

A EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO UMA ESTRATÉGIA PARA ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO ALCOOLISMO

The Education in Health as Nursing Strategy in the Prevention of the Alcoholism

La Educación en Salud como una Estrategia para Enfermería en la Prevención del Alcoholismo

Silvio Éder Dias da Silva¹

Eseane Vilela Vasconcelos²

Maria Itayra Coelho de Souza Padilha³

Jussara Gue Martini⁴

Vânia Marli Schubert Backes⁵

Resumo

Os relatórios de organizações internacionais evidenciam que 200 milhões de pessoas consumiram alguma droga ilícita entre 2001 e 2002, ou seja, 3,4% da população mundial. Este artigo apresenta uma reflexão sobre a educação em saúde como uma estratégia viável para a Enfermagem na prevenção e promoção da saúde em relação ao alcoolismo. Na primeira parte do texto, tratamos da problemática do alcoolismo no mundo; na segunda parte, apresentamos aspectos teóricos contextuais acerca da educação em saúde, como estratégia de apoio à promoção da saúde e prevenção do alcoolismo; na terceira parte, apresentamos algumas experiências de sucesso na prevenção do uso e abuso do álcool e, finalmente, na terceira parte desta reflexão, colocamos a importância da atuação da Enfermagem e da equipe de saúde na utilização da educação em saúde como possibilidade para atuar de forma preventiva contra o alcoolismo.

Palavras-chave: Alcoolismo. Enfermagem. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias.

Abstract

The information of international organizations shows that 200 million of people consumed some illicit drug between 2001 and 2002, is to say 3.4% of the world-wide population. This article presents a reflection about the education in health as a viable strategy for the Nursing in the prevention and promotion of the health related to the alcoholism. In the first part of the text we deal with the alcoholism problem in the world; in the second part we present contextual theoretical aspects about the education in health, as support strategy to the promotion of the health and prevention of the alcoholism; in the third part we present some success experiences in the prevention of the use and abuse of alcohol and, finally, in the third part of this reflection we showed the importance of the Nursing performance and of the health team in the use of the education in health as possibility to act in a preventive way against the alcoholism.

Keywords:

Alcoholism. Nursing. Substance-related Disorders.

Resumen

Los informes de organizaciones internacionales evidencian que 200 millones de personas consumieron alguna droga ilícita entre 2001 y 2002, es decir 3,4% de la población mundial. Este artículo presenta una reflexión sobre la educación en salud como una estrategia viable para la enfermería en la prevención y promoción de la salud en relación al alcoholismo. En la primera parte del texto tratamos de la problemática del alcoholismo en el mundo; en la segunda parte presentamos aspectos teórico contextuales acerca de la educación en salud, como estrategia de apoyo la promoción de la salud y prevención del alcoholismo; en la tercera parte presentamos algunas experiencias de éxito en la prevención del uso y abuso del alcohol y por último en la tercera parte de esta reflexión ponemos la importancia de la actuación de la enfermería y del equipo de salud en la utilización de la educación en salud como posibilidad para actuar de forma preventiva contra el alcoholismo.

Palabras clave:

Alcoholismo. Enfermería. Trastornos Relacionados con Sustancias.

¹Doutorando do DINTER/UFPa/UFSC/CAPES. Mestre em Enfermagem pela EEAN/UFRJ. Professor Assistente II da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará. E-mail: silvioeder2003@yahoo.com.br; ²Enfermeira. Especialista em Enfermagem Cirúrgica e em Centro de Terapia Intensiva. Enfermeira Assistente do Hospital Ophir Loyola. Belém (Pa); ³Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Vice-líder do Grupo de Estudos da História do Conhecimento da Enfermagem (GEHE). Pesquisadora do CNPq. Florianópolis (SC); ⁴Doutora em Educação. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do Núcleo de Pesquisas e Estudos sobre o Quotidiano e Imaginário em Saúde (NUPEQUIS) e do Grupo de Estudos de Educação em Enfermagem (EDEN); ⁵Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Coordenadora do Grupo de Pesquisa em Educação em Enfermagem e Saúde (EDEN). Pesquisadora do CNPq. Florianópolis (SC).

