feitas duas formas de pesquisa das publicações científicas sobre o tema: a primeira foi feita na base de dados SCIELO, sob o descritor alcoolismo; a segunda buscou artigos científicos que abordavam o alcoolismo sob o referencial das RS em diversas bases de dados, em anais de congressos e em revistas eletrônicas.

### 2.4.1. LEVANTAMENTO DE ARTIGOS SOBRE O ALCOOLISMO NA BASE DE DADOS SCIELO

Para situar a presente pesquisa em um panorama mais amplo de investigação sobre o alcoolismo, foi feito um levantamento das produções científicas sobre o tema na base de dados SCIELO – Scientific Electronic Library –, em novembro de 2011. O objetivo foi buscar artigos publicados nos últimos dez anos sob o descritor “alcoolismo”, a fim de proceder a uma classificação das diferentes abordagens sobre o tema. A classificação foi feita com base na leitura dos títulos dos artigos. A maioria dos títulos apresentava de forma clara a natureza da abordagem. Nos artigos que não se enunciavam com clareza, procedeu-se à leitura dos resumos. O objetivo desse levantamento foi classificar os aspectos do alcoolismo mais abordados nas pesquisas. Foram encontrados 232 artigos, e classificados conforme exposto no Quadro 1.

É possível observar, neste quadro, que o maior número de estudos versa sobre o tema “alcoolismo e doenças associadas”, principalmente câncer e transtornos psiquiátricos. A hepatite e a cirrose hepática aparecem em número significativo, por isso foram classificadas em categoria própria. Se forem somadas as duas categorias, chegar-se-á a um total de 38 artigos que abordam as doenças associadas ao alcoolismo – tema diretamente associado à investigação médica e psiquiátrica.

**Quadro 1:** Aspectos do alcoolismo mais abordados nas pesquisas

TEMAS	NÚMERO
Álcool e doenças associadas	25
Outros	24
Álcool, corpo humano e saúde	20
Álcool e família	18
Significados, concepções e atitudes de enfermeiros frente ao alcoolismo	18
Álcool e violência	18
Álcool, adolescência e juventude	16
Atenção ao alcoolismo	14
Drogas em geral	13
Álcool, cirrose hepática e hepatite	13
Álcool e grupos populacionais	11
Diagnóstico do alcoolismo	10
Álcool e o trabalhador	09
Álcool e questões de gênero	08
Comportamento de beber (dependência/abstinência)	06
Tratamento medicamentoso	05
Álcool e gestação	05
<b>TOTAL</b>	<b>232</b>

Fonte: Base de dados SCIELO (Nov. 2011)

A segunda categoria mais pesquisada é a que se refere ao “alcoolismo, corpo humano e saúde”, na qual foram classificados os artigos que versavam sobre os diversos órgãos e sistemas do corpo humano, seu funcionamento e as disfunções resultantes de uso abusivo do álcool. Nessa categoria foram classificadas 20 produções. As categorias com maior número de artigos pertencem ao campo de investigação das ciências biológicas, predominantemente da medicina.

O terceiro grupo em número de artigos foi “significados, concepções e atitudes de enfermeiros frente ao alcoolismo”, com 18 produções. Estes artigos, juntamente com a categoria “atenção ao alcoolismo” (em número de 14), são os estudos que apresentam maior afinidade com a presente pesquisa, pois tratam do tema alcoolismo sob o enfoque do cuidado e do significado. Outras categorias representativas foram “álcool e violência”, com 18 artigos; “álcool e família”, também com 18; “álcool, adolescência e juventude” (16); “drogas em geral” (13). Os temas que apareceram com número inferior a cinco artigos foram classificados na categoria “outros”.

Se for feita uma classificação dos artigos sob o enfoque das ciências biológicas e sob o enfoque das ciências humanas, será possível dividi-los em duas grandes categorias: “Ciências Humanas”, com 146 artigos, e “Ciências Biológicas”, com 63 artigos. Ainda haveria uma categoria mais ampla, com alguns artigos que poderiam ser classificados tanto nos estudos das ciências humanas quanto no das biológicas, com 151 artigos. O Quadro 2 reúne os artigos que abordam o alcoolismo sob o enfoque das Ciências Humanas.

**Quadro 2:** Aspectos do alcoolismo abordados nas pesquisas em Ciências Humanas

TEMAS	NÚMERO
Álcool e família	18
Significados, concepções e atitudes de enfermeiros frente ao alcoolismo	18
Álcool e violência	18
Álcool, adolescência e juventude	16
Atenção ao alcoolismo	14
Drogas em geral	13
Álcool e grupos populacionais	11
Diagnóstico do alcoolismo	10
Álcool e o trabalhador	09
Álcool e questões de gênero	08
Comportamento de beber (dependência/abstinência)	06
Álcool e gestação	05
<b>TOTAL</b>	<b>146</b>

Fonte: Base de dados SCIELO (Nov. 2011)

Esses artigos abordam o impacto pessoal e social do alcoolismo. Meloni e Laranjeira (2004), no artigo *Custo social e de saúde do consumo do álcool*, abordam os problemas sociais advindos do alcoolismo, incluindo as seguintes categorias: vandalismo; desordem pública; problemas familiares; abuso de menores; problemas interpessoais; problemas financeiros; problemas ocupacionais e educacionais; e custos sociais. Os artigos acima relacionados abordam o alcoolismo a partir desses aspectos, procurando entender como o alcoolista se insere na sociedade e como a sociedade se comporta frente ao usuário de álcool.

No Quadro 3 encontram-se reunidos os artigos que abordam o alcoolismo sob o ponto de vista das Ciências Biológicas. Nesse grupo estão os estudos referentes aos problemas de saúde associados ao consumo do álcool. Estudos epidemiológicos indicam que existem algumas doenças e problemas de saúde que frequentemente aparecem associados ao uso do álcool, como: peso baixo ao nascimento; câncer bucal e orofaríngeo; câncer esofágico; câncer hepático; depressão unipolar e outras desordens psiquiátricas; epilepsia; hipertensão arterial; isquemia miocárdica; doença cerebrovascular; diabetes; cirrose hepática; acidentes com veículos e máquinas automotoras; quedas; intoxicações; danos autoinfligidos; homicídios (MELONI; LARANJEIRA, 2004).

**Quadro 3:** Aspectos do alcoolismo abordados nas pesquisas em Ciências Biológicas

TEMAS	NÚMERO
Álcool e doenças associadas	25
Álcool, corpo humano e saúde	20
Álcool, cirrose hepática e hepatite	13
Tratamento medicamentoso	05
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>

**Fonte:** Base de dados SCIELO (Nov. 2011)

Os artigos acima relacionados abordam o impacto do consumo do álcool sobre a anatomia e a fisiologia do corpo humano, assim como os tratamentos medicamentosos que visam a diminuir o impacto do álcool no organismo.

O Quadro 4 reúne os artigos que, de acordo com o tema proposto, podem ser abordados tanto do ponto de vista das Ciências Biológicas, quanto do das Ciências Humanas.

Alguns dos artigos dessa categoria podem apresentar limites tênues entre o impacto do consumo do álcool sobre a saúde da pessoa e sobre a sociedade, uma vez que o organismo humano não é segmentado em seus aspectos biológicos e sociais, pelo contrário, é um organismo em contínua interação com o ambiente, produzindo nele modificações e sofrendo também o impacto provocado por ele (BRONFENBRENNER, 1996). Portanto, nessa categoria encontram-se artigos que podem tratar do mesmo tema, porém sob perspectivas

diferentes. Por exemplo, a abordagem do tema “drogas em geral” pode ser feita sob o ponto de vista biológico, ou seja, o funcionamento e as disfunções do organismo em decorrência de uso das drogas; mas também pode ser abordado sobre o ponto de vista social – as consequências psicológicas e sociais de uso das drogas.

**Quadro 4:** Aspectos do alcoolismo que podem ser abordados tanto nas pesquisas em Ciências Biológicas quanto na pesquisas em Ciências Humanas

TEMAS	NÚMERO
Álcool e doenças associadas	25
Outros	24
Álcool, corpo humano e saúde	20
Álcool, adolescência e juventude	16
Atenção ao alcoolismo	14
Drogas em geral	13
Álcool, cirrose hepática e hepatite	13
Diagnóstico do alcoolismo	10
Comportamento de beber (dependência/abstinência)	06
Tratamento medicamentoso	05
Álcool e gestação	05
<b>TOTAL</b>	<b>151</b>

Fonte: Base de dados SCIELO (Nov. 2011)

Na categoria, “Ciências Humanas”, foi feito um recorte que possibilitou uma aproximação dos estudos que guardam maior afinidade com a presente pesquisa. Sob a categoria “significados, concepções e atitudes de enfermeiros frente ao alcoolismo”, foram encontrados estudos que apontam um predomínio de atitudes negativas de enfermeiros mediante o alcoolismo e o alcoolista, atitudes que são permeadas por uma visão moral sobre o alcoolismo (VARGAS, 2010; VARGAS e LABATE, 2006; MARTINS *et al.*, 2010). Os resultados dos estudos indicam que, de maneira geral, os enfermeiros concebem o alcoolista como um paciente que apresenta irritação, descontrole, ansiedade e depressão, sendo por isso identificado como uma pessoa com saúde mental prejudicada (VARGAS, 2010). Apontam ainda que uma das maiores dificuldades dos enfermeiros para trabalhar com pacientes alcoolistas advém da concepção de que o alcoolismo se instala por vontade própria do paciente, ou seja, que o alcoolista dá trabalho à enfermagem porque provocou a doença, e não, como acontece com os demais pacientes, porque está sofrendo uma situação que independe de sua livre escolha. Essa concepção guarda relação próxima com uma visão moral do alcoolismo. A maioria dos estudos traz em sua conclusão o reconhecimento da necessidade de haver, durante o período de formação, maior ênfase no treinamento dos profissionais de

enfermagem para lidar com a problemática do alcoolismo (VARGAS, 2010; VARGAS e LABATE, 2006; MARTINS *et al.*, 2010; MORETTI-PIRES *et al.*, 2011).

Sob a categoria “atenção ao alcoolismo” foram encontrados estudos que procuram analisar os modelos de atenção à saúde de usuários de álcool. Alguns estudos apontam as fragilidades dos sistemas de atenção a usuários de álcool e outras drogas e indicam caminhos para a estruturação e o fortalecimento de uma rede de atenção integral, que contemple uma atuação junto às famílias dos alcoolistas e junto às comunidades e que promova a articulação com outras redes de serviços sociais (ALVES, 2009; DIAZ HEREDIA e MARZIALE, 2010; RIBEIRO, 2004). Outros artigos descrevem experiências de programas alternativos de atenção a usuários de álcool, alguns inclusive apontando resultados exitosos de prevenção e tratamento (ZALAF; FONSECA, 2007).

Vale ressaltar que, nesse total de 232 artigos catalogados na base de dados SCIELO sob o descritor “alcoolismo”, apenas três abordavam o tema sob o referencial das Representações Sociais de Moscovici. As três pesquisas estão relacionadas no Quadro 5 e são comentadas em seguida. Trata-se de uma percentagem pequena, porém esses artigos assumem papel de destaque na presente análise.

**Quadro 5:** Artigos catalogados na base de dados SCIELO que abordam o alcoolismo sob o enfoque das Representações Sociais.

Representações sobre o uso de álcool por mulheres em tratamento em um centro de referência da cidade de São Paulo – Brasil (CAMPOS; REIS, 2010).
Alcoolismo: representações sociais elaboradas por alcoolistas em tratamento e por seus familiares (SANTOS; VELÔSO, 2008).
Representações Sociais sobre cirrose hepática alcoólica elaboradas por seus portadores (ROCHA; PEREIRA, 2007).

**Fonte:** Base de dados SCIELO (Nov. 2011)

- *Representações sobre o uso de álcool por mulheres em tratamento em um centro de referência da cidade de São Paulo – Brasil.* Esse estudo, realizado por Campos e Reis (2010), teve por objetivo compreender as representações e significados sobre o uso do álcool elaborados por mulheres em tratamento no Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas (CRATOD), localizado na cidade de São Paulo. Utilizou como referencial teórico as Representações Sociais, tais como foram abordadas por Jodelet (2005). Os dados para análise foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas. As conclusões do estudo apontam que as representações são

elaboradas de acordo com a lógica das relações de gênero, ou seja, as “mulheres que abusam do álcool” não cumprem suas obrigações sociais como “mães”, “donas-de-casa” e “trabalhadoras” (CAMPOS; REIS, 2010).

- *Alcoolismo: representações sociais elaboradas por alcoolistas em tratamento e por seus familiares.* Esse estudo teve por objetivo “comparar as Representações Sociais sobre o alcoolismo elaboradas por alcoolistas em tratamento no Centro de Recuperação Fazenda do Sol, Campina Grande, PB, com as de seus familiares” (SANTOS; VELÔSO, 2008, p. 620). Utilizou a entrevista semiestruturada como instrumento de coleta de dados e a análise temática de Bardin para tratar o conteúdo das entrevistas. Os resultados apontam que:

De modo geral, os entrevistados representam o alcoolismo como uma doença e, para recuperar-se dela, o indivíduo necessita de ajuda. Ressaltam-se, ainda, representações do alcoolismo como algo que provoca perdas; como o ato de beber em excesso; como uma dependência hereditária; como um castigo e algo do demônio. No que se refere aos fatores que levaram à dependência química, a maioria dos entrevistados atribui a dependência a problemas vividos na família e às amizades (SANTOS; VELÔSO, 2008, p. 619).

O estudo trabalha sobre a hipótese de que a representação *produz e determina* comportamentos, uma vez que os sujeitos reagem não apenas ao comportamento do outro, mas também e principalmente aos significados que os próprios sujeitos atribuem ao comportamento do outro.

- *Representações Sociais sobre cirrose hepática alcoólica elaboradas por seus portadores.* O estudo, conforme o próprio título esclarece, teve por objetivo apreender as representações sociais sobre cirrose hepática elaboradas por seus portadores. O instrumento utilizado para a coleta de dados foi a entrevista semiestruturada, e os dados foram tratados utilizando-se a técnica de análise de conteúdo temática. Observa-se que o alcoolismo ocupa um lugar de menor relevância nesse estudo, pois a análise dos resultados aponta a cirrose hepática alcoólica, e não o alcoolismo, como doença que provoca dificuldades socioeconômicas e emocionais, culminando em destruição e morte. O estudo aponta, ainda, a necessidade de uma mudança na atitude do profissional de saúde, com vistas a humanizar o cuidado e minimizar o sofrimento dos pacientes (ROCHA; PEREIRA, 2007).

Ainda foram encontrados dois artigos que estudam as representações sobre o alcoolismo, porém sob uma perspectiva que difere da proposta de Moscovici:

- *O Alcoolismo é uma doença contagiosa? Representações sobre o contágio e a doença de ex-bebedores.* Esse estudo, realizado por Campos (2008), parte do referencial das *representações culturais* e focaliza sua investigação nos pressupostos da organização dos Alcoólicos Anônimos.
- *As representações sobre o alcoolismo em uma associação de ex-bebedores: os Alcoólicos Anônimos.* Estudo também realizado por Campos (2004), investiga a representação do alcoolismo tal como ele é pensado e gerido por aqueles que se reconhecem como “doentes alcoólicos”. Trata-se de uma abordagem em conformidade com a organização dos Alcoólicos Anônimos, que concebem o alcoolismo como “doença físico-moral e espiritual”.

Para completar esta seção, são apresentados a seguir estudos sobre representações sociais relacionadas ao tema alcoolismo que não se encontravam catalogados na base de dados SCIELO, na data da pesquisa.

#### **2.4.2. ARTIGOS SOBRE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO ALCOOLISMO**

Os oito estudos apresentados nesta seção não estavam catalogados na base SCIELO na data do levantamento (nov. 2011), mas são artigos científicos disponíveis *on-line*, sendo considerados relevantes para o estudo do tema proposto nesta pesquisa.

- *Representações sociais dos enfermeiros de unidades básicas de um distrito sanitário de Foz do Iguaçu, PR, sobre o alcoolismo.* Estudo realizado por Meira e Arcoverde (2010), que tiveram como objetivo identificar a atuação e a representação dos enfermeiros de unidades básicas de saúde sobre o alcoolismo. Trata-se de pesquisa descritiva, exploratória, que utilizou o referencial teórico das Representações Sociais. O instrumento utilizado foi a entrevista semiestruturada, realizada com oito enfermeiros. Como resultados do estudo, foram identificadas três categorias: representação do alcoolismo; atenção básica – possibilidades de atendimento frente aos usuários de álcool; fatores que contribuem para a assistência ao usuário de álcool. Como conclusão, os autores salientam que a assistência desses profissionais está

pautada no modelo biomédico, havendo pouco compromisso do enfermeiro com a questão política do alcoolismo. Também consideram que as representações desses profissionais sobre o alcoolismo encontram-se apegadas ao pensamento do senso comum.

- *Representações sociais do alcoolismo e toxodependência no meio laboral português.* O estudo, realizado por Pereira e Pires (2006), teve por objetivo avaliar as representações sociais do alcoolismo e da toxodependência das pessoas que, no meio laboral português, têm possibilidade de agir no combate àquele problema. O referencial teórico utilizado foi a Teoria das Representações Sociais, especificamente a Teoria do Núcleo Central de Abric (1984,1994). Participaram do estudo 52 organizações portuguesas, nas quais foram distribuídas aos funcionários fichas de evocação de palavras com os estímulos “alcoolismo” e “toxodependência”. Os dados foram tratados pelos programas *Evoc2003* e *Simi2003*. Foram constituídas 13 categorias de representações, sendo 11 comuns ao alcoolismo e à toxodependência: doença; degradação; dependência; recuperação; experiência; desvios; família; sociedade; vício; trabalho; morte. A categoria “exclusão” foi atribuída exclusivamente à toxodependência, e a categoria “acidentes” foi atribuída ao alcoolismo. Os autores concluem que trabalhadores e empregadores representam o álcool e as drogas de forma diferente. Os participantes da pesquisa representaram o abuso e a dependência do álcool e das drogas de acordo com a noção científica de doença, com consequências que causam a degradação da pessoa.
- *Construção e validação de uma escala de representações sociais do consumo de álcool e drogas em adolescentes.* Carvalho e Leal (2006) iniciaram esse estudo fazendo uma revisão de literatura e uma pesquisa bibliográfica sobre as escalas existentes de avaliação das representações sociais do consumo de álcool e drogas em adolescentes escolarizados. A partir dos dados obtidos, as autoras elaboraram uma escala – a “Escala de Representações Sociais do Consumo de Álcool e Drogas em Adolescentes” – contendo 103 itens, incluindo informações sociodemográficas sobre a amostra. O instrumento foi administrado a 376 adolescentes. Os resultados apresentam a análise fatorial e os dados relativos à validade e consistência interna da escala. As autoras apresentam uma discussão sobre utilidade e campo de aplicação do instrumento, concluindo que se trata de uma forma pertinente de investigação sobre as

representações sociais do uso do álcool e das drogas. Algumas questões dessa escala foram utilizadas na elaboração do questionário utilizado nesta pesquisa.

- *Representações sociais sobre o álcool em estudantes do ensino superior.* Esta pesquisa foi realizada por Cabral, Farate e Duarte (2007). O objetivo foi analisar as representações sociais acerca do álcool em estudantes do ensino superior público diurno de Viseu. Fizeram parte da amostra, respondendo a um questionário, 2056 estudantes iniciantes nos cursos de formação. Os resultados da pesquisa indicaram que mais de 80% da amostra apresentavam, em suas representações, falsos conceitos sobre o álcool. Os autores concluem que essas representações têm sido responsáveis pela manutenção do hábito de beber.
- *Representações Sociais sobre o alcoolismo: histórias de vida de adolescentes.* Esta pesquisa, realizada por Silva e Padilha (2012a), teve como objetivos descrever as representações sociais dos adolescentes sobre o alcoolismo a partir da sua história de vida e analisar suas atitudes diante da ingestão de bebidas alcoólicas. Trata-se de estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa, que utilizou o método de história de vida para captar as representações sociais dos sujeitos sobre o tema. Fizeram parte da amostra 40 adolescentes de ambos os sexos. O instrumento utilizado foi a entrevista semiestruturada. Os autores concluíram que, para os adolescentes entrevistados, as bebidas alcoólicas são responsáveis pela socialização e propiciam, no imaginário social, um prazer.
- *História de vida e o alcoolismo: representações sociais de adolescentes.* O estudo, realizado também por Silva e Padilha (2012b), teve por objetivos descrever as representações sociais dos adolescentes sobre o alcoolismo e analisar a inserção do alcoolismo em sua história de vida. Este estudo foi descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa, utilizando o método de história de vida. Participaram da pesquisa, por meio de entrevista semiestruturada, 40 adolescentes de ambos os sexos. Os autores concluem que o encontro dos adolescentes com o alcoolismo durante a infância foi primordial para a estruturação de representações sociais. As bebidas alcoólicas eram utilizadas pelo grupo como elemento para lidar com problemas, sendo destacado que as representações sociais são responsáveis pela prática social dos sujeitos do estudo.

- *Consumo de álcool em escola pública: estudo de representações sociais.* Pesquisa realizada por Felipe e Gomes (2012), que teve por objetivo identificar as representações sociais de professores sobre o consumo do álcool em uma escola municipal no Rio de Janeiro. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, que utiliza o referencial teórico e metodológico das representações sociais, em sua abordagem psicossociológica. Fizeram parte da amostra 26 professores, por meio de entrevista semiestruturada. Os dados foram tratados por análise de conteúdo de Bardin (2008). Os autores concluem que os docentes apresentam representações diferentes, porém influenciadas pelas experiências vivenciadas pelos indivíduos previamente e pelo modelo de compreensão do álcool de que mais se aproximam.
- *Álcool e agentes comunitários de saúde: um estudo das representações sociais.* Essa pesquisa foi realizada por Castanha e Araújo (2006) e teve por objetivo verificar as representações de agentes comunitários de saúde acerca do uso do álcool. Participaram do estudo, por meio de entrevista semiestruturada e do Teste de associação Livre de Palavras, 70 agentes comunitários de saúde, de ambos os sexos. A pesquisa foi realizada em um município do estado de Pernambuco. O tratamento dos dados foi feito por análise de conteúdo temática e pelo *software* Tri-Deux-Mots. Os resultados da pesquisa indicaram que os sujeitos representam o álcool como uma droga prejudicial à saúde e que pode levar à morte. Os autores concluem salientando que seriam necessárias intervenções no âmbito da prevenção primária, a fim de diminuir as consequências advindas do uso abusivo do álcool.

Após a abordagem do alcoolismo sob os diferentes enfoques apresentados, na seção seguinte estuda-se o tema *enfermagem*.

## **2.5. A ENFERMAGEM E OS AMBIENTES DE DESENVOLVIMENTO HUMANO**

Nesta seção estuda-se a identidade profissional da enfermagem, a fim de oferecer subsídios para compreender quem são os atores sociais que fizeram parte da pesquisa e também para compreender de que maneira a construção identitária desses profissionais pode influenciar no modo como são construídas suas representações sobre o alcoolismo. A partir da compreensão de um quadro ampliado de sociedade e cultura nos quais se inserem os sujeitos da pesquisa, descreve-se o contexto específico em que atuam: uma unidade de atendimento de urgência e emergência, um hospital de referência para o tratamento da tuberculose e quatro

unidades de atendimento ambulatorial, entendidos nesse estudo, de acordo com a proposta de Bronfenbrenner (1996), como ambientes de desenvolvimento humano. É nesses ambientes que atuam os profissionais de enfermagem, cujo trabalho mantém constante interação com o trabalho de outros profissionais e de outras disciplinas, fator que remete esse estudo aos conceitos de interdisciplinaridade, sem os quais não seria possível compreender a abrangência da atuação da enfermagem.

Esta seção está dividida em subseções que abordam o tema da enfermagem de acordo com as seguintes categorias: cultura e pós-modernidade; identidade e formação; campo de pesquisa, ambientes de desenvolvimento humano e interdisciplinaridade.

### **2.5.1. ENFERMAGEM, CULTURA E IDENTIDADE NA PÓS-MODERNIDADE**

Giddens (2001) conceitua *cultura* da seguinte forma:

A cultura refere-se às formas de vida dos membros de uma sociedade ou de grupos dentro da sociedade. Inclui como eles se vestem, seus costumes matrimoniais e vida familiar, seus padrões de trabalho, cerimônias religiosas e ocupações de lazer (GIDDENS, 2001, p. 38).

Berger e Luckmann (1985) acreditam que os indivíduos, ao mesmo tempo em que são moldados pela cultura, também conferem significados à suas experiências e, assim, participam dela criadoramente, reinterpretando-a e transformando-a.

Segue que o impacto da cultura sobre os indivíduos pode ser entendido sob dois pontos de vista. No primeiro, a sociedade é percebida como responsável por inculcar nos mais jovens as ideias, sentimentos e práticas culturais – dessa forma, os indivíduos assumiriam uma posição de assimilação passiva da cultura (DURKHEIM, 1978). O outro ponto de vista concebe que os indivíduos são capazes de exercer uma oposição criadora em relação aos conteúdos transmitidos pela sociedade – dessa forma, eles teriam um papel ativo na construção e transformação da cultura. Moscovici adota esse pressuposto no estudo das representações sociais, sobretudo em suas publicações mais recentes (MOSCOVICI, 2011a, 2011b).

A respeito da institucionalização dos hábitos culturais, Berger e Luckmann afirmam:

A institucionalização ocorre sempre que há uma tipificação recíproca de ações habituais por tipos de atores. [...] O que deve ser acentuado é a reciprocidade das tipificações institucionais e o caráter típico não somente das ações mas também dos atores nas instituições. As tipificações das ações habituais que constituem as instituições são sempre partilhadas. São *acessíveis* a todos os membros do grupo social particular em questão, e a

própria instituição tipifica os atores individuais assim como as ações individuais. A instituição pressupõe que ações do tipo X serão executadas por atores do tipo X (BERGER; LUCKMANN, 1985, p. 79).

A *institucionalização* representa condição importante para que ocorra o processo de socialização. Os autores propõem que a institucionalização acontece a partir de dois fenômenos: o hábito e o compartilhamento, entendendo o hábito como a *padronização* da atividade humana e o compartilhamento como a *reprodução* dessa padronização por diversos membros de um mesmo grupo social.

As instituições estabelecem-se ao longo da história das sociedades e, de acordo com Durkheim (1978), a educação é o principal veículo para se inculcar nos jovens as ideias, sentimentos e práticas que se instituem como valor cultural dos grupos. Segundo Durkheim (1978, p. 45), “Na verdade, o homem não é humano senão porque vive em sociedade”. Pode-se depreender que a identidade é uma construção primordialmente social.

Em seguimento a esse pressuposto, sociólogos da chamada “escola de Chicago” desenvolveram pesquisas que investigavam os mecanismos de socialização aplicados ao universo do trabalho. Criaram, assim, a perspectiva da socialização profissional. Hughes, um dos principais expoentes da escola de Chicago, defende que o *mundo vivido do trabalho* “[...] mobiliza a personalidade individual e a identidade social do sujeito, cristaliza suas esperanças e sua imagem de Si, engaja sua definição e seu reconhecimento sociais” (HUGHES, *apud* DUBAR, 2007, p. 187). De acordo com essa perspectiva, fica evidenciada a centralidade do trabalho na construção da identidade social.

Sennet (2001) redimensiona o entendimento da identidade profissional de acordo com o contexto da pós-modernidade. Coutinho, Krawulski e Soares (2007, p. 34), discorrendo sobre a ideia de Sennet, afirmam que “[...] no capitalismo contemporâneo, o trabalho flexível, temporário, terceirizado, com ênfase no curto prazo, diminui as possibilidades de as pessoas desenvolverem experiências e construírem uma narrativa coerente para suas vidas”. Conclui-se que o modo de produção capitalista, situado no contexto da pós-modernidade, ocasiona o que Sennet (2001) denomina como a “corrosão do caráter” do trabalhador. Se o trabalho representa elemento central na constituição da subjetividade humana e, conseqüentemente, da identidade (COUTINHO; KRAWULSKI; SOARES, 2007), e esse trabalho encontra-se fragmentado na pós-modernidade, logo, a identidade do sujeito pós-moderno encontra-se também fragmentada e em permanente transformação.

Hall (2001, p. 9) também defende essa concepção de identidade fragmentada do sujeito pós-moderno:

A identidade torna-se uma “celebração móvel”: formada e transformada continuamente em relação às formas pelas quais somos representados ou interpelados nos sistemas culturais que nos rodeiam. [...] O sujeito assume identidades diferentes em diferentes momentos, identidades que não são unificadas ao redor de um “eu” coerente.

A concepção de “identidade fragmentada” advém da própria concepção de pós-modernidade como um período histórico marcado pela falta de um princípio central, unificador, como havia sido a moral religiosa na Idade Média e a razão iluminista no Renascimento (TOURAINÉ, 2002).

Touraine (2002) trabalha o conceito de *pós-modernidade* alicerçado em um movimento que ele denomina como *decomposição da modernidade*, no qual a racionalidade técnica é levada ao extremo de o indivíduo ser posicionado no sistema como instrumento submetido ao capital, ao consumo e aos meios de controle social. O autor afirma: “O esgotamento da modernidade transforma-se com rapidez em sentimento angustiante do sem-sentido de uma ação que não aceita outros critérios que os da realidade instrumental” (TOURAINÉ, 2002, p. 101). A identidade do homem sucumbe ao utilitarismo e ao funcionalismo, que penetram em sua consciência e em sua conduta a ponto de “[...] ele ajustar seus sentimentos e seus desejos às regras do êxito social” (TOURAINÉ, 2002, p. 103).

Fazendo-se uma leitura da identidade profissional da enfermagem de acordo com a lógica da pós-modernidade, pode-se supor que esses profissionais também se deparam com as ameaças da fragmentação de sua identidade.

Silva, Padilha e Borenstein (2002), em pesquisa sobre a imagem e a identidade profissional da enfermagem no Brasil, não deixam de considerar a relevância da dimensão histórica na formação identitária desses profissionais: “A imagem profissional se consubstancia, assim, na própria representação da identidade profissional, que é em si um fenômeno histórico, social e político” (SILVA; PADILHA; BORENSTEIN, 2002, p. 588). Conforme citação que segue, observa-se que as autoras também inserem no quadro teórico de sua investigação os conceitos de *contradição*, *transitoriedade* e *fragmentação* do sujeito pós-moderno, porém, compreendem que, no exercício profissional da enfermagem esse sujeito também encontra elementos de *unicidade*, seja pela vivência histórica comum, seja pelas tradições e normas vivenciadas no dia a dia do trabalho, seja no compartilhamento do status, dos papéis e das práticas sociais.

Dado o caráter histórico e, portanto, temporal, a imagem e identidade profissional configuraram-se em uma totalidade contraditória, múltipla, mutável, e, no entanto, na diversidade de representações desse grupo social que existe concreta/objetivamente, com sua história, suas tradições, suas

normas, seus interesses, seu status/papéis/práticas sociais, seu corpo de conhecimento científico construído nas relações sociais (SILVA; PADILHA; BORENSTEIN, 2002, p. 588).

Observa-se que as representações sociais (as atitudes, opiniões e crenças socialmente partilhadas) podem servir de elemento unificador ou centralizador para o grupo social da enfermagem, proporcionando-lhe segurança e alguma garantia de equilíbrio ante as ameaças de fragmentação presentes na pós-modernidade. Retomando a proposição de Moscovici, de que as representações sociais são criadas e consolidadas justamente nesse cenário de “heterogenia da vida social moderna”, pode-se supor que o grupo da enfermagem encontra, nas representações, um sentido de unidade e de identidade social que protege os indivíduos das ameaças de fragmentação.

Gomes e Oliveira (2005) desenvolvem um estudo sobre identidade profissional da enfermagem a partir da categoria “autonomia profissional”. Os autores compreendem que, em enfermagem, a autonomia profissional se concretiza “[...] na definição e no estabelecimento de núcleos de significados e de práticas essenciais e instrumentais, bem como na forma como se relacionam entre si” (GOMES; OLIVEIRA, 2005, p. 146). Logo, para esses autores, os significados construídos em grupo e as práticas realizadas no dia a dia da profissão representam elemento central na construção da autonomia, e, sob uma perspectiva mais ampla, na constituição da identidade profissional da enfermagem.

Os autores salientam que a carga histórica dessa identidade permanece ligada a uma concepção tradicional da enfermagem que aproxima o saber científico da enfermagem ao saber popular do senso comum: “Nesse sentido, a enfermagem ganha conotação de trabalho mais ligado aos sentimentos humanos e comportamentos valorizados por questões humanas, éticas e religiosas” (GOMES; OLIVEIRA, 2005, p. 146). Esse estigma historicamente entrelaçado na identidade profissional da enfermagem encontra-se na atualidade confrontado com uma exigência de adaptação da categoria a todo um aparato científico, tecnológico e mercadológico na área de saúde. Assim, os profissionais de enfermagem são pressionados a buscarem renovação cada vez mais rápida de seu conhecimento teórico e técnico (GOMES; OLIVEIRA, 2005). Nesse ponto, é possível supor uma ameaça de fragmentação dessa identidade profissional, pois, ao mesmo tempo em que se reconhece como identidade histórica, vê-se também compelida a buscar uma atualização constante, que muitas vezes impõe um ritmo mais acelerado que a capacidade de adaptação dos sujeitos.

Conclui-se que os sujeitos da presente pesquisa – enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que atuam nos serviços de saúde pública do município de Campos do Jordão – como todo sujeito inserido nesse período histórico denominado como *pós-modernidade*,

sofrem as ameaças de fragmentação, conforme descritas por Hall (2001), Sennet (2001) e Touraine (2002). Sua identidade como profissional de enfermagem, compõe apenas uma, dentre tantas identidades que coexistem, nem sempre harmoniosamente, nesse sujeito.

A *formação* e o *ambiente de trabalho* representam dois elementos fundamentais para a constituição da identidade profissional da enfermagem. Esses temas são abordados nos próximos subitens.

### **2.5.2. ENFERMAGEM, IDENTIDADE E FORMAÇÃO**

Embora o pensamento pós-moderno seja marcado pela descontinuidade, pela contradição, pela pluralidade e pela incerteza, conforme exposto na seção anterior, a formação profissional em saúde busca resgatar a integralidade dos sujeitos, uma vez que o processo saúde-adoecimento é entendido na atualidade como decorrente de fatores, não apenas biológicos, mas também políticos, econômicos e sociais. Nesse sentido, o Ministério da Saúde juntamente com o Ministério da Educação propõe:

O reconhecimento da integralidade como um princípio ou diretriz que contemple as dimensões biológicas, psicológicas e sociais do processo saúde-doença através de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação que respeitem a integridade do ser humano deve ser, progressivamente, difundido como uma “nova cultura da saúde” na educação profissional. As estratégias para essa formação não devem, portanto, confundir a atenção primária à saúde com tecnologia simplificada e capacitação insuficiente (BRASIL, 1999, p. 6).

Observa-se, de acordo com esse trecho, que existe, na atualidade, preocupação em formar profissionais de saúde comprometidos, não somente com a qualidade do trabalho, mas também com a concepção de integralidade do ser humano, que deve ser reconhecido como ser social e relacional, mas ao mesmo tempo deve ser respeitado em sua individualidade e subjetividade. A discussão sobre o currículo em saúde, tanto nos cursos de nível técnico, como nos de nível superior, não deixa de considerar a pluralidade do conhecimento e a necessidade de interconexão entre esses conhecimentos plurais. A elaboração do currículo em saúde tem diante de si a tarefa de organizar e transmitir conhecimentos que possam abranger competências técnicas e sociais, saberes científicos, escolares e cotidianos (LOPES, 2000).

Como exposto anteriormente, a problemática do álcool e das drogas é vivenciada em diversas culturas e sociedades, desde tempos históricos até a atualidade. Atinge a todas as classes sociais, tendo seu início, muitas vezes, na adolescência. Sendo assim, o conhecimento sobre álcool e drogas deve fazer parte da grade curricular da enfermagem, não somente no

que se refere aos conceitos e habilidades técnicas, mas também à capacitação dos profissionais para atuar no cuidado às pessoas envolvidas.

Carraro, Rassool e Luis (2005), em pesquisa sobre a formação do enfermeiro, propõem que o ensino de Enfermagem não tem correspondido às reais necessidades da sociedade no que diz respeito ao uso abusivo de álcool e outras drogas. As autoras consideram que a abordagem curricular sobre álcool e drogas permanece restrita às disciplinas relacionadas à saúde mental, compondo uma carga horária insuficiente para habilitar o enfermeiro a atender à população envolvida nessa problemática (CARRARO; RASSOOL; LUIS, 2005). O resultado disso é a existência de um hiato na formação dos enfermeiros, especificamente relacionado à abordagem aos pacientes usuários de substâncias psicoativas:

A desarticulação entre a teoria e a prática, fortemente evidenciada no decorrer do estudo, apareceu como um dos pontos frágeis na formação do enfermeiro. Os dados sugeriram que os conteúdos abordados foram centrados predominantemente no modelo médico, em que as pessoas envolvidas com substâncias psicoativas são vistas como doentes.

Ao mesmo tempo nota-se a influência do modelo moral, quando os estudantes referem-se aos clientes de forma negativa, como sujeitos agressivos e desagradáveis para cuidar, denotando que o preparo destes futuros profissionais não acompanhou os avanços dos estudos sobre o tema.

A fragilidade da formação é evidenciada também quando os acadêmicos deixam transparecer que não acreditam no potencial de recuperação, integração social, reabilitação dos usuários de álcool e de outras drogas, a partir de seu autocuidado e autogerenciamento. Esta fragilidade poderá dificultar suas ações ou gerar desesperança e desestímulo na clientela (CARRARO; RASSOOL; LUIS, 2005, pp. 870, 871).

Essas conclusões apontam o descompasso entre o conhecimento teórico sobre álcool e drogas e as atitudes e crenças dos acadêmicos de enfermagem a respeito dos usuários dessas substâncias. O conhecimento teórico guarda estreita relação com o modelo médico, que considera o dependente químico como um doente que necessita de tratamento e, como outros doentes, tem possibilidade de superar a enfermidade mediante tratamento. Já as atitudes e crenças aparecem associadas ao modelo moral, que empreende juízo de valor sobre o dependente químico, desacreditando de seu potencial de recuperação.

Estudo similar, realizado por Pillon e Laranjeira (2005), alcança resultados que corroboram as conclusões acima. Os autores consideram urgente a necessidade de se repensar a grade curricular em enfermagem, no sentido de habilitar o enfermeiro para uma atuação mais consistente no atendimento ao usuário de álcool e outras drogas, conforme texto que segue:

Formal education regarding the use of alcohol and its consequences is limited, especially within the sphere of offering adequate care and

management for patients with problems of alcohol addiction. It is imperative that nurses should be able to identify problems related to alcoholism, when they appear together with other health problems, so that they can have the capacity to care for such patients (PILLON; LARANJEIRA, 2005, p. 179).

Essas conclusões instigam uma reflexão sobre a formação da enfermagem. O conhecimento teórico e técnico dos sujeitos, embora ainda pareça insuficiente, alcançou resultados satisfatórios na avaliação realizada nas duas pesquisas. No entanto, a capacitação para o trabalho direto com os pacientes usuários de álcool e drogas apresentou lacunas que podem repercutir em uma prática profissional deficiente.

Os resultados das duas pesquisas (CARRARO; RASSOOL; LUIS, 2005 e PILLON; LARANJEIRA, 2005) evidenciam que os cursos de graduação em enfermagem no Brasil não estão conseguindo formar profissionais com habilidades necessárias para o atendimento aos pacientes usuários de álcool e outras drogas, contrariando a proposta das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (MEC, 2012), que afirmam que o enfermeiro deve ser um profissional: “Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano” (MEC, 2012, p. 1) – todo ser humano, inclusive o usuário de álcool e outras drogas.

Uma vez que o uso de álcool e de drogas é um problema da sociedade, a formação do profissional de enfermagem voltada para esse tema deve também ser questionada, pois os sistemas de saúde, e neles inseridos os profissionais de saúde, devem estar preparados e continuamente se preparando para atender à demanda social atingida por essa problemática.

### **2.5.3. O CAMPO DE PESQUISA E OS AMBIENTES DE DESENVOLVIMENTO HUMANO**

As unidades de saúde nas quais foi realizada a pesquisa, de acordo com a proposta de Bronfenbrenner (1996), representam *ambientes de desenvolvimento humano*. Nesses ambientes estão inseridos: profissionais da saúde provenientes de áreas e de formações diversas, usuários do SUS e seus acompanhantes, sejam eles afetados ou não pela problemática do álcool e das drogas. É importante salientar, resgatando o conceito de intersetorialidade, que as unidades do SUS que fizeram parte da pesquisa mantêm intercâmbios constantes com outras unidades de saúde, tanto da rede pública quanto da rede privada. Também interagem com outros segmentos na rede pública e privada, assim como os próprios funcionários e usuários do SUS mantêm intercâmbios constantes com outros

ambientes e outros contextos de desenvolvimento humano. Considera-se relevante para a presente investigação compreender o campo de pesquisa de acordo com a proposta de Bronfenbrenner (1996) porque este autor propõe um estudo que vai além da compreensão do ambiente imediato onde acontecem os fatos, mas procura entender as relações entre diversos ambientes e a repercussão dessas relações nos acontecimentos em perspectiva. No presente estudo pretendeu-se compreender o campo de pesquisa não como ambiente estático, mas como ambiente dinâmico e em constante interação com outros ambientes.

O sistema de encaminhamentos de uma unidade de atendimento de urgência e emergência para outras unidades de saúde pode exemplificar a interação que existe entre os diversos ambientes no contexto de saúde do município pesquisado e região.

A unidade em questão (H1) recebe casos de urgência e emergência, ou seja, recebe usuários do SUS que sofrem de diversas enfermidades e ocorrências que colocam a saúde em risco. Algumas dessas enfermidades, embora sejam diagnosticadas na própria unidade, não podem ser tratadas ali. Torna-se necessário fazer encaminhamentos para outras unidades de saúde, que podem ser: hospitais do município; hospitais maiores, na região do vale do Paraíba e em todo o estado de São Paulo; unidades da ESF do próprio município; CAPS I; Centro de Especialidades Médicas ou DST. Esses encaminhamentos são solicitados pelos médicos da instituição, porém, os contatos (telefonemas, envio e recebimento de fax) são realizados pelas enfermeiras, assim como o preenchimento de cadastros dos pacientes e formulários de solicitação de vagas. Alguns pacientes são encaminhados para outras unidades de saúde para a realização de exames, retornando à unidade de urgência e emergência enquanto aguardam vaga para internação em hospital especializado. Nos casos de crime e violência, cujas vítimas dão entrada nessa unidade, são acionados os setores da justiça pertinentes ao atendimento de cada ocorrência.

A unidade em questão, por meio do trabalho da assistência social, também aciona o Conselho do Idoso, o Conselho Tutelar, o setor social e o setor de educação do município, além de buscar contato com os familiares dos pacientes, quando necessário. Essa rede de interações se constitui em um sistema de encaixes de estruturas concêntricas que Bronfenbrenner (1996) denomina *meio ambiente ecológico*.

As unidades de saúde nas quais foi realizada a pesquisa podem ser entendidas, de acordo com a Teoria do Desenvolvimento Humano como esse meio ambiente ecológico. Elas representam o Campo de Pesquisa, que está disposto da seguinte forma:

- Unidade de atendimento de urgência e emergência, identificada neste trabalho como Hospital 1 – H1: trata-se de uma unidade de saúde terceirizada, porém mantida por

verbas do SUS, destinada aos atendimentos de urgência e emergência. O H1 atende 24 horas por dia, mantendo um quadro de aproximadamente 120 funcionários. No momento da coleta de dados havia oito enfermeiras, 16 técnicos e 11 auxiliares de enfermagem. Além das equipes de enfermagem, a unidade mantém uma equipe multiprofissional constituída por assistente social, fisioterapeuta e psicóloga, além de médicos das áreas de ortopedia, clínica geral e pediatria. O H1 atende a um volume de aproximadamente 300 pacientes ao dia, conforme dados obtidos na administração da unidade. Vale lembrar que, de acordo com os registros da instituição, atende-se em média um paciente alcoolista ao dia, porém as enfermeiras entrevistadas na pesquisa relataram um número que varia de três a seis pacientes alcoolistas ao dia. O trabalho da enfermagem junto aos pacientes alcoolistas nessa unidade, portanto, consiste no atendimento emergencial e de urgência. Geralmente o alcoolismo aparece como causa secundária, havendo outras enfermidades consideradas como causas primárias do atendimento/internação. A unidade está equipada com 17 leitos, sendo seis na emergência, dez na enfermaria e um leito para isolamento respiratório.

- Hospital de referência para o tratamento da tuberculose, identificado neste trabalho como H2: Trata-se de hospital beneficente sem fins lucrativos, mantido por gestão estadual. O hospital é considerado de referência para o tratamento da tuberculose, mantendo 160 leitos para a tisiologia, sendo 130 leitos conveniados pelo SUS (DATASUS, 2012). O tratamento para a tuberculose na unidade prevê uma estadia de seis meses. Na data em que foram coletados os dados, o hospital mantinha 96 pacientes internos pelo SUS, 90% dos quais apresentavam algum comprometimento pelo uso de álcool e outras drogas, de acordo com o relato da coordenadora de enfermagem da instituição. A maioria dos pacientes é constituída por pessoas em condição de extrema vulnerabilidade social, sendo alguns moradores de rua provenientes de diversos municípios do estado de São Paulo. Enquanto estão internados, os pacientes precisam manter a abstinência do álcool e das drogas. O trabalho da enfermagem junto a esses pacientes consiste no cuidado à causa primária da internação, ou seja, o tratamento da tuberculose. O cuidado em relação ao uso de álcool e drogas restringe-se à vigilância para que os pacientes mantenham a abstinência, além da administração de medicamentos para tratar os sintomas da abstinência. O quadro de funcionários do H2, no momento em que foi realizada a pesquisa, era composto por 79 profissionais de saúde, sendo 7 enfermeiros, 31 técnicos de enfermagem e 12 auxiliares de enfermagem (Datusus, 2012). O

atendimento aos pacientes é feito por equipe multiprofissional composta por assistente social, psicóloga, terapeuta ocupacional e por médicos de diversas especialidades: pneumologista, psiquiatra, infectologista e clínico geral.

- Unidades de atendimento ambulatorial da ESF, identificadas nesse trabalho como A1, A2, A3 e A4: Uma dessas unidades está localizada em região central da cidade, oferecendo atendimento de diversas especialidades médicas a toda a população, além de atendimento em psicologia, odontologia, nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia e assistência social. As demais unidades estão localizadas nos bairros, oferecendo atendimento médico (clínico geral e pediatria), odontológico, psicológico e assistência social. No período em que foi realizada a pesquisa, 11 enfermeiros e 19 técnicos e auxiliares de enfermagem atuavam nessas unidades. De acordo com o relato das enfermeiras entrevistadas, os usuários de álcool não recorrem com frequência a essas unidades, porém as equipes de saúde acompanham as ocorrências relacionadas ao alcoolismo por meio do relato de familiares que recebem atendimento nos postos e também por meio dos relatórios de visita realizados pelos agentes de saúde.

Observa-se que o trabalho da enfermagem, nas três modalidades de atendimento acima descritos (urgência/emergência; internação hospitalar; atendimento ambulatorial), consiste no atendimento a pacientes portadores de diversas enfermidades, e o alcoolismo raramente aparece como causa primária do atendimento/internação. O campo de pesquisa, portanto, está formado por unidades de saúde que atendem a pacientes alcoolistas, mas não realizam o tratamento do alcoolismo. A única unidade de saúde pública do município que oferece alguma forma de tratamento para o alcoolismo, o CAPS I, não participou da pesquisa, pois a enfermeira, por três vezes, adiou a entrevista solicitada pela pesquisadora e, por fim, comprometeu-se em retomar o contato com a pesquisadora, o que não ocorreu.

Na próxima seção aborda-se o tema da interdisciplinaridade.

#### **2.5.4. A INTERDISCIPLINARIDADE NO TRABALHO DA ENFERMAGEM**

O campo de pesquisa, conforme descrito na seção anterior, representa um ambiente no qual se inserem pessoas provenientes de diversos grupos sociais e culturais, enfrentando dificuldades diversas e buscando soluções também diversas. O próprio ambiente que constitui o campo de pesquisa mantém intercâmbio constante com outros ambientes, nos quais se reúne uma multiplicidade de saberes que algumas vezes se complementam e outras vezes se

contradizem. Portanto, esse contexto se apresenta como “realidade híbrida” (RAYNAUT, 2011), contendo “objetos científicos híbridos”, que necessitam ser investigados sob uma perspectiva *interdisciplinar*.

Na prática, a identificação inicial de objetos e assuntos de pesquisa interdisciplinar nasce de uma relação com o mundo que não é a mesma da que a ciência estabelece, não podendo, portanto, se satisfazer com o trabalho de um segmento da realidade isolado por razões apenas conceituais e metodológicas. Esses objetos e assuntos “híbridos” são geralmente reconhecidos a partir de uma posição social que obriga a considerar a realidade tal como se apresenta na experiência comum, ou seja, como um conjunto de relações que não pode ser reduzido *a priori* ao recorte instituído pelas disciplinas (RAYNAUT, 2011, p. 88).

A proposta da interdisciplinaridade aplica-se a essa pesquisa, pois se apresenta como uma forma de conhecimento que busca relacionar saberes, favorecendo o encontro entre o teórico e o prático, o filosófico e o científico, entre ciências e humanidades, entre ciência e tecnologia (ALVARENGA, *et al.*, 2011). É no encontro – e muitas vezes na confrontação – desses saberes que se pretende produzir o conhecimento novo, novos conceitos e novos paradigmas. Acredita-se que a perspectiva interdisciplinar oferece a possibilidade de ampliar o poder da investigação científica, gerando interpretações da realidade que não poderiam ser alcançadas sob o enfoque de uma disciplina isoladamente (ALVARENGA, *et al.*, 2011).

De acordo com Lenoir (2005-2006), a própria interdisciplinaridade tem sido objeto de estudo de pesquisadores, em perspectivas distintas e complementares. O autor apresenta três abordagens do tema. A primeira, desenvolvida por pesquisadores europeus, sobretudo franceses, é marcada por paradigmas epistemológicos, ideológicos e sociais, tendo como preocupação central o questionamento, a crítica, a problematização do saber. A segunda concepção é mais pragmática, tendo como preocupação central a funcionalidade e a aplicabilidade do saber. Essa abordagem tem seu berço nos Estados Unidos. As duas concepções, portanto, ocupam-se das habilidades humanas de “saber” e de “saber-fazer”.

Uma terceira vertente, que complementa as duas abordagens apresentadas, foi desenvolvida no Brasil, por Fazenda (1994), e tem como foco central a pessoa envolvida no processo de conhecimento. Logo, ocupa-se da habilidade humana de “saber-ser”. A interdisciplinaridade, desse ponto de vista, instrumentaliza o pesquisador a conceber o conhecimento sob diversos enfoques: num primeiro momento o saber ocupa-se do “saber em si mesmo”; num segundo momento, ocupa-se do “saber para a ação” e, num terceiro momento, ocupa-se do “saber para o sujeito” ou “saber para ser”.

Acredita-se que o arcabouço teórico que serve de referencial à pesquisa não é apenas compatível com a abordagem interdisciplinar, pois, mais do que isso, a Teoria das Representações Sociais convoca o pesquisador a ter um olhar interdisciplinar sobre o fenômeno estudado.

O método de pesquisa, apresentado adiante, também foi elaborado com o objetivo de conduzir o estudo de acordo com os parâmetros da interdisciplinaridade.

Após ser apresentado o referencial teórico que subsidia a interpretação dos dados, no item que segue faz-se uma exposição do contexto específico no qual foi realizada a pesquisa: o município de Campos do Jordão.

## **2.6. CAMPOS DO JORDÃO: uma cidade serrana**

Campos do Jordão, município localizado na serra da Mantiqueira, a 1700m de altitude, possui 47.789 habitantes, de acordo com o censo 2010, sendo 23.339 homens e 24.396 mulheres, dos quais 47.491 residem na zona urbana, e 298, na zona rural. O PIB *per capita* é de R\$ 11.750,23, e o rendimento domiciliar *per capita* nominal é de R\$ 596,00. De acordo com o Mapa da Pobreza e Desigualdade dos Municípios Brasileiros, em 2003 a incidência de pobreza no município era de 23,16%, e o Índice de Gini, que mede o nível de desigualdade da população, era de 0,39 (quanto mais perto do 1, maior a desigualdade). O Índice de Desenvolvimento Humano do município (IDH – PNUD - 2000) foi calculado em 0,820, sendo que, quanto mais próximo do 1, maior o IDH de uma população. O censo 2010 registrou 63 estabelecimentos de ensino e 41 de saúde, sendo 18 estabelecimentos de saúde pelo SUS (IBGE, 2012).

O Quadro 6 apresenta uma comparação entre os indicadores sociais de Campos do Jordão, Taubaté e Pindamonhangaba, municípios com 278.686 e 146.995 habitantes respectivamente, e que pertencem à região do vale do Paraíba. Estes dois municípios foram escolhidos para compor o quadro porque foram os mais citados pelas enfermeiras nas entrevistas. Cinco enfermeiras mencionaram a cidade de Taubaté, comparando-a a Campos do Jordão, em questões relacionadas à incidência do alcoolismo e aos serviços de atenção ao usuário de álcool. Três enfermeiras traçaram essa comparação com Pindamonhangaba. Outras cidades mencionadas por número menor de enfermeiras foram: São Bento do Sapucaí (SP), Itajubá (MG) e Pouso Alegre (MG).

**Quadro 6:** Indicadores sociais de Campos do Jordão, Taubaté e Pindamonhangaba

<b>INDICADORES</b>	<b>CAMPOS DO JORDÃO</b>	<b>TAUBATÉ</b>	<b>PINDAMONHANGABA</b>
PIB <i>per capita</i>	11.750,23	30.445,86	28.851,13
Rendimento domiciliar <i>per capita</i> nominal (valor médio)	594,00	871,00	698,00
Incidência da pobreza e desigualdade	23,16%	14,69%	21,03%
IDH	0,820	0,837	0,815

**Fonte:** IBGE 2012

Na análise comparativa do Quadro 6, observa-se que Campos do Jordão apresenta os piores indicadores sociais, com exceção do IDH, que é pior que o de Taubaté, porém melhor que o de Pindamonhangaba. Destaca-se que todos os indicadores sociais de Campos do Jordão são muito inferiores aos de Taubaté e relativamente inferiores aos de Pindamonhangaba, o que não seria esperado, por se tratar de municípios tão próximos (Campos do Jordão está situado a 54 km de Taubaté e 41 km de Pindamonhangaba, fazendo fronteira com este último).

Considerada Estância Turística, as principais atividades econômicas da cidade são o comércio e o turismo. O turismo teve seu impulso inicial na década de 1950, sendo iniciado em 1969 o festival internacional de música clássica – o Festival de Inverno de Campos do Jordão –, que reúne, desde seu início, instrumentistas, maestros e orquestras de diversas partes do mundo.

O crescimento populacional é apresentado por Paulo Filho (1986) nas seguintes proporções: em 1920 a população do município era de 4.100 habitantes; em 1950 havia 13.040 habitantes; em 1980, a população havia aumentado para 28.050 habitantes, e em 2010 o censo do IBGE registrou 47.789 habitantes. De acordo com o autor, as características turísticas da cidade foram responsáveis por esse crescimento da população que, em 90 anos, aumentou em uma proporção de mais de 10 vezes o número de habitantes.

### **2.6.1. UMA HISTÓRIA MARCADA PELO SIGNO DA TUBERCULOSE**

Fundada em 29 de abril de 1874 e elevada à condição de município em 19 de junho de 1934, Campos do Jordão teve seu desenvolvimento histórico marcado pelo clima tropical de montanha, com temperatura média anual de 15° (IBGE, 2012), o que a difere da maioria das cidades brasileiras. Nos anos finais do século XIX, esse diferencial climático já atraía, para a cidade, enfermos tuberculosos em busca de tratamento, conforme registra o historiador Paulo

Filho (1986, p. 630): “Historicamente, Campos do Jordão nasceu sob o signo da Tuberculose, transformando-se em estação de cura de excepcionais qualidades terapêuticas”. A fama de “Estação de Cura” foi se difundindo nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro, de onde afluíam doentes que eram recebidos nos sanatórios e nas pensões para tuberculosos. Muitos desses doentes não tinham condições financeiras para arcar com os custos do tratamento da doença, fenômeno que se constituiu e se agravou como problema social para a cidade.

O primeiro sanatório para tratamento da tuberculose em Campos do Jordão foi inaugurado em 1929, o “Pensionato Divina Providência”. Em 1930 inaugurava-se o “Sanatório São Paulo” e, em 1931, o primeiro pavilhão do “Preventório Santa Clara”, associação de combate à tuberculose infantil.

Em fins de 1930, quando eram extremamente precárias as condições sanitárias em Campos do Jordão, dado o elevado número de pensões para tuberculosos e a proliferação de doentes, esparramados pela cidade, sujos e esfarrapados, pedindo esmolas, foi que um grupo de cidadãos, ante a existência de apenas dois sanatórios na Estância, decidiu enfrentar aquele quadro dantesco e deprimente, construindo alguns abrigos, que pudessem assegurar um mínimo de higiene e assistência médica aos típicos, desprovidos de recursos (PAULO FILHO, 1986, p. 289).

Essa iniciativa culminou na construção dos Sanatórios Populares de Campos do Jordão, que logo passaram a ser chamados de “Sanatorinhos”.

Em 1946 a cidade já contava com oito sanatórios para o tratamento da tuberculose (TB), para os quais afluíam enfermos de todo o Brasil. Até a década de 1940 o clima da montanha era o único recurso para o combate à doença. O escritor alemão Thomas Mann, em sua obra “A Montanha Mágica”, imortalizou o significado que um sanatório representava para os enfermos tuberculosos no início do século XX. No Brasil, a obra de Dinah Silveira de Queiroz, “Floradas na Serra”, retrata a vida dos enfermos em recuperação nas pensões e sanatórios de Campos do Jordão.

Em meados da década de 1940 a quimioterapia passou a ser largamente difundida como forma de tratamento da TB, menos custosa financeira e emocionalmente, uma vez que o paciente podia permanecer em sua própria cidade, sendo poupado do isolamento físico e psicológico que o tratamento na montanha exigia. A descoberta da penicilina, a introdução da vacina BCG (Bacilo Calmette-Guerin) e do tratamento ambulatorial também representaram importantes aliados no combate à doença.

Nesse período, início dos anos de 1940, a cidade começava a atrair a atenção para o turismo, pelos mesmos motivos que havia atraído os enfermos: o clima, a geografia, a vegetação. Diversos empreendimentos prepararam a cidade para o turismo: a inauguração da

estrada SP-50, que liga Campos do Jordão a São José dos Campos, a construção do Palácio da Boa Vista, o Hotel Toriba, o Grande Hotel, o Parque Estadual. A cidade foi ganhando reconhecimento nacional, não mais como Estação de Cura, mas agora como Estância Turística.

Transformando-se em estância de sofisticada categoria turística, classe A, Campos do Jordão passou a ser frequentada por uma gama de turistas do mais alto nível socioeconômico, chegando alguns a proclamar, com exagero evidente, que na Estância se fazia turismo de milionários, não só em decorrência das luxuosas e amplas casas de veraneio, como também pelo porte financeiro da maioria de seus frequentadores (PAULO FILHO, 1986, p. 608).

Porém, o desenvolvimento do turismo também atraiu para a cidade uma população de nível socioeconômico mais baixo, para trabalhar na construção civil, nos hotéis e serviços ao turista. O poeta Maynard Góes, em sua “Ode a Campos do Jordão”, denuncia os contrastes sociais que se instalaram na cidade.

Esta terra de barracos  
 Descobertos,  
 Nas encostas dos morros,  
 Estas favelas de casarios  
 Desiguais!  
 Terra dos palacetes  
 Encantados  
 E das flores diversas  
 (GÓES, *apud* PAULO FILHO, 1997, vol. II, p. 166).

Também Paulo Dantas, autor de “Cidade Enferma”, descreve a desigualdade social que já existia na década de 1940:

Em Capivari tudo mudava.  
 A vida se transfigurava, assumindo um aspecto ostensivo que insultava a padecida humildade e o irritante desconforto de Vila Abernécia, com suas pensões de doentes, suas ruas esburacadas, seu comércio poeirento, suas favelas e seus moradores estalando de febre e queixas, ruminando os desalentados tédios nas portas dos bares, do correio, das barbearias ou nos bancos da estação.  
 O contraste entre as duas vilas estourava berrantemente no começo da primavera e ia por todo o verão.  
 Capivari ardia nas manifestações capitalistas  
 (DANTAS, *apud* PAULO FILHO, 1997, vol. II, p. 206).

Essa percepção de pobreza e desigualdade social denunciada pelos autores é confirmada na análise comparativa dos indicadores sociais de Campos do Jordão, Taubaté e Pindamonhangaba. Conforme exposto no Quadro 6, entre os três municípios, Campos do Jordão apresenta o menor PIB *per capita* (R\$ 11.750,23), a maior incidência de pobreza e

desigualdade (23,16%) e o pior rendimento mensal domiciliar *per capita* nominal (R\$ 594,00). Quanto ao IDH, Campos do Jordão apresenta índice inferior ao de Taubaté e superior ao de Pindamonhangaba.

Dos males da tuberculose, batalha vencida a partir da década de 1950, aos males da desigualdade social, sempre presente na história de Campos do Jordão, são apresentados a seguir os pontos de consonância entre a tuberculose e o alcoolismo, tendo em vista que os dois problemas se entrelaçam no cenário do município.

## **2.6.2. UM PONTO DE INTERSECÇÃO ENTRE A TUBERCULOSE E O ALCOOLISMO**

Em 20 de junho de 1948, inaugurava-se em Campos do Jordão o Sanatório S-3, equipado com 330 leitos, que concluía o projeto dos Sanatórios Populares para atendimento aos tuberculosos que não podiam arcar com os custos do tratamento. Em 1976 a entidade, composta por dois sanatórios destinados aos pacientes homens (o S-1 e o S-3) e um para o tratamento de mulheres (o S-2), mudou sua denominação para “Sanatorinhos – Ação Comunitária de Saúde”.

Na década de 1980, o S-1 havia sido desativado, devido ao seu alto custo; o S-2 abrigava mulheres portadoras de doenças psiquiátricas; e, o S-3 mantinha seus leitos para o tratamento de homens pacientes das áreas de fisiologia e psiquiatria.

Com a reforma psiquiátrica ocorrida no Brasil na década de 1990, o S-2 foi desativado e o S-3 transformou-se em hospital de múltiplas especialidades, mantendo 160 leitos para a área de fisiologia, para pacientes de ambos os sexos. Os pacientes ali internados são oriundos de diversas cidades do estado de São Paulo, 90% dos quais são dependentes químicos e/ou alcoolistas, de acordo com o relato da coordenadora de enfermagem da instituição. É a partir desse dado que se estabelece uma ligação entre a tuberculose e o alcoolismo, em Campos do Jordão.

Estudos atuais (FERREIRA, *et. al.*, 2005; RIBEIRO e MATSUI, 2003; BRAGA, *et. al.*, 2004) evidenciam a relação entre a tuberculose e fatores relacionados à pobreza e à desigualdade social, como a desnutrição, a precariedade da higiene e da moradia, conforme expõe Ferreira:

Após um longo período de latência, a tuberculose pulmonar ressurgiu nos anos 80 tendo, como pano de fundo para explicar o seu retorno, tanto a sua presença em indivíduos com a síndrome da imunodeficiência adquirida, quanto problemas conjunturais ligados à política econômica neoliberal, que

aumentou a diferença entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, favorecendo sua inserção nesse abismo social (FERREIRA, 2005, p. 143).

Ribeiro e Matsui (2003) chamam a atenção do leitor para o grande número de desempregados (41,8%) entre os sujeitos de sua pesquisa (tuberculosos internados no Hospital São Paulo), “[...] demonstrando a já conhecida associação entre a doença e a estrutura econômica: a grande desigualdade socioeconômica do país torna a população mais suscetível a doenças como a TB” (RIBEIRO; MATSUI, 2003, p. 13).

Estudo realizado por Braga e colaboradores (2004) no Hospital Universitário Alzira Velano – UNIFENAS, com 139 tuberculosos, indica que 25% dos pesquisados eram alcoolistas. No estudo de Ferreira, realizado no Hospital Giselda Trigueiro, em Natal – RN, com 189 prontuários de pacientes tuberculosos, 16,7% eram alcoolistas. Também Ribeiro e Matsui, analisando 141 casos de TB no Hospital São Paulo, detectaram o índice de 23% de alcoolistas.

O *Manual de Orientação: diagnóstico e controle da tuberculose* traz a seguinte informação:

A tuberculose (TB) é uma doença com distribuição universal. Segundo a Organização Mundial de Saúde, cerca de 8 milhões de pessoas contraem tuberculose no mundo a cada ano e 3 milhões morrem em decorrência dela. Menos de 5% desses casos ocorrem nos países ditos desenvolvidos, sendo que os 95% restantes distribuem-se naqueles em que há associação da doença com piores condições socioeconômicas da população (SÃO PAULO, 2006, p. 1).

Ainda de acordo com o manual, detentos do Sistema Prisional e de Cadeias Públicas, alcoolistas, drogaditos, moradores de rua e portadores de HIV constituem grupos de risco e, quando infectados pela TB, são considerados doentes que necessitam de maiores cuidados.

Esses dados comprovam que o alcoolismo é um dos principais fatores associados à tuberculose, e que a pobreza e a desigualdade social se apresentam como um ponto de ligação entre o alcoolismo e a TB.

Retomando o cenário de Campos do Jordão, a TB já não causa preocupação aos moradores da cidade (embora deva causar alguma preocupação aos agentes de saúde), porém não se pode dizer o mesmo a respeito do alcoolismo.

A pobreza, a falta de perspectivas de vida e a desigualdade social, da qual falava o poeta Góes (GÓES, *apud* PAULO FILHO, 1997), representam, portanto, pontos de intersecção entre a tuberculose e o alcoolismo nesse contexto específico no qual foi realizada a pesquisa – a cidade de Campos do Jordão.

Nesse contexto histórico peculiar do município, o trabalho da enfermagem foi, por muitos anos, marcado pela dedicação e cuidado aos pacientes tuberculosos. Atualmente os profissionais de enfermagem que atuam no município ocupam postos de trabalho diversificados. Embora ainda exista uma frente de combate à tuberculose, incluindo dois hospitais de referência para o tratamento da doença, que empregam cerca de 80 profissionais de enfermagem, existem também hospitais de múltiplas especialidades e de pronto atendimento, unidades de saúde do SUS, entidades filantrópicas, além de diversas unidades de saúde do sistema privado. Sendo assim, já não se pode dizer que existe atualmente uma tradição ou uma modalidade específica do trabalho da enfermagem no município, como foi a tradição do trabalho de combate à tuberculose até os anos 1950.

Os profissionais de enfermagem que atuam hoje em Campos do Jordão caracterizam-se pela diversidade dos postos de trabalho que ocupam, uma vez que existem diversas modalidades de trabalho oferecidas pelos sistemas de saúde. Porém, alguns fatores podem ser considerados como elementos de coesão desse grupo social no município: trata-se de um grupo de profissionais que trabalham em uma cidade de pequeno porte (menos de 50 mil habitantes), com clima frio e altitude de 1.700m, fatores que podem implicar uma caracterização peculiar de doenças e cuidados com a saúde (a caracterização dessas doenças e cuidados não foi explorada aqui, pois fugiria ao propósito da pesquisa); trata-se de estância turística com grande afluxo de pessoas nos meses de inverno e, conseqüentemente, com movimento sazonal nesse período, incluindo movimento nas unidades de saúde; também em decorrência do turismo, os habitantes da cidade convivem com o contraste entre a riqueza e a pobreza, contraste que fica evidenciado nas unidades de saúde. Como hipótese inicial, a pesquisadora considerava que o município também apresenta como peculiaridade, o grande número de alcoolistas, fator que teria implicações sobre o trabalho da enfermagem, uma vez que o usuário de álcool recorre com frequência às unidades de saúde. Essa hipótese foi confirmada nas entrevistas com as enfermeiras, porém foi refutada pelo grupo total que respondeu aos questionários (incluindo técnicos e auxiliares de enfermagem). A discussão dessa hipótese e suas implicações sobre a construção das representações sociais da enfermagem sobre o alcoolismo é retomada no Capítulo IV deste trabalho.

Outro fator peculiar do município é que nele não existem escolas de enfermagem. Todos os enfermeiros que atuam em Campos do Jordão fizeram a graduação em outras localidades. Até o ano de 2009 existia um curso técnico de enfermagem, a “Escola de Enfermagem Baby Gonçalves”, que foi desativada em 2010 devido ao pequeno número de matrículas. Sendo assim, a partir dessa data os residentes na cidade que desejam estudar

enfermagem precisam fazer a viagem diária para os municípios mais próximos que oferecem esses cursos ou residir em outras localidades.

Seriam essas as peculiaridades do município que poderiam ser consideradas como elementos unificadores do grupo social da enfermagem, elementos que poderiam tornar esse grupo mais coeso para a construção de representações sociais sobre o alcoolismo. Portanto, foram apresentados nessa seção elementos de convergência e de divergência no grupo social da enfermagem em Campos do Jordão. Esses elementos e suas implicações na construção das representações sociais sobre o alcoolismo são retomados na análise e discussão dos resultados.

Após exposição dos pressupostos que fundamentam a presente pesquisa, na seção seguinte apresenta-se o método.

### 3. MÉTODO

#### 3.1. TIPO DE PESQUISA

Trata-se de pesquisa descritiva, exploratória, de abordagem quantitativa e qualitativa, à luz do referencial teórico das Representações Sociais (RS).

De acordo com Minayo (1996), em pesquisa social os dados qualitativos e quantitativos não se opõem; ao contrário, complementam-se, pois a realidade social se apresenta como realidade dinâmica que necessita ser investigada sob uma perspectiva também dinâmica. Enquanto a abordagem qualitativa busca *significados* (MINAYO, 2000), a abordagem quantitativa se interessa pelo quadro ampliado de sujeitos aos quais se aplicam esses significados, ou seja, busca compreender a *generalização* dos resultados.

O método foi construído tendo em vista o referencial teórico e os objetivos da pesquisa. Os instrumentos e procedimentos, que são definidos em seguida, pretendem alcançar dados qualitativos e quantitativos que venham responder ao problema da pesquisa: quais são as representações sociais que os profissionais de enfermagem constroem sobre o alcoolismo? De que maneira essas representações se relacionam com a atuação profissional desse grupo no atendimento aos pacientes alcoolistas?

A análise e interpretação dos dados empíricos buscaram sentidos (SPINK, 2000) para nortear uma reflexão teórica empenhada em acrescentar conhecimento para o campo das ciências sociais, área de pesquisa que, de acordo com Gonçalves e Lisboa (2007), apresenta-se em permanente estado de transformação e, por isso mesmo, necessita de investigação criativa e perseverante por parte da comunidade científica.

#### 3.2. INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

A **entrevista**, realizada com enfermeiras graduadas, foi o primeiro instrumento para coleta de dados a ser utilizado na pesquisa. Os dados empíricos qualitativos alcançados por meio desse instrumento ofereceram subsídios para a construção do questionário. Spink (2000, p. 193) propõe que: “Ao relacionar práticas discursivas com produção de sentidos, estamos assumindo que os sentidos não estão na linguagem como materialidade, mas no discurso que faz da linguagem a ferramenta para a construção da realidade”. Dessa maneira, entende-se que os sujeitos, por meio de sua narrativa durante as entrevistas, comunicaram sentidos sobre o alcoolismo e (re)construíram a realidade vivenciada em seu exercício profissional no

atendimento aos pacientes alcoolistas. Em outras palavras, os sujeitos expressaram nas entrevistas suas representações sociais sobre o alcoolismo.

Quanto ao formato, foi escolhida a entrevista semiestruturada, que direciona o discurso para o tema estudado sem contudo tolher a liberdade de expressão dos sujeitos. Compreende-se que, no estudo das representações sociais, é necessário que os sujeitos mantenham essa liberdade de expressão, havendo espaço para a espontaneidade, para a expressão de opiniões, atitudes e crenças que compõem o conteúdo das representações. Assim, considera-se que esse instrumento ofereceu à pesquisadora ao mesmo tempo um limite de expressão dos sujeitos (o direcionamento para o tema do alcoolismo) e um espaço livre de expressão, de onde emergem as representações sociais.

O roteiro da entrevista, que contém 22 questões (APÊNDICE II), foi elaborado pela pesquisadora juntamente com a orientadora, tendo como referencial a Teoria das Representações Sociais, a política pública para o álcool do Ministério da Saúde e as bases teóricas sobre o alcoolismo, apresentadas em capítulo anterior.

A coleta de dados para análise quantitativa foi feita por meio de **questionário** (APÊNDICE IV), que foi elaborado com base no referencial teórico e nos resultados das entrevistas. Os questionários foram respondidos por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Dentre as 14 enfermeiras que haviam concedido a entrevista, quatro responderam também ao questionário. Por meio desse instrumento pretendeu-se apreender a avaliação da enfermagem sobre seu conhecimento teórico em relação ao alcoolismo, a penetração das cartilhas do Ministério da Saúde em meio a esse grupo profissional e as representações que as equipes de enfermagem constroem sobre o alcoolismo. Vale ressaltar que nos dois eixos do questionário que avaliam as representações sociais sobre o alcoolismo, todas as respostas sugeridas foram respostas anteriormente relatadas pelas enfermeiras nas entrevistas. Por exemplo, na questão 11 – “A que você atribui o alcoolismo?” As respostas sugeridas são: a questões biológicas; a hábitos familiares; a problemas sociais; a fraqueza psicológica do próprio paciente. Essas quatro respostas haviam sido mencionadas pelas enfermeiras entrevistadas. O que se pretendeu fazer com a utilização do questionário, foi verificar a generalização dessas respostas entre um grupo maior de profissionais de enfermagem e, dessa maneira, analisar as representações sociais do grupo sobre o alcoolismo. Por meio dos questionários também foram coletados dados sociodemográficos do grupo estudado.

O questionário, que foi elaborado pela pesquisadora juntamente com a orientadora, é composto por 34 questões dispostas em cinco eixos: formação da enfermagem em relação aos conceitos teóricos sobre o alcoolismo; avaliação das publicações do ministério da saúde sobre

a atenção ao paciente alcoolista; representações sobre o alcoolismo; representações sobre o alcoolista; dados sociodemográficos dos respondentes.

### 3.3. PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Antes de proceder à coleta de dados foi solicitado, ao secretário municipal de saúde de Campos do Jordão, autorização para realização da pesquisa.

As **entrevistas** foram realizadas pela pesquisadora no próprio local de trabalho das enfermeiras. Foram feitas 14 entrevistas, gravadas em mídia digital e transcritas para posterior análise. Participaram dessa etapa da coleta de dados apenas enfermeiras graduadas, que foram informadas sobre os objetivos da pesquisa. Nesse momento, foi assegurado o anonimato do depoente e foram oferecidos esclarecimentos sobre o benefício científico de sua participação na pesquisa e o não malefício de sua integridade física e profissional, conforme termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE I).

A coleta de dados por meio de **questionários** teve seu início depois de serem realizadas as 14 entrevistas, que foram tratadas por meio do *software* ALCESTE e submetidas à análise de conteúdo.

Foram entregues 35 questionários às equipes de enfermagem do H1, 35 ao pessoal do H2 e 30 ao pessoal das unidades ambulatoriais. Ao todo foram entregues 100 questionários. No H2 os 35 questionários foram entregues aos cuidados da coordenadora de enfermagem, permanecendo no hospital por uma semana. Em seguida foram recolhidos pela pesquisadora 26 questionários respondidos. No H1 os questionários foram entregues a cada um dos profissionais de enfermagem pela própria pesquisadora. Foram recolhidos 30 questionários respondidos. Nas unidades de atendimento ambulatorial os questionários foram entregues pela própria pesquisadora. Foram recolhidos nove questionários, totalizando 65 questionários respondidos.

Os questionários foram entregues com a orientação de que todos os componentes das equipes de enfermagem deveriam respondê-los, inclusive as enfermeiras entrevistadas. Os sujeitos foram convidados a responder ao questionário, sendo informados quanto aos objetivos da pesquisa. Nesse momento, foi assegurado o anonimato do depoente e ele recebeu esclarecimentos sobre o benefício científico de sua participação na pesquisa e o não malefício de sua integridade física e profissional, conforme termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE III). Os questionários foram tabulados por meio do *software* SPHINX.

No mês de fevereiro de 2012 foi realizado um **levantamento** do perfil dos pacientes usuários de álcool atendidos no H1. Essa instituição foi escolhida por apresentar, entre todas

as unidades pesquisadas, o maior fluxo de atendimentos às pessoas envolvidas em situação de consumo de álcool. Foram utilizadas, como fonte do levantamento, as fichas de admissão (FA) dos pacientes. A pesquisadora analisou todas as FAs do mês de fevereiro e classificou os pacientes envolvidos com o consumo de álcool de acordo com as seguintes categorias: gênero, idade e diagnóstico. Essas categorias correspondem às informações gerais dos pacientes, registradas pelos médicos nas FAs.

Entre todas as FAs analisadas, foram selecionadas quatro para análise detalhada. Esses quatro casos foram escolhidos de acordo com dois critérios: pacientes que ocuparam leitos no H1 e foram atendidos pela pesquisadora, enquanto psicóloga na instituição. Cabe esclarecer que os pacientes que dão entrada no H1 e que passam por consulta médica e recebem alta em seguida têm seus dados registrados apenas na FA, que traz os seguintes campos de informação: nome, endereço, ocupação, gênero, idade, diagnóstico e conduta médica. Já os pacientes que ocupam leitos na unidade, além da FA, têm seus dados registrados em prontuário, o que possibilita a coleta de outras informações: resultados de exames, evolução médica, evolução da enfermagem, relatório de outros profissionais (assistente social, fisioterapeuta, psicóloga), encaminhamentos. Dessa forma, os quatro casos foram selecionados por oferecerem à pesquisadora a oportunidade de acesso a informações mais detalhadas, incluindo também a possibilidade de contato pessoal com os pacientes. Esses casos serviram de ilustração para apresentar o comportamento de alguns dos pacientes do H1 envolvidos com o consumo de álcool e para descrever os procedimentos da enfermagem no atendimento a eles. Os resultados desse levantamento são apresentados no capítulo seguinte.

Foi realizado ainda um **levantamento** das tarefas da enfermagem no atendimento aos pacientes alcoolistas, também no H1, no mês de fevereiro de 2012, com o objetivo de relacionar as representações desses profissionais sobre o alcoolismo e suas práticas no atendimento ao paciente alcoolista. Esse levantamento foi feito por meio de entrevista com a coordenadora de enfermagem da instituição, e por observação da própria pesquisadora, que ali trabalhava como psicóloga.

### **3.4. POPULAÇÃO E LOCAL**

#### **3.4.1. POPULAÇÃO E AMOSTRA**

A população total de profissionais de enfermagem residentes em Campos do Jordão é de 326 (COREN – SP, 2012). A população total de enfermeiros graduados é de 64. Fizeram parte da amostra, por meio de entrevista, 14 enfermeiras graduadas que trabalhavam nas

seguintes unidades de saúde pública do município: seis sujeitos trabalhavam no H1, quatro sujeitos trabalhavam no H2, e quatro, nas unidades de atendimento ambulatorial (ESF e Centro de Saúde).

Esses números se justificam a seguir: no período em que foram coletados os dados, o quadro de funcionários do H1 era composto por um total de oito enfermeiras. Duas enfermeiras não participaram da pesquisa, pois sua experiência profissional era inferior a um ano, fator que poderia comprometer a qualidade dos resultados. Sendo assim, participaram da pesquisa seis enfermeiras do H1 – vale ressaltar que essa instituição foi tomada como referência para a realização da pesquisa, devido ao fluxo maior de pacientes alcoolistas ali atendidos. Sendo seis os sujeitos dessa instituição, a pesquisadora optou por fazer entrevistas com profissionais de outras instituições, mas que não excedessem o número de seis, para que o foco dos resultados se mantivesse na atuação da enfermagem nos serviços de urgência e emergência. Foram, então, entrevistados quatro sujeitos do H2, pois os demais enfermeiros da unidade não aceitaram participar da pesquisa.

A coleta de dados nas unidades de atendimento ambulatorial foi mais difícil, pois algumas enfermeiras concordaram em conceder a entrevista, mas não estavam na unidade no horário combinado, ou alegavam estar muito ocupadas e solicitavam outra data, na qual também não podiam conceder a entrevista. Após muitas tentativas, foram realizadas quatro entrevistas com esse grupo. Tentou-se entrevistar as enfermeiras que trabalhavam no CAPS I e no DST, mas aconteceu o mesmo problema: as enfermeiras alegavam não poder conceder a entrevista no horário combinado, marcando outro horário, que também seria desmarcado. Sendo assim, número total dos sujeitos entrevistados foi de 14 enfermeiras.

Também fizeram parte da amostra, respondendo ao questionário, 65 profissionais de enfermagem que trabalham nas mesmas unidades de saúde, sendo 11 enfermeiros graduados, 33 técnicos e 21 auxiliares de enfermagem. Esses números se justificam tendo por base o quadro de funcionários do H1, que contava com 35 profissionais de enfermagem na data da coleta de dados. Foram, portanto, distribuídos 35 questionários nessa unidade (foram recolhidos 30 questionários respondidos). O quadro de funcionários do H2 era mais amplo, contando com 42 profissionais de enfermagem, porém a pesquisadora preferiu manter uma equivalência com os números do H1, e distribuiu 35 questionários (recolhendo 26 preenchidos). Assim como ocorreu nas entrevistas, as equipes de enfermagem das unidades de atendimento ambulatorial também demonstraram pouca adesão à pesquisa. Foram distribuídos 30 questionários, número que representa o total de profissionais de enfermagem nessas unidades, mas retornaram apenas nove.

Por se tratar de pesquisa com seres humanos, a participação dos sujeitos se mantém como uma escolha pessoal dos próprios sujeitos, cabendo à pesquisadora trabalhar com os números alcançados dentro das limitações do campo de pesquisa. A caracterização dos sujeitos é apresentada no capítulo seguinte deste trabalho.

### **3.4.2. LOCAL**

A pesquisa foi realizada nas seguintes unidades de saúde: unidade de atendimento de urgência e emergência, identificada como Hospital 1 (H1), hospital de referência para o tratamento da tuberculose, identificado como Hospital 2 (H2), quatro unidades de atendimento ambulatorial, identificadas como A1, A2, A3, A4.

### **3.5. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE**

Os dados coletados foram confrontados com o referencial teórico que serviu de base à pesquisa, trajeto que se iniciou da particularidade – a análise das entrevistas com o objetivo de identificar as representações que os profissionais de enfermagem elaboram sobre o alcoolismo, a partir de sua vivência pessoal – em direção à totalidade – a sistematização dessas representações em um conjunto de temas que criaram o delineamento das representações sociais da enfermagem sobre o alcoolismo. A segunda etapa da pesquisa se ocupou em dimensionar a generalização dessas representações no grupo total de profissionais de enfermagem, e foi realizada por meio do tratamento dos dados obtidos nos questionários.

O tratamento dos dados obtidos nas entrevistas foi feito por meio do *software* ALCESTE e por análise de conteúdo, conforme proposta por Bardin (2008).

O *software* ALCESTE “[...] apoia-se em cálculos efetuados sobre as co-ocorrências de palavras em segmentos de texto, buscando distinguir classes de palavras que representem formas distintas de discurso sobre o tópico de interesse da investigação” (NASCIMENTO; MENANDRO, 2006, p. 72). À medida que detecta as co-ocorrências que produzem uma regularidade no contexto linguístico, o instrumento vai criando uma organização tópica do discurso, evidenciando os “mundos lexicais” nele contidos. Esses “mundos lexicais” indicam, não apenas o sentido do texto, mas também a intenção de sentido do sujeito-enunciador. Isso quer dizer que, quando um sujeito utiliza determinado vocabulário para se referir a um objeto, ele não está apenas descrevendo ou definindo aquele objeto; está principalmente expressando sua maneira de pensar sobre o objeto (NASCIMENTO; MENANDRO, 2006). Dessa forma, entende-se que o ALCESTE não trabalha apenas com o conteúdo do discurso, mas também

com a forma do discurso. Ao trabalhar com a forma, o instrumento indica a existência de contextos comuns no discurso do grupo (NASCIMENTO; MENANDRO, 2006). A análise desses contextos comuns permitiu à pesquisadora identificar as representações sociais do grupo em relação ao objeto investigado.

O tratamento dos dados pelo ALCESTE passa por quatro etapas. Na primeira, é feita uma “leitura” do texto, produzindo uma listagem alfabética do vocabulário contido no corpus. Ainda nessa etapa, o *software* produz uma listagem composta pelas formas reduzidas dos vocábulos, evidenciando as formas mais frequentes. Na segunda etapa são selecionadas as formas reduzidas com frequência maior ou igual a quatro. Nesse momento são definidas as UCE (Unidades de Contextos Elementares) e feitos os cruzamentos entre as UCE e as formas reduzidas dos vocábulos. Assim, produz-se uma matriz para cada cruzamento. Na terceira etapa, é feita a Análise Fatorial de Correspondências, que efetua o cruzamento entre as formas reduzidas com frequência maior do que oito e as classes formadas. Por fim, são feitos os cálculos complementares e formadas as listas de formas reduzidas associadas a contextos. Nessa etapa são identificados os segmentos repetidos e realizada a Classificação Hierárquica Ascendente, que consiste no cruzamento entre as UCE das classes e as formas reduzidas características da mesma classe (NASCIMENTO; MENANDRO, 2006).

A análise de conteúdo consiste em “[...] uma técnica de pesquisa que trabalha com a palavra, permitindo de forma prática e objetiva produzir inferências do conteúdo da comunicação de um texto” (CAREGNATTO; MUTTI, 2006, p. 682). Na primeira fase de análise das entrevistas foram feitas “leituras flutuantes”, com o objetivo de alcançar uma apreensão global de seu conteúdo (CAMPOS, 2004). Em seguida procedeu-se à seleção das unidades de análise, incluindo palavras, sentenças, frases e parágrafos que se repetiam. Tal seleção foi feita de maneira a atender aos objetivos do estudo, tendo como referência a Teoria das Representações Sociais. Finalizando o processo, foi feita uma análise dos temas e subtemas selecionados, de maneira a permitir a discussão do conteúdo das entrevistas.

A utilização conjunta da análise de conteúdo e do *software* ALCESTE permitiu à pesquisadora conjugar duas formas diferentes, e complementares, de interpretação dos dados: uma **análise qualitativa** (análise de conteúdo), que possibilitou a interpretação e classificação das representações sociais das enfermeiras sobre o alcoolismo, inclusive recuperando sinônimos e palavras pouco frequentes nas entrevistas (que seriam descartados pelo ALCESTE, pois o programa não possui dicionário de sinônimos); e, uma **análise estatística** de vocabulário (ALCESTE), que permitiu um mapeamento geral do conteúdo das entrevistas. Os registros das entrevistas foram analisados integralmente, conforme indicam Gaskell e Bauer (2008), procedimento que tem por objetivo garantir a confiabilidade dos resultados.

Os dados obtidos por meio de questionários foram tratados pelo *software* SPHINX, que trabalha estatisticamente com os resultados, o que permitiu à pesquisadora fazer uma análise quantitativa das respostas dos profissionais de enfermagem sobre o alcoolismo. Nessa etapa da pesquisa foi feita uma discussão comparativa entre os resultados das entrevistas e os resultados dos questionários, com o objetivo de verificar a generalização das respostas das 14 enfermeiras no grupo de 65 profissionais de enfermagem.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté (protocolo CEP/UNITAU nº 588/11 – ANEXO I), conforme preconiza a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Após aprovação, foi solicitada a autorização do Secretário de Saúde do Município de Campos do Jordão para a realização da pesquisa.

A seção seguinte apresenta os resultados da pesquisa, as análises e a discussão.

## **4 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Os resultados da pesquisa são apresentados da seguinte forma: num primeiro momento são apresentados os resultados de um levantamento sobre o perfil dos pacientes alcoolistas atendidos no H1 em fevereiro de 2012, de acordo com os dados obtidos na FA; em seguida é feita descrição de quatro casos selecionados entre os prontuários que constavam do levantamento. Num segundo momento é apresentado um levantamento das tarefas da enfermagem no atendimento aos pacientes alcoolistas nessa mesma unidade, e em seguida é feita uma caracterização sociodemográfica dos sujeitos que participaram da pesquisa por meio de entrevista. Num terceiro momento, é apresentada a análise de 14 entrevistas, tratadas pela ferramenta ALCESTE juntamente com a análise de conteúdo, por meio dos quais foi possível identificar e analisar seis classes de discursos relacionadas ao tema alcoolismo. Por fim, foi feito o tratamento dos resultados dos questionários, por meio do *software* SPHINX, incluindo caracterização sociodemográfica dos sujeitos.

### **4.1. PERFIL DOS PACIENTES ENVOLVIDOS COM O USO DO ÁLCOOL ATENDIDO NO H1**

No mês de fevereiro de 2012 foi realizado um levantamento dos pacientes alcoolistas atendidos no H1. Essa instituição foi escolhida porque, entre as instituições pesquisadas, é a que apresenta maior fluxo de pacientes envolvidos com o uso do álcool. Os dados foram coletados por meio de análise das FAs dos pacientes. A pesquisadora analisou todas as FAs do mês de fevereiro e classificou os pacientes envolvidos com o consumo de álcool, de acordo com as seguintes categorias: gênero, idade e diagnóstico.

De acordo com os resultados obtidos, 29 pacientes receberam o diagnóstico médico de alcoolismo. Cabe aqui um esclarecimento quanto aos números utilizados nesse levantamento. No decorrer da pesquisa foram consideradas duas formas de registro da incidência do alcoolismo no H1: a primeira forma é a que consta nas FAs dos pacientes, que consiste no preenchimento do campo “hipótese diagnóstica” (HD), feito pelo médico. Essa forma, considerada oficialmente pela instituição, apresenta um número inferior de registros de alcoolismo (cerca de um atendimento por dia). A outra forma consiste no registro dos números de atendimentos a alcoolistas relatados pelas enfermeiras nas entrevistas. Essa forma de registro apresenta um número médio de 30 atendimentos por semana, ou 4,3 por dia. No decorrer da pesquisa foi considerada essa segunda forma de registro.

Neste levantamento, porém, foi considerada a primeira forma de registro, ou seja, o registro médico sobre a incidência do alcoolismo no H1. Isso porque, nesse momento da pesquisa, o foco de interesse recaiu sobre as informações sociodemográficas dos pacientes e sobre a associação do alcoolismo com outros diagnósticos, que podem ser atribuídos apenas pelos médicos e que podem ser obtidos exclusivamente pela análise das FAs.

Dentre os 29 pacientes alcoolistas registrados no período do levantamento, 26 eram homens. A média de idade foi estimada em 43 anos. O paciente mais jovem tinha 19 anos, e o mais velho, 65 anos.

Foram classificados dois grandes grupos de diagnóstico, conforme Quadro 7: “alcoolismo crônico”, caracterizado pela ingestão contínua e prolongada de bebidas alcoólicas, totalizando 13 pacientes, e “intoxicação alcoólica aguda”, caracterizada pela ingestão de grande quantidade de álcool em um curto espaço de tempo, totalizando oito pacientes. Ainda surgiram, com menor incidência, os seguintes diagnósticos: “alcoolismo associado a queda com escoriações” (2); “alcoolismo associado a drogadição” (2); “alcoolismo associado a hipertensão” (1); “alcoolismo associado a hemorragia digestiva” (1); “hepatopatia alcoólica” (1).

**Quadro 7:** Pacientes atendidos no H1 de acordo com o diagnóstico

<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>NUMERO</b>
Alcoolismo crônico	13
Intoxicação alcoólica aguda	8
Alcoolismo associado a queda com escoriações	2
Alcoolismo associado a drogadição	2
Alcoolismo associado a hipertensão	2
Alcoolismo associado a hemorragia digestiva baixa	1
Hepatopatia alcoólica	1
<b>Total</b>	<b>29</b>

**Fonte:** Administração do H1 (Fev. 2012)

Neste segmento do trabalho apresenta-se um relato de atendimento de quatro pacientes envolvidos com o uso do álcool no H1. Esses casos serviram de ilustração para apresentar o comportamento de alguns dos pacientes do H1 envolvidos com o consumo de álcool e para descrever os procedimentos da enfermagem no atendimento a eles.

06.02.2012 – 8h8min – O paciente 1, sexo masculino, 47 anos, deu entrada no H1, trazido pelos bombeiros em prancha rígida e usando colar cervical. Alcoolizado. Histórico de queda da própria altura, sofrendo corte em região parietal direita, com sangramento abundante. Levado pela equipe de enfermagem para a sala de emergência. Diagnóstico:

alcoolismo associado a queda com escoriações. Foi realizada sutura pelo médico socorrista e curativo pela equipe técnica de enfermagem. Encaminhado ao Raio X. Foi prescrita medicação e soro pelo médico, procedimento realizado pela equipe de enfermagem. O paciente apresentava higiene precária, relatando ser morador de rua; um auxiliar de enfermagem deu banho de leito. O paciente apresentou comportamento tranquilo; dormiu no leito da sala de emergência, permanecendo em observação. Recebeu orientação da psicóloga quanto às possibilidades de tratamento do alcoolismo no município de Campos do Jordão. Recebeu alta médica em 07.02.2012, às 9h. Não recebeu visitas durante sua permanência no H1. Recebeu alimentação e roupas doadas pela equipe de enfermagem e foi embora a pé, sozinho.

13.02.2012 – 9h42min – O paciente 2, sexo masculino, 43 anos, chegou andando ao H1, desacompanhado, apresentando as roupas sujas de sangue. Referiu fraqueza e vertigem. Referiu dependência do álcool, estando em abstinência há uma semana, sob os cuidados de uma entidade evangélica para tratamento da dependência química. Foi atendido pelo médico socorrista. Diagnóstico: alcoolismo associado a hemorragia digestiva baixa. Foi encaminhado para transfusão de sangue no próprio H1. Colhido material para análise, o paciente foi medicado de acordo com a prescrição médica. Enquanto aguardava o resultado dos exames, dormiu na enfermaria do H1. Foi encaminhado para tratamento em uma unidade hospitalar no próprio município. As tarefas de higienização do paciente, alimentação, medicação, coleta de material para análise, observação da evolução do quadro, solicitação de vaga em outra unidade de saúde foram realizadas pela equipe de enfermagem.

O paciente aguardou vaga por dois dias, ocupando um leito da enfermaria do H1. Recebeu visita do sobrinho, que levou refeições e roupas. Transferido para tratamento em unidade hospitalar em 15.02.2012.

15.02.2012 – 10h18min – A paciente 3, sexo feminino, 28 anos, deu entrada no H1, trazida pelo namorado. Em estado de letargia, foi colocada em cadeira de rodas. O namorado referiu que a paciente não se alimentava havia uma semana, ingerindo apenas bebidas alcoólicas e fazendo uso de drogas. A paciente foi atendida pelo médico socorrista, medicada, e encaminhada para o leito da enfermaria, onde permaneceu em observação, tomando soro. Os procedimentos de medicação e observação foram realizados pela equipe de enfermagem. O namorado foi orientado pela psicóloga da unidade quanto às possibilidades de tratamento para a dependência química em Campos do Jordão. O namorado relatou que a paciente já estivera internada duas vezes em clínicas especializadas em dependência química, e que nas

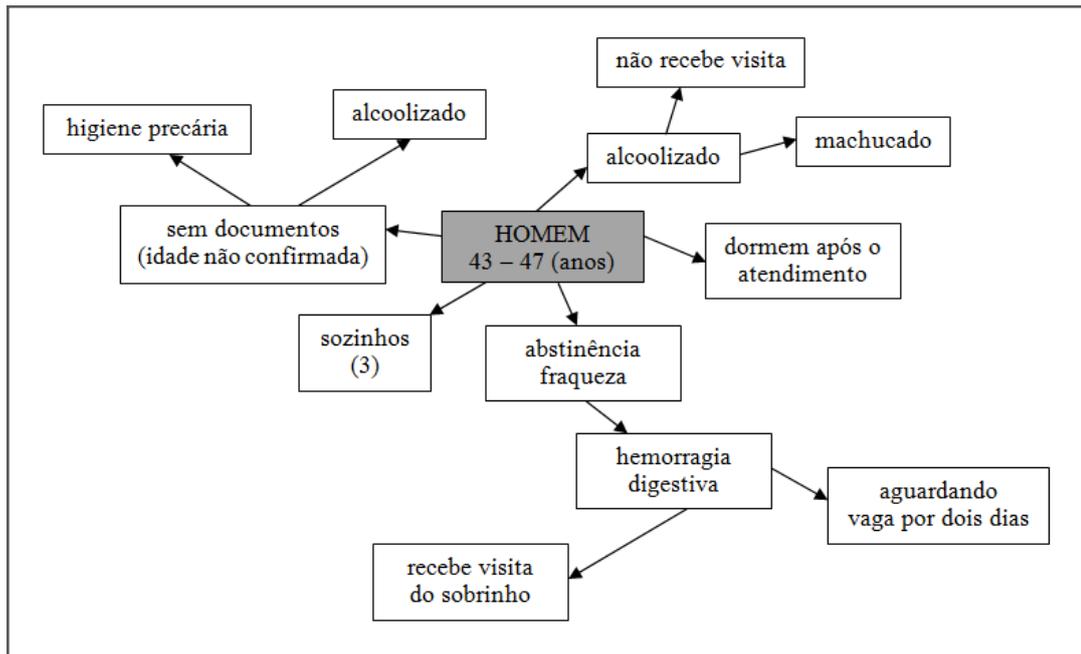
duas vezes abandonara o tratamento antes de concluir a primeira semana. Às 11h50min a paciente se levantou, tirou o soro, e evadiu-se do H1.

16.02.2012 – 21h – O paciente 4, sexo masculino, idade não identificada deu entrada no H1. Não portava nenhum documento de identificação e não tinha condições de relatar sua idade. Alcoolizado, higiene precária. Foi encontrado caído numa calçada e trazido pelo resgate em prancha rígida, usando colar cervical. Apresentava sangramento na cabeça. Foi atendido pelo médico socorrista, que identificou ferimento corto contuso em região occipital. Diagnóstico: alcoolismo associado a queda com escoriações. Realizada sutura. O paciente apresentou comportamento agitado, dificultando o trabalho da enfermagem para proceder à medicação e higienização. Depois de ser medicado, dormiu no leito da emergência. Em 17.02.2012 às 9h10min, foi atendido pela psicóloga do H1, porém demonstrou não querer conversar. Permaneceu com suas próprias roupas, muito sujas, exalando odor fétido. Às 11h30min recebeu alta médica, deixando o H1 a pé, desacompanhado.

Esses relatos foram extraídos dos prontuários dos pacientes, e podem ser esquematizados conforme os Quadros 8 e 9.

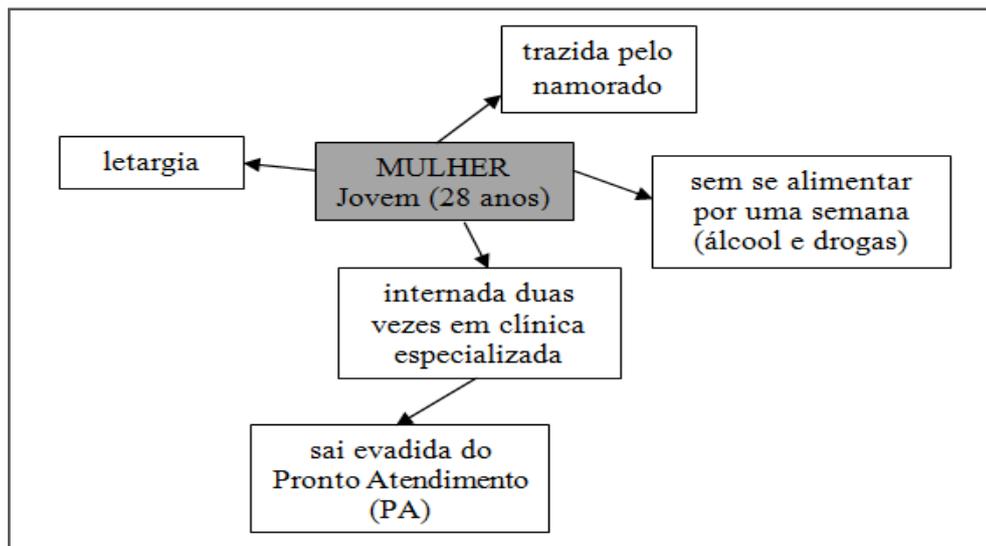
O Quadro 8 apresenta a sistematização das seguintes informações sobre os pacientes do sexo masculino: diagnóstico, aparência física dos pacientes, idade, reação após o atendimento médico, visitas e/ou acompanhantes, encaminhamentos.

Os três pacientes estavam alcoolizados quando deram entrada no H1. Um deles apresentava sangramento (hemorragia digestiva baixa), e os outros dois apresentavam escoriações (também com sangramento). Dois deles apresentavam higiene precária. Dois pacientes tiveram a idade registrada nos prontuários: 43 e 47 anos. O outro paciente não portava documento de identificação nem tinha condições de relatar sua idade. Os três pacientes dormiram, após serem medicados. Os três deram entrada no H1 desacompanhados, e apenas um deles recebeu visita durante a estadia. Um paciente foi encaminhado para outra unidade de saúde, permanecendo no H1 por dois dias, enquanto aguardava vaga no hospital para o qual foi encaminhado.

**Quadro 8:** Fluxograma dos pacientes do sexo masculino

Fonte: Administração do H1 (Fev. 2012)

O Quadro 9 apresenta a sistematização das informações sobre a paciente do sexo feminino. Estava alcoolizada e em estado de letargia, quando deu entrada no H1.

**Quadro 9:** Fluxograma da paciente alcoolista do sexo feminino

Fonte: Administração do H1 (Fev. 2012)

## **4.2. LEVANTAMENTO DAS TAREFAS DA ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO AOS PACIENTES ALCOOLISTAS NO H1**

No mesmo período (mês de fevereiro de 2012) foi realizado um levantamento das tarefas da enfermagem no atendimento aos pacientes alcoolistas no H1. As informações que constam desse levantamento foram colhidas em entrevista realizada com a coordenadora de enfermagem da instituição. As principais tarefas da enfermagem são:

- Cuidados com a higiene;
- Cuidados com a alimentação;
- Orientação quanto às regras da unidade de saúde;
- Administração de medicamentos e curativos;
- Coleta de material para exames laboratoriais;
- Observação da evolução do quadro;
- Acompanhamento de pacientes para realização de exames em outras unidades de saúde;
- Acompanhamento de transferência de pacientes para outras unidades de saúde.

Essas tarefas são realizadas principalmente pelos auxiliares e técnicos de enfermagem, embora eventualmente sejam realizadas também pelo/a enfermeiro/a.

- Coordenação da equipe de enfermagem;
- Observação da evolução do quadro do paciente;
- Comunicação direta com o médico acerca das prescrições e procedimentos indicados;
- Comunicação com outros profissionais da equipe multidisciplinar (assistente social, fisioterapeuta, psicóloga);
- Contato com os familiares (informação/orientação/disciplina);
- Contato com outras unidades de saúde (solicitação de vagas/telefonemas/fax);
- Preenchimento de relatórios acerca da evolução do paciente;
- Preenchimento de fichas, formulários e relatórios de encaminhamento e solicitação de vagas para outros setores.

Essas tarefas são realizadas pelo/a enfermeiro/a.

### 4.3. CARACTERIZAÇÃO DAS ENFERMEIRAS ENTREVISTADAS

As entrevistas foram realizadas com uma amostra de 14 enfermeiras graduadas, que foram caracterizadas de acordo com: idade, gênero, estado civil, tempo de atuação como enfermeira, tempo total de atuação na enfermagem (incluindo o tempo de atuação como técnico e/ou auxiliar de enfermagem) e instituição onde atua. Esses dados estão expostos no Quadro 10.

**Quadro 10:** Caracterização das enfermeiras entrevistadas

SUJEITO	IDADE	SEXO	ESTADO CIVIL	TEMPO COMO ENFERMEIRO	TEMPO COMO AUX./TÉC.	TEMPO DE ATUAÇÃO NA ENF.	INSTITUIÇÃO
1	29	F	Cas.	4 anos	—	4 anos	H1
2	33	F	Cas.	10 anos	—	10 anos	A1
3	31	F	Solt.	3 anos	9 anos	12 anos	H1
4	29	F	Solt.	4 anos	3 anos	7 anos	A2
5	32	F	Cas.	13 anos	4 anos	17 anos	H1
6	32	F	Div.	2 anos	—	2 anos	H2
7	41	F	Div.	2 anos	—	2 anos	H1
8	41	F	Cas.	2 anos	—	2 anos	H1
9	36	F	Solt.	11 anos	—	11 anos	H1
10	43	F	Div.	18 anos	6 anos	24 anos	H2
11	25	F	Solt.	1 ano	6 anos	7 anos	H2
12	31	F	Solt.	3 anos	9 anos	12 anos	H2
13	28	F	Solt.	6 anos	—	6 anos	A3
14	33	F	Solt.	10 anos	—	10 anos	A4

**Fonte:** Dados obtidos em formulário preenchido após entrevista

Todas as enfermeiras entrevistadas eram do gênero feminino. A média de idade era de 33,1. A idade maior era de 43, e a idade menor, de 25 anos. Quatro enfermeiras eram casadas, sete eram solteiras, e três, divorciadas. O tempo médio de atuação como enfermeira graduada era de 6,3 anos. Seis enfermeiras referiram ter atuado como técnicas e/ou auxiliares de enfermagem antes de concluírem o curso de graduação, sendo de aproximadamente 6,2 anos o tempo médio de atuação nesses cargos. O tempo médio de atuação dos sujeitos na área da enfermagem (incluindo a atuação como enfermeira graduada, como técnica e/ou auxiliar de

enfermagem) era nove anos. Seis enfermeiras trabalhavam no H1, quatro no H2 e quatro nas unidades ambulatoriais (A1, A2, A3, A4).

#### 4.4. RESULTADOS DAS ENTREVISTAS

Nesta seção, são apresentados os resultados das entrevistas tratados pelo *software* ALCESTE e por análise de conteúdo.

O tratamento das 14 entrevistas realizado pelo ALCESTE eliminou 24,25% do conteúdo do texto e dividiu o restante em seis classes de discurso. Como o *software* trabalha com “formas distintas de discurso”, reunindo numa mesma classe as formas similares, a diversidade de discursos promove um índice maior de eliminação. Sendo assim, a porcentagem eliminada representa a parte do discurso (palavras e expressões) que não se agregou a nenhuma classe por não encontrar formas linguísticas similares.

Vale ressaltar que foram feitas entrevistas com enfermeiras que atuavam em três unidades de saúde distintas: seis enfermeiras trabalhavam em uma unidade de atendimento de urgência e emergência (H1) – essas enfermeiras abordaram o tema do alcoolismo do ponto de vista do atendimento emergencial ao paciente alcoolista; quatro enfermeiras atuavam em hospital de referência para o tratamento da tuberculose (H2) – elas abordaram o alcoolismo como um quadro secundário à doença que motivou a internação dos pacientes; quatro enfermeiras trabalhavam em unidades de atendimento ambulatoriais – essas enfermeiras referiram ter pouco contato com pacientes alcoolistas, atendendo familiares do usuário de álcool e tomando contato com o quadro do alcoolismo de maneira indireta, ou seja, por meio dos relatos dos familiares e agentes de saúde. A princípio, observa-se a possibilidade de três abordagens diferentes sobre o alcoolismo (emergencial; hospitalar; ambulatorial) e, dentro de cada abordagem, podem existir ainda diferenças que caracterizam a experiência pessoal e a individualidade de cada sujeito.

A análise de conteúdo foi realizada da seguinte maneira: em um primeiro momento foram feitas “leituras flutuantes” de todo o corpo das entrevistas, ou seja, leituras que objetivavam a familiarização do conteúdo do texto (CAMPOS, 2004); em seguida, foi feita uma seleção das unidades de análise, dentro de cada tema identificado pelo ALCESTE. Dessa maneira foi possível analisar o texto de maneira a permitir uma discussão dos temas à luz da TRS. Sendo assim, entende-se que por meio do ALCESTE foi feito um mapeamento geral do texto e por meio da análise de conteúdo foi feita uma análise qualitativa dos seis temas identificados. Os dois instrumentos forneceram elementos para a discussão dos resultados.

Sendo feitas as devidas explicações, parte-se agora para a análise do corpo das 14 entrevistas.

O programa ALCESTE dividiu o conteúdo dessas entrevistas em seis classes, conforme Quadro 11, que apresenta também o conteúdo eliminado:

**Quadro 11:** Classificação do conteúdo total das entrevistas, conforme ALCESTE

Classe 1:	16,66% do discurso.
Classe 2:	11,55%
Classe 3:	10,98%
Classe 4:	12,41%
Classe 5:	8,56%
Classe 6:	15,83%
Eliminado:	24,25% do discurso

**Fonte:** Tratamento de dados pelo *software* ALCESTE

O Quadro 12 apresenta a porcentagem analisada das entrevistas:

**Quadro 12:** Classificação do conteúdo analisado das entrevistas, conforme ALCESTE

Classe 1:	21,66% do discurso.
Classe 2:	15,25%
Classe 3:	14,50%
Classe 4:	16,38%
Classe 5:	11,30%
Classe 6:	20,90%

**Fonte:** Tratamento de dados pelo *software* ALCESTE

**Classe 1:** O alcoolismo como doença. Essa classe aborda os discursos das enfermeiras sobre o alcoolismo. A análise dessa classe permitiu à pesquisadora identificar três subtemas: a) causas do alcoolismo; b) consequências do alcoolismo; c) comportamentos do paciente alcoolista dentro das unidades de saúde.

**Classe 2:** O alcoolismo na família. Nessa classe são abordados os discursos das enfermeiras sobre o alcoolismo na família, analisando-se de maneira mais detalhada dois aspectos desse tema: a) a pessoa alcoolista; b) a família do alcoolista.

**Classe 3:** O alcoolismo em Campos do Jordão. Nessa classe são analisados os discursos das enfermeiras sobre as particularidades do alcoolismo em Campos do Jordão e sobre os serviços de atenção ao usuário de álcool no município.

**Classe 4:** O atendimento emergencial ao paciente alcoolista. Nessa classe são analisados os discursos das enfermeiras sobre o trabalho no atendimento ao paciente alcoolista realizado em unidades de urgência e emergência.

**Classe 5:** Enfermagem e formação. Sob esse tema são analisados os discursos das enfermeiras sobre sua formação e sobre a atuação profissional da enfermagem.

**Classe 6:** Os serviços de atenção ao paciente alcoolista. Nessa classe são analisados os discursos das enfermeiras sobre as diversas modalidades de atuação da enfermagem no atendimento ao usuário de álcool, incluindo a análise de suas falas sobre as políticas públicas de atenção ao usuário de álcool no Brasil.

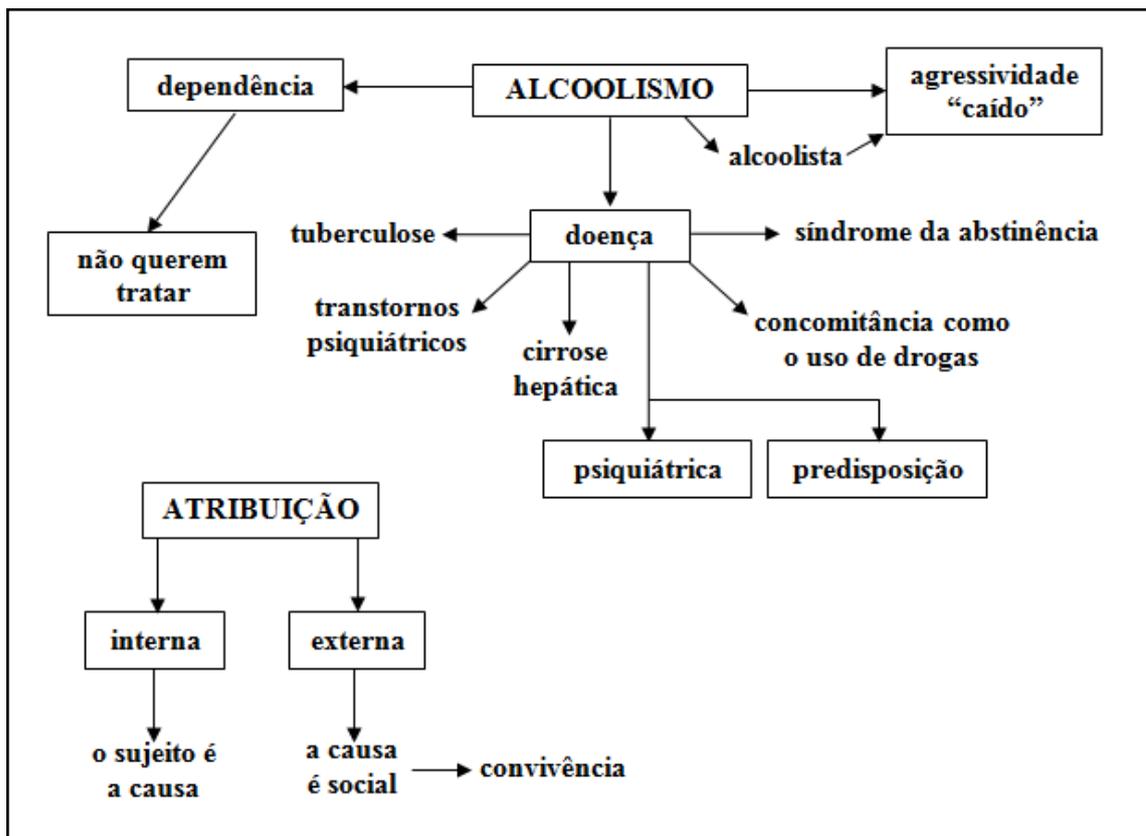
Seguem as análises de cada classe.

#### **4.4.1. CLASSE 1: O ALCOOLISMO COMO DOENÇA**

A análise dessa classe indicou que os sujeitos frequentemente relacionam o tema alcoolismo aos conceitos de **doença** e **dependência**. Observa-se que são mencionadas algumas doenças associadas ao alcoolismo, como tuberculose, transtornos psiquiátricos, cirrose hepática, e também a outros quadros clínicos, como síndrome de abstinência alcoólica e concomitância com o uso de drogas.

Nessa classe aparece, portanto, a conceituação do alcoolismo como doença. Isso significa que as enfermeiras entrevistadas representam o alcoolismo com base, sobretudo, no estudo científico do tema e no modelo biomédico de abordagem do alcoolismo. Essa classe reúne a maior porcentagem do discurso analisado (21,66%), indicando que frequentemente os discursos das enfermeiras relacionam o alcoolismo aos conceitos de doença e dependência.

Conforme se observa no Quadro 13, o conceito de dependência aparece associado a uma disposição pessoal do sujeito: ele não quer tratar do alcoolismo. Essa associação entre a dependência e a vontade do sujeito remete a análise do tema para a compreensão das ancoragens sociológicas e psicossociológicas do alcoolismo (CHAMON, 2006). Diferentes grupos sociais representam o alcoolismo como um fenômeno que se instala por vontade própria do sujeito (VARGAS e LABATE, 2006; MARTINS et. al. 2010; VALENTIN, 2000).

**Quadro 13:** O alcoolismo como doença

**Fonte:** Análise de conteúdo das entrevistas

Essas representações, elaboradas simbolicamente e comunicadas por grupos diversos, oferecem ao grupo social da enfermagem a base para a construção de suas próprias representações, que são permeadas pelo sentido moral: o alcoolismo é uma doença que se instala em decorrência da livre escolha do alcoolista; perpetua-se e se agrava porque o alcoolista não quer se tratar. Observa-se aqui que o alcoolismo é nomeado e classificado, enquanto o alcoolista recebe um rótulo que o remete à categoria dos objetos familiares (MOSCOVICI, 2010).

**Acho que é uma doença, porque a gente vê que não é uma questão de esforço, de boa vontade, mas... É uma dependência que se instala e tem um curso progressivo (Entrevista 13 – A3).**

Observa-se nesse trecho que o sujeito traz o conceito de *doença com curso progressivo*, elemento que faz parte do quadro conceitual do alcoolismo. Ele usa a palavra *dependência* que encontra correspondência no conceito de *saliência do comportamento de uso*, empregado por Edwards, Marshall e Cook (1999). Nos excertos que seguem aparecem

outras doenças e quadros clínicos associados ao alcoolismo (TB, cirrose hepática, desidratação, síndrome de abstinência alcoólica, dependência química).

**Tirando um ou dois de cada ala, o resto tem a dependência, e muitos não querem tratar do alcoolismo. Querem resolver a questão da tuberculose para ir beber de novo e se drogar (Entrevista 6 – H2).**

Nessa classe, observa-se que o conhecimento do chamado “universo reificado”, o conhecimento científico, aparece como explicação primeira sobre o fenômeno do alcoolismo, porém as representações das enfermeiras sobre o alcoolismo encontram-se imbricadas no discurso: os pacientes querem se tratar da TB para ir beber novamente; o alcoolismo é um hábito que o alcoolista cultiva; o alcoolismo surge do convívio com outros alcoolistas. Essas são representações que trazem o fenômeno do alcoolismo para o universo consensual dos sujeitos. Sendo o alcoolismo uma doença *provocada* pelo alcoolista, torna-se mais fácil para o grupo compreender essa doença. É como se as enfermeiras criassem uma conciliação entre o pensamento do senso comum, baseado no modelo moral e compartilhado por diversos grupos sociais, e o pensamento científico, aprendido no período da formação e no exercício profissional diário.

A explicação do alcoolismo como tendo sua gênese em uma predisposição genética também aparece nos discursos:

**É uma doença. Tem suas causas genéticas que vão... É uma predisposição genética mesmo, embora eu acredite que tenha os componentes sociais também (Entrevista 5 – H1).**

Observa-se neste excerto que o sujeito traz os conceitos de *predisposição genética* e de *causas socioculturais*: aceitação social, cultura familiar, pressão de amigos. Explicações também sugeridas por Edwards, Marshall e Cook (1999), que compreendem o alcoolismo como fenômeno de gênese multifatorial.

**Ele fica por um período, que geralmente não é ligado só à abstinência, só ao etilismo. O paciente que fica internado geralmente está associado a uma outra doença: tá comprometido hepático, desidratado, não consegue comer. Então tem uma série de doenças (Entrevista 9 – H1).**

Nesse trecho observa-se que, além dos conceitos de *doença*, *fatores genéticos* e *causas socioculturais*, aparecem representados também o *componente psiquiátrico* e as *doenças e quadros associados* (síndrome de abstinência, desidratação, doenças hepáticas e outras doenças).

Dentro do tema “alcoolismo como doença”, foi possível identificar alguns subtemas que correspondem às representações das enfermeiras sobre as *causas e consequências do alcoolismo* e sobre os *comportamentos do paciente alcoolista* dentro das unidades de saúde.

#### 4.4.1.1. CAUSAS DO ALCOOLISMO

As enfermeiras entrevistadas revelaram as seguintes representações sobre as causas do alcoolismo: a existência de pessoas alcoolistas na família; a fraqueza psicológica do alcoolista, explicada como uma dificuldade pessoal para lidar com problemas; a predisposição genética; as amizades; a pobreza; o acesso fácil à bebida alcoólica; a falta de opção de lazer e entretenimento; o clima frio; o sentimento de poder que o alcoolista experimenta ao consumir bebidas alcoólicas.

A maioria das enfermeiras considera a existência de outra(s) pessoa(s) alcoolista(s) na família como a principal causa do surgimento do alcoolismo. Santos e Veloso (2008) também identificaram nos sujeitos de sua pesquisa, representações sociais que atribuem o surgimento do alcoolismo a problemas vividos na família. Essa representação aparece ainda no artigo “História de vida e o alcoolismo: representações sociais de adolescentes” (SILVA; PADILHA, 2012b), no qual se discute as implicações do contato dos sujeitos com o alcoolismo desde a infância. Os autores consideram que o surgimento do alcoolismo na adolescência pode acontecer devido à naturalização do uso do álcool pelos familiares, ainda na infância:

Percebe-se que o familiar alcoolista dos adolescentes era o pai e/ou a mãe e estes foram responsáveis por apresentar um mundo no qual as bebidas alcoólicas eram permissíveis e que seu abuso era rotineiro. Na infância é que se representa a realidade que a criança irá conviver, ou seja, a realidade re-apresentada pelo adulto. O mundo que é apresentado pelo adulto servirá como matéria-prima para o que será construído pela criança, no caso do estudo em questão, o mundo adulto estrutura o hábito de conviver com o consumo do álcool (SILVA; PADILHA, 2012b, p. 84).

