

Programa de reabilitação para profissionais de segurança pública usuários de álcool

Rehabilitation program for public safety officers alcohol users

Rubens José Loureiro¹

¹ Graduado em Enfermagem.
Coordenador do Programa de
Reabilitação à Saúde do Toxicômano
(PRESTA) do Hospital Central da Polícia
Militar do Estado do Espírito Santo.
rubensjl@ig.com.br.

RESUMO Os objetivos foram identificar os motivos que levam os profissionais de segurança pública usuários de álcool a não aderir integralmente ao tratamento e analisar as repercussões na vida desse profissional. Foi feito um estudo descritivo, qualitativo, com técnica de análise de conteúdo, sendo realizada entrevista semiestruturada, em hospital militar com 31 militares. Os motivos da não adesão foram: complicações físicas; depressão; relações de estresse no trabalho associadas a problemas de saúde; negação; estigma, preconceito e discriminação; influência da família; violência urbana; condições financeiras. Concluiu-se que a não adesão integral ao tratamento resulta de um quadro complexo de fatores pessoais, financeiros e relacionados ao trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: Alcoolismo; Drogas ilícitas; Militares; Não adesão ao tratamento; Saúde do trabalhador.

ABSTRACT The aim was to identify the reasons why public safety officers who used alcohol do not fully adhere to treatment and to analyze the impact of this in the professional life. A qualitative descriptive study was done with technique of content analysis. Semi-structured interview was carried out in a military hospital with 31 soldiers. The reasons for noncompliance were: physical illnesses; depression; relationships of work stress associated with health problems; denial, stigma, prejudice and discrimination; family influence; urban violence; financial conditions. It was concluded that non-adherence to full treatment results from a complex framework of personal, financial and work-related problems.

KEYWORDS: Alcoholism; Street drugs; Military personnel; Non-compliance; Occupational health.

Introdução

Atendendo ao disposto na Portaria A nº 648, de 28/3/06, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) e na Política Nacional de Atenção Básica em vigor no País, em 1995, em Vitória (ES), teve início o Programa de Reabilitação à Saúde do Toxicômano e Alcoolista (PRESTA) visando prestar assistência aos servidores civis e militares da Polícia Militar daquela Unidade da Federação, extensiva aos respectivos dependentes. O Programa é integrado por uma equipe multidisciplinar composta por profissionais da área da Saúde (enfermeiro, técnico de enfermagem, assistente social, psicóloga e médico) e de áreas afins, como educação física e arte terapia, contando ainda com a contribuição de conselheiros em dependência química.

O PRESTA tem como metas: promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de profissionais de segurança pública com problemas de dependência química, a serem alcançadas por meio da mudança de comportamentos e atitudes que possam propiciar condições de risco à abstinência do cliente. Do Programa, participam grupos de ajuda mútua, a exemplo dos Alcoólicos Anônimos (AA), dos Narcóticos Anônimos (NA) e dos Alcoólicos Anônimos para Parentes e Amigos de Alcoolistas (ALANON), objetivando dar apoio aos clientes externos e àqueles em regime de internação. Para tanto, os profissionais de saúde que acompanham o cliente em tratamento ambulatorial procuram, por meio de atendimento em grupo e/ou individual, identificar situações de risco e discutir medidas para a prevenção de recaídas.

O ingresso e a participação dos clientes no Programa ocorrem em três etapas: triagem (o cliente estabelece contato telefônico ou procura o serviço para marcar uma consulta, quando recebe orientações acerca dos problemas relacionados com a dependência química e a forma de tratamento), internação (durante 35 dias) e pós-tratamento, que é a fase de cumprimento de atividades ambulatoriais. Para acompanhar o desempenho dos clientes, a equipe multiprofissional reúne-se em sessões clínicas, em horário e dia previamente determinados, faz o levantamento dos clientes internados durante a semana, realiza estudo de caso de todos os que estão em tratamento, avalia as altas hospitalares da semana anterior, prepara a

programação de altas da semana em curso e programa a continuidade do tratamento ambulatorial.

