

SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS AO USO DE ÁLCOOL
E TABACO POR PROFISSIONAIS DE SAÚDEEmilene REISDORFER^a, Edilaine Cristina da Silva GHERARDI-DONATO^b,
Rodrigo Otávio MORETTI-PIRES^c

RESUMO

No processo de autoconhecimento do profissional de saúde para a melhoria da qualidade da assistência na Estratégia de Saúde da Família (ESF), torna-se importante a abordagem do significado atribuído ao uso de álcool e tabaco. Este estudo pretendeu compreender o significado atribuído ao próprio uso de álcool e tabaco por profissionais da ESF. Foi realizado um estudo qualitativo em cinco cidades de pequeno porte da Região Sul do Brasil entre março e maio de 2012. Foram realizadas observações diretas e entrevistas em profundidade com 39 sujeitos. A partir da análise de conteúdo, foram encontradas duas categorias centrais: “Faça o que eu digo mas não faça o que eu faço” e “Eu sou um exemplo de comportamento”. Foi possível identificar que o profissional vivencia um processo interativo de ressignificação dos conceitos a respeito do próprio uso de substâncias psicoativas, que o levam a responder à expectativa social de ser modelo de comportamento.

Descritores: Atenção Primária à Saúde. Consumo de bebidas alcoólicas. Hábito de fumar. Pessoal de saúde.

RESUMEN

En el proceso de autoconocimiento de los profesionales de la salud para mejorar la calidad de la atención, es importante abordar el significado de su uso del alcohol y el tabaco. Este estudio tuvo como objetivo comprender el significado atribuido al propio consumo de alcohol y tabaco por parte de profesionales de la salud de la Atención Primaria de Salud. Se realizó un estudio cualitativo en cinco ciudades del sur de Brasil entre marzo y mayo de 2012. Se realizaron observaciones y entrevistas con 39 personas. A partir del análisis de contenido, encontramos dos categorías centrales “Haz lo que yo digo pero no lo que hago” y “Yo soy un ejemplo de comportamiento.” Fue posible identificar al profesional de la salud experimenta un proceso interactivo de reformular sus propios conceptos sobre el uso de sustancias psicoactivas, que causan a responder a una expectativa social de ser un modelo de conducta.

Descriptores: Atención Primaria de Salud. Consumo de bebidas alcohólicas. Hábito de fumar. Personal de salud.

Título: Significados atribuidos al uso de alcohol y tabaco por parte de profesionales de la salud.

ABSTRACT

In order to improve the quality of health care in the Brazilian public Family Health Strategy (FHS), it is important that health care professionals consider the meaning they attribute to the use of alcohol and tobacco in their self-knowledge process. The aim of this study was to understand the meaning attributed to the use of alcohol and tobacco by health care professionals working in the FHS. A qualitative study was performed in five small towns in southern Brazil between March and May of 2012. Direct observations and in-depth interviews were performed with 39 subjects. From the content analysis, two central categories were identified: “Do what I say but not what I do,” and “I am a role model.” It was possible to identify that the health professionals experience an interactive process of reframing concepts about their own use of psychoactive substances, which causes them to respond to the social expectation of being a role model of behavior.

Descriptors: Primary health care. Alcohol drinking. Smoking. Health personnel.

Title: Meanings of the use of alcohol and tobacco for health professionals.

a Doutora em Enfermagem Psiquiátrica pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). Pós-Doutoranda na Faculdade de Enfermagem da Universidade de Alberta. Edmonton, AB, Canadá.

b Pós Doutora em Enfermagem na Universidade de Alberta. Doutora em Enfermagem Psiquiátrica EERP-USP. Professora Doutora da EERP-USP. Ribeirão Preto, SP, BR.

c Pós Doutor pela Organização dos Estados Americanos (através de programa da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) e EERP-USP). Doutor em Enfermagem Psiquiátrica pela EERP-USP. Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Docente do Departamento de Saúde Pública da UFSC. Florianópolis, SC, BR.