De acordo com os resultados obtidos na pesquisa, os autores chegaram à seguinte conclusão: a vivência familiar teve caráter determinante na elaboração das representações sociais dos sujeitos sobre o uso do álcool, e essas representações, por sua vez, foram

responsáveis por sua prática social, ou seja, pelo consumo excessivo do álcool. Analogamente a essa conclusão, observa-se que os sujeitos da presente pesquisa consideram a família como principal responsável pelo surgimento do alcoolismo.

Os mesmos autores também apontam o desejo de obter prazer como uma provável causa do surgimento do alcoolismo. Em estudo realizado com adolescentes, Silva e Padilha (2012a) concluem que, para os sujeitos entrevistados, o álcool é representado como substância capaz facilitar a socialização e de produzir sentimentos de prazer.

Seguem abaixo alguns exemplos:

**[...] que quem convive com outras pessoas que bebem acaba tendo uma, vamos dizer, um incentivo, um exemplo dentro de casa. Então eu acho que o alcoolismo é primeiramente uma predisposição que a pessoa tem, mas também é um hábito que vem do convívio mesmo (Entrevista 5 – H1).**

**[...] a primeira droga é o álcool. É a primeira droga que a pessoa experimenta. E no meu TCC eu tive uma porcentagem que aonde foi consumido o álcool pela primeira vez? Dentro de casa. Em festas, em Natal, em aniversário (Entrevista 12 – H2).**

**Então eu acho que tem o orgânico e o social. A família, o exemplo de pai e de mãe, porque tem pesquisa que comprova que o adolescente, se ele começa a beber cedo ele também usa a droga cedo (Entrevista 7 – H1).**

É interessante observar nesse depoimento que a enfermeira considera “beber” e “usar drogas” como duas coisas diferentes, mas que encontram correlação desde a juventude. É como se o ato de beber desde a juventude fosse “desculpável” caso não houvesse a associação com o uso de drogas.

**Tem família que tem dois, três alcoolistas. A gente não sabe se é de ver o outro bebendo ou se está na genética (Entrevista 13 – A3).**

Estes quatro excertos trazem a representação do surgimento do alcoolismo como sendo “dentro de casa”, na família. Observa-se que os três grupos pesquisados representam família como a principal causadora do alcoolismo. Os excertos abaixo apresentam outras representações sobre as causas do alcoolismo:

**Eu, nos meus estágios de psiquiatria, eu pude ver que tinha vários... tinha enfermeiras internadas, que eu via que foi incapacidade de resolver um problema cotidiano. Desencadeia ou um sintoma, ou uma carência ou alguma coisa... Aí acaba achando o que é mais fácil: alguns vão pela bebida, outros vão pra as drogas, outros tentam se matar, que é o que a gente vê aqui... Ingestão de comprimido... Então eu acho que depende da base familiar e também... não só da base familiar: a gente vê que tem tanta gente que tem uma boa base familiar e não sabe por que que acaba indo pro etilismo ou tendo um distúrbio psicológico, coisa assim. Eu creio que é uma incapacidade mesmo de resolver problema cotidiano (Entrevista 9 – H1).**

Observa-se nessa fala que, tanto o alcoolismo, como as doenças psiquiátricas e as tentativas de suicídio, são atribuídos a uma incapacidade do sujeito de resolver problemas. O alcoolismo é representado como tendo uma causa individual. O sujeito é representado como uma pessoa psicologicamente fraca, incapaz de lidar com problemas e de superar dificuldades.

**Começa na cerveja, nas festinhas. Se tá todo mundo bebendo, eles bebem também. Só que tem uns, a maioria, que bebe e tem controle. Já o alcoolista não tem controle mesmo (Entrevista 14 – A4).**

Quando a enfermeira salienta que a maioria das pessoas que bebem, têm controle sobre a ingestão de álcool, ela está representando o alcoolista como uma pessoa que não tem controle e isso acontece devido a uma causa interna ao sujeito. A causa do alcoolismo, mais uma vez é atribuída à pessoa alcoolista.

**Tem o lado da pobreza também, que a gente vê... não tem nada e vai beber... Trabalhou um pouquinho, ganhou um trocadinho a vai beber... Bebe pra esquecer... Não sei, acho que são vários fatores juntos (Entrevista 6 – H2).**

**A meu ver, o alcoolismo é uma doença. Pra mim é uma doença psiquiátrica, de fundo psiquiátrico. Eu acho que o alcoolismo pode ser favorecido por fatores externos, mas a pessoa já tem um... uma predisposição. Eu acredito em fatores genéticos, mas os sociais, eu acho que os sociais influenciam muito (Entrevista 1 – H1).**

A atribuição do alcoolismo recai sobre causas internas ao sujeito (causas genéticas e/ou psicológicas), mas também sobre causas externas, ou sociais (a pobreza, o convívio com pessoas que bebem). A atribuição da causa é individual, mas a construção é social. Trata-se de uma ancoragem psicossocial (CHAMON, 2006).

Quando a enfermeira associa o alcoolismo à pobreza, ela expressa um preconceito possivelmente ligado à ideologia da classe dominante: o pobre é culpado por ser pobre (TELLES, 2001), o aidético é culpado por ser aidético (JOFFE, 2003), o alcoolista é culpado por ser alcoolista (NEVES, 2004). Esse último carrega sobre si uma dupla culpabilização: é bêbado e é pobre. Pode ser bêbado porque é pobre ou pode ser pobre porque é bêbado. De qualquer forma, o sujeito é duplamente culpado. E ainda pode carregar uma terceira forma de culpabilização: é doente (já que o alcoolismo é considerado doença) porque quer. Então ele é pobre, bêbado e doente, e pouco se pode fazer por ele. Essa construção simbólica de certa forma retira a responsabilidade social de atenção a esses cidadãos.

A associação do alcoolismo à culpa do sujeito cria um sentido que se propõe a sustentar relações de poder sistematicamente assimétricas (ROSO *et al.*, 2002), uma vez que o alcoolista seria visto como sujeito não merecedor dos investimentos financeiros de cuidado à sua saúde: essa seria a ideologia observada nas entrelinhas dos discursos das enfermeiras. O efeito dessa construção simbólica é explicado por Bauman (1998): a humanidade da vítima é feita invisível, por isso ela é considerada também culpada e pode ser submetida a um tratamento desumano. A doença, a pobreza, a AIDS, o alcoolismo seriam o justo castigo para sujeitos culpados, destituídos de humanidade e não merecedores de um serviço efetivo de atenção à sua necessidade.

Sendo o alcoolismo considerado doença, além de procurar compreender as causas dessa doença, as enfermeiras também buscam compreender suas consequências, ou seja, elaboram representações sobre as consequências do alcoolismo. Tema que é abordado a seguir.

#### **4.4.1.2. CONSEQUÊNCIAS DO ALCOOLISMO**

As consequências do alcoolismo são representadas pela enfermagem como sendo de duas ordens: as consequências relacionadas à saúde do paciente e as consequências relacionadas à socialização.

No primeiro grupo são enumeradas as doenças e quadros associados ao alcoolismo: quedas que incluem cortes, fraturas e traumatismo craniano (TCE); diabetes; hipertensão; cirrose hepática/problemas no fígado; transtornos psiquiátricos; pancreatite; tuberculose;

inapetência/desnutrição; problemas digestivos, que incluem dor de estômago, gastrite e hemorragia digestiva; HIV; dores generalizadas; coma alcoólico; tentativa de suicídio; acidentes de trânsito, que incluem acidentes de carro, de moto e atropelamentos; concomitância entre o uso de álcool e drogas.

No segundo grupo tem-se: a perda da família; diversas formas de violência, inclusive violência doméstica; a perda dos vínculos afetivos; os conflitos familiares; problemas financeiros/perda de emprego/ empobrecimento; problemas com a justiça; preconceito (quando a sociedade considera o alcoolista como “vagabundo”, “preguiçoso”, “sem vergonha”). Algumas enfermeiras representam o alcoolismo como algo que se perpetua de geração em geração dentro de uma mesma família, seja por fatores herdados geneticamente, seja pela imitação do comportamento e assimilação da cultura familiar.

Considera-se importante ressaltar que dez das catorze enfermeiras entrevistadas representam o alcoolista como um paciente que corre o risco de morrer em decorrência do consumo do álcool.

Estudo similar, realizado por Santos e Veloso (2008) obteve resultados nos quais alcoolistas em tratamento e seus familiares representavam o alcoolismo como algo que provoca perdas – representação que encontra correspondência com alguns elementos da presente pesquisa: perda dos vínculos afetivos; problemas financeiros/perda de emprego/empobrecimento; perda da saúde, sinalizada pelas diversas doenças apontadas como consequência do uso excessivo do álcool.

Outro estudo sobre representações sociais relacionadas ao consumo de álcool (ROCHA; PEREIRA, 2007) apontou que os sujeitos representavam a cirrose hepática alcoólica como doença que provoca dificuldades socioeconômicas, culminando em destruição e morte. Ainda uma terceira pesquisa (PEREIRA; PIRES, 2006) identifica a degradação da pessoa como principal consequência do abuso de álcool e drogas.

Observa-se a similaridade dessas representações com as apresentadas nessa seção: os sujeitos da presente pesquisa consideram o risco de morte como principal consequência do alcoolismo. Logo, representam o alcoolismo como doença que pode levar o paciente a óbito.

Os excertos abaixo exemplificam esse subtema:

**Eu acho que o caso que eu vi que foi mais triste foi de um menino, eu atendi há anos atrás, que eu vi um caso de um menino de vinte e um anos que fez hemorragia digestiva, que começou a sangrar e aí não teve como e foi a óbito mesmo. Ele tomava álcool mesmo. Chegava a tomar álcool mesmo (Entrevista 9 – H1).**

**Depois vai tendo perdas... que pode ser de relacionamento, perde a namorada, perde o casamento. Aí bebe mais ainda e compromete a vida financeira (Entrevista 13 – A3).**

**As principais eram hipertensão, diabetes, muito traumatismo craniano, por conta das quedas, e alguns casos de cirrose hepática e pancreatite (Entrevista 2 – A1).**

**Acontece que tem pacientes com patologias às vezes hepáticas, do pâncreas, pancreatite. [...] Alguns problemas mentais também acontecem. Problemas de tireoide. Acontece vários tipos de doenças associadas. E problemas sociais. Família longe. Não tem família. Mora na rua. Vivem na rua, não têm endereço fixo (Entrevista 10 – H2).**

Observa-se que as representações sobre as consequências do alcoolismo são similares nos três grupos pesquisados: enfermeiras que trabalham em unidade de atendimento de urgência e emergência; enfermeiras que trabalham em hospital e em unidades de atendimento ambulatorial. Os discursos revelam que as enfermeiras consideram o adoecimento e a morte (muitas vezes a morte prematura) como consequências naturais do consumo abusivo de álcool. Aqui também é possível supor que subjaz à representação social, a ideologia de uma classe dominante que não pretende investir financeiramente no tratamento do alcoolismo. Para eximir-se a essa responsabilidade, criam-se condições para o estabelecimento e sustentação de construções simbólicas que naturalizam a morte do sujeito alcoolista e inocentam os sistemas de saúde, e a sociedade em geral, por essas mortes.

O subtema que segue, sobre os comportamentos do paciente alcoolista nas unidades de saúde, também se relaciona ao tema alcoolismo como doença, pois, sendo o alcoolista representado como um doente que necessita da atenção em saúde, esse doente apresenta determinados comportamentos, e esses comportamentos podem provocar determinadas reações nas equipes de enfermagem, conforme se analisa a seguir.

#### **4.4.1.3. COMPORTAMENTOS DO PACIENTE ALCOOLISTA**

O alcoolista é representado pelas enfermeiras como um paciente que nega sua própria enfermidade, seja por não se considerar uma pessoa dependente do álcool, seja por não considerar o alcoolismo uma doença. A enfermagem representa o comportamento do alcoolista como agressivo, violento, agitado, sendo por isso considerado um paciente que dá mais trabalho à equipe de saúde, muitas vezes rejeitando a prescrição médica e atrapalhando

os demais atendimentos. O comportamento de beber e o fato de o paciente evitar conversar sobre o alcoolismo foram apontados como uma tentativa de fugir dos problemas. Muitas enfermeiras relataram sentir certo desconforto e constrangimento ao atender o paciente alcoolista devido a esses comportamentos. Algumas relataram sentir raiva, impaciência e temor.

A análise desse subtema revelou que as representações dos sujeitos que trabalham no H1 são similares às representações dos sujeitos que trabalham no H2, conforme os trechos que seguem:

**Mas tem paciente que não aceita, então a gente tem que sedar o paciente e aplicar a medicação pra ele ficar pelo menos por um período. Então tem que sedar o paciente pra ele aceitar a medicação. Que eles ficam agressivos. Bastante (Entrevista 11 – H2).**

**Dá mais trabalho. Dá mais trabalho. Eles se agitam do nada. Tira soro. Se estão com sonda eles puxam a sonda. Dá muito trabalho (Entrevista 1 – H1).**

**Lá tem que vigiar mesmo, porque elas não podem ver um tubinho de álcool que já pegam pra beber. Tem que ficar trancado. A gente vê a dependência (Entrevista 6 – H2).**

O temor de serem agredidas fisicamente por um paciente alcoolista aparece no relato de enfermeiras que atuam nas duas unidades (H1 e H2), conforme trechos abaixo:

➤ **Então eu tenho o setor pelo qual eu sou responsável e a gente sabe que um paciente pode chegar e agredir um funcionário (Entrevista 12 – H2).**

➤ **É complicado porque você fica até receoso mesmo, porque a maioria fica violento mesmo, a gente fica receoso (Entrevista 1 – H1).**

➤ **Não deixam a gente fazer a medicação, xingam. A gente tem receio, até. Ameaça (Entrevista 3 – H1).**

A análise desses relatos suscita um questionamento quanto à estrutura das unidades pesquisadas para o atendimento aos pacientes alcoolistas. De acordo com os trechos acima, parece que essas unidades não oferecem condições suficientes de segurança às equipes de enfermagem, a ponto de alguns profissionais ficarem receosos, temendo por sua segurança, enquanto atendem o paciente alcoolista.

Essa reflexão foi levantada com o intuito de discutir as proposições de Vargas (2010), Vargas e Labate (2006) e Martins et. al. (2010) sobre as atitudes da enfermagem em relação ao paciente alcoolista. Segundo esses autores as atitudes da enfermagem são negativas em função da visão moral que esses profissionais têm do alcoolismo. Porém, o sentimento de temor referido pelos sujeitos da presente pesquisa pode indicar que as atitudes negativas dos enfermeiros seriam advindas do receio de sofrer agressão física, e possivelmente também da experiência de haver sofrido agressão verbal por pacientes alcoolistas. É claro que esse temor pode estar ancorado na crença de que o alcoolista é agressivo, “mau caráter”, “vagabundo”, porém não se pode descartar a possibilidade de que o temor esteja relacionado a um risco real de sofrer agressão (embora nenhuma das enfermeiras tenha referido experiência pessoal de sofrer agressão física por um paciente alcoolista). O que se pretende argumentar aqui é que, se existe o risco, a causa desse risco não seria unicamente a agressividade do alcoolista, mas também a estrutura das unidades de saúde que permitem a existência desse risco.

As representações analisadas nesse item podem ser relacionadas à proposição de Jovchelovitch (2003): seria a prática profissional da enfermagem, o atendimento diário aos pacientes alcoolistas, que possibilitaria a construção de representações sobre o comportamento do alcoolista.

Nesse item não foram citados depoimentos das enfermeiras que atuam em unidades de atendimento ambulatorial (foi citado apenas o depoimento de uma enfermeira que trabalha no A1, mas nesse trecho ela se referia a uma experiência pregressa de atuação no H1). Isso se deve, conforme os excertos abaixo, ao fato de os pacientes alcoolistas não recorrerem com frequência aos postos de saúde, havendo pouca experiência desses profissionais no atendimento a esses pacientes.

**Mas tem muito alcoolista no bairro que nem vem aqui... Mais assim é um familiar que vem (Entrevista 4 – A2).**

**Pouco. Tem um curativo pra fazer, que eles caem na rua, corta... Mas eu acho que eles fogem um pouco. Evita, né? Acha que a gente vai dar sermão aí não vem. Aqui a gente fica sabendo mais informalmente mesmo. É a mãe que fala, é a vizinha que fala... A gente não tem muito acesso pra atender os alcoolistas (Entrevista 13 – A3).**

**Às vezes vem medir a pressão aqui, aí o pessoal do bairro mesmo conta depois que é alcoolista, que vive bebendo no bar, que cai na rua... Mas eles mesmos não falam**

**que bebem e nem vêm aqui alcoolizados. Os outros é que falam, os agentes, às vezes a mãe mesmo. Mas vir aqui alcoolizados eles não vem não (Entrevista 14 – A4).**

Nessa seção foram apresentadas as representações das enfermeiras sobre o alcoolismo como doença, suas causas e consequências e o comportamento do paciente alcoolista nas unidades de saúde. Outro tema presente no discurso das enfermeiras, como se apresenta a seguir, é a construção das representações sociais do alcoolismo como algo relacionado à família.

#### **4.4.2. CLASSE 2: O ALCOOLISMO NA FAMÍLIA**

Nessa classe encontram-se reunidos os elementos referentes à ideia de família que aparecem nas entrevistas, relacionados ao tema alcoolismo. A palavra **pai** aparece com maior frequência, seguida pelas palavras **tio, família, filho, mãe, ele**. Os excertos que seguem apresentam, em alguns casos, a vivência dos próprios sujeitos entrevistados com familiares usuários de álcool; em outros casos as enfermeiras expõem suas considerações sobre o alcoolismo no meio familiar, com base em sua experiência profissional.

**Tenho muitos casos na família. Por parte de pai alguns primos, um tio que já faleceu, o meu próprio pai. Desde a minha infância, a minha vida inteira vi o meu pai bebendo (Entrevista 2 – A1).**

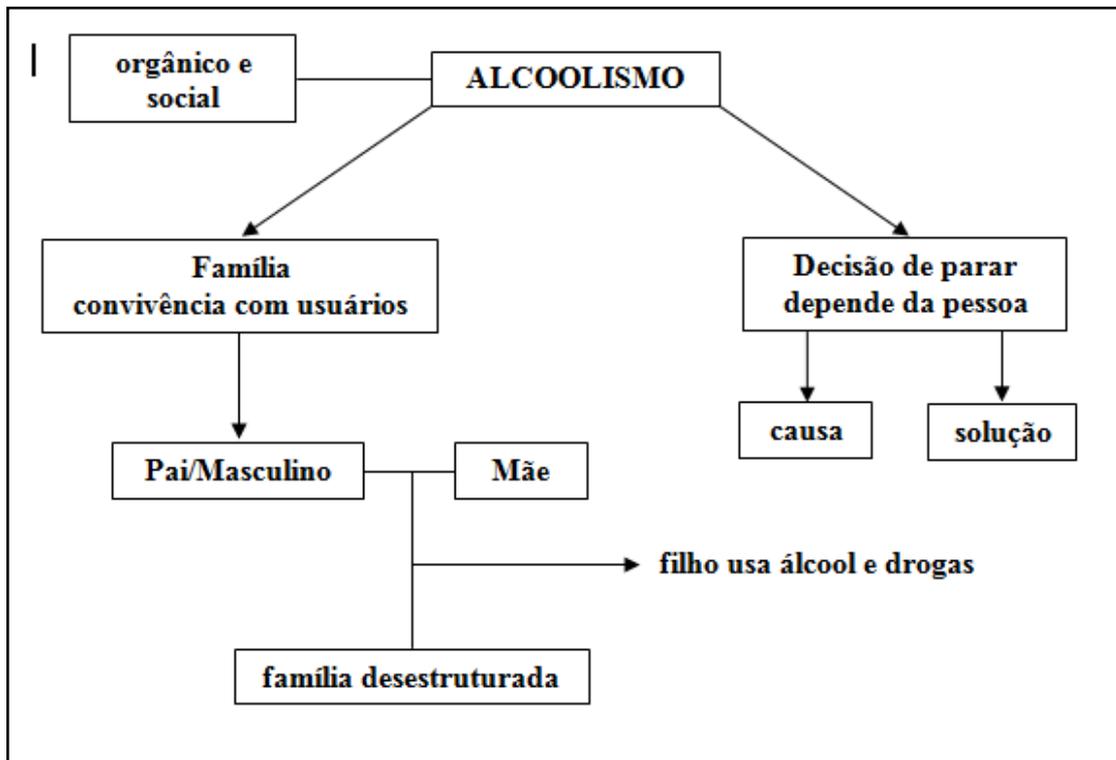
**E outro exemplo mais próximo de mim ainda é um irmão meu, mais novo que eu, onde eu observo que as pessoas, com seus problemas pessoais, elas procuram... não sei exatamente se elas procuram resposta no álcool (Entrevista 4 – A2).**

**O pai bebia, a família já cresceu desestruturada e ele permaneceu e formou outra família desestruturada e ele tem filhos que já não tem estrutura nenhuma (Entrevista 1 – H1).**

**A família sofre, os filhos sofrem, apanham, não têm um exemplo. Se não tiver um propósito na vida, acabam bebendo também (Entrevista 6 – H2).**

A desestrutura na família é considerada causa e consequência do alcoolismo. Os discursos das enfermeiras recorrentemente colocam o foco no sujeito: o alcoolista é responsabilizado pelo surgimento do alcoolismo e pelo sofrimento da família.

**Quadro 14:** O alcoolismo na família



**Fonte:** Análise de conteúdo das entrevistas

De acordo com o Quadro 14 e com os depoimentos acima relacionados é possível observar que os sujeitos representam o alcoolismo como algo que traz sofrimento para a família e que o uso do álcool na família (“exemplo de pai e de mãe”) pode ser um fator desencadeador do alcoolismo nos filhos.

Os discursos reunidos nessa classe revelam a crença de que o alcoolismo, sendo uma doença causada pelo próprio alcoolista, pode ser superado pela força de vontade do sujeito, que deve tomar a decisão de parar de beber.

Nessa classe, que representa 15,25% do discurso analisado, verifica-se que as enfermeiras abordam o alcoolismo como uma “[...] forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada...” (JODELET, 2001), ou seja, como representação social. O *exemplo da família* aparece três vezes nos trechos acima, sendo que esse *exemplo* está associado a *sofrimento, desestrutura familiar e perpetuação do quadro do alcoolismo nos familiares*. Observa-se que os elementos do universo reificado (causas socioculturais do alcoolismo) encontram-se imbricados com os elementos do universo consensual (sofrimento, desestrutura

familiar, perpetuação do alcoolismo). A união desses elementos produz a “construção de uma realidade comum” (JODELET, 2001) que instrumentaliza o grupo para a ação.

Comparando-se as proposições da TRS ao discurso dos sujeitos, pode-se deduzir que o grupo social da enfermagem constrói representações que trazem um componente de *determinismo* à questão do alcoolismo na família. Primeiro, porque as enfermeiras afirmaram acreditar que se existe um alcoolista em uma família, geralmente existem outros. Segundo, porque o alcoolismo é visto como algo que traz sofrimento, sendo este um sofrimento que se perpetua de geração em geração. Terceiro, porque elas acreditam que o alcoolismo está relacionado à desestrutura familiar.

Entendendo a representação social como uma forma de conhecimento que instrumentaliza o grupo para a ação e identificando que os sujeitos da pesquisa representam o alcoolismo como fenômeno geneticamente determinado, ou como fenômeno que provoca desestrutura na família, pode-se perguntar: quais comportamentos práticos o grupo social da enfermagem adotaria em função dessas representações? A resposta sugerida é: possivelmente o grupo não empenharia tanto esforço na recuperação desse alcoolista, que já está marcado pelo *exemplo de familiares*, pela *herança genética* e pela *desestrutura familiar*.

Essas representações trazem o fenômeno do alcoolismo para uma categoria preexistente de imagens comuns ao grupo. Imagens que tranquilizam, de maneira similar às imagens criadas pelo grupo estudado por Jodelet (2005): “os loucos são como nós, mas não são como nós”. O “são como nós” convoca o grupo a acolher e cuidar dos loucos, enquanto o “não são como nós” traça uma linha divisória que assegura a tranquilidade o grupo. De maneira similar, o grupo social da enfermagem, ao mesmo tempo em que se sente perturbado e ameaçado pelo sofrimento que o alcoolismo causa, sente também a tranquilidade oferecida pelo rótulo: “o alcoolista está predestinado ao sofrimento e não eu, nem o meu grupo”. Trata-se, pois, de um sofrimento que é do outro, ao qual é possível se acostumar, sem grandes expectativas de superá-lo. Até mesmo as enfermeiras que relataram uma vivência pessoal com algum familiar alcoolista, parecem se colocar no grupo dos que *não optaram* pelo sofrimento proveniente do alcoolismo, conforme trecho abaixo:

**Eu e meu outro irmão nunca mexemos com drogas [...] Foi opção minha, nunca nem experimentar. Hoje, graças a Deus eu não convivo com ninguém que bebe ou usa drogas (Entrevista 6 – H2).**

Observa-se que esse *determinismo* não é total: sempre existe um espaço de reação dos sujeitos. Duas enfermeiras abordam a questão da superação do determinismo, mas por

vontade própria do sujeito. Os excertos abaixo revelam que a seguinte representação: o alcoolismo é uma doença, mas o sujeito tem controle sobre ela:

**Eu tive dois tios. Um irmão da minha mãe que foi alcoolista, eu diria que desde a adolescência. Casou, teve filhos, mas toda a vida bebeu. E agora fazem uns oito anos que ele decidiu parar de beber e nunca mais colocou álcool na boca. Tem reuniões familiares, tem festa, seja o que for, ele sempre está ali com o refrigerante na mão (Entrevista 5 – H1).**

**Tem uns que desistem de tentar ajudar e vão viver a vida deles longe do pai (Entrevista 6 – H2).**

O primeiro trecho traz a crença de que a pessoa alcoolista pode superar o alcoolismo: **ele decidiu**. Aqui se observa a representação de que, se o alcoolismo advém de uma decisão pessoal, sua superação, de igual forma, requer a decisão pessoal de parar de beber, representação que se confronta com a ideia de doença. No último trecho, entende-se que **vão viver a vida deles longe do pai**, tem uma conotação de viver uma vida diferente da vida do pai, ou seja, sem beber. Nesse caso, se o pai não superou o alcoolismo, pelo menos os filhos não seguiram seu exemplo. Aqui também se observa a diferenciação entre o “eles” e o “nós” (JOFFE, 2003). Os filhos que conseguiram se livrar da herança maldita do alcoolismo, pertencem ao “nós”, como é o caso da enfermeira que concedeu a entrevista 6. Ela trouxe o relato de que teve pai alcoolista, que faleceu em decorrência do abuso de álcool e drogas. Foi criada por um tio alcoolista, tem um irmão e alguns primos que são alcoolistas e dependentes químicos. Mas ela, assim como outras enfermeiras que participaram da pesquisa, não pertence ao “eles” e sim ao “nós”.

A análise desse tema possibilitou uma divisão em dois subtemas: a pessoa alcoolista e a família do alcoolista. Essa divisão pretendeu identificar as representações das enfermeiras sobre a pessoa alcoolista inserida no contexto familiar – e, em muitos casos, excluída desse contexto – e a dinâmica da família, os sentimentos e comportamentos dos familiares, frente ao alcoolismo de um de seus componentes.

#### **4.4.2.1. A PESSOA ALCOOLISTA**

O grupo pesquisado representa o alcoolista como uma pessoa só, que já não tem vínculos familiares e vive na rua como mendigo/andarilho. O alcoolista também é

representado como uma pessoa que não quer receber o atendimento oferecido pela enfermagem e não busca tratamento para superar o alcoolismo.

O paciente é representado como uma pessoa que chega às unidades de saúde apresentando higiene precária, geralmente tendo sido encontrado caído na rua e trazido pela ambulância. Em relação aos sentimentos do alcoolista, ele é representado como uma pessoa triste, fraca, que não consegue lidar com seus problemas. É representado ainda como um paciente difícil de lidar e que sempre retorna aos serviços de saúde apresentando o mesmo quadro. De maneira geral, as enfermeiras consideram que a instalação do alcoolismo tem seu início muito cedo e que no início do processo a pessoa se sente poderosa, porém, quando o quadro vai se agravando, sente-se frustrada ao perceber que quer parar de beber, mas não consegue. Dessa forma, o alcoolista é considerado como uma pessoa sem perspectivas de futuro.

A análise desse tema vem confirmar pesquisas anteriores (VARGAS e LABATE, 2006; MEIRA e ARCOVERDE, 2010), que indicam que, de maneira geral, os enfermeiros concebem o alcoolista como um paciente difícil, irritadiço, descontrolado, ansioso e depressivo, sendo estes comportamentos identificados como sendo de uma pessoa com saúde mental prejudicada. Essas representações poderiam desencadear atitudes negativas dos enfermeiros no atendimento ao paciente alcoolista, pois são representações que se aproximam do modelo moral, no qual o alcoolista é visto como um paciente que provocou a doença e, conseqüentemente, que dá trabalho à enfermagem porque quer – porque apresenta uma fraqueza moral, porque lhe falta força de vontade, porque tem dificuldade para lidar com seus problemas, porque deseja continuar bebendo (VARGAS, 2010; VARGAS e LABATE, 2006; MARTINS et. al. 2010).

Seguem abaixo alguns trechos das entrevistas que exemplificam esse tema:

**Eles têm uma tendência a estar realmente sujos. Tanto homem quanto mulher. A maioria vem sozinho, trazido pela ambulância e você nota que eles não querem ajuda. É isso que me espanta. “Eu não me importo, eu não preciso disso, eu to aqui porque me trouxeram, eu não quero ficar...” Então eles não querem o atendimento (Entrevista 8 – H1).**

**Os que vêm pra cá são abandonados mesmo. São os que não têm vínculo familiar, mora sozinho, ou na rua, ou se tem vínculo, já foi coisa do passado, agora é o abandono mesmo. Ninguém cuida, ninguém liga (Entrevista 9 – H1).**

**A maioria dos que a gente atendia eram aqueles alcoolistas já sem controle, já... Que logo cedo já estavam embriagados, amanhecia o dia bebendo e aí eram os casos mais complicados porque aí você não consegue mais conversar, não consegue orientar, você não consegue atender direito. São os casos que causam briga dentro do ... (H1), que te agriem fisicamente, fogem. São os mais difíceis de lidar (Entrevista 2 – A1 – Este depoimento é de uma enfermeira que atua em unidade ambulatorial, porém nesse trecho ela está se referindo a uma experiência pregressa como enfermeira de uma unidade de atendimento de urgência e emergência).**

**Na verdade nós recebemos aqui muito morador de rua, tem muitos dos nossos pacientes que são moradores de rua, então, pensando assim do lado deles, se eles já sabem que eles vão fazer o tratamento e eles vão voltar para a rua, então... eu acho assim, um ou outro vão melhorar, mas a maioria não (Entrevista 12 – H2).**

Percebe-se que as enfermeiras representam o alcoolista como uma pessoa que provoca situações que afastam a família. Sendo assim, se existem representações da família como aquela que rejeita o alcoolista, conforme se apresenta a seguir, essa rejeição seria uma reação ao próprio comportamento do alcoolista, muitas vezes considerado pela família como inaceitável.

#### **4.4.2.2. A FAMÍLIA DO ALCOOLISTA**

De acordo com a análise de conteúdo das entrevistas, a maioria das enfermeiras representa a família do alcoolista como rejeitadora, sendo que algumas enfermeiras tentam explicar essa rejeição sugerindo que as famílias desistem de ajudar o alcoolista após inúmeras tentativas frustradas. A família também é representada como sofredora: o alcoolismo provoca sofrimento, tristeza e infelicidade para os membros da família.

Algumas enfermeiras representam a família como responsável pelo surgimento do alcoolismo, seja pelo exemplo do pai ou de algum outro familiar, seja pelos conflitos vivenciados em casa (família desestruturada). As enfermeiras mencionam que algumas famílias se esforçam para ajudar o alcoolista, enquanto outras negam o alcoolismo, ou tentam encobrir o alcoolismo do familiar. Algumas enfermeiras representam a família do alcoolista como ausente nos serviços de saúde: afirmam que a família do alcoolista demora a chegar quando o paciente este dá entrada nas unidades de saúde (apenas enfermeiras do H1 mencionaram esse fato).

Seguem alguns exemplos:

**São raros os que se importam (os familiares). São raros. São poucos. A maioria já... não quis saber, não quer saber. Teve um caso que eu peguei, um senhor, faleceu já. E a família veio falar com a gente... Ele já tava até desligado da família. Eles pagavam um quartinho pra ele porque não dava mais pra conviver em casa. Então eles tiram mesmo da casa (Entrevista 8 – H1).**

**Quando a gente bateu na porta da casa, a família não quis. Mandou levar de volta porque eles não queriam ele lá. Foi bem chocante assim. Falaram: “Não, aqui não.” Eles disseram bem assim: “Se quiser, pode largar na rua. Que morra na rua, mas aqui não vai entrar.” Eu acho que foi o caso mais marcante (Entrevista 2 – A1).**

**Bom, a gente percebe que tem dois tipos de família: tem aquela que realmente se empenha em ajudar a pessoa que tá disposta, e tem aquela que não quer nem saber. O paciente pra ela é um peso, um estorvo, ela quer se livrar do problema (Entrevista 10 – H2).**

A análise das entrevistas indicou a existência de duas formas de representação peculiares. A primeira diz respeito ao grupo de enfermeiras que atua em unidade de atendimento de urgência e emergência. Esse grupo representa a família do alcoolista como uma família que demora a chegar à unidade hospitalar e não oferece apoio ao paciente. Essa representação, relacionada à negligência da família em auxiliar o paciente alcoolista, provavelmente advém da prática profissional dessas enfermeiras, que recebem os pacientes na unidade de saúde, tentam o contato com a família para solicitar a presença de acompanhante, seja durante a internação, seja para realização de exames e transferências, solicitação de alimentação e roupas. Muitas vezes o paciente alcoolista chega sem documentos, dificultando assim a realização dos procedimentos necessários. Nesses casos, a ausência do familiar se constitui em um problema a mais para a equipe de enfermagem, sendo esse problema específico dos profissionais que atuam em unidade de atendimento de urgência e emergência. Provavelmente o confronto regular com essa ocorrência levou à criação da representação social da família como negligente em relação à saúde do paciente alcoolista, pelo menos no que se refere ao apoio no período de internação.

Outra representação peculiar, diz respeito ao grupo que atua nas unidades ambulatoriais. Algumas dessas enfermeiras mencionaram o fato de, apesar do alcoolista não

buscar atendimento nas unidades ambulatoriais, a família busca ajuda para o familiar alcoolista, conforme trechos abaixo:

**Mais assim é um familiar que vem. [...] Onde a família vem procurar a gente, não aguentando mais, precisando de uma ajuda mesmo (Entrevista 4 – A2).**

**A família acaba procurando atendimento, não o paciente. Então você fica sabendo muitas vezes de maneira informal (Entrevista 13 – A3).**

**Os outros é que falam, os agentes, às vezes a mãe mesmo. Mas vir aqui alcoolizados eles não vem não. A mãe é que vem, conta, pede pra o agente ir na casa (Entrevista 14 – A4).**

Esse grupo representa a família do alcoolista como uma família que se esforça para ajudar o paciente. Possivelmente essa representação advém do fato de, em sua experiência profissional, essas enfermeiras terem pouco contato com a pessoa alcoolista e mais contato com outras pessoas que relatam o alcoolismo na família, muitas vezes procurando apoio na unidade ambulatorial.

A análise de conteúdo permitiu identificar ainda dois grupos diferenciados que constituem representações peculiares sobre a família do alcoolista, independentemente da unidade de saúde onde atuam. São eles: um grupo que relatou conviver com familiar alcoolista e/ou usuário de drogas (sete sujeitos) e um grupo que nunca teve relação próxima com familiar alcoolista (sete sujeitos). Nesse último grupo, três sujeitos relataram ter um parente distante que era alcoolista, afirmando que esse fato não trouxe nenhuma repercussão para sua vida pessoal. Foi possível observar que esse grupo discorria sobre a família do alcoolista de maneira mais racional, enquanto o grupo que teve convívio mais próximo com pessoa(s) alcoolista(s) apresentava um discurso mais emocional sobre o tema, conforme excertos abaixo:

**Olha, são muitos sentimentos misturados. É raiva, é impotência, frustração. Chega uma hora em que a gente acaba desistindo. É estranho isso. A gente tenta, tenta, tenta, chega uma hora que a gente desiste. [...] “Quer beber? Bebe. Não vou mais tentar.” E causa... é um sentimento de infelicidade, assim, você vê que a pessoa tá se acabando. No meu caso, né, eu sendo enfermeira, eu sei quais são as consequências, eu**

sei o que vai acontecer com ele e você fica sentada esperando porque não vê como mudar a situação. É muito ruim, é triste. [...] É uma praga (o alcoolismo) (Entrevista 2 – A1).

Eu tava no terceiro ano da faculdade, foi em 2007. Ele faleceu em consequência do abuso do álcool. E você ali, né, como acadêmica, vendo ele no leito da UTI e tudo devido a complicação de... (emociona-se) (Entrevista 4 – A2).

[...] é difícil porque você ajuda, você dá chance, ele promete... Então você ajuda, que seja com coisas pessoais, financeiras, então fica o tipo de uma troca: “Você fica sem beber, eu te faço isso...” E aí você cumpre a tua parte e o outro não cumpre, ou se cumpre, cumpre uns dias e depois não mais. Eu acho que isso acaba desgastando a família. Aí os problemas que eles trazem... alguns têm problemas com a polícia, alguns chegam a cometer delitos... Então a família vai se cansando. Alguns são violentos, a mulher apanha dentro de casa. Chega, bate nos filhos, então eu acho que isso vai cansando, desgastando... Eu acho que você vai perdendo a confiança na pessoa, de que um dia ela possa vir a se curar dessa dependência, e você vai perdendo o amor (Entrevista 5 – H1).

Meu pai usava drogas e era alcoolista. Meu tio, que me criou, é alcoolista. Vários primos... um irmão meu... Meu tio batia na gente, fazia escândalo... Daí a gente vê que tem a questão de ser da família, se bem que eu e o meu outro irmão nunca mexemos com álcool nem droga, então também tem a questão de ser uma decisão pessoal... Mas se fosse só a questão da família era pra eu ser alcoolista também, porque na família o que não faltou foi exemplo (Entrevista 6 – H2).

Pra mim é um mal terrível. Eu tive pessoas que bebiam na minha família. Eu lembro delas com muita tristeza. Uma delas foi a minha mãe. Minha mãe chegou ao ponto de tomar álcool porque meu pai começou a tirar a bebida de dentro de casa, porque... pra ela não beber mais, e ela começou a tomar álcool. Então isso aí (o alcoolismo) é um mal terrível. Uma das piores drogas... e lícita (Entrevista 8 – H1).

Meu pai era alcoólatra. Ele bebia no período das seis até as dez da noite todo dia. Ele trabalhava, tinha uma vida social durante o dia e à noite ele era um alcoólatra. Hoje ele não bebe mais, mas ele bebia. [...] É ruim. Você quer ajudar, mas nunca... Você não

**consegue. Se não tiver um tratamento junto, a família... Pode até conseguir, mas é um tempo bem maior pra aquilo... pra não existir mais aquilo (Entrevista 11 – H2).**

**A dependência química do meu irmão veio através da bebida. Muito jovem, ele se envolveu com bebida e depois da bebida foi buscando outras drogas até chegar onde chegou. [...] Então eu acho que mistura um pouco, porque na verdade mistura sentimentos, né? Conflitos familiares, então eu acho assim... Eu tenho outro irmão que já não aceita muito porque gera conflitos dentro da família, então tem aquela pessoa que ajuda, que acha que é uma doença, e tem aquela que não, que acha: “Ele é um sem-vergonha” (Entrevista 12 – H2).**

Um fato que chama a atenção é que a metade dos sujeitos entrevistados referiu ter passado por experiência pessoal de alcoolismo na família. Supõe-se que essa experiência pessoal represente um elemento significativo na construção de representações sociais sobre o alcoolismo por esse grupo. Observa-se similaridade entre as expressões “é uma praga” e “é um mal terrível” (entrevista 2 e entrevista 8), com a constatação de Joffe (1995) a respeito de representações sociais da AIDS: “Uma vez representado sob uma feição mais familiar, o objeto social se torna menos ameaçador e tal processo nos ajuda a entender porque a AIDS foi inicialmente ancorada a representações mais familiares, como a de praga” (JOFFE, 1995, p. 298).

Nesse momento vale observar que, das 11 pesquisas sobre representações do alcoolismo apresentadas na sessão 2.4, três indicavam a categoria “família” associada às representações sobre o alcoolismo. Nos estudos de Santos e Veloso (2008) e de Silva e Padilha (2012b), em consonância com os resultados do presente estudo, a família é representada como possível causadora do alcoolismo. No estudo de Pereira e Pires (2006) a categoria “família” foi indicada juntamente com outras 12 categorias, como elemento associado ao alcoolismo e à toxodependência. De maneira similar, na presente pesquisa esse tema assume lugar de destaque na análise das representações sobre o alcoolismo.

O item seguinte identifica e analisa as representações das enfermeiras sobre o alcoolismo em Campos do Jordão.

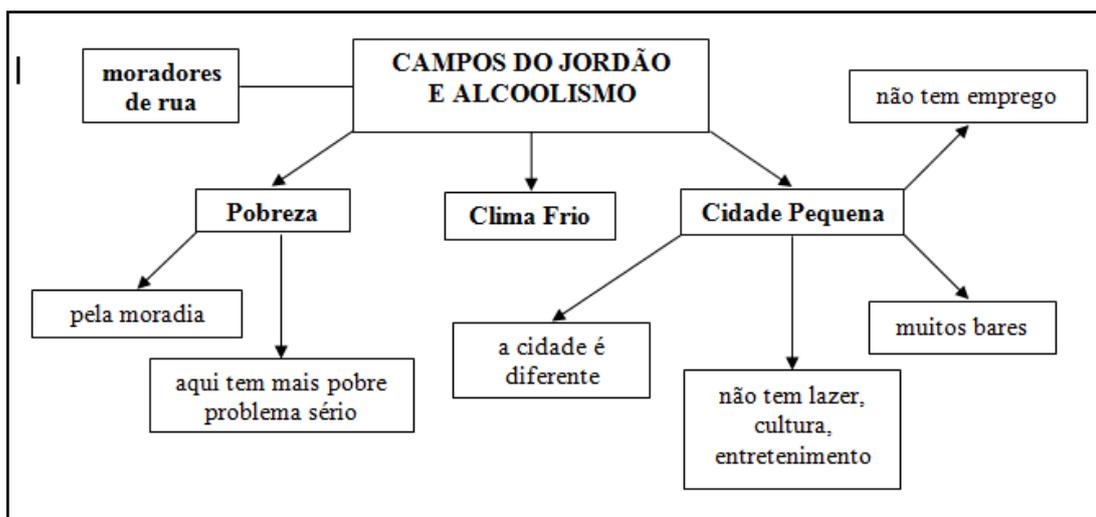
#### **4.4.3. CLASSE 3: O ALCOOLISMO EM CAMPOS DO JORDÃO**

Nessa classe, que representa 14,5% do discurso analisado, encontram-se reunidos os elementos que relacionam o alcoolismo ao município de Campos do Jordão. Nela aparecem

com maior frequência as palavras: **cidade; pobre/pobreza; Campos; aqui; baixo/a; clima/frio; homens; quantidade.**

Conforme esquematizado no Quadro 15, as representações das enfermeiras a respeito do município são: tem muito morador de rua; muita gente pobre; é uma cidade pequena, onde não tem emprego nem opção de lazer; o clima frio favorece o surgimento do alcoolismo.

**Quadro 15:** O alcoolismo em Campos do Jordão



**Fonte:** Análise de conteúdo das entrevistas

De acordo com os excertos abaixo, observa-se que os sujeitos representam a cidade como um lugar onde existe muito alcoolista e muita pobreza. Algumas enfermeiras comparam Campos do Jordão a outros municípios, concluindo que em Campos do Jordão existe mais gente pobre, e que esse pode ser um elemento desencadeador do alcoolismo. De acordo com o Quadro 6 (p. 65), que apresenta os indicadores sociais de Campos do Jordão, Taubaté e Pindamonhangaba, pode-se considerar que essa representação encontra correspondência com a realidade. A incidência da pobreza e desigualdade social em Campos do Jordão é de 23,16%, enquanto a de Taubaté é de 14,69% e a de Pindamonhangaba é de 21,03% (IBGE, 2012). O IDH de Campos do Jordão (0,820) é inferior ao de Taubaté (0,837), porém superior ao de Pindamonhangaba (0,815) (IBGE, 2012). Essas duas cidades foram citadas em mais de uma entrevista, por isso compuseram o quadro comparativo apresentado na seção 2.6 deste trabalho. Contudo, o IDH de Campos do Jordão é superior ao IDH brasileiro (0,699), fator que remete à hipótese de que essa representação pode ser advinda de uma percepção da pobreza apenas em âmbito regional (região metropolitana do vale do Paraíba e sul de Minas Gerais).

O clima frio também aparece como uma característica do município que, de acordo com os depoimentos, pode ser elemento que provoca o alcoolismo. Outra característica

atribuída ao município e representada como elemento que pode provocar o alcoolismo é o fato de a cidade ser pequena e não oferecer opção de lazer, trabalho e ascensão social.

**Muito difícil ver morador de rua igual aqui tem. É difícil. Lá você não vê morador de rua. É muito diferente. Aqui também tem muito mais pobre do que lá. Agora, Taubaté já não tive tanto contato. Mas é bem diferente São Bento (do Sapucaí) de Campos (do Jordão). Aqui tem muito alcoólatra. Muita gente (Entrevista7 – H1).**

**Muito etilista. Muita gente. Eu vejo muita gente com problema psiquiátrico aqui também. Quando eu mudei, eu fiquei espantada. Eu acho que eu já acostumei agora. O número de gente com problema físico, problema físico mesmo, dificuldade pra andar, não sei... Eu achei que é uma cidade diferente. [...] Porque eu vejo que é muita gente pobre aqui. Você vê a condição baixa de vida. Você vê pelas casas. Eu não sei, eu julgo pelas casas (Entrevista 1 – H1).**

**De olhar na rua, comparando com Taubaté, aqui tem mais (alcoolista). Tem muito. Não sei se é porque a cidade é pequena e não tem mais o que fazer... ou se é a pobreza mesmo... Eu acho que aqui é até meio chocante a quantidade de alcoolista que tem... Lá em Taubaté a gente vê um ou outro, mas não é assim... não tem tanto... Pode ser o frio, que eles bebem pra se esquentar... mas aqui tem muito (Entrevista 6 – H2).**

**Campos do Jordão eu acho que é uma cidade que, de morar em outra cidade pra estudar, a gente vê que Campos do Jordão é uma cidade que não oferece muita oportunidade para os jovens de entretenimento, de lazer, de cultura. [...] a falta de emprego, de oportunidade de emprego, de salário, aqui tudo ainda é muito fraco pra pessoa se sentir estimulada a ter uma vida melhor sem estar bebendo (Entrevista 2 – A1).**

**Aqui tem muito alcoolista. A gente vê na rua. Meus parentes quando vêm pra cá ficam impressionados. A gente vai até acostumando, mas sempre que vem alguém de fora, eles falam. E tem muito bar também. Toda esquina tem um bar (Entrevista 3 – H1).**

**Mas aqui em Campos é muito grande a quantidade (de alcoolistas). Não só de homens, mulheres também. [...] quase em frente pra minha casa tem um boteco. Eu passo ali seis e meia da manhã, o boteco já tá cheio. Molecada jovem, deve ter uns**

**quinze, dezesseis... Homens mais velhos que antes de ir para o serviço passa ali pra tomar uma pinguinha (Entrevista 5 – H1).**

**Tem muito (alcoologista). Tem os que vivem na rua, são mendigos, vivem sozinhos ou com outros moradores de rua... e tem também os que têm família, trabalham e passam no bar todo dia depois do trabalho e ficam lá, bebendo até não sei que hora da noite (Entrevista 13 – A3).**

Observa-se nos trechos acima que existem muitos pontos em comum nos discursos dos sujeitos. Aqui emergem com clareza as representações sociais das enfermeiras sobre o alcoolismo em Campos do Jordão: **tem muito alcoologista/alcoólatra/etilista; muita gente pobre (morador de rua); muito bar; falta oportunidade de lazer/trabalho; o clima é frio; é uma cidade diferente** (no decorrer dos discursos, observa-se que esse “diferente” apresenta uma conotação negativa). Seriam essas as crenças do grupo sobre o alcoolismo no município.

Uma das enfermeiras relata que julga pelas casas pobres a condição baixa de vida dos habitantes do município. Esse fator parece estar relacionado à área de circulação dessa enfermeira, pois Campos do Jordão, por ser cidade turística, também possui bairros com residências que indicam padrão de vida mais alto, mas essas casas, conforme indica a enfermeira, não pertencem aos moradores da cidade. Pode-se levantar a hipótese também de que, nos municípios citados nas entrevistas (Taubaté, Pindamonhangaba, São Bento do Sapucaí, Itajubá) as enfermeiras circulem nos bairros que não apresentam pobreza aparente.

Retomando o princípio da representação, que é “trazer para o familiar aquilo que não é familiar”, ressalta-se que, nos excertos acima, três enfermeiras mencionam o “espanto” de chegar a Campos do Jordão e ver que ali existem muitos alcoologistas:

- **Quando eu mudei, eu fiquei espantada. Eu acho que eu já acostumei agora.**
- **Eu acho que aqui é até meio chocante a quantidade de alcoologista que tem...**
- **Meus parentes quando vêm pra cá ficam impressionados. A gente vai até acostumando...**

Após esse espanto inicial, duas delas afirmam que já se acostumaram. Seria exatamente esta a função da ancoragem e da objetivação: superar a sensação de estranheza (espanto) que o não familiar produz. Para o grupo entrevistado, atender a pacientes alcoologistas se tornou algo familiar.

Os enfermeiros que atuam em Campos do Jordão, de certa forma, já se acostumaram ao trabalho com alcoolistas. Sua identidade profissional traz a marca do hábito no atendimento a esses pacientes. Esse hábito pode produzir indiferença em relação ao problema do alcoolismo, e a indiferença, por sua vez, pode produzir representações relacionadas à desistência de tentar mudar algo que já está *determinado*, conforme se observa nos trechos abaixo:

**Falar assim a gente fala mesmo: “Ah! Aquele ali de novo? Do mesmo jeito?” Sabe? É... você assim, já tá acostumada, sempre chega do mesmo jeito. As pessoas da enfermagem já vão assim: “Nossa! De novo aquele lá?” Sabe? A gente já não vai com aquela delicadeza que a gente teria que ter com todos os pacientes, porque o paciente tá sempre lá, com os mesmos problemas. [...] Mas, assim, a gente tenta entender o lado da pessoa, geralmente a gente fica um pouco mais distante, eu acho, fica mais distante (Entrevista 1 – H1).**

**Os alcoolistas de rua aparecem todo dia, a gente vai se acostumando. Acho que nem é bom isso, mas a gente vai se acostumando, vai perdendo a sensibilidade. É difícil (Entrevista 3 – H1).**

**A gente costuma ser um pouco, como profissional já de alguns anos, a gente fica um pouco frio pra situação já. Quando chega (o alcoolista), a gente sabe que tem que tratar, que vai dar trabalho, que vai ter que usar da força, que vai ter que fazer alguma medicação e quase sempre ele vai reagir (Entrevista 9 – H1).**

Bauman (1998), discorrendo sobre a indiferença do povo alemão em relação ao Holocausto, cita Norman Cohn: “A própria indiferença generalizada, a facilidade com que as pessoas se desvinculavam dos judeus e de sua sorte, era certamente em parte resultado de um vago sentimento de que... os judeus eram um tanto estranhos e perigosos” (COHN, *apud* BAUMAN, 1998, p. 52). Não se pretende aqui comparar as consequências da indiferença do povo alemão em relação aos judeus com a indiferença das enfermeiras frente ao paciente alcoolista, porém, a origem dessa indiferença encontra semelhança nos dois casos: a sensação de *estranheza* e de *risco* ao contato com o outro diferente.

Nos trechos abaixo, as representações ligadas à desistência de tentar ajudar o alcoolista advém do cansaço e da frustração. Trata-se de um grupo profissional que está

cansado, muitas vezes já havendo esgotado seus recursos pessoais na tentativa de ajudar o paciente, e acaba construindo representações permeadas pelo sentimento de impotência.

**É frustrante porque você não consegue ajudar, não tem pra onde encaminhar... [...] a gente sabe que precisa de ajuda, mas você não tem o que fazer pra ajudar... Então é bem frustrante, você tem uma sensação de impotência muito grande (Entrevista 2 – A1).**

**Então, assim, ele vem, toma soro, normalmente a enfermagem... Já tão de saco cheio com eles, porque normalmente eles vêm... eles fazem um show, eles fazem um escândalo. Eles sabem que eles fazem. Tem uns que já chegam fazendo gracinha. Eles sabem o transtorno que causam e aí toma a medicação, na hora que consegue ficar de pé vai embora (Entrevista 5 – H1).**

**É complicado porque você fica até receoso mesmo, porque a maioria fica violento mesmo, a gente fica receoso e, assim, a gente fica meio de saco cheio mesmo. A pessoa tá lá, sempre do mesmo jeito. Embora a gente saiba que é uma doença, a gente fica: “Poxa vida! Por que essa pessoa não se trata, né? Como as outras doenças”. [...] Dá mais trabalho. Dá mais trabalho. Eles se agitam do nada. Tira soro. Se estão com sonda eles puxam a sonda. Dá muito trabalho (Entrevista 1 – H1).**

**No começo é mais difícil por causa da abstinência que gera vários sintomas. Ficam agressivos, ficam nervosos... É engraçado que eles acham que nós somos os culpados deles estarem aqui. Muitos não, mas muitos são super agressivos na época da abstinência e infelizmente são poucos os que têm a perspectiva de sair daqui e viver uma vida diferente, infelizmente é um número muito pequeno (Entrevista 12 – H2).**

A partir desses excertos, observa-se que os sujeitos partilham de uma identidade profissional marcada pelo trabalho exaustivo no cuidado ao paciente alcoolista. Supõe-se que essa marca em sua identidade faz desses enfermeiros um grupo constitutivo de representações sociais sobre o alcoolismo. Representações que podem ser diferentes daquelas criadas por profissionais que não atuam diretamente no atendimento a usuários de álcool ou que não lidam com tal volume de trabalho e com alcoolistas reincidentes, conforme os sujeitos da pesquisa relataram.

Uma vez que as enfermeiras entrevistadas consideram Campos do Jordão como uma cidade que apresenta grande incidência do alcoolismo, torna-se relevante analisar também os discursos do grupo sobre os serviços de atenção ao usuário de álcool no município.

De acordo com a análise de conteúdo das entrevistas, foi possível observar que as enfermeiras consideram que no município não existem serviços para onde encaminhar os pacientes alcoolistas ou, se existem, esses serviços são insuficientes. Algumas enfermeiras salientaram que em Campos do Jordão deveria haver mais serviços públicos de atenção ao usuário de álcool, referindo que o modelo de atenção CAPS ad oferece bom atendimento, porém esse serviço não existe no município. Vale ressaltar que a inexistência desse serviço não representa uma falha da Secretaria Municipal de Saúde, pois de acordo com o Ministério da Saúde, os CAPS ad devem ser implantados em municípios com população superior a 70 mil habitantes, o que não é o caso de Campos do Jordão.

As enfermeiras trouxeram ainda as seguintes representações sobre os serviços de saúde no município: só tem atendimento para as consequências do alcoolismo; não existe divulgação dos serviços; os serviços existentes apresentam muita burocracia, de maneira que o alcoolista fica desestimulado pela demora em receber atendimento; os alcoolistas não gostam de ser atendidos no CAPS I; no município existem apenas os serviços das entidades filantrópicas (Pastoral da Sobriedade e Casa de Recuperação Nova Vida).

Seguem alguns exemplos:

**Eu acho que nem tem atendimento pra esse grupo. O que tem é o emergencial mesmo, aqui no Pronto Socorro... O CAPS eu acho que não dá conta, porque aqui não tem o CAPS ad. Em Taubaté eu sei que tem. Aqui não tem pra onde encaminhar (Entrevista 3 – H1).**

**Que eu tenha conhecimento, aqui em Campos nem tem pra onde encaminhar... Então aqui eles ficam e vão embora. Pra onde, eu não sei... É só o emergencial e pronto. Depois eu não sei pra onde eles vão. Normalmente eles voltam... depois de alguns dias eles voltam. [...] Então eu acho que o sistema público realmente não tem aqui em Campos. Sobre dar um apoio, uma internação, nem que fosse um acompanhamento, pra onde esses pacientes vão, onde vivem, qual é a vida deles... Eu acredito que em Campos, que eu tenha conhecimento, não tem nenhum (Entrevista 5 – H1).**

**Eu acho que é muito bom (o CAPS ad de Taubaté), que tem uma estrutura muito boa, uma equipe muito boa. Eu acho que toda cidade devia ter um assim. Aqui em**

**Campos devia ter. Eu acho que no CAPS ad dá realmente o apoio que o dependente precisa (Entrevista 6 – H2).**

**Aqui em Campos, até onde eu sei, só tem o CAPS, então eu acho que deixa um pouco a desejar. Porque um paciente alcoólatra, muitas vezes não quer procurar um CAPS porque ele não tem problema psiquiátrico. Daí ele pensa: “Nossa, vão me ver entrando no CAPS, vão achar que eu sou louco”. Tem esse preconceito de procurar o serviço. Tinha que ser uma coisa mais específica, uma divulgação melhor (Entrevista 12 – H2).**

**É péssimo. Assim... agora na cidade tá tendo um movimento pra tratar o alcoolismo, com psicólogo lá no CAPS, mas nesses 10 anos que eu sou enfermeira, não tem um acompanhamento, um tratamento pro alcoolismo, só tem o tratamento pra consequência depois, mas pra o alcoolismo não tem, então eu acho que é muito ruim. Muito ruim (Entrevista 2 – A1).**

**Aqui? O que eu conheço melhor aqui nem é da rede pública. É a Pastoral da Sobriedade, que eles fazem reuniões, interna quando a pessoa aceita a internação. [...] Mas eu acho que deveria ter um serviço melhor aqui, porque população pra ser atendida é o que não falta (Entrevista 13 – A3).**

De acordo com os excertos acima, observa-se que existe uma homogeneidade nas representações dos sujeitos. Tanto as enfermeiras que trabalham no H1e no H2, quanto as que atuam nas unidades ambulatoriais, representam os serviços de atenção ao alcoolismo como deficientes ou inexistentes no município. Alguns sujeitos consideram que deveria haver um projeto de atendimento específico para esse grupo, inclusive mencionando que o CAPS ad seria o serviço mais apropriado.

Independentemente da discussão de qual projeto seria mais apropriado para ser implantado em Campos do Jordão, cabe aqui ressaltar que o grupo pesquisado – embora atue em unidades de saúde diversas, recebendo um fluxo de pacientes alcoolistas que, em algumas unidades é maior, em outras, menor – de maneira geral, manifesta o anseio de que o sistema público que ofereça *algum* serviço de atenção aos usuários de álcool. A conclusão a que chegam alguns sujeitos – “Aqui não tem pra onde encaminhar” – denuncia a fragilidade do serviço. A essa fragilidade, pode-se acrescentar a sensação de frustração, e até mesmo desproteção, desses profissionais, que precisam atender aos pacientes alcoolistas (segundo relataram: agressivos, violentos, irritados, agitados), precisam administrar a medicação

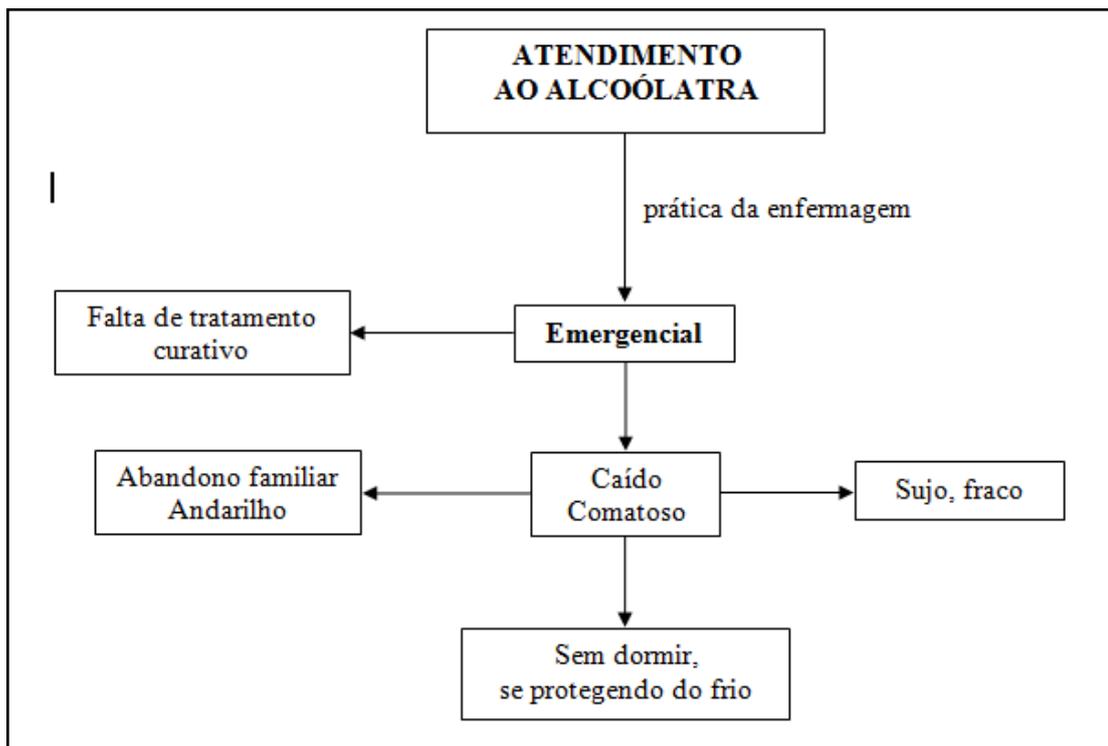
prescrita, muitas vezes à revelia do paciente, e acreditam que esse paciente irá retornar ainda muitas vezes, no mesmo estado, porque não existe um serviço público no município para onde eles poderiam ser encaminhados para tratamento. É necessário considerar que, mesmo que esse serviço existisse, muitos alcoolistas rejeitariam o tratamento, porém esse argumento não justifica a ausência do serviço.

Deve-se considerar também que a estrutura física e material das unidades, as condições de trabalho, a composição das equipes de enfermagem (com poucos funcionários, conforme foi relatado por algumas enfermeiras), a baixa remuneração, são elementos que comprometem a segurança e o bem estar do profissional de enfermagem. Quando representa o alcoolista como agressivo/violento, a enfermeira está considerando o alcoolista como culpado por uma situação de risco ou, no mínimo, de desconforto no ambiente de trabalho, deixando de observar que é a própria estrutura do ambiente (BRONFENBRENNER, 1996) que está criando a situação de risco. Isso pode levar à conclusão que as enfermeiras entrevistadas apresentaram uma visão mais técnica e menos crítica de abordagem do problema. Uma visão mais crítica procuraria trazer a discussão do alcoolismo para o âmbito do sistema público de saúde, e não para o âmbito pessoal do usuário de álcool.

Embora as enfermeiras afirmem que Campos do Jordão é um município que oferece poucas oportunidades tratamento para o usuário de álcool, a unidade de atendimento emergencial pesquisada mantém equipes de enfermagem experientes no atendimento ao paciente alcoolista, conforme se observa a seguir.

#### **4.4.4. CLASSE 4: ATENDIMENTO EMERGENCIAL AO PACIENTE ALCOOLISTA**

Essa classe reúne os elementos que abordam a rotina do atendimento ao alcoolista em uma unidade de atendimento emergencial, o H1. As palavras que aparecem com maior frequência são: **alcoolizado, pressão, noite, caído, acidente, plantão, ambulância**. Todas elas remetem o tema do alcoolismo para o âmbito do atendimento de urgência/emergência. O fato de o *software* ALCESTE haver criado uma classe exclusiva para esse tipo de discurso (contendo 16,38% do conteúdo analisado) indica que, para as enfermeiras do H1, o alcoolismo ainda é um problema a ser tratado nos serviços de emergência, fator confirmado pela fala de uma das enfermeiras, que diz: [...] **não tem um acompanhamento, um tratamento para alcoolismo, só tem o tratamento para consequência depois, mas para o alcoolismo não tem (Entrevista 2 – A1)**.

**Quadro 16:** O atendimento emergencial ao paciente alcoolista

**Fonte:** Análise de conteúdo das entrevistas

De acordo com o Quadro 16, observa-se que o alcoolismo é abordado pelas enfermeiras como uma doença que encontra poucos recursos de tratamento, sendo o atendimento emergencial a principal forma de atenção ao paciente alcoolista. Vale ressaltar que essa classe reuniu os discursos de apenas um dos grupos pesquisados: as enfermeiras que trabalham no H1. Sendo assim, parece natural que as representações sociais identificadas nessa classe sejam representações que surgem da prática profissional, ou seja, do trabalho diário das enfermeiras no atendimento emergencial ao paciente que fez/faz uso abusivo de álcool (JOVCHELOVITCH, 2003).

**São esses que nós recebemos aqui. Aqui no ... (H1) para nós praticamente todas as noites sempre chega, às vezes em estado comatoso. O paciente não tá nem responsivo. O motorista da ambulância chega: “Ah, trouxe um caído”, porque normalmente ele foi encontrado caído na rua (Entrevista 5 – H1).**

**Eu acho que precisava ter mais o encaminhamento mesmo, porque o emergencial não é tudo. Como eu te falei, pelo menos um por dia. De noite dobra e no final de semana, feriado, triplica. Em decorrência do uso do álcool tem o coma alcoólico,**

convulsão, tem as quedas, com fratura, TCE (Traumatismo crânio-encefálico), acidente (Entrevista 3 – H1).

Seria mesmo a restrição, limpeza, porque eles chegam sempre enlameados, geralmente com cortes. Depois que foi feito o curativo, muitas vezes tem sutura. A próxima coisa, sempre o encaminhamento pro raio-X, porque tem risco de fratura, bate a cabeça, tem aquele problema de ter um TCE (Entrevista 1 – H1).

[...] eles vêm para minha sala, geralmente eles estão com fraqueza, eles estão sem se alimentar... ficaram às vezes uma semana bebendo, sem comer direito, vem fraco, vem com temperatura do corpo baixa, bêbados, muito sujos, a higiene deles é péssima [...] Mas a maioria chega bem baquiadinho mesmo, bem prostrado. Ou não quer conversar ou já está tão bêbado que não consegue nem falar (Entrevista 7 – H1).

Mas aqui (no H1) toda vez que eu faço plantão tem (atendimento a pacientes que consumiram álcool). Se for fim de semana, é o que a gente vê, final de semana. Temporada é adolescente em uma quantidade absurda. Que nem nesse último feriado, eu acho que foi uns seis, sete por noite, que veio de adolescente. Agora, durante a semana é mais à noite mesmo porque tem aqueles que já veem o Pronto Socorro como fuga, que ele tá sem se alimentar, não tem onde dormir, aí vem pra cá (Entrevista 9 – H1).

Observa-se nesses excertos que, ao relatar a rotina do atendimento emergencial a pessoas que consomem/consumiram álcool, as enfermeiras apresentam diversas crenças sobre o alcoolismo. Pode-se dizer que seriam esses os conhecimentos que se mostram nas práticas profissionais da enfermagem no H1:

- O paciente chega sujo, prostrado, fraco, “caído” – alguns desses chegam nesse estado porque só bebem e não se alimentam, não têm onde dormir, não têm como se proteger do frio. Observando esses elementos em sua prática de trabalho, as enfermeiras representam o alcoolista como *morador de rua, mendigo, andarilho*. Essa representação pode estar mais associada à prática profissional em uma equipe de emergência. Profissionais que atendem a usuários de álcool em outras unidades, por exemplo, no sistema de atendimento ambulatorial, talvez não representem o alcoolista dessa forma. **Mas a maioria daqui, o que eu noto mais é o abandono familiar**

**mesmo, o abandono total da família, andarilho mesmo (Entrevista 9 – H1).** Essa constatação, inclusive, remete a reflexão sobre o alcoolismo para o conceito de *doença progressiva* (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 1999). Quando a pessoa começa a consumir álcool, geralmente ela não se considera um alcoolista, pois ainda não chegou nesse estágio de perder tudo devido ao consumo do álcool. Porém, as enfermeiras que trabalham no H1 observam o fluxo de atendimentos a esses pacientes que já perderam o vínculo familiar, a capacidade de trabalho, o cuidado e a higiene pessoal e, muitas vezes, nem têm um lugar para morar. Nesse caso, seria a prática profissional que levaria à elaboração de representações sociais sobre a pessoa alcoolista (JOVCHELOVITCH, 2003).

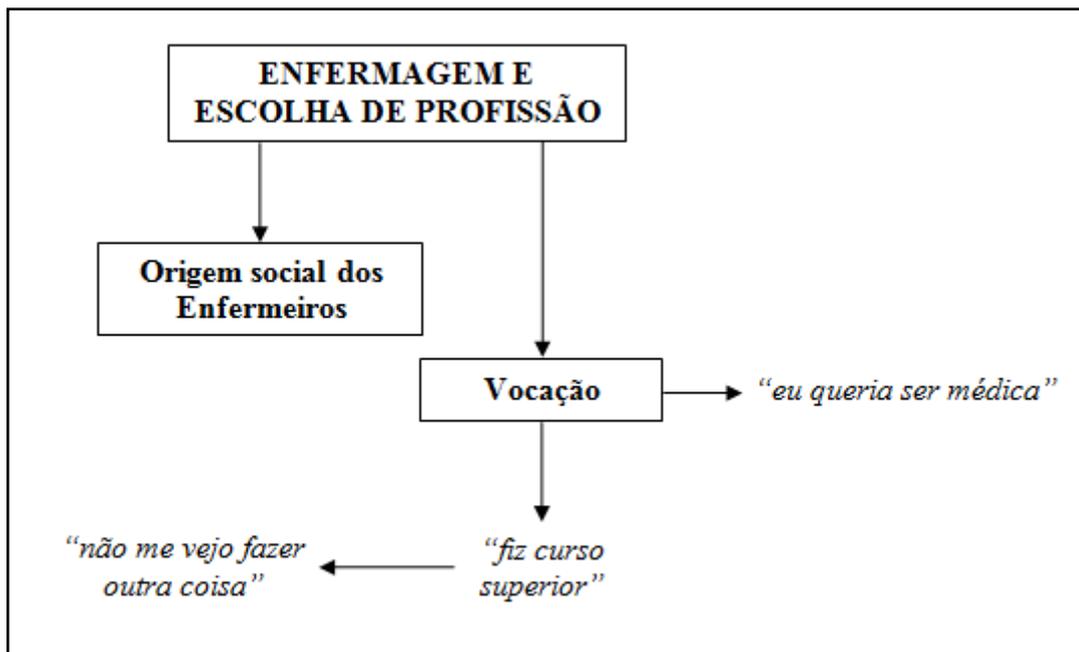
- O paciente apresenta outras doenças e quadros clínicos associados ao consumo de álcool. Os discursos dos sujeitos revelam as seguintes crenças: o uso do álcool provoca uma deterioração no estado geral da pessoa; o uso do álcool coloca a saúde em risco; o uso do álcool pode levar o paciente a óbito. Essas crenças trazem a perspectiva do risco para a construção das representações sociais do alcoolismo. Logo, percebe-se que os sujeitos que trabalham no H1, representam o alcoolista como uma pessoa que coloca sua vida em risco devido ao uso do álcool.
- O fluxo de atendimentos é maior à noite, nos feriados e finais de semana. Essa constatação dos profissionais que atuam no H1 revela as seguintes crenças: o álcool é consumido em maior quantidade nos momentos de lazer e diversão; após consumir álcool, as pessoas acreditam que vão se divertir mais; o uso do álcool é estimulado nas atividades de lazer; o uso do álcool é estimulado pelos grupos sociais (SILVA; PADILHA, 2012b). Essas crenças podem sustentar representações sobre o usuário de álcool como uma pessoa que deseja se divertir sem avaliar as consequências do consumo do álcool.
- Existem muitos pacientes jovens atendidos no H1 após o consumo excessivo do álcool. As crenças advindas desse fato seriam: em Campos do Jordão existe uma iniciação precoce no uso do álcool; os jovens são mais vulneráveis aos elementos que estimulam o consumo do álcool; os jovens bebem porque desejam se divertir; os jovens seguem o exemplo de outros familiares que bebem.

Embora o trabalho da enfermagem no atendimento ao paciente alcoolista seja considerado cansativo e desgastante, as enfermeiras entrevistadas representam a enfermagem como uma profissão gratificante, pois a maioria delas relatou sentir realização pessoal e profissional no exercício diário do trabalho, conforme o tema a seguir.

#### 4.4.5. CLASSE 5: ENFERMAGEM E FORMAÇÃO

Essa classe representa 11,30% do discurso. Nela aparecem as palavras que remetem o discurso para o tema da formação em enfermagem. Repetem-se palavras como **gostar/gosto/gostei; curso; enfermagem; faculdade; auxiliar; técnico.**

**Quadro 17:** Enfermagem e formação



**Fonte:** Análise de conteúdo das entrevistas

Conforme se observa no Quadro 17, o discurso aborda a escolha da profissão, incluindo temas que envolvem a origem social das enfermeiras, a crença na enfermagem como vocação, a escolha da enfermagem como segunda opção de formação profissional. Considera-se que esse tema é relevante para a análise geral do tema alcoolismo, pois as representações das enfermeiras sobre sua *vocação* podem exercer influência sobre as representações de seu trabalho junto aos pacientes alcoolistas e sobre o próprio alcoolismo.

Nota-se nos excertos abaixo que a área da enfermagem não foi a opção inicial de muitos desses sujeitos. Em contrapartida, o gosto pela profissão é mencionado por quase todas as enfermeiras entrevistadas, num discurso que indica que, com o ingresso na vida acadêmica e com a prática profissional, esses sujeitos passaram a gostar da profissão. Alguns deles, porém, relatam que sentiam essa vocação desde muito jovens. Também se observa nessa classe, a formação ascendente na área de enfermagem: alguns sujeitos fizeram o curso técnico ou de auxiliar e depois fizeram a graduação.

**Eu gosto de ser enfermeira. Batalhei muito para chegar até aqui, mas sempre trabalhei em hospitais, nessa área de saúde, porque eu fiz o técnico em radiologia. Trabalhei como radiologista 11 anos, e sempre interessada nessa área, em saber mais. Aí surgiu a oportunidade de fazer o curso superior. Eu estava casada e o meu marido ajudava (Entrevista 6 – H2).**

**Logo que eu terminei o ensino médio eu fiz o curso de auxiliar, porque eu queria trabalhar e sabia que com esse curso eu ia ter trabalho. Eu nem pensava em fazer o curso superior e foi muito puxado mesmo. Mas acho que compensou. Hoje eu me sinto realizada como enfermeira, não consigo me enxergar fazendo outra coisa (Entrevista 3 – H1).**

**Não venho de família rica... Eu fiz o curso de auxiliar para que eu pudesse trabalhar e pagar minha faculdade. Então foi muito difícil. Eu estudava de dia e trabalhava de noite e com o meu dinheiro eu pagava a faculdade. Meus pais me ajudavam com condução, livros, Xerox, os demais gastos. Então profissionalmente eu me sinto realizada, eu acho que é isso mesmo, eu gosto do que faço. Apesar de às vezes você se sentir assim: “Meu Deus, por que eu fiz isso? Por que eu não fui fazer outra coisa?” (risos) Mas eu acho que são momentos que a gente passa na profissão, assim como a gente tem na vida pessoal (Entrevista 5 – H1).**

Nesses três excertos, observa-se que as enfermeiras enfatizam que a graduação foi um período difícil, porque elas precisavam trabalhar para pagar o curso. Algumas trabalhavam à noite toda e seguiam para a faculdade de manhã. Por meio desses depoimentos é possível relacionar a enfermagem como uma profissão que exige sacrifícios, desde o período de formação. Fazendo uma ponte entre a qualidade sacrificial da enfermagem e o atendimento ao paciente alcoolista, é possível supor que esses profissionais, embora tenham muito trabalho, achem difícil e até arriscado trabalhar com o paciente alcoolista, consideram essas dificuldades inerentes à sua profissão, pois representam a enfermagem como uma profissão que exige sacrifícios.

**Assim... falar que foi um sonho desde pequenininha, não é... mas eu fui me interessando aos poucos, né? No decorrer da faculdade fui me identificando com essa**

**área, assim... bastante. Hoje eu não me arrependo nem um pouquinho de ter feito. Gosto bastante do que eu faço, apesar de achar um pouco estressante (Entrevista 1 – H1).**

**Comecei pensando em parar. Comecei pensando em transferir, mudar de curso, mas aí eu gostei e fiquei. Fui professora por seis meses e trabalhei como recepcionista, mas eu queria medicina, fui estudar e acabei na enfermagem (Entrevista 2 – A1).**

**Eu não tinha... quando eu concluí o segundo grau, eu não tinha já essa ideia fixa de fazer enfermagem. Tanto é que na minha família eu que comecei pro lado da saúde. Me identifiquei né? Fui convidada por uma amiga, onde eu fiz o curso técnico, mas na época eu não tinha dezoito anos ainda, foi onde eu fiz o curso de auxiliar, me identifiquei e gostei muito (Entrevista 4 – A2).**

Nesses três relatos observa-se que, embora a graduação em enfermagem não tenha sido uma opção inicial, os sujeitos foram se interessando pelo estudo e pelo trabalho, e passaram a gostar da área, inclusive enfatizando o sentimento de realização profissional. Vale observar que essa realização prevalece, a despeito de a profissão ser vista como estressante, apesar dos momentos de dúvida e, talvez, do desejo de desistência que pode surgir eventualmente.

Como se apresenta a seguir, alguns sujeitos afirmam a vocação para a enfermagem desde muito cedo.

**Eu sempre achei bonito poder ajudar as pessoas, estar auxiliando as pessoas, por isso eu acabei escolhendo a enfermagem (Entrevista 10 – H2).**

**A minha vontade de ser enfermeira nasceu quando eu tinha catorze anos de idade. Então já faz um tempinho... Eu adiei um pouco esse sonho porque no começo os meus pais não tinham condições de estar pagando nem um técnico ou auxiliar pra mim. E aí eu fui trabalhar no comércio pra poder ajudar em casa. [...] Gosto de atender as pessoas, gosto de ouvir, eu gosto de estar ajudando no que for preciso (Entrevista 8 – H1).**

**E eu escolhi essa profissão porque minha família... Na minha família na verdade tem bastante enfermeiros, então eu acho que por ver... a gente acaba acompanhando. Aí**

**fiz o técnico, gostei, fiz a faculdade e comecei como enfermeira. E gosto (Entrevista 11 – H2).**

Os sujeitos revelam nesses trechos que, para eles, a enfermagem está associada à ideia de *cuidar, auxiliar, ajudar*. E que esse desejo de cuidar surgiu desde a juventude, seja por uma escolha pessoal, seja pela influência da família.

Borges *et al.* (2003), em estudo sobre as representações sociais do trabalho da enfermagem, consideram que essas ideias de cuidar/auxiliar/ajudar fazem parte do imaginário social a respeito da profissão: “Na verdade, as enfermeiras apenas refletem o imaginário social sobre o que é ser enfermeira e fazer enfermagem. A ausência de nitidez sobre essa prática laboral é, portanto, mais ampla do que se poderia supor inicialmente” (BORGES *et al.*, 2003, p. 120). As autoras acreditam que a sociedade representa a enfermagem dessa forma, e que boa parte dos profissionais de enfermagem mantém essas representações no decorrer de seu exercício profissional. Esse fato pode ter algumas implicações sobre a maneira como esse grupo elabora representações sociais sobre o alcoolismo. Se o trabalho da enfermagem está estreitamente relacionado a cuidar e auxiliar, o alcoolista é representado como o depositário desse cuidado. Daí se depreende que a enfermagem está habituada a atender ao paciente alcoolista, pois a sua função é cuidar, e sua profissão exige sacrifícios. Nesse caso, pode-se considerar que a representação social sobre a profissão enfermagem estaria direcionando a atuação profissional do grupo no atendimento ao paciente alcoolista.

#### **4.4.6. CLASSE 6: O TRABALHO EM EQUIPE NA ATENÇÃO AO PACIENTE ALCOOLISTA**

A essa classe, que compõe 20,90% do discurso analisado, pertencem os conceitos relacionados às equipes de atenção aos pacientes alcoolistas. Nela aparecem com maior frequência as palavras: **apoio, funcionário, atender/ atendimento, tratar/tratamento, falta, CAPS, equipe, médico/medicina, doença.**

Observa-se nos discursos a preocupação das enfermeiras com o bom funcionamento das equipes na atenção aos pacientes alcoolistas. Porém, como fatores que, de alguma forma, impossibilitam esse *bom atendimento*, aparecem dificuldades relacionadas aos quadros de funcionários que muitas vezes se encontram incompletos ou pouco especializados, podendo ocasionar sobrecarga de trabalho, insegurança, lentidão, cansaço, e mesmo erros na realização dos atendimentos. No último excerto abaixo (Enfermeira 6 – H2) a enfermeira elogia o serviço realizado no CAPS ad, porém ela está se referindo a serviço implantado em outra

cidade (Taubaté), e completa: “Aqui em Campos devia ter”. Observa-se que até no elogio o que se aponta é uma falta no serviço de atenção a usuários de álcool em Campos do Jordão. As representações das enfermeiras sobre as equipes de atenção ao alcoolismo são perpassadas pelo sentido da *falta*: principalmente a falta de funcionários e de equipes de apoio especializadas (essas queixas são mais referidas pelas enfermeiras que atuam no H1).

**Eles têm dois empregos. Isso sobrecarrega aqui. Eles ficam a noite sem dormir, ficam mais estressados, cansados, acarretando então, que pode gerar erros, falta de atenção, mau humor (Entrevista 1 – H1).**

**Então, assim, não tem estrutura pra atender esses pacientes (no H1). E lá em cima (no H2) até tem, tem a parte de psicologia tem o terapeuta, tem psiquiatra, tem o médico que acompanha (Entrevista 5 – H1).**

**Só que falta muito material. Não só aqui no meu setor, aqui eu trago os meus. Mas lá dentro falta medicação, falta mais conscientização por parte da empresa. O ambiente físico está razoável. [...] Então eu acho que falta muito ainda aqui isso, investir no treinamento, pra ter um mínimo de respeito, que falta (Entrevista 8 – H1).**

**Às vezes o que falta é esclarecimento mesmo médico: que drogas têm que ser administradas se ela (a pessoa alcoolista) tiver um surto... Tem médicos que entendem, alguns não entendem, então a gente fica na dependência do *Diazepan*. Para algumas pessoas ele não faz o efeito, ele faz o efeito contrário, agita mais ainda. Então, o que eu vejo hoje: eles medicam conforme um distúrbio psiquiátrico, não especificamente para o alcoolismo (Entrevista 9 – H1).**

**Então são vários exemplos do que acontece pela falta de funcionários. Precisava ter mais funcionário [...]. Se tivesse mais funcionários a gente ia atender mais rápido, melhor, e as chances de ter um erro ia ser bem menor (Entrevista 1 – H1).**

**Eu acho que é muito bom, que tem uma estrutura muito boa, uma equipe muito boa (CAPS ad de Taubaté). Eu acho que toda cidade devia ter um assim. Aqui em Campos devia ter. Eu acho que no CAPS ad dá realmente o apoio que o dependente precisa (Enfermeira 6 – H2).**

Esse sentido de *falta*, experimentado principalmente pelas equipes de enfermagem do H1, pode motivar a criação de representações sociais sobre o alcoolismo como um problema extremamente difícil de ser tratado e superado. Isso porque, além das dificuldades inerentes ao próprio quadro do alcoolismo, soma-se a falha estrutural da instituição, que não oferece meios para que as equipes de saúde possam realizar os atendimentos com segurança e efetividade e, principalmente, a dificuldade de fazer encaminhamentos para tratamento dos alcoolistas ali atendidos. Nesse ponto pode-se considerar que esse conhecimento (o alcoolismo é uma doença de difícil tratamento) advém da prática profissional da enfermagem que atua no H1.

O trabalho em equipe realizado pelo pessoal da enfermagem do H2, conforme os excertos abaixo, é considerado satisfatório para o atendimento aos pacientes.

**Bom... acho que os projetos de atendimento são muito bons. Muito completos. Por exemplo, o trabalho de terapia ocupacional é muito bacana. O problema é que muitos não querem, aí eles não participam. Tem os artesanatos, as terapias... Tem psicóloga, assistente social, TO (terapeuta ocupacional), psiquiatra, clínico. Tem tratamento medicamentoso (Entrevista 6 – H2).**

**Tem a parte da psicóloga, tem o terapeuta, tem psiquiatra, tem o médico que acompanha... Mas é o que eu te disse: muitas vezes eles não querem se tratar... A estrutura até tem, mas são eles que têm que decidir (Entrevista 12 – H2).**

Essas enfermeiras relatam que a estrutura de atendimento do H2 é boa, oferecendo à enfermagem as condições necessárias para a realização do trabalho em equipe, da melhor maneira possível. Aqui a frustração não recai sobre faltas estruturais ou falhas na equipe, mas sim sobre a pouca adesão dos pacientes aos tratamentos oferecidos. Esse fato pode desencadear representações sobre o paciente alcoolista (TB) como uma pessoa que, apesar de usufruir de toda uma infraestrutura de apoio, desperdiça as oportunidades e volta a beber após o período de internação. Seria uma representação elaborada mais especificamente pelos profissionais de enfermagem que atuam no H2.

Dentre os sujeitos entrevistados que trabalham nas unidades de atendimento ambulatorial, apenas um mencionou o trabalho em equipe:

**Só que a gente não tem específico esse programa. Direcionado para o alcoolismo, nem protocolo, nem nada, mas a gente procura... Temos assistente social, psicóloga,**

**nutricionista, o apoio do NASP (Narcóticos Anônimos de São Paulo), né? A médica clínica geral... uma equipe de funcionários nós temos sim (Entrevista 4 – A2).**

Esse depoimento revela que, de maneira geral, nas unidades de atendimento ambulatorial o trabalho é realizado em equipe, porém não existe um projeto específico de atenção ao usuário de álcool.

Inseridas nesse tema, têm-se também as representações das enfermeiras sobre as políticas públicas de atenção ao alcoolismo no Brasil.

De acordo com a análise de conteúdo, observou-se que as enfermeiras representam as políticas e os serviços públicos de atenção ao alcoolismo no Brasil como sendo precárias, falhas ou insuficientes: “Fica só no papel”. Alguns sujeitos referiram que não existe um trabalho contínuo direcionado ao alcoolista, que mantenha o apoio aos indivíduos que pararam de beber. Também cinco referiram que existem poucas instituições especializadas para o tratamento do alcoolismo, e conseqüentemente não existem serviços para onde encaminhar boa parte desses pacientes. Cinco assinalaram ainda que deveria haver mais investimento em políticas de prevenção do alcoolismo, por exemplo, com campanhas nas escolas e nas unidades da ESF. Quatro referiram que o CAPS é insuficiente para atender à população de alcoolistas, pois os CAPS especializados para o atendimento a essa população, os CAPS ad, existem apenas nos municípios com mais de 70.000 habitantes, ficando todos os outros municípios desprovidos dessa modalidade de atendimento. Também quatro enfermeiras referiram haver pouca divulgação dos projetos de atenção ao paciente alcoolista.

Três sujeitos julgaram negativo o sistema que reúne pacientes alcoolistas e pacientes psiquiátricos em um mesmo espaço de atendimento, que é a proposta do CAPS I, (existente em municípios com população entre 40.000 e 70.000 habitantes, que é o caso de Campos do Jordão). Três enfermeiras consideraram que a impossibilidade de internação do alcoolista pelo SUS também revela a insuficiência do sistema, que oferece mais oportunidades de recuperação aos usuários de drogas que aos usuários de álcool. Ainda três enfermeiras consideraram como positivas as campanhas realizadas pela mídia – “Se for dirigir, não beba”. Dois sujeitos trazem as seguintes considerações: os funcionários das equipes de enfermagem vivem sobrecarregados devido ao excesso de trabalho, aos baixos salários e à dupla jornada de trabalho, fator que dificulta o bom atendimento ao usuário de álcool (e aos demais usuários do SUS); no SUS só existe tratamento para as conseqüências do alcoolismo; o alcoolista não quer receber tratamento no CAPS I porque não quer “ser tratado como um louco”.

As representações sobre esse tema foram similares nos três grupos pesquisados, conforme os exemplos abaixo:

**Não funciona. Não funciona. Pra mim não funciona. Elas não são diretas. Elas são indiretas. [...] É muito vago. Eu acho que é muito vago. Mas vamos dar uma ajuda, uma vez por semana, pra dizer que tem ajuda... e aí? Cadê? Onde está essa ajuda? Nem eu sei onde é. A gente que trabalha na área não sabe, muito menos o alcoólatra. Então cadê a ajuda? Não existe, é vago, muito no ar... poeira, jogou no ar (Entrevista 7 – H1).**

**Eu acho que são precárias. A gente vê poucas instituições que lidam com isso. Os funcionários... é pouca gente. A formação, por exemplo, eu vejo que... eu acredito que não tenha, por exemplo, reciclagem dos funcionários que lidam com isso (Entrevista 1 – H1).**

**Na verdade eu não conheço muito, mas... eu não vejo muito recurso pra isso (tratamento do alcoolismo). Tem, mas não é muito divulgado. Se existe, não é divulgado (Entrevista 11 – H2).**

**Eu acho que não existe. Se existe é ruim. Pra mim é considerado muito ruim. Eu precisei... Nós não fomos atendidos. Você vai marcar uma consulta é uma burocracia. No PSF eles te mandam pra algum lugar lá da fila que no mês que vem você volta pra passar no clínico, pra o clínico te encaminhar pra um psiquiatra, pra depois você ir pro CAPS. Aí no CAPS você tem que agendar, aí você consegue agendar uma vez por semana uma consulta com uma psicóloga. Então eu acho pouquíssimo (Entrevista 12 – H2).**

**É péssimo. [...] Muito ruim. Assim, você tenta uma vaga para internação, se é um caso de psiquiatria, demora muito mas sai a vaga, mas quando é um caso de alcoolismo, não. E outra, quando consegue internação, fica tudo misturado. É... são os pacientes psiquiátricos, que têm problemas psiquiátricos realmente, psicoses... e os alcoolistas. E eles não têm a atenção que deveria ter. É como se fosse um depósito, pra eles ficarem ali sem beber, pra depois serem devolvidos, mas sem trabalhar a questão deles se manterem em abstinência. Então eu acho que é muito ruim (Entrevista 2 – A1).**

**Bom, tem as campanhas pra “se for dirigir, não beba”, pra não vender bebidas alcoólicas pra menores... Mas eu acho que deveria ter mais campanhas entre a**

**população jovem. Nas escolas. Eu acho que o alcoolismo é um problema que podia ser mais combatido. De educar a população (Entrevista 14 – A4).**

Na seção 2.4 deste trabalho foram analisados alguns artigos que abordam os modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas. Especialmente os estudos de Alves (2009) e Ribeiro (2004), trazem questionamentos quanto aos modelos implantados no Brasil, indicando caminhos para a estruturação e o fortalecimento de uma rede de atenção integral a essa parcela da população. Ribeiro traz a seguinte conclusão em seu estudo (2004, p. 62):

No Brasil, boa parte dos serviços é organizada única e exclusivamente a partir do empenho e da experiência de seus profissionais. Isso origina serviços com potencial de atendimento limitado e desvinculado das necessidades locais. O conhecimento acerca da estrutura do serviço e das necessidades dos pacientes (atuais e/ou potenciais) orienta, refina e otimiza a proposta terapêutica em andamento. O processo de planejamento constitui a etapa dinâmica da organização. Nesse momento, os diversos componentes são dispostos e integrados de uma maneira sistematizada, fortalecendo potencialidades, aprimorando deficiências e respondendo melhor à realidade externa que circunda o projeto terapêutico.

Observa-se nesse trecho, primeiramente a crítica ao modelo de atenção centralizado no empenho e na experiência pessoal do profissional de saúde, pois, dessa maneira, por se apoiar em esforços isolados, o serviço geralmente se mostra limitado. Em seguida, o autor propõe que os serviços de atenção à saúde do usuário de álcool e outras drogas devem ser pautados pelo planejamento, tendo em vista a integralidade da pessoa e as potencialidades encontradas na realidade circundante. Nesse ponto verifica-se a importância da proposta de atuação intersetorial, apresentada na seção 2.3.3.1. Infelizmente, pouco se observa a efetivação dessa proposta nos serviços de atendimento ao usuário de álcool e outras drogas, pelo menos de acordo com a avaliação das enfermeiras entrevistadas na presente pesquisa.

Possivelmente, essas enfermeiras avaliam os serviços de atenção ao usuário de álcool como “precários, falhos, insuficientes, péssimos, inexistentes”, elas estão denunciando essa falta de planejamento e de organização estrutural dos projetos. Vale ressaltar que o artigo citado acima foi publicado em 2004, sendo que, até a data da coleta de dados (abril a julho de 2012), a realidade vivenciada pelas enfermeiras que atuam em unidades de saúde pública em Campos do Jordão estava ainda distante dos elementos indicados por Ribeiro. Distantes também das propostas apresentadas pelas publicações do Ministério da Saúde sobre o tema (BRASIL, 2003; BRASIL, 2004; BRASIL, 2005; BRASIL, 2009).

Até aqui foram apresentados e discutidos os discursos de enfermeiras graduadas sobre o alcoolismo. Na seção seguinte são apresentados e discutidos os resultados dos questionários,

que foram respondidos por um grupo de 65 profissionais de enfermagem, incluindo enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. A utilização desse instrumento teve por objetivo analisar os discursos e as representações encontrados em um grupo maior de sujeitos.

#### 4.5. RESULTADOS DOS QUESTIONÁRIOS

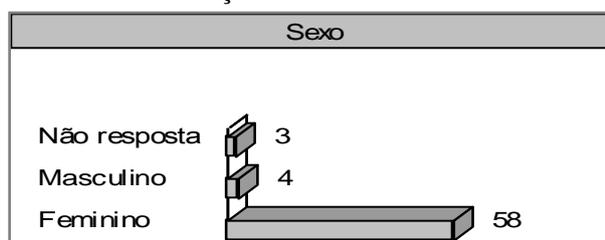
Nesta seção apresentam-se os resultados de 65 questionários, respondidos por 11 enfermeiros, 33 técnicos e 21 auxiliares de enfermagem. Por meio dos questionários pretendeu-se avaliar a percepção da enfermagem sobre seu conhecimento teórico em relação ao alcoolismo, a penetração das cartilhas do Ministério da Saúde em meio a esse grupo profissional e as representações que as equipes de enfermagem constroem sobre o alcoolismo. Por meio dos questionários também foram coletadas informações sociodemográficas a respeito do grupo estudado.

O questionário foi construído pela pesquisadora juntamente com a orientadora do projeto, tendo por objetivo verificar a ocorrência de diversas classes de representações em uma amostra maior da população. O questionário tem 34 questões dispostas em cinco eixos: formação da enfermagem em relação aos conceitos teóricos sobre o alcoolismo; avaliação das publicações do ministério da saúde sobre a atenção ao paciente alcoolista; representações sobre o alcoolismo; representações sobre o alcoolista; informações sobre os sujeitos.

A seção contendo as informações gerais sobre os sujeitos foi colocada no final do questionário (eixo V), porém, para a apresentação dos resultados, essas informações são tratadas inicialmente no texto.

##### 4.5.1. INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS SOBRE OS SUJEITOS

**Quadro 18:** Distribuição da amostra de acordo com o sexo

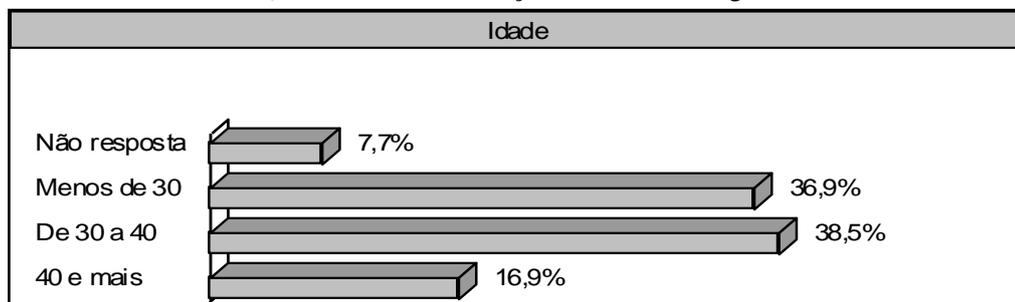


**Fonte:** Tratamento de dados pelo *software* SPHINX

Do total de 65 sujeitos que responderam ao questionário, 58 eram do gênero feminino e quatro do gênero masculino, sendo que três sujeitos não responderam a essa questão, fator que remete a análise aos resultados da pesquisa de Borges *et al.* (2003) sobre as

representações da enfermagem como uma profissão feminina, ligada à figura materna que cuida e ajuda, sendo uma profissão destituída de poder.

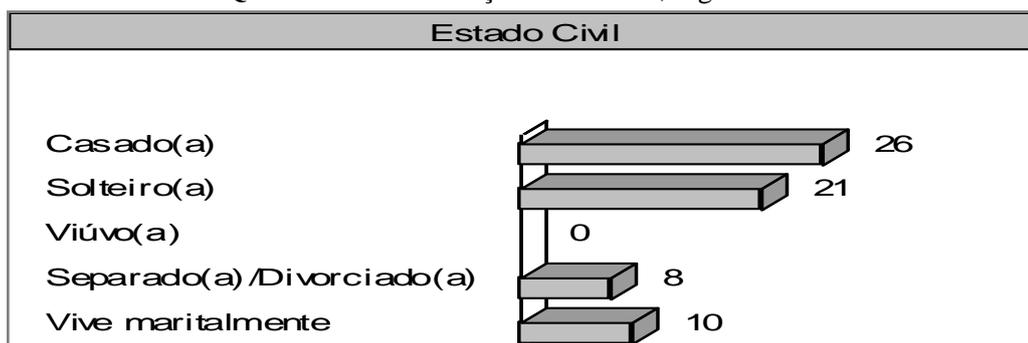
**Quadro 19:** Distribuição da amostra, segundo idade



**Fonte:** Tratamento de dados pelo *software* SPHINX

Quanto à idade, trata-se de uma amostra jovem, pois mais de 80% dos sujeitos tinham menos de 41 anos, sendo 36,9% com menos de 30 anos. A maior concentração de sujeitos encontrava-se na faixa dos 30 a 40 anos.

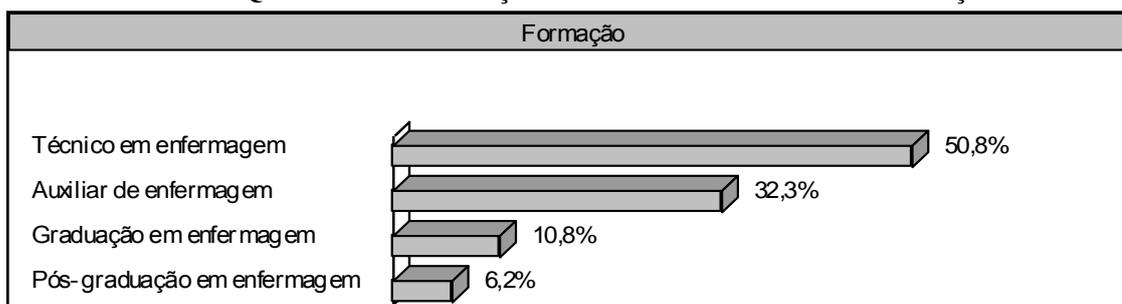
**Quadro 20:** Distribuição da amostra, segundo estado civil



**Fonte:** Tratamento de dados pelo *software* SPHINX

A maioria dos sujeitos vivia em condição de relacionamento estável, sendo 26 casados e dez vivendo maritalmente. Encontrou-se que 21 sujeitos eram solteiros e 8 divorciados.

**Quadro 21:** Distribuição da amostra de acordo com a formação

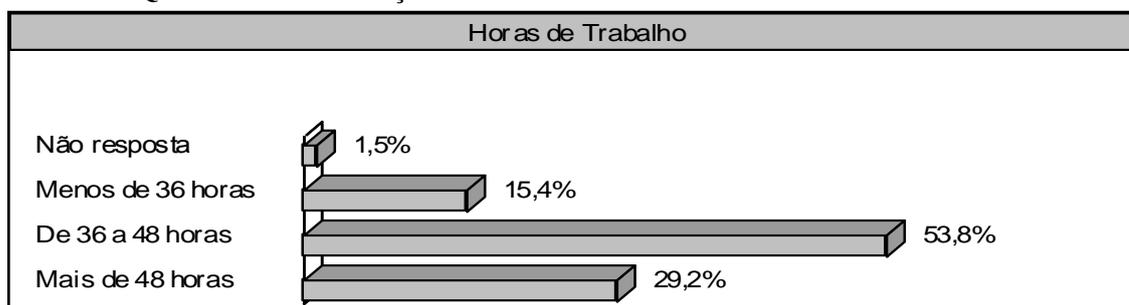


**Fonte:** Tratamento de dados pelo *software* SPHINX

Metade da amostra era composta por técnicos em enfermagem, 50,8%, enquanto 32,3% eram auxiliares de enfermagem. A porcentagem de enfermeiros graduados era pequena: 11 sujeitos (17%), e apenas quatro (6,2%) tinham curso de pós-graduação. Esse fato pode ter duas possibilidades de explicação: a primeira é que os questionários foram distribuídos nas mesmas instituições nas quais foram realizadas as entrevistas. Embora a pesquisadora tenha solicitado a todos os membros das equipes de enfermagem respondessem ao questionário, é possível que algumas enfermeiras que haviam concedido entrevista tenham considerado desnecessário responder a esse outro instrumento. No entanto, quatro enfermeiras participaram da pesquisa respondendo aos dois instrumentos. Outra explicação possível é que as equipes de enfermagem geralmente são formadas por um enfermeiro graduado, quatro técnicos e três auxiliares de enfermagem, podendo haver variações nessa proporção.

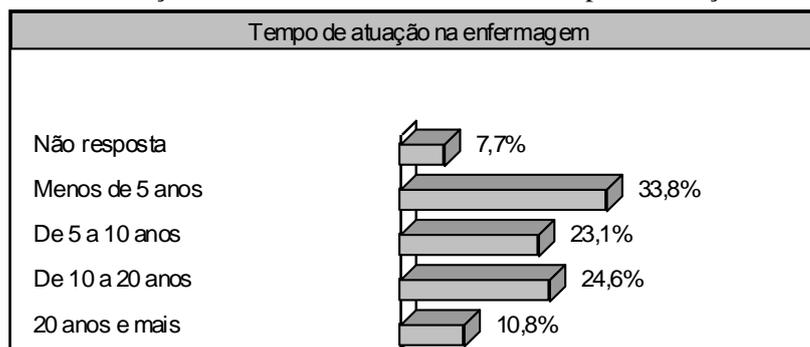
De acordo com esses dados, compreende-se que as representações sociais apreendidas por meio desse instrumento são representações de profissionais com formação de dois anos ou menos na área de enfermagem, pois 83,1% dos sujeitos que responderam ao questionário eram técnicos ou auxiliares de enfermagem.

**Quadro 22:** Distribuição da amostra de acordo com as horas de trabalho semanais



**Fonte:** Tratamento de dados pelo *software* SPHINX

Observa-se no Quadro 22 que cerca de 70% da amostra cumpre a jornada de trabalho condizente com a legislação para a categoria (COREN, 2012), que não excede 48 horas de trabalho semanais. Porém quase 30% dos sujeitos trabalham mais de 48 horas por semana. Possivelmente esses sujeitos acumulam dois empregos, conforme mencionado por algumas enfermeiras nas entrevistas. Três enfermeiras entrevistadas relataram a presença, em sua equipe de enfermagem, de elementos como sobrecarga de trabalho, estresse, dupla jornada, e que o excesso de horas de trabalho pode ocasionar cansaço, distrações e irritação na realização do trabalho. A dupla jornada pode ser relacionada também ao relato de algumas enfermeiras de que os salários da enfermagem são baixos e que, por isso, os profissionais necessitam acumular empregos.

**Quadro 23:** Distribuição da amostra de acordo com o tempo de atuação na enfermagem

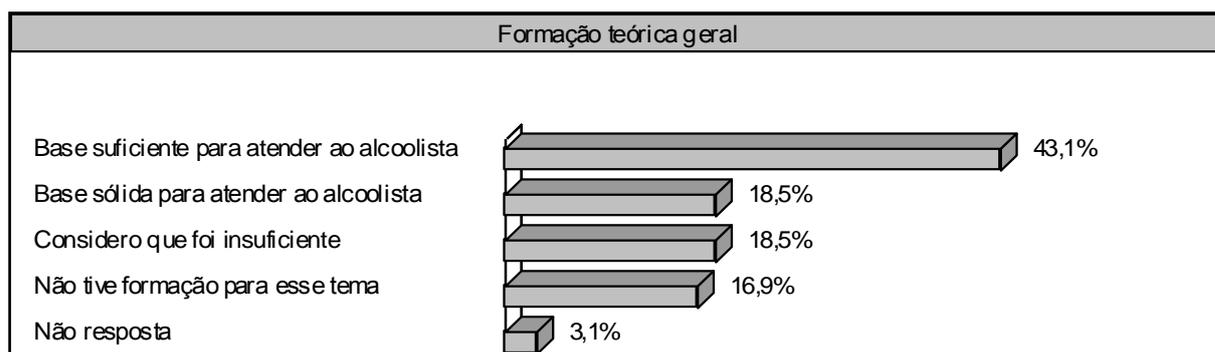
**Fonte:** Tratamento de dados pelo *software* SPHINX

Quanto ao tempo de atuação na enfermagem, a porcentagem maior de sujeitos respondeu que trabalha na área há menos de cinco anos. Para essa questão, porém, os resultados apresentam certa homogeneidade: 33,8% trabalham há menos de cinco anos; 23,1% têm entre cinco e dez anos de atuação na enfermagem, 24,6% trabalham há mais de cinco e há menos de dez anos. Apenas 10,8% da amostra respondeu que tem tempo de atuação superior a 20 anos.

#### 4.5.2. AVALIAÇÃO DOS SUJEITOS SOBRE SUA FORMAÇÃO EM RELAÇÃO AOS CONCEITOS TEÓRICOS SOBRE O ALCOOLISMO

A três primeiras questões do questionário procuram saber como o profissional de enfermagem avalia a sua formação em relação aos conceitos teóricos sobre o alcoolismo. Elas compõem o eixo I do questionário, que busca saber se os profissionais de enfermagem se sentem preparados técnica e teoricamente para lidar com pacientes alcoolistas e seus familiares.

A primeira questão desse eixo procura saber como o profissional de enfermagem avalia sua formação teórica geral sobre o alcoolismo.

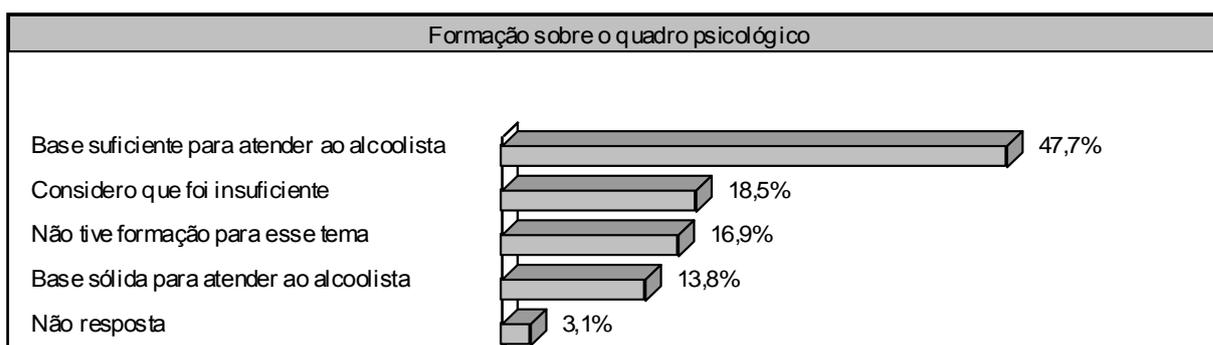
**Quadro 24:** Avaliação dos sujeitos sobre sua formação teórica geral

**Fonte:** Tratamento de dados pelo *software* SPHINX

Para essa questão, 28 profissionais, ou seja, 43,1%, responderam que consideram haver recebido, no período de formação, base suficiente para atender ao paciente alcoolista. Se esse número for somado ao número dos sujeitos que responderam haver recebido uma base sólida para atender ao paciente alcoolista, ter-se-á um total de 40 sujeitos (61,6%) que responderam que sua formação foi boa ou suficiente. A soma dos que responderam que não tiveram formação voltada para esse tema, ou que a formação foi insuficiente, totaliza 23 sujeitos, ou 35,4% da amostra. Daí se conclui que os profissionais pesquisados, de maneira geral, sentem-se técnica a teoricamente preparados para atender ao paciente alcoolista.

A segunda questão desse eixo procura saber como os profissionais de enfermagem avaliam sua formação no que concerne ao quadro psicológico e comportamental do paciente alcoolista.

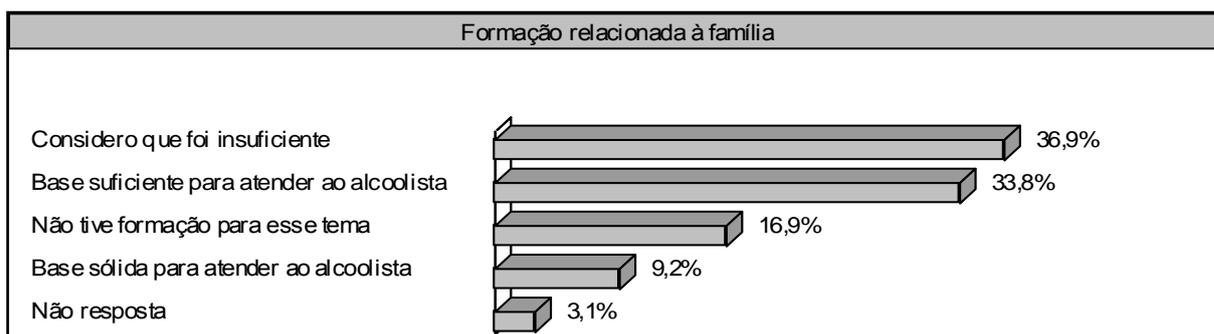
**Quadro 25:** Avaliação dos sujeitos sobre sua formação relacionada ao quadro psicológico



**Fonte:** Tratamento de dados pelo *software* SPHINX

Para essa questão, 31 sujeitos (47,7%) responderam que consideram haver recebido, no período de formação, base suficiente para atender ao paciente alcoolista, sendo capazes de lidar com o quadro psicológico e comportamental desse paciente. 13,8% responderam que tiveram uma formação sólida voltada para esse tema. 23 sujeitos (35,4%) responderam que não tiveram formação voltada para esse tema, ou que a formação foi insuficiente. De maneira similar à questão anterior, tem-se um total de 61,5% da amostra que se considera preparada para lidar com o quadro psicológico e comportamental do paciente alcoolista.

A terceira questão desse eixo procura saber como o profissional de enfermagem avalia sua formação sobre as questões relacionadas à família do alcoolista.

**Quadro 26:** Avaliação dos sujeitos sobre sua formação relacionada à família do alcoolista

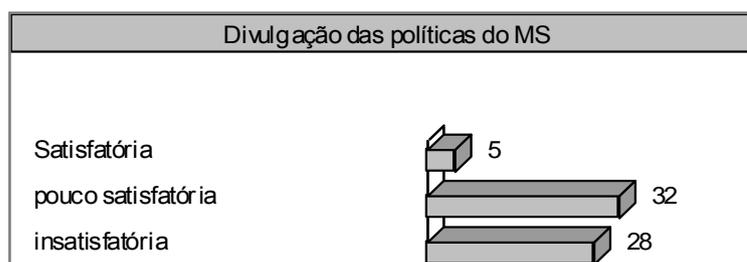
**Fonte:** Tratamento de dados pelo *software* SPHINX

Nessa questão, observa-se que a maioria dos profissionais de enfermagem considera que sua formação foi insuficiente para atender à família do paciente alcoolista. Foram 24 (36,9%) sujeitos que escolheram essa resposta. A soma dessas respostas com as respostas “Não tive formação voltada para esse tema”, totaliza 53,8% dos sujeitos, ou seja, mais da metade dos profissionais de enfermagem sentem-se despreparados para o atendimento aos familiares do paciente alcoolista. Esse número é preocupante, pois, no levantamento das tarefas da enfermagem no H1, uma delas está relacionada ao contato com os familiares, tanto para oferecer quanto para receber informações sobre o paciente, para direcionar a conduta e presta-lhes apoio e orientação.

#### 4.5.3. AVALIAÇÃO DOS SUJEITOS QUANTO ÀS PUBLICAÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE SOBRE A ATENÇÃO AO USUÁRIO DE ÁLCOOL

As questões de 4 a 9, que compõem o eixo II do questionário, estão relacionadas à maneira como a enfermagem avalia as publicações do ministério da saúde sobre a atenção ao paciente alcoolista – conhecimentos normativos para a prática profissional.

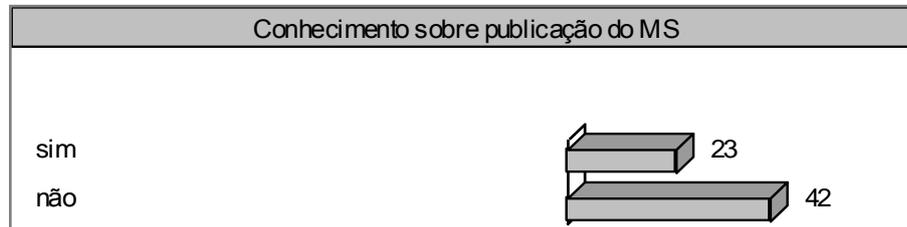
**Questão 4.** Qual sua opinião sobre as formas de divulgação das políticas do Ministério da Saúde para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas?

**Quadro 27:** Divulgação das políticas do MS

**Fonte:** Tratamento de dados pelo *software* SPHINX

**Questão 5.** Você conhece a publicação “A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas”?

**Quadro 28:** Conhecimento sobre publicação do MS



**Fonte:** Tratamento de dados pelo *software* SPHINX

**Questão 6.** Caso conheça, de que forma tomou conhecimento da publicação?

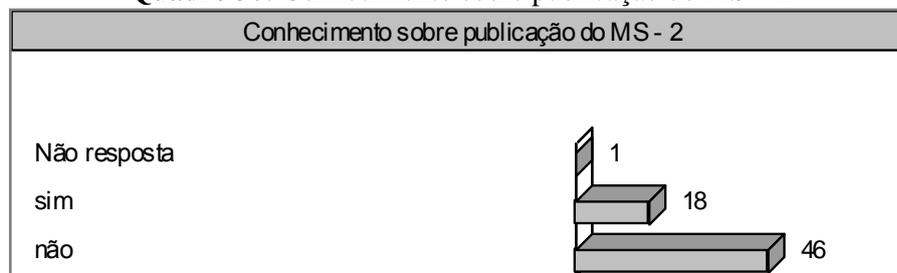
**Quadro 29:** Como tomou conhecimento



**Fonte:** Tratamento de dados pelo *software* SPHINX

**Questão 7.** Você conhece a publicação “Álcool e Redução de Danos: uma abordagem inovadora para países em transição”?

**Quadro 30:** Conhecimento sobre publicação do MS – 2



**Fonte:** Tratamento de dados pelo *software* SPHINX

**Questão 8.** Caso conheça, de que forma tomou conhecimento da publicação?

**Quadro 31:** Como tomou conhecimento – 2

Fonte: Tratamento de dados pelo software SPHINX

**Questão 9.** A publicação “A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas” apresenta a seguinte proposta:

*Quanto à capacitação, devem ser ampliadas as atividades do Programa Permanente da Capacitação de Recursos Humanos para os serviços de Atenção a Usuários de Drogas da Rede SUS do Ministério da Saúde, capacitando não apenas os profissionais que atuarão nos CAPSad, como também os que atuam nas demais unidades assistenciais, atividade também extensiva ao PSF e PACS, contemplando também a capacitação para profissionais de nível médio que atuem na assistência aos problemas relacionados ao uso do álcool (BRASIL, 2003, p. 20).*

Você já participou de alguma capacitação desse tipo?

**Quadro 32:** Participação em curso de capacitação para atender ao paciente alcoolista

Fonte: Tratamento de dados pelo software SPHINX

De acordo com os resultados expostos acima, é possível observar que 92,3% do grupo pesquisado consideraram pouco satisfatórias ou insatisfatórias as formas de divulgação do MS a respeito das políticas de atenção ao usuário de álcool e outras drogas; 64,6% não conhecem a publicação “A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas”, enquanto 70,8% não conhecem a publicação “Álcool e Redução de Danos: uma abordagem inovadora para países em transição”. Apenas 20% da população responderam que participaram de curso proposto pelo MS para capacitação de recursos humanos para os

serviços de atenção a usuários de álcool e outras drogas. Observa-se que essa proposta de treinamento de pessoal foi apresentada pelo MS em 2003, porém até o ano de 2012 esse treinamento havia deixado de alcançar 80% da população pesquisada.

Uma crítica que se pode fazer quanto à aplicação das políticas públicas de atenção aos usuários de álcool e outras drogas no contexto do município de Campos do Jordão refere-se ao pouco conhecimento das publicações do MS por parte dos profissionais de saúde. As estratégias de redução de danos são pouco aplicadas devido à inexistência de uma estrutura de apoio e divulgação da abordagem. O próprio MS reconhece que os profissionais dessa área, de maneira geral, encontram-se pouco qualificados para o atendimento aos usuários de álcool e outras drogas:

Em um plano cognitivo, os trabalhadores de saúde apresentam a falta de conhecimentos sobre a variedade de apresentações sintomáticas geradas pelo uso abusivo e pela dependência ao álcool, bem como de meios para facilitar o diagnóstico. Apresentam também uma visão negativa do paciente, e de suas perspectivas evolutivas frente ao problema, o que impede uma atitude mais produtiva (BRASIL, 2003, p 18).

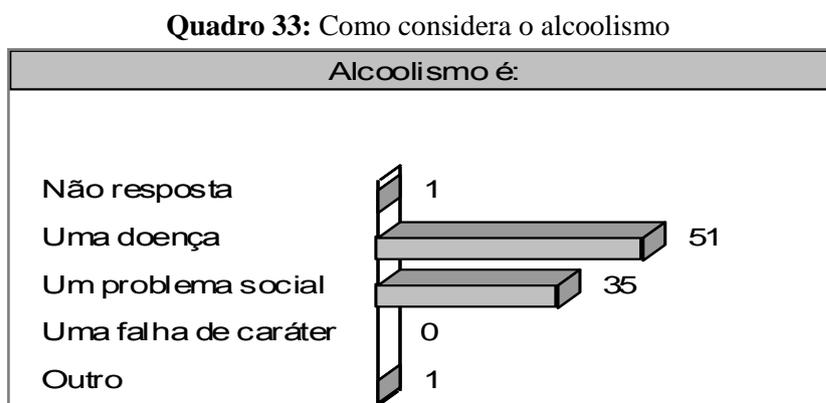
Tem-se, portanto, que os programas de formação e capacitação para o atendimento a usuários de álcool e outras drogas constam das publicações do MS, porém na prática sua efetivação alcança uma parcela muito pequena dos profissionais de enfermagem no município, apenas 20% da população pesquisada.

As cartilhas do MS, porém, permanecem disponíveis *on line*, fator que remete o presente estudo a uma reflexão sobre a iniciativa dos profissionais de enfermagem de buscarem aprimoramento profissional. Os resultados da pesquisa revelam que esses profissionais, principalmente os técnicos e auxiliares de enfermagem, não tem acessado as informações disponibilizadas pelo MS e que poderiam oferecer subsídios para a sua atuação profissional. A falta de iniciativa pessoal, juntamente com a falta de oferta de treinamento pelos órgãos de saúde competentes, são fatores que conjuntamente podem estar acarretando em uma diminuição da qualidade do atendimento ao usuário de álcool pelos profissionais de enfermagem.

#### 4.5.4. REPRESENTAÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE O ALCOOLISMO

O eixo III do questionário, contendo oito questões, tem por objetivo identificar as representações da amostra sobre o alcoolismo (crenças, atitudes, opiniões). Nas questões de 10 a 13 e na questão 15 poderiam ser assinaladas mais de uma resposta.

**Questão 10.** Você considera o alcoolismo:



**Fonte:** Tratamento de dados pelo *software* SPHINX

A maioria dos sujeitos (51) considera o alcoolismo como uma doença, ou seja, apresenta um julgamento sobre o alcoolismo baseado no modelo médico. Encontrou-se que 35 sujeitos representam o alcoolismo como um fator relacionado a problemas sociais. Vale recordar que a literatura atual trata o alcoolismo como fenômeno biopsicossocial (BRASIL, 2003); dessa forma, percebe-se que a amostra apreendeu, pelo menos em parte, a abrangência da questão do alcoolismo, pois os sujeitos podiam marcar mais de uma questão e, de fato, muitos deles marcaram as duas questões. É interessante observar também que, pelo menos nessa questão, nenhum sujeito expressou o modelo moral de explicação para o alcoolismo, o que não significa que essa representação não possa emergir em outros momentos da pesquisa.

Uma vez que o leque de respostas possíveis para essa questão foi extraído da fala das enfermeiras nas entrevistas realizadas previamente, observa-se que, de fato ocorreu no grupo de profissionais de enfermagem uma generalização das representações das 14 enfermeiras. Os dois grupos pesquisados (14 enfermeiras; 65 profissionais de enfermagem) consideram o alcoolismo primeiramente como doença, mas também o representam como problema social. Algumas enfermeiras haviam relatado nas entrevistas que muitas pessoas consideram o alcoolismo como uma falha de caráter, embora enfatizassem que elas não pensam assim. Vê-

se pelos resultados do questionário que tampouco os técnicos e auxiliares de enfermagem pensam dessa forma. Pelo menos não fazem essa afirmação de maneira direta.

**Questão 11.** A que você atribui o alcoolismo?

**Quadro 34:** Atribuição do alcoolismo



**Fonte:** Tratamento de dados pelo *software* SPHINX

É interessante observar que, a despeito de a maioria do grupo pesquisado responder que considera o alcoolismo como doença, um grupo pequeno, apenas 13 sujeitos, atribui o quadro a questões biológicas, enquanto 33 o atribuem à fraqueza psicológica do próprio alcoolista. Ora, se o alcoolismo é considerado doença, toda doença tem um componente biológico relevante, mas para o alcoolismo, o componente biológico foi considerado de pouca relevância.

As quatro possibilidades de resposta para essa pergunta (questões biológicas; hábitos familiares; problemas sociais; fraqueza psicológica) haviam sido relatadas pelas enfermeiras nas entrevistas, sendo que a maioria das enfermeiras falou que considera os hábitos familiares (a convivência com familiares que bebem) como fator de maior peso na gênese do alcoolismo. A segunda resposta mais mencionada pelas enfermeiras como possível causa do alcoolismo seriam as questões biológicas. Observa-se nesse item que, enquanto as enfermeiras representam o alcoolismo como tendo sua gênese na família e em questões biológicas – representações que não atribuem diretamente ao sujeito a responsabilidade pela doença – o grupo total de profissionais de enfermagem coloca maior peso nas representações que atribuem as causas do alcoolismo à fraqueza psicológica do próprio alcoolista. Essas representações também foram observadas no relato das enfermeiras, porém com incidência menor. Ou seja, o grupo de total de profissionais de enfermagem apresenta com maior intensidade do que o grupo de enfermeiras a representação das causas do alcoolismo baseadas no modelo moral, que responsabiliza a pessoa pela doença.

Se essa *fraqueza psicológica* for interpretada como uma fraqueza da vontade ou como uma perda da capacidade de autodeterminação, a maior adesão a essa resposta pode sinalizar a presença do modelo moral fornecendo a base da representação do alcoolismo para esse grupo. O grupo pesquisado por Valentim (2000) também apresentou representações baseadas no modelo moral:

Porém, em Portugal essa representação da *droga* e do seu consumidor encontra suporte substancial no próprio discurso da visão médico-psicológica dominante, a qual trata a toxicod dependência como uma entidade nosológica (categorial) homogênea, caracterizando o seu portador como alguém que padece de uma *patologia da vontade* [...].

De facto, o que esta simbólica desqualificadora do consumidor de *droga* nos afirma é que, sendo este uma *não-pessoa* «doente», porque despojado da autonomia da vontade, a intervenção das instâncias sociais no que respeita à *droga* deverá consagrar-se a uma missão salvífica (VALENTIM, 2000, p. 1013).

O autor propõe, com base nos resultados de sua pesquisa, que o consumidor de droga é representado como alguém *despojado da autonomia da vontade*, sendo por isso tratado como *não-pessoa* que necessita de uma intervenção social aleatória à sua própria escolha, intervenção essa que representaria a *salvação* desse consumidor e a restituição de sua condição de pessoa.

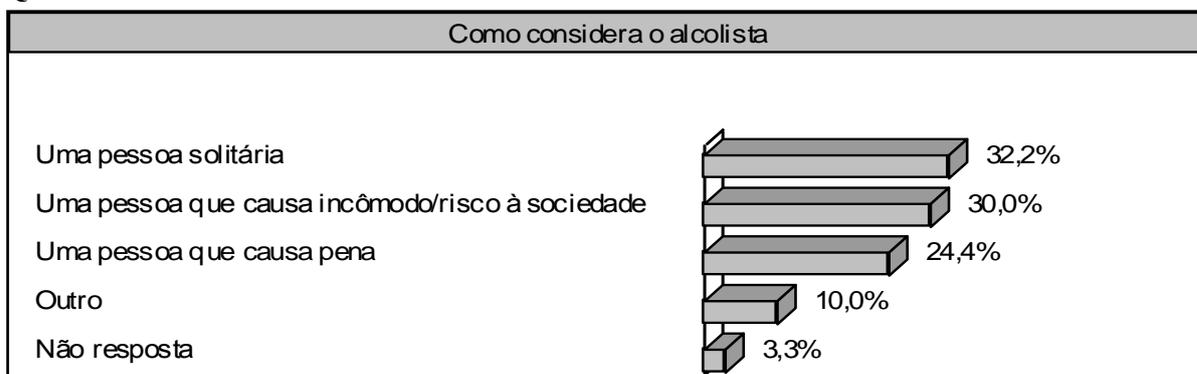
Paralelamente às considerações desse autor, pode-se supor que os resultados das duas questões acima denunciam que, embora os sujeitos da pesquisa considerem “oficialmente” o alcoolismo como doença, eles abrigam atitudes, crenças e opiniões que se aproximam das representações do senso comum: consideram o alcoolismo como uma fraqueza psicológica – e qual a distância entre “fraqueza psicológica” e “patologia da vontade”? E ainda mais: qual a distância entre essas duas (des)qualificações e a opinião de ser o alcoolismo uma “falha de caráter”? Nenhum sujeito escolheu “falha de caráter” para explicar o alcoolismo, talvez porque a expressão é direta demais na apresentação do julgamento moral. Já a “fraqueza psicológica” é uma atribuição menos direta, mas não deixa de fazer alusão à falha pessoal do sujeito alcoolista.

Assim, considera-se que o confronto entre os resultados das questões 10 e 11 revela que os sujeitos da pesquisa, principalmente o grupo total de profissionais de enfermagem, manifestam um julgamento moral sobre o usuário de álcool, compreensão similar à que chegou Valentim por meio de sua pesquisa, que revela que o consumidor de drogas é representado como um ser ao qual *falta* um atributo, a saber, a vontade – a autodeterminação.

O julgamento de que existe uma *falta* inerente à personalidade do sujeito não deixa de ser um julgamento moral.

**Questão 12.** Como você considera o alcoolista?

**Quadro 35:** Como considera o alcoolista



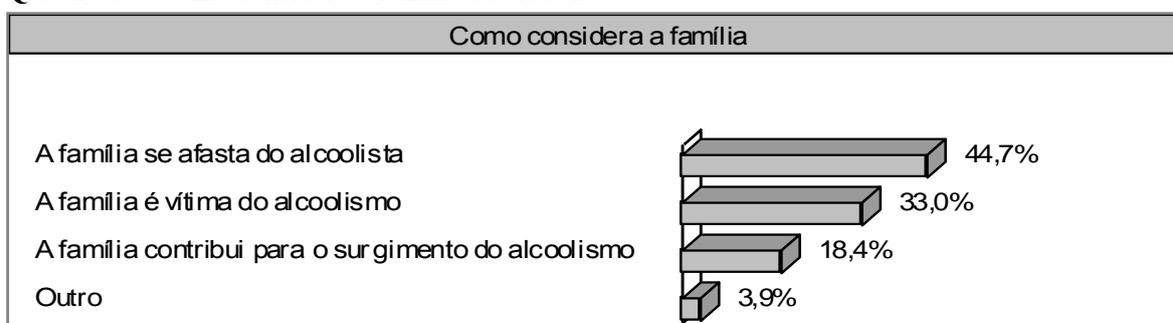
**Fonte:** Tratamento de dados pelo *software* SPHINX

O alcoolista é representado, primeiramente, como uma pessoa solitária, e depois como uma pessoa que causa incômodo e/ou risco à sociedade. Também não deixa de ser representado como uma pessoa que causa pena. Essas três respostas haviam sido relatadas pelas enfermeiras nas entrevistas, portanto, observa-se aqui a generalização do pensamento das enfermeiras entre os demais profissionais de enfermagem.

Tem-se que o alcoolista é representado como uma pessoa que sofre e causa sofrimento, representação que reúne sentimentos contraditórios: pena/raiva; solidariedade/medo; aproximação/afastamento.

**Questão 13.** O que você pensa sobre a família do alcoolista?

**Quadro 36:** Como considera a família do alcoolista



**Fonte:** Tratamento de dados pelo *software* SPHINX

A maioria dos sujeitos considera que a família se afasta do alcoolista. Essa opinião também foi observada na análise de conteúdo das entrevistas. Por um lado, a família é

representada como vítima do alcoolismo e por outro, é representada como causadora do alcoolismo, embora a adesão a essa resposta tenha sido menor. Para esse item também se observa uma generalização das representações das 14 enfermeiras no grupo maior de profissionais de enfermagem.

É de domínio público o reconhecimento de que o consumo excessivo de álcool traz consequências negativas para a família. As publicações do MS trazem as seguintes considerações:

Quanto à família, vemos que o uso de álcool e outras drogas pelos pais é um fator de risco importante, assim como a ocorrência de isolamento social entre os membros da família. Também é negativamente influente um padrão familiar disfuncional, bem como a falta do elemento paterno. São considerados fatores de proteção vinculação familiar, com o desenvolvimento de valores e o compartilhamento de tarefas no lar, bem como a troca de informações entre os membros da família sobre suas rotinas e práticas diárias (BRASIL, 2003, p. 32).

Problemas sociais e interpessoais (em decorrência do uso abusivo de álcool): conflitos familiares relacionados com violência doméstica, resultados de uma variedade de efeitos físicos e/ou psicológicos traumáticos, tanto a curto quanto a longo prazo entre os membros da família do consumidor irresponsável (BRASIL, 2004, p. 39).

No primeiro trecho, observa-se que a manutenção dos vínculos familiares é apontada como fator positivo para o bem estar dos membros da família. O uso abusivo de álcool é indicado como fator de risco para a manutenção desses vínculos. De fato, os profissionais de enfermagem representam a família do alcoolista como aquela que frequentemente perde esses vínculos, seja em decorrência do abandono do lar pelo pai alcoolista, seja pela desistência da família em oferecer acolhida ao familiar usuário de álcool.

No segundo trecho, a ênfase recai sobre o prejuízo físico e/ou psicológico para os membros da família devido ao convívio com familiar usuário de álcool. Os dois casos são abordados pelo MS e os dois casos são mencionados pelas enfermeiras nas entrevistas. Por meio do questionário verificou-se que os profissionais de enfermagem consideram a perda dos vínculos familiares (abandono da família) como elemento principal na família do alcoolista. Esse conhecimento pode estar relacionado à prática profissional da enfermagem, que está habituada a atender o paciente alcoolista, sem ter contato com seus familiares. Seria uma representação construída a partir da atuação profissional desse grupo.

**Questão 14.** Você considera o alcoolismo em Campos do Jordão:

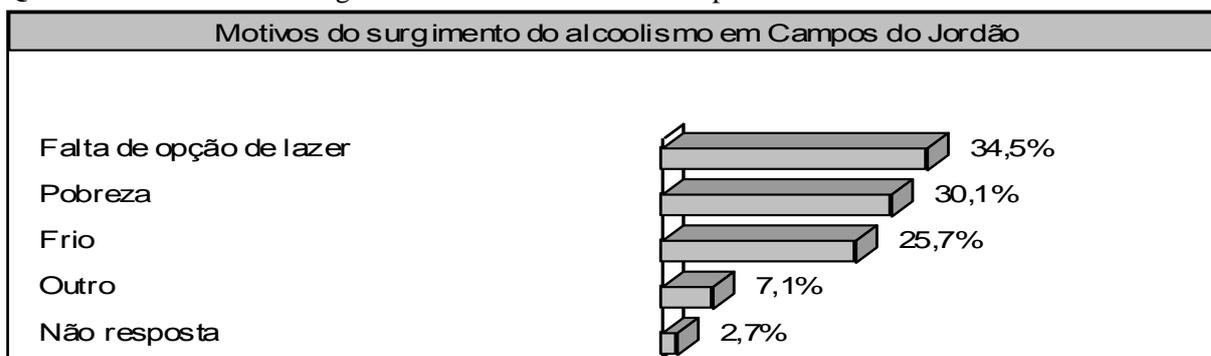
**Quadro 37:** Como considera o alcoolismo em Campos do Jordão

**Fonte:** Tratamento de dados pelo *software* SPHINX

A maior adesão recaiu sobre a resposta “Acontece como em qualquer outra cidade” (56,9%), o que demonstra que a opinião do grupo total dos profissionais de enfermagem difere da opinião das enfermeiras nas entrevistas. Por meio da análise de conteúdo foi possível observar que, das 14 enfermeiras entrevistadas, nove salientaram que existe grande incidência do alcoolismo no município. Porém, existe uma diferença na maneira como foi colocada a questão nos dois instrumentos (entrevista e questionário): nas entrevistas não foi solicitada uma opinião comparativa entre o alcoolismo em Campos do Jordão e em outras cidades, embora alguns sujeitos tenham apresentado voluntariamente essa comparação. Já no questionário, a comparação foi colocada diretamente na questão. A adesão à resposta “Tem incidência maior do que em outras cidades” não deixa de ser representativa: 41,5%.

De maneira geral, essa questão revela que os técnicos (50,8% dos sujeitos que responderam ao questionário) e os auxiliares de enfermagem (32,3%), em sua maioria, consideram que a incidência do alcoolismo em Campos do Jordão não é maior que em outras cidades.

**Questão 15.** Você considera que algum(s) dos motivos abaixo favorece o surgimento do alcoolismo em Campos do Jordão?

**Quadro 38:** Motivos do surgimento do alcoolismo em Campos do Jordão

**Fonte:** Tratamento de dados pelo *software* SPHINX

A diferença de valoração dessas respostas foi pequena: cerca de 5% de diferença numa escala em que o principal motivo seria a falta de opção de lazer (34,5%), o segundo seria a pobreza (30,1%) e o terceiro seria o frio (25,7%). Essas representações são compartilhadas pelos dois grupos pesquisados.

Quando os profissionais de enfermagem assinalam a falta de opção de lazer como principal causa provável para o surgimento do alcoolismo em Campos do Jordão, estão indicando a presença de um fenômeno peculiar ao município: a existência de uma espécie de *apartheid* cultural, que impõe fronteiras entre o lazer dos “pobres” (residentes) e o lazer dos “ricos” (turistas), sendo o primeiro mais escasso e o segundo com maior oferta, principalmente na temporada de inverno. É possível que esse fenômeno seja observado em outras cidades turísticas. Em Campos do Jordão esse fato observável pode incentivar a enfermagem a construir representações sociais que associam o alcoolismo à falta de opção de lazer e entretenimento. Também a pobreza, representada como fator associado ao alcoolismo no município, pode existir de fato (ver Quadro 6, p. 64), mas pode também estar sendo supervalorizada pela enfermagem, enquanto grupo criador de representações sociais, uma vez que o IDH de Campos do Jordão (0,828) é superior ao IDH brasileiro (0,699) e, sendo feita uma comparação regionalizada, é inferior ao IDH de Taubaté (0,837), mas superior ao de Pindamonhangaba (0,815).

**Questão 16.** Como você considera os projetos de saúde pública na atenção ao alcoolismo em Campos do Jordão?

**Quadro 39:** Projetos de saúde pública para o alcoolismo em Campos do Jordão



**Fonte:** Tratamento de dados pelo *software* SPHINX

É interessante observar que apenas um sujeito (1,5% da amostra) respondeu que considera suficientes os projetos de saúde pública voltados para o alcoolismo no município. A maioria (43,1%) considera que existe pouca divulgação a respeito, enquanto 35,4% consideram que os projetos são insuficientes. Já 20% assinalaram que desconhecem a existência desses projetos, portanto não poderiam avaliar se são suficientes ou não. Nas

entrevistas a maioria das enfermeiras relatou que considera insuficientes os serviços de atenção ao usuário de álcool no município. Algumas enfermeiras também relataram que existe pouca divulgação desses serviços, ou seja, as representações sobre os serviços de atenção ao usuário de álcool no município são similares nos dois grupos.

**Questão 17.** Entre as palavras listadas a seguir, escolha 5 (cinco) que lhe vêm imediatamente à cabeça quando pensa em alcoolismo.

**Quadro 40:** Palavras associadas ao alcoolismo



**Fonte:** Tratamento de dados pelo *software* SPHINX

No Quadro 40 são apresentadas as palavras que foram assinaladas por maior número de sujeitos numa questão de evocação espontânea sobre o alcoolismo. A questão continha um total de 29 palavras: a palavra **dependência** foi assinalada por 37 sujeitos; **doença** foi assinalada por 33 sujeitos; **desemprego**, por 22; e, **exclusão** e **vício** foram assinaladas igualmente por 21 sujeitos. Nota-se que os conceitos que aparecem em maior número estão relacionados ao modelo biomédico de abordagem do alcoolismo: como doença e dependência. Daí se conclui que estudo científico sobre o tema, tanto no período de formação, quanto no exercício profissional da enfermagem, tem exercido influência na criação de representações sociais sobre o alcoolismo por esse grupo. Observa-se que as enfermeiras entrevistadas também conferiram maior ênfase nas explicações sobre o alcoolismo relacionadas aos conceitos de doença e dependência. Daí se conclui que essa representação se generaliza no grupo total pesquisado.

As palavras **desemprego** e **exclusão** parecem estar relacionadas às representações do alcoolismo como algo ligado à pobreza. A sequência de crenças por trás das representações sociais seria esta: o alcoolista não consegue e manter no emprego devido ao consumo abusivo do álcool; a perda do emprego causa dificuldades financeiras para a família; a família passa a rejeitar o alcoolista, que traz sofrimento para os familiares (que pode ser físico, emocional

e/ou advindo da privação material); o alcoolista sofre exclusão social e pode se tornar morador de rua/mendigo/andarilho.

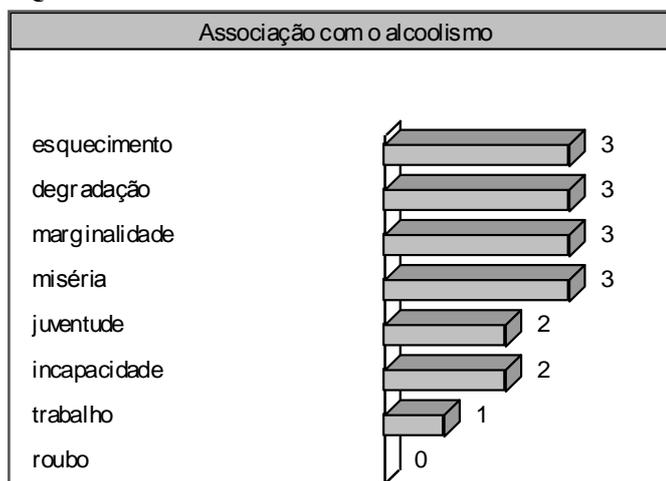
A palavra **vício** parece estar associada à crença popular como “mau costume” ou “conduta censurável” (VALENTIM, 2000). Essa crença responsabiliza o “viciado” por não ter suficiente força de vontade para superar seu vício, que causa dano para o próprio sujeito e para a sociedade.

Na primeira dupla de palavras, **doença** e **dependência**, o sujeito pode ser visto tanto como vítima quanto como culpado pelo alcoolismo. Vítima porque a doença é algo que acomete as pessoas de maneira aleatória à sua vontade; culpado porque o alcoolismo é representado como uma doença que foi provocada pelo sujeito.

Na segunda dupla de palavras, **desemprego** e **exclusão**, o sujeito pode ser considerado vítima da sociedade, que exclui, mas pode também ser considerado culpado, por ter produzido sua própria exclusão. A palavra **vício** já traz uma responsabilização mais direta para o sujeito, pois o vício é entendido como uma opção maléfica feita pelo viciado. Esses seriam os “tijolaços” de saberes (GUARESCHI, 2000) elaborados pela enfermagem em sua prática diária no atendimento a pacientes alcoolistas.

Segue abaixo o Quadro 41, contendo as palavras que foram assinaladas menos vezes:

**Quadro 41:** Palavras menos associadas ao alcoolismo



**Fonte:** Tratamento de dados pelo *software* SPHINX

Vale observar que nas entrevistas com as 14 enfermeiras a questão da miséria e da marginalidade foi citada várias vezes, pois muitas enfermeiras representaram a pessoa alcoolista como “mendigo”, “andarilho”, “morador de rua”. O alcoolismo também foi representado por muitas enfermeiras como um fenômeno associado à juventude, representação que não encontrou correspondência nos resultados dos questionários, conforme

Quadro 41. Essas seriam representação que não se generalizaram entre os sujeitos do grupo total de profissionais de enfermagem.

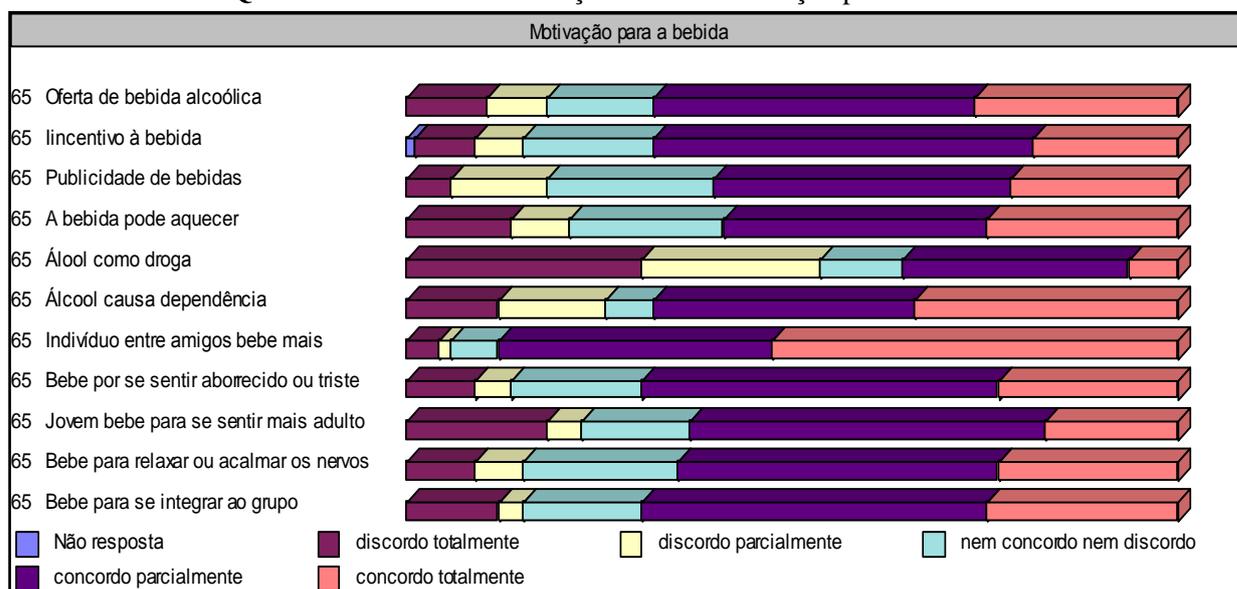
#### 4.5.5. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE AS CAUSAS DO ALCOOLISMO

As questões de 18 a 28 compõem o eixo IV do questionário, que investiga as representações dos sujeitos sobre as causas do alcoolismo. As respostas poderiam ser assinaladas em uma escala que vai desde o “discordo totalmente” até o “concordo totalmente”.

As questões são as seguintes:

18. A oferta de bebida alcoólica leva o indivíduo a beber.
19. Ver outras pessoas bebendo leva o indivíduo também a beber.
20. A publicidade das bebidas alcoólicas leva o indivíduo a beber mais.
21. O indivíduo alcoolista acredita que a bebida pode aquecer.
22. O indivíduo alcoolista considera o álcool uma droga.
23. O indivíduo alcoolista sabe que o álcool pode causar dependência.
24. Se o indivíduo está com amigos que bebem, ele acaba bebendo mais do que de costume.
25. O indivíduo alcoolista bebe por se sentir aborrecido ou triste.
26. Os jovens bebem para se sentirem mais adultos.
27. O indivíduo alcoolista bebe para relaxar e acalmar os nervos.
28. O indivíduo alcoolista bebe para se sentir integrado a seu grupo.

**Quadro 42:** Escala de avaliação sobre a motivação para a bebida



Fonte: Tratamento de dados pelo *software* SPHINX

**Quadro 43:** Escala de avaliação sobre a motivação para a bebida II

	Não resposta	discordo totalmente	discordo parcialmente	nem concordo nem discordo	concordo parcialmente	concordo totalmente	TOTAL
Oferta de bebida alcoólica	0	7	5	9	27	17	65
Incentivo à bebida	1	5	4	11	32	12	65
Publicidade de bebidas	0	4	8	14	25	14	65
A bebida pode aquecer	0	9	5	13	22	16	65
Álcool como droga	0	20	15	7	19	4	65
Álcool causa dependência	0	8	9	4	22	22	65
Indivíduo entre amigos bebe mais	0	3	1	4	23	34	65
Bebe por se sentir aborrecido ou triste	0	6	3	11	30	15	65
Jovem bebe para se sentir mais adulto	0	12	3	9	30	11	65
Bebe para relaxar ou acalmar os nervos	0	6	4	13	27	15	65
Bebe para se integrar ao grupo	0	8	2	10	29	16	65
<b>Conj unto</b>	<b>1</b>	<b>88</b>	<b>59</b>	<b>105</b>	<b>286</b>	<b>176</b>	<b>715</b>

**Fonte:** Tratamento de dados pelo *software* SPHINX

Para a primeira questão desse eixo – “A oferta de bebida alcoólica leva o indivíduo a beber” – 44 sujeitos assinalaram que concordam (27 concordam parcialmente e 17 concordam totalmente). Isso significa que a amostra pesquisada representa o alcoolismo como um fenômeno que pode ser causado pela oferta de bebida alcoólica.

Na segunda questão – “Ver outras pessoas bebendo leva o indivíduo também a beber” – investiga-se o fator socialização como causa do alcoolismo. Também 44 sujeitos assinalaram que concordam com essa afirmativa (32 concordam parcialmente e 12 concordam totalmente). Sendo assim, entende-se que a amostra representa o alcoolismo como um fenômeno que pode ter sua gênese na socialização, ou no ato de imitação que acontece no meio social.

Para a terceira questão – “A publicidade das bebidas alcoólicas leva o indivíduo a beber mais” – 39 sujeitos afirmaram que concordam com a afirmativa (25 concordam parcialmente e 14 concordam totalmente), ou seja, representam o alcoolismo como fator que pode ser provocado pela publicidade de bebidas alcoólicas.

A questão seguinte – “O indivíduo alcoolista acredita que a bebida pode aquecer” – teve maior adesão às respostas de concordância (22 sujeitos concordam parcialmente e 16 sujeitos concordam totalmente). Nessa questão investiga-se a relação entre o consumo de álcool e o frio. Sendo assim, entende-se que amostra representa o alcoolismo como um fenômeno que pode ocorrer com maior frequência em lugares de clima frio, como Campos do Jordão.

A quinta questão desse eixo – “O indivíduo alcoolista considera o álcool uma droga” – teve maior número de discordâncias (35): 20 sujeitos discordaram totalmente e 15 discordaram parcialmente. Apesar disso, a questão seguinte revela que a amostra considera

que o indivíduo alcoolista sabe que o álcool pode causar dependência: 44 sujeitos afirmaram concordar com essa afirmativa (22 concordaram parcialmente e 22 concordaram totalmente). Ou seja, os profissionais de enfermagem pesquisados representam a pessoa alcoolista como alguém que não reconhece o álcool como droga, mas reconhece que o álcool pode causar dependência.

A sétima questão desse eixo também investiga a relação do alcoolismo com a socialização: “Se o indivíduo está com amigos que bebem, ele acaba bebendo mais do que de costume”. 57 sujeitos assinalaram que concordam com essa sentença, ou seja, representam o alcoolismo como algo que pode ser incentivado pelo grupo e pode ocorrer pelo gesto de imitação, estando ligado à socialização.

As três questões que se seguem investigam os fatores psicológicos que podem estar ligados à gênese do alcoolismo. A maioria dos sujeitos (45) concorda que o indivíduo alcoolista bebe por se sentir aborrecido ou triste. 41 sujeitos concordam que os jovens bebem para se sentirem mais adultos e 42 sujeitos concordam que o indivíduo alcoolista bebe para relaxar ou acalmar os nervos. Daí se conclui que a mostra pesquisada considera que o alcoolismo é um fenômeno que tem sua gênese em fatores psicológicos do próprio sujeito alcoolista.

A última questão volta a investigar a relação entre o alcoolismo e a socialização: “O indivíduo alcoolista bebe para se sentir integrado a seu grupo”, questão que teve a concordância de 45 sujeitos.

Observa-se nesse eixo que para cada uma das questões houve uma média de adesão de 38 a 45 sujeitos às respostas de concordância. Apenas duas questões fugiram a essa média: a questão 22, que teve o maior número de adesões às respostas de discordância (35 discordâncias), indicando que o grupo pesquisado acredita que o alcoolista não considera o álcool uma droga; e a questão 24, para a qual, quase a totalidade do grupo (57 sujeitos) aderiu às respostas de concordância, ou seja, a grande maioria dos profissionais de enfermagem representa o alcoolismo como um fenômeno ligado à socialização e que pode ter sua gênese no comportamento de imitação.

A análise das respostas desse eixo do questionário indicou que as representações do grupo de 65 profissionais de enfermagem sobre o alcoolismo são as mesmas representações do grupo das 14 enfermeiras entrevistadas, ou seja, houve de fato uma generalização das representações das enfermeiras no grupo total.

A análise comparativa entre as questões do questionário e o conteúdo das entrevistas indicou apenas um ponto de discordância entre as representações dos dois grupos: enquanto o grupo de 14 enfermeiras representou Campos do Jordão como uma cidade que tem grande

incidência do alcoolismo, mais da metade do grupo total de profissionais de enfermagem representou Campos do Jordão como uma cidade que tem incidência do alcoolismo similar a de outras cidades.

#### 4.6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tratamento dos dados realizado pelo ALCESTE com 14 entrevistas possibilitou a análise de seis classes de discurso. Por meio dessa análise foi possível verificar que as enfermeiras trazem explicações sobre o alcoolismo baseadas no conhecimento científico sobre o tema, ou seja, compreendem o alcoolismo como doença. Essa compreensão, porém, é perpassada por representações ligadas à causalidade genética da doença e à fraqueza psicológica do doente, assim, as enfermeiras representam o alcoolismo como algo predeterminado, contra o qual há pouca possibilidade de combate e superação. Também a análise dos resultados dos questionários indica que, de maneira subjacente à opinião de que o alcoolismo é uma doença, existe a crença de que essa doença está ligada à fraqueza psicológica do alcoolista, ou seja, o alcoolismo acontece em virtude de uma *falta* do alcoolista: falta de vontade, falta de autodeterminação. Sendo assim, a representação do alcoolismo acaba sendo remetida à esfera do julgamento moral e ao pensamento do senso comum, sendo, em última instância, um reflexo da ideologia vigente, que culpabiliza o pobre, o fraco e o doente (TELLES, 2001; SONTAG, 2007).

Essa representação pode estar ancorada na crença de que certas doenças como a AIDS (JOFFE, 2003) e o câncer (SONTAG, 2007) implicam na culpabilidade do doente. Assim, o alcoolismo seria remetido a essa classe de doenças mediante as quais a única possibilidade de reação seria a aceitação resignada: se o doente é culpado, a doença é o castigo. A única remissão estaria também na vontade do doente. Observa-se a representação de que o alcoolismo só pode ser superado se o alcoolista quiser parar de beber. Essa representação abriga certa desesperança em relação aos serviços de atenção ao usuário de álcool. É como se todo o trabalho das equipes de saúde fosse inútil, pois só o alcoolista pode decidir se vai parar de beber. Essa representação não está em acordo com a proposta do MS (BRASIL, 2003; BRASIL, 2004), que aponta quatro vetores de sustentação ao tratamento do alcoolismo: os serviços de saúde (que inclui os profissionais de saúde); a família; a sociedade (livre de drogas); a vontade do próprio alcoolista.

As representações sociais das enfermeiras sobre o alcoolismo na família aparecem da seguinte maneira: o alcoolismo é algo que pode ser “ensinado” dentro de casa – os jovens observam um familiar mais velho bebendo, geralmente o pai, e passam a imitá-lo, adquirindo assim o hábito de beber; o alcoolismo também é representado como algo que traz sofrimento à família, porém muitos jovens tentam superar esse sofrimento imitando o comportamento de beber do familiar, o que provoca uma perpetuação do quadro do alcoolismo na família, de geração em geração. Essa representação também traz o componente do determinismo em sua

construção, pois compreende o alcoolismo como algo que tem sua gênese na família, havendo pouca possibilidade de fuga a essa herança familiar.

As representações sobre o sofrimento da família e sobre a perpetuação do quadro do alcoolismo parecem conduzir as enfermeiras na construção de outra representação: a do afastamento da família. As enfermeiras representam a família do alcoolista como uma família que se afasta, que não oferece apoio, enfim, que abandona o alcoolista. Essa representação encontra bastante força de generalização no grupo total pesquisado. Algumas enfermeiras, porém, principalmente as que trabalham nas unidades ambulatoriais de saúde, representam a família como aquela que procura ajuda nas unidades de saúde e que oferece apoio ao alcoolista.

A análise desses resultados pode levar à compreensão de que as enfermeiras, como profissionais que circulam no chamado “universo reificado”, representam o alcoolismo como doença ou como um quadro clínico associado a diversas doenças, porém, como grupo social, constroem uma compreensão que traz o fenômeno do alcoolismo para seu “universo consensual”. Neste, o alcoolismo é entendido como praga (JOFFE, 2003) e como fenômeno social diretamente ligado à família e possivelmente causado pela família (SANTOS; VELLÔSO, 2008; SILVA; PADILHA, 2012b). Essas representações de certa forma atribuem ao alcoolista a culpa pelo alcoolismo (causa interna), seja porque ele nasceu “amaldiçoado” pela genética, seja porque nasceu em uma família “contaminada” pelo alcoolismo, seja por ser uma pessoa psicologicamente fraca, seja por não querer superar o alcoolismo. Qualquer uma dessas representações remete à compreensão de que o alcoolismo seria um castigo destinado àquela pessoa ou àquele grupo marcado por essa maldição.

As enfermeiras representam Campos do Jordão como um município que tem grande incidência do alcoolismo. Essa representação encontrou correspondência mais fraca no grupo que respondeu ao questionário, pois, no grupo de 65 profissionais de enfermagem, 27 assinalaram que em Campos do Jordão a incidência do alcoolismo é maior que em outros municípios (41,5%), enquanto 37 sujeitos assinalaram que a incidência do alcoolismo em Campos do Jordão é igual à de qualquer outra cidade (56,9%). De maneira geral, entende-se que os resultados da pesquisa indicam a construção de representações sobre Campos do Jordão como uma cidade que reúne alguns elementos considerados propícios ao surgimento do alcoolismo: o clima frio; a pobreza; o fato de ser uma cidade pequena, que oferece poucas opções de cultura, lazer e trabalho.

Uma das representações que relaciona diretamente a pobreza ao alcoolismo é a representação de que existem muitos moradores de rua na cidade. Indivíduos algumas vezes denominados como “mendigos”, outras, como “andarrilhos” e, ainda, como “moradores de

rua”. As enfermeiras consideram que esses alcoolistas existem em grande número no município. Vivem em estado de indigência, passando grande parte do tempo no centro da cidade, dormindo nas calçadas, pedindo dinheiro aos passantes e bebendo nos bares ou nas ruas. Esse fator é considerado por elas como um indicativo de pobreza da cidade. Outro indicativo seria a pobreza das casas e dos bairros, como também foi mencionado nas entrevistas. Essa representação encontra correspondência no grupo que respondeu ao questionário, ou seja, os 79 profissionais de enfermagem que fizeram parte da pesquisa representam Campos do Jordão como um município pobre, onde existe muita desigualdade social. Esses fatores poderiam ser responsáveis pela grande incidência do alcoolismo, conforme supuseram os sujeitos da pesquisa.

O clima frio é representado como um incentivo ao consumo de bebidas alcoólicas: “o alcoolista bebe pra se esquentar”. A esse fato se somam outros que vão criando uma representação do alcoolismo como algo ligado à indigência e à degradação da pessoa: o alcoolista vive na rua, não se alimenta direito, expõe-se ao frio e às intempéries, não cuida da saúde e nem da higiene pessoal. Dessa maneira, percebe-se que os sujeitos da pesquisa representam o alcoolismo tendo em vista o último estágio citado por Edwards, Marshall e Cook (1999). Esses autores compreendem o alcoolismo como uma doença progressiva, cujo estágio final implica em um estado constante de alcoolização que inviabiliza a possibilidade de trabalho e de relações afetivas, além de comprometer a saúde do alcoolista. Os outros estágios ou manifestações do alcoolismo receberam menor ênfase nas representações das enfermeiras. Por exemplo, quando o indivíduo bebe todos os dias, mas não perde sua capacidade de produção nem seus vínculos afetivos, embora esse fato corresponda efetivamente a um quadro clínico de alcoolismo, foi pouco mencionado pelas enfermeiras. Isso pode indicar que os sujeitos da pesquisa constroem representações sobre o alcoolismo da mesma maneira como os sujeitos da pesquisa de Joffe (2003) constroem representações sobre a AIDS: como uma praga que atinge outras pessoas – só os indigentes e moradores de rua. Essa representação ganha sentido na presente pesquisa quando se recorda que metade das enfermeiras entrevistadas afirmou ter convivido com familiares alcoolistas. No caso dessas enfermeiras, ao representarem o alcoolista como “morador de rua” é como se estivessem afastando de sua família a “praga” do alcoolismo: em sua família não se tratava do alcoolismo em último estágio, mas de uma forma mais branda. Aqui é possível supor que as enfermeiras diriam em relação ao alcoolismo: “eu não”, “o meu grupo não” (JOFFE, 2003).

O fato de Campos do Jordão ser considerada uma cidade pequena, com poucas opções de cultura, lazer e trabalho, parece ter levado as enfermeiras a representarem o município como um lugar propício ao surgimento do alcoolismo, pois, não havendo coisas interessantes

a fazer, as pessoas poderiam recorrer ao uso da bebida na tentativa de buscar entretenimento. Algumas enfermeiras mencionaram que na cidade existem muitos bares, concluindo que, não havendo outras opções, as pessoas acabam indo beber no bar. Um fato interessante, e contraditório, é que Campos do Jordão, desde a década de 1970, tem buscado atrair turistas por meio de eventos culturais, como o Festival de Inverno (PAULO FILHO, 1986). Apesar disso as enfermeiras representam o município como um lugar onde existem poucas atividades culturais. Possivelmente essa contradição se configure como um dado a mais para a compreensão da desigualdade social ali existente, pois os eventos culturais têm sido planejados para as classes sociais mais altas, visando especialmente os turistas, e não havendo planejamento de atividades culturais para a população residente. Esse direcionamento do planejamento de eventos culturais voltados para o turismo explicaria a representação de que Campos do Jordão não oferece (aos residentes) opção de atividades culturais.

A representação do alcoolismo como algo associado à pobreza não é exclusividade do grupo social da enfermagem. Outros grupos têm elaborado também essa representação (NEVES, 2004; BRAGA *et al.*, 2004; MARTINS, 2010). Dessa forma, entende-se que os sujeitos da presente pesquisa buscam no censo comum as ancoragens para a elaboração de representações sociais sobre o alcoolismo. Ao associar o alcoolismo à pobreza, os profissionais de enfermagem estão recorrendo ao modelo moral, que culpabiliza o pobre por sua pobreza (TELLES, 2001) e responsabiliza o alcoolista por seu “vício” (VALENTIN, 2000; NEVES, 2004; MARTINS, 2010).

Retomando a proposta de Joffe (2003), a associação do alcoolismo à pobreza pode também trazer o significado: “eu não”, “o meu grupo não”. Nesse sentido, os profissionais de enfermagem, mesmo que vivenciem ou tenham vivenciado o alcoolismo em sua própria família, poderiam construir um consolo para si, acreditando que alcoolismo presente em sua família não é igual ao alcoolismo do morador de rua, logo, seria uma forma mais branda, quase uma negação do alcoolismo. Essa seria uma forma de criar um afastamento do alcoolismo representado como “praga”. Um afastamento que ratifica o estigma de “praga” ao mesmo tempo em que conforta os sujeitos por não terem sido atingidos por ela. Pode-se supor que essa representação sobre o alcoolismo mantém os sujeitos da pesquisa em uma situação que os faz sentir seguros. A representação social construída dessa maneira traduz em uma realidade que oferece aos profissionais de enfermagem a seguinte garantia: “Nós fomos poupados do alcoolismo ‘verdadeiro’” e “Se temos vivenciado o alcoolismo, é de uma forma branda, muito diferente desse alcoolismo visto nas ruas, que consome o ser humano e o reduz ao estado de indignância”. Para estes, é como se não houvesse remissão. Mas os “alcoolistas brandos” se quisessem parar de beber e se tivessem apoio dos serviços de saúde e apoio da

família, talvez para estes haja remissão. Para estes, que seriam os alcoolistas do “nosso” grupo.

Essa representação conduz o presente estudo a mais uma consideração: os profissionais de enfermagem representam Campos do Jordão como um município que oferece poucos serviços de atenção aos usuários de álcool. Esses serviços são representados como ineficientes e pouco divulgados, produzindo uma sensação de desamparo nas pessoas e nas famílias que buscam ajuda para a superação do alcoolismo. Situação pessoal vivenciada por algumas enfermeiras, conforme relatos das entrevistas. Algumas enfermeiras chegaram a mencionar que em Campos do Jordão só existem serviços de saúde pública que tratam das consequências do alcoolismo e que o tratamento da doença alcoolismo não é oferecido no município. Na ausência de um serviço eficaz de atenção ao usuário de álcool, possivelmente as enfermeiras consolidem suas crenças de que o alcoolismo só pode ser superado pela força de vontade do alcoolista.

A ineficiência dos serviços de atenção ao usuário de álcool foi apontada pelas enfermeiras como uma falha do sistema público em todo o Brasil, ou seja, as críticas não se restringiram aos serviços de saúde do município de Campos do Jordão. As enfermeiras consideram que deveria haver mais campanhas preventivas, principalmente direcionadas à população jovem, com o objetivo evitar uma iniciação precoce ao uso do álcool. Elas sugeriram nas entrevistas que essas campanhas deveriam ser feitas nas escolas e postos de saúde, como uma política pública de combate ao alcoolismo no Brasil.

As enfermeiras também sugeriram que nos municípios com menos de 70.000 habitantes, onde não são implantados os CAPS ad, deveria haver um sistema público alternativo de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, ou que o Ministério da Saúde mudasse o critério numérico, implantando o CAPS ad também nos municípios com população inferior a 70.000 habitantes. Foi possível observar nas entrevistas que as enfermeiras consideram as falhas do sistema público como algo que repercute em seu trabalho, pois, sendo precária a estrutura de atenção aos usuários de álcool e outras drogas no Brasil, os serviços oferecidos nas unidades de saúde são também precários, e o trabalho da enfermagem acaba sendo prejudicado, por maior que seja a boa vontade dos profissionais.

Em relação à sua atuação profissional, foi possível perceber que o grupo pesquisado representa a enfermagem como um trabalho que deve oferecer apoio aos pacientes alcoolistas. Ainda que estes sejam agressivos, sujos e ameacem a ordem local, são pacientes que precisam receber atenção e cuidado pela equipe de enfermagem, uma vez que a enfermagem é representada como uma profissão ligada à maternidade, ao cuidado e ao sacrifício (BORGES, *et al.*, 2003). As enfermeiras também representam sua profissão como um trabalho que deve

ser realizado necessariamente em equipe, na qual cada função e cada funcionário são importantes para que o trabalho seja eficiente. Sendo assim, é possível inferir que a atuação da enfermagem no atendimento ao paciente alcoolista é perpassada pelas representações de “vocação”, “cuidado”, “colaboração” e “maternidade” (BORGES *et al.*, 2003). Ou seja, mesmo que o alcoolista se apresente como um paciente desagradável, o trabalho é realizado sempre da melhor maneira possível, pois, mais que um trabalho, a enfermagem é uma “vocação”, um “chamado”, uma atuação pelo bem do outro, independentemente de quem seja esse outro, ou de qual seja a sua “culpa” (BORGES *et al.*, 2003). É claro que no trabalho diário os profissionais de enfermagem sentem cansaço, desânimo, impaciência e raiva, conforme algumas enfermeiras relataram nas entrevistas, mas esses sentimentos não são maiores do que a representação da enfermagem como “um trabalho pelo bem do outro”.

Pode-se concluir que nas representações das enfermeiras sobre o alcoolismo estão presentes duas formas de ancoragem:

- 1) O paciente alcoolista é representado como uma pessoa que ao mesmo tempo provoca e sofre diversas perdas (família, emprego, saúde), correndo o risco de perder a própria vida em decorrência do alcoolismo. Essa representação é ancorada na crença popular de que ao alcoolismo subjazem a pobreza, a solidão e a indigência, sendo esta uma ancoragem psicossociológica, pois se trata de uma representação que advém do senso comum e é reconstruída pelo sujeito (CHAMON, 2006).
- 2) O alcoolismo é representado como uma escolha pessoal do indivíduo, escolha que poderia ser evitada por ele. Essa representação está ancorada na crença, compartilhada por diversos grupos sociais, de que o alcoolista é responsável e culpado por sua doença, cabendo unicamente a ele a decisão de superar o alcoolismo. Essa seria uma ancoragem sociológica, pois diversos grupos constroem e comunicam a mesma representação e a relação simbólica entre esses grupos intervém na criação das representações sociais (CHAMON, 2006).

Essas representações expressam o conhecimento elaborado pelos profissionais de enfermagem sobre o alcoolismo e, de acordo com Moscovici (2010), é esse conhecimento que orienta as comunicações e instrumentaliza o grupo para atuar no cuidado ao paciente alcoolista. Ainda, conforme propõe Guareschi (2003), essas representações se constituem como realidade para o grupo, e é dentro dos limites dessa realidade que os sujeitos se comportam e se relacionam, ou seja, compartilham a vida social como profissionais de enfermagem.

## REFERÊNCIAS

ABRIC, J. C. O estudo Experimental das Representações Sociais. In: JODELET, D. **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.

ALVARENGA, A. T. *et al.* Histórico, fundamentos filosóficos e teórico-metodológicos da interdisciplinaridade. In: PHILLIPPI JR., A.; SILVA NETO, A. J. **Interdisciplinaridade em ciência, tecnologia & inovação**. Barueri, SP: Manole, 2011.

ALVES, V. S. Modelos de atenção á saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: Nov. 2009.

ANTIDROGAS, 2012. Disponível em [www.antidrogas.com.br](http://www.antidrogas.com.br). Acesso em 18.10.2012.

BAUMAN, Z. **Modernidade e Holocausto**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Edição revisada e atualizada. Lisboa: 70, 2008.

BERGER, P. L.; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade**. Petrópolis: Vozes, 1985.

BORGES, M. S.; GUILHEM, D.; DUARTE, R. A.; RIBEIRO, A. S. M. Representações sociais do trabalho da enfermagem: as ancoragens estruturais na visão da sociedade brasileira. **Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá, v. 2, n. 2, p. 113-122, jul./dez. 2003

BRAGA, E. C. *et al.* Tuberculose, patologia reemergente: incidência e fatores associados. **Revista Sociedade Brasileira de Clínica Médica**. 2 (1): 1-5, jan.-fev. 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portal da Saúde**. [www.Saude.gov.br](http://www.Saude.gov.br). Acessado em 07.02.2012.

\_\_\_\_\_. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). **Relatório Brasileiro sobre Drogas**. Brasília – DF, 2009.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília – DF, 2006.

\_\_\_\_\_. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**. Brasília – DF, 2005.

\_\_\_\_\_. **Álcool e Redução de Danos: uma abordagem inovadora para países em transição**. Brasília – DF, 2004.

\_\_\_\_\_. **A Política do Ministério da Saúde para a Atenção a Usuários de Álcool e Outras Drogas**. Brasília – DF, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Organização Panamericana de Saúde. **Proposta de diretrizes curriculares nacionais para o ensino técnico na área de saúde.** Brasília – DF, 1999.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080.** Brasília – DF, 1990.

BRONFENBRENNER, U. **A Ecologia do Desenvolvimento Humano:** experimentos naturais e planejados. Porto Alegre: ARTMED, 1996.

CABRAL, L. R.; FARATE, C. M. C.; DUARTE, J. C. Representações sociais sobre o álcool em estudantes do ensino superior. **Revista Referência,** Portugal, II.<sup>a</sup> Série - nº 4: 69-79, Jun. 2007

CAMPOS, C. J. G. Método de Análise de Conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem,** Brasília – DF, set/out. 2004.

CAMPOS, E. A.; REIS, J. G. Representações sobre o uso de álcool por mulheres em tratamento em um centro de referência na cidade de São Paulo – Brasil. **Interface Comunicação Saúde Educação,** São Paulo, Vol. 14, nº 34, jul./set. 2010.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa Qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto e Contexto Enfermagem,** Florianópolis, 2006.

CARRARO, T. E.; RASSOOL, G. H.; LUIS, M. A. V. A Formação do Enfermeiro e o Fenômeno das Drogas no Sul do Brasil: atitudes e crenças dos estudantes de enfermagem sobre o cuidado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem,** 2005, set. – out., 13 (número especial): 863-71.

CARVALHO, A. C.; LEAL, I. P. Construção e validação de uma escala de representações sociais do consumo de álcool e drogas em adolescentes. **Psicologia, Saúde & Doenças.** 7(2), 287-297, 2006.

CASTANHA, A. R.; ARAÚJO, L. F. Álcool e agentes comunitários de saúde: um estudo das representações sociais. **Revista PsicoUFS.** Vol. 11, nº 1, Itajubá, 2006.

CASTRO, P. Notas para uma leitura da teoria das representações sociais em S. Moscovici. **Análise Social,** vol. XXXVII (164), 2002, 949-979.

CHAMON, E. M. Q. O. Representação social da pesquisa e da atividade científica: um estudo com doutorandos. **Estudos de Psicologia,** 2007, 12 (1), p. 37-46.

CHAMON, E. M. Q. O. Representação social da pesquisa pelos doutorandos em ciências exatas. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, UERJ, RJ, ano 6, n. 2, 2º semestre de 2006.

CHAMON, E. M. Q. O.; CHAMON, M. A. **Preparando um texto para o software ALCESTE**. Taubaté, UNITAU, 2011.

\_\_\_\_\_. Representação Social e Risco: uma abordagem psicossocial. In: CHAMON, E. M. Q. O. (Org.) **Gestão de Organizações Públicas e Privadas**. Rio de Janeiro: Brasport, 2007.

COREN – SP. Disponível em: <http://www.corensp.gov.br>. Acesso em 10.06.2012.

COUTINHO, M. C.; KRAWULSKI, E.; SOARES, D. H. P. Identidade e Trabalho na Contemporaneidade: repensando articulações possíveis. **Psicologia & Sociedade**, 19. Edição Especial, 1: 29-37, 2007.

DATASUS, 2012. Ficha do Estabelecimento: Hospital S-3.  
[http://cnes.datasus.gov.br/Exibe\\_Ficha\\_Estabelecimento.asp?VCo\\_Unidade=3509702079143](http://cnes.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=3509702079143).  
Acessado em 03.03.2012.

DESCHAMPS, J.; MOLINER, P. **A Identidade em Psicologia Social: dos processos identitários às representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2009.

DESSEN, M. A.; GUEDEA, M. T. D. A ciência do desenvolvimento humano: ajustando o foco de análise. **Paidéia**, v. 15, n. 30, p. 11-20, 2005.

DIAZ HEREDIA, L. P.; MARZIALE, M. H. P. Papéis de profissionais, em centros de atenção ambulatoria em drogas, na cidade de Bogotá, Colômbia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, vol. 18, Ribeirão Preto, 2010.

DUBAR, C. **A Socialização: construção das identidades sociais e profissionais**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

DURKHEIM, E. Educação e Sociologia. **Fundação Nacional do Material Escolar**. P. 33-56. São Paulo: Melhoramentos, 1978.

DUVEEN, G. O Poder da Ideias. In: MOSCOVICI, S. **Representações Sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis: Vozes, 2010.

EDWARDS, G.; MARSHALL, E. J.; COOK, C. C. H. **O Tratamento do Alcoolismo: um guia para profissionais de saúde**. Porto Alegre, ARTMED, 1999.

FAZENDA, I. C. A. **Interdisciplinaridade: história, teoria e pesquisa**. Campinas: Papirus, 1994.

FELIPE, I. C. V.; GOMES, A. M. T. Consumo de álcool em escola pública: estudo de representações sociais. In: TRINDADE, Z. A. *et al.* **Estudos em Representações Sociais**, vol. III. (52-58). Vitória: Editora GM, 2012.

FERREIRA, A. A. A. *et al.* Os fatores associados à tuberculose pulmonar e à baciloscopia: uma contribuição ao diagnóstico nos serviços de saúde pública. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 2005, 8 (2), p. 142-9.

GALDURÓZ, J. C. F; NOTO, A. R.; NAPPO, S. A.; CARLINI, A. A. Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país – 2001. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, vol. 13, Ribeirão Preto, 2005, p. 888-895.

GASKELL, G.; BAWER, M. W. Para uma prestação de contas pública: além da amostra, da fidedignidade e da validade. In: GASKELL, G.; BAWER, M. W. (org.) **Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 7ª ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

GIDDENS, A. **Sociologia**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. C. Estudo da estrutura da representação social da autonomia profissional em enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem da USP**. 39 (2): 145-53, São Paulo, 2005.

GUARESCHI, P. Representações sociais, mídia e movimentos sociais. P. 77-92. In: GUARESCHI, P., HERNANDES, A., CÁRDENAS, M. **Representações Sociais em Movimento: psicologia do ativismo político**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010.

\_\_\_\_\_. “Sem dinheiro não há salvação”: ancorando o bem e o mal entre neopentecostais. P. 191-225. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. **Textos em Representações Sociais**. Petrópolis: Vozes, 2003.

\_\_\_\_\_. Representações sociais e ideologia. **Revista de Ciências Humanas**. Florianópolis: EDUFSC, Edição Especial Temática, p. 33-46, 2000.

HALL, S. **A Identidade Cultural na Pós-modernidade**. Rio de Janeiro, DP & A, 2001.

IBGE, 2012. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadessat>. Acessado em 10.04.2012.

JODELET, D. **Loucuras e Representações Sociais**. Petrópolis: Vozes, 2005.

\_\_\_\_\_. **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro, EdUERJ, 2001.

JOFFE, D. “Eu não”, “o meu grupo não”: representações sociais transculturais da AIDS. P. 297- 322. In: In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. **Textos em Representações Sociais**. Petrópolis: Vozes, 2003.

JOVCHELOVITCH, S. **Os Contextos do Saber: representações, comunidade e cultura.** Petrópolis: Vozes, 2011.

\_\_\_\_\_. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. P. 63-85. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. **Textos em Representações Sociais.** Petrópolis: Vozes, 2003.

LENOIR, I. Três interpretações da perspectiva interdisciplinar em educação em função de três tradições culturais distintas. **Revista E-Curriculum**, São Paulo, v. 1, n.1, dez.-jul. 2005-2006.

LOPES, A. R. C. Proposta Pedagógica: o plano de ação. In: **Formação Pedagógica em Educação Profissional na área de Saúde: Enfermagem.** Módulo 7. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2000.

MARTINS, L. F. *et. al.* Moralização sobre o uso de álcool entre estudantes de curso de saúde. **Revista Estudos de Psicologia**, jan./abr, 2010.

MEC – Ministério da Educação. Disponível em: [portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Enf.pdf](http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Enf.pdf). Acesso em: 20.10.2012.

MEIRA, S.; ARCOVERDE, M. A. M. Representações Sociais de enfermeiros de unidades básicas de um distrito sanitário de Foz do Iguaçu, PR, sobre o alcoolismo. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas.** Vol. 6, nº 1, artigo 11, 2010.

MELONI, J. N.; LARANJEIRA, R. Custo social e de saúde do consumo do álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 2004: 26 (Supl. I), p.7-10.

MERIGHI, M. A. B. Trajetória profissional das enfermeiras obstétricas egressas da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: um enfoque da fenomenologia social. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, set/out. 2002.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 2000.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Social** – teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1996.

MORAES, M. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. **Ciência e Saúde Coletiva**, 13 (1), p. 121-133, 2008.

MORETTI-PIRES, R. O.; MARINHO-LIMA. A.; KATSURAYAMA, M. Formação de médicos de saúde da família no interior da Amazônia sobre a problemática do abuso de álcool. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, Fortaleza, jan./mar. 2010.

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**, 35 (2), 2011.

MOSCOVICI, S. **A Psicanálise: Sua imagem e seu público**. Petrópolis: Vozes, 2012.

\_\_\_\_\_. **Psicologia das Minorias Ativas**. Petrópolis: Vozes, 2011a.

\_\_\_\_\_. **A Invenção da Sociedade: Sociologia e Psicologia**. Petrópolis: Vozes, 2011b.

\_\_\_\_\_. **Representações Sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis: Vozes, 2010.

\_\_\_\_\_. **A Representação Social da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

NASCIMENTO, A. R. A.; MENANDRO, P. R. M. Análise lexical e análise de conteúdo: uma proposta de utilização conjugada. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**. UERJ, RJ, ano 6, N. 2, pp. 72-88, 2º semestre de 2006

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

OMS – Organização Mundial de Saúde. **Classificação Internacional de Doenças – CID-10**, Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008>. Acesso em 15.03.2012.

\_\_\_\_\_. **Saúde Mental: nova concepção, nova esperança**. 2001.

PAULO FILHO, P. **A Montanha Magnífica**. Vol. 2. São Paulo: O Recado, 1997.

\_\_\_\_\_. **História de Campos do Jordão**. Aparecida: Santuário, 1986.

PEREIRA, O. G.; PIRES, J. R. Representações sociais do alcoolismo e toxodependência no meio laboral português. **Salud y drogas**. Vol. 6, Nº 1 (27-46). Alicante – Espanha, 2006.

PILLON, S. C.; LARANJEIRA, R. R. Formal education and nurse's attitudes towards alcohol and alcoholism in a Brazilian sample. **São Paulo Med J**. 2005; 123(4): 175-80.

PNUD – Programa das Nações unidas para o desenvolvimento. Disponível em [www.pnud.org.br/idh](http://www.pnud.org.br/idh). Acesso em 20.10.2012.

RAMOS, S. P.; BERTOLOTE, J. M. **Alcoolismo Hoje**. Porto alegre: ARTMED, 1997.

RAYNAUT, C. Interdisciplinaridade: mundo contemporâneo, complexidade e desafios à produção e à aplicação de conhecimentos. In: PHILLIPPI JR., A.; SILVA NETO, A. J. **Interdisciplinaridade em ciência, tecnologia & inovação**. Barueri, SP: Manole, 2011.

RIBEIRO, S. A.; MATSUI, T. N. Hospitalização por tuberculose em hospital universitário. **Jornal de Pneumologia**, 29 (1) jan.-fev. 2003.

RIBEIRO, M. (UNIAD – UNIFESP) Organização de serviços para tratamento da dependência do álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 26 (Supl. I), 2004.

ROCHA, E. G.; PEREIRA, M. L. D. Representações Sociais sobre Cirrose Hepática Alcoólica Elaboradas por seus Portadores. **Revista Escola Anna Nery de Enfermagem**, 11 (4) dez. 2007.

ROMANO, M.; LARANJEIRA, R. Alcohol no ordinary commodity - Research and public policy. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 24, n. 4, São Paulo, dez., 2004.

ROSSO, A.; STREY, M. N.; GUARESCHI, P.; BUENO, S. M. N. Cultura e Ideologia: a mídia revelando estereótipos raciais de gênero. **Psicologia e Sociedade**; 14 (2):74-94, jul./dez. 2002.

SÁ, C. P. **Construção do Objeto de Pesquisa em Representações Sociais**. Rio de Janeiro: Eduerj, 1998.

SANTOS, M. S. D.; VELÔSO, T. M. G. Alcoolismo: representações sociais elaboradas por alcoolistas em tratamento e por seus familiares. **Interface Comunicação Saúde Educação**. Vol. 12, nº 26, jul./set. 2008.

SÃO CAMILO SAÚDE, 2012. Disponível em <http://www.saocamilosaude.com.br>. Acesso em 10.04.2012.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Saúde. Divisão de Tuberculose. **Tuberculose**: manual de orientação. São Paulo, 2006.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Segurança Pública, 2013. Disponível em <http://www.infocrim.ssp.sp.gov.br/index.cfm?fuseaction=pes.natureza>. Acesso em 11.01.2013.

SECCHI, L. **Políticas Públicas**: Conceitos, Esquemas de Análise, Casos Práticos. São Paulo: Cengage Learning, 2010.

SENNET, R. **A Corrosão do caráter**: consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo. São Paulo: Record, 2001.

SIFUENTES, T. R.; DESSEN, M. A.; OLIVEIRA, M. C. S. L. Desenvolvimento humano: desafios para a compreensão das trajetórias probabilísticas. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 23, n. 4, p. 379-386, out.-dez. 2007.

SILVA, S. E. D.; PADILHA, M. I. Representações Sociais sobre o alcoolismo: histórias de vida de adolescentes. In: MARTINS-SILVA, P. *et al.* **Estudos em Representações Sociais**, vol. II. (185-91). Vitória: Editora GM, 2012a.

SILVA, S. E. D.; PADILHA, M. I. História de vida e o alcoolismo: representações sociais de adolescentes. In: TRINDADE, Z. A. *et al.* **Estudos em Representações Sociais**, vol. III. (83-87). Vitória: Editora GM, 2012b.

SILVA, A. L.; PADILHA, M. I. C. S.; BORENSTEIN, M. S. Imagem e identidade profissional na construção do conhecimento em enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, 10 (4): 586-95, jul.-ago. 2002.

SONTAG, S. **Doença como Metáfora: AIDS e suas metáforas**. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

SPINK, M. J. **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 2000.

\_\_\_\_\_. O Conceito de Representação Social na Abordagem Psicossocial. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 9 (3): 300-308, jul.-set. 1993.

TELLES, V. Pobreza e cidadania: figurações da questão social no Brasil moderno. In: \_\_\_\_\_ **Pobreza e Cidadania**. São Paulo: 34, 2001.

TOURAINÉ, A. **Crítica da Modernidade**. Petrópolis: Vozes, 2002.

UNIAD, Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas. Disponível em: <http://www.uniad.org.br/>. Acesso em 05.02.2012.

VALENTIM, A. O campo da *droga* em Portugal: medicalização e legitimação na construção do interdito. **Análise Social**, vol. XXXIV (153), 2000, 1007-1042

VARGAS, D. Atitudes de enfermeiros frente às habilidades de identificação para ajudar o paciente alcoolista. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, mar./abr. 2010.

VARGAS, D.; LABATE, R. C. Atitudes de enfermeiros de hospital geral frente ao uso do álcool e alcoolismo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, jan./fev. 2006.

ZALAF, M. R. R.; FONSECA, R. M. G. S. Na boca do CRUSP: programa de prevenção e acolhimento em caso de uso problemático de álcool e drogas. **Revista Escola Anna Nery de Enfermagem**, 11 (4), dez. 2007.

## APÊNDICE I

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (entrevista)

Você está sendo convidado/a para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido/a sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado/a de forma alguma.

#### INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: **“Representações Sociais de Enfermeiras sobre o Alcoolismo em Campos do Jordão”**.

Pesquisador Responsável: Débora Inácia Ribeiro

Telefones para contato: (12) 3664-2232 (12) 9111-4412

Trata-se de um estudo exploratório, com abordagem qualitativa, cujo objetivo é investigar as representações que as enfermeiras que trabalham nos serviços de saúde pública de Campos do Jordão constroem sobre o alcoolismo.

Os dados serão coletados por meio de entrevista, na qual você responderá a uma questão norteadora do seu depoimento, havendo mais vinte questões que podem ser colocadas como desdobramentos da questão inicial. As entrevistas serão gravadas em mídia digital e, após serem transcritas, serão deletadas.

As informações serão analisadas e transcritas pelo pesquisador, não sendo divulgada a identificação de nenhum depoente. O anonimato será assegurado em todo processo da pesquisa, bem como no momento das divulgações dos dados por meio de publicação em periódicos e/ou apresentação em eventos científicos. O depoente terá o direito de retirar o consentimento a qualquer tempo. A sua participação dará a possibilidade de ampliar o conhecimento sobre o alcoolismo em Campos do Jordão.

Nome e Assinatura do pesquisador \_\_\_\_\_

#### CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do estudo “Representações Sociais de Enfermeiras sobre o Alcoolismo em Campos do Jordão”, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Débora Inácia Ribeiro sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura do sujeito: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE II

### **Instrumento de coleta de dados: Entrevista com enfermeiras.**

#### **Pergunta inicial:**

Fale-me um pouco de você como enfermeira.

#### **Aspectos a serem abordados:**

- Conte-me como você escolheu e entrou em sua profissão.
- Você exerceu outra profissão antes de ser enfermeira/técnica? Descreva-me essa experiência.
- Conte-me o que é o alcoolismo para você.
- Você tem contato em seu trabalho com esse quadro? Relate-me como se dá o atendimento.
- A que você atribui o alcoolismo?
- Fale-me sobre os alcoolistas que você atende em seu trabalho?
- Houve algum atendimento a alcoolista que foi marcante para você? Conte-me como foi?
- Como você descreve a sua experiência profissional com o alcoolismo?
- Como você avalia o sistema público de atenção ao alcoolismo?
- Em quais lugares você já trabalhou como enfermeira (cidades, instituições)?
- Como você avalia as políticas, programas, projetos e ações de atenção ao alcoolismo desenvolvidas pelas instituições onde trabalha/trabalhou.
- Fale-me das condições de trabalho no\_\_\_\_\_ (nome do estabelecimento onde trabalha).
- Existe uma equipe interdisciplinar de atenção ao alcoolismo? Como está constituída?
- Qual a quantidade aproximada de alcoolistas atendidos no\_\_\_\_\_ (diariamente, semanalmente/mensalmente)
- Quais as queixas (comorbidades) principais dos alcoolistas que você atende?

- Você passou ou passa por alguma experiência pessoal com alcoolistas (parentes, amigos, namorado/a)?
- Como você vê a pessoa do alcoolista?
- O que você pensa sobre a família do alcoolista?
- Qual a sua percepção sobre as particularidades do alcoolismo em Campos do Jordão (e as possíveis diferenças em relação a outras cidades)?
- Como você avalia as políticas públicas de atenção ao alcoolismo no Brasil?
- Como você avalia as políticas públicas de atenção ao alcoolismo em Campos do Jordão?

**Formulário:**

Data: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Tempo de profissão como enfermeira: \_\_\_\_\_ Como técnica: \_\_\_\_\_

Tempo de atuação em Campos do Jordão: \_\_\_\_\_

Tempo de atuação em outros lugares: \_\_\_\_\_

Instituição onde trabalha: \_\_\_\_\_

Setor em que trabalha: \_\_\_\_\_

Observação: \_\_\_\_\_

### APÊNDICE III

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Questionário)

Você está sendo convidado/a para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido/a sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado/a de forma alguma.

#### INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: **“Representações Sociais de Profissionais da Enfermagem sobre o Alcoolismo em uma Cidade Serrana”**.

Pesquisador Responsável: Débora Inácia Ribeiro

Telefones para contato: (12) 3664-2232 (12) 9111-4412

Trata-se de um estudo exploratório, com abordagem qualitativa, cujo objetivo é investigar as representações que as enfermeiras que trabalham nos serviços de saúde pública de Campos do Jordão constroem sobre o alcoolismo.

Os dados serão coletados por meio de um questionário, no qual você responderá a 34 questões direcionadas para a investigação do objeto de estudo.

As informações serão analisadas pelo pesquisador, não sendo divulgada a identificação de nenhum depoente. O anonimato será assegurado em todo processo da pesquisa, bem como no momento das divulgações dos dados por meio de publicação em periódicos e/ou apresentação em eventos científicos. O depoente terá o direito de retirar o consentimento a qualquer tempo. A sua participação dará a possibilidade de ampliar o conhecimento sobre o alcoolismo em Campos do Jordão.

Nome e Assinatura do pesquisador \_\_\_\_\_

#### CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

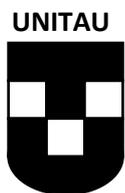
Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do estudo “Representações Sociais de Profissionais da Enfermagem sobre o Alcoolismo em uma Cidade Serrana”, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Débora Inácia Ribeiro sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Assinatura do sujeito: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE IV

### Instrumento de coleta de dados: questionário

**UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ**

Autarquia Municipal de Regime Especial  
Reconhecida pelo DEC. FED. 78.924/76  
C.G.C. 45.176.153/0001-22

**REITORIA**

Rua Quatro de Março, 432 CEP.12020-270 – Taubaté – SP  
TELEFONE(PABX) (0XX12) 225.4100 – FAX: 232.7660

**PRÓ-REITORIAS E  
SECRETARIA GERAL**

Av. Nove de Julho, 199/243/245

## QUESTIONÁRIO

Este questionário é parte integrante de uma pesquisa para o curso de Mestrado em Desenvolvimento Humano: Formação, Políticas e Práticas Sociais da Universidade de Taubaté – UNITAU.

Seguindo os preceitos éticos, informamos que sua participação será absolutamente sigilosa, não constando seu nome ou qualquer outro dado referente a sua pessoa que possa identificá-lo(a) no relatório final ou em qualquer publicação posterior sobre esta pesquisa. Pela natureza da pesquisa, sua participação não acarretará em qualquer dano a sua pessoa.

Você tem a total liberdade para recusar sua participação, assim como solicitar a exclusão de seus dados, retirando seu consentimento sem qualquer penalidade ou prejuízo, quando assim o desejar.

Agradeço sua participação, enfatizando que a mesma em muito contribui para a formação e para a construção de um conhecimento atual nesta área.

Muito obrigada pela sua colaboração.

## Avalie sua formação em relação aos conceitos teóricos sobre o alcoolismo

### 1. Como você avalia sua formação teórica geral sobre o alcoolismo?

- Ofereceu-me uma base sólida para atender ao paciente alcoolista
- Ofereceu-me base suficiente para atender ao paciente alcoolista
- Considero que foi insuficiente
- Não tive formação orientada para esse tema

### 2. Como você avalia sua formação sobre o quadro psicológico e comportamental do alcoolista?

- Ofereceu-me uma base sólida para atender ao paciente alcoolista
- Ofereceu-me base suficiente para atender ao paciente alcoolista
- Considero que foi insuficiente
- Não tive formação orientada para esse tema

### 3. Como você avalia sua formação sobre as questões relacionadas à família do paciente alcoolista?

- Ofereceu-me uma base sólida para atender ao paciente alcoolista
- Ofereceu-me base suficiente para atender ao paciente alcoolista
- Considero que foi insuficiente
- Não tive formação orientada para esse tema

## Avalie as publicações do ministério da saúde sobre a atenção ao paciente alcoolista

### 4. Qual sua opinião sobre as formas de divulgação das políticas do Ministério da Saúde para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas:

Satisfatória

Pouco satisfatória

Insatisfatória

### 5. Você conhece a publicação "A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas"?

Sim

Não

### 6. Caso conheça, de que forma tomou conhecimento da publicação?

Pesquisa pessoal

Curso de formação inicial

Curso de formação complementar

Campanha de divulgação do Ministério da Saúde

### 7. Você conhece a publicação "Álcool e Redução de Danos: uma abordagem para países em transição"?

Sim

Não

### 8. Caso conheça, de que forma tomou conhecimento da publicação?

Pesquisa pessoal

Curso de formação inicial

Curso de formação complementar

Campanha de divulgação do Ministério da Saúde

A publicação “A política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas” apresenta a seguinte proposta:

*Quanto à capacitação, devem ser ampliadas as atividades do Programa Permanente de Capacitação de Recursos Humanos para os Serviços de Atenção aos Usuários de Drogas na Rede SUS do Ministério da Saúde, capacitando não apenas os profissionais que atuam nos CAPSad, como também os que atuam nas demais unidades assistenciais, atividade também extensiva ao PSF e PACS, contemplando também a capacitação para profissionais de nível médio que atuam na assistência aos problemas relacionados ao uso do álcool (BRASIL, 2003, p. 20).*

**9. Você já participou de alguma capacitação desse tipo?**

Sim

Não

O que você pensa sobre o alcoolismo?

**10. Você considera o alcoolismo (você pode marcar mais de uma opção):**

Uma doença

Um problema social

Uma falha de caráter

Outro: \_\_\_\_\_

**11. A que você atribui o alcoolismo? (**

A questões biológicas

A hábitos familiares

A problemas sociais

A fraqueza psicológica do próprio alcoolista

Outro: \_\_\_\_\_

**12. Como você considera o alcoolista? (você pode marcar mais de uma opção):**

Uma pessoa que causa incômodo/risco à sociedade

Uma pessoa solitária

Uma pessoa que causa pena

Outro: \_\_\_\_\_

**13. O que você pensa sobre a família do alcoolista? (você pode marcar mais de uma opção):**

Geralmente a família contribui para o surgimento do alcoolismo

A família é vítima do alcoolismo

Geralmente a família se afasta do alcoolista

Outro: \_\_\_\_\_

**14. Você considera que o alcoolismo em Campos do Jordão:**

Acontece como em qualquer outra cidade

Tem incidência maior do que em outras cidades que conheço

Tem incidência menor do que em outras cidades que conheço

**15. Você considera que algum(s) dos motivos abaixo favorece o surgimento do alcoolismo em Campos do Jordão? (você pode marcar mais de uma opção):**

Frio

Pobreza

Falta de opção de lazer e entretenimento

Outro: \_\_\_\_\_

**16. Como você considera os projetos de saúde pública na atenção ao alcoolismo em Campos do Jordão?**

Suficientes para atender à população

Insuficientes para atender à população

Existe pouca divulgação a respeito desses projetos

Desconheço a existência desses projetos

17. Entre as palavras listadas a seguir, escolha 5 (cinco) que lhe vêm imediatamente à cabeça quando pensa em alcoolismo:

- |                                      |                                     |  |                                       |   |
|--------------------------------------|-------------------------------------|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> acidente    | <input type="checkbox"/> apoio      | <input type="checkbox"/> degradação    | <input type="checkbox"/> dependência  | <input type="checkbox"/> depressão          |
| <input type="checkbox"/> desemprego  | <input type="checkbox"/> destruição | <input type="checkbox"/> doença        | <input type="checkbox"/> droga        | <input type="checkbox"/> esquecimento       |
| <input type="checkbox"/> exclusão    | <input type="checkbox"/> família    | <input type="checkbox"/> fraqueza      | <input type="checkbox"/> incapacidade | <input type="checkbox"/> irresponsabilidade |
| <input type="checkbox"/> isolamento  | <input type="checkbox"/> juventude  | <input type="checkbox"/> marginalidade | <input type="checkbox"/> miséria      | <input type="checkbox"/> pobreza            |
| <input type="checkbox"/> recuperação | <input type="checkbox"/> roubo      | <input type="checkbox"/> sofrimento    | <input type="checkbox"/> solidão      | <input type="checkbox"/> trabalho           |
| <input type="checkbox"/> tratamento  | <input type="checkbox"/> tristeza   | <input type="checkbox"/> vício         | <input type="checkbox"/> violência    |   |

### Sua percepção sobre o alcoolista

Para cada uma das afirmações a seguir, marque a resposta que mais corresponde a sua opinião.

Marque somente uma resposta.

18. A oferta de bebida alcoólica leva o indivíduo a beber.

- |                          |                          |                           |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Discordo totalmente      | Discordo parcialmente    | Nem concordo nem discordo | Concordo parcialmente    | Concordo totalmente      |

19. Ver outras pessoas bebendo leva o indivíduo também a beber.

- |                          |                          |                           |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Discordo totalmente      | Discordo parcialmente    | Nem concordo nem discordo | Concordo parcialmente    | Concordo totalmente      |

20. A publicidade de bebidas alcoólicas leva o indivíduo a beber mais.

- |                          |                          |                           |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Discordo totalmente      | Discordo parcialmente    | Nem concordo nem discordo | Concordo parcialmente    | Concordo totalmente      |

21. O indivíduo alcoolista acredita que a bebida pode aquecer.

- |                          |                          |                           |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Discordo totalmente      | Discordo parcialmente    | Nem concordo nem discordo | Concordo parcialmente    | Concordo totalmente      |

22. O indivíduo alcoolista considera o álcool uma droga.

- |                          |                          |                           |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Discordo totalmente      | Discordo parcialmente    | Nem concordo nem discordo | Concordo parcialmente    | Concordo totalmente      |

23. O indivíduo alcoolista sabe que o álcool pode causar dependência.

- |                          |                          |                           |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Discordo totalmente      | Discordo parcialmente    | Nem concordo nem discordo | Concordo parcialmente    | Concordo totalmente      |

24. Se o indivíduo está com amigos que bebem ele acaba bebendo mais do que o costume.

- |                          |                          |                           |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Discordo totalmente      | Discordo parcialmente    | Nem concordo nem discordo | Concordo parcialmente    | Concordo totalmente      |

25. O indivíduo alcoolista bebe por se sentir aborrecido ou triste.

Discordo  
totalmente

Discordo  
parcialmente

Nem concordo  
nem discordo

Concordo  
parcialmente

Concordo  
totalmente

26. Os jovens bebem para se sentirem mais adultos.

Discordo  
totalmente

Discordo  
parcialmente

Nem concordo  
nem discordo

Concordo  
parcialmente

Concordo  
totalmente

27. O indivíduo alcoolista bebe para relaxar ou acalmar os nervos.

Discordo  
totalmente

Discordo  
parcialmente

Nem concordo  
nem discordo

Concordo  
parcialmente

Concordo  
totalmente

28. O indivíduo alcoolista bebe para se sentir integrado a seu grupo.

Discordo  
totalmente

Discordo  
parcialmente

Nem concordo  
nem discordo

Concordo  
parcialmente

Concordo  
totalmente

Informações gerais sobre você (lembre-se, o anonimato é assegurado)

29. Qual é seu sexo?

Masculino

Feminino

30. Qual é sua idade (em anos completos)? \_\_\_\_\_

31. Qual seu estado civil?

Casado(a)

Solteiro(a)

Viúvo(a)

Separado(a)/Divorciado(a)

Vive maritalmente

32. Qual sua formação?

Auxiliar de enfermagem

Técnico em enfermagem

Graduação em enfermagem

Pós-graduação em enfermagem

33. Quantas horas você trabalha por semana?

Menos de 36 horas

De 36 a 48 horas

Mais de 48 horas

34. Há quanto tempo você trabalha na área da enfermagem (em anos completos)? \_\_\_\_\_