A PROBLEMÁTICA DO ALCOOLISMO

Os relatórios de organizações internacionais evidenciam que 200 milhões de pessoas consumiram alguma droga ilícita entre 2001 e 2002, ou seja, 3,4% da população mundial. Nos países desenvolvidos, o álcool desponta como terceiro fator de risco para morbimortalidade, responsável por 9,2% DALYs (sigla referente aos anos de vida perdidos ou incapacitados), e as drogas ilícitas aparecem em oitavo lugar, com 1,8% do DALYs¹. Já nos países em desenvolvimento, como o Brasil, somente o álcool, dentre as substâncias psicoativas, surge como principal fator de risco, com 6,2% DALYs¹.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera o alcoolismo um problema de saúde pública, sendo avaliado como um problema que impõe para sociedade uma carga considerável de agravos indesejáveis. Atualmente estima-se que a consequência do álcool corresponda a 1,5% das mortes². A referida organização destaca que as drogas lícitas como o álcool têm uma ação impactante à população, devido à alta mortalidade e incapacidade que ocasionam as mesmas. Esta realidade se faz presente tanto em países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento; por tal motivo, estas drogas são consideradas importantes fatores de risco nas projeções das próximas décadas – 2010 e 2020¹.

O conceito de uso problemático de álcool não inclui unicamente o indivíduo dependente ou aquele que chega ao serviço de saúde com hálito alcoólico, intoxicado ou em síndrome de abstinência. Existem outros padrões de consumo de álcool que causam riscos nocivos para a pessoa. Dentre eles, a situação de beber excessivamente diariamente ou episódios de intoxicação alcoólica sucessiva².

O avanço desta doença no mundo teve reflexões no campo da cientificidade, que passou a adotar diferentes definições dos termos “uso”, “abuso” e “dependência de álcool”. A classificação Internacional de doenças (CID-10) define o “uso” como qualquer consumo de bebidas alcoólicas, sem considerar a sua frequência; o “abuso” já é evidenciado como o consumo de álcool associado a consequências diversas, porém sem caracterizar “dependência”³. O uso indevido de bebidas alcoólicas tem sua prevalência na população adulta, porém esse comportamento já se encontra presente entre os adolescentes, repercutindo na sua saúde física e mental. O aumento do consumo de bebidas alcoólicas pode se dar pela emergência de vários fatores da vida atual, dentre estes: os altos níveis de estresse, de ansiedade, de baixa auto-estima, sentimentos depressivos, susceptibilidade à pressão dos pares e problemas relacionados à escola³.

No que se refere a sua etiologia, as abordagens mais atuais destacam o alcoolismo como consequências de causas multifatoriais, ou seja, o seu surgimento ocorre por meio da interação das hipóteses biológicas, psicológica e sociocultural, que se complementam na gênese dessa patologia. Pela abrangência dos fatores causais, é compreensível que o uso de forma abusiva desta droga lícita compromete o ser humano nos âmbitos biológico, psicológico e social⁴.

No Brasil, o consumo excessivo do álcool se configura como um problema importante, considerando que a taxa de incidência de alcoolismo varia de 3,0% a 6,0% na população. Além disso, esta doença é qualificada como a terceira causa de absenteísmo no trabalho, o que aumenta o número de aposentadorias precoces, acidentes de trânsito e do trabalho. Esta realidade contribui para o aumento de ocupação de leitos hospitalares³. Por tal motivo, no ano de 2003, o Ministério da Saúde publicou uma nova política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, na qual o alcoolismo passa a ser considerado um sério problema de saúde pública, passando a fazer parte da lista dos dez problemas de saúde a serem priorizados pelo Programa de Saúde da Família². A partir desta contextualização, percebemos que as dimensões danosas que o álcool acarreta em todo o mundo são graves, e que as políticas de saúde para a prevenção da doença no Brasil ainda não se mostraram efetivas e suficiente para reduzir os altos índices de alcoolismo no Brasil.

O álcool atua como um fator determinante sobre as causas psicossomáticas preexistentes no seu usuário, no qual, para o tratamento, é necessário empregar processos profiláticos e terapêuticos de grande amplitude³. Pautados nesta citação, observamos que, semelhante a outras doenças crônicas, o alcoolismo pode ser evitado; para tal, é importante empregar uma estratégia que possibilite a sensibilização da população sobre os riscos à vida que esta doença acarreta. Portanto, torna-se primordial a elaboração de combinações de experiências de aprendizagem com a finalidade de propiciar ações conducentes à saúde, ou seja, a prática da educação em saúde⁵.