A alta é comunicada pela equipe multiprofissional durante uma reunião específica da qual participam o cliente e a sua família, sendo que estes últimos fazem uma avaliação da internação e das metas traçadas. Na ocasião, são abordados aspectos relacionados ao pós-tratamento, com destaque para a importância e a necessidade da frequência semanal ao ambulatório, o retorno às bases religiosas (se for o caso), a necessidade de evitar local e pessoas que, de alguma forma, tenham acesso a substâncias químicas, a importância de ocupar-se com alguma atividade a fim de evitar o ócio, a retomada das atividades laborais com a brevidade possível e a participação nos grupos de ajuda mútua existentes nas proximidades da área residencial. Em seguida, o cliente recebe uma declaração referente ao período de internação, contendo informações detalhadas do pós-tratamento, cuja duração prevista é de dois anos. Esse documento deverá ser entregue à respectiva chefia imediata a fim de alertá-la quanto à necessidade de liberar o profissional semanalmente, para que ele possa participar com regularidade das atividades ambulatoriais.

O pós-tratamento prevê o seguinte cronograma de comparecimento: semanalmente, nos primeiros três meses; quinzenalmente, durante três meses; em continuidade, durante seis meses, uma vez por mês; finalmente, durante doze meses, o comparecimento deverá ser bimestral. Somente após cumprir estas etapas, na íntegra, o cliente recebe alta do PRESTA. Entretanto, por motivos relacionados ao trabalho, pela distância entre a residência e o hospital e até por questões financeiras, alguns profissionais de segurança pública não cumprem corretamente esse cronograma. Embora reconheçam a necessidade de continuar o tratamento, chegando mesmo a afirmar que participarão com assiduidade, não é o que acontece, culminando apenas com a presença dos mesmos nos grupos de ajuda mútua existentes nas comunidades onde residem, e retorno esporádico ao ambulatório, em suas folgas ou quando são liberados pela chefia imediata para esse fim. Esta é a questão que se aborda neste artigo: os motivos que levam os profissionais de segurança pública a não aderirem integralmente ao tratamento ambulatorial do PRESTA e os objetivos foram: identificar os motivos que levam esse profissional

a não aderir integralmente ao tratamento e analisar as repercussões na vida desse profissional. Por se tratar de tema atual, espera-se que os resultados ora apresentados contribuam para preencher lacunas de conhecimento dos profissionais de enfermagem interessados no alcance de uma nova visão a respeito da problemática da não adesão dos pacientes aos programas de dependência química, e também dispostos a repensar a prática diária, em benefício de uma assistência qualificada, voltada especificamente para a saúde do trabalhador que é dependente químico.

Método

Realizou-se um estudo descritivo com abordagem qualitativa, utilizando-se a técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 1977). A pesquisa foi realizada no ambulatório de um hospital público militar em Vitória (ES), onde se desenvolve o PRESTA. Inicialmente, procedeu-se a um levantamento do total de profissionais que se internaram entre 2000 e 2006, período em que ocorreram mudanças com a troca de profissionais de saúde, gerando alterações na dinâmica das atividades oferecidas aos clientes. O levantamento resultou em 55 sujeitos, dos quais apenas 31 militares do sexo masculino, entre sargentos, cabos e soldados, atendiam ao critério de inclusão, que era a obrigatoriedade de terem concluído a primeira etapa do PRESTA: o regime de internação de 35 dias e a participação integral no tratamento, em regime ambulatorial, durante dois anos, às quintas-feiras, das 08:00 às 16:00 horas.

A pesquisa foi autorizada pelo Diretor do Hospital da Polícia Militar do Espírito Santo e pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Para a obtenção dos dados, utilizou-se um roteiro de entrevista com perguntas semiestruturadas, enfocando dados pessoais e profissionais e o tema a ser pesquisado. Não houve dificuldade na abordagem aos sujeitos efetivos da pesquisa, o que viabilizou a realização das entrevistas no ambulatório onde funciona o PRESTA ou na Unidade (Batalhão/Companhia) em que estavam lotados.

