



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica

**Karen Batista**

**PERCEPÇÕES, ATITUDES E EXPECTATIVAS DE AGENTES  
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE USUÁRIOS DE DROGAS E  
SEU PROCESSO DE CUIDADO**

**SÃO CARLOS**

**2016**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica

**Karen Batista**

**PERCEPÇÕES, ATITUDES E EXPECTATIVAS DE AGENTES  
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE USUÁRIOS DE DROGAS E  
SEU PROCESSO DE CUIDADO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Gestão da Clínica da Universidade Federal de São Carlos, destinado à Obtenção ao Título de Mestre em Gestão da Clínica.

**Linha de Pesquisa:** Gestão do Cuidado

**Orientador:** Prof<sup>o</sup>. Dr. Bernardino Geraldo Alves Souto

**SÃO CARLOS**

**2016**

Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da Biblioteca Comunitária UFSCar  
Processamento Técnico  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

B333p            Batista, Karen  
                  Percepções, atitudes e expectativas de agentes  
                  comunitários de saúde sobre usuários de drogas e seu  
                  processo de cuidado / Karen Batista. -- São Carlos :  
                  UFSCar, 2016.  
                  149 p.

                  Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de  
                  São Carlos, 2016.

                  1. Agentes comunitários de saúde. 2. Saúde  
                  mental. 3. Usuários de drogas. 4. Estratégia saúde  
                  da família. I. Título.



## FOLHA DE APROVAÇÃO

**KAREN BATISTA**

### **“PERCEPÇÕES, ATITUDES E EXPECTATIVAS DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE USUÁRIOS DE DROGAS E SEU PROCESSO DE CUIDADO”**

Trabalho de Conclusão de mestrado apresentado à Universidade Federal de São Carlos para obtenção do Título de Mestre junto ao Programa de Pós-graduação em Gestão da Clínica.

**DEFESA APROVADA EM 31/03/2016**

#### **COMISSÃO EXAMINADORA:**

- Prof. Dr. Bernardino Geraldo Alves Souto – UFSCar
- Prof. Dr. Tiago Rocha Pinto – UFRN
- Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Regina Helena Vitale Torkomian Joaquim – UFSCar

**Aos meus pais José Benedito e  
Dolizete por todo apoio em minha  
formação e por me inspirarem na  
busca em ser uma pessoa melhor**

## **Agradecimentos**

Agradeço à professora e amiga Sandra Leal Calais, que ainda nos tempos de graduação pacientemente me ensinou a escrever meu primeiro projeto de iniciação científica, meu primeiro (e único!) artigo científico, me ensinou a atender e exercer a Psicologia Clínica e me ofereceu excelentes modelos éticos e acadêmicos.

Ao professor Osvaldo Gradella Júnior, primeiro grande responsável por meu interesse em atuar na Saúde Pública e Saúde Mental, a quem numa disciplina de apenas dois créditos conseguiu me sensibilizar e mobilizar para a luta por uma sociedade mais humanizada.

À querida professora Marisa Eugenia M. Meira por me mostrar o sentido e significado da intersectorialidade, por me provocar sobre o papel do Psicólogo frente às políticas públicas e por me convocar para as minhas primeiras visitas domiciliares (de muitas que estariam por vir!) durante o rico estágio de Psicologia da Educação.

À professora Sueli Terezinha F. Martins por me orientar durante a monografia da Residência em Saúde da Família, por ter me despertado o interesse em aprender sobre a atenção aos usuários de drogas na Atenção Básica e por ter me envolvido em suas propostas de apoio matricial em saúde mental na ESF, minhas primeiras experiências de matriciamento.

À assistente social Maria Eunice C. Lima, que fora minha preceptora nos tempos de residência e que contribuiu com importantes reflexões e experiências sobre o uso de drogas e me mostrou que saúde mental não é só “coisa de psicólogo”.

Ao professor e orientador Bernardino G. A. Souto, grande incentivador e responsável pela realização dessa pesquisa. Agradeço por ter aceitado me orientar, por toda atenção e cuidado com minhas dificuldades, pelos legítimos espaços de trocas e reflexões, pelas críticas e elogios, pelas correções, pelas caronas e pela compreensão em orientar uma servidora pública e moradora em outro município.

Agradeço aos professores e Tiago Rocha Pinto, Regina H. V. Torkomian Joaquim, Geovani Gurgel Aciole da Silva e Lucas Pereira de Melo que gentilmente aceitaram participar da banca de qualificação e defesa, trazendo críticas e contribuições riquíssimas para o trabalho.

Agradeço aos demais docentes do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica, pelos diálogos construídos em aulas e oportunidades de crescimento pessoal e

profissional. À Yara e Vanessa (estagiária e secretária do PPGGC) que sempre foram solícitas e dispostas a me ajudar no que necessário.

À equipe NASF de Rio Claro por apoiar e respeitar meu trabalho acadêmico e por compreender minhas ausências, viabilizando minhas idas a São Carlos e à coleta de dados.

À Coordenadora da Atenção Básica e ao Secretário Municipal de Saúde por compreenderem a importância da pesquisa e proverem as condições operacionais para a execução da mesma.

Aos Agentes Comunitários de Saúde pela disponibilidade em contribuir, pelo vínculo construído e por manifestarem suas opiniões e valores dando vida ao estudo.

Aos usuários de drogas que acompanho e já acompanhei em minha trajetória profissional, por me confiarem suas vivências e me sensibilizarem da necessidade de uma clínica produtora de vida.

À eterna “Equipe Matricial”: Fátima Menon e Mônica Assaiante que de colegas de trabalho se tornaram grandes amigas e parceiras do cuidado compartilhado. Agradeço pelos atendimentos, discussões e batalhas compartilhadas no ambiente hospitalar, pela paciência em ouvir minhas angústias e ansiedades desde o início do mestrado, pelas caronas, estadias, “ventilações de idéias” e compartilhamento de comilanças saocarlenses.

Aos colegas de mestrado Adriano, Mariana Fagá, Natalia, Dayane, Gabriela, Anne Karoline, Crislaine, Fábio, Denise, Georgya, Alexandre, Flávia, Paulo, Maria Teresa, Anisia pela companhia, pela força, pelos aprendizados e também pelos momentos de identificação e descontração tão importantes para o mestrando.

Às queridas amigas Silvana Terume, Ana Lúcia Martins, Aline (Pepê), Maria Liosa, Marta Bianchi, Larissa Augusta, Roberta Justel, Paloma Rodrigues, Jakeline Rangel, Carol Souza e CristinA Silva por todo apoio (ainda que muitas vezes virtual), amizade, discussões existenciais, filosóficas e banais, e algumas em especial, por me mostrarem que há vida após mestrado!

Agradeço à Gilda Daniel e Laura Daniel por toda atenção e carinho que sempre tiveram comigo, pelas caronas, pelas marmitas, pelos “mimos” e pelos acolhimentos que sempre me ofereceram antes e durante o mestrado. Ao meu querido sogro Tino Daniel por toda sua alegria, disposição e integridade que ficarão sempre acesos em minha memória.

Ao Evandro Daniel, grande homem que eu admiro muito e agradeço pela parceria e convivência, pelo cuidado, pela paciência, pelo bom humor, pelo apoio, por todo carinho e compreensão e por acreditar na construção de uma sociedade mais justa e digna.

E sobretudo, agradeço à minha família. Às minhas cachorrinhas Cacau e Malu pela alegria infinita mesmo quando eu não podia contemplar suas solicitações de brincadeiras e passeadas, pelo companheirismo nas madrugadas solitárias e por me ensinarem diariamente a valorizar as coisas simples da vida. Ao meu lindo sobrinho Raul, que chegou em 2014 nos enchendo de luz e amor e que mesmo sem ter a mínima noção me ajudou resgatando a criança que habita em mim e que o concreto faz questão de adormecer. Aos meus pais – o grande José Benedito e à guerreira Doll que da opressão do chão de fábrica e das baias das agências bancárias formaram uma socióloga e uma psicóloga que lutam diariamente pela construção de uma educação e saúde pública de qualidade. Obrigada meus pais e minha irmã Erika por todo apoio afetivo, doméstico, financeiro, espiritual de hoje e sempre. Obrigada por me apresentarem valores e fibra para seguir em frente mesmo diante das adversidades da vida.



## **Lista de Abreviaturas**

ACS: Agente Comunitário de Saúde  
ATENF: Auxiliares e Técnicos de Enfermagem  
CAPS: Centro de Atenção Psicossocial  
CAPS ad: Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas  
CAPS ij: Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil  
CC: Caminhos do Cuidado  
CEP: Comitê de Ética em Pesquisa  
CESM: Centro de Especialidades em Saúde Mental  
CFP: Conselho Federal de Psicologia  
Cofem: Conselho Federal de Entorpecentes  
Conad: Conselho Nacional Antidrogas  
Cosems: Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde  
CRAS: Centro de Referência em Assistência Social  
CREAS: Centro de Referência Especializado em Assistência Social  
CRIARI: Centro de Referência da Infância e Adolescência de Rio Claro  
DAB: Departamento de Atenção Básica  
DEGES: Departamentos de Gestão da Educação na Saúde  
DINSAM: Divisão Nacional de Saúde Mental  
DRS X: Departamento Regional de Saúde de Piracicaba  
EqSF: Equipes de Saúde da Família  
ESF: Estratégia Saúde da Família  
ESP: Escolas de Saúde Pública  
ETSUS: Escolas Técnicas do SUS  
EUA: Estados Unidos da América  
INAMPS: Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social  
LSD: Dietilamida do Ácido Lisérgico  
MNLA: Movimento Nacional da Luta Antimanicomial  
MTSM: Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental  
NAPS: Núcleo de Apoio Psicossocial  
NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família  
OAB: Ordem dos Advogados do Brasil  
PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
PSF: Programa de Saúde da Família

PSR: População em situação de rua

Senad: Secretaria Nacional Antidrogas

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS: Unidade Básica de Saúde

USF: Unidade de Saúde da Família

## Lista de Ilustrações

Figura 1	Síntese da estratégia de inclusão de sujeitos.....	60
Figura 2	Distribuição dos participantes por tempo de experiência como ACS.....	67
Quadro 1	Apresentação das categorias temáticas e subcategorias identificadas na pesquisa.....	69

## **Lista de Tabelas**

Tabela 1	Distribuição dos ACS por Faixa Etária e Escolaridade.....	66
Tabela 2	Número de usuários de drogas acompanhados pelos ACS em sua trajetória profissional.....	68

*“O que me levou a internar meu filho Austregésilo no Hospital Psiquiátrico Bom Retiro foram as informações de um amigo, que era policial. Eu lhe mostrei um pacotinho que encontrei, e ele me disse que era maconha. Fiquei desesperado, pois apenas acompanhava pela imprensa as manchetes assustadoras sobre as drogas. [...]*

*Na verdade minha gente não conhecia os efeitos maléficos que causam às pessoas esses tóxicos de diversas modalidades. Seria ótimo que as autoridades, que tratam desse assunto de tóxicos, criassem, por meio de livretos didáticos, um serviço para instruir tanto crianças como adultos sobre o que realmente causa uma dependência orgânica, que requer um internamento em lugares confiáveis, enfim, tudo sobre todo o tipo de tóxicos. E não essa generalização sobre o assunto drogas.... Pois isso só nos deixa com incertezas, e não sabemos como agir com nossos filhos quando nos deparamos com tais situações. E nos leva a cometer erros irremediáveis, como no caso do internamento do meu filho. [...]*

*Até que, por um milagre, que Deus me perdoe, meu filho quase morreu queimado! Ele ateou fogo em um dos cubículos onde já estava preso por alguns dias. Essa sua atitude desesperadora, acordou-me para o que eu estava fazendo com ele. Na mesma semana resolvi retirá-lo dessa instituição. E jurei a mim mesmo que, se fosse para ele morrer, que ele não morreria dentro desses centros de torturas, que infelizmente são todas essas instituições psiquiátricas, que “dizem tratar” de pessoas de condições financeiras inferiores.*

*Foi o período mais negro que passei nos meus setenta e nove anos de vida.”*

(Israel Ferreira Bueno, em “Depoimento do Pai”, sobre a institucionalização de seu filho por ser usuário de droga. Retirado do livro “Canto dos Malditos”, de Austregésilo Carrano, 1990)

## RESUMO

A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de drogas preconiza a integração social e a promoção da autonomia desses sujeitos por meio de abordagens de base territorial e comunitária com a participação de usuários e familiares no processo de cuidado, e no controle social da assistência. O modelo assistencial competente para isso é o da Estratégia Saúde da Família (ESF), o qual conta com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Esses ACS são os profissionais que fazem a mediação entre a comunidade e a equipe assistencial no âmbito do processo de cuidado. Para subsidiar a qualificação desses profissionais para a atenção a pessoas que usam drogas lícitas e ilícitas, investigou-se as percepções dos mesmos sobre esses usuários por meio de uma pesquisa qualitativa previamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos, SP. Para identificar os ACS com maior experiência no cuidado de pessoas que usam drogas para as entrevistas, quantificou-se a experiência de cada um por meio de um indicador especificamente criado para isso, aplicado ao total de 43 desses profissionais atuantes nas equipes de Saúde da Família cobertas pelo único Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) de Rio Claro, SP, no momento de realização do estudo. Entrevistando os ACS segundo a ordem decrescente da pontuação dada pelo indicador de classificação da experiência de cada um, obteve-se a saturação dos achados ao final da décima entrevista semiestruturada. À luz do referencial teórico da clínica do sujeito e da integralidade do cuidado, analisou-se as falas dos entrevistados por categorias temáticas. Os achados sugeriram um predomínio de percepções moralizantes sobre o uso e sobre os usuários de drogas, entendendo essas pessoas como desprovidas de razão, que demandam intervenção policial, jurídica ou de saúde de caráter repressor. Na contramão da Reforma Psiquiátrica e da reinserção social, observou-se expectativas de institucionalização e de uma terceirização do cuidado, embora em alguns momentos os próprios ACS questionassem a efetividade de práticas manicomiais. No geral, verificou-se que ainda há atuações baseadas no senso comum e na falta de acesso às informações técnico-científicas que se refletem na visão depreciativa do usuário e desconforto em lidar com os mesmos. Iniciativas de um cuidado integral, que considera e promove a autonomia do sujeito foram encontradas em alguns momentos; significativa parte delas entendidas como impacto de sua participação no curso Caminhos do Cuidado, ofertado pelo Ministério da Saúde para a qualificação da atenção aos usuários de drogas no âmbito da ESF. Tal curso se mostrou como a única formação que os ACS receberam sobre cuidado a usuários de drogas. Concluiu-se que ainda prevalece uma visão estigmatizante por parte de ACS sobre quem usa drogas, a partir de uma compreensão ainda leiga sobre a matéria. Entretanto, há disposição desses profissionais em qualificarem esse modo de ver e de enfrentar a problemática do uso e do usuário de drogas na comunidade em que atuam. Portanto, é oportuno o desenvolvimento de espaços de apoio matricial e projetos de Educação Permanente regulares para ACS e demais profissionais da ESF a fim de provocar tais discussões e qualificar o cuidado aos usuários de drogas.

**Palavras-chave:** Agentes Comunitários de Saúde, Saúde Mental, Usuários de Drogas, Estratégia Saúde da Família.

## ABSTRACT

The Ministry of Health's policy for integral care to drug users calls for social integration and the promotion of autonomy of these subjects through place-based approaches and community with the participation of users and families in the care process, and social control assistance. The competent care model for this is the Family Health Strategy (FHS), which includes the Community Health Workers (CHW). These CHW are professionals who mediate between the community and the health team in the care process. To support the qualification of these professionals to care for people who use licit and illicit drugs, we investigated the perceptions of the same on these users through a qualitative research previously approved by the Ethics Committee on Human Research of the Federal University of São Carlos, SP. To identify the CHW with experience in the care of people who use drugs to the interviews, the quantified experience of each one through a window specifically for this, applied to the total of 43 of these professionals working in health teams family under the single Family Health Support Centers of Rio Claro, SP, at the time of the study. Interviewing the CHW in descending order of the scores given by the experience rating indicator of each was obtained saturation of findings at the end of the tenth semi-structured interview. In light of the theoretical framework of the clinic of the subject and the integral care, we analyzed the speeches of the interviewed by thematic categories. The findings suggested a predominance of moralizing perceptions about the use and on and drug users, understanding these people as devoid of reason, requiring police intervention, legal or repressive nature of health. Against the Psychiatric Reform and social rehabilitation, there was institutionalization of expectations and an outsourcing of care, although at times the CHW own question the effectiveness of practices based on hospital-centric psychiatry. Overall, it was found that there are still actions based on common sense and lack of access to technical and scientific information that are reflected in disparaging view of the user and discomfort in dealing with them. Initiatives of a comprehensive care, which considers and promotes the autonomy of the subject were found in a few moments; significant of them understood as impact of its participation in the Care Pathways course, offered by the Ministry of Health to improve care to drug users under the ESF. Such a course has shown as the only training that CHW received on care to drug users. It was concluded that still prevails a stigmatizing view by CHW about who uses drugs, from a still lay understanding of the matter. However, there is provision of these professionals qualify this view and address the problem of use and drug users in the community in which they operate. Therefore, the development of matrix support spaces and regular Continuing Education projects for CHW and other Family Health Strategy professionals is appropriate to have such discussions and qualify the care of drug users.

**Palavras-chave:** Community Health Workers, Mental Health, Users of Drugs, Family Health Strategy.

## SUMÁRIO

Apresentação .....	16
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>18</b>
1.1 A História do homem com as drogas: da Pré-História aos dias atuais .....	18
1.2 O uso de drogas: tipos de uso (segundo concepções clínicas) e abordagens terapêuticas .....	22
1.2.1 Instrumentos diagnósticos .....	25
1.2.2 Tipos de intervenções: .....	26
1.3 Do Nascimento da Psiquiatria à Reforma Italiana .....	29
1.4 O SUS, a Reforma Psiquiátrica Brasileira e a integralidade do cuidado .....	31
1.5 Os CAPS ad e uma nova abordagem de cuidado .....	36
1.6 A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas e a Clínica do Sujeito .....	37
1.7 A atenção básica em saúde e a atenção aos usuários de drogas .....	40
1.7.1 Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e a lógica do Apoio Matricial .....	41
1.7.2 As equipes de Consultório de Rua e o trabalho de Redução de Danos ....	43
1.7.3 As dificuldades da Atenção Básica em acolher o usuário de drogas .....	45
1.7.4 O ACS frente ao usuário de drogas .....	49
<b>2 JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>54</b>
<b>3 OBJETIVO GERAL .....</b>	<b>55</b>
3.1 Objetivos Específicos .....	56
<b>4 MATERIAIS E MÉTODOS .....</b>	<b>56</b>
4.1 Local e contexto da pesquisa .....	56
4.2 Ética da pesquisa .....	58
4.3 Procedimento .....	59
4.4 Instrumentos utilizados .....	62
4.5 O processamento e a análise dos dados .....	62
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>65</b>



5.1	A população do estudo.....	65
5.2	Os temas gerais abordados pelos sujeitos .....	68
5.3	Atitudes dos ACS frente aos usuários de drogas .....	69
5.3.1	A subtração da autonomia do sujeito.....	69
5.3.2	A moralização do uso de drogas pelo ACS .....	75
5.3.3	As tentativas de acolhimento e escuta .....	81
5.4	Sentimentos mobilizados nos ACS e percepções sobre o uso de drogas.....	85
5.4.1	O desconforto perante o usuário.....	85
5.4.2	Atribuição do uso de drogas como distúrbio psicológico.....	89
5.4.3	Atribuição da família como responsável pelo uso de drogas do sujeito... 90	
5.4.4	Outros determinantes .....	91
5.5	Fundamentações para as práticas dos ACS.....	93
5.5.1	Senso comum e experiência pessoal norteando ações.....	93
5.5.2	O curso Caminhos do Cuidado como única formação na área.....	96
5.6	Perspectivas de reabilitação dos usuários de drogas.....	98
5.6.1	Aposta em modelos de tratamento conservadores.....	98
5.6.2	Aposta no trabalho das RAPS .....	105
5.7	Dificuldades para o cuidado.....	107
5.7.1	Dificuldades reconhecidas pelos próprios ACS .....	107
5.7.2	As dificuldades veladas .....	108
5.7.3	Necessidade de desconstrução dos estigmas .....	111
6	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	114
7	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	120
8	<b>ANEXO A: FICHA DE CADASTRO INDIVIDUAL (FOLHA 1)</b> .....	137
8.1	Anexo A: Verso da Ficha de Cadastro Individual (Folha 2) .....	138
9	<b>ANEXO B: FICHA DE VISITA DOMICILIAR</b> .....	139
10	<b>APÊNDICE A: CARTA DE AUTORIZAÇÃO</b> .....	140

<b>11</b>	<b>APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>141</b>
<b>12</b>	<b>APÊNDICE C: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP .....</b>	<b>145</b>
<b>13</b>	<b>APÊNDICE D: FORMULÁRIO PARA CÁLCULO DO INDICADOR DE EXPERIÊNCIA NA ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE DROGAS.....</b>	<b>148</b>
<b>14</b>	<b>APÊNDICE E: ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA.</b>	<b>149</b>

## APRESENTAÇÃO

A dissertação aqui apresentada faz parte da pesquisa desenvolvida para o Programa de Mestrado Profissional em Gestão da Clínica da Universidade Federal de São Carlos, iniciado em abril de 2014 no município de São Carlos (SP). Apresentaremos o quadro de produção da pesquisa e a trajetória profissional da pesquisadora.

Karen é servidora pública no SUS de Rio Claro (SP) graduada em Psicologia pela UNESP campus Bauru (SP), um dos municípios que teve importante destaque no movimento da reforma psiquiátrica brasileira. Durante a graduação teve oportunidade de acompanhar as comemorações e desdobramentos dos 20 anos do Movimento da Luta Antimanicomial. Após graduar-se ingressou no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela UNESP Botucatu (SP). Foram 2 anos de 60 horas semanais de um intenso mergulho na Estratégia Saúde da Família onde vivenciou o sofrimento de usuários, familiares e profissionais diante de suas dificuldades frente ao uso de drogas.

No estágio eletivo que o Programa de Residência propõe, esteve no município de Porto Alegre (RS) estagiando nos CAPS ad e em uma Unidade de Dependência Química hospitalar a fim de compreender como se dá o cuidado aos usuários de drogas. Qual a receita, a fórmula mágica para lidar com esses sujeitos considerados tão “desafiadores” aos profissionais da saúde?

O período em Porto Alegre foi extremamente importante para a sensibilização sobre a potência do acolhimento, da escuta, do vínculo e da humanização do cuidado aos usuários. Observou que tais tecnologias utilizadas nos serviços de atenção especializada poderiam e mereciam ser oferecidas também na Atenção Básica.

Ainda na Residência, desenvolveu o Trabalho de Conclusão de Curso avaliando a abordagem ao uso de drogas na Estratégia de Saúde da Família do município de Botucatu (SP) na percepção dos usuários que eram acompanhados no CAPS ad. Observou-se os descompassos e as potencialidades entre o que era preconizado pela Ciência, pelas políticas públicas e o que era a necessidade e desejo dos usuários. Daquele momento foi se construindo a importância em conhecer também a percepção dos profissionais.

Após a conclusão da Residência, trabalhou em São Carlos (SP) como psicóloga hospitalar do Hospital Escola Municipal - hospital geral público que assistia demanda referenciada e espontânea - em um cenário em que a internação, a crise, o rompimento com os laços sociais e comunitários eram comuns e o vínculo com os usuários acontecia de formas mais severas possíveis: intoxicação exógena devido ao abuso de drogas ou tentativa de suicídio, surtos, situações de violência, morbidades e acidentes associadas ao uso.

Fez parte da Equipe Matricial formada pelos serviços de Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional, cujas intervenções eram planejadas com o objetivo de construir um projeto terapêutico que transcendia os muros hospitalares e exigia a ativação das redes de atenção psicossocial.

Muitas vezes o hospital era o primeiro e único serviço de saúde que os usuários de drogas acessavam e evitar que os sujeitos chegassem a condições tão críticas era uma questão importante. Como garantir a integralidade do cuidado daqueles usuários que não frequentam CAPS ad, Unidades de Saúde da Família, ambulatórios? Como fazer esses usuários serem vistos pelos serviços de Atenção Básica em Saúde?

Em 2015 ingressou como psicóloga da equipe do NASF em Rio Claro (SP), prestando apoio matricial para nove Unidades de Saúde da Família e atuando como uma das tutoras do projeto editado pelo Ministério da Saúde “Caminhos do Cuidado: Formação em Saúde Mental (crack, álcool e outras drogas)” para Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Técnicos de Enfermagem da Estratégia Saúde da Família. Participou da capacitação de 2 turmas do “Caminhos do Cuidado”, com aproximadamente 40 profissionais cada, oportunidade fundamental para a aproximação com a prática dos ACS frente aos usuários de drogas.

Assim, o cotidiano como psicóloga do NASF, as experiências como psicóloga hospitalar, tutora do Caminhos do Cuidado e residente na Estratégia Saúde da Família foram o celeiro dessa pesquisa, numa tentativa de investigar questionamentos científicos, profissionais e pessoais.

Pensar em Estratégia Saúde da Família é pensar nos Agentes Comunitários de Saúde, profissionais de quem, paradoxalmente, se espera tudo e nada. O agente, a ponte, o vínculo, o elo, o mediador, o acesso, a porta de entrada. Será que não precisamos olhar mais para essas pontes e compreender a natureza dos acessos que eles têm mediado?

## INTRODUÇÃO

### 1.1 A História do homem com as drogas: da Pré-História aos dias atuais

O uso de drogas acompanha as sociedades durante toda a humanidade, permeando diferentes culturas, religiões, costumes, hábitos, gerações e contextos sócio-políticos. Na Pré-História povos já exploravam as propriedades farmacológicas de muitas plantas para combate à dor, aumento do desempenho para atividades e obtenção de estados de êxtase. A resina da papoula (ópio) era utilizada para tratamento de dores, tosse, febre e diarreia. As flores da maconha eram empregadas para fins medicinais como sedação contra espasmos, diminuição de ansiedades e obtenção de estados de meditação (CARNEIRO, 2014).

A cocaína é utilizada entre os homens há mais de 4500 anos, quando as folhas de coca começaram a ser usadas pelos índios da América do Sul (FERREIRA; MARTINI, 2001). As drogas fermentadas foram as bebidas alcólicas mais antigas descobertas, desenvolvendo-se na Ásia o arroz, na América o milho e na Europa e Oriente Médio o trigo e cevada. Nas culturas indígenas também se desenvolveram bebidas alcólicas fermentadas como o *caium* advindo da mandioca brasileira, a *chicha* do milho andiano e o *pulque de agave* mexicano. Nos séc. XV e XVI as drogas foram um dos produtos mais procurados no Oriente e América, aumentando o consumo das especiarias, açúcar, café, tabaco e ópio (CARNEIRO, 2014).

No século XVII houve uma grande expansão das bebidas alcólicas destiladas e do uso de tabaco. Em todos os continentes identifica-se o uso de drogas associado a cultos e práticas religiosas, como a utilização do tabaco, da maconha, de chás, de cogumelos e da bebida ayahuasca. Além do uso associado à espiritualidade, observa-se que as drogas apresentaram importância econômica para muitos países, como o comércio do vinho, da papoula, dos excitantes cafeínicos (café, chá, chocolate, guaraná e chimarrão), do ópio, do tabaco, das bebidas alcólicas fermentadas e destiladas (CARNEIRO, 2014).

Com a Revolução Industrial aumentou-se o consumo regular de excitantes como chá e café, visto que eles aumentavam o desempenho laboral. No século XIX o mercado comercializava os princípios ativos extraídos das plantas em laboratório, como a morfina do ópio, a cocaína da cola e a cafeína do café. A cocaína alcançou os países considerados desenvolvidos e era utilizada por cientistas e intelectuais, como Sigmund

Freud (FERREIRA; MARTINI, 2001). Aumentou-se o consumo de morfina pelos militares e o mercado passou a proliferar a venda de tônicos, elixirs e xaropes que não eram bebidas alcólicas, mas que continham excitantes como açúcar e cocaína, a exemplo da Coca Cola feita da folha de coca da América e da noz de cola da África (CARNEIRO, 2014).

Em 1943 o LSD (dietilamida do ácido lisérgico) fora descoberto acidentalmente e passou a ser utilizado em larga escala como medida para expansão da criatividade entre artistas, filósofos e místicos. No final do séc. XIX o ecstasy (MDMA) representou a droga da ocasião, utilizado para psicoterapia, até sua proibição em 1985, desde quando passou a ser utilizado em festas de músicas eletrônicas e recentemente tem sido estudado para controle de Transtorno de Estresse Pós Traumático (CARNEIRO, 2014).

No Brasil, o uso de maconha é datado desde a chegada das primeiras caravelas portuguesas no século XV (CARLINI, 2006). Indígenas utilizavam plantas medicinais e psicoativas como o tabaco e cauins. Indígenas do xamanismo faziam uso tradicional de bebida de efeito alucinógeno (Santo Daime). O contato com os europeus levou à produção de monoculturas no Brasil como o açúcar, café e tabaco que eram cultivados pela mão de obra escrava vinda da África. A maconha era a droga de uso predominante entre os escravos, mas também usada como matéria prima para tecidos, papel e óleo para iluminação. As cordas e velas dos barcos eram feitas de fibras de maconha, denominadas cânhamos (CARNEIRO, 2014).

No decorrer da história, observa-se que o Brasil se destacou na produção de café e exportação de tabaco, ao passo que a bebida alcóolica brasileira (cachaça) se tornou importante produto dos engenhos. Atualmente o Brasil possui fabricação nacional de cerveja e um mercado de indústria psicofarmacêutica que possuem um grande impacto na economia do país (CARNEIRO, 2014).

Apesar do uso de drogas fazer parte do hábito cultural das sociedades, a partir do século XIX medidas de repressão começaram a proibir o uso delas. Como exemplo, os EUA adotou em 1920 a “Lei Seca” proibindo a venda e consumo de bebidas alcólicas em todo o país e o de tabaco em alguns estados. Tal lei durou até 1933 e apesar de proibir o uso não provocou a diminuição no consumo de álcool, pelo contrário, gerou resultados catastróficos uma vez que propiciou a adulteração de bebidas comercializadas clandestinamente bem como ações de violência fruto do comércio ilegal (CARNEIRO, 2014).

Em 1970 o presidente Nixon dos EUA por meio de acordos e tratados internacionais que se mantem até os dias atuais iniciou a chamada “Guerra às Drogas”, cujo intento era diminuir todo o uso e venda de drogas consideradas ilegais por meio de intervenções repressoras e violentas (CARNEIRO, 2014).

O impacto da “Guerra às Drogas” foi traduzido no Brasil pela Antiga Lei de Entorpecentes (Lei 6365 de 21/10/1976) que tinha por objetivos a prevenção e a repressão do uso e tráfico de drogas ilícitas, direcionando práticas de combate a oferta e demanda na sombra do discurso proibicista. Em 1980, o Poder Executivo criou o Conselho Federal de Entorpecentes (Cofem), cuja atuação foi marcada pela fiscalização, controle e repressão das drogas ilícitas. Em 1998 se observou o movimento pela construção de uma política de atenção ao uso de drogas, e assim o Departamento Nacional de Entorpecentes foi transformado na Secretaria Nacional Antidrogas (Senad) e o Cofem se transformou em Conselho Nacional Antidrogas (Conad). Apesar da criação da Senad e Conad, a atuação de tais órgãos estava caracterizada pelo caráter repressivo e intolerante, criminalizando o usuário de drogas ilícitas (DUARTE, 2010).

Foi apenas em 2003 que a política de atenção ao uso de drogas foi reorientada, investindo-se na articulação intersetorial, aproximando a Política Nacional Antidrogas, a comunidade científica e as organizações sociais. Neste movimento de realinhamento, a Política Nacional Antidrogas transformou-se em Política Nacional sobre Drogas, sendo estruturada em cinco eixos: 1) prevenção, 2) tratamento, 3) recuperação da inserção social e redução dos danos sociais e da saúde, 4) redução da oferta e 5) estudos, pesquisas e avaliações (DUARTE, 2010).

Em 2006 foi criada a Lei 11.346 representando um grande caminho à descriminalização do usuário de drogas ilícitas, distinguindo-o do traficante de drogas, excluindo a prisão para o usuário e garantindo-lhe possibilidades de tratamento, entendendo o uso de drogas como também responsabilidade do campo da saúde pública (BRASIL, 2006b; DUARTE, 2010).

No ano de 2010 o Governo Federal lançou o Decreto nº 7.179 que estabelecia o “Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas”. Tal Plano propunha a articulação de diversas políticas públicas integrando ações de saúde, assistência social, segurança pública, educação, desporto, cultura, direitos humanos e juventude tendo em vista a prevenção ao uso, o tratamento, a reinserção social bem com o enfrentamento do tráfico (BRASIL, 2010a). Apesar das propostas de ampliar o acesso ao cuidado do usuário, tal Plano também previa o financiamento público de comunidades terapêuticas,

ou seja, apoio à instituições privadas que não contemplam com o modelo de atenção esperado pelas políticas públicas de saúde.

Alarcon (2012) descreve o atual cenário de “combate às drogas”, traduzido por medidas repressoras que tem violentado e dizimado a vida de milhares de jovens negros das periferias brasileiras, extermínio que não é problematizado por boa parte da sociedade. O autor discute os “desconfortos” entre Saúde e Segurança Pública, debatendo que a Segurança parte de um ideal de uma sociedade sem drogas, declarando guerra aos usuários, ou seja, atuando com foco na redução da oferta. No entanto, a construção do SUS ao conceber um conceito ampliado de saúde, incorporando qualidade de vida e considerando que nem todo comportamento de risco (usar drogas) necessariamente provocará danos, acaba assumindo a necessidade de medidas mais flexíveis.

Além disso, a falta de regulação do Estado nas drogas consideradas ilegais implica na falta de controle de qualidade das substâncias comercializadas o que expõe usuários à adulteração de substâncias que podem causar efeitos bastante prejudiciais à sua saúde (MEDEIROS, 2015; SILVEIRA, 2015).

A “Guerra às Drogas” tem se mostrado insustentável, visto que a ausência do Estado no controle e regulação das drogas tem propiciado o controle deste comércio por grupos criminosos, provocando o aumento da violência, de prisões e de agravos à saúde. Essa análise tem levado alguns setores da sociedade a defenderem a revisão da atenção oferecida aos usuários e a legalização das drogas (CARNEIRO, 2014).

Silveira (2015) chama a atenção para o número de mortes que a “Guerra às Drogas” tem promovido: 47.707 homicídios no Brasil só no ano de 2007, nem a Guerra do Iraque não provocou tantas mortes (23.000 homicídios em 2007). Porém, há muitas pessoas que lucram com o mercado informal das drogas, a ONU estimou que há um lucro de 400 bilhões de dólares por ano na economia ilegal das drogas, isto é, mais de 12 mil dólares por segundo lucrados com o proibicionismo das drogas.

No discurso da “epidemia das drogas” culpabilizam-se os usuários de crack mas os verdadeiros problemas que tornam as famílias vulneráveis não são questionados (HARL, 2014).

A mídia contribui com excelência na divulgação de uma “epidemia do crack” validando ações repressivas da “Guerra às Drogas”. No Brasil, o discurso da “epidemia do crack” surgiu a partir dos anos 2000 criando uma imagem estereotipada dos usuários de crack representados como viciados, dependentes, pecadores, marginais e



ameaçadores. As narrativas construíram usuários fisicamente retratados como monstros, o que inspirou o temor da sociedade e forjou a idéia de uma epidemia. Além dos aspectos físicos assombrosos o usuário passou a ser interpretado como alguém sem discernimento para realizar suas escolhas e passível de ser representado pelo Estado ou por instituições sanitárias. Assim, atitudes abusivas em nome da lei, da ciência, da moral e dos bons costumes legitimam diferenças sociais, por meio de intervenções violentas em nome da revitalização e estética dos locais de consumo de crack, bem como internações forçadas dos usuários (MEDEIROS, 2015).

Tais medidas além de ineficazes pioram a situação na medida em que violam os direitos humanos dos usuários, dificultam que os mesmos busquem apoio e acessem serviços de redução de danos sociais e à saúde. Assim, a “epidemia do crack” culpabiliza os usuários, desvia a atenção do Estado sobre as necessidades de regulamentação do comércio das drogas enquanto elites políticas e de traficantes continuam lucrando com essa guerra (MEDEIROS, 2015).

Nesse ensejo, é fundamental qualificar o debate que tange o uso de drogas, ampliando o entendimento superficial que as drogas são o maior problema social do país, que a internação é a solução perfeita e imediata e que há uma epidemia de crack para que seja possível a construção de políticas públicas sociais efetivas e democráticas (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011).

## **1.2 O uso de drogas: tipos de uso (segundo concepções clínicas) e abordagens terapêuticas**

Geograficamente o Brasil ocupa uma localização privilegiada para o acesso as drogas, uma vez que faz divisa com o Peru, Colômbia e Bolívia, os maiores produtores de cocaína do mundo, e também com o Paraguai, um dos maiores produtores mundiais de maconha (DUARTE, 2010).

A maconha é a droga que têm apresentado importante aumento do uso em nível global, em contrapartida, a cocaína e seus derivados (crack, merla) tem apresentado declínio, tanto na produção como no consumo. Apesar de tal declínio em nível global observa-se o aumento de consumo de cocaína na América do Sul, com aproximadamente 3,34 milhões de usuários no ano de 2012 nos países da América Latina (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2015).

O Brasil representa o maior mercado consumidor de cocaína na América do Sul, no ano de 2012 apresentava 1,75% de adultos usuários na população brasileira (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2015).

Estima-se que no Brasil há 370.000 usuários de crack e similares nas capitais brasileiras, concentrando a maior prevalência nos estados da região Nordeste (BASTOS; BERTONI, 2014).

Apesar do discurso da mídia e de alguns documentos oficiais que propõem que o principal problema de saúde pública seja o uso de crack, no ano de 2013 o álcool foi responsável por 93,5% dos óbitos por causa básica relacionada a transtornos mentais associados ao uso de substâncias psicoativas. Em números absolutos, houve 7.511 óbitos causados pelo uso de álcool e 142 óbitos causados pelo uso de cocaína e seus derivados (BRASIL, 2015b).

De 2006 a 2011 observa-se que há maior registros de atendimentos no SUS para usuários de álcool do que para usuários de outras drogas (BRASIL, 2015b). Tal fato pode sinalizar que há mais agravos relacionados ao uso de álcool e/ou que talvez usuários de álcool acessem com mais facilidade os serviços de saúde, o que denota a importância de se ampliar o escopo das intervenções para os usuários de qualquer droga, independentemente de sua legalidade ou não.

Estima-se que há 12,3% das pessoas no Brasil são usuários de álcool, 10,1% usuários de tabaco, 1,2% usuários de maconha, 0,5% usuários de benzodiazepínicos, 0,2% de solventes e 0,2% de estimulantes (BRASIL, 2009; BRASIL, 2006a).

Em estudo sobre padrões de uso de álcool, 38% dos participantes relataram ter problemas físicos decorrentes do álcool e 18% dos entrevistados destacaram terem problemas familiares. A população de 18 a 24 anos citou problemas com violência em decorrência do uso de álcool, sugerindo o grande impacto social do consumo de álcool (BRASIL, 2009).

O número de acidentes com vítimas nas rodovias federais associados ao consumo de álcool também vem aumentando ao longo dos anos: totalizaram 498 acidentes no ano de 2004, 653 no ano de 2005, 1032 em 2006 e 1909 no ano de 2007 (BRASIL, 2009).

O início do consumo de álcool demonstra ser cada vez mais precoce na população brasileira. A média das idades do início de consumo foi de 15,3 anos para os jovens adultos e de 13,9 anos para os adolescentes. Assim como o início do uso, o consumo regular de álcool também vem iniciando cada vez mais cedo, sendo 17,3 anos para os adultos jovens e de 14,6 anos para os adolescentes (BRASIL, 2009).

O início do uso de drogas entre a população adolescente é de 12,5 anos de idade para álcool e 12,8 anos para início do uso de tabaco. Em contrapartida, o início do uso de maconha e cocaína aparecem apenas um pouco mais tarde, aos 13,9 anos e 14,4 anos de idade (BRASIL, 2009).

Estudo britânico que analisou e comparou os danos provocados por vários tipos de drogas, incluindo os danos provocados para os usuários (físicos, psicológicos e sociais) e os danos provocados para as outras pessoas (sociedade) demonstrou que dentre todas as drogas (lícitas e ilícitas) o álcool é a droga mais prejudicial, a heroína ocupou o segundo lugar, o crack o terceiro, a metanfetamina o quarto e a cocaína o quinto lugar. O referido trabalho demonstrou que os riscos dos usuários de álcool são expressivamente maiores que os riscos a que usuários de maconha ou cocaína estão expostos (NUTT; KING; PHILLIPS, 2010).

Todas essas evidências demonstram o grande impacto social e na saúde pública associado ao consumo de álcool. Considerando tais questões e entendendo que o álcool apresenta propriedades psicoativas e, portanto, é também uma droga, o presente estudo utilizará o termo “drogas” para se referir ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas.

Os usuários de drogas enfrentam dificuldades das mais diversas dimensões: internações hospitalares em decorrência do uso; óbitos de casos de transtornos mentais e comportamentais associados ao uso de substâncias psicoativas; aumento de aposentadorias e afastamentos em decorrência do consumo (BRASIL, 2009). Dados epidemiológicos apontam que os episódios acima descritos vêm apresentando aumento ao longo dos anos no país (BRASIL, 2009), o que sugere a importância dos profissionais da saúde estarem preparados para lidar com os usuários de drogas.

Quando se discute usuário de drogas é importante considerar que há diferentes tipos de relação de consumo de drogas, pois nem todo uso significa um uso problemático. No campo científico classifica-se o padrão de consumo em: uso, uso abusivo (ou uso de risco, uso nocivo) e síndrome de dependência. Entende-se o uso como qualquer consumo de drogas; o abuso como o consumo que já acarreta danos (em geral danos pontuais) ao indivíduo de qualquer natureza (biopsicossocial) e a dependência como o consumo descontrolado gerador de comprometimentos mais severos (em geral, danos de caráter crônico). Deste modo, cabe pensar o abuso numa perspectiva evolucionista de agravos – que podem ser de natureza física, psicológica, familiar e social -, destacando que nem todo uso nocivo necessariamente desenvolverá uma síndrome de dependência (BORDIN; FIGLIE; LARANJEIRA, 2004).

O diagnóstico de síndrome de dependência de drogas pode ser entendido nas situações onde há: estreitamento do repertório; saliência do uso; sintomas de abstinência na interrupção do uso da substância; desaparecimento dos sintomas após o uso; reinstalação da dependência após abstinência; sintomas de fissura (*craving*, vontade intensa de consumir a substâncias) e tolerância ao uso (BORDIN; FIGLIE; LARANJEIRA, 2004).

O Código Internacional das Doenças 10ª edição (CID 10) ao descrever os transtornos mentais e comportamentais ligados ao uso de substância psicoativa, seja ela depressora, estimulante ou perturbadora do sistema nervoso central, compreende a síndrome de dependência como o:

Conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após repetido consumo de uma substância psicoativa, tipicamente associado ao desejo poderoso de tomar a droga, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente apesar das suas consequências nefastas, a uma maior prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações, a um aumento da tolerância pela droga e por vezes, a um estado de abstinência física (CID 10)

De acordo com o *World Drug Report (2015)* estima-se que 1 a cada 20 pessoas (entre 15 – 64 anos de idade) no mundo usou uma droga ilícita no ano de 2013, totalizando 246 milhões de pessoas usuárias. Dentre esses 246 milhões de usuários, estima-se que 27,4 milhões de usuários apresentam problemas decorrentes de tal uso (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2015).

Em síntese, há pessoas que são capazes de fazer uso “controlado” de drogas (mesmo as ilícitas) e não desenvolvem dependência. A identificação da relação que o indivíduo possui com o consumo de drogas (uso, abuso ou dependência) implicará em diferentes possibilidades de intervenção. Para a realização da identificação do padrão de consumo, a literatura científica desenvolveu alguns instrumentos diagnósticos que podem auxiliar os profissionais nessa etapa.

### 1.2.1 Instrumentos diagnósticos

Para a avaliação tanto do padrão de uso como do estágio de motivação do usuário para rever e modificar seu consumo é fundamental que o profissional de saúde realize uma investigação inicial ampliada. Para tal avaliação há instrumentos de triagem

utilizados nacional e internacionalmente, desenvolvidos com o apoio da Organização Mundial de Saúde, dentre os quais se destacam:

**CAGE** (acrônimo referente às suas quatro perguntas - *Cut down, Annoyed by criticism, Guilty e Eye-opener*): Instrumento indicado para população adulta que detecta abuso e dependência de álcool e pode ser usado por qualquer profissional de saúde. É de rápida aplicação (dura aproximadamente um minuto) (MICHELI; FORMIGONI; RONZANI, 2011);

**AUDIT** (*Alcohol Use Disorder Identification Test*): Instrumento indicado para população adulta que tem caráter preventivo, pois avalia desde o não uso até a provável dependência. Pode ser autoaplicado ou aplicado por qualquer profissional da saúde. Seu tempo de aplicação é de aproximadamente 24 minutos (MICHELI; FORMIGONI; RONZANI, 2011);

**ASSIST** (*Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*): Instrumento indicado para população adulta que informa o uso de substância psicoativa (álcool, tabaco e outras drogas), risco atual, risco de problemas futuros e indícios de dependência. Pode ser usado por profissionais de saúde de formações diversas (MICHELI; FORMIGONI; RONZANI, 2011; HENRIQUE, et al. 2004);

**DUSI** (*Drug Use Screening Inventory*) Instrumento indicado para rastreamento em adolescentes que investiga frequência de uso de álcool e drogas e intensidade dos problemas em relação ao uso. Pode ser usado por profissionais de saúde de formações diversas exigindo apenas que o aplicador tenha familiaridade com o instrumento (MICHELI; SARTES, 2011; ROSÁRIO, 2012);

**T-ASI** (*Teen Addiction Severity Index*): Instrumento indicado para rastreamento em adolescentes que avalia a gravidade do uso de drogas e problemas em outros aspectos da vida do adolescente. Pode ser usado por profissionais de saúde de formações diversas, desde que o mesmo tenha recebido treinamento para tal (MICHELI; SARTES, 2011; ROSÁRIO, 2012).

### 1.2.2 Tipos de intervenções:

Para casos de abuso uma intervenção indicada é a Intervenção Breve, caracterizada por ser uma abordagem focal e objetiva (MICHELI; FORMIGONI, 2011b). A Intervenção Breve pode ser realizada por qualquer profissional da saúde e

pode ser desenvolvida na atenção básica (RONZANI; FURTADO, 2011). Ela consiste basicamente em cinco princípios:

- 1) Feedback: é feita a avaliação do consumo e após é realizada uma devolutiva ao usuário sobre seu uso nocivo;
- 2) Responsabilidade: etapa onde usuário e profissional negociam as metas a serem atingidas;
- 3) Aconselhamento: onde o profissional de saúde terá uma atuação educativa, orientando o usuário sobre a relação entre a diminuição do uso de álcool e drogas e a diminuição dos riscos de problemas futuros;
- 4) Menu de opções: momento que o profissional identifica com o paciente as situações de risco que favorecem seu consumo e são delineadas conjuntamente estratégias para a modificação do comportamento de usar álcool e/ou drogas;
- 5) Empatia: o profissional demonstra ao usuário que o compreende e que está disposto a ouvi-lo;
- 6) Autoeficácia: o profissional de saúde reforça o paciente a confiar e investir em seus recursos, numa postura otimista e incentivadora.

A literatura também preconiza a identificação de estágios de mudança, ou seja, avaliar a motivação do usuário, sua disposição e prontidão para mudar seu comportamento em consumir drogas. Uma vez que o profissional de saúde avalia e considera os estágios de mudança, tal avaliação direcionará as próximas intervenções (MICHELI; FORMIGONI, 2011a).

No modelo de mudança proposto pelos psicólogos Prochaska e DiClemente (MICHELI; FORMIGONI, 2011a) há cinco estágios de mudança:

- 1) Pré-contemtação: quando o usuário não reconhece que seu uso de drogas lhe traz prejuízos;
- 2) Contemtação: estágio que o usuário tem períodos de ambivalência entre considerar ou não a necessidade de rever seu uso;
- 3) Preparação: momento que o usuário reconhece suas dificuldades associadas ao uso de drogas e propõe a mudar seu comportamento;
- 4) Ação: o usuário coloca em prática estratégias para conseguir mudar seu comportamento;
- 5) Manutenção: período aonde o usuário precisa de cuidados para prevenir recaídas e manter a mudança comportamental alcançada.

Cada estágio de mudança descrito acima sugere ações diferenciadas, como por exemplo, quando o paciente encontra-se em pré-contemplação o papel do profissional é informá-lo sobre as consequências de seu uso e sensibilizá-lo a pensar sobre os riscos que ele está exposto; diferente de quando o paciente se encontra no estágio motivacional da preparação aonde o profissional atuará auxiliando o paciente a programar um plano para sua mudança comportamental, delineando com ele as estratégias de enfrentamento necessárias para lidar com cada dificuldade (MICHELI; FORMIGONI, 2011a).

Para situações onde há alto risco e indicativo de dependência é preconizado que o profissional da saúde discuta o resultado de sua avaliação com o usuário e o encaminhe a um serviço especializado (AMARAL; FORMIGONI, 2011).

Há uma vasta gama de possibilidades de tratamento (que podem ocorrer concomitantes ou não), entre eles: farmacologia, psicoterapia, grupos de suporte, oficinas terapêuticas, terapia comunitária (PECHANSKY, 2011).

Ainda que o profissional de saúde identifique que o usuário necessita de um atendimento especializado em situações graves, é importante pontuar que isso não exclui que tal usuário também seja acompanhado na rede básica de saúde. Para isso, é importante que os serviços especializados em saúde mental atuem articulados com a rede básica oferecendo à mesma o apoio necessário, rompendo com a lógica do mero encaminhamento e se co-responsabilizando pelos casos complexos (CRUZ; FERREIRA, 2011a; 2011b).

Na rede básica de saúde observa-se que a Estratégia Saúde da Família (ESF) possui ferramentas importantes no cuidado ao usuário de drogas, na medida em que ela dispõe de potentes recursos na atenção à família dos usuários, tais como: cadastramento mensal dos núcleos familiares realizado pelos agentes comunitários de saúde (ACS), acolhimento, prontuário familiar, reuniões de equipe periódicas para discussão dos casos e delineamento de projeto terapêutico de cuidado às famílias em vulnerabilidade (PAGANI; MINOZZO; QUAGLIA, 2011).

Cabe ressaltar que tais propostas de intervenção profissional que consideram o estágio motivacional do usuário, a intervenção breve, a classificação do uso em uso, uso nocivo e dependência é uma discussão atual no campo científico, pois em um passado recente a busca pela abstinência era a maior preocupação profissional.

### 1.3 Do Nascimento da Psiquiatria à Reforma Italiana

As políticas de cuidado aos usuários de drogas refletem um movimento de discussão de um novo modelo de atenção no campo da saúde mental. Historicamente a doença mental e a atenção terapêutica oferecida aos indivíduos em sofrimento psíquico (incluindo aqueles que apresentavam dificuldades decorrentes do uso de drogas) foi marcada por exclusão e institucionalização. Para uma compreensão ampliada sobre esse processo é necessário resgatar e refletir sobre o a historicidade do nascimento da Psiquiatria.

O hospital foi criado na Idade Média como instituição que oferecia hospedagem, alimentação e assistência religiosa aos mendigos, pobres e doentes. Nessa fase, os sujeitos com transtorno mental ocupavam diversos espaços: hospitais, guetos, florestas, ruas e igrejas (AMARANTE, 2007).

No século XVII, de caráter filantrópico o hospital passou a assumir um caráter de controle social com o surgimento do hospital geral. As internações eram determinadas por autoridades jurídicas e os diretores hospitalares passaram a gozar de poderes absolutos sobre a população. A internação passou a simbolizar o enclausuramento justificado pela garantia da manutenção da ordem social e o transtorno mental passou a ser endereçado ao Hospital Geral (AMARANTE, 2007).

Com a Revolução Burguesa e os ideais de liberdade, igualdade e fraternidade os sujeitos considerados desviantes para o Antigo Regime que estavam internados foram liberados e o hospital adquiriu um caráter de instituição médica, com a função de tratar os sujeitos doentes. Desenvolveu-se a idéia de que a internação possibilitaria ao médico a observação do curso natural das doenças, partindo de um pressuposto positivista que entendia a doença como neutra e cindida de todo o processo social que a promovia (AMARANTE, 2007).

Nesse cenário destacou-se a figura de Pinel - considerado o Pai da Psiquiatria – que fundou os primeiros hospitais psiquiátricos ancorados na idéia de um tratamento asilar, cujo princípio fundamental era o do isolamento, meio do qual seria possível à Psiquiatria estudar/observar a doença no seu estado “puro”, longe das interferências familiares, sociais, políticas e econômicas. Pinel literalmente desacorrentou os “loucos” mas isso não significou a autonomia dos mesmos, pois neste momento eles se encontravam presos à instituição hospitalar psiquiátrica (AMARANTE, 2007).



Pinel trabalhava com o conceito de “alienação mental” (e não doença mental) entendendo o “alienado” como alguém estrangeiro, fora de si, aquele que rompeu com a realidade, um sujeito desprovido de razão. Daí surgiram as associações entre a loucura e a periculosidade e as primeiras respostas sociais de medo frente aos ditos “alienados” (AMARANTE, 2007).

Além da função de laboratório, se acreditava que o hospital psiquiátrico também tinha uma função terapêutica na medida em que retirava o sujeito das condições que o adoeciam e controlava suas “paixões”. Esse era o tratamento moral, caracterizado pela imposição de regras, horários e regimentos para reorganizar as patologias mentais, descontroladas dos sujeitos; ou seja: punição e repressão como tecnologias terapêuticas (AMARANTE, 2007).

O modelo de hospitais de alienados proposto por Pinel influenciou vários hospitais em muitos países, inclusive no Brasil. Porém, tal modelo também foi alvo de diversas críticas, uma vez que o isolamento preconizado era incompatível com o ideal de liberdade defendido na Revolução Francesa. O modelo asilar sofria inúmeras dificuldades como a superlotação de internos, os maus tratos e violência dispendidos aos sujeitos e a constante violação de direitos humanos. Nesse cenário, foram pensadas alternativas para se rever tal modelo, como as “colônias de alienados”, que submetiam os sujeitos à imensas áreas agrícolas e idealizavam a reabilitação por meio do trabalho, o que na prática simbolizou a reprodução da institucionalização numa área rural (AMARANTE, 2007).

Após a II Guerra Mundial o mundo se sensibilizou em relação as atrocidades ocorridas no holocausto e sobre a necessidade de se construir relações mais solidárias e humanizadas. Os hospitais passaram a ser comparados aos campos de concentração e surgiram as primeiras tentativas de uma Reforma Psiquiátrica. Como exemplo, pode-se citar o movimento das Comunidades Terapêuticas (Inglaterra) com os grupos operativos e grupos de discussão, a Psiquiatria Institucional (França) com o acolhimento, ateliês e iniciativas de reinserção social e organização dos sujeitos; a Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva (EUA) com a criação dos Centros de Saúde Mental e a Antipsiquiatria, que rejeitava o conceito de doença mental importado de uma visão de evolução natural das doenças (AMARANTE, 2007).

Tais experiências foram significativas para tentar romper com o paradigma psiquiátrico hegemônico, no entanto, foi com o movimento da Psiquiatria Democrática

(Itália) que o modelo manicomial foi, de fato, desmontado, ocorrendo uma transformação radical na psiquiatria (AMARANTE, 2007).

O maior precursor desse movimento foi o italiano Franco Basaglia que problematizou o papel da Psiquiatria como ciência dentro de um contexto de neutralidade científica que desconsiderava todo o complexo processo social ao qual os sujeitos estavam inseridos. Basaglia trouxe à tona a crítica sobre a cisão entre a doença mental do sujeito em sofrimento e seu contexto social, sua história de vida, seus medos, sonhos, receios, valores, potencialidades, relacionamentos afetivos, sociais e dificuldades (AMARANTE, 2007).

O modelo da Reforma Italiana inspirou muitos países, inclusive o Brasil. Basaglia pontuou o quanto a Psiquiatria se ocupou da classificação de sinais e sintomas da doença mental e se esqueceu do cuidado aos sujeitos em sofrimento psíquico. Refletiu sobre a importância dos serviços serem espaços de acolhimento, de trocas sociais, de cuidado, de sociabilidade e de produção de subjetividades. Propôs então a necessidade de “colocar a doença entre parênteses” e construir novas respostas sociais para o sofrimento mental (AMARANTE, 2007).

#### **1.4 O SUS, a Reforma Psiquiátrica Brasileira e a integralidade do cuidado**

O movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil iniciou na década de 70 quando o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) denunciou as dificuldades que usuários e trabalhadores vivenciavam, reivindicando mudanças na organização do trabalho para a melhoria da assistência, bem como, incorporando em tal movimento a participação também dos usuários e seus familiares (FURTADO; ONOCKO CAMPOS, 2005).

Questionavam-se as inúmeras formas de exclusão social dos sujeitos em sofrimento mental, desde a estrutura física dos hospitais psiquiátricos marginalizados dos centros urbanos, bem como as condutas realizadas: atendimento centrado na figura do psiquiatra, medicamentoso, utilização de eletrochoques, uso de violência na contenção de crises e aplicação de castigos para aqueles que desviassem a ordem e afastamento do doente mental de sua família e comunidade (DELGADO, 2014; FURTADO; ONOCKO CAMPOS, 2005).

Essas discussões acerca das péssimas condições de trabalho e precariedade da assistência oferecida implodiram em várias denúncias cujo momento ficou conhecido como a “crise da DINSAM” (Divisão Nacional de Saúde Mental) na qual os trabalhadores de saúde mental passaram a provocar a DINSAM sobre a necessidade de mudança no modelo de atenção em saúde mental (DIMEINSTEIN, 1998).

As internações ocorriam em hospitais públicos da União e também em clínicas privadas financiadas pelo extinto INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social). Além das denúncias de violações de direitos humanos dos usuários institucionalizados, o MTSM também fazia uma crítica à proliferação de tais clínicas que cresciam por todo o país em um movimento da mercantilização da loucura – a chamada “indústria de loucura” - uma vez que a lógica que se operava era o interesse econômico das clínicas para que os usuários mantivessem sempre os leitos ocupados que eram remunerados com recursos do setor público (DELGADO, 2014).

Tais instituições funcionavam, em sua maioria, como empresas privadas com fins lucrativos mediante a internação dos usuários. A remuneração da instituição ocorria através da diária por internação psiquiátrica, o que propiciava uma relação direta entre o lucro da clínica quanto maior o número de usuários internados, o maior número de dias de internação e o menor gasto possível da instituição com a manutenção dos usuários internados (TENÓRIO, 2002). Entre 1965 e 1970 o número de pessoas internadas em hospitais psiquiátricos públicos no Brasil manteve-se estável, no entanto, a população internada em clínicas privadas custeadas pelo setor público apresentavam um expressivo aumento: 14.000 pessoas internadas em 1965 e 30.000 internadas em 1970 nas instituições privadas (RESENDE, 1987).

No mesmo contexto sócio-político, o Brasil vivia os anos de chumbo da ditadura militar, enfrentava uma crise econômica que aumentava cada vez as disparidades sociais e agravava as condições de saúde dos brasileiros. Em meio a vários movimentos de resistência e transformação política, ocorreu o movimento da Reforma Sanitária, cujo maior ideário era o acesso universal à uma saúde pública de qualidade. Em 1986 foi realizada a histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde que representou um espaço fundamental para discutir e aprovar as principais demandas do movimento sanitarista como o fortalecimento da saúde pública, a universalidade do acesso e a integração entre saúde pública e saúde previdenciária (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

No campo específico da saúde mental a 8ª Conferência Nacional de Saúde teve como importante desdobramento a organização da I Conferência Nacional de Saúde

Mental. No ano de 1987 ocorreu no município de Bauru (SP) o célebre II Congresso do MTSM marcado pela intensa participação de usuários, familiares, trabalhadores e professores universitários que, na ocasião, formularam as diretrizes e frentes de ação para a reforma psiquiátrica brasileira e se adotou o lema: “por uma sociedade sem manicômios”. Nesse ensejo, outro coletivo passou a endossar o movimento pela reforma, conhecido como MNLA: Movimento Nacional pela Luta Antimanicomial. (AMARANTE, 2007; DELGADO, 2014).

Em 1988 foi promulgada a Constituição Federal e implantado um Estado de bem estar social. Houve uma transformação na Saúde que se tornou direito de todo cidadão com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), grande legado do movimento da Reforma Sanitária (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

O processo de redemocratização da saúde representou uma ampliação no conceito de saúde que deixou de ser vista como “ausência de doenças” e se realocou como parte de um complexo processo social. Reconheceu-se que o processo de saúde dos sujeitos é determinado por uma trama de relações como o acesso à educação, habitação, alimentação, trabalho, transporte, segurança, lazer e não apenas como produto de uma dimensão biológica (AMARANTE; COSTA, 2012).

Dentro de tal perspectiva o SUS foi construído tendo como princípios doutrinários: universalidade, equidade e integralidade.

O princípio da integralidade é descrito como:

Art. 7º. II - Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990, Cap. II, Art. 7º)

Mattos (2009) discute que a integralidade não é apenas um dos princípios do SUS e sim a bandeira da luta que o movimento da Reforma Sanitária travou, idealizando uma sociedade mais justa em que todos os sujeitos tivessem o direito universal à assistência de suas necessidades de saúde.

O autor reflete sobre a hibridez do termo “integralidade” que expressa sentidos correlatos e indignações e críticas à uma realidade. A integralidade assumiria o caráter de uma espécie de “imagem-objeto” que direciona os sujeitos inconformados com uma condição a buscar por sua transformação (MATTOS, 2009).

Mattos (2009) discute vários sentidos que a integralidade abarca, como a adoção de medidas preventivas e assistenciais, a construção de políticas públicas especiais para

contemplar as necessidades de saúde de populações específicas, e, em especial, a consideração sobre as necessidades dos usuários. Integralidade implicaria na disponibilidade dos profissionais de saúde para as necessidades dos usuários que transcendem àquelas explicitadas pelos mesmos e que, no entanto, são também geradoras de sofrimento.

Assim, a integralidade passa a ser todo movimento daqueles que se recusam a recortar os sujeitos em um dado problema/doença/sintoma; movimento que busca ampliar a percepção das necessidades de saúde e que tem como objetivo superar os reducionismos e não limitar os usuários dos serviços a objetos coisificados (MATTOS, 2009).

É justamente na concepção de integralidade que se identifica uma aproximação importante entre as bases do SUS e da Reforma Psiquiátrica: ambos problematizaram o lugar depositado para a doença, para a loucura e convocou para a necessidade de uma assistência que considerasse o sujeito para além de seus sinais e sintomas reconhecendo também seus projetos de vida e interfaces sociais, políticas, psíquicas e biológicas (AMARANTE; COSTA, 2012).

O MTSM entendeu que a saúde mental faz parte de todo um processo social que os sujeitos vivenciam e, portanto, os serviços de saúde possuem função ética de não reproduzir as violências, contradições e conflitos que o sistema social, familiar, econômico e político já promovia. Ou seja, o sofrimento psíquico começou a ser compreendido como sintoma de um complexo de relações conflituosas que merecem ser consideradas (AMARANTE, 2007).

Nos anos 80, os esforços pela desinstitucionalização produziram experiências bem-sucedidas na diversificação de propostas de serviços de atenção à saúde mental como: a criação do primeiro Núcleo de Apoio Psicossocial (NAPS) em Bauru/SP, o fechamento da Casa de Saúde Anchieta em Santos/SP e a inauguração do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Prof. Luiz da Rocha Cerqueira em São Paulo/SP. (DELGADO, 2014; GRADELLA-JÚNIOR, 2002; TENÓRIO, 2002). Bauru foi o primeiro município do país a criar o NAPS em 1987, que representou um embrião dos CAPS, oferecendo atenção ambulatorial e regionalizada aos doentes mentais, atuando em parceria com o Centro de Psicologia Aplicada da Universidade de Bauru, atual UNESP (GRADELLA-JÚNIOR). A Casa de Saúde Anchieta era uma clínica privada conveniada ao INAMPS que após inúmeras denúncias de maus tratos e violação aos direitos humanos conseguiu ser fechada em 1988 quando foi implantado no município

um Programa de Saúde Mental cuja assistência passou a ser exercida em torno da criação dos NAPS. O CAPS Luiz da Rocha Cerqueira inspirou a criação de outros CAPS e NAPS em diversas regiões do país, inaugurando um novo tipo de cuidado ao doente mental (TENÓRIO, 2002).

Tendo como principal bandeira a desinstitucionalização, na década de 90 os profissionais (nesse momento servidores do SUS), usuários e familiares continuaram um movimento de resistência ao modelo de atenção hospitalocêntrico que ficou conhecido como Reforma Psiquiátrica Brasileira. Em 2001 foi criada a Lei 10.216 que direcionou um novo olhar para a saúde mental e também denominada Lei da Reforma (BRASIL, 2001b).

Desta forma, a Lei 10.216/01 que dispõe sobre a proteção e direitos dos portadores de doença mental representou o redirecionamento do modelo de assistência aos doentes mentais, uma vez que ela preconiza que o objetivo do tratamento deve ser a reinserção social do sujeito e descreve que a internação deve ocorrer apenas quando os recursos extra hospitalares se esgotarem (BRASIL, 2001b).

A Reforma Psiquiátrica permitiu um questionamento sobre a resposta social oferecida à loucura, permeada por práticas excludentes e discriminatórias. Entendeu-se que os hospitais psiquiátricos faziam parte um suposto modelo de cuidado que destituía os usuários de seu exercício à cidadania.

A fim de garantir a transição de um modelo de atenção hospitalocêntrico para uma abordagem de cuidado psicossocial territorial o movimento da Reforma Psiquiátrica propôs e vem lutando para a redução de leitos SUS de hospitais psiquiátricos. Desde 2002 há uma mudança no perfil dos leitos de hospitais psiquiátricos que tem se reduzido ao passo que a rede de dispositivos extra-hospitalares vêm apresentando grande expansão em todo território nacional (BRASIL, 2015b).

Porém o fechamento de leitos de hospitais psiquiátricos não garante por si só a desinstitucionalização e, portanto, foi necessária a criação de serviços substitutivos ao modelo manicomial. Assim, em 2002 foram criados os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) representando serviços estratégicos da Reforma Psiquiátrica. Especificamente em relação aos sujeitos em sofrimento psíquico associado ao uso de drogas, criou-se os CAPS ad (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas) realocando o cuidado para dispositivos territoriais (BRASIL, 2002a).

## 1.5 Os CAPS ad e uma nova abordagem de cuidado

Nesse movimento de oferecer cuidados aos sujeitos em sofrimento psíquico decorrentes do uso de drogas o Sistema Único de Saúde oferece como possibilidade de tratamento o CAPS ad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – representando um serviço diário aos indivíduos que apresentam transtornos mentais e comportamentais ligados ao uso e dependência de drogas. Os CAPS têm como proposta a reabilitação psicossocial de seus usuários por meio do acesso ao trabalho, ao lazer, ao exercício da cidadania e a potencialização dos recursos comunitários e vínculos familiares dos indivíduos. Nesse cenário, são apontadas como atividades terapêuticas as ações comunitárias que podem ser desenvolvidas fora do espaço físico do CAPS em parceria com outros serviços de saúde e/ou equipamentos sociais diversos, na tentativa de promover a integração entre usuários, profissionais, familiares e demais setores da sociedade (BRASIL, 2004c).

Além dos CAPS ad, outros CAPS foram criados com a mesma lógica descrita acima, sendo organizados em: CAPS I (para cidades entre 20.000 e 70.000 habitantes, funcionando em dia útil e horário comercial para atendimento dos portadores de transtorno mental); CAPS II (para cidades entre 70.000 e 200.000 habitantes, funcionando em dia útil e horário comercial para atendimento dos portadores de transtorno mental); CAPS i (CAPS – Infantil: para cidades acima de 200.000 habitantes, funcionando em dia útil e para atendimento dos transtornos mental da infância e adolescência) e CAPS III (para cidades acima de 200.000 habitantes, funcionando 24H, incluindo em finais de semana e feriados) (BRASIL, 2004c).

Além da atuação com a assistência dos usuários, os CAPS também apresentam o papel de realizar ações de matriciamento com a rede de atenção à saúde local, tendo em vista a territorialização do cuidado e a reabilitação psicossocial dos usuários (BRASIL, 2004c).

No CAPS ad podem ser disponibilizados alguns leitos, porém, cabe reforçar, que os mesmos são utilizados apenas para fins de desintoxicação, não tendo finalidades de internação (BRASIL, 2004c).

Cabe lembrar que a redação de políticas públicas e a criação de novos dispositivos de cuidado em saúde mental não garantem por si só que os profissionais de saúde incorporem em suas práticas os princípios da Reforma Psiquiátrica (FURTADO E ONOCKO CAMPOS, 2005).

Os CAPS representam o modelo oficial federal de serviços estratégicos para a rede de atenção psicossocial, porém eles ainda são insuficientes na proporção esperada pelo Ministério da Saúde e só poderão atuar como, de fato, serviços substitutivos ao aparato manicomial se operarem como redes intra e intersetoriais (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2008).

### **1.6 A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas e a Clínica do Sujeito**

Indo ao encontro da Lei 10.216/01, em 2003 o Ministério da Saúde publicou a política específica de atenção aos usuários de drogas, que fora atualizada no ano seguinte (BRASIL, 2004). Tal política preconiza ofertas terapêuticas, preventivas, reabilitadoras, educativas e promotoras da saúde, tendo em vista a integração social e produção da autonomia das pessoas (BRASIL, 2004a).

Além disso, a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas considera a Redução de Danos como estratégia de cuidado. Ela ressalta a necessidade de ampliar a perspectiva da abstinência, pois o profissional de saúde deve reconhecer que a abstinência nem sempre corresponde as expectativas e possibilidades dos usuários. Quando o foco da intervenção está na busca pela abstinência aqueles que não podem ou não conseguem ficar abstinentes não se sentem acolhidos em suas singularidades o que provoca baixa adesão às ofertas terapêuticas (BRASIL, 2004a).

Assim, o Ministério da Saúde reconhece a Redução de Danos enquanto política de saúde importante a ser adotada, considerando a singularidade de cada sujeito e delineando junto a ele estratégias em defesa de sua vida e não necessariamente estratégias para o alcance da abstinência (BRASIL, 2004a).

Analisando tal política compreende-se que sua fundamentação teórica é ancorada na clínica do sujeito. Entende-se que a clínica do sujeito é uma proposta de clínica reformulada e ampliada que busca superar as dificuldades que a clínica oficial apresenta (centralização na dimensão biológica; abordagem centrada na doença e não no indivíduo, abordagem terapêutica voltada para a cura/eliminação de sintomas; ênfase nas especialização e fragmentação do trabalho em saúde; fragmentação dos indivíduos; reducionismo; pouca preocupação com a promoção e prevenção em saúde) (CAMPOS, 1997).



Gastão (1997) discute que a Clínica do Sujeito sofreu grande influência da noção de cidadania ativa e protagonismo descrita por Basaglia, e constitui como seu objeto de intervenção o Sujeito, a doença e o seu contexto.

Na preleção de Bedrikow e Campos (2011) são descritos vários movimentos na tentativa de superar um modelo de cuidado exclusivamente biomédico. Nesse cenário pode-se destacar além da Clínica do Sujeito a Medicina Centrada na Pessoa e o Método Clínico Centrado na Pessoa. Tais propostas (Clínica do Sujeito, Medicina Centrada na Pessoa, Método Clínico Centrado na Pessoa) questionam o método clínico tradicional por compreenderem que é necessário considerar os significados, afetos e singularidades que cada pessoa apresenta, ou seja, conceber a doença dos indivíduos de forma holística.

Sendo assim, a Clínica do Sujeito procura superar o reducionismo e a fragmentação do trabalho em saúde por meio da composição de equipes de referência e apoio matricial especializado; procura superar o tecnicismo biologicista por meio da construção de Projetos Terapêuticos Singulares, considerando as dimensões físicas, psíquicas e sociais dos sujeitos; ou seja, uma clínica que desloca a doença (tradicionalmente localizada no escopo das ações em saúde) e centraliza o sujeito como objeto de intervenção (CAMPOS, 1997).

Pode-se citar como cuidados em saúde orientados para os sujeitos aqueles que apresentam as seguintes características: centrado nas necessidades da saúde; relação personalizada que perdure no tempo; compreensividade; continuidade e orientação para a pessoa; responsabilidade pela saúde de todos na comunidade durante o ciclo de vida; responsabilidade pelo combate aos determinantes da doença e promoção de espaço para que as pessoas possam ser parceiras na gestão da sua própria doença e da saúde da sua comunidade (OMS, 2008).

A clínica do sujeito está em consonância com a Política Nacional de Humanização, que dentre seus princípios norteadores e diretrizes gerais destaca a valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão à saúde e a necessidade de se operar na perspectiva do conceito de clínica ampliada (BRASIL, 2004b).

Não há doenças ou problemas de saúde se não há sujeitos, portanto, a clínica do sujeito é um referencial teórico-metodológico importante para que profissionais de saúde considerem o processo saúde-doença de forma compreensiva. Isso implica em contribuir para aumentar o grau de autonomia dos usuários, bem como em desenvolver

recursos terapêuticos que não se restrinjam à medicamentos e cirurgias, lançando mão por exemplo da potencialidade da escuta e da palavra, do apoio psicossocial e dos espaços de educação permanente em saúde (CAMPOS; AMARAL, 2007).

Tendo como pressuposto uma clínica ampliada e a integralidade do cuidado, as políticas públicas contemporâneas de saúde mental entendem que os usuários de drogas ainda que possuam um espaço especializado para serem assistidos (CAPS ad) espera-se que tais serviços trabalhem de forma articulada e integrada a outros dispositivos em saúde mental (como ambulatórios, leitos em hospitais gerais, hospitais-dia) e também da rede básica de saúde (unidades básicas de saúde) como o Programa de Saúde da Família (PSF).

Desta forma, se espera que:

A atenção ao usuário deve ocorrer em todos os níveis de atenção, privilegiando os cuidados em dispositivos extra hospitalares como os CAPS, devendo também estar inserida na atuação do PSF, PACS, Programa de Redução de Danos e Rede Básica de Saúde (BRASIL, 2004a, pg. 18).

Tendo em vista a necessidade de oferecer uma rede de serviços de saúde mental integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atuação e a necessidade de ampliar e diversificar os serviços do SUS para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de drogas o Ministério da Saúde em 23/12/2011 instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) por meio da Portaria 3088/2011. Entre as diretrizes da RAPS destaca-se o desenvolvimento de atividades no território e a ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares (BRASIL, 2011).

Deste modo, a atenção básica em saúde também constituiu a RAPS (entre outros serviços do SUS) e tem como responsabilidade: “desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas sempre que necessário, com os demais pontos da rede” (BRASIL, 2011).

De 2001 a 2010 foram incorporados nos sistemas municipais de saúde mental aproximadamente 30.000 profissionais, em geral, jovens e recém-formados. Apesar dos avanços nas políticas de saúde mental e da extensa rede de serviços, essa ainda é insuficiente e precarizada, tendo de lidar com os desafios de se obter sustentabilidade

financeira, técnica, política e científica, bem como a necessidade de se investir em processos de educação permanente e supervisão dos trabalhadores (DELGADO, 2004).

Embora haja conquistas significativas na saúde mental, a construção das RAPS é um processo em construção e impera-se a necessidade de fortalecimento das políticas intersetoriais articulando saberes e práticas da Saúde Mental com Assistência, Educação, Lazer, Cultura e Direitos Humanos (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2010).

Posto que a atenção básica também possui co-responsabilização pelo cuidado dos usuários de drogas, será discutido adiante como tal cuidado têm sido vivenciado na ESF.

## **1.7 A atenção básica em saúde e a atenção aos usuários de drogas**

A atenção básica em saúde é considerada pela atual política a ordenadora e coordenadora das ações de cuidado em saúde. Ela deve representar preferencialmente a porta de entrada dos usuários nas Redes de Atenção em Saúde uma vez que se localiza no local mais próximo de onde as pessoas vivem. Ela deve se orientar pelos princípios de universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012a, p. 19).

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012a, p. 19)

A Atenção Básica em Saúde representa um potente espaço para o delineamento de ações de Saúde Mental, exercendo um ponto de confluência entre a Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica ao propor atenção aos usuários junto à suas famílias e comunidade (PENIDO, 2013). As diretrizes internacionais preconizam que a Atenção Básica represente o eixo ordenador e coordenador da Rede de Atenção Psicossocial, garantindo cuidados primários em saúde mental e o apoio comunitário (DIMENSTEIN; LIMA; MACEDO, 2013).

No movimento de superar o modelo de atenção asilar observa-se que a partir do ano de 2005 houve uma reversão na alocação do financiamento público brasileiro que

tendia a investir seus recursos em serviços hospitalares. No entanto, de 2005 a 2013 verifica-se o aumento de recursos federais destinados a serviços de saúde mental de base territorial e comunitária e a redução de gastos em serviços hospitalares (BRASIL, 2015b).

Dentro da atenção básica destaca-se a Estratégia Saúde da Família (ESF) que reorientou o modelo assistencial na atenção primária, potencializando os princípios, diretrizes e fundamentos da mesma ampliando a resolutividade e impacto nas situações de saúde da população (BRASIL, 2012a).

Barros e Pillon (2006) chamaram a atenção para que o uso de drogas não seja compreendido fragmentado da realidade em que vive o usuário. Assim, a unidade de Saúde da Família torna-se um lugar privilegiado para o empreendimento de ações de atenção ao uso de drogas, uma vez que a ESF concebe a família como unidade de cuidado, e não os indivíduos isoladamente.

No que tange à atenção ao usuário de álcool e outras drogas na atenção básica, a Rede de Atenção Psicossocial preconiza que a mesma pode ocorrer nos seguintes espaços: nas Unidades Básicas de Saúde ou Unidades de Saúde da Família; nos Centros de Convivência e Cultura; nos Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF) e nas equipes de Consultórios de Rua (BRASIL, 2011).

Os Centros de Convivência e Cultura são espaços públicos onde são desenvolvidas atividades culturais e lúdicas permitindo a socialização de sujeitos com transtornos mentais e usuários de drogas, bem como sua produção e intervenção na cultura da cidade. Os Centros devem atuar integrados à RAPS, porém, por seu caráter exclusivamente cultural, neles não são realizadas ações terapêuticas nem medicamentosas (BRASIL, 2011).

### *1.7.1 Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e a lógica do Apoio Matricial*

Os NASF foram criados em 2008 (Portaria 154/2008) e são equipes multiprofissionais de saúde que oferecem apoio e retaguarda às equipes de Saúde da Família, qualificando o escopo das ações da Estratégia (BRASIL, 2008).

Os NASF devem trabalhar de forma integrada às USF e em relação às ações de Saúde Mental se preconiza que eles atuem na perspectiva: da redução de danos; na melhoria dos cuidados com grupos mais expostos à situações de vulnerabilidade; na

garantia de atenção não manicomial, evitando a medicalização e a institucionalização dos sujeitos; na priorização de ações coletivas; na construção de espaços de reabilitação psicossocial comunitários e na potenciação das redes de apoio e familiares (BRASIL, 2008).

O trabalho do NASF se sustenta no apoio matricial. Denomina-se apoio matricial a metodologia de trabalho que oferece às equipes de saúde suporte técnico-assistencial e pedagógico. O apoio matricial tem por objetivo construir espaços de corresponsabilização de usuários/famílias entre diferentes profissionais, isto é, entre profissionais das Equipes de Referência e profissionais Apoiadores Matriciais. No caso, as equipes de referência são as USF, ou seja, aquelas responsáveis por uma dada população adscrita. O apoiador matricial será então um profissional de formação diferente daquelas que a equipe de referência já apresenta, que justamente por apresentar saberes distintos auxiliará as equipes de referência na condução de casos socializando seus conhecimentos e possibilitando a construção de intervenções inter e transdisciplinares (BRASIL, 2007; CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Na prática, o apoio matricial pode ocorrer de 3 formas: (1) em espaços coletivos onde haja discussão de casos de usuários e dificuldades que as equipes de referência enfrentam (numa espécie de supervisão, capacitação); (2) atendimentos compartilhados (quando equipe de referência e apoiador matricial entendem ser importante uma abordagem conjunta do usuário) e (3) a possibilidade de atendimentos individuais com apenas o profissional apoiador matricial (em situações muito específicas do campo do saber do apoiador matricial). Cabe ressaltar que os atendimentos específicos não devem ocorrer de modo fragmentado da equipe de referência, de modo que o apoiador matricial deve colocar a USF a par das intervenções desenvolvidas (BRASIL, 2007; CAMPOS; DOMITTI, 2007)

O apoio matricial pode acontecer tanto em reuniões regulares como ser acionado em situações de urgência na ocorrência de casos bastante críticos. Sua grande contribuição consiste na construção de espaços de compartilhamento de conhecimentos que facilitam a horizontalização das relações e a diluição dos poderes. Partindo desse ponto de vista, todos os profissionais são convidados a participar das reuniões e a discutir os casos, o que pode em muitos momentos gerar práticas inovadoras e o rompimento da departamentalização e a lógica de encaminhamentos na saúde (BRASIL, 2007; CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Apesar de toda potência do apoio matricial em garantir a integralidade das ações, há de se superar obstáculos como decisões centralizadas nas figuras de poder; o modelo medicocentrado que ainda opera em muitos serviços de saúde; as resistências de uma subjetividade fechada para a tomada de decisões compartilhadas e a circulação de informações de usuários e famílias que não comprometa à privacidade dos mesmos (BRASIL, 2007; CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O apoio matricial se configura como um potente dispositivo para a transformação no modo de se produzir saúde, na medida em que tal arranjo tecnoassistencial permite a ampliação da clínica, a co-responsabilização, a produção de autonomia e o fortalecimento do vínculo com os usuários (PENIDO, 2013).

Desse modo, o NASF se constitui como importante ferramenta para a implementação de ações de saúde mental na Atenção Básica, porém, experiências tem revelado que o matriciamento têm se limitado a discussões de caso e as intervenções e atendimentos compartilhados ainda são incipientes (DIMENSTEIN; LIMA; MACEDO, 2013) o que exige o engajamento das equipes para superação das práticas fragmentadas que muitas vezes reproduzem no território modos asilares de se conceber o cuidado.

### *1.7.2 As equipes de Consultório de Rua e o trabalho de Redução de Danos*

Os Consultórios de Rua são equipes multiprofissionais de Atenção Básica em Saúde que tem por objetivo oferecer assistência à saúde às pessoas que vivem em situação de rua (PSR). Por sua condição, as equipes de Consultório de Rua devem atuar de forma integrada e articulada com outras equipes de saúde (como UBS, USF, CAPS, hospitais gerais), bem como, com equipes intersetoriais (como CRAS, CREAS, Conselho Tutelar, órgãos da Educação, Cultura, Esportes) (BRASIL, 2012a).

As atividades desenvolvidas nos Consultórios de Rua podem ocorrer nas ruas, de modo itinerante, ou ainda nas dependências das UBS ou USF do território. Seu horário de funcionamento deverá ser flexibilizado de acordo com a demanda das PSR e dentre os profissionais que constituirão as equipes necessariamente deverá ter enfermeiro, psicólogo, assistente social ou terapeuta ocupacional (BRASIL, 2012a).

Até o final de 2014 o Ministério da Saúde habilitou em todo o território nacional 111 Equipes de Consultórios de Rua, distribuídas em 24 das 27 unidades federativas do

país (BRASIL, 2015b). O trabalho nos Consultórios de Rua obedece aos fundamentos e diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica e atuam no cuidado às diferentes necessidades de saúde das pessoas em situação de rua, na busca ativa e no cuidado dos usuários de drogas.

A PSR é marcada pela exclusão, pela violência e repressão, pelo rompimento dos vínculos e referências e pela estigmatização e isolamento que geram um processo de desumanização. Assim, as equipes de Consultório de Rua devem refletir sobre tal realidade para enfrentá-la, oferecendo uma abordagem ampliada de tais sujeitos (TRINO; RODRIGUES; JUNIOR, 2012).

Além de uma equipe multiprofissional é fundamental que os profissionais disponham de estratégias e dispositivos diferenciais para o cuidado, como a compreensão local de cada população de rua, a busca de parcerias para os determinantes sociais do adoecimento, o fortalecimento do acesso, do vínculo e do acolhimento à PSR (TRINO; RODRIGUES; JUNIOR, 2012).

Deste modo as equipes de Consultório de Rua devem ancorar sua atuação no tripé: território, grupo social e singularidades dos sujeitos. No território, as equipes devem considerar em seu diagnóstico aspectos como a forma como a PSF circula no território, sua relação com a comunidade, as condições sanitárias e ambientais, os equipamentos sociais presentes, as condições de violência e vulnerabilidade a que estão expostos. Entende-se por grupo social, o olhar para identificar a que grupo social o indivíduo está ou não vinculado, as relações de gênero, a identificação (ou não) de uso de drogas, as atividades econômicas, bem como, as relações comerciais com a comunidade local. Conceber a PSR de forma integral e singular, reconhecendo sua história de vida, seus vínculos, suas queixas e demandas em saúde, grau de instrução, condições de saúde, uso de drogas, entre outros aspectos (TRINO; RODRIGUES; JUNIOR, 2012).

Diante da especificidade da PSR, a estratégia de Redução de Danos deverá transversalizar todas as ações em saúde propostas pela equipe (TRINO; RODRIGUES, 2012).

Redução de Danos significa reduzir danos sociais e à saúde associados a comportamentos de risco, não implicando necessariamente na eliminação de tais comportamentos. Uma abordagem redutora de danos reconhece o direito do indivíduo em realizar suas escolhas e oferece ao mesmo informações e espaços para reflexão sobre as escolhas (SILVEIRA, 2008).

Assim, a redução de danos implica em um conjunto de ações direcionadas aos sujeitos que não querem ou não conseguem diminuir ou abandonar o uso de drogas. Implica necessariamente em abrir um canal de diálogo com os usuários, estimulando o auto-cuidado e reconhecendo os direitos humanos dos usuários (SILVEIRA, 2008).

Deste modo, as equipes de Consultório de Rua devem operar junto à PSR potencializando o desenvolvimento da autonomia dos usuários, utilizando estratégias intersetoriais, educativas, culturais e trabalhando juntos as PSR temas como uso de álcool, crack e outras drogas considerando conhecimentos da redução de danos (TRINO; RODRIGUES, 2012).

### *1.7.3 As dificuldades da Atenção Básica em acolher o usuário de drogas*

Apesar das políticas públicas de saúde mental preconizarem que o cuidado aos usuários de drogas deve ocorrer em todos os níveis de atenção, a literatura tem mostrado os profissionais de saúde ainda apresentam muitas dificuldades em lidar com os usuários. Estima-se que no mundo apenas 1 a cada 6 usuários de drogas ilícitas entre 15 e 64 anos de idade conseguem acessar os serviços de saúde (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2015).

Na investigação sobre o papel das enfermeiras de uma USF frente ao uso de drogas verificou-se que apesar das profissionais apresentarem um discurso preconizando a promoção, prevenção e o acolhimento, no geral, as ações empreendidas eram marcadas por encaminhamentos, aconselhamentos superficiais e queixas das próprias profissionais de se sentirem despreparadas e sem respaldo teórico-prático para lidar com tal problemática (ROSENSTOCK; NEVES, 2010).

Em outro estudo com profissionais da Enfermagem observou-se a dificuldade de enfermeiros ao associar o uso de drogas ao envolvimento com práticas anti-sociais o que se refletiu em propostas de intervenção como o combate ao tráfico via ação policial. Nesse mesmo estudo também foram identificadas concepções de enfermeiros ancoradas sob a ótica médica sanitarista, que se traduziam em propostas de tratamento de internações e exclusão social, deixando o usuário à margem da sociedade (MOUTINHO; LOPES, 2008)

Os pesquisadores encontraram também nos relatos dos enfermeiros concepções embasadas em um modelo moral o qual depositava a responsabilidade pelo tratamento na figura exclusiva do usuário de drogas (MOUTINHO; LOPES, 2008).



Em pesquisa realizada por Pillon (2005) foi observado em profissionais da Enfermagem intolerância, visão negativa, estereotipada e assistência sustentada em crenças de natureza moral em relação aos usuários dependentes de álcool. Tais resultados sugerem a necessidade da inclusão da discussão sobre alcoolismo no currículo dos cursos de graduação, pois muitas das dificuldades expostas na pesquisa podem simbolizar falhas na formação dos profissionais que se veem despreparados para lidar com tal problemática (PILLON, 2005).

Soares, Vargas e Oliveira (2011) discutem que apesar do aumento da demanda de pacientes com agravos relacionados ao álcool nos serviços de saúde ainda prevalece uma visão negativa do alcoolista, impedindo a realização de uma assistência produtiva e qualificada. Somado a isso, há um número reduzido de estudos sobre o conhecimento dos profissionais de saúde sobre alcoolismo, bem como a natureza dos estudos é predominantemente internacional e marcada por estudos com apenas uma categoria profissional (sobretudo do campo da Enfermagem).

Os autores destacam que há atitudes de profissionais de saúde marcadas por julgamentos, associando o alcoolismo a questões morais, espirituais e/ou à personalidade do indivíduo como causa de sua dependência alcoólica. Além disso, muitos profissionais demonstram ter pouco conhecimento técnico sobre como lidar com alcoolistas e sentem-se despreparados para intervir (SOARES, VARGAS; OLIVEIRA, 2011).

Alves (2009b) observou que há uma hegemonia no discurso político fundamentado na exclusão social do usuário de drogas, na segregação sócio-familiar e na repressão às drogas ilícitas que predomina na concepção de muitos profissionais da saúde ao admitirem a abstinência como meta exclusiva de intervenção.

Schneider (2010) debate sobre a formação de profissionais da saúde em modelos de atenção de natureza orgânica que pode se traduzir na dificuldade dos mesmos em conceber a dependência de drogas sob outra ótica, inter-relacionando as esferas psicológica, social, política, mas também a biológica e orgânica. Assim, a concepção dominante é centrada na busca do controle sobre a dependência e nos dispositivos médico-terapêutico e morais. Essa visão irá se refletir na meta dos tratamentos e no olhar do profissional sobre o usuário de drogas, muitas vezes marcado por práticas preconceituosas, psicologizantes e pela transformação de problemas sociais em biológicos.

Oliveira, Ataíde e Silva (2004) problematizam que a falta de espaços na atenção primária para discutir sobre o uso de drogas sugere que os profissionais das unidades de Saúde da Família não priorizam/garantem atenção ao usuário do CAPS ad por não compreender que a saúde mental também é objeto de trabalho da atenção básica. Assim, acabam não reconhecendo as manifestações de sofrimento mental e centralizando as intervenções nos profissionais especialistas dos centros de referência e serviços secundários e terciários, fragmentando a assistência ao usuário e não garantindo a integralidade das ações.

Porém, conforme apontado por Moraes (2008) quando se entende que o objetivo do tratamento é a abstinência o modelo de atenção que deveria estar pautado numa relação integral e humanizada acaba sendo desmontado para um modelo ancorado na Psiquiatria Tradicional, excluindo a possibilidade de se considerar o usuário como um cidadão e sujeito de direitos, inclusive, direito de escolha por usar drogas e direito de ser assistido nos serviços de saúde.

Queiroz et al. (2014) ao investigarem os repertórios interpretativos de profissionais de diversas categorias (ACS, assistente sociais, auxiliares e técnicos de enfermagem, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, auxiliares de saúde bucal e de consultório dentário, terapeutas ocupacionais, psicólogos e psiquiatras) de Centros de Saúde, CAPS ad e NASF (Núcleos de Apoio à Saúde da Família) encontraram uma ambivalência nas concepções das equipes.

O artigo discorre que foram identificadas concepções conservadoras, como quando 82,2% dos entrevistados afirmaram que “qualquer tipo de uso de droga, seja ela legal ou ilegal, traz problemas ao usuário” e 76,9% consideraram que “qualquer uso de drogas leva à dependência”. Observou-se que 75% dos participantes acreditavam que o combate ao tráfico é eficaz ou muito eficaz (QUEIROZ et al., 2014).

No entanto, o mesmo estudo também apresentou concepções emancipatórias como quando 69,7% dos profissionais responderam que “os usuários devem colaborar na construção dos projetos e programas de saúde voltados para a realidade em que vivem”. Além disso, 46,6% dos entrevistados mostraram-se contra a punição para o uso de drogas ilícitas e 61,1% responderam que a “proibição do uso de drogas não diminui seu consumo” (QUEIROZ et al., 2014).

A presença de concepções conservadoras e emancipatórias sinaliza o quanto falar sobre o uso de drogas suscita polêmicas e tensionamentos, sugerindo ser um terreno onde talvez não se aplicam verdades absolutas e universais.

Em recente publicação Fernandes, Stein e Giugliani (2015) investigaram entre outras questões, o conhecimento técnico de ACS de um município do RS sobre álcool e drogas, desde classificação, efeitos, instrumentos de rastreamento, intervenção breve, estágios motivacionais e abordagens terapêuticas até o conhecimento dos mesmos sobre as políticas públicas. O estudo descritivo quantitativo demonstrou uma média de acertos de apenas 34,5% e uma auto-percepção dos ACS sobre seus conhecimentos como insuficientes. Os autores sugeriram a fundamental necessidade de processos de educação permanente em saúde para os ACS no campo do uso de drogas.

Nesse sentido e em consonância com as políticas públicas explanadas nesse trabalho e na tentativa de qualificar a assistência aos usuários de drogas na atenção básica o Governo Federal lançou em 2013 o curso Caminhos do Cuidado (CC). O projeto (CC) iniciou quando o Ministério da Saúde convidou as instituições Fundação Oswaldo Cruz e Grupo Hospitalar Conceição para promover formação em saúde mental, álcool e outras drogas para todos os ACS, auxiliares e técnicos de Enfermagem (ATENF) que atuam em equipes de Saúde da Família (EqSF) de todo o Brasil para garantir cuidado e acolhimento adequados ao usuário de drogas na Atenção Básica (CAMINHOS DO CUIDADO, 2015).

O CC foi articulado pela Casa Civil e sob a responsabilidade do Ministério da Justiça o projeto se inseriu no eixo “Cuidado” do Plano Integrado “Crack é Possível Vencer”. Ele contou com parcerias de vários setores do Ministério da Saúde (DEGES, DAB e Coordenação da Saúde Mental), articulados com diversas instituições do SUS (estados, municípios, ETSUS/ESP e Cosems) (CAMINHOS DO CUIDADO, 2015).

Em 23/10/2013 o CC foi lançado oficialmente e na primeira fase elencou-se como prioritários os estados: AC, SP, PE, PR, RS e Distrito Federal. A segunda fase ocorreu em dezembro de 2013 com a consolidação dos estados: MS, PA, RJ, SC, TO, MG, GO, AM, BA, AL e AM. Em fevereiro de 2014 iniciou-se a terceira fase com a participação dos estados: CE, ES, MA, MT, PB, PI, RN, RO, RR e SE (CAMINHOS DO CUIDADO, 2015).

O curso CC foi organizado em 3 eixos temáticos:

- 1) Conhecendo o território, as Redes de Atenção, os conceitos, políticas e as práticas de cuidado em saúde mental;

- 2) A caixa de ferramentas dos ACS e ATENF na atenção básica;
- 3) Eixo transversal: reforma psiquiátrica, redução de danos e integralidade do cuidado como diretrizes para intervenção em saúde mental e no uso de álcool, crack e outras drogas (CAMINHOS DO CUIDADO, 2013).

A carga horária do curso foi composta por 60 horas, sendo 40H de formação presencial e 20H de observação de campo. Toda a formação foi desenvolvida em horário comercial e fazia parte da jornada de trabalho dos profissionais. O curso ainda oferecia almoço e lanche aos participantes. Cada turma contou com no máximo 40 alunos e em todos os encontros os temas eram trabalhados por meio de metodologias ativas de aprendizagem (CAMINHOS DO CUIDADO, 2015).

Toda a base do curso esteve ancorada na Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas. A meta prevista inicialmente era que 290.197 ACS e ATENF de todo o território nacional realizassem o curso (CAMINHOS DO CUIDADO, 2015).

Em todo o território nacional foram oferecidas 292.899 vagas para ACS e ATENF realizarem o curso (CAMINHOS DO CUIDADO, 2016).

Entende-se que o lançamento do projeto Caminhos do Cuidado reflete o reconhecimento do Governo Federal da necessidade de se empoderar a atenção básica no cuidado aos usuários de drogas, delineando como profissionais prioritários a receberam formação em saúde mental os ATENF e ACS.

#### *1.7.4 O ACS frente ao usuário de drogas*

A primeira experiência de Agente Comunitário de Saúde (ACS) no Brasil data de 1987 no estado do Ceará quando tal profissão foi pensada visando contemplar a dois objetivos: oferecer oportunidade de trabalho para as mulheres da região da seca e diminuir a mortalidade infantil. Em 1991 tal experiência foi estendida para todo o território nacional com o Programa de Agentes Comunitário de Saúde, e em 1994 implantado o Programa Saúde da Família com a presença do Agente Comunitário de Saúde (TOMAZ, 2002).

Na ESF além dos profissionais de saúde que existem nas Unidades Básicas de Saúde há também o ACS. Espera-se que o ACS atue como um mediador entre a comunidade local e a Unidade de Saúde da Família (USF), uma vez que ele é uma

pessoa que mora no próprio bairro, possuindo a potencialidade de decodificar a cultura e saberes populares locais. Acredita-se que tal conhecimento do ACS seja essencial para que a ESF contemple suas atribuições fundamentais: planejar suas ações em saúde de acordo com o diagnóstico do território; promoção e vigilância em saúde, trabalho interdisciplinar e abordagem integral da família (BRASIL, 2001a).

Dentre as atribuições do ACS se destacam: adscrição das famílias de sua área de abrangência; cadastramento de todos os moradores de sua micro-área e atualização dos cadastros; orientação dos usuários sobre a utilização dos serviços de saúde; realização de visita domiciliar a todas as famílias de sua responsabilidade conferindo atenção especial para aquelas que vivem em situação de maior vulnerabilidade; atuação buscando a integração entre a população e a equipe de saúde e desenvolvimento de atividades de promoção, prevenção e vigilância em saúde e agravos, seja por meio de visitas e/ou ações educativas (BRASIL, 2012a).

Um dos instrumentos de trabalho fundamentais e exclusivos do ACS são as Ficha de Cadastro Individual (Anexo A) e Ficha de Visita Domiciliar (Anexo B). Nelas abordam-se entre outras situações e condições de saúde, sobre a saúde mental, uso de drogas e identificação de tratamentos e internações psiquiátricas dos usuários que o ACS acompanha em sua micro-área (BRASIL, 2013).

Silveira, Martins e Ronzani (2009) ao realizarem estudo com 197 ACS de cidades em Minas Gerais demonstraram que ainda prevalece uma concepção moral sob o alcoolismo, responsabilizando única e exclusivamente o usuário por sua dependência e atribuindo “fraqueza moral” e “falta de força de vontade” à dependência de álcool.

Em estudo realizado com ACS do Pernambuco os pesquisadores Castanha e Araújo (2006) ao investigarem as representações sociais que os ACS possuem sobre o uso de álcool destacaram a preocupação com os prejuízos clínicos do álcool e consequentes óbitos, bem como nas implicações sociais de tal uso, sobretudo os conflitos familiares.

Em contrapartida, ainda no referido estudo, quando os ACS foram abordados sobre suas expectativas para a reabilitação do usuário de álcool 39% ressaltaram a necessidade de campanhas preventivas, e estas foram seguidas pelo tratamento médico (27%), em detrimento do tratamento psicossocial (19%) e a participação em grupos de apoio (15%), unidades temáticas que possivelmente estariam ao alcance da ESF (CASTANHA; ARAÚJO, 2006).

Pensando na importância em considerar o contexto onde o usuário de drogas constrói suas relações o ACS desempenha um papel fundamental uma vez que esse profissional pode tanto atuar na prevenção (como um agente multiplicador de informações) como também na vigilância à saúde (exercendo a função de um elo essencial na construção do vínculo entre os usuários e as famílias) (ARAÚJO et al., 2006).

Na contramão das políticas públicas identificou-se que há ainda uma grande expectativa dos ACS em um tratamento médico tradicional focado na desintoxicação, conforme observado por Araújo et al. (2006) ao pesquisarem as representações sociais que ACS do Pernambuco possuem sobre a maconha.

Souza (2013) ao avaliar os conhecimentos que profissionais da atenção básica (e inclusive ACS) do estado de Goiás e Distrito Federal possuem sobre drogas encontrou que 26,5% dos participantes acusaram ter experiência no atendimento a usuários de drogas, porém apenas 13,7% afirmaram ter recebido algum treinamento sobre manejo com o usuário. Apenas 3 participantes (de um total de 101) acertaram uma questão que abordava sobre a classificação da frequência do uso de drogas. Se os profissionais não conseguem classificar o tipo de uso, isso sugere que eles dificilmente serão capazes de definir a intervenção mais adequada.

Os profissionais de tal pesquisa apresentaram o pior desempenho nas questões que abordavam as políticas públicas (apenas 18,31% dos participantes acertaram tais questões), o que denota o distanciamento das equipes em trabalhar em consonância com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica.

Silva, Zambenedetti e Piccini (2012) realizaram encontros semanais com ACS de Porto Alegre a fim de discutir uso de drogas e identificaram que os profissionais apresentavam uma visão depreciativa do usuário, além de um ideal de abstinência e internação. Observaram também que embora o projeto se dispôs a debater álcool e drogas, a maioria dos ACS centrava a discussão sobre o uso de crack e muitos percebiam a redução de danos como a mera distribuição de seringas aos usuários de drogas injetáveis.

O artigo descreveu algumas falas de ACS participantes demonstrando como perspectivas de intervenção o combate ao tráfico e a responsabilização exclusiva do governo para solucionar o problema do uso. O trabalho objetivou redimensionar as formas estereotipadas que o usuário de drogas costuma ser visto por meio de problematizações e reflexões e ao final verificou-se uma ampliação do olhar dos ACS

sobre os diferentes tipos de usos de droga e as diferentes alternativas de cuidado (SILVA; ZAMBENEDETTI; PICCINI, 2012).

Ao término do projeto alguns ACS reconheceram sua concepção estigmatizante e o grupo solicitou a continuidade de tais espaços de discussão, demonstrando a potencialidade de tais encontros a fim de se trabalhar com fenômenos tão complexos (SILVA; ZAMBENEDETTI; PICCINI, 2012).

Em estudo realizado na Bahia os pesquisadores Santos, Borges e Alves (2014) propuseram a articulação entre saúde mental e atenção básica por meio de visitas domiciliárias compartilhadas para famílias de usuários do CAPS ad e perceberam a resistência dos ACS no início do projeto. Os autores descreveram que ao sugerir aos ACS a realização de visitas para usuários do CAPS ad que residem na área de abrangência da ESF os profissionais inicialmente reagiram reativamente acreditando que tal demanda era de competência do CAPS ad, o que pode ter ocorrido devido ao estigma que o usuário de álcool e outras drogas carrega. Porém, no decorrer do trabalho as ACS reconheceram a importância em se trabalhar de forma integrada com a saúde mental.

A visita domiciliária é uma forte estratégia de cuidado, visto que por meio dela se pode conhecer as condições sócio-econômicas, a dinâmica familiar e outras variáveis que permeiam o universo familiar, e, portanto, a visita pode ser utilizada para a continuidade do cuidado também dos usuários drogas (SANTOS; BORGES; ALVES, 2014).

O ACS trabalha na fronteira entre dois territórios realizando movimentos entre: as construções populares em saúde (feitas pelas estratégias cotidianas) e as construções técnicas em saúde (feitas pelos saberes e cuidados em saúde). O ACS é capaz de conferir legitimidade ao usuário e ao território, território este que extrapola a região geográfica e se estende à construção existencial de sua população (COSTA; CARVALHO, 2012).

Nesse confronto de identidades o ACS pode ocupar um lugar de “agenciador de encontros”: traduzindo a linguagem do território aos profissionais de saúde, escutando o usuário, conferindo a ele o poder de autonomia e identificando os ruídos na comunicação entre usuário e equipe, bem como disseminando os conhecimentos oficiais em saúde para a população (COSTA; CARVALHO, 2012).

Apesar de ser inegável que a presença do ACS é fundamental para a implementação de ações de cuidado no território, faz-se pertinente também uma crítica

sobre os limites de suas intervenções. Tomaz (2002) reflete sobre a tendência à “super-heroização” e à “romantização” do ACS presente em muitos estudos e documentos oficiais. O autor provoca uma discussão sobre o papel depositado aos ACS como “*mola propulsora da consolidação do SUS*” e problematiza que a consolidação do SUS enquanto transformação social não é responsabilidade exclusiva dos ACS e sim de todos os profissionais da saúde, técnicos, gestores e sociedade.

Tomaz (2002) também chama à atenção para a falta de uma clara definição das atribuições dos ACS o que se reflete na demanda de tais profissionais para o desenvolvimento de todo e qualquer trabalho com famílias e comunidades. Como consequência, ACS são constantemente convocados a participar de micro-treinamentos desconectados entre si e descontextualizados com sua realidade profissional.

Estudos apontam que os ACS frequentemente encontram-se sobrecarregados de funções administrativas, como formulários e protocolos a cumprir, em detrimento de terem poucos espaços para discussão e reflexão sobre a dinâmica de seu trabalho, bem como, sobre os determinantes sociais do processo de adoecimento da população, o que possivelmente gera ações fragmentadas, desarticuladas das políticas públicas e que não garantem um cuidado integral (DIMENSTEIN; LIMA; MACEDO, 2013; MINOZZO; COSTA, 2013).

Piccinini e Neves (2013) também ressaltam sobre um certo idealismo no papel do ACS e reconhece que apesar da presença do ACS ser produto da Reforma Sanitária, depositar nesse profissional a responsabilidade da mudança no modo de se produzir o cuidado em saúde seria, no mínimo, ingênuo. Discute que operar mudanças na saúde é tarefa de todas as equipes e não atividade isolada do ACS.

ACS enfrentam uma complexidade de dificuldades em seu cotidiano: vivenciam várias contradições sobre morar na mesma área de abrangência dos usuários e hierarquicamente costumam ocupar posições desprivilegiadas com poucos espaços para diálogos (LEITE; PAULON, 2013; PICCININI; NEVES, 2013).

Debate-se que o ACS apresenta grande demanda de trabalho ao passo que, paradoxalmente, dentro das equipes de Saúde da Famílias são os que apresentam os menores salários (NUNES et al, 2002).

Nunes et al (2002) discorre sobre o caráter híbrido que os ACS ocupam, na medida em que a comunidade espera dos mesmos uma postura pessoal/afetiva e as equipes de saúde uma prática técnica.



Além disso, ao entrar no domicílio dos usuários os ACS lidam com o não-controle e o imprevisível e atuam em um campo onde não há respostas prontas e o preparo de um saber técnico-especializado não necessariamente garante ações terapêuticas (LEITE; PAULON, 2013; PICCININI; NEVES, 2013)

Considerando os limites e desafios que os ACS enfrentam e entendendo que os mesmos apresentam papel importante para a realização de ações de saúde mental na rede básica, se faz necessário compreender as percepções dos ACS sobre o usuário de drogas, entendendo que esse profissional acessa territórios e experiências que os profissionais com formação “regular” nem sempre acessam.

Em síntese, observa-se que os ACS ainda enfrentam dificuldades para lidar com os usuários de drogas e há iniciativas ainda pontuais explorando esse universo, sendo assim, se torna pertinente investigar as percepções que os ACS possuem sobre os usuários.

Espera-se que a presente pesquisa forneça informações importantes sobre o olhar que o ACS possui do usuário de drogas, pois conforme debatido ao longo deste capítulo a literatura tem realizado estudos com outras categorias profissionais, ou então com toda a equipe da ESF ou ainda estudos sobre a percepção dos ACS sobre o uso de drogas específicas. Assim, compreender a percepção que o ACS possui sobre os usuários de drogas poderá subsidiar futuros projetos de intervenção na perspectiva da educação permanente em saúde, contribuindo para a melhoria da assistência ao usuário em sua própria comunidade.

## **2 JUSTIFICATIVA**

O Brasil tem investido em estratégias interessadas em oferecer atenção às pessoas com necessidades sociais e de saúde no próprio território onde vivem. Uma dessas estratégias é a Saúde da Família, por meio da qual, ACS são os profissionais que se encontram mais intimamente presentes no ambiente existencial das pessoas com objetivo assistencial.

No entanto, quando a necessidade social e de saúde do cidadão envolve o uso de drogas, esses profissionais enfrentam dificuldades por falta de preparo adequado para lidarem com tal situação. Para prepará-los, é importante compreender o que pensam, o

que sentem e o que esperam em relação aos usuários de drogas, uma vez que a literatura aponta percepções equivocadas de ACS nessa área.

Na tentativa de qualificar o acolhimento e a escuta dos usuários de drogas na atenção básica o Ministério da Saúde lançou em 2013 o projeto federal “Caminhos do Cuidado” oferecendo formação em saúde mental a todos os ACS e ATENF do país. No estado de São Paulo um total de 228 tutores ofereceram formação para 26.590 ACS e ATENF por meio do curso Caminhos do Cuidado (CAMINHOS DO CUIDADO, 2016). Nesse cenário o município de Rio Claro organizou-se para a capacitação de 5 turmas do Caminhos do Cuidado capacitando um total de 116 ACS. A primeira turma deu-se início em 15/05/2015 e a quinta turma foi finalizada em 23/07/2015.

Apesar da iniciativa de formação de tais trabalhadores, a promoção de espaços de saúde mental na atenção básica é permeada por vários atravessamentos. Muitas equipes ainda vivem sob a égide do modelo biomédico onde há pouco ou quase nenhum espaço para abordagens psicossociais e os profissionais encontram dificuldades para trabalhar em equipe e operar as redes de atenção.

A diminuição do número de leitos nos hospitais psiquiátricos não acompanhou a expansão do número de criação de serviços substitutivos. Somadas a tais contradições, o SUS sofre constantemente subfinanciamento, sucateamento, pressões de privatização e redução a um Estado mínimo, o que se reflete nas políticas de saúde mental e ameaçam as conquistas travadas com a Reforma Psiquiátrica.

Portanto, o objetivo deste estudo de entender a visão de agentes comunitários de saúde do município de Rio Claro (SP) sobre usuários de drogas colaborará para a qualificação da atenção ao conjunto específico de necessidades sociais e de saúde demandado por esses sujeitos, bem como, contribuirá para apoiar iniciativas como o projeto Caminhos do Cuidado.

### **3 OBJETIVO GERAL**

Compreender as percepções, as atitudes e as expectativas de um grupo de ACS sobre usuários de drogas e seu processo de cuidado.

### **3.1 Objetivos Específicos**

1. Descrever as experiências dos ACS no tratamento com usuários de drogas;
2. Investigar os sentimentos e a compreensão dos ACS sobre usuários de drogas, bem como, suas fundamentações;
3. Apresentar as expectativas dos ACS em relação aos usuários de drogas que estão sob seus cuidados.
4. Apontar fundamentos para educação permanente de ACS sobre atenção a usuários de drogas, em apoio ao projeto Caminhos do Cuidado editado pelo Ministério da Saúde.

## **4 MATERIAIS E MÉTODOS**

O presente estudo é uma pesquisa de natureza clínico-qualitativa, descritiva e exploratória. Trata-se de uma pesquisa clínico-qualitativa desenvolvida a partir de duas etapas subsequentes: uma destinada à ordenação dos sujeitos para entrevista e outra destinada ao levantamento dos dados (realização das entrevistas).

A pesquisa clínico-qualitativa tem como pressuposto a entrevista centrada no entrevistado na forma de uma escuta qualificada do sujeito conforme proposta pelos métodos clínicos para levantamento de dados subjetivos destinados ao cuidado do falante. Portanto, uma escuta capaz de captar a essência da experiência existencial da pessoa com o assunto tratado e as respectivas repercussões no modo como essa pessoa lida com esse fenômeno no âmbito de suas relações pessoais e profissionais consigo mesma, com os outros e com o mundo (TURATO, 2003).

Os detalhes sobre esse procedimento serão discutidos adiante.

### **4.1 Local e contexto da pesquisa**

O estudo foi feito com ACS lotados nas nove EqSF (equipes de Saúde da Família) cobertas pelo NASF de Rio Claro, SP, com experiência na prestação de cuidado a usuários de drogas. Esta municipalidade ocupa 498,42 (km<sup>2</sup>), é habitada por 198.413 pessoas (IBGE, 2015), e possui 17 EqSF; nove delas cobertas pelo NASF.

A equipe do NASF é composta por uma assistente social, uma educadora física, uma fisioterapeuta, uma nutricionista, uma psicóloga e uma terapeuta ocupacional. Tal equipe é única no município e foi implantada em 19/02/2015 (DOE, 2015).

A experiência do NASF no município ainda é bastante incipiente, dado que a equipe iniciou seu trabalho propriamente dito há apenas alguns meses antes do trabalho de campo deste estudo. No segundo semestre de 2015 (época em que as entrevistas foram realizadas) o NASF Rio Claro centrou suas atividades no desenvolvimento da territorialização, realizando análise institucional das USF e de seu processo de trabalho, reconhecendo os intersetores comunitários, analisando os indicadores epidemiológicos de cada região e diante disso, delineando e discutindo com cada eqSF uma proposta de intervenção singular. Paralelo ao trabalho de territorialização, o NASF também realizou as primeiras experiências de apoio matricial, participando das reuniões de equipe semanais das USF com objetivo de promover discussões coletivas das famílias mais vulneráveis e construção de PTS.

A rede municipal de saúde mental do município é composta por: 1 CAPS III, 1 CAPS ad, 1 CAPS ij, 1 Ambulatório de Saúde Mental Infantil (CRIARI – Centro de Referência da Infância e Adolescência de Rio Claro) e 1 Ambulatório de Saúde Mental Adulto (CESM – Centro de Especialidades em Saúde Mental). Todos esses serviços atendem usuários de Rio Claro e micro-região, com exceção do CAPS ij que atende apenas o município de Rio Claro. Além dos serviços municipais, destaca-se ações de saúde mental desenvolvidas pelos serviços estaduais AME (Ambulatório Médico de Especialidades) e CINAPSI (Centro Integrado de Atenção Psicossocial, também conhecido como “Casa de Saúde Bezerra de Menezes” – antigo hospital psiquiátrico que se encontra em processo de redução de leitos em adequação às políticas públicas de saúde mental) (RIO CLARO, 2014).

No município de Rio Claro o órgão gestor do SUS é a Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro, criada em pela Lei Municipal 2720 em 1995 e que tem como finalidade a execução de ações de saúde prestada à população no município de forma individual e coletiva (RIO CLARO, 1995). Atualmente todos os Agentes Comunitários de Saúde foram contratados via aprovação e convocação em concurso público, porém, concurso que não prevê que os mesmos residam na mesma área de abrangência onde atuam. No município coexistem ACS com 2 tipos de vínculos empregatícios: aqueles admitidos por concursos mais recentes são estatutários, mas ACS mais antigos tiveram oportunidade de optar sobre o regime de contratação e alguns escolheram ser celetistas.

Sobre a composição das equipes de Saúde da Família, o município apresenta como equipe mínima com permanência integral na mesma USF: médico generalista, enfermeira, técnicos e auxiliares de Enfermagem, agentes comunitários de saúde, auxiliar de serviços gerais, dentista e auxiliar de saúde bucal (RIO CLARO, 2015).

Profissionais como farmacêuticos, pediatras e ginecologistas também atuam nas USF, geralmente de forma pontual e itinerante. Ginecologistas e pediatras não participam de reuniões de equipe, não realizam visita domiciliar e não promovem atividades grupais nem intersetoriais. Interessante pontuar que há anos o município denominou “matriciamento” à presença de tais médicos especialistas nas USF cujo trabalho é exclusivamente centrado na realização de consultas individuais. O uso da expressão “apoio matricial” para esse tipo de configuração causou e ainda causa dificuldades de alguns profissionais em compreender que o matriciamento proposto pelo NASF se apóia em outro arranjo técnico-assistencial.

Não há nas USF o profissional recepcionista/escriturário e as atividades de auxiliar administrativo são exercidas pelos ACS que costumam se revezar na “escala do balcão”.

Há situações onde na mesma unidade trabalham juntas 2 eqSF diferentes mas independente disso em todo o município o profissional que exerce a coordenação das USF possui Nível Superior em Enfermagem.

## **4.2 Ética da pesquisa**

Em 19/06/2015 o projeto da pesquisa foi apresentado ao Secretário de Saúde do município onde se realizou a pesquisa. Após a anuência deste, o mesmo assinou a Carta de Autorização (Apêndice A).

Em 20/06/2015 este projeto e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Carlos, por meio de seu envio online à Plataforma Brasil, cumprindo a Resolução 466/12 do Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b).

Em 21/09/2015 o CEP emitiu parecer aprovando a realização da pesquisa sob o parecer de número 1.237.682 (Apêndice C). Sendo assim, no dia 24/09/2015 foi realizada uma reunião com a Coordenadora da Atenção Básica do município a fim de

apresentar a proposta do estudo e negociar com a mesma as possibilidades para abordagem dos participantes de forma que garanta o esclarecimento da pesquisa e que não comprometa as atividades da instituição.

### **4.3 Procedimento**

No dia 30/09/2015 a Coordenadora da Atenção Básica reuniu-se com as Coordenadoras das Equipes de Saúde da Família e as comunicou a respeito da realização da presente pesquisa com os ACS em cada USF.

O trabalho de campo ocorreu de 5 a 16/10/2015 e consistiu em 2 etapas:

- ETAPA 1: ordenação dos sujeitos para entrevista, por meio de um indicador sobre a experiência de cada sujeito com o cuidado a pessoas que fazem uso nocivo ou abusivo de drogas;
- ETAPA 2: entrevista semi-estruturada.

Na ETAPA 1, todos os ACS pertencentes às EqSF cobertas pelo NASF que não se encontravam de férias ou afastados foram convidados a participar, totalizando 53 profissionais. Todos eram servidores públicos municipais maiores de 18 anos de idade.

Os ACS foram abordados para o convite à participação como sujeitos na pesquisa nas dependências das USF onde atuam em dia/hora acordado com a Coordenação da Atenção Básica e segundo os termos do TCLE.

Todos os ACS que aceitaram colaborar como sujeitos da pesquisa assinaram o TCLE e participaram da ETAPA 1, durante a qual foi feito o levantamento de dados para caracterização amostral dos participantes e para o cálculo do indicador sobre a experiência de cada sujeito com o cuidado a pessoas que fazem uso nocivo ou abusivo de drogas, segundo a estrutura mostrada no Apêndice D. Durante tal etapa, os ACS foram abordados sobre seus dados sócio demográficos, tempo de experiência no cuidado com usuários de drogas e número de usuários de drogas que o ACS já acompanhou em sua trajetória profissional.

Após o levantamento das informações do Apêndice D a pesquisadora calculou o valor do citado indicador para o respectivo respondente.

Para levantar esse indicador, os sujeitos informaram quantos dias acumulados possuíam de experiência em trabalhar com usuários de drogas e a quantidade de usuários com os quais trabalha e já trabalhou em toda sua vida profissional (Apêndice D). A partir dessa informação, realizou-se o seguinte cálculo com o objetivo de

hierarquizar os sujeitos para entrevista, segundo a ordem decrescente de experiência no trabalho com usuários de droga:  $E = TE \times NU$ , onde:

E = Experiência no trabalho com usuários de droga;

TE = Tempo de Experiência de trabalho com usuários de drogas em dias;

NU = Número de usuários de drogas que já acompanhou ao longo de sua experiência profissional, incluindo os que acompanha atualmente.

Em cada EqSF, os sujeitos foram hierarquizados de acordo com a pontuação obtida por meio desse indicador, de modo que aquele ACS que obteve a maior pontuação foi o primeiro membro da equipe a ser entrevistado; o que obteve a segunda maior pontuação foi o segundo dentro da equipe a ser entrevistado após terem-se entrevistados todos os primeiros classificados de todas as equipes e assim sucessivamente.

Na prática, foram inicialmente entrevistados todos os ACS que obtiveram o maior escore no indicador em cada equipe; portanto, um ACS de cada equipe. Após entrevistado pelo menos um ACS de cada equipe. Quando foi necessário entrevistar mais de um sujeito por equipe (sendo convidado aquele que obteve o segundo maior escore em cada equipe). Após entrevistado pelo menos um ACS de cada equipe (o de maior experiência no trabalho com usuários de droga) passou-se a entrevistar mais um de cada equipe (o segundo mais experiente de cada equipe). Desse modo, foi garantida a representatividade equilibrada de cada EqSF, a partir do seu ACS mais experiente na atenção aos usuários de droga, em sequência (FIG. 1). As entrevistas foram interrompidas quando foi alcançada a saturação dos achados.

Nove equipes de saúde da família = 53 ACS convidados mediante TCLE

Os que aceitaram participar foram convidados para o levantamento do indicador de experiência na atenção aos usuários de droga (E). Feito esse levantamento, os ACS foram hierarquizados em ordem decrescente do valor do indicador obtido:

EqSF A	EqSF B	EqSF C	EqSF D	EqSF E
ACS 1: E = 20 ACS 2: E = 17	ACS 1: E = 18 ACS 2: E = 17	ACS 1: E = 22 ACS 2: E = 16	ACS 1: E = 20 ACS 2: E = 14	ACS 1: E = 24 ACS 2: E = 22

- Convidados para a primeira rodada de entrevistas;
- Convidados para a segunda rodada de entrevistas, caso não sature na primeira rodada;

FIGURA 1. Síntese da estratégia de inclusão de sujeitos.

Assim exposto, os critérios de inclusão de sujeitos foram:

- A) Ser ACS lotado em uma das nove EqSF cobertas pelo NASF de Rio Claro;
- B) Aceitar participar do estudo mediante TCLE. Entre estes, foram excluídos os que estavam em férias ou afastados do trabalho e aqueles que por qualquer razão não puderam ser alcançados pela pesquisadora durante o trabalho de campo;
- C) Ter experiência no cuidado de usuário de drogas.

Desse modo, todos os ACS alcançados pela pesquisadora que satisfizeram os critérios A e B acima e estavam trabalhando no período em que se foi a campo participaram da ETAPA 1. Entre estes, os que satisfizeram o critério C participaram da ETAPA 2 segundo a ordem decrescente do escore obtido na ETAPA 1 até o ponto de saturação dos achados, com a garantia da participação de representantes de todas as EqSF cobertas pelo NASF de Rio Claro conforme já descrito e sintetizado na Figura 1.

Na ETAPA 2 utilizou-se entrevista semiestruturada como técnica para o trabalho de campo, uma vez que se trata de uma abordagem que permite não só coletar as informações necessárias, mas, também, captar a dimensão subjetiva que o objeto de estudo suscita nos participantes, considerando suas opiniões, sentimentos, condutas e projeções (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2012). O roteiro da entrevista semiestruturada encontra-se no Apêndice E.

A escolha por se utilizar a entrevista semi-estruturada está em consonância com a fundamentação teórica delineada no estudo, pois entendeu-se que o momento da entrevista também se constituiu como um encontro entre a pesquisadora e os ACS. A clínica do sujeito entende ser fundamental a interação entre os diferentes atores sociais (trabalhadores, usuários, gestores) e a escuta qualificada, ou seja, aquela capaz de acolher as queixas dos usuários (BRASIL, 2007). A etapa da entrevista semi-estruturada partiu desse pressuposto, uma vez que a pesquisadora cuidou para que tal escuta qualificada dos ACS ocorresse, dando espaço para os mesmos expressarem suas crenças, o impacto das mesmas em suas práticas profissionais e a compreensão que os ACS possuíam sobre o fenômeno do uso de drogas, correlacionando-o com as diversas esferas que eles julgavam intrínsecas às questões abordadas.

Na entrevista semiestruturada a pesquisadora possui a liberdade de explorar alguma questão em especial, solicitar esclarecimentos ou ainda suspender perguntas do roteiro que possam já ter sido respondidas em outro momento pelo profissional



entrevistado. Optou-se pela entrevista semiestruturada a fim de oportunizar ao sujeito expor com liberdade suas idéias sem perda da garantia de manutenção da entrevista focada no objetivo da pesquisa e pela possibilidade da pesquisadora ter um roteiro para se organizar ao longo da entrevista (MINAYO, DESLANDES; GOMES, 2012).

Todas as etapas (ETAPA 1 e ETAPA 2) os ACS foram abordados em sala individual dentro da própria USF onde atuam e em horário mais adequado para os participantes.

No momento da entrevista semi-estruturada a pesquisadora esclareceu possíveis dúvidas, orientou sobre a condução da entrevista e reforçou a utilização do gravador. Os usuários foram informados sobre o início da entrevista e início da gravação da mesma e não foi estabelecido tempo limite para a execução desta tarefa. Assim, foram os próprios sujeitos que determinaram o final de cada entrevista.

Após a realização das nove primeiras entrevistas avaliou-se se o critério de saturação foi contemplado. Como não havia saturado, a pesquisadora voltou às EqSF em busca de mais sujeitos para entrevistar entre os que já tinham assinado o TCLE e participado da ETAPA 1. Desta vez, o convite para entrevista foi feito ao ACS que ficou em 2o lugar no cálculo dos indicadores do grau de experiência na atenção aos usuários de droga dentro de cada equipe.

#### **4.4 Instrumentos utilizados**

- Carta de autorização do Secretário de Saúde (Apêndice A);
- TCLE (Apêndice B);
- Parecer substanciado do CEP (Apêndice C)
- Formulário para cálculo do indicador da experiência com usuários de drogas (Apêndice D)
- Roteiro para entrevista semi-estruturada (Apêndice E)

Os instrumentos do Apêndices D e E foram aplicados respectivamente nas fases de captação de sujeitos, ETAPA 1 e ETAPA 2 dos procedimentos metodológicos.

#### **4.5 O processamento e a análise dos dados**

Foi feita a análise por conteúdo temático das entrevistas mediante trajetória subseqüentemente ideográfica e nomotética apoiada no referencial teórico da clínica do sujeito e na integralidade do cuidado.

A análise do conteúdo temático é um método que permite organizar os achados no sentido de oportunizar a interpretação coletiva dos discursos individuais e se dá, genericamente, por descrição analítica dos temas abordados pelos entrevistados em suas falas, inferência e interpretação dessas falas (BARDIN, 2011).

Por meio dessa estratégia é possível identificar núcleos de sentido que constituem uma comunicação do coletivo de sujeitos, acreditando que sua presença reflete algo em relação ao objeto de estudo em questão. Na prática, a análise temática apresenta três etapas: pré-análise, organização dos achados segundo categorias temáticas e interpretação (MINAYO, 2010).

Na fase de pré-análise a pesquisadora se dedicou à leitura flutuante, à constituição do universo estudado em sua integralidade, na tentativa de identificar os temas abordados pelos entrevistados, os quais constituiram as categorias temáticas que foram identificadas e analisadas (MINAYO, 2010).

Turato (2003) sugere que na etapa de organizar os achados segundo categorias temáticas dois critérios devem nortear a categorização: a recorrência dos temas e sua relevância. Pelo critério de relevância são consideradas colocações (que não necessariamente precisam se repetir) que, do ponto de vista do pesquisador representam falas importantes por refutar ou corroborar as hipóteses do estudo ou por atenderem os objetivos do estudo.

Turato (2003) propõe como estratégia metodológica a subcategorização que é caracterizada por destacar (dentro de uma categoria) outros pontos específicos que merecem discussão em relevo, porém, que carregam certa dependência com o tema da categoria elencada.

Assim, a etapa de categorização consistiu em decodificar o material bruto individual, transformando-o em um corpus coletivo de dados organizados por categorias temáticas. Isso produziu um sistema de categorias e subcategorias. Tais categorias e subcategorias tradicionalmente não são fornecidas previamente em pesquisas clínico-qualitativas, e sim definidas no decorrer do processo de análise, à luz dos temas abordados pelos sujeitos ao longo das entrevistas (TURATO, 2003).

De posse da categorização iniciou-se à etapa de interpretação (ou hermenêutica) na qual a habilidade e a fundamentação teórica usada pelo pesquisadora ganharam

espaço. Nessa etapa o pesquisador deve realizar suas inferências e produzir suas contribuições frente ao objeto de estudo, à luz do referencial teórico escolhido (TURATO, 2003). Todo esse movimento é o que define a trajetória do ideográfico ao nomotético, por meio da qual parte-se dos discursos individuais para construir-se um discurso coletivo (nomotético) que represente as ideias dos indivíduos (ideográfico) (GARNICA, 1997).

Por meio dessa estratégia foi possível apreender a compreensão dos ACS sobre uso e usuários de drogas e identificar os significados que os profissionais atribuem a esses elementos, de modo ampliado por contemplar olhares multifocais conforme propõe a clínica do sujeito.

Por outro lado, o uso de métodos clínicos para a escuta do entrevistado e a interpretação de suas falas em pesquisas qualitativas fundamenta-se no entendimento de que o conhecimento sobre os indivíduos tem privilegiada possibilidade por meio da descrição de sua experiência da forma como o próprio sujeito a descreve. Esse método se desenvolveu para interpretar dados de experiências pessoais, buscando compreender o sujeito de forma integral, em suas dimensões histórica, biológica e sociocultural (TURATO, 2003).

Segundo Bleger (1998, p. 1) a entrevista é um instrumento inerente ao método clínico e representa um canal de encontro entre a ciência e as necessidades práticas:

(...) a entrevista alcança a aplicação de conhecimentos científicos e, ao mesmo tempo, obtém ou possibilita levar a vida diária do ser humano ao nível do conhecimento e da elaboração científica. E tudo isso em um processo ininterrupto de interação (BLEGER, 1998, p. 1).

Entendendo a entrevista no sentido de encontro há espaço para o entrevistado imprimir as variáveis de sua personalidade, portanto, a entrevista assume um caráter de relação interpessoal flexível e sensível a tudo que nela acontece e é o entrevistado quem assume o papel de dirigir a entrevista (BLEGER, 1998).

Assim, esta pesquisa desenvolveu-se por meio de seis etapas: delimitação; desconstrução; apreensão; redução; reconstrução e contextualização do fenômeno estudado (DENZIN apud, POLES; BOUSSO, 2014, p. 2; GARNICA, 1997; TURATO, 2003).

Desse modo foi possível reconhecer os conteúdos objetivos e subjetivos das falas dos participantes, considerando os conteúdos explícitos e implícitos (conteúdo evidente

e conteúdo velado das falas) articulando simbologia, fenomenologia e hermenêutica. Alguns autores nomeiam esse movimento epistemológico em pesquisa qualitativa como interacionismo interpretativo. “Interacionismo” porque parte da premissa que toda ação do ser humano ocorre em um processo de constante interação com o outro, para o outro e a partir do outro e “Interpretativo” por atribuir significados, interpretar e consequentemente compreender os fenômenos (ANDRADE; TANAKA, 2001).

Por esta via, o presente estudo focalizou as experiências que foram marcantes para as pessoas, no sentido de afetarem o significado que os indivíduos atribuem às suas próprias vidas. Como esse método funciona como um intérprete das experiências vividas, foram considerados os conhecimentos, significados, emoções, sentimentos e intenções dos indivíduos relacionados com o objeto de estudo tomados como essenciais para a compreensão e desvelamento dos fenômenos (ANDRADE; TANAKA, 2001).

No que diz respeito à Clínica do Sujeito e a Integralidade do Cuidado como referencial teórico, este foi aplicado em duas etapas do estudo, conforme o seguinte:

1. Na hora de entrevistar os ACS a pesquisadora valorizou a escuta dos mesmos, respeitando a autonomia dos participantes em se posicionar livremente diante das questões abordadas e garantindo espaço para a expressão da subjetividade dos participantes (risos, choros, pausas, expressões faciais);
2. No momento de analisar os dados a pesquisadora verificou a apreensão de práticas afeitas à clínica do sujeito por parte dos ACS entrevistados no trato com pessoas que fazem uso nocivo ou abusivo de drogas; bem como a apreensão (ou não) de práticas de um cuidado integral dos usuários.

O produto desse movimento metodológico é o que se apresenta a seguir.

## **5 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **5.1 A população do estudo**

O número total de ACS que atuam em EqSF cobertas pelo NASF na ocasião da coleta de dados era de 62 profissionais. No entanto, nove não se encontravam em atividade durante o período de trabalho de campo, por estarem de férias e/ou afastados. Assim, foram convidados os 53 ACS ativos nas nove EqSF cobertas pelo NASF de Rio Claro (SP) dos quais dez se recusaram.

Entre os 43 que participaram da ETAPA 1, dez foram entrevistados na ETAPA 2 segundo a ordem decrescente de classificação do seu grau de experiência na atenção aos usuários de droga, garantida a participação numericamente equilibrada entre as EqSF e de sujeitos de todas as equipes, até o limite da saturação.

A limitação da amostra dos participantes foi definida pela saturação dos achados ao longo das entrevistas. Tratou-se, pois, de uma amostragem por conglomerado institucional, fechada pelo critério da saturação.

Dos 43 ACS participantes do estudo, 90,70% eram mulheres. Os participantes da ETAPA 1 tinham entre 21 e 62 anos de idade, sendo a maior concentração (30,23%) na faixa etária dos 21 aos 30 anos. Sobre a escolaridade 46,51% dos ACS tiveram acesso a Ensino Superior (seja ele Incompleto, Completo ou em Andamento) conforme ilustra a TABELA 1 abaixo:

