



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS – IH  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL – SER

**Acência Tércio Rosa**

**O SERVIÇO SOCIAL NO TRABALHO DE ENFRENTAMENTO AO ALCOOLISMO:  
desafios e perspectivas dos Assistentes Sociais na equipe interdisciplinar do  
SEAD – Serviço de Estudos e Atenção a usuários de álcool e outras drogas do  
HUB.**

**Brasília, 2012**



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS – IH  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL – SER

**Acência Tércio Rosa**

**O SERVIÇO SOCIAL NO TRABALHO DE ENFRENTAMENTO AO ALCOOLISMO:  
desafios e perspectivas dos Assistentes Sociais na equipe interdisciplinar do  
SEAD – Serviço de Estudos e Atenção a usuários de álcool e outras drogas do  
HUB.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como um dos pré-requisitos para a obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social pela Universidade de Brasília. Desenvolvido sob a orientação da Prof. Msc Patrícia Pinheiro junto ao Departamento de Serviço Social.

**Brasília, 2012**



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS – IH  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL – SER

**Acência Tércio Rosa**

**O SERVIÇO SOCIAL NO TRABALHO DE ENFRENTAMENTO AO ALCOOLISMO:  
desafios e perspectivas dos Assistentes Sociais na equipe interdisciplinar do  
SEAD – Serviço de Estudos e Atenção a usuários de álcool e outras drogas do  
HUB.**

**Banca Examinadora:**

---

Profª. Msc. Patrícia Pinheiro

SER/UNB

---

Prof. Dr. Cristiano Guedes

SER/UNB

---

Leiliane M. de Carvalho

Assistente Social – Hospital Regional de Ceilândia

## **Agradecimentos**

Agradeço imensamente a Deus por ter me conduzido, não somente nesta caminhada, mas em todos os momentos da minha vida.

Agradeço à minha família que sempre me dispensou apoio, aos amigos e amigas de caminhada que não citarei nomes para não correr o risco de esquecer.

À minha orientadora no campo de estágio a assistente social Leiliane Moraes, que tanto contribuiu para a minha formação, bem como, toda a equipe do Serviço Social do Hospital Regional de Ceilândia.

A professora Patrícia Pinheiro pelo carinho e dedicação.

A todos os professores que contribuíram para a construção do meu conhecimento nesta universidade.

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b> .....	<b>6</b>
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>7</b>
<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>9</b>
Pesquisa Documental .....	10
Aplicação de Questionários .....	11
<b>1 Histórico e questões relacionadas ao alcoolismo</b> .....	<b>12</b>
1.1 Breve Histórico do conceito de alcoolismo: .....	12
1.2 Dados estatísticos do consumo de Álcool por grupos da população brasileira .....	13
1.3 A relação entre o consumo de álcool, acidentes automobilísticos e violências .....	17
<b>2 Políticas Públicas e Programas de Atenção a Usuários de Álcool e outras Drogas</b>	
2.1 Política Nacional sobre Drogas - PNAD.....	20
2.1.1 Programa de Redução de Danos.....	22
2.2 Política Nacional sobre o Álcool - PNA.....	23
2.3 Política de Atenção a usuários de álcool e outras drogas do Ministério da Saúde	24
2.3.1 Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e outras drogas – CAP’s – ad...	25
<b>3 O Hospital Universitário, o Serviço de Atenção a Usuários de Álcool e Outras Drogas e o Serviço Social</b> .....	<b>26</b>
3.1 HUB e o Serviço de Estudos e atenção a Usuários de Álcool e Outras Drogas....	26
3.2 A atuação do Assistente Social no Serviço de Atenção aos usuários de álcool....	29
3.3 Análise dos Dados .....	31
<b>Considerações Finais</b> .....	<b>34</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>38</b>

## RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo conhecer a prática profissional do Assistente Social no trabalho de enfrentamento ao alcoolismo na equipe interdisciplinar do Serviço de Estudos e Atenção a usuários de álcool e outras drogas do Hospital Universitário de Brasília - HUB, na estratégia do programa de Redução de Danos. Os desafios e perspectivas destes profissionais, a partir das demandas apresentadas, tendo como pano de fundo as políticas e programas do Ministério da Saúde, o projeto ético-político e a inserção do Serviço Social na área da saúde.

Desta forma, o método utilizado foi uma pesquisa qualitativa, realizada através da aplicação de questionários semi-abertos às duas assistentes sociais lotadas no SEAD. Foram respeitados os princípios de confidencialidade, privacidade e sigilo conforme a resolução do Conselho Nacional de Saúde que rege as pesquisas com seres humanos, bem como, assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os resultados da pesquisa mostraram que estes profissionais enfrentam limitações que dificultam o desenvolvimento do seu trabalho e conseqüentemente o tratamento aos usuários do Serviço.

Palavras-chaves: Alcoolismo. Políticas e Programas de atenção ao alcoolista. Serviço Social. Redução de Danos.

## INTRODUÇÃO

O interesse em desenvolver este trabalho surgiu a partir da experiência de estágio na graduação do curso de Serviço Social desenvolvido no Hospital Regional de Ceilândia, nas áreas de clínica médica e ortopédica do Pronto Socorro. Local onde foi identificado um alto índice de vítimas de violência e acidentes automobilísticos ocasionados ou agravados pelo uso abusivo do álcool. Ocorrência esta que aumenta significativamente nos fins de semana e feriados, conforme registros no livro de acolhimento da equipe.

Diante desta percepção, surgiu a necessidade de conhecer o trabalho realizado pela rede pública de saúde, destinado ao atendimento e tratamento a usuários de álcool, que se desenvolve na estratégia de redução de danos, bem como o papel do profissional de Serviço Social como integrante deste processo e a importância deste Serviço no enfrentamento ao fenômeno do alcoolismo e suas conseqüências para a sociedade.

Desta forma:

As ações profissionais do assistente social no campo da saúde, assim como em outros, não ocorrem de forma isolada, mas se articulam em eixos/processos à medida que se diferenciam ou se aproximam entre si, e particularmente na saúde integram o processo coletivo do trabalho em saúde. Não seria demais repetir que estão pautadas na lógica do Direito e da Cidadania, mais ainda, na lógica do direito a ter direitos, o que na área da saúde, reflete uma visão de cidadania estratégica, baseada na organização em torno das necessidades de saúde, que, no caso, não estão reduzidas unicamente à atenção médica, paradigma que dominou muito tempo o setor. A organização abarca os fatores de ordem política, econômica e social que condicionam o direito a ter acesso aos bens e serviços necessários para se garantir a saúde, bem como exige uma consciência sanitária que se traduz em ações operativas na concretização do direito. (NOGUEIRA, 2006, p. 10)

Assim, o objetivo desta pesquisa consiste em conhecer como se desenvolvem as ações dos Assistentes Sociais no trabalho desenvolvido com usuários de álcool, dentro da equipe multiprofissional do Hospital Universitário de Brasília que se constitui no Serviço de Estudos e Atenção a Usuários de Álcool e outras Drogas (SEAD), bem como, os desafios e perspectivas das profissionais no desenvolvimento do seu trabalho.

A busca pela renovação do conhecimento, movida pela inquietação, num processo continuado de aprendizagem, se constitui uma poderosa ferramenta para uma prática profissional crítica e reflexiva, na qual se busca conhecer e questionar a realidade, contribuindo para uma visão ampla e uma postura dialética frente a essa realidade.

Desta forma, a pesquisa se insere nesse contexto de discussão e aponta para novos elementos que possam vir a colaborar com esse debate bastante atual, bem como, a investigação do tema a partir de percepções dos profissionais do Serviço Social frente às demandas colocadas pelo fenômeno do alcoolismo, tão recorrentes na sociedade, e os desafios a serem vencidos no cotidiano profissional.

A pesquisa foi realizada a partir de técnicas qualitativas com perguntas semi-estruturadas, através de questionários direcionados às assistentes sociais do SEAD. E a pergunta que norteou o desenvolvimento deste trabalho foi a seguinte: Quais as ações desenvolvidas pelas profissionais de Serviço Social do SEAD – HUB , no atendimento a usuários de álcool?

Para analisar o tema proposto, será apresentado no primeiro capítulo um breve histórico do conceito de alcoolismo, bem como a problemática referente à questão da dependência do álcool, situando-o como grave problema de saúde pública no sentido da dimensão à qual esta se apresenta na sociedade.

No segundo capítulo são apresentadas políticas e programas da rede de saúde pública, destinados a usuários de álcool e outras drogas, com foco na estratégia de Redução de Danos adotada pelo Ministério da Saúde.

O terceiro capítulo é reservado para apresentar o Hospital Universitário de Brasília, bem como, o Serviço de Atenção a Usuários de álcool e outras Drogas e a prática profissional e importância do Serviço Social neste espaço.

O desenvolvimento desta pesquisa pode ser considerado relevante por trazer à luz o debate sobre a contribuição do profissional de Serviço Social em equipes com características interdisciplinares na saúde, bem como, a necessidade de melhorias nas condições de trabalho e capacitação profissional, pois pensar o trabalho do (a) assistente social, necessariamente precisa-se levar em consideração as condições de trabalho como um determinante importante para pensar a qualidade dos serviços.

## **METODOLOGIA**

A metodologia na pesquisa pode ser compreendida como o caminho para a construção do conhecimento, relacionado tanto às referências teóricas quanto às técnicas e instrumentos de investigação.

Assim, a presente pesquisa foi desenvolvida a partir dos referenciais teóricos, dialético e histórico, visto que estes se complementam nas suas características. Dado a importância do primeiro no sentido de que: “a lógica formal não consegue explicar as contradições e amarra o pensamento, impedindo-lhe o movimento necessário para a compreensão das coisas. Se o mundo é dialético (movimenta-se e é contraditório) é preciso um método, uma teoria de interpretação, que consiga servir de instrumento para sua compreensão, e este instrumento lógico pode ser o método dialético tal como pensou Marx”. (TOZZONI, 2001, p. 06)

Conforme Marconi e Lakatos (2001), “o método dialético é, pois um método que penetra o mundo dos fenômenos, por intermédio de sua ação recíproca, da contradição inerente ao fenômeno e da mudança dialética que ocorre na natureza e na sociedade, cujas circunstâncias, pressupõem uma atitude concreta em relação ao fenômeno e estão limitadas a um domínio. (MARCONI e LAKATOS, 2001, p. 22)

Em uma pesquisa de realidade como esta “a abordagem dialética torna-se imprescindível, pois permite um olhar tanto das significações que o indivíduo faz de si e do outro, quanto como a estrutura macro interage e confronta com este. O que não exclui as contribuições que outras linhas de conhecimento possam oferecer”. (OLIVEIRA, 2006, p.17)

Segundo Ferreira (1998), o método Histórico consiste em investigar acontecimentos, processos e instituições do passado para verificar a sua influência na sociedade contemporânea e pra melhor compreender o papel que atualmente desempenham nesta sociedade.

Desenvolveu ainda técnicas qualitativas de pesquisa utilizando-se de análise bibliográfica e documental, bem como na aplicação de questionários com perguntas abertas e fechadas aos assistentes sociais do SEAD – HUB. Os questionários foram entregues à equipe e marcada uma data para recolhimento posterior.

No caso da pesquisa qualitativa,

[...] o envolvimento do entrevistado com o entrevistador, em lugar de ser tomado como uma falha ou um risco comprometedor da objetividade é pensado como condição de aprofundamento de uma relação intersubjetiva. Assume-se que a interrelação no ato da entrevista contempla o afetivo, o

existencial, o contexto do dia-dia, as experiências e a linguagem do senso comum, e é condição para o êxito da pesquisa qualitativa (MINAYO, 1998, p.78)

Segundo Teixeira (2004) a técnica de Entrevista em Profundidade, feita a partir de uma entrevista semi-estruturada, ancorada em uma abordagem dialógica permite a expressão da subjetividade do entrevistado, facilitando a apreensão de sua visão de mundo, permite a imersão nas percepções e opiniões individuais.

Apresenta-se como uma pesquisa exploratória, pois tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vista a torná-lo mais explícito, ou seja, trazer novos conhecimentos sobre o objeto de estudo. E pode ser compreendido através das seguintes etapas:

## **Pesquisa Documental**

Primeiramente foi realizada uma análise bibliográfica de livros, artigos e anais de eventos relevantes da área que abordam a discussão referente ao fenômeno do alcoolismo, políticas e programas do ministério da saúde para o atendimento a esses usuários, e o trabalho desenvolvido pelos Assistentes Sociais do programa, tendo como pano de fundo o projeto ético-político, a inserção do Serviço social como profissional da saúde e a atuação desses profissionais em equipes interdisciplinar.

Para o desenvolvimento deste trabalho, foram utilizados como parâmetros, as seguintes políticas e programas: a Política Nacional sobre Álcool e outras Drogas – PNAD e o Programa de Redução de Danos; a Política Nacional sobre Álcool – PNA; a Política de Atenção a usuários de Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde e o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas – CAPs – Ad. Por assim entender que tais documentos são suficientes para subsidiar a pesquisa.

## **Aplicação de Questionários**

Como já citado na introdução, o objetivo desta pesquisa consiste em conhecer como se desenvolvem as ações dos Assistentes Sociais no trabalho desenvolvido com usuários de álcool, dentro da equipe multiprofissional do Hospital Universitário de Brasília o SEAD. E a pergunta que norteou o desenvolvimento deste trabalho foi a seguinte: Quais as ações desenvolvidas pelas profissionais de Serviço Social do SEAD – HUB , no atendimento a usuários de álcool?

Sendo assim, a coleta de dados foi feita a partir de questionários com perguntas abertas e fechadas. Este tipo de coleta traz a possibilidade do participante discursar mais livremente sobre o tema proposto, colocando suas percepções e sentimentos, bem como, suas construções e experiências sobre o assunto.

### **Cuidados Éticos**

De acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde as pesquisas que envolvem seres humanos devem atender aos princípios de confidencialidade, privacidade e sigilo e os projetos devem ser submetidos ao Comitê de Ética em Pesquisa.

No momento inicial da aplicação dos questionários foi entregue às entrevistadas, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por escrito, para análise e assinatura, ao qual contém informações sobre o objetivo da pesquisa: conhecer o trabalho do Assistente Social na equipe multidisciplinar do SEAD. Informa também que a participação deve ser de forma voluntária e que a qualquer momento, por qualquer motivo poderia interromper o andamento da entrevista. Para a execução desse objetivo foi realizada aplicação de questionários com 02 assistentes sociais conforme explicitado anteriormente. Cabe informar também que este é o número total de Assistentes Sociais lotadas no programa. Foi mantido o sigilo à identidade de cada profissional.

## **1 Histórico e questões relacionadas ao alcoolismo**

### **1.1 Breve Histórico do conceito de alcoolismo:**

O alcoolismo se constitui na atualidade um problema grave de saúde pública, mas devido ao álcool ser uma droga lícita, ou seja, permitida, há no Brasil uma cultura de incentivo ao uso do álcool. Sendo mais forte entre os jovens, mas também presente nas outras faixas etárias e em todas as camadas sociais. (BRASIL, 2004)

Segundo Ribeiro (2006), a despeito de todos os significados culturais e simbólicos que o consumo de bebidas alcoólicas adquiriu ao longo da história humana, o álcool não é um produto qualquer. É uma substância capaz de causar danos através de três mecanismos distintos: toxicidade, direta e indireta, sobre diversos órgãos e sistemas corporais; intoxicação aguda; e dependência. Tais danos podem ser agudos ou crônicos e dependem do padrão de consumo de cada pessoa, que se caracteriza não somente pela frequência com que se bebe e pela quantidade por episódio, mas também pelo tempo entre um episódio e outro e ainda pelo contexto em que se bebe.

Para Marot, (2003) o alcoolismo é o conjunto de problemas relacionados ao consumo excessivo e prolongado do álcool; é entendido como o vício de ingestão excessiva e regular de bebidas alcoólicas, e todas as conseqüências decorrentes. O alcoolismo é, portanto, um conjunto de diagnósticos. Dentro do alcoolismo existe a dependência, a abstinência, o abuso (uso excessivo, porém não continuado), intoxicação por álcool (embriaguez).

Apesar do abuso do álcool ser uma característica fundamental para o que é definido como alcoolismo, o seu mecanismo biológico ainda é incerto. Para a maioria das pessoas, o consumo de álcool gera pouco ou nenhum risco de se tornar um vício. Outros fatores geralmente contribuem para que o uso de álcool se transforme em alcoolismo. Esses fatores podem incluir o ambiente social em que a pessoa vive a saúde emocional e psíquica, e a predisposição genética. O seu tratamento é complexo e depende do estado do paciente e de seu engajamento no processo de cura.

O alcoolismo é uma doença de evolução crônica, progressiva, ocasionada pelo consumo regular e periódico de álcool, determinando freqüentemente um aumento no consumo da substância bem como o surgimento de uma série de sintomas comportamentais, emocionais e fisiológicos, provocados pela privação do consumo, levando os usuários a experimentarem intenso sofrimento. Pesquisas sugerem que fatores fisiológicos, tais como hereditariedade e metabolismo, têm um papel importante na

determinação de quem se torna um alcoólatra. Ainda não se identificou os fatores que predispõem 10% de todos os bebedores a se tornarem alcoolistas. (ABEAD, 2006)

As drogas psicotrópicas são aquelas que atuam sobre o cérebro alterando o estado psicológico do indivíduo. O álcool é considerado um psicotrópico do tipo depressores da Atividade do Sistema Nervoso Central, pois diminuem a atividade do cérebro, deixando a pessoa “desligada”, sem estímulo. (ALMENDRO, 2003)

Há um aspecto muito importante a se considerar em relação ao início do consumo de bebida alcoólica por jovens, tal comportamento pode estar ligado aos costumes familiares, associados a atitudes dos pais, influência de colegas e da sociedade.

## 1.2 Dados estatísticos do consumo de Álcool por grupos da população brasileira

Levantamentos Domiciliares realizados em 2001 e 2005 pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), em parceria com o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID), mostram a evolução do consumo das drogas mais usadas. As pesquisas envolveram entrevistados das 108 cidades com mais de 200 mil habitantes do Brasil.

**Quadro 1. Levantamento sobre a evolução do consumo de drogas.**

Drogas mais usadas - % de uso na vida		
DROGAS	2001	2005
ÁLCOOL	68,7	74,6
TABACO	41,1	44,0
MACONHA	6,9	8,8
SOLVENTES	5,8	6,1
OREXÍGENOS	4,3	4,1
BENZODIAZEPÍNICOS	3,3	5,6
COCAÍNA	2,3	2,9
XAROPES ( codeína)	2,0	1,9

ESTIMULANTES	1,5	3,2
--------------	-----	-----

**Fonte:** II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de drogas Psicotrópicas no Brasil – CEBRID, 2005

Percebe-se que o consumo do álcool acontece cada vez mais cedo, o que aumenta o risco de boa parte desta juventude desenvolver o alcoolismo. E isto se repete em praticamente todo o mundo. Lembrando que o álcool é considerado a droga mais usada no mundo pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em todas as faixas etárias e camadas sociais, sendo considerada a porta de entrada para a dependência de outras drogas.