INTRODUÇÃO

A partir de 1994, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi adotada como eixo norteador da Atenção Primária em Saúde (APS) no Brasil, sendo entendida como uma estratégia de reorientação do modelo técnico assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde.

Desde então, observou-se uma mudança na atenção a saúde oferecida no Sistema Único de Saúde (SUS), em busca de uma maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e melhoria nos principais indicadores de saúde das populações assistidas pelas equipes de saúde da família. Dentro da proposta de operacionalização da ESF, um dos principais diferenciais é a sua composição interdisciplinar e modo de trabalho em equipe⁽¹⁾.

Além disso, a proximidade com a comunidade é um importante recurso no que se refere ao enfrentamento dos agravos à saúde de uma maneira geral, porém deve-se atentar às situações vinculadas ao sofrimento psíquico, que vêm se mostrando extremamente frequentes, e ainda pouco tratadas neste nível de atenção⁽²⁾.

Dentre os transtornos relacionados a saúde mental, o uso de substâncias psicoativas lícitas, como álcool e tabaco, vem ganhando destaque nas agendas das políticas públicas de saúde mundiais por se configurarem como as principais drogas de abuso da atualidade⁽³⁾.

Com relação ao tabaco, a Organização Mundial da Saúde estima que um terço da população mundial adulta seja fumante, sendo 47% de toda a população masculina e 12% da população feminina⁽⁴⁾. Dados de um estudo realizado com a população adulta nas 27 capitais estaduais brasileiras e Distrito Federal mostram uma prevalência média de fumantes ativos de 16,1%. A prevalência foi maior nos entrevistados do sexo masculino (20,5%) quando comparados aos do sexo feminino (12,4%) e foi particularmente alta entre aqueles com até oito anos de escolaridade⁽⁵⁾.

Apesar do reconhecimento da ESF como espaço importante para a construção da assistência ao usuário de tabaco e álcool, ainda encontram-se alguns empecilhos à sua plena estruturação, como a tendência à medicalização dos sintomas, não percepção dos diferentes padrões de uso do álcool e tabaco como um problema de saúde, sendo fortemente relacionados ao despreparo subjetivo dos

profissionais para lidar com conteúdos ligados ao sofrimento psíquico e às necessidades subjetivas no cotidiano da assistência⁽⁶⁾.

No processo de formação do profissional de saúde para a melhoria da qualidade da assistência prestada, torna-se importante a abordagem dos significados do seu próprio uso de álcool e tabaco. A partir do momento em que o profissional se reconhece como indivíduo usuário, ou abstinente, destas substâncias, sua percepção sobre as necessidades das pessoas usuárias pode ser modificada.

Atender às pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e tabaco é uma tarefa muito complexa, pois envolve, além de conhecimentos técnicos, uma vinculação pessoal, diretamente relacionada às crenças e percepções pessoais que os profissionais tem a respeito do uso destas substâncias⁽⁷⁾.

Alguns estudos apontam o importante papel dos profissionais de saúde como modelos para as pessoas por eles atendidas⁽⁸⁻⁹⁾. Na perspectiva do uso de álcool e tabaco, este papel parece ainda mais relevante, pois, algumas pessoas podem ter dificuldades em aceitar que uma pessoa que seja usuária de álcool ou tabaco seja seu terapeuta⁽¹⁰⁾.

A importância do autoconhecimento do profissional de saúde, buscando identificar suas próprias crenças, valores e preconceitos em relação ao uso de álcool e tabaco, e aos usuários, adquire destacada relevância, pois estes aspectos podem estar pouco evidentes, mas podem se manifestar através do comportamento ou das abordagens no momento do cuidado, bem como na orientação ao usuário de drogas e seus familiares⁽¹¹⁾.

A reflexão sobre as características de consumo dessas substâncias por profissionais de saúde aproxima-os de seus clientes, considerando-os como seres humanos potencialmente influenciados pelas mesmas condições daqueles aos quais presta assistência de saúde.