As entrevistas ocorreram nos meses de dezembro de 2006 e janeiro e fevereiro de 2007, segundo a disponibilidade de horário do entrevistador e a de cada profissional

de segurança pública. Para tanto, houve um agendamento telefônico prévio com o interessado, ou por ofício encaminhado ao respectivo Comandante, objetivando a liberação do militar. Cada entrevista durou, em média, vinte minutos. Foram observados os termos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), que dispõe sobre normas de pesquisa envolvendo seres humanos.

No momento da entrevista, reiteravam-se os esclarecimentos sobre o assunto investigado e solicitava-se autorização para realizar a gravação dos depoimentos em MP3, sob a justificativa de garantir a fidedignidade do que seria dito, obtida após a transcrição da gravação e conferência do seu teor pelos respectivos entrevistados. Na ocasião, assegurava-se a cada um o sigilo e o anonimato com relação ao seu depoimento. Não havendo manifestação em contrário, dava-se início à coleta de dados. Concluídas as entrevistas e as transcrições dos depoimentos, cada entrevistado recebeu um código (R1, R2, R3) objetivando preservar-lhe a identidade. A partir de então, teve início a análise dos dados obtidos.

O método utilizado foi o da análise de conteúdo, cujo objetivo maior é a busca de informação, sabendo que essa é mais que simplesmente um dado, pois é dotada de relevância e propósito. Os dados coletados foram agrupados por convergência de conteúdo, obedecendo as seguintes etapas de organização: transcrição e conferência dos depoimentos gravados, obtidos mediante entrevistas realizadas; leitura e análise temática das mesmas, identificando os respectivos núcleos de sentido que, depois de relacionados, foram selecionados pela identificação de presença ou frequência de Unidades de Significação, revelando o caráter definitivo do discurso dos entrevistados; interpretação dos dados à luz do referencial teórico, com apoio em bibliografia apontada como suporte para o estudo. Os resultados das entrevistas apontaram relevantes subsídios a respeito do tema em estudo; todavia, neste artigo serão discutidos apenas alguns motivos de não adesão ao tratamento.

Resultados

Caracterização dos sujeitos do estudo

Foram identificadas as características mais relevantes dos sujeitos: todos eram do sexo masculino, considerando

que não houve atendimento a militares do gênero feminino, sendo 15 na faixa etária entre 40 e 49 anos; 17 casados; 14 católicos; 15 com escolaridade média; 14 recebendo de 1 a 3 salários mínimos; 17 atuando na Polícia Militar há mais de 10 e menos de 19 anos; 10 procedentes da Região Norte do Espírito Santo e soldados, em sua maioria (21). No caso em estudo, a faixa etária prevalente (40-49 anos) confirma que, em geral, o jovem começa a se exceder na bebida aos 20 anos, refletindo o estilo de vida próprio da juventude, reconhecido pela exuberância e pela irresponsabilidade. Muitos desses jovens interromperão esse processo, enquanto outros desenvolverão o alcoolismo 20 a 30 anos mais tarde (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005), exatamente como aconteceu com 15 dos profissionais de segurança pública entrevistados, os quais necessitaram de cuidados primários de saúde para saber como lidar com o início de uma doença sorrateira e silenciosa, a fim de que pudessem criar mecanismos de defesa específicos.

A presença de abuso de álcool é significativamente maior nas faixas etárias mais jovens e o diagnóstico de dependência alcoólica é mais frequente no sexo masculino, a partir dos 41 anos de idade, geralmente entre os que executam trabalhos de baixa complexidade e submetidos diretamente às condições climáticas inóspitas, fatores que influenciam decisivamente no consumo de álcool (AMARAL; MALBERGIER, 2004), como ficou constatado nesse estudo, em que 21 sujeitos eram soldados, atingidos por condições laborais prejudiciais, inclusive sob os aspectos emocional e moral, face à submissão à hierarquia militar.