**Tabela 1** - Uso de substâncias entre os alunos universitários da área de ciências biológicas. São Paulo, Brasil, 2000-2001. (N=926)

Substância	Uso (últimos 12 meses)
Álcool	84,7%
Tabaco	22,8%
"Drogas ilícitas"	28,4%
Maconha	19,7%
Alucinógenos	5,2%
Cocaína	1,9%
Crack	0,1%
Inalantes	17,3%
Ecstasy	1,3%
Medicamentos com potencial de abuso	10,5%
Anfetaminas	6,8%
Anticolinérgicos	0,2%
Tranquilizantes	3,2%
Opiáceos	0,6%
Sedativos	0,2%
Anabolizantes	0,5%

**Fonte:** Silva, Stempluk e Andrade. Departamento de Psiquiatria. Faculdade de Medicina. USP. São Paulo, SP, Brasil, 2001.

O último Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas, realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid) e pela Secretaria Nacional Antidrogas (Senad), revela que o consumo de álcool por adolescentes de 12 a 17 anos já atinge 54% dos entrevistados e desses, 7% já apresentam dependência. O estudo foi realizado em 2004 e mostrou que entre jovens de 18 a 24 anos, 78% já fizeram uso da substância e 19% deles são dependentes. Para se ter uma idéia de como o consumo de bebidas alcoólicas na adolescência aumentou, no levantamento anterior, realizado em 2001, apenas 5% dos adolescentes pesquisados preenchem os critérios para dependência do álcool. Segundo recente estudo divulgado pela Organização das Nações Unidas (ONU), em comparação com os países da América Latina, o Brasil aparece em terceiro lugar no consumo de álcool entre os adolescentes. A pesquisa foi feita com estudantes do ensino médio e incluiu 347.771 meninos e meninas, de 14 a 17 anos, do Brasil, da Argentina, da

Bolívia, do Chile, do Equador, do Peru, do Uruguai, da Colômbia e do Paraguai. Entre os brasileiros, 48% admitiu consumir álcool. (BRASIL, 2001)

**Quadro 2. Uso na vida de algumas drogas por três segmentos populacionais brasileiros. Dados em porcentagem**

Drogas	Levantamentos		
	Domiciliar 2005 %	Estudantes 2004 %	Meninos de Rua 2003 %
Álcool	74,6	25,2	74,6
Tabaco	44,0	24,9	63,6
Maconha	8,8	5,9	40,2
Solventes	6,1	15,5	43,8
Ansiolíticos	5,6	4,1	9,6
Cocaína	2,9	2,0	16,0

Fonte: CEBRID – SENAD, 2005

Os cinco levantamentos realizados até o momento (1987/89/93/97 e 2003) com crianças e adolescentes em situação de rua apontam que o consumo de drogas, incluindo o álcool, é bastante alto entre crianças e adolescentes de 9 a 18 anos. Para esses jovens, o álcool não apareceu como a droga favorita, mas seu consumo recente (últimos 30 dias) ainda se encontrava no patamar de 43% nas cidades pesquisadas e o consumo semanal ou diário chegava a 22% no último ano pesquisado. (BRASIL, 2003)

Um aspecto importante demonstrados em pesquisas é que existem diferenças significativas de consumo entre homens e mulheres. Em um estudo sobre a América Latina, do Banco Mundial (2002), foi mostrado como os homens tendem a beber mais e a ter maiores prejuízos em relação ao álcool, enquanto as mulheres sofrem mais com a violência

relacionada a seu consumo. E também a dependência se desenvolve de forma gradativamente maior no sexo masculino.

Esses estudos apontam a necessidade de políticas que deveriam ser implementadas para diminuir o custo social do álcool, e levar em consideração as diferenças entre os gêneros. Foi o que mostrou o II Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil – 2005. Um estudo envolvendo as 108 maiores cidades do País. Vejamos o quadro a seguir:

**Quadro 3. Proporção de indivíduos que consumiram alguma vez na vida bebidas alcoólicas, por faixa etária e sexo. (Brasil)**

<b>Uso na vida de Álcool distribuído segundo o sexo e a faixa etária. Distribuição dos 7939 entrevistados de 108 cidades com mais de 200 mil habitantes no ano de 2005.</b>		
<b>Faixa Etária (anos/sexo)</b>	<b>Observado %</b>	<b>Intervalo de confiança 95%</b>
<b>12 - 17</b>	<b>54,3</b>	<b>(49,3 - 59,2)</b>
<b>Masculino</b>	<b>52,8</b>	<b>(47,8 - 57,7)</b>
<b>Feminino</b>	<b>50,8</b>	<b>(45,9 - 55,8)</b>
<b>18 - 24</b>	<b>78,6</b>	<b>(74,6 - 82,7)</b>
<b>Masculino</b>	<b>83,2</b>	<b>(79,4 - 86,9)</b>
<b>Feminino</b>	<b>72,6</b>	<b>(68,2 - 77,1)</b>
<b>25 - 34</b>	<b>79,5</b>	<b>(75,5 - 83,5)</b>
<b>Masculino</b>	<b>85,1</b>	<b>(81,6 - 88,7)</b>
<b>Feminino</b>	<b>73,0</b>	<b>(68,6 - 77,4)</b>
<b>≥ 35</b>	<b>75,0</b>	<b>(70,7 - 79,3)</b>
<b>Masculino</b>	<b>86,1</b>	<b>(82,7 - 89,5)</b>
<b>Feminino</b>	<b>67,6</b>	<b>(63,0 - 72,3)</b>
<b>Total</b>	<b>74,6</b>	<b>(70,3 - 78,9)</b>
<b>Masculino</b>	<b>83,5</b>	<b>(79,8 - 87,2)</b>

<b>Feminino</b>	<b>68,3</b>	<b>(63,7 - 72,9)</b>
-----------------	-------------	----------------------

Fonte: ODIB, SENAD, 2005

### **1.3 A relação entre o consumo de álcool, acidentes automobilísticos e violências**

A dependência do álcool na sociedade contemporânea se configura uma expressão de alta complexidade, sendo considerada pela sua gravidade uma questão de saúde pública.

Ao nos aprofundarmos nestes eventos ocasionadas pelo uso do álcool, nos deparamos com pesquisas que dão conta do elevado índice de acidentes automobilísticos ocasionados ou agravados por este fator. Pode se citar também a família como principal instituição que sofre os impactos negativos ocasionados pelo uso de álcool, que incluem a violência doméstica e sexual, doenças, desemprego, evasão escolar, a perda dos vínculos familiares no aumento da população de rua, tanto do usuário de álcool como dos filhos. Aumentando assim a situação de vulnerabilidade desta parcela da população.

Segundo pesquisa do Ministério da Saúde, de 2008, o álcool está associado à maioria dos acidentes de trânsito no Brasil e no Mundo. Entre 65% a 70% dos casos de violência contra a mulher estão relacionados ao uso prévio de bebidas alcoólicas e existem registros de acidentes de trabalho também ocasionados pelo consumo da droga. (BRASIL, 2008)

A constatação de que tal uso tomou proporção de grave problema de saúde pública no país encontra ressonância nos diversos segmentos da sociedade, pela relação comprovada entre o consumo e agravos sociais que dele decorrem ou que o reforçam. O enfrentamento desta problemática constitui uma demanda mundial. Salvo variações sem repercussão epidemiológica significativa, esta realidade encontra equivalência em território brasileiro. (BRASIL, 2006)

De acordo com a própria Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001), cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo, consomem abusivamente substâncias psicoativas independentemente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo. Apesar do uso de substâncias psicoativas de caráter ilícito, e considerando qualquer faixa etária, o uso indevido de álcool e tabaco tem a maior prevalência global,

trazendo também as mais graves conseqüências para a saúde pública mundial. Corroborando tais afirmações, estudo conduzido pela Universidade de Harvard e instituições colaboradoras (Murray e Lopez, 1996) sobre a carga global de doenças trouxe a estimativa de que o álcool seria responsável por cerca de 1,5% de todas as mortes no mundo, bem como sobre 2,5% do total de anos vividos ajustados para incapacidade. Ainda segundo o mesmo estudo, esta carga inclui transtornos físicos (cirrose hepática, miocardiopatia alcoólica, etc) e lesões decorrentes de acidentes (industriais e automobilísticos, por exemplo) influenciados pelo uso indevido de álcool, o qual cresce de forma preocupante em países em desenvolvimento. (BRASIL, 2001)

A ingestão de álcool, mesmo em pequenas quantidades, diminui a coordenação motora e os reflexos, comprometendo a capacidade de dirigir veículos ou operar outras máquinas. Pesquisas revelam que grande parte dos acidentes é provocada por motoristas que haviam bebido antes de dirigir. Nesse sentido, segundo a legislação brasileira (Código Nacional de Trânsito, que passou a vigorar em janeiro de 1998), deverá ser penalizado todo motorista que apresentar mais de 0,6g de álcool por litro de sangue. A quantidade de álcool necessária para atingir essa concentração no sangue é equivalente a beber cerca de 600ml de cerveja (duas latas de cerveja ou três copos de chope), 200ml de vinho (duas taças) ou 80ml de destilados, que é equivalente a duas doses. (CEBRID, 2008)

Estudos comprovam que o álcool é uma das principais causas de acidentes no trânsito, e segundo estes o trânsito brasileiro pode ser comparado a uma guerra, pela quantidade de mortos e feridos que produz.

De acordo com Louro (2003), “uma pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, feita em parceria com o hospital Miguel Couto, levantou que cerca de 30% das vítimas de acidentes de carro que deram entrada no hospital tinham bebido ou se drogado”. Pela mesma pesquisa, usada como referência por aquele hospital, nada menos que 55% de todos os acidentes com carros provocados por bebidas ou drogas aconteceram nas noites de sexta-feira, sábado e domingo. Concluindo desta forma, que os acidentes ocorrem com mais freqüência quando as pessoas saem de bares, festas ou boates.

Entretanto, não existem no país, estatísticas concretas sobre vítimas de acidentes de trânsito, visto que a polícia só costuma computar a morte provocada por acidente de trânsito quando ela acontece no local, se ocorrer depois, não é registrada como conseqüência do acidente.

Segundo a Associação Brasileira de Medicina de Tráfego (abramet), ousadia e álcool empurram os jovens para mortes no trânsito. Nas redes sociais, eles publicam fotos de bebidas, convites para festas e frases que exibem o destemor diante de desafios. Na vida real, o que há é uma mistura de inexperiência e ousadia, que tem levado cada vez mais jovens abaixo de 30 anos à morte em acidentes de trânsito. O crescimento do número de

vítimas nessa faixa etária preocupa especialistas, já que os acidentes provocados por bebidas ou drogas costumam ser muito violentos, dois de cada dez pacientes atendidos têm lesões irreversíveis, mesmo passando por trabalhos de reabilitação.(ABRAMET, 2008)

Como já dito anteriormente se por um lado os homens consomem bebidas alcoólicas e se tornam dependentes em maior quantidade que as mulheres, por outro estas são as principais vítimas de violências em decorrência da bebida.

Segundo Laranjeira (2005), as relações são múltiplas e variadas, mas o consumo de álcool é, no mínimo, um importante facilitador de situações de violência. Não faltam evidências científicas de sua participação nos homicídios, suicídios, violência doméstica, crimes sexuais, atropelamentos e acidentes envolvendo motoristas alcoolizados.

Estatísticas internacionais apontam que em cerca de 15% a 66% de todos os homicídios e agressões sérias, o agressor, vítima, ou ambos tinham ingerido bebidas alcoólicas. Da mesma maneira, o consumo de álcool está presente em cerca de 13% a 50% dos casos de estupro e atentados ao pudor. No Brasil, dados do Cebrid apontam que 52% dos casos de violência doméstica estavam ligados ao álcool. (OBID, 2008)

Um novo estudo da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), feito com 7 mil famílias em 108 cidades do Brasil, comprova que o álcool funciona como "combustível" da violência doméstica. Nas entrevistas feitas durante um ano, os pesquisadores identificaram que em quase metade das agressões que acontecem dentro de casa (49,8%) o autor das surras estava embriagado. A relação entre bebida alcoólica e maus-tratos já era considerada pelos especialistas, mas a evidência científica foi comprovada nacionalmente só com o ensaio científico. (UNIFESP, 2010)

Para Fonseca (2009), a tolerância à agressão também é decifrada pela associação entre violência e álcool, afirma o autor da pesquisa da Unifesp, o psicólogo Arilton Fonseca. "É muito mais fácil perdoar quando o agressor bebeu. A vítima considera o álcool o culpado e não o violentador. Acredita que, quando sóbrio, a rotina de violência cessa." No mesmo estudo, foi evidenciado que violência impulsionada pela bebida alcoólica persiste, na maioria das vezes, por mais de 10 anos.

## **2 Políticas Públicas e Programas de Atenção a Usuários de Álcool e outras Drogas**

### **2.1 Política Nacional sobre Drogas - PNAD**

A atual Política Nacional sobre Drogas (PNAD) foi aprovada pelo Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), no dia 27 de outubro de 2005, através da Resolução do Gabinete de Segurança Institucional nº3/GSIPR/CH/CONAD.

Anteriormente chamada de Política Nacional Antidrogas passou por processo de realinhamento e atualização através da realização do Seminário Internacional de Políticas Públicas sobre Drogas e dos fóruns regionais. Como resultado, o prefixo “anti” da Política Nacional Antidrogas foi substituído pelo termo “sobre”, culminando com as tendências internacionais, com o posicionamento do governo em relação à temática das drogas e com a nova demanda popular, manifestada ao longo do processo de realinhamento desta política.

Tem como parâmetro estabelecer os fundamentos, os objetivos, as diretrizes e as estratégias indispensáveis para que os esforços, voltados para a redução da demanda e da oferta de drogas, possam ser conduzidos de forma planejada e articulada.

O propósito dessa Política baseia-se nos eixos da prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social, redução dos danos sociais e à saúde, redução da oferta e estudos, pesquisas e avaliações.

Segundo Souza, com relação à prevenção, adota a filosofia da Responsabilidade Compartilhada:

Parceria entre os diferentes segmentos da sociedade brasileira, pautada na construção de redes sociais que visem à melhoria das condições de vida e promoção geral da saúde, observando que as intervenções devem basear-se em princípios éticos, na promoção de valores relacionados à saúde física e mental, no bem-estar individual e coletivo, considerando a pluralidade cultural e a integração socioeconômica; valorizando os diferentes modelos e relações familiares. O planejamento de tais intervenções deve ter como referencial o desenvolvimento humano, a educação para uma vida saudável, o acesso aos bens culturais (esporte, lazer), o conhecimento sobre as drogas, a participação dos jovens, famílias, escolas e sociedade, as especificidades culturais, a vulnerabilidade, o gênero, a raça e etnia do público-alvo. (SOUZA, 2005, p.32)

Nos campos, legislativo e das políticas públicas relacionadas à questão das drogas, contamos com a Lei 11.343/2006, que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) suplantando uma legislação de 30 anos que se mostrava obsoleta e em desacordo com os avanços científicos na área e com as transformações sociais e

reconhece a distinção entre usuário e traficante de drogas, os quais são tratados de maneira diferenciada e ocupam capítulos diferentes da lei. Com a aprovação dessa nova legislação, houve uma modificação radical na abordagem do usuário e do dependente de drogas, que passaram a ser atendidos exclusivamente pelos Juizados Especiais Criminais, cuja competência abrange as infrações penais de menor potencial ofensivo, como o porte de drogas para o consumo. Nos juizados, além de serem orientadas para as questões relacionadas ao consumo de drogas, essas pessoas têm a oportunidade de participar de programas comunitários de tratamento e reinserção social e, evidentemente, cumprir as penas que lhes forem imputadas prestando serviços à comunidade. (OBID/SENAD, 2011)

Ao longo dos últimos anos, o Brasil sofreu um grande aumento do consumo de drogas:

“Infelizmente não houve uma mudança correspondente no vigor das políticas públicas que pudessem minimamente atenuar o impacto. Praticamente não temos programas de prevenção às drogas no Brasil financiado pelo governo federal. O que existe é uma série de iniciativas, a maioria por indivíduos ou algumas organizações, que tentam vários de tipos de ações, mas sem nenhuma direção clara e sem evidência de que aquilo que é feito tenha um impacto na diminuição do consumo. O que precisamos é de um modelo mais definido de prevenção, recursos para o tamanho da tarefa, e um sistema de avaliação sistemático para monitorar esse comportamento nas nossas crianças”. (LARANJEIRA, 2010, p. 3)

As fragilidades na efetivação dessas políticas se apresentam na forma da precariedade dos serviços destinados a este público, quando se percebe que os programas não estão dando conta de toda a crescente demanda de usuários de drogas. Precisa se buscar um fortalecimento das redes sociais para uma melhor articulação entre as diversas políticas seja da educação, da saúde, da assistência e outras, a fim de que haja uma continuidade, um atendimento de forma ampliado que atenda às necessidades do usuário.

### 2.1.1 Programa de Redução de Danos

Segundo a Associação Internacional de Redução de Danos, organização criada a partir da primeira Conferência Internacional sobre a Redução de Dano Relacionado às Drogas, realizada em Liverpool, Inglaterra, em 1990, a qual realiza anualmente evento em grandes cidades ao redor do mundo, utiliza o termo Redução de Danos, que é entendido como um conjunto de políticas e práticas cujo objetivo é reduzir os danos associados ao uso de drogas psicoativas em pessoas que não podem ou não querem parar de usar drogas. Por definição, redução de danos foca na prevenção aos danos, ao invés da prevenção do uso de drogas; bem como foca em pessoas que seguem usando drogas. Refere-se a políticas, programas e práticas que visam primeiramente reduzir as consequências adversas para a saúde, sociais e econômicas do uso de drogas lícitas e ilícitas, sem necessariamente reduzir o seu consumo. Redução de Danos beneficia pessoas que usam drogas, suas famílias e a comunidade. (*HARM REDUCTION INTERNATIONAL*, 1999)

O Programa Redução de Danos faz parte da Política Nacional sobre Drogas e compreende a execução de ações para a prevenção das consequências danosas à saúde que decorrem do uso de drogas, sem necessariamente interferir na oferta ou no consumo. O princípio que fundamenta tal programa é orientado sob o respeito à liberdade de escolha dos indivíduos. É uma proposta que visa reduzir os danos individuais e sociais do uso de drogas de uma forma mais realista, pragmática e sem julgamento de valor.