Existem poucos estudos que abordem o significado do uso de álcool e tabaco entre profissionais atuantes na Atenção Primária em Saúde (APS)^(8,10,12), sendo que os encontrados referem-se, principalmente ao uso de tabaco. Além disso, não foram localizados estudos que aprofundem o conhecimento sobre o significado do uso destas substâncias nesta população.

Estudar o significado do uso de substâncias psicoativas, especificamente por profissionais atuantes na ESF, pode contribuir para um aprofundamento

no conhecimento sobre os fatores que influenciam a assistência neste modelo assistencial. Também é possível fornecer subsídios para possíveis ações que contribuam para a melhoria da assistência prestada a pessoas usuárias de álcool e tabaco.

Assim, este estudo pretendeu compreender o significado atribuído ao próprio uso de álcool e tabaco por profissionais de saúde da APS, e responder a seguinte pergunta: Quais os significados atribuídos ao próprio uso de álcool e tabaco por profissionais da saúde da APS?

MÉTODO

Foi realizado um estudo qualitativo com análise de conteúdo⁽¹³⁾, buscando aprofundar a compreensão do fenômeno estudado.

O método qualitativo é baseado no paradigma compreensivista. Ontologicamente, existem múltiplas realidades ou múltiplas verdades e construções individuais da realidade, que é construída socialmente e em constante transformação. O investigador e objeto estão em uma relação interativa, assim os achados da pesquisa são criados no contexto da situação que permeia a coleta de dados^(11,14).

O estudo foi realizado em cinco municípios de pequeno porte da região sul do Brasil, estado de Santa Catarina no primeiro semestre de 2012. Os municípios participantes do estudo foram definidos a partir dos padrões de uso de álcool e tabaco apresentados pelos profissionais de saúde, identificados no estudo "Análise da articulação entre os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e a Estratégia de Saúde da Família na 6ª Secretaria de Desenvolvimento Regional do Estado de Santa Catarina - dos desafios às potencialidades para a efetivação do Sistema Único de Saúde" realizado no ano anterior, com metodologia quantitativa. Neste estudo, foram entrevistados todos os profissionais inseridos na ESF, com o objetivo de investigar suas condições de saúde e as articulações da rede de saúde.

Em cada município incluído na amostra buscou-se a maior variabilidade possível, tentando-se incluir os diversos padrões de uso de substâncias. O local escolhido para a realização desta pesquisa mostrou-se adequado pois todos os municípios apresentam cobertura total da ESF, bem como seguem os preceitos preconizados institucionalmente.

Foram entrevistados 39 profissionais das seguintes categorias: agentes comunitários de saúde,

técnicos em enfermagem, enfermeiros, médicos, odontólogos, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos e assistentes sociais.

A seleção dos participantes se deu buscando informantes-chaves e profissionais que possuíssem maior tempo de serviço no município. Foram incluídos aqueles que já haviam participado da etapa quantitativa realizada no ano anterior. Assim, garantiu-se o tempo de trabalho no município e a avaliação prévia do padrão de uso de álcool e tabaco. Os profissionais que não participaram da etapa quantitativa não foram convidados a participar.

Para a definição do número de entrevistas foi utilizado o conceito de amostragem teórica, cujo objetivo é identificar pessoas, acontecimentos e locais que potencializam as oportunidades de descobrir variações entre conceitos, densificando as categorias, suas propriedades e dimensões⁽¹⁵⁾.

A coleta dos dados foi realizada entre março e maio de 2012. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas em profundidade que buscaram respostas a partir da experiência subjetiva dos indivíduos, a fim de objetivar a compreensão de um problema ou situação⁽¹⁴⁾. A observação direta também foi realizada pela pesquisadora durante o processo de realização das entrevistas.

As entrevistas foram semi-estruturadas, com roteiro construído pela pesquisadora e realizadas em local escolhido pelo participante, desde que este oferecesse a privacidade necessária para a garantia de qualidade das respostas. Algumas das questões norteadoras da entrevista foram: "Como você se sente frente ao usuário de SPA em busca de tratamento?", "O fato de beber e/ou fumar interfere no modo como você assiste as pessoas que buscam atendimento aqui?", "Que papel estas substâncias têm no seu dia-a-dia?".

As entrevistas foram gravadas e transcritas pela própria pesquisadora. Posteriormente, foram lidas exaustivamente e submetidas à análise de conteúdo⁽¹³⁾. A análise de conteúdo, enquanto uma abordagem descritiva qualitativa ofereceu uma abordagem prática para a compreensão das perspectivas⁽¹⁴⁾. A análise foi feita de forma interativa, com o texto dividido em palavras, frases e parágrafos. O processo de geração de subcategorias foi realizado até que as categorias centrais fossem identificadas nas entrevistas. Foi utilizado o software Atlas.ti 5.5 para a organização e melhor visualização do processo de análise.

Os profissionais de saúde convidados a participar do estudo foram informados da não obrigatoriedade de sua participação e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Também foi garantido, junto a Administração Municipal, que não haveriam sanções ou prejuízos aos que não quisessem participar. O projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, sob número de processo 1043 em 13 de dezembro de 2010.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Pôde-se observar que a maioria dos participantes foi do sexo feminino (74,4%) e casados (64,1%). Na sua maioria, os entrevistados eram agentes comunitários de saúde (35,8%), fato que está de acordo com a realidade da Atenção Primária em Saúde onde esta categoria é a maioria dos trabalhadores. A maior parte atuava na profissão e no município há mais de três anos (82,0%), situação que favorecia um conhecimento ampliado da realidade local. Com relação ao uso de tabaco e uso problemático de álcool, a prevalência encontrada foi de 5,1% e 12,8% respectivamente, sendo menores que da população em geral⁽¹⁶⁻¹⁷⁾. Maiores dados podem ser encontrados na Tabela 1.

Significados atribuídos ao uso de álcool e tabaco pelos profissionais de saúde

O significado do uso de substâncias psicoativas dos profissionais de saúde é construído socialmente, na interação do mesmo com a sua família, seus amigos, colegas de trabalho e comunidade em que vive e/ou trabalha⁽¹⁸⁾. Esta construção apresenta algumas peculiaridades no que tange ao uso ou não de álcool e/ou tabaco. O uso de substâncias psicoativas é multideterminado, relacionado com a história de vida e questões genéticas e fisiológicas. Com o indivíduo profissional de saúde não poderia ser diferente, pois antes de assumir esta posição social ele é membro de uma sociedade e sofre as mesmas influências que as demais pessoas que não são da área da saúde⁽¹⁹⁾.

Os fatores que levavam os indivíduos ao consumo de substâncias psicoativas são variados, assim como o são os fatores que os levavam a não consumir. A prevalência de consumo foi menor entre os profissionais de saúde do que entre a população

como um todo, o que pode ser explicado pelo fato de que estas pessoas possuem um maior conhecimento técnico sobre o assunto, compreendendo as consequências do uso na própria saúde⁽¹⁶⁻¹⁸⁾.

Na análise do conteúdo das entrevistas, foram encontradas duas categorias principais, relacionadas ao significado do uso de álcool e tabaco. As duas categorias centrais encontradas foram “Faça o que eu digo mas não faça o que eu faço” e “Eu sou um exemplo de comportamento”.

Para compreender os significados atribuídos ao uso de álcool e tabaco e à assistência prestada

Tabela 1 – Caracterização sócio-demográfica dos sujeitos da pesquisa - 2012.