Os motivos de não adesão ao tratamento no PRESTA são diversos, mas cabe enfocar alguns aspectos de cada um deles e os recortes de entrevistas que guardam relação com os problemas apresentados pelo profissional de segurança pública:

- complicações físicas decorrentes da dependência química, no caso do uso abusivo de álcool, podem ser destacados os distúrbios gastroenterológicos, como fígado gorduroso, hepatite alcoólica, cirrose alcoólica, pancreatite e gastrite; distúrbios musculoesqueléticos, como gota; problemas nos ossos; miopatia; distúrbios endócrinos; doenças cardiovasculares, como hipertensão, acidente vascular cerebral e doenças coronarianas;

distúrbios metabólicos e neurológicos, dentre inúmeros outros problemas, dificultando que trabalhadores com problemas de saúde crônicos permaneçam em atividade laboral (AMARAL; MALBERGIER, 2004):

[...] cheguei aqui com a mente muito ruim, eu estava com dois problemas: depressão e alcoolismo [...] (R19).

[...] estou com problemas de saúde [...] o meu fígado [...] (R28).

Na pesquisa, ficou evidenciado que o álcool foi a substância psicoativa mais utilizada pelos pacientes do PRESTA, constituindo-se na principal razão para que os profissionais de segurança pública procurassem ajuda, face às alterações de saúde neles manifestadas. Nessa linha de raciocínio, vale ressaltar que esses problemas refletem-se nos hospitais do mundo inteiro, tanto assim que apresentam um custo considerável com a taxa de morbidade física pelo consumo de álcool (DONATO, 2002). Há confirmação de que os danos físicos variam conforme a condição de saúde de cada indivíduo, devendo o clínico geral ou os profissionais de saúde, que atuam nas emergências dos hospitais gerais, buscar sinais e sintomas que possam estar relacionados com a ingestão alcoólica (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005).

Diante da gravidade das complicações clínicas já citadas, e considerando o tipo de profissão exercida pelos sujeitos do estudo, deveria haver maior adesão ao tratamento, e não o contrário, já que o PRESTA funciona em âmbito hospitalar e, portanto, tem condições de oferecer atendimento em diversas especialidades (LOUREIRO, 2007).

A depressão também deve ser considerada, já que pode levar o dependente químico ao suicídio (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005), tornando-se importante que esse diagnóstico seja feito rapidamente com o objetivo de diminuir a probabilidade de tal acontecimento. A propósito, estudo realizado com policiais de Detroit (EUA), concluiu que 42% dos suicidas apresentavam associação com abuso de álcool (MINAYO; RAMOS, 2003).

As relações de estresse no trabalho, associadas a problemas de saúde, também podem levar o

profissional de segurança pública a utilizar-se simultaneamente de álcool e de outras substâncias químicas, com o objetivo de minimizar a dificuldade que tem de lidar com situações estressantes (MINAYO; RAMOS, 2003). Exemplo disso é o uso de álcool com cocaína, cada vez mais frequente. Nesse caso, o álcool é usado durante a aspiração da cocaína objetivando diminuir experiências desagradáveis associadas ao uso dessa substância, como agitação e paranoia (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005), numa combinação cujos efeitos são lembrados por um dos entrevistados:

[...] tive vários problemas de saúde pelo uso de álcool e cocaína [...] (R16).

As dificuldades de inter-relação pessoal no ambiente de trabalho podem causar insegurança física e emocional, contribuindo para o início do abuso de substâncias psicoativas (DONATO, 2002), em especial do álcool, substância lícita e plenamente aceita pela sociedade. Dois entrevistados foram categóricos a respeito da própria situação de dependência:

[...] não acho que eu tenho problema de alcoolismo [...] (R18)

[...] fui mandado para cá, mas não me vejo uma pessoa com problemas de drogas [...] (R30).

Um entrevistado, ao negar o próprio problema e a necessidade de comparecimento ao PRESTA, justificou-se dizendo:

[...] o tempo que eu tenho, vou dar atenção à minha esposa, porque ela está precisando mais de ajuda, mais do que eu [...] (R2).

Mas o que foi dito, contradizia as próprias esposas quando, durante a abordagem familiar, relatavam o desejo de que seus companheiros comparecessem assiduamente ao tratamento. Percebe-se, portanto, que aqueles que minimizam (ou negam) os efeitos do uso de substâncias psicoativas, requerem uma abordagem cuidadosa por parte dos profissionais de saúde.