A promoção de estratégias e ações de redução de danos, voltadas para a saúde pública e direitos humanos, deve ser realizada de forma articulada inter e intra-setorial, visando à redução dos riscos, as consequências adversas e dos danos associados ao uso de álcool e outras drogas para a pessoa, a família e a sociedade.

Segundo a Cartilha de Redução de Danos (2010), elaborada pela Saúde Mental do Rio de Janeiro, a redução de danos pode ser caracterizada como uma “estratégia de saúde pública que tem por objetivo reduzir os danos causados pelo abuso de drogas (lícitas e ilícitas), além de estimular o usuário de drogas a resgatar seu papel auto-regulador e a se mobilizar socialmente”. (*SAÚDE MENTAL – RJ*, 2012, p.18)

Seu principal objetivo, conforme a PNAD é a promoção de estratégias e ações de redução de danos, voltadas para a saúde pública e direitos humanos devendo esta ser realizada de forma articulada inter e intra-setorial, visando à redução dos riscos, as consequências adversas e dos danos associados ao uso de álcool e outras drogas para a pessoa, família e a sociedade.

A implantação do programa junto às instituições possibilitou o controle das epidemias de HIV/Aids e hepatite, disseminadas através do uso de drogas injetáveis. Foi nesse período que a adoção de estratégias de redução de danos compôs as políticas públicas em nível federal e fez parte da agenda pública de modo que o envolvimento de algumas instituições fosse decisivo. A Secretaria Nacional Antidrogas, o Ministério da Saúde e o Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas (UNDCP) têm programas que tratam do assunto a fim de reduzir a quantidade de pessoas infectadas pelo vírus HIV.

A noção de redução de danos propõe a criação de estratégias de defesa da saúde e da vida, não considerando a via da abstinência como único caminho possível no tratamento da questão. Mostra-se como uma abordagem educativa e política na medida em que considera os indivíduos sujeitos autônomos para escolher se usam ou não e caso usem como possam fazê-lo com o menor prejuízo possível. E se coloca enquanto avanço justamente por ampliar o foco para além da repressão, fazendo referência às drogas lícitas. Nesta política estão contempladas ações de redução da oferta, contudo há ênfase na importância do tratamento, da recuperação e da reinserção social. (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA – RS, 2008)

A Lei 11.343/2006 regulamenta a Redução de Danos, descrevendo-a como estratégia que visa prevenir ou reduzir às consequências negativas associadas ao uso de drogas com ações de prevenção na saúde, sem necessariamente interferir na oferta ou consumo, sendo orientada pelo respeito à liberdade de escolha. A estratégia de Redução de Danos insere-se nos espaços institucionais através das políticas centrais de saúde do SUS, como a Política Nacional da Atenção Básica, a Política Nacional de Saúde Mental, a Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral de Usuários de Álcool e outras Drogas e a Política Nacional sobre Drogas, realinhada em 2004. (BRASIL, 2004)

## **2.2 Política Nacional sobre o Álcool - PNA**

A Política Nacional sobre o Álcool foi apresentada à sociedade brasileira em maio de 2007, por meio do decreto 6.117, contém princípios fundamentais à sustentação de estratégias para o enfrentamento coletivo dos problemas relacionados ao consumo de álcool, contemplando a intersetorialidade e a integralidade de ações para a redução dos danos sociais, à saúde e à vida, causados pelo consumo desta substância, bem como as situações de violência e criminalidade associadas ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas na população brasileira. (BRASIL, 2004)

Desta forma, Souza e Prado afirmam que:

Foi resultado de um longo período de discussão sobre os graves problemas inerentes ao consumo prejudicial de álcool e com o objetivo de ampliar os

espaços de participação social para a discussão de tão importante tema. Esse processo permitiu ao Brasil chegar a uma política realista, sem nenhum viés fundamentalista ou de banalização do consumo, embasada de maneira consistente por dados epidemiológicos, pelos avanços da ciência e pelo respeito ao momento sociopolítico do país. A política sobre o álcool reflete a preocupação da sociedade em relação ao uso cada vez mais precoce dessa substância, assim como seu impacto negativo na saúde e na segurança. (SOUSA e PRADO, 2007, p.16)

Esta política foi consolidada após quatro anos de discussão, a partir das conclusões do Grupo Técnico Interministerial, que formulou propostas à política do Governo Federal em relação à atenção a usuários de álcool, e acerca das medidas aprovadas no âmbito do Conselho Nacional Antidrogas. A função de implementar esta política é da Secretaria Nacional Antidrogas, que articula e coordena esse processo através da implantação das medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade. (BRASIL, 2004)

### **2.3 Política de Atenção a usuários de álcool e outras drogas do Ministério da Saúde**

Com finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população e tornar obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Lei 8080/90, é o conjunto de ações e serviços de saúde que têm por finalidade a promoção de maior qualidade de vida para toda a população brasileira; no intuito de garantir o acesso de todos a uma assistência integral e eqüitativa à Saúde, avança de forma consistente na consolidação de rede de cuidados que funcione de forma regionalizada, hierarquizada e integrada. O SUS tem seu funcionamento organizado pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90, editadas com a função de fazer cumprir o mandamento constitucional de dispor legalmente sobre a proteção e a defesa da saúde. (BRASIL, 1990)

A Lei Federal nº 10.216 do Ministério da Saúde 2002, se configura um instrumento legal para a política de atenção aos usuários de álcool e outras drogas na rede de saúde pública, viabilizando estruturação de redes de atenção específica a este público, através de portarias define normas e diretrizes para a organização de serviços que prestam assistência aos usuários, como parte desta atenção estão incluídos também os serviços de atenção psicossocial para o desenvolvimento de atividades em saúde mental para pacientes com transtornos decorrentes do uso prejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas, denominados de CAPs.

[...] a III Conferência consolida a Reforma Psiquiátrica como política de governo, confere aos 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 a garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil. É a III Conferência Nacional de Saúde Mental, com ampla participação dos movimentos sociais, de usuários e de seus familiares, que fornece os substratos políticos e teóricos para a política de saúde mental no Brasil. (BRASIL, 2005, p.10)

### 2.3.1 Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e outras drogas – CAP's – ad

O Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e outras Drogas, CAPs - Ad é um serviço de saúde comunitário que oferece assistência especializada, em regime de atenção diária, ambulatorial, a pessoas que sofrem com problemas do uso indevido de álcool e outras drogas, e seus familiares. Tem por objetivos, oferecer atenção e assistência aos pacientes e familiares, buscar promover a cidadania e garantir os direitos dos usuários e a reinserção social. (BRASIL, 2005)

A proposta do CAPs - Ad é oferecer atendimento à população, realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS - Ad) tem valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Com a criação desses centros, possibilita-se a organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país. Os CAPS - Ad são serviços de saúde municipais, abertos, comunitários que oferecem atendimento diário.

Os projetos desses serviços, muitas vezes, ultrapassam a própria estrutura física, em busca da rede de suporte social, potencializadora de suas ações, preocupando-se com o sujeito e a singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana.

### **3 O Hospital Universitário, o Serviço de Atenção a Usuários de Álcool e Outras Drogas e o Serviço Social**

#### **3.1 HUB e o Serviço de Estudos e atenção a Usuários de Álcool e Outras Drogas**

Segundo o disposto na Resolução nº 028/92 do Conselho Universitário, o Hospital Universitário de Brasília -HUB, da Universidade de Brasília -UnB, integrante do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal (SUS - DF), fundamentado no Termo de Cessão de Uso nº 01/90, celebrado entre o Ministério da Saúde (MS), através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e o Ministério da Educação (MEC), através da Fundação Universidade de Brasília (FUB), com a interferência do Governo do Distrito Federal (GDF), através da Secretaria de Saúde (SES), assinado em 01/05/90, passa a reger-se pelo disposto neste Regimento Interno. (HUB, 2012)

Ainda segundo esta resolução o HUB está vinculado academicamente à FS – Faculdade de Ciências da Saúde e destina-se a prestar assistência adequada à saúde da população sob a sua responsabilidade, oferecer condições apropriadas de ensino de graduação e de pós-graduação aos alunos da Universidade de Brasília, promover a educação continuada e a integração das atividades docentes assistências e de apoio à pesquisa.

O Hospital Universitário se caracteriza segundo o estatuto da UNB em seu capítulo V, art. 40, como um Órgão complementar, segundo o qual: aos órgãos complementares competem atividades de caráter permanente de apoio, necessárias ao desenvolvimento do ensino, da pesquisa e da extensão. São geridos por diretores designados pelo Reitor da Universidade, com a aprovação do conselho Universitário.

Como parte do conjunto de ações e serviços que têm por finalidade a promoção de maior qualidade de vida para toda a população brasileira, o Hospital Universitário de Brasília – HUB desenvolve desde 1990, ou seja, há 20 anos um trabalho na rede pública do DF, tratando de questões relacionadas ao consumo abusivo e a dependência do álcool e outras drogas psicoativas.

O Serviço de Estudos e Atenção a Usuários de Álcool e outra Drogas (SEAD) do HUB, é um programa que visa minimizar os prejuízos ocasionados pelo álcool, adotando a estratégia de redução de danos a partir do reconhecimento de que cada usuário é único em sua singularidade. Esta compreensão permite ampliar o acesso, o acolhimento e a vinculação aos serviços de saúde diversificando as possibilidades de enfrentar da

dependência de álcool e outras substâncias. Neste, são desenvolvidos vários projetos relacionados ao fenômeno do alcoolismo e demais dependências químicas, envolvendo a família, o trabalho e outras áreas do indivíduo com o objetivo de promover melhorias na sua qualidade de vida.