Variáveis	N	%
Município de Atuação		
Arabutã	8	20,5
Alto Bela Vista	8	20,5
Seara	5	12,8
Peritiba	10	25,7
Presidente Castello Branco	8	20,5
Faixa Etária (anos)		
≤ 30	22	56,4
31-40	9	23,1
≥ 41	8	20,5
Escolaridade		
Fundamental Incompleto	3	7,7
Médio Completo	13	33,3
Superior Incompleto	1	2,6
Superior Completo	22	56,4
Profissão		
Agente Comunitário de Saúde	14	35,8
Técnico em Enfermagem	3	7,7
Enfermeiro	5	12,8
Médico	4	10,3
Odontólogo	4	10,3
Nutricionista	3	7,7
Psicólogo	2	5,1
Farmacêutico	2	5,1
Assistente Social	1	2,6
Fisioterapeuta	1	2,6

Fonte: Dados dos autores.

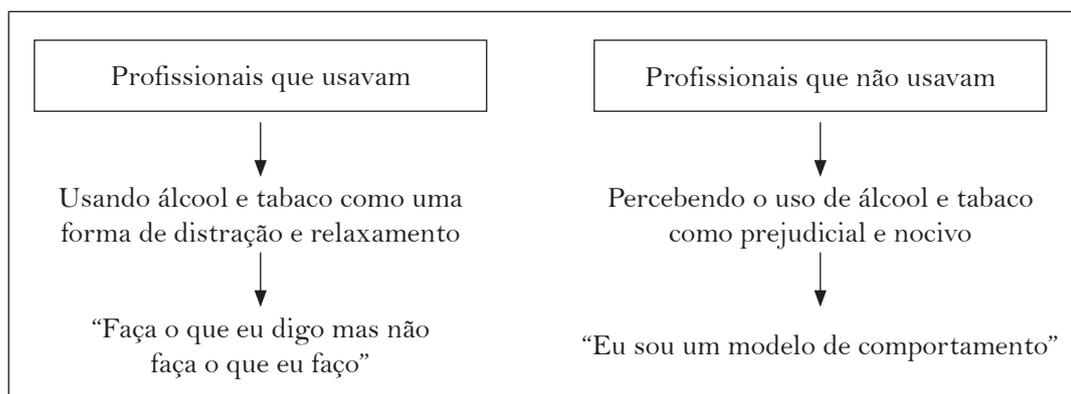


Figura 1 – Construção dos Significados atribuídos ao uso de álcool e tabaco.

buscou-se a percepção destes pelos participantes do estudo. Pôde-se perceber algumas diferenças entre grupos de pessoas, principalmente entre os profissionais que usam e os que não usam as substâncias, conforme demonstrado na Figura 1.

Não foram observadas diferenças relacionadas especificamente ao uso de álcool ou tabaco, os relatos foram bastante semelhantes, independentemente da substância utilizada.

Observaram-se algumas diferenças nos significados atribuídos ao uso de álcool e tabaco por profissionais que faziam uso e pelos que não faziam. Os profissionais que usavam as substâncias relataram que o faziam para relaxar e descontraír, porém acreditavam que a população da comunidade em que atuavam não devia saber desse uso. Já os que não usavam relataram que percebiam as substâncias como prejudiciais e nocivas a sua saúde e acreditavam que seu comportamento poderia ser modelo para a comunidade.

“Faça o que eu digo mas não faça o que eu faço”

Para os profissionais que usavam álcool e tabaco, o significado associado ao uso estava relacionado a momentos de lazer, como uma forma de se “soltar” e relaxar do estresse do trabalho.

[...] o álcool tipo assim, é mais em festa, descontraír, se soltar um pouco, não por precisar beber [...] eu tenho em casa também, mas não bebo, só quando vai alguém. (E21)

pra mim é um calmante (cigarro), nem que seja só psicológico, que nem eu tenho consciência que isso é psicológico... então eu sei que ele faz mal, só que [...] é um calmante, me ajuda. (E17)

Os relatos também apontaram para um uso acompanhado por outras pessoas, pois o uso desacompanhado foi apontado de forma não prazerosa.

Eu acho que assim, é mais pra descontração, se tiver que tomar sozinho, a não ser que tu seja dependente, fica sem graça. (E14)

Além disso, os profissionais consideravam seu uso como normal ou social. De uma maneira geral, não identificavam problemas relacionados ao seu uso.

Ai eu bebo cerveja quando vou, sei lá, festinha, quando ta com amigos, mas é de vez em quando. Eu fico tranqüila assim, sei lá, não me preocupo assim. (E3)

Entre os profissionais tabagistas, os significados apontaram para o lado recreacional do uso da substância. O tabaco seria um calmante, utilizado após situações estressantes, também como uma companhia ou um passatempo.

Eu moro sozinho, né, então o cigarro pra mim é uma companhia, mas é assim, to sem fazer nada em casa, fumo um cigarro, passa o tempo, coisa assim. (E21)

Assim, pôde-se afirmar que entre os profissionais que usavam as substâncias, o significado atribuído ao uso estava relacionado a descontração e relaxamento, constituindo parte do cotidiano dos sujeitos.

O padrão de uso de álcool semelhante aos dos usuários dos serviços foi relatado como uma abertura para abordar o assunto de maneira mais empática, facilitando a compreensão do problema.

Eu sou uma pessoa que gosto de fazer o uso do álcool com uma forma de degustar uma bebida. E também que eu compreendo, por que eu não sou uma dependente química, eu posso ter esse controle. (E29)

Os profissionais de saúde que usavam álcool/tabaco preferiam não admitir seu uso perante a comunidade para também poderem ser considerados exemplos de comportamento. Este fato demonstrou que os profissionais assumiam um papel paternalista, que lhes é imposto socialmente.

Eu não fumo no posto, tento esconder o máximo o meu vício, eu fumo em casa. Eu acho que é complicado tu falar pra alguém não fumar, sendo que tu ta com cheiro de cigarro ou ele te viu fumando. Eu tento evitar o máximo assim, é que nem, faça o que eu digo mas não faça o que eu faço, né. (E21)

Entre os profissionais que utilizavam álcool e/ou tabaco notou-se uma tendência de negação do uso para também poder “cobrar” a abstinência dos usuários sem serem questionados quanto ao seu próprio uso.

Eu acho assim, a gente também trabalha no setor da saúde, eles cuidam muito isso, eles dizem que se a gente ta bebendo, como que a gente vai na casa deles depois dizer que eles não podem beber. (E22)

[...] na comunidade a gente evita até por uma questão de exemplo né. Depois como vou pegar no pé das pessoas (E30)

Mesmo entre os profissionais que usavam as substâncias, percebeu-se o significado associado a ser um “modelo de comportamento”, demonstrando a necessidade de esconder e negar o consumo, para manter a aparência de uma pessoa saudável e poder oferecer as orientações sem se contradizer⁽¹²⁾.

“Eu sou um modelo de comportamento”

Entre os profissionais de saúde que não usavam nenhuma das substâncias, percebeu-se um significado mais relacionado aos danos provocados pelo uso das substâncias ou a situações familiares estressantes associadas ao consumo de álcool e tabaco.

[...] que pra mim o álcool, a pior droga que existe é o álcool, claro, tem o crack, e coisa, que não são tão consumidos aqui, mas aqui na nossa região o álcool é a pior droga. (E17)

Pôde-se identificar duas maneiras pelas quais os significados atribuídos ao uso de álcool/tabaco dos profissionais de saúde interferem na assistência. A primeira pôde ser resumida pela frase “*Sigam o meu exemplo*”, pois profissionais que não usavam álcool/tabaco colocavam o seu comportamento como um exemplo a ser seguido.

Desde que eu me formei eu tenho esse hábito e nunca passei daquilo, consigo me controlar, se eu consigo, por que outro fulano não consegue [...] nesse sentido eu pego firme. (E4)

Entretanto, percebeu-se que tanto para os profissionais que usavam as substâncias quanto para os que não usavam, o que importava era ser exemplo de conduta social para os usuários dos serviços. Este achado tem congruência na literatura internacional da área, que mostra que os profissionais de saúde procuram modelar seus comportamentos às expectativas dos usuários dos serviços⁽¹⁸⁾.

Entre este grupo de profissionais, percebeu-se um sentimento de que podiam orientar os usuários a também não usarem, pois se eles conseguiam os usuários também deviam ser capazes de atingir a abstinência.

[...] então eu acho que é uma coisa que atrapalha bastante [...] Eu acho que eu não fumo por isso, que eu acho que atrapalha, eu acho que os outros também podiam parar, né, fazer que nem eu. (E16)

Para este grupo de profissionais, os significados faziam parte da construção da identidade profissional relacionada à assistência ao usuário de substâncias. Sofriam influências da própria família e comunidade em que estavam inseridos, além do contexto em que atuavam profissionalmente. Também estavam relacionados à formação acadêmica obtida, seja durante a graduação ou mesmo em capacitações realizadas nos locais de trabalho. A realização de capacitações específicas influenciava a segurança sentida para abordar o tema com os usuários e seus familiares.

Com base nisso, os profissionais escolhiam estratégias de atuação condizentes com seu preparo e segurança, e assim, definiam o tipo de assistência que podiam prestar.

Foi através da interação simbólica com outras pessoas e comunidades que os profissionais de saúde construíram o significado do seu uso de álcool e tabaco e desenvolveram conceitos que guiaram as

ações⁽²⁰⁾. A cada nova interação com outros usuários, os significados relacionados ao uso de substâncias se alteravam, podendo ser reforçados pela afirmação de que o uso é realmente nocivo e que as pessoas esperavam que o profissional não usasse, esperavam um comportamento exemplar.

Quando um indivíduo passa a ser socialmente identificado como profissional de saúde, pode-se pensar no surgimento de uma nova identidade. Ao assumir este papel, exige-se também uma nova postura, socialmente condizente com o ser profissional de saúde⁽¹⁹⁾.

O contexto em que se desenvolve a atuação profissional e pessoal, as influências familiares, de amigos e da comunidade, bem como a formação obtida pelo profissional de saúde permitiam o estabelecimento de significados associados ao uso de álcool e tabaco e a assistência prestada nesta área. Estes significados levavam o profissional a adotar um modelo de comportamento que julgava ser esperado socialmente, e assim, estabelecer estratégias de assistência compatíveis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível identificar que o profissional de saúde vivenciava um processo interativo de constante resignificação dos seus conceitos a respeito do próprio uso de substâncias psicoativas, que o levava a responder a uma expectativa social de ser modelo de comportamento para a comunidade, evitando o consumo de álcool e tabaco.

Pôde-se colocar que os profissionais de saúde estavam indivíduos inseridos na mesma sociedade que os usuários dos serviços de saúde a quem prestavam assistência, estando assim expostos a informações e influências muito semelhantes. O fato de terem frequentado um curso que lhes conferiu formação específica para atuar na área da saúde alterava a forma como percebiam o próprio processo de saúde e doença, porém não o suficiente para mudar questões culturais muito arraigadas, como o uso de álcool, tabaco e hábitos alimentares.

São necessários maiores estudos sobre esta relação entre ser profissional de saúde e ao mesmo tempo um indivíduo da comunidade como outro qualquer, abordando as formas e estratégias utilizadas para lidar com estas questões.

Como limitação deste estudo, considera-se o fato de ter incluído apenas uma região rural de

um estado com características histórico-culturais próprias, o que impede generalizar sobre o assunto para a realidade brasileira.

Além disso, conclui-se que o contexto em que o profissional de saúde vive e atua influencia diretamente na construção dos significados atribuídos ao próprio uso de substâncias psicoativas. Desta forma, também interfere na forma como o profissional constrói a assistência, com base nas expectativas das pessoas com quem convive e interage.

As contribuições trazidas por este estudo refletem a necessidade da consideração dos significados atribuídos ao próprio uso de álcool e tabaco dos profissionais de saúde quando da definição de políticas públicas nesta área. Uma postura mais compreensiva permite uma atuação focada nas situações trazidas pelos usuários dos serviços e uma resignificação por parte dos profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

- 1 Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF); 2012.
- 2 Arce VAR, Sousa MF, Lima MG. A práxis da saúde mental no âmbito da Estratégia Saúde da Família: contribuições para a construção de um cuidado integrado. *Physis (RJ)*. 2011;21(2):541-60.
- 3 Room R. Smoking and drinking as complementary behaviours. *Biomed Pharmacother*. 2004;58(2):111-5.
- 4 Shafey O, Eriksen M, Ross H, Mackay J. *The Tobacco Atlas*. 3th ed. Atlanta: American Cancer Society; 2009.
- 5 Malta DC, Moura EC, Silva SA, Oliveira PP, Silva VL. Prevalence of smoking among adults residing in the Federal District of Brasilia and in the state capitals of Brazil, 2008. *J Bras Pneumol*. 2010;36(1):75-83.
- 6 Moretti-Pires RO, Corradi-Webster CM, Furtado EF. Consumo de álcool e atenção primária no interior da Amazônia: sobre a formação de médicos e enfermeiros para assistência integral. *Rev Bras Educ Méd*. 2011;35:219-28.
- 7 Souza LM, Pinto MG. Atuação do enfermeiro a usuários de álcool e de outras drogas na Saúde da Família. *Rev Eletrônica Enferm*. 2012;14(2):9.
- 8 Barengo NC, Sandstrom HP, Jormanainen VJ, Myllykangas MT. Attitudes and behaviours in

- smoking cessation among general practitioners in Finland 2001. *Soz Praventivmed.* 2005;50(6):355-60.
- 9 Frank E, Segura C. Health practices of canadian physicians. *Can Fam Physician.* 2009;55(8):810-17.
- 10 Saito A, Nishina M, Murai K, Mizuno A, Ueshima F, Makiishi T, et al. Health professional's perceptions of and potential barriers to smoking cessation care: a survey study at a dental school hospital in Japan. *BMC Res Notes.* 2010;3:329.
- 11 Guba EG, Lincoln YS. Competing paradigms in qualitative research. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. *Handbook of qualitative research.* Thousand Oaks: SAGE; 1994. p. 105-17.
- 12 Voigt K, Tworok S, Mittag D, Gobel A, Voigt R, Klewer J, et al. Consumption of alcohol, cigarettes and illegal substances among physicians and medical students in Brandenburg and Saxony (Germany). *BMC Health Serv Res.* 2009; 219:226.
- 13 Bardin L. *Análise de conteúdo.* 3ª ed. Lisboa: Edições 70; 2004.
- 14 Sandelowski M. Using qualitative research. *Qual Health Res.* 2004;14(10):1366-86.
- 15 Glaser BG, Strauss AL. *The Discovery of grounded theory: strategies of qualitative research.* 3th ed. New York: Aldine Transaction; 2008.
- 16 Ministério da Saúde (BR). *Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.* Brasília (DF); 2012.
- 17 Reisdorfer E, Buchele F, Pires RO, Boing AF. Prevalence and associated factors with alcohol use disorders among adults: a population-based study in southern Brazil. *Rev Bras Epidemiol.* 2012;15(3):582-94.
- 18 Kenna GA, Wood MD. Alcohol use by healthcare professionals. *Drug Alcohol Depend.* 2004;75(1):107-16.
- 19 Giddens A. *Modernidade e identidade.* Rio de Janeiro: Zahar; 2002.
- 20 Goffman E. *Stigma: notes on the management of spoiled identity.* New York: Touchstone; 1986.

**Endereço do autor / Dirección del autor /
Author's address**

Emilene Reisdorfer
9919 87 Avenue, T6E2N8
Edmonton, Alberta, Canadá
E-mail: mireisdorfer@gmail.com

Recebido em: 03.08.2013
Aprovado em: 15.01.2014