A negação também gera resistência em relação ao tratamento, tanto que um entrevistado assim se manifestou:

[...] o meu internamento no PRESTA foi feito por pressão, não foi feito por vontade própria. O que eu queria até certo ponto, era diminuir a bebida, e não parar completamente [...] (R31).

Essa resistência não corresponde à abordagem do PRESTA, que se baseia na abstinência total. Sendo assim, a negação do problema significa apenas o agravamento das condições de saúde de quem faz uso abusivo de substâncias psicoativas, em especial do álcool. Vale destacar que, comprovadamente, 84,0% da população brasileira consome bebida alcoólica e desses, 3,10% apresentarão problemas crônicos de saúde pelo uso abusivo dessa substância (DONATO, 2002).

A ambivalência, estado mental no qual uma pessoa tem sentimentos conflitantes a respeito de alguma coisa, também foi observada nas palavras de dois entrevistados:

[...] o acompanhamento é muito bom, mas eu não tenho comparecido [...] (R8).

[...] lá é bom demais e se eu pudesse voltar, eu voltava novamente [...] (R21).

Esse é um comportamento comum entre aqueles que, mesmo sabendo que precisam buscar ajuda especializada para superar o problema que vivenciam, sentem-se ainda muito presos e atraídos pelas substâncias psicoativas, prejudicando quaisquer iniciativas que lhes sejam favoráveis (MILLER; ROLLNICK, 2001). Em tais casos, o profissional de saúde precisa ser hábil para fazê-los acreditar que se trata de um comportamento normal, aceitável e compreensível, que não deve ser encarado como um 'mau sinal'. O importante é que o dependente químico compreenda o processo pelo qual está passando, e que aceite e adote os aconselhamentos que lhe são transmitidos, ao invés de manifestar um comportamento belicoso, de ataque ao profissional de saúde que está envolvido com a sua recuperação.

O estigma, o preconceito e a discriminação causam sérios transtornos para quem é dependente químico,

porque denotam o estereótipo de uma pessoa desacreditada (GOFFMAN, 1988). No primeiro caso, pode contribuir para a não adesão ao tratamento, porque o profissional sente o peso de vivenciar uma doença que altera completamente a sua vida, fazendo com que se sinta um fardo pesado, um objeto, e não uma pessoa que precisa de cuidados e atenção, como relatou um entrevistado:

[...] você sente que não dão apoio [...] o problema deles [comandantes] é se livrar do policial, jogar a carga para cima dos senhores [profissionais do PRESTA] [...] para eles, é menos um para dar problemas [...] (R1).

As palavras do policial comprovam que o estigma, o preconceito e a discriminação são mais consequência da aplicação das normas sociais do que uma característica da atitude da pessoa (BECKER, 1963), uma vez que a transgressão às normas criadas pelos grupos constitui-se em desvios de comportamento, vistos como inadequados. A propósito, três entrevistados comentaram:

[...] da sua recuperação, ninguém menciona, e se você menciona que está em pós-tratamento, todo mundo te chama de doido [...] (R3).

[...] pré-conceito que a gente tem que enfrentar dentro dos quartéis com relação a nós, que assumimos esta doença [...] ficamos isolados [...] (R4).

[...] acham que a pessoa tem vergonha de ir lá [no PRESTA], que lá é um bicho de sete cabeças [...] (R17).

Por outro lado, a influência da família é um fator determinante para que o dependente químico busque o tratamento adequado à sua necessidade de saúde, como afirmou um entrevistado:

[...] quando a família te acompanha, é outra coisa [...] e aqui [no PRESTA], eles te acompanham [...] (R31).

Ressalta-se, porém, que a redução do impacto do alcoolismo no meio familiar requer ajuda profissional competente, porque todos são profundamente afetados

pela doença, tornando-se codependentes e vítimas de uma ‘montanha russa’ emocional, que poderá causar traumas severos e levar à perda do amor-próprio dos membros do núcleo familiar (COONEY, 2005), podendo levá-los a situações de dificuldades diversas, danos físicos, morais, materiais, violência sexual e abandono de responsabilidades. Três entrevistados reconheceram a gravidade desse quadro, quando disseram:

[...] a pessoa que bebe discute com o filho, pai, esposa, mãe. Ela sempre procura se refugiar no álcool, tentando resolver o problema e acaba piorando e agravando o problema [...] (R2).

[...] parei devido a problemas familiares, pois houve uma separação entre eu e minha esposa, aí complicou um pouco a minha vida [...] (R14).

[...] a mulher foi esfriando e acabou descuidando de tudo [...] (R28).

Portanto, resta, claro, que a família está diretamente relacionada ao desenvolvimento saudável (ou não) de seus membros, porque é compreendida como o elo que liga as várias esferas da sociedade, sendo responsável por definir as bases para os relacionamentos, a interação e o comportamento no meio social e cultural.

Fatores como a influência da violência urbana, também devem ser destacados, no caso dos policiais de segurança pública que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas, já que a falta de atenção específica à sua saúde tem raízes históricas profundas: remonta à origem da oposição da população e dos intelectuais aos oficiais de segurança pública, devido à atuação da Corporação nos períodos da ditadura militar no Brasil (MINAYO; SOUZA, 2005). Atualmente, embora os policiais civis e militares, federais ou estaduais, sejam os responsáveis pelo exercício das atividades de segurança pública, não dispõem de meios nem dos instrumentos necessários à realização plena de suas atividades precípuas (ROSA, 2007), o que gera um estresse profissional e, possivelmente, a aquisição de hábitos nocivos relacionados ao consumo abusivo de álcool, dentre outros agravantes.

A degradação das condições materiais de vida, a ausência de mecanismos de proteção social associada à desestruturação/reconstrução de identidades geradas em torno do trabalho, o crescente processo de

pauperização, as desigualdades sociais, dentre outros aspectos, configuram a complexidade da nova questão social (GOMES; COSTA, 1999), reconhecida por alguns entrevistados como justificativa para a não adesão ao tratamento ambulatorial no PRESTA:

[...] condições financeiras, gastos com ônibus, com viagem, com retorno à minha residência [...] eu não tenho como vir para cá [...] (R4).

[...] eu tenho que fazer bico de segurança particular [...] (R8).

[...] o motivo é trabalho [...] é escala de segurança, é escala de polícia [...] (R10).

[...] isto não era assim, mas com o meu salário atual, tenho que fazer bico em outros lugares [...] (R11).

[...] estava dando muito gasto, eu estava gastando muito dinheiro de passagem. Ai, eu parei [...] (R22).

[...] às vezes, não tenho dinheiro para ir e voltar, pois gasta até uns quarenta reais para vir toda quinta, no caso uma vez por semana [...] e 200 por mês [...] e esse dinheiro faz falta para mim [...] (R28).

[...] falta de dinheiro, de recurso... muita coisa para pagar, dívidas [...] então, eu não pude estar dando continuidade por algumas razões dessas [...] (R30).

A manutenção de vícios com bebida alcoólica e substâncias psicoativas é muito dispendiosa, então, os dependentes químicos perdem o controle sobre a própria vida. Desestruturam-se financeiramente com muita facilidade, passam a ser alvo de indivíduos inescrupulosos, pagam suas contas com atraso, pedem adiantamentos de salários, dinheiro emprestado a colegas e amigos, e não raramente fazem uso de cheques sem fundos (VAISSMAN, 2004).

Outro aspecto abordado como motivação para não adesão é a recaída, pois quando o policial conclui a fase de internação, a expectativa da equipe do PRESTA é a de que ele compareça ao ambulatório para o pós-tratamento, que lhe dará suporte para o retorno às atividades laborais. Porém, quando isso não acontece, por motivos variados, a equipe do Programa e também

a chefia imediata ficam frustrados por constatarem que o profissional não conseguiu engajar-se na fase mais importante do tratamento e entre os motivos observa-se a recaída, conforme relato abaixo:

[...] a recaída é escandalosa [...] eu tenho visto cada caso de recaída [...] suicídio [...] algumas pessoas se suicidam [...] outras conseguem [...] horrível [...] (R3).

[...] eu não podia deixar de faltar [...] pois podia ter uma recaída e podia ser pior [...] que geralmente acontece e é difícil voltar de novo [...] (R20).

A recaída pode ser considerada uma questão ambígua: pode ser vista como motivo para a não adesão, ou como uma repercussão negativa na vida do profissional, que se torna ainda mais suscetível à dependência química (LOUREIRO, 2007).

A solução para a continuidade do tratamento poderia estar na implantação e implementação das atividades ambulatoriais do PRESTA em outras cidades do Espírito Santo, como estratégia para melhor adesão no pós-tratamento dos profissionais de segurança pública.

Conclusão

Entender a problemática da dependência química não tem sido tarefa fácil para os estudiosos dessa temática, não sendo diferente também neste caso. Trata-se de um assunto complexo, que apresenta variados fatores intervenientes, entre eles os biológicos, os sociais e os psicológicos, ensejando reações contraditórias e ambivalentes naqueles que, direta ou indiretamente, estão envolvidos com a situação. No caso dos profissionais de segurança pública do Espírito Santo, foi possível inferir que a não adesão integral ao pós-tratamento ambulatorial resulta de um quadro complexo, envolvendo negação, ambivalência, estigma, preconceito e questões financeiras, recaídas dentre outras, inclusive as relacionadas à organização do próprio trabalho do profissional.

Por tudo o que foi exposto, percebe-se que há um longo caminho a ser percorrido por aqueles que convivem com o fenômeno da dependência de

substâncias psicoativas, em especial no que se refere à problemática da não adesão ao tratamento. Para reverter essa situação, são válidos os grupos de estudo que enfoquem textos específicos sobre o tema, a participação dos profissionais de saúde em cursos sobre dependência química objetivando a aquisição

de novos saberes, além do intercâmbio com outros programas de tratamento que permitam a troca de experiências e ideias a respeito da dependência de substâncias psicoativas e do tipo de tratamento de saúde que deve ser dispensado àquele que se vê acometido pela doença. ■

Referências

- AMARAL, R. A.; MALBERGIER, A. Avaliação de instrumento de detecção de problemas relacionados ao uso do álcool entre trabalhadores da Prefeitura do Campus da Universidade de São Paulo – Campus Capital. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 26, n. 3, 2004, p. 156-163.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições, 70, 1977.
- BECKER, H. *Outsiders: studies in sociology of deviance*. New York: Free Express, 1963.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648 de 28/03/2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários. Brasília, 2006. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf>. Acesso em: 30 jun 2007.
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96 – Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. In: *Bioética*, v. 4, n. 2 [supl.], 1996.
- COONEY, J. G. *Vença a dependência do álcool e mantenha a dignidade*. São Paulo: Nova Era, 2005.
- DONATO, M. *Reinserção do trabalhador alcoolista no contexto laboral: a percepção do enfermeiro do trabalho*. Tese [Doutorado em Enfermagem]. Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2002.
- EDWARDS, G.; MARSHALL, E. J.; COOK, C. C. H. *O tratamento do alcoolismo – um guia para profissionais de saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2005.
- GOFFMAN, E. *Estigma. Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. São Paulo: LTC, 1988.
- GOMES, C. M.; COSTA, S. M. F. T. Precarização do trabalho e desproteção social: desafio para a saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999, p. 114-119.
- LOUREIRO, R. J. *Motivos de não adesão do profissional de segurança pública ao tratamento ambulatorial de dependência química*. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2007.
- MILLER, W.; ROLLNICK, S. *Entrevista motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos activos*. Porto Alegre: ARTMED, 2001.
- MINAYO, M. C. S.; RAMOS, E. *Missão investigar: entre o ideal e a realidade de ser policial*. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.
- MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. S. Policial, risco como profissão: morbimortalidade vinculada ao trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, out./dez., 2005.
- ROSA, P. T. R. *Responsabilidade do Estado por atos das Forças Nacionais de Segurança Pública*. São Paulo: Suprema Cultura, 2007.

Recebido para publicação em Fevereiro/2011

Versão definitiva em Agosto/2011

Conflito de interesses: Inexistente

Suporte financeiro: Não houve