O SEAD é formado por equipe interdisciplinar de psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, médicos, residentes médicos e estagiários, secretária e atendente de consultório. Os pacientes são encaminhados ao serviço por meio de instituições de saúde do Distrito Federal, de cidades do entorno, órgãos do Poder Judiciário, instituições públicas e privadas ou pela procura espontânea de usuários ou familiares.

Tem como objetivos:

- Colaborar no desenvolvimento de estratégias que beneficiem a população no enfrentamento das questões relacionadas ao uso, abuso e dependência do álcool e outras substâncias psicoativas;
- Buscar a melhoria da qualidade de vida do usuário e/ou dependente e de seus familiares;
- Sensibilizar a comunidade quanto aos problemas relacionados ao uso e abuso de bebida alcoólica e de outras drogas;
- Contribuir na capacitação técnica de estudantes e profissionais. (HUB – Unb, 2012)

O Serviço recebe semanalmente uma média de cinco pacientes que buscam tratamento para atendimentos individuais e uma média de 15 para atendimento em grupo e acontece no Ambulatório I do HUB, de segunda a sexta-feira, das 14h às 18h.

Dentre o público alvo estão: Pessoas que apresentam problemas de consumo de álcool e/ou outras drogas e seus familiares; Pessoas com interesse em obter informações sobre o álcool e outras drogas; Pessoas cujo trabalho demande formação e/ou orientação sobre a complexidade do fenômeno, bem como professores e alunos cujo conteúdo curricular exija a abordagem do tema.

O elemento básico do tratamento é a fala e a escuta. Tanto o usuário de substâncias e seus familiares precisam de um espaço no qual possam falar de seus sentimentos, angústias, prazeres e, de uma maneira geral, que relação ele estabelece com a substância e que relação a família estabelece com este usuário. Qual o lugar da substância na família e na vida do dependente. A outra ponta deste processo são as possibilidades de intervenção. (HUB – UnB, 2012)

Segundo informações do site do HUB, entre as atividades desenvolvidas pela equipe estão:

Acolhimento: Trata-se de um espaço de escuta que possibilita a vinculação com uma instituição de saúde e permite ao paciente e/ou sua família formular o desejo de se tratar,

repensar o estilo de vida e a relação com as substâncias psicoativas. O acolhimento proporciona ainda o estabelecimento do diagnóstico da situação; a identificação dos fatores de risco e dos fatores de proteção pessoal e familiar; a obtenção de informações sobre as características da instituição; o mapeamento da rede familiar e social; e a definição da elegibilidade e das condições para a concretização do projeto terapêutico.

Psicoterapia: Visa proporcionar um espaço de escuta que possibilita a transformação de sintomas e do sofrimento psíquico em posturas criativas diante da vida; desenvolver o crescimento pessoal e promover a tomada de consciência; facilitar as reflexões a respeito do estilo de vida. Pode ser individual ou em grupo.

Avaliação e Acompanhamento – Psiquiatria: A indicação do atendimento psiquiátrico pode ser feita pela psicologia, pelo médico clínico ou pelo assistente social. Seu objetivo é detectar e tratar patologias psiquiátricas que atuam como elementos causadores ou desencadeadores do uso, abuso ou dependência, ou ainda detectar quadros psicopatológicos decorrentes da dependência de substâncias psicoativas, incluindo o tratamento de casos de síndrome de abstinência leve ou moderada.

Avaliação e Acompanhamento - Clínica Médica :Realizada com todos os pacientes em tratamento, compõe-se de anamnese completa (história clínica e exame físico) e exames laboratoriais de rotina. A partir da avaliação clínica podem ser feitos encaminhamentos para outros especialistas e para exames específicos. O paciente permanece em acompanhamento no mínimo por três meses e, se não apresentar mais queixas, alterações no exame físico ou laboratorial, recebe alta do atendimento médico.

Sensibilização e acompanhamento durante internação hospitalar: O atendimento é feito a familiares e pacientes que tenham comprometimento devido ao uso do álcool e outras drogas enquanto se encontram internados no SPA ou em uma das enfermarias do HUB. O objetivo desta intervenção é sensibilizar o paciente e seus familiares sobre sua problemática e mobilizar para os cuidados com a saúde, assim como para a necessidade e possibilidade de tratamento ambulatorial.

Atendimento familiar: Procura-se estimular o familiar a manifestar o desejo de tratar as questões que dizem respeito à dinâmica das relações familiares e, principalmente, auxiliar a família a desenvolver a sua autonomia e encorajá-la nas suas competências. Além do acompanhamento individual, realiza-se grupos de familiares, intervenção esta indicada quando a troca de experiências torna-se elemento importante na busca de alternativas. Trata-se de momentos de escuta com o objetivo de atenuar as tensões por meio de apoio, orientações, esclarecimentos, expressão de sentimentos e discussão de estratégias de enfrentamento.

Ateliê de Convivência: Espaço destinado a pacientes cujas dificuldades cognitivas comprometem a capacidade elaborativa; a capacidade de ir e vir; e a inserção no trabalho e

na família. Tem como estratégia de intervenção atividades que permitam a expressão de vivências do cotidiano, sentimentos e o desenvolvimento da auto-estima. O trabalho é organizado sob a forma de oficinas para a realização de trabalhos manuais e ações educativas e de socialização. (Hospital Universitário de Brasília, UnB, 2012)

A equipe promove reuniões semanais de apresentação e discussão de caso para melhor compreender, intervir e acompanhar o projeto terapêutico destinado aos pacientes e seus familiares. Há também os grupos de estudos, que são reuniões onde a temática é definida em função da demanda formulada pela equipe para sua atualização clínica.

Segundo a coordenadora geral do SEAD, é preciso mudar a concepção que a sociedade tem a respeito das pessoas que usam drogas. “– Na verdade, é, sobretudo, mais uma questão de saúde do que de justiça. Ao mesmo passo em que se avança no combate e no controle, precisamos caminhar mais apressadamente em relação às ações preventivas, educativas e como a sociedade vai lidar com isso para que não continuemos com esta visão alarmista e preconceituosa. (Hospital Universitário de Brasília, UnB, 2012)

### **3.2 A atuação do Assistente Social no Serviço de Atenção aos usuários de álcool**

A resolução do Conselho Federal de Serviço Social Nº 383/99 em seu art. 1º “Caracteriza o assistente social como profissional de saúde”, e no art. 2º infere que o “assistente social atua no âmbito das políticas sociais e, nesta medida, não é um profissional exclusivamente da área da saúde, podendo estar inserido em outras áreas, dependendo do local onde atua e da natureza de suas funções”. (CFESS, 2009, p.2)

Segundo Bravo o projeto da reforma sanitária vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões: busca de democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo a participação cidadã. (BRAVO, 2004. p. 34)

O Assistente Social desenvolve sua intervenção pautada em instrumentos legais fundamentais para a delimitação das suas atribuições e competências na saúde. Assim, utiliza-se dos princípios do Código de Ética Profissional, entre os quais está o compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional.

Outro documento de fundamental importância para o trabalho do assistente social na saúde é intitulado como “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde”, que tem como finalidade referenciar a intervenção dos profissionais de Serviço Social na área da saúde. Foi construído entre junho de 2008 a março de 2009, a partir de discussões realizadas em quatro reuniões de trabalho, através do CRESS/ CFESS. (CFESS, 2009)

Ainda segundo Bravo (1996), na divisão sócio-técnica do trabalho em saúde, o Serviço Social emerge como profissão paramédica (subsidiária da ação médica), num contexto de ascensão do saber clínico. Observa-se historicamente que a atuação do Serviço Social na saúde se deu no âmbito curativo e com abordagem individual (Serviço Social de Caso), sendo a preocupação com a saúde, uma questão política, explicitada somente na virada da década de 80 para 90, quando houve a mudança do conceito “saúde” e a ascensão do Movimento da Reforma Sanitária.

No Brasil, o Serviço Social demarcou sua entrada no campo da saúde pública pelo viés dos trabalhos com comunidade, por meio de práticas educativas sobre procedimentos de higiene aplicados à vida privada, incentivando o controle de natalidade, o controle de doenças infantis, de higiene bucal, de saneamento para a criação das primeiras políticas urbanas de saúde, muitas vezes realizado por meio de um trabalho educativo baseado em proporcionar acesso à informação sobre o próprio corpo e a higiene do mesmo. Esse era um trabalho que se mostrava necessário a um país sem escolaridade, com grande parte da população em condição de miséria e revelando desconhecimento sobre o próprio corpo. (SODRÉ, 2010)

O Assistente Social é o profissional que realiza o processo de Acolhimento ao usuário no SEAD, no qual será identificado seu perfil e suas demandas. Trata-se de uma ou várias entrevistas com o objetivo de possibilitar a vinculação com uma instituição de saúde e permitir ao usuário e/ou sua família formular o desejo de se tratar, repensar o estilo de vida e a relação com as substâncias psicoativas. O acolhimento proporciona ainda o estabelecimento do diagnóstico da situação, a identificação dos fatores de risco e dos fatores de proteção pessoal e familiar, a obtenção por parte do usuário de informações sobre as características da instituição e do Serviço, a definição das condições para a concretização do plano de tratamento.

Sendo o Assistente Social um profissional que estabelece e desenvolve seu fazer a partir do objeto da questão social, é também importante perceber que este trabalhador é chamado a atuar como mediador entre a instituição e o usuário do serviço, se por um lado atendendo aos interesses da instituição ele é chamado a exercer funções de controle social e difusão da ideologia dominante da sociedade capitalista, por outro se vê como um representante da classe trabalhadora, assalariado e dependente da estrutura social apresentada. (IAMAMOTO e CARVALHO, 1988)

### 3.3 Análise dos Dados

Para análise dos dados coletados por esta pesquisa foi realizada uma síntese do questionário com perguntas semi-estruturadas com oito questões aplicadas a dois Assistentes Sociais do SEAD. Sendo denominadas A e B para a construção da síntese.

As duas primeiras questões referem-se a como é formada a equipe e como chegam as demandas para o Serviço. Neste sentido, as respostas foram idênticas: o SEAD é formado por equipe interdisciplinar de psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, médicos, residentes médicos e estagiários, secretária e atendente de consultório. Os pacientes são encaminhados ao serviço por meio de instituições de saúde do Distrito Federal, de cidades do entorno, órgãos do Poder Judiciário, instituições públicas e privadas ou pela procura espontânea de usuários ou familiares.

Quando se trata da questão sobre como se dá a participação do Assistente Social no processo de Acolhimento, ficou identificado que este é o profissional responsável para o desenvolvimento desta tarefa. E concordam quando dizem que o sentido do acolhimento é definido como o espaço de ouvir o usuário, conhecer as suas necessidades de saúde, identificar possíveis demandas com vistas à integralidade da saúde e da busca pela maior resolutividade através da vinculação deste usuário com a rede de proteção social. Este momento também é usado para sensibilizar o usuário em relação à sua saúde nas questões relacionadas ao uso do álcool e motivá-lo para o tratamento.

Em relação à questão da participação do Serviço Social na criação e manutenção das propostas e metas do Serviço, ficou claro a unanimidade que este profissional participa de todas as fases, as metas são traçadas e discutidas em reuniões clínicas nos estudos de caso.

As propostas e metas gerais segundo as assistentes sociais são:

- Manter a média de 05 entrevistas de acolhimento por semana;
- Manter a média de 05 entrevistas com familiares por semana;
- Realizar uma reunião de grupo de familiares por semana com média de doze participantes;
- Concluir no prazo de três meses a revisão do mapeamento da rede de atenção ao usuário de substâncias psicoativas;
- Realizar visitas aos Caps-Ad para ampliar a articulação e contato entre as equipes, no prazo de seis meses;
- Manter a média de atendimento de seis adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de semiliberdade por semana;

-Manter a realização de uma reunião clínica por semana com participação de todos os membros da equipe;

-Manter a realização de uma reunião do grupo interdisciplinar de estudos por semana;

-Manter a participação no grupo de implementação do Projeto Piloto de Inclusão pelo Trabalho e Reabilitação Psicossocial dos usuários de substâncias psicoativas coordenado pela SEJUS e demais secretarias do GDF;

-Capacitação e atualização permanente frente às novas demandas relacionadas ao consumo de substâncias psicoativas.

-Aprimorar as estratégias de articulação a rede social;

-Aperfeiçoar e aprofundar as discussões na equipe interdisciplinar sobre o modelo de tratamento disponibilizado aos usuários e a missão institucional.

Na questão de como se dá a interação da equipe entre os vários componentes, a interpretação dos dados identificou nas respostas que, por se tratar de uma equipe interdisciplinar, sendo um processo dinâmico, exige uma constante articulação e integração entre os profissionais. Exige também a complementaridade das ações promovendo a evolução no tratamento dos pacientes.

Foi identificado como instrumentais utilizados pelos assistentes sociais do SEAD: Entrevista, visita domiciliar e institucional, relatórios e pareceres, identificação do mapeamento da rede social, questionário padronizado para o acolhimento.

Segundo Guerra:

A instrumentalidade é uma propriedade e/ou capacidade que a profissão vai adquirindo na medida em que concretiza objetivos. Ela possibilita que os profissionais objetivem sua intencionalidade em respostas profissionais. É por meio desta capacidade, adquirida no exercício profissional, que os assistentes sociais modificam, transformam alteram as condições objetivas e subjetivas e as relações interpessoais e sociais existentes num determinado nível da realidade social: no nível do cotidiano. (GUERRA, 2007. p.28)

Em relação à percepção das condições de trabalho do HUB, no quesito do espaço físico: (A) identificou como bom/satisfatório e (B) regular. No quesito de recursos materiais as duas responderam bom/satisfatório. No quesito Recursos humanos (A) identificou como bom/satisfatório e (B) identificou como regular.

Identificando dessa forma, que os Assistentes Sociais do SEAD consideram as suas condições de trabalho regular e satisfatório. Não percebendo nessas questões grandes limitações para o desenvolvimento do seu trabalho. Lembrando que, a prática profissional deve ser pensada sempre levando em consideração as condições de trabalho como um determinante importante para a qualidade dos serviços prestados.

Na questão que se refere às dificuldades encontradas pelas assistentes sociais na realização do seu trabalho, as respostas foram as seguintes:

“As dificuldades gerais que vivenciam atualmente os hospitais escola, com a implantação da empresa – EBSEH que vai administrar os Hospitais Universitários Federais. O hospital passa por um momento de redefinição do modelo de gestão e principalmente de pessoas. As mudanças incluem os funcionários que há vários anos trabalham com contratos precarizados. Instalações inadequadas, insuficiência de recursos para capacitação e atualização profissional, defasagem no quadro de pessoal e precariedade nos contratos de trabalho”. (entrevistada A)

“Os limites estão na dificuldade para internação de pacientes em situação grave”. (entrevistada B)

A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH), citada acima, criada para administrar os hospitais universitários federais, continua dividindo opiniões dos reitores e dos diretores dessas unidades de saúde no país, apesar dos debates, fóruns e das mobilizações que aconteceram ao longo de 2011, retomadas neste começo de ano. A Lei nº 12.550 - que autorizou a criação da empresa e foi sancionada pela presidente Dilma Rousseff em 15 de dezembro ainda acirra grandes discussões na comunidade acadêmica, classe política, entre os profissionais da Saúde e população usuária, que temem pela privatização dos serviços prestados nos Hospitais Universitários e pela perda de autonomia das universidades.

Este é um debate atual e bastante tenso no campo da saúde, pois segundo os movimentos de defesa da saúde pública, à qual faz parte o Conselho Federal de Serviço Social - CFESS, a implantação da EBSEH representa uma séria ameaça para o SUS, já que propõe um modelo privatista de gestão hospitalar.

É importante citar que o HUB será o primeiro do país, entre os 45 Hospitais Universitários em funcionamento, a ser administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, está em andamento os ajustes entre a direção do HUB e membros da Comissão Paritária formada pela Universidade de Brasília para negociar o processo de adesão à nova empresa.

Para finalizar esta análise pôde-se constatar que as assistentes sociais compartilham das mesmas percepções referentes ao desenvolvimento do seu fazer profissional na instituição e no Serviço de Atenção aos Usuários de álcool e outras drogas do HUB, bem como, a importância deste profissional no processo de atendimento e na qualidade dos serviços prestados aos usuários.

## Considerações Finais

A trajetória histórica do Serviço Social foi marcada por profundas transformações e grandes conquistas. Todos os acontecimentos que fazem parte desta história contribuíram para a abertura e inserção em espaços sócio-ocupacionais para a profissão, que conseqüentemente, absorveu novas e variadas demandas exigindo do profissional novas estratégias de enfrentamento.

Neste sentido, este trabalho de conclusão de curso teve como finalidade conhecer a prática profissional do Serviço Social na equipe interdisciplinar do SEAD- HUB, no atendimento a usuários de álcool e identificar suas limitações no cotidiano profissional.

Segundo Iamamoto:

Desvendar a prática profissional cotidiana supõe inseri-la no quadro das relações sociais fundamentais da sociedade, ou seja, entendê-la no jogo tenso das relações entre as classes sociais, suas frações e das relações destas com o Estado brasileiro. (IAMAMOTO, 2006, p.36)

Portanto, para se pensar o amadurecimento teórico da profissão, as transformações e sua prática profissional contemporânea é preciso compreendê-la dentro dos condicionantes históricos e sociais que sempre a nortearam e que ainda estão presentes no contexto atual, sendo a profissão atravessada por relações de poder que obedecem a uma lógica determinada pelos interesses do capital, voltadas para a reprodução da força de trabalho e conseqüentemente, das relações sociais. Questões estas que se apresentam na precarização dos serviços prestados, na terceirização dos recursos humanos, na desvalorização do trabalhador e na desumanização do atendimento à população usuária.

Assim, neste estudo foi verificada a preocupação dos profissionais com a privatização iminente dos Hospitais Universitários, que já convivem com contratos precarizados, instalações inadequadas, defasagem no quadro de pessoal, insuficiência de recursos para capacitação e atualização profissional. Neste sentido, o temor da privatização está intimamente ligado a mudanças negativas que este traria e que pioraria ainda mais o quadro existente.

Diante disto, ressalto a importância fundamental para a atuação profissional, que este tenha um posicionamento político, crítico e reflexivo frente às questões que aparecem na realidade social, para que possa ter clareza sobre qual é a direção social do seu trabalho. Isso implica em assumir valores ético-morais que sustentam o seu agir profissional e que assumem claramente uma postura profissional de articular sua intervenção aos interesses dos diversos setores da sociedade, deve ser qualificado para conhecer a realidade social,

política, econômica e cultural com a qual trabalha, a fim de buscar novas possibilidades de respostas que propiciem impactos positivos à sociedade.

Neste sentido, Bravo e Matos (2004) afirmam que:

Pensar hoje uma atuação competente do Serviço Social na área da saúde é estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS; facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da Instituição, bem como de forma crítica e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS; tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros profissionais, espaços nas unidades de saúde que garantam a participação popular nas decisões a serem tomadas. Bem como, levantar discussão e defesa da participação crítica também dos funcionários nesses espaços; estar sempre disposto na busca de reciclagem, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como estar atento sobre a possibilidade de investigações sobre temáticas relacionadas à saúde. (BRAVO e MATOS, 2004. p.18)

Diante do exposto, é importante ressaltar que a presente pesquisa não deu conta de esgotar todas as questões relacionadas ao seu objeto de estudo, visto que, ao finalizar, deixa em aberto questionamentos que ficaram impossibilitados de trazer à luz. Foi necessário reestruturar os questionários destinados às assistentes sociais por motivos éticos já citados anteriormente, pelos quais ficou impossível um aprofundamento do tema.

A partir do fato de não ser possível submeter este trabalho ao Comitê de Ética em Pesquisa, ficou limitado o nosso espaço de acesso, pois a equipe estabeleceu que responderia somente as questões estritamente referentes à atuação do profissional, ficando uma lacuna em aberto referente ao desenvolvimento do Serviço e do impacto para os usuários.

Enfim, ao término da pesquisa foi identificada também a importância da contribuição do profissional de Serviço Social em equipes com características interdisciplinares, bem como, a necessidade de melhorias nas condições de trabalho e capacitação profissional, pois quando pensamos no trabalho do (a) assistente social, necessariamente temos que levar em consideração as condições de trabalho como um determinante importante para pensar a qualidade dos serviços.

## Referencias Bibliográficas

ABDETRAN. Associação Brasileira dos Departamentos de Transito. Impacto do uso do álcool e outras vítimas de acidentes de transito. Brasília. 1997.

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

\_\_\_\_\_. Álcool e Redução de Danos: uma abordagem inovadora para países em transição. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Brasília. 2004.

\_\_\_\_\_. Política Nacional sobre Drogas, Presidência da Republica, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Brasília. 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Manual de Redução de Danos. Coordenação Nacional de DST e Aids, MS, Brasília. 2001.

\_\_\_\_\_. Política Nacional sobre Drogas. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/enfrentandoocrack/publicacoes/politica-nacional-sobre-drogas/view>>. Acesso: 09 de junho de 2011.

BRAVO, Maria Inês Souza. A Política de Saúde no Governo Lula: algumas reflexões. In: Revista INSCRITA n.9. Brasília: CFESS. 2004.

BUCHELE, Fátima. DOMICELI, Déborah de Oliveira. Uma abordagem histórica na relação homem/drogas. Florianópolis. 2008.

CEBRID, Levantamento Domiciliar sobre uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil. Secretaria Nacional de Política sobre Drogas. Brasília. 2007.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. Lei 8.662/93. Código de ética do assistente social: regulamentação da profissão. 9ª ed. Brasília: 2011.

\_\_\_\_\_. Caracteriza o assistente social como profissional da saúde. Resolução nº 383/99 de 29 de março de 1999. Brasília

GUERRA, Yolanda. A instrumentalidade do serviço social. 7ª Ed. São Paulo: Cortez, 2009.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA. UnB. Disponível em: <<http://www.hub.unb.br/institucional.html>>. Acesso em 12 de Julho de 2012.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 9ª Ed. São Paulo. Cortez. 2005.

\_\_\_\_\_. O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 17. Ed. São Paulo, Cortez, 2009.

MOTA, Ana Elizabeth. Serviço Social e Saúde. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde. Brasília. 2006.

NOGUEIRA, V. M. R. MIOTO, R.C.T. Sistematização, Planejamento e Avaliação das Ações dos Assistentes Sociais no Campo da Saúde. Cortez. 2010.

- OBID, Política Nacional de drogas. Conselho Nacional Antidrogas. Brasília. 2005.
- OLIVEIRA, M.M. Metodologia Interativa: um processo hermenêutico dialético. 2001.
- PEREIRA, Maria Odete. Análise da Política do Ministério da Saúde do Brasil para a atenção integral dos usuários de álcool e outras drogas. Ministério da Saúde. São Paulo. 2009.
- SENAD, Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Brasília. 2010.
- ALMENDRO, Marciana David. Tipos de drogas e seus usos. Centro de Referência Virtual do Professor – SEE MG, 2003. Disponível em: <<http://crv.educacao.mg.gov.br>>. acesso em 10 de setembro de 2012.
- BRASIL. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Lei de proteção e a defesa da saúde. SUS. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em 10 de setembro de 2012.
- CRP, Conselho regional de psicologia do rio grande do sul. 1998. Disponível em: <<http://www.crprs.org.br/publicacoes.php>>. Acesso em 10 de setembro de 2012.
- HRM, International Harm Reduction Association. trading as Harm Reduction International. 1990. Disponível em: <<http://www.ihra.net/latin-america>>. Acesso em 10 de setembro de 2012.
- LARANJEIRA, Ronaldo. O impacto das drogas na sociedade brasileira. 2010.
- SAÚDE MENTAL. Cartilha de Redução de Danos, elaborada pelo site: Saúde Mental do Rio de Janeiro. 27 de março de 2011. Disponível em: <<http://saudementalrj.blogspot.com.br/2011/03/saude-mental-lanca-cartilha-sobre.html>>. Acesso em 10 de setembro de 2012.
- SODRÉ, Francis. Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos. in: Serviço Social e Sociedade. nº 103. julho/setembro de 2010.
- SOUZA, Jaqueline. PRADO, Luciane Kantorski. Embasamento político das concepções e práticas referentes às drogas no Brasil. Ribeirão Preto. 2007.
- TEIXEIRA, Paulo. Ebserh pode ser solução? HUB Unb. Disponível em: <<http://www.hub.unb.br/noticias/bancodenoticias/280312+artigo+ebserh+pode+ser+solucao.html>>. Acesso em 10 de setembro de 2012.
- TOZZONI, Marília Freitas. Educação Ambiental: referências teóricas no ensino superior vol.5. nº. 9. Botucatu. Ago. 2001

## **ANEXOS**

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS – IH  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL – SER

Trabalho de Conclusão de Curso: A prática profissional do Assistente Social na equipe interdisciplinar do Serviço de Estudos e Atenção a Usuários de Álcool e Outras Drogas (SEAD) do Hospital Universitário de Brasília (HUB).

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Msc Patrícia Pinheiro.

## QUESTIONÁRIO

1) Como é formada a equipe do SEAD?

---

---

---

---

---

---

---

2) Como chegam as demandas para o Serviço de alcoolismo do HUB?

---

---

---

---

---

---

---

---

3) Os usuários quando chegam passam por um processo de “Acolhimento”? Como se desenvolve este processo? Qual a participação do Assistente Social neste?

---

---

---

---

---

---

---



---

---

---

---

---

---

---

---

7) Como você avalia as suas condições de trabalho, no HUB, em relação:

- a) Espaço físico: ( ) ótimo; ( ) bom/satisfatório; ( ) regular; ( ) insuficiente.
- b) Recursos materiais: ( ) ótimo; ( ) bom/satisfatório; ( ) regular; ( ) insuficiente.
- c) Recursos humanos: ( ) ótimo; ( ) bom/satisfatório; ( ) regular; ( ) insuficiente

8) Você enfrenta dificuldades na instituição para realização do seu trabalho? Quais?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Obrigada!

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a),

Vimos através deste convidá-lo(a) a participar da pesquisa intitulada “A prática profissional do Assistente Social na equipe interdisciplinar do Serviço de Estudos e Atenção a Usuários de Álcool e Outras Drogas (SEAD) do Hospital Universitário de Brasília (HUB), de autoria de Acência Tércio Rosa – Matrícula 10/0088325, graduanda em Serviço Social pela Universidade de Brasília (UnB), sob orientação da Prof<sup>a</sup>. Patrícia Pinheiro. Tendo como objetivo geral, conhecer o trabalho do(s) Assistente(s) Social(s) na equipe multiprofissional do SEAD, no atendimento a usuários de álcool, e como justificativa deste estudo a importância de se aprofundar no conhecimento da prática deste profissional no programa, visto que o fenômeno do alcoolismo se caracteriza uma situação grave de saúde pública.

Para tanto, ressaltamos que a sua participação no presente estudo não é obrigatória e que a qualquer momento, por qualquer motivo, o(a) senhor(a) poderá interromper o andamento da entrevista. A preservação de sua identidade será rigorosamente mantida e a discussão da coleta de dados servirá puramente para fins acadêmicos. Serão realizadas entrevistas semi-estruturadas aos Assistentes Sociais e ao final da análise de dados, todas as anotações referentes às entrevistas serão destruídas.

Os resultados da pesquisa serão apresentados à professora orientadora e à banca examinadora desta estudante pesquisadora. Poderão ser submetidos à participante, caso seja de sua vontade recebê-los. Quaisquer dúvidas antes, durante ou após a entrevista serão devidamente esclarecida pela estudante pesquisadora responsável.

Assim, se o senhor(a) aceitar o convite para ser partícipe da pesquisa, por favor, preencha os espaços abaixo:

Declaro ter sido devidamente esclarecida do projeto de pesquisa e estou de acordo em participar voluntariamente do estudo;

Nome/Assinatura: \_\_\_\_\_.

RG: \_\_\_\_\_ .Email: \_\_\_\_\_

Local e data: \_\_\_\_\_