A educação em saúde é uma estratégia que visa à elaboração de práticas educativas que possam ser empregadas com a intenção não somente de ensinar a população a prevenir as doenças, mas também de promover a saúde a partir da conversão de determinantes sociais que favorecem o adoecimento em geradores de saúde. Ressaltamos que o enfermeiro tem um papel fundamental, pois a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) propiciou ao mesmo estabelecer práticas que visem às ações educativas para a comunidade.

Sendo assim, este artigo tem como objetivo uma reflexão da educação em saúde como uma estratégia viável para a Enfermagem na prevenção do alcoolismo.

Educação em Saúde: Uma Estratégia Viável

O processo educativo é fundamental para que uma população tenha suas metas atingidas, dentre estas cito a saúde. Percebemos que, para obtenção de uma saúde comum a todos, torna-se necessário que a própria comunidade busque pelo seu bem-estar, ou seja, faz-se necessário empregar a estratégia do ato de educar para se ter saúde – a educação em saúde.

A educação em saúde pode ser definida como “um campo multifacetado, para o qual convergem diversas concepções, das áreas tanto da educação quanto da saúde, as quais espelham diferentes compreensões do mundo, demarcadas por distintas posições político-filosóficas sobre o homem e a sociedade”^{6:1}. Este conceito emergiu na segunda década do século XX nos Estados Unidos, em uma conferência

internacional que tinha como temática a infância. Já no Brasil, a educação em saúde teve seu início na saúde pública, como forma de orientar novas práticas, e posteriormente se estabeleceu na área de estudo e pesquisa⁶.

A educação em saúde também pode ser compreendida como um conjunto de saberes e práticas voltadas para a prevenção de doenças e promoção da saúde. Um recurso no qual o conhecimento científico produzido na área da saúde pelos profissionais que ali atuam atinge a vida cotidiana das pessoas por meio da compreensão dos fatores condicionantes do processo saúde-doença, oferecendo subsídios para a adoção de novos hábitos a saúde. A atenção básica possui destaque maior para o desenvolvimento das práticas em saúde em virtude da maior proximidade com a população, com enfoque maior nas ações preventivas e promocionais⁷.

No contexto histórico, a educação em saúde foi empregada pela primeira vez no século XVIII. Nesse período, o Estado, com um discurso higienista e moralista, exercia sua função de civilizar e moralizar a grande massa da população a fim de assegurar o desenvolvimento das forças produtivas com o objetivo de controle social sobre as classes subdesenvolvidas. Na metade do século XIX, com a industrialização, houve crescimento de cidades, favorecendo condições precárias de trabalho, moradia e nutrição das classes populares, ameaçando as classes dominantes pelo risco de rebelião dos populares e pelas epidemias associadas às condições precárias de vida. Dessa forma, eram implementadas ações de disciplinamento das classes populares com difusão das regras de higiene e de condutas morais para controle social e sanitário. Nessa época, o hospital, o hospício, a prisão e a escola eram importantes espaços de atenção, cuidado e educação à saúde, havendo fortalecimento do saber técnico profissional, do poder da cura e controle sobre a doença⁷.

No final do século XIX e início do século XX no Brasil, houve a necessidade, nas cidades, de controle sobre as epidemias de varíola, febre amarela, tuberculose, entre outras, devido aos transtornos para a economia agroexportadora. Dessa forma, foram desenvolvidas as primeiras práticas de educação em saúde, voltadas principalmente para as classes subdesenvolvidas, sendo que estas medidas eram marcadas pelo autoritarismo com imposição de normas e de medidas de saneamento e urbanismo. Um exemplo disso foi a política sanitária liderada por Oswaldo Cruz, que usou recursos como a vacinação compulsória e vigilância sobre atividades e moralidades dos pobres, objetivando controlar a propagação de doenças⁷.

A orientação destas práticas era feita por meio de um discurso biologicista que estabelecia que os problemas de saúde eram decorrentes de os indivíduos não seguirem as normas de higiene e que a mudança de atividades e comportamentos individuais garantiam a resolução dos problemas de saúde; ou seja, este discurso reduzia o processo saúde-doença à dimensão individual, sem levar em consideração as implicações das políticas sociais e das condições de vida e de trabalho para a saúde. Este discurso pode ser encontrado até hoje, orientando as práticas educativas⁷.

Na década de 1960, com o surgimento da Medicina Comunitária, ocorre um apelo à participação da comunidade, a qual deveria ser conscientizada para ser posteriormente

responsável pelas resoluções e seus problemas de saúde. Contudo, não eram levados em consideração os determinantes sociais desses problemas. Já durante o regime militar, devido à limitação dos espaços institucionais para a sua realização, a área da educação em saúde permanecia sem destaque, ocorrendo uma expansão dos serviços médicos privados e da medicina curativa em detrimento dos serviços de atenção preventiva. Entretanto, a insatisfação da população favoreceu a organização de movimentos sociais que incluíam intelectuais e populares, pelos quais foram retomadas as propostas pedagógicas de Paulo Freire, e profissionais de saúde revisaram suas práticas a partir das teorias das ciências humanas⁷.

Estes movimentos deram início às críticas das práticas educativas autoritárias e normalizadoras, direcionando para uma ruptura, e favoreceram a convivência dos profissionais de saúde com a dinâmica do processo de adoecimento e cura no meio popular, assim como o entendimento da complexidade dos problemas de saúde nessas populações, tornando possível aos profissionais a reorientação das suas práticas com objetivo de enfrentar os problemas de saúde identificados de forma mais global⁷.

Já com a emergência do movimento da educação popular em saúde, passa a se priorizar a relação educativa com a população, valorizando as trocas interpessoais, as iniciativas da população e usuários e o diálogo, buscando a compreensão do saber popular. O usuário é reconhecido como portador de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado, capaz de estabelecer um diálogo com o serviço de saúde e de desenvolver uma análise crítica sobre a realidade. Esta metodologia vai contra a passividade usual das práticas educativas tradicionais⁷.

A partir da década de 1970, ocorreu uma ampliação da compreensão sobre o processo saúde-doença, saindo da visão restrita do biologicismo para uma concepção mais ampla, resultante da relação entre fatores sociais, econômicos e culturais. É neste contexto que surge a constituição de sujeitos capazes de reivindicar seus próprios interesses⁸.

O objetivo da educação dialógica não é o de informar para a saúde, mas de transformar saberes existentes. Essa prática tem por fim o desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde pelo desenvolvimento da compreensão da situação de saúde, visando à construção de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado que permita aos indivíduos decidirem as melhores estratégias para promover, manter e recuperar sua saúde.⁷ As práticas educativas podem ser formais, aplicadas nos espaços convencionais dos serviços, e informais, aplicadas nas ações de saúde cotidiana. A partir do diálogo, da troca de saberes técnico-científicos e populares, profissionais e usuários podem construir de forma compartilhada um saber sobre o processo saúde-doença, fortalecendo a confiança nos serviços. Por isso, o modelo dialógico tem sido associado às mudanças duradouras de hábitos e comportamentos para a saúde, devido à construção de novos sentidos e significados individuais e coletivos sobre o processo saúde-doença-cuidado⁷.

A educação em saúde na atualidade está vinculada a dois aspectos: o primeiro visa à aprendizagem sobre as doenças, como evitá-las, seus efeitos sobre a saúde e como restabelecer a mesma, ou seja, o caráter preventivo. Já a outra tendência é

a de promoção à saúde, que inclui os fatores sociais que comprometem a saúde⁷. Percebo que a educação em saúde pode ser empregada tanto sobre o ponto de vista da prevenção da doença quanto na promoção da saúde. Ressaltamos que o alcoolismo tem que ser tratado tanto sobre o aspecto da prevenção quanto sobre o de promoção da saúde, porém traçarei a seguir alguns comentários sobre o aspecto preventivo, assim como a possibilidade de atuação do enfermeiro.

Alcoolismo - Algumas Experiências Preventivas

As políticas públicas aplicadas ao conjunto de setores influenciam os fatores determinantes da saúde, constituindo-se em importantes veículos para reduzir as desigualdades sociais e econômicas, assegurando o acesso equitativo a bens e serviços, entre eles, a atenção à saúde⁹. Há, portanto, uma inter-relação entre as mudanças na política de saúde, visando alcançar a melhoria da qualidade de vida e saúde da população, com o compromisso assumido pelo Brasil nas Conferências Internacionais sobre a Promoção da Saúde. A promoção da saúde inclui a prevenção, considerando-se esta voltada a evitar ou minimizar os problemas de saúde, e pode se dar em nível primário, secundário ou terciário.

Quando falamos sobre prevenção de qualquer tipo de patologia no Brasil, nos deparamos com algo muito difícil de se por em prática. Essa realidade deve-se a diversos motivos, dentre os quais, o modelo biomédico tradicional, que, além cuidar do indivíduo de forma fragmentada, prioriza o tratamento curativo. Este modelo tem como principal incentivador as grandes indústrias farmacêuticas internacionais, que aumentam seus lucros à custa da população, que é acometida por doenças, na sua maioria preveníveis. No caso do alcoolismo, encontramos outros obstáculos (além dos já citados), a exemplo do forte preconceito em relação à doença e das indústrias de bebidas alcoólicas - grandes responsáveis por sua propagação no mundo atual.

O álcool ocasiona doenças físicas e mentais, desagregação familiar, entre outros problemas, mas é deixado em segundo plano, pois é considerado um agente importante nas reuniões sociais e de está tão inserido em nosso meio. Além disso, existe um grande número de pessoas que consomem bebidas alcoólicas e não se tornam dependentes, fato este que serve de estímulo para seu uso¹⁰.

Durante algum tempo, pensou-se que demonstrar os efeitos nocivos das drogas de forma a causar temor na população favoreceria o desuso destas substâncias. Este modelo recebeu a denominação de "pedagogia do terror", que mostrou ser ineficaz. Um exemplo do insucesso deste método ocorreu na Inglaterra no ano de 1995, quando um casal, ao perder sua filha que consumia *ecstasy*, permitiu que sua experiência viesse a público pelos meios de comunicação, com a intenção de alertar a população quanto aos perigos das drogas. Mostraram os vários problemas gerados pela mesma na vida da adolescente, utilizando inclusive fotos suas na Unidade de Terapia Intensiva¹⁰. As cenas mostradas na íntegra ocasionaram um forte impacto na população, acarretando uma diminuição do consumo deste e de outros tipos de drogas (o *ecstasy*, de 8%, passou para 3%, e as anfetaminas, de 13% para 7,3%).

Apesar desses resultados, três anos após o término desta campanha de terror, identificou-se que os índices de consumo destas drogas voltaram aos anteriores¹⁰.

Um exemplo a ser dado, relacionado ao uso de drogas lícitas (álcool e cigarro), que inclusive ilustra a potencialidade de intervenções que articulam diferentes setores e que ganham o apoio da sociedade, está representado pelo conjunto de leis, normas e atos administrativos de combate ao uso do tabaco. Tais ações compreendem a obrigatoriedade do registro de produtos fumígenos pelas empresas produtoras, a proibição de venda de cigarros a crianças e adolescentes, a restrição de propaganda em veículos de comunicação, a proibição do uso de fumo em dependências de prédios públicos, a regulação dos teores máximos permitidos de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono e a proibição de fumo nas aeronaves em todo o território nacional.⁹

Esta preocupação com o uso das drogas lícitas deu origem à Portaria Interministerial nº 10, de 10/07/2003, representando um esforço conjunto do Ministro-Chefe do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, do Presidente do Conselho Nacional Antidrogas - Jorge Armando Felix e do Ministro do Trabalho e Emprego - Jaques Wagner, buscando minimizar o consumo de substâncias psicoativas na população brasileira, especificamente entre os trabalhadores. Esta Portaria teve por base diferentes estudos que apontam a gravidade do uso de drogas no trabalho, principalmente no que se refere ao uso de álcool, levando ao absenteísmo, a licenças médicas, aposentadorias precoces, além de afastamentos por doenças físicas e mentais, assim como o uso de drogas incide sobre a frequência e gravidade dos acidentes de trabalho. Considera, ainda, que há que se implementar ações de promoção da saúde e proteção da vida no trabalho, tendo em vista que muitos ambientes de trabalho são favoráveis ao consumo de drogas^{11;12}.

Uma experiência promissora é a realizada pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (NEPAD/UERJ). Ela oferece capacitação para professores no conhecimento das toxicomanias (uso de entorpecentes), começando a trabalhar com a temática das drogas nas escolas (local em que os jovens passam a maior parte de seu tempo) em que trabalham, estendendo-se às comunidades nas quais estão localizadas. Este projeto já tem cinco anos, e seus frutos têm sido justificados pela mudança de atitude das pessoas nas comunidades onde foi implantado. Embora se perceba essa mudança, no que se refere ao uso de substâncias lícitas e ilícitas, são necessários estudos epidemiológicos longitudinais para comprovação de sua eficácia¹⁰.

