

USO E ABUSO DO ÁLCOOL NO BRASIL NOS ÚLTIMOS 100 ANOS: LOCAIS DE ATENDIMENTO E O PAPEL DA ENFERMAGEM

MANCA, Janaina de Souza Assueiro

Discente do curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências Sociais e Agrárias de Itapeva

MENEZES, Juliana Adriana do Nascimento

Discente do curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências Sociais e Agrárias de Itapeva

SILVA, Julia Carolina de Mattos

Docente do curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências Sociais e Agrárias de Itapeva
Mestranda em Educação nas profissões da saúde pela Pontifícia Universidade Católica

RESUMO

O uso da substância e o comportamento humano são questões complexas que requerem enfoque holístico de modo contínuo em ambos os focos: entendimento da causa do uso e sua aplicação da prática assistencial. Os modelos procuram explicar a origem dos problemas relacionados ao álcool e drogas, mas enquanto uns enfocam o problema numa abordagem em particular, existem outros que esboçam variedade de opções para intervenções. O conhecimento da incidência e dos modos de tratamento no contexto histórico, oferece perspectivas no entendimento do uso das substâncias pelas diferentes áreas de conhecimento, retrata o papel da enfermagem nos períodos referenciados, proporcionando conteúdo para uma reflexão que possa subsidiar novas propostas de atuação de enfermagem de acordo com os dias atuais. Nesse sentido, foram apresentadas as principais estratégias que o enfermeiro pode utilizar no tratamento e reabilitação dos dependentes.

O enfermeiro, desde que capacitado, pode contribuir efetivamente com a sua prática nessa área de grande relevância social. O conhecimento dos modelos explicativos pode fornecer meios que subsidiem sua atuação de acordo com as necessidades dos usuários e das diretrizes de saúde.

Palavras Chave: Enfermagem, Alcoolismo, Vício, Intervenção

ABSTRACT

The substance use and human behavior are complex issues that require holistic continuously in both foci: understanding the cause of the use and application of clinical practice. The models attempt to explain the origin of the problems related to alcohol and drugs, but while some focus on the problem in a particular approach, there are others that outline variety of options for intervention. The knowledge of the incidence and forms of treatment in the historical context, provides insights on the use of substances by different areas of knowledge, portrays the role of nursing in the periods referenced, providing content to reflect that new proposals can subsidize nursing performance according to the present day. Accordingly, we presented the main strategies that nurses can use in the treatment and rehabilitation of addicts. The nurse since trained, can contribute effectively to their practice in this area of great social relevance. Knowledge of explanatory models may provide a means to subsidize their performance according to users' needs and health guidelines.
Keywords: Nursing, Alcoholism, Addiction, Intervention.

1. INTRODUÇÃO

O uso do álcool esta na sociedade desde muito tempo atrás, era sinônimo de status, o uso começou com a fabricação cerveja e do vinho que era somente a fermentação de alguns tipos de alimentos, depois foram introduzidos os destilados (CEBRID; 2003).

Quando os portugueses chegaram ao Brasil aprenderam com os índios a fazer a cachaça que é apenas a fermentação do caldo da cana-de-açúcar. O hábito de beber esta entranhada na nossa cultura, ele faz parte da nossa maneira de ser social, como o quentão na festa de São João, a cerveja em um churrasco com os amigos, o vinho em uma ocasião mais especial (ANDRADE; ESPINHEIRA; 2012).

Para o cuidado com os usuários o Ministério da Saúde sancionou uma portaria regulando o atendimento do dependente de drogas e álcool em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS-AD), tendo uma equipe mínima da qual os enfermeiros e auxiliares de enfermagem fazem parte. Se, antes da legislação, a maneira prática já solicitava os conhecimentos específicos, a exigência da inclusão do enfermeiro na equipe de saúde que presta cuidados aos dependentes uniu essa necessidade em todo o País (PILLON; LUIS, 2004).

Ainda segundo PILLON; LUIS, 2004 por outro lado, o enfermeiro tem possibilidade de cuidar, dando alternativas, fazendo as adaptações necessárias nos seus planos assistenciais em geral e promovendo a assistência aos pacientes com problemas decorrentes do consumo de álcool e drogas. A experiência em outros países tem mostrado que o novo modelo assistencial disponível à enfermagem, nessa área, tem como objetivo promover iniciativas na comunidade bem como na assistência direta tanto ao indivíduo, quanto à família e grupos específicos da comunidade.

O uso da substância química nessa visão é visto como o agente gerador de malefícios, que precisa ser tratado de alguma maneira. Nesse sentido, o enfermeiro pode auxiliar nessa instrumentalização, incentivando e apoiando os

usuários a assumirem a responsabilidade pela melhora na qualidade de sua vida em todos os níveis (PILLON; LUIS, 2004).

2. REVISÃO DE LITERATURA

Registros em artigos da CEBRID; 2003 mostram que o uso do álcool esta presente desde 6000 a.C., o uso era sinal de status e em algumas religiões a substância era tida como sagrada, por isso o hábito de beber é mantido até hoje, por religiosos que consomem vinho por exemplo. No início as bebidas habituais eram mais fracas, como a cerveja e o vinho que precisava exclusivamente da fermentação, com o avanço dos tempos surgiram então as bebidas destiladas que passaram a ser consideradas como remédio de cura para todos os males. Por ser uma bebida mais forte o alívio da dor e rebaixamento de nível de consciência (que fazia esquecer os problemas) tinham efeito mais rápido.

A partir da Revolução Industrial o uso se tornou mais comum e um maior número de pessoas passaram a fazer uso, causando assim um número maior de doenças relacionadas ao uso de álcool (CEBRID; 2003).

Como lembra ANDRADE; ESPINHEIRA, 2012 quando os portugueses chegaram ao Brasil, no início da colonização, descobriram o costume indígena de produzir e beber uma bebida forte, fermentada a partir da mandioca, denominada cauim. Ela era utilizada em rituais, em festas.

No entanto, os portugueses conheciam o vinho e a cerveja e, logo mais, aprenderiam a fazer a cachaça, coisa que não foi difícil, pois para fazer o açúcar a partir da cana-de-açúcar, acabaram descobrindo um melaço que colocavam no cocho para animais e escravos, denominado de "Cagaça", que depois veio a ser cachaça, destilada em alambique de barro e, muito mais tarde, de cobre (CEBRID; 2003).

A cachaça é conhecida de muito tempo, desde os primeiros momentos em que se começava a fazer do Brasil, o Brasil. O açúcar, para adoçar e alegrar os europeus, curar e fazer esquecer a amargura da escravidão. Usavam a cachaça para curar dores mentais, para esquecer as dores do corpo e da alma, para chamar espíritos em festas, para dar mais coragem em medrosos e para esquecer traições e ilusões (ANDRADE, ESPINHEIRA; 2012).

Com o aumento do consumo de bebidas alcoólicas, aumentaram então o número de dependentes dessa droga. No início da urbanização do Rio de Janeiro, ampliou e expôs os problemas sanitários. Um deles dizia respeito aos enfermos psiquiátricos e alcoólatras. O atendimento aos “loucos e bêbados” era tarefa da Irmandade da Misericórdia e esteve nas mãos da Santa Casa até a proclamação da República em 1889 (MIRANDA-SÁ Jr; 2009).

Os doentes mentais e alcoólatras eram abandonados nas ruas e somente alguns eram assistidos nas Santas Casas, com a superlotação eram colocados até nos porões. Com as ruas cheias de “alienados, vagabundos” e outros nomes pejorativos que eram chamados, D. Pedro II então decretou que fosse então criado o hospício D. Pedro II. Pelo decreto Nº 82 (1.841):

“Desejando assinalar o fausto dia de minha sagração com a criação de um estabelecimento de pública beneficência: hei por bem fundar um hospital destinado privativamente para tratamento de alienados com a denominação de HOSPÍCIO PEDRO II o qual ficará anexo ao Hospital da Santa Casa de Misericórdia desta Corte, debaixo de minha imperial proteção, aplicando desde já para princípio de sua fundação o produto das subscrições promovidas por uma comissão da praça do comércio, e pelo provedor da sobredita Santa Casa, além das quantias com que eu houver por bem contribuir” (MIRANDA-SÁ Jr; 2009).

Segundo SANTOS; VERANI, 2009 a partir dos anos 1910, o tratamento do alcoolismo se daria no hospício. Era através da internação que os alcoólatras, poderiam ser resgatado para o convívio social.

Em 1978 houve a Reforma Psiquiátrica, que tinha como objetivo ir diminuindo e por fim se acabando com os hospícios, por terem várias queixas de que internos estavam tendo tratamento desumano (MS; 2005).

Sob a influência da Reforma Psiquiátrica no Brasil, o Ministério da Saúde, em 1992, pela Portaria nº 224/19922 passou a financiar e normatizar novos serviços de saúde mental, regulamentando os Núcleos/ Centros de Atenção Psicossocial (NAPSs/ CAPSs), que deviam priorizar o tratamento ambulatorial de caráter interdisciplinar (MS; 2005).

O Ministério da Saúde, em 2002, criou o CAPSad, que se tornou serviço de referência na rede de saúde mental para implantação das políticas de

promoção da saúde, prevenção e tratamento dos pacientes com abuso/dependência de álcool e drogas (SILVEIRA, REZENDE, MOURA; 2010).

Os CAPSad devem oferecer atendimento diário a pacientes que fazem um uso prejudicial de álcool e outras drogas, permitindo o planejamento terapêutico individualizado de evolução contínua, possibilita ainda intervenções precoces. Assim, a rede proposta se baseia nesses serviços comunitários, apoiados por leitos psiquiátricos em hospital geral e outras práticas de atenção comunitária, de acordo com as necessidades da população-alvo dos trabalhos. Os CAPSad desenvolvem um leque de atividades que vão desde o atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros) até atendimentos em grupo ou oficinas terapêuticas e visitas domiciliares. Também devem oferecer condições para o repouso, desintoxicação ambulatorial de pacientes que necessitem desse tipo de cuidados e que não demandem por atenção clínica hospitalar (MS; 2005).

Além dos CAPSad, os doentes também devem estar inseridos na atuação do Programa de Saúde da Família, Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Programas de Redução de Danos e da Rede Básica de Saúde (MS; 2004).

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 do SUS do Ministério da Saúde, capacitando não apenas os profissionais que atuarão nos CAPS ad, 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. É fundamental o desenvolvimento, em ação conjunta com o Ministério da Educação, a modificação do currículo dos cursos de graduação na área da saúde, exigindo a abordagem dos problemas relacionados ao uso do álcool (MS; 2004).

A atenção integral ao paciente no CAPS AD inclui as seguintes atividades:

- Atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, orientação, entre outros);
- Atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

- Oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- Visitas e atendimentos domiciliares;
- Atendimento à família;
- Atividades de integração na comunidade em geral;
- Acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana, com, no mínimo, 8 (oito) e, no máximo, 12 (doze) leitos, para realizar intervenções a situações de crise (abstinência e/ou desintoxicação sem intercorrência clínica grave e comorbidades) e, também, repouso e/ou observação;
- Os pacientes assistidos em um turno (4 horas) receberão uma refeição diária dos quais assistidos em dois turnos (8 horas) receberão duas refeições diárias, e os que permanecerem no serviço durante 24 horas contínuas receberão 4 (quatro) refeições diárias;
- A permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno, caso seja necessário prolongar-se para além do período médio de 2 a 5 dias, fica limitada a 10 (dez) dias corridos ou 14 (quatorze) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias; e
- Estratégias de redução de danos dentro e fora do CAPS AD em articulação com profissionais da atenção básica.

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS AD, para o atendimento de 40 (quarenta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 60 (sessenta) pacientes/dia, em regime intensivo, será composto por:

- 1 (um) médico clínico;
- 1 (um) médico psiquiatra;
- 1 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;
- 5 (cinco) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;
- 4 (quatro) técnicos de enfermagem; e
- 4 (quatro) profissionais de nível médio: redutor de danos, técnico administrativo, técnico educacional, artesão e/ou outros (FEBRAC; 2001).

Segundo a FEBRACT; 2001 outro local aonde o dependente de álcool e droga poderá ser assistido são comunidades terapêuticas. Em 1953 o psiquiatra escocês Maxwell Jones propôs o que foi denominada de "3ª Revolução na Psiquiatria". A Comunidade Terapêutica proposta diferia em tudo dos hospitais psiquiátricos então existentes. A proposta de Maxwell Jones, realmente revolucionária, era a de democratizar essa estrutura diminuindo drasticamente a separação entre os diferentes níveis, estimulando a comunicação entre todos os membros, incluindo todos (inclusive o ambiente) no processo terapêutico, fazendo com que os internos participassem da condução do dia-a-dia da Comunidade. As Assembleias Gerais com a participação dos internos, todos com o direito de perguntar e de expor suas ideias, garantiam a manutenção dos objetivos propostos.

Lembrando que a CT não se destina a todo tipo de dependente, deve ser aceita voluntariamente e que o residente é o principal ator de sua cura, ficando a equipe com o papel de proporcionar apoio e ajuda (FEBRACT; 2001).

O ambiente da CT deve possibilitar a aprendizagem social oferecendo a oportunidade de interagir, escutar, aprender, projetar, envolver-se e crescer de maneira que, normalmente reflita a capacidade e o potencial individual e coletivo das pessoas que dele fazem parte (CEBRID; 2003).

A maioria das comunidades usam como lema os 12 passos:

1. Admitimos que fomos impotentes perante o álcool - que as nossas vidas se tinham tornado ingovernáveis.
2. Viemos a acreditar que um Poder superior a nós mesmos nos poderiam restituir a sanidade.
3. Decidimos entregar a nossa vontade e a nossa vida aos cuidados de Deus, como o concebíamos.
4. Fizemos, sem medo, um minucioso inventário moral de nós mesmos.
5. Admitimos perante Deus, perante nós próprios e perante outro ser humano a natureza exata dos nossos erros.
6. Dispusemo-nos inteiramente a aceitar que Deus nos libertasse de todos estes defeitos de carácter.
7. Humildemente Lhe pedimos que nos livrasse das nossas imperfeições.
8. Fizemos uma lista de todas as pessoas a quem tínhamos causado danos e dispusemo-nos a fazer reparações a todas elas.

9. Fizemos reparações diretas a tais pessoas sempre que possível, exceto quando fazê-lo implicasse prejudicá-las ou a outras.
10. Continuamos a fazer o inventário pessoal e quando estávamos errados admitíamos-lo imediatamente.
11. Procuramos através da oração e da meditação melhorar o nosso contacto consciente com Deus, como O concebíamos, pedindo apenas o conhecimento da Sua vontade em relação a nós e a força para realizá-la.
12. Tendo tido um despertar espiritual como resultado destes passos, procuramos levar esta mensagem a outros alcoólicos e praticar estes princípios em todos os aspectos da nossa vida (FEBRACK; 2001).

3. MATERIAIS E MÉTODOS

A abordagem da presente pesquisa foi qualitativa, sendo realizada através da revisão de literatura utilizando sites fidedignos, revistas científicas e folhetos explicativos. As principais palavras utilizadas para a realização desta pesquisa foram: Alcoolismo, enfermagem, vício, intervenção.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se a importância que o profissional tem no estudo do tema para poder melhor entender e atender seus pacientes.

Sobre a história do alcoolismo e de nossa história atual na qual o álcool parece fazer parte inseparável de nossas relações, podemos destacar o papel importante que a mídia vem fazendo para que seu consumo seja cada vez mais elevado. Sol, praia, lazer, prazer e lindos corpos esculturais são a atração para o consumo cada vez mais elevado de bebida alcoólica, principalmente, de cerveja.

Para que tenha algum lugar para o tratamento e recuperação desses doentes o Ministério da Saúde então propôs a abertura de CAPS ad e apoios para Comunidades Terapêuticas, para obter um tratamento humanizado e eficaz para o retorno do convívio social e comunitário dessas pessoas.

Estudando e pesquisando esse tema percebemos a necessidade de mais estudos relacionados a este tema.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil:** Distrito Federal: 2005 disponível em <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf > acesso em 12 de Setembro de 2012.

CEBRID. **Bebidas alcoólicas:** Distrito Federal: 2003 disponível em <<http://www.cebrid.epm.br/index.php>> acesso em 02 de Setembro de 2012.

ALVES; VÂNIA SAMPAIO. **Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas:** Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, vol.25 no.11; acesso em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009001100002&script=sci_arttext..> acessado em 7 de Setembro de 2012.

DE ANDRADE; TARCISIO MATOS; ESPINHEIRA CARLOS GERALDO D'ANDREA. **A presença das bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas na cultura brasileira:** São Paulo: 2012 disponível em <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/web/biblioteca/abrowser.php?sp=/var/www/html/portais/OBID/biblioteca/documentos/&sub=Veja_tambem> acesso em 10 de Setembro de 2012.

DE MIRANDA-SÁ Jr; LUIZ SALVADOR. **Breve histórico da psiquiatria no Brasil: do período colonial à atualidade:** Rio Grande do Sul: 2009. Revista Psiquiátrica Ed.29. pag 156-158; disponível em <www.scielo.br/pdf/rprs/v29n2/v29n2a05.pdf> acesso em 10 de setembro 2012.

DOS SANTOS; FERNANDO SERGIO DUMA; VERANI; ANA CAROLINA. **Alcoolismo e medicina psiquiátrica no Brasil do início do século XX:** Rio de Janeiro: 2010: Hist. cienc. saude-Manguinhos vol.17 supl.2; disponível em

< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702010000600008 > acesso em 05 de Setembro de 2012.

SILVEIRA, RICARDO WAGNER MACHADO; REZENDE, DIOGO; MOURA, WILLIAN ARAÚJO. **Pesquisa-intervenção em um CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas**: São Paulo 2010: Revista Interinstitucional de Psicologia, 3, 184-197.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**: Ministério da Saúde: Brasília; 2004.

FEBRACT. **Drogas e Álcool - Prevenção e Tratamento**. Ed. Komedi, 2001.

PILLON, SANDRA CRISTINA; LUIS, MARGARITA ANTONIA VILLAR. **Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática da enfermagem**: São Paulo: 2004: Rev. Latino-Am. Enfermagem v.12 n.4; disponível em < <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000400014>> acesso em 05 de Setembro de 2012.