Alcoolismo e Prevenção: Possibilidades de Atuação do Enfermeiro

O enfermeiro, como um dos profissionais da área de saúde, deve estar conscientizado da magnitude desse problema e preparado para assistir à comunidade em nível de promoção, prevenção e reabilitação. Ações de promoção de saúde, para esclarecer aqueles que não tiveram contato com o álcool, contribuem, assim, para aumentar a saúde e o bem-estar gerais. Como estratégias, pode-se utilizar a educação e a motivação

dos serviços, estimulando, ainda, sua participação na vida comunitária, a qual se mostra extremamente relevante para saúde individual e de grupo¹³.

Deve levar-se em consideração que, nesta abordagem profissional, o profissional atua como facilitador, intermediário, interlocutor, articulador, negociador entre as necessidades daqueles que cuidamos e os diferentes sistemas da sociedade, como o de saúde, educação, legislativo, transporte, entre outros. É importante lembrar que a ação promocional/educativa é um processo que se realiza a médio e longo prazo, com impactos sociais não imediatos. Na área de prevenção, as ações que visam minimizar o efeito dos fatores de riscos envolvem estratégias e medidas específicas. As ações destinadas à prevenção necessitam ser elaboradas com as comunidades e suas instituições, bem como com os diversos setores públicos (Educação, Saúde e Justiça) e as empresas e os meios de comunicação de massa.¹⁴

A ação educativa em saúde é o desenvolvimento da consciência crítica das causas, dos problemas e das ações necessárias para a melhoria das condições. No processo de educação, tem que existir uma interação entre o conhecimento técnico dos profissionais de saúde e o da população. Somente assim as propostas terão compatibilidade com a realidade da comunidade. Além disso, há necessidade de:

Possibilitar o acesso do indivíduo aos serviços básicos de saúde; promover a interação entre a unidade de saúde e a população, e informá-la sobre a existência de outros recursos; conhecer as condições de saúde da comunidade, a prevalência das doenças, as práticas populares, o conhecimento popular da doença etc.; fornecer espaço para que a comunidade se organize no desenvolvimento de ações de promoções da saúde; discutir as ações de saúde consideradas básicas e oferecidas pela unidade de saúde; capacitar as pessoas interessadas da comunidade para atuarem como agentes de saúde; divulgar, no sistema de saúde, as reivindicações da população, as ações desenvolvidas na unidade de saúde; participar de trocas de experiências entre as diversas unidades^{13: 32-33}.

Um trabalho realizado pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Droga na Universidade Federal da Bahia (CEPAD/UFBA) utiliza um modelo de educação em saúde constituído de orientação e avaliação por meio de questionários que foram comparados com os anteriores ao programa, propiciando identificar os conhecimentos que a comunidade possuía sobre as drogas, e o que ainda necessitava entender¹⁵.

Outra estratégia de prevenção, também utilizada no modelo implantado pela (CEPAD/UFBA), consiste na formação de Agentes Redutores de Danos e Riscos (ASRDR). Eles trabalharam a comunidade em relação aos comportamentos de risco, como não usar preservativos e compartilhar seringas que propiciam a contaminação pelo HIV, entre outros, e, também, orientaram aqueles que se encontravam em condições de pobreza extrema, desemprego e outros agravantes sócio-econômicos, pois sabe-se que essas condições favorecem o

uso de drogas¹⁵. Este programa permite, assim, o desenvolvimento de ações preventivas na comunidade de forma compartilhada, ou seja, dos indivíduos que compartilham o dia-a-dia desta comunidade. Observamos, na descrição do trabalho, perfeito enquadramento do enfermeiro, coordenando e orientando estes agentes, seguindo à risca os objetivos do projeto.

Em todo e qualquer tipo de programa preventivo, deve ser levada em consideração a presença dos fatores de proteção a exemplo de uma família amorosa, orientadora e protetora, amigos, ambiente escolar seguro, professores atualizados e outros, por se constituírem em barreiras que dificultam a adesão às drogas. Proibir a veiculação de bebidas alcoólicas através dos meios de comunicação não tem o impacto esperado para o seu consumo, pois se deveria, concomitantemente, cessar o seu uso em novelas, seriados ou qualquer outro programa por seus personagens, pelo estímulo que provoca. Para atingir tal estágio, é necessário que todos os que promovem sua propaganda, desde sua criação até sua implementação, envolvendo artistas, esportistas, diretores e empresários, estejam imbuídos deste propósito.

Outro fator importante é que os pais não utilizem bebidas alcoólicas, pois seus filhos aprendem a usar o álcool a partir do seu exemplo. Não existe uma fórmula exata para prevenção do alcoolismo, mas a utilização destes programas preventivos, associados às atitudes mostradas, com certeza irão contribuir para minorar o problema.

A ação educativa em saúde envolve profissionais, instituições, clientela, família e a comunidade. As premissas para seu desenvolvimento podem ser direcionadas para a prevenção do alcoolismo. O ambiente familiar e o convívio social podem se constituir em fatores de risco. A Organização de Saúde (OMS) aponta cinco desses fatores: "falta de informação sobre o tema; dificuldade de inserção no ambiente familiar ou no trabalho; insatisfação com a qualidade de vida; problemas de saúde; e facilidade de acesso às substâncias"^{16: 116}. Consideram-se dificuldades relativas ao ambiente familiar: caos familiar, com pais abusadores de alguma substância ou com enfermidade mental; ausência de afetividade e carinho na relação familiar; paternidade não participante, especialmente com filhas portadoras de problemas de conduta; separação dos pais ou mudança.

No que se refere ao convívio social, seja com amigos ou na escola, são citados como fatores de risco: timidez ou agressividade; dificuldades na aprendizagem escolar e nas relações sociais; inserção em grupos que manifestam comportamentos inadequados; percepção de que o consumo de substâncias tem aprovação social. Estas questões estão ligadas à auto-estima e ao autocuidado, os quais devem ser valorizados, no sentido de preservação da vida com qualidade e satisfação¹⁶.

Os profissionais de enfermagem são agentes-chave no processo da transformação social dos países, participando no desenho e implementação de programas e projetos de promoção da saúde, prevenção do uso e abuso de drogas e integração social. A magnitude do problema do uso indevido de drogas verificado nas últimas décadas vem ganhando proporções tão graves que hoje é considerado um desafio para a saúde pública no país. Desta forma, o Ministério da Saúde vem definindo estratégias de promoção, prevenção e assistência aos usuários de álcool e outras drogas, com ênfase na reabilitação e reinserção

social dos mesmos. Entre as estratégias estabelecidas, encontram-se a ampliação da rede ambulatorial e o fortalecimento de iniciativas municipais e estaduais, visando ao tratamento ambulatorial e à internação hospitalar (quando necessário), com ênfase nas ações de reabilitação psicossocial dos usuários. Para tanto, observa-se, no país, um aumento significativo dos Centros de Atenção Psicossocial/CAPS e Núcleos de Atenção Psicossocial/NAPS, os quais, em 2001, eram em torno de 266, sendo que, destes, aproximadamente 10% com atendimento específico para dependentes químicos¹².

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O enfermeiro não pode ficar à margem do processo educativo da população, pois a ação educativa é uma das atribuições mais importantes da Enfermagem, incentivando a prevenção de doenças. Elas não devem ser realizadas de forma vertical, pela imposição do conhecimento científico adquirido na universidade, mas sim como uma troca de conhecimento com a população que se pretende ajudar, levando-a a desenvolver uma consciência crítica, a fazê-la pensar a partir de si mesma. Dessa interação do conhecimento da comunidade com o profissional da área da saúde, poderá emergir uma terceira forma de saber eficiente e eficaz, por emergir da reflexão e das experiências individuais e coletivas.

Dentro dessa perspectiva, a assistência prestada a uma população pelo enfermeiro e outros profissionais de saúde

ancora-se na valorização da educação em saúde, como uma estratégia de se trabalhar *com* a população, e não *para* a população, pois a mesma é levada à reflexão e ao desenvolvimento da consciência sobre as condições necessárias para a melhoria de sua saúde. Acreditamos que somente assim poderemos construir um cuidado preventivo que respeite a verdadeira dimensão do alcoolismo.

Os meios de comunicação de massa mostraram-se como grandes estimuladores do consumo de bebidas alcoólicas e, através da difusão de formas simbólicas, levam a um aumento do número de alcoolistas. Apesar disso, eles também se constituem na melhor estratégia de informar a sociedade sobre uma determinada temática, as formas de prevenção do alcoolismo, no caso em estudo, assim como sua importância. Com isso, estariam oferecendo conhecimento e uma melhor compreensão da população. A transmissão de informações de forma clara e precisa sobre a prevenção da doença favorecerá uma melhor inserção dessa forma de conhecimento no cotidiano da sociedade.

O Programa Saúde da Família (PFS), que tem o enfermeiro à frente, preconiza como fundamento tratar a família em sua própria moradia. Isto nos parece uma forma adequada para prevenção do alcoolismo, pois propicia a implementação de práticas educativas que visem à não-adesão ou interrupção de comportamentos de risco, que favorecem o surgimento da doença. Cabe destacar que esta doença milenar tem que ser tratada não unicamente de forma curativa, mas sim com estratégias que possam evitar o seu surgimento — a educação em saúde.

Referências

1. Luis MAV, Luneta ACF. Álcool e outras drogas: levantamento preliminar sobre a pesquisa produzida no Brasil pela enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005 nov/dez; 13 (n esp): 1229-30.
2. Minto EC, Corradi-Webster CM, Gorayeb R, Furtado EF. Intervenções breves para o uso abusivo do álcool em atenção primária. *Epidemiol Serv Saúde* 2007 jul/set; 16 (3): 207-20.
3. Souza DPO, Areco KN, Filho DXS. Álcool e alcoolismo entre adolescentes da rede estadual de ensino de Cuiabá, Mato Grosso. *Rev Saude Publica* 2005; 39 (4): 585-92.
4. Silva SED, Souza MJ. Alcoolismo: representações sociais de alcoolistas abstêmios. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2004 dez; 8 (3): 420-27.
5. Candeias NMF. Conceito de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Rev Saude Publica* 1997; 31 (2): 209-13.
6. Schall VT, Strunchiner M. Educação em saúde: novas perspectivas. *Cad Saude Publica* 1999; 15(2): 10.
7. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o programa saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface:comunicação, saúde, educação* 2005 set; 9 (16): 39-52.
8. Smeke ELM, Oliveira NLS. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: Vasconcelos EM, organizador. *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde*. São Paulo(SP): Hucitec; 2001.
9. Organização Panamericana de Saúde-OPAS. Promoción de la Salud.[on line] [citado 17 set 2007] Disponible em: [http://www.ops.org.ni/opsni/tematicas/promo-salud/..](http://www.ops.org.ni/opsni/tematicas/promo-salud/)
10. Aquino MT. Prevenção ao abuso de drogas: o possível e o impossível. In: Cruz MS, Ferreira SMB, organizadores. *Álcool e drogas : usos dependência e tratamento*. Rio de Janeiro(RJ): IPUB/CUCA; 2001.
11. Ministério de Estado do Trabalho e Emprego. Gabinete. de Segurança Institucional da Presidência da República. Portaria Interministerial nº 10, de 10 de setembro de 2003. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília(DF)*, de 24 de jul 2003 [citado 18 set 2007]. Disponível em: http://www.trt02.gov.br/Geral/Tribunal2/Orgaos/TEM/Portaria/Port_INT10_03.htm.
12. Gelbcke FL, Padilha MICS. O fenômeno das drogas no contexto da promoção da saúde. *Texto&Contexto Enferm* 2004 abr/jun; 13 (2): 198-205.

13. Kawamoto EE (Org.). Enfermagem comunitária. São Paulo: EPU, 1995.
14. Minayo, MCS; Deslandes, SF. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. Cad Saude Publica 1998 jan/mar; 14 (1):35 – 42.
15. Nery A. Trabalhando com a comunidade. In: Cruz MS, Ferreira SMB, organizadores. Álcool e drogas: usos, dependência e tratamentos. Rio de Janeiro (RJ): IPUB/CUCA; 2001.
16. Ramos RS, Monticelli R, Nitschke RG, organizadores. Projeto Acolher: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro. Brasília (DF): ABEn; 2000.

Nota

O artigo foi extraído do trabalho intitulado “Alcoolismo, enfermagem e educação em saúde”, realizado como requisito para conclusão da disciplina “Educação em Saúde e Enfermagem - NFR 4131” do Curso de Doutorado da Universidade Federal de Santa Catarina em convênio do tipo DINTER com a Universidade Federal do Pará.

Recebido em 16/10/2007
Reapresentado em 18/11/2007
Aprovado em 25/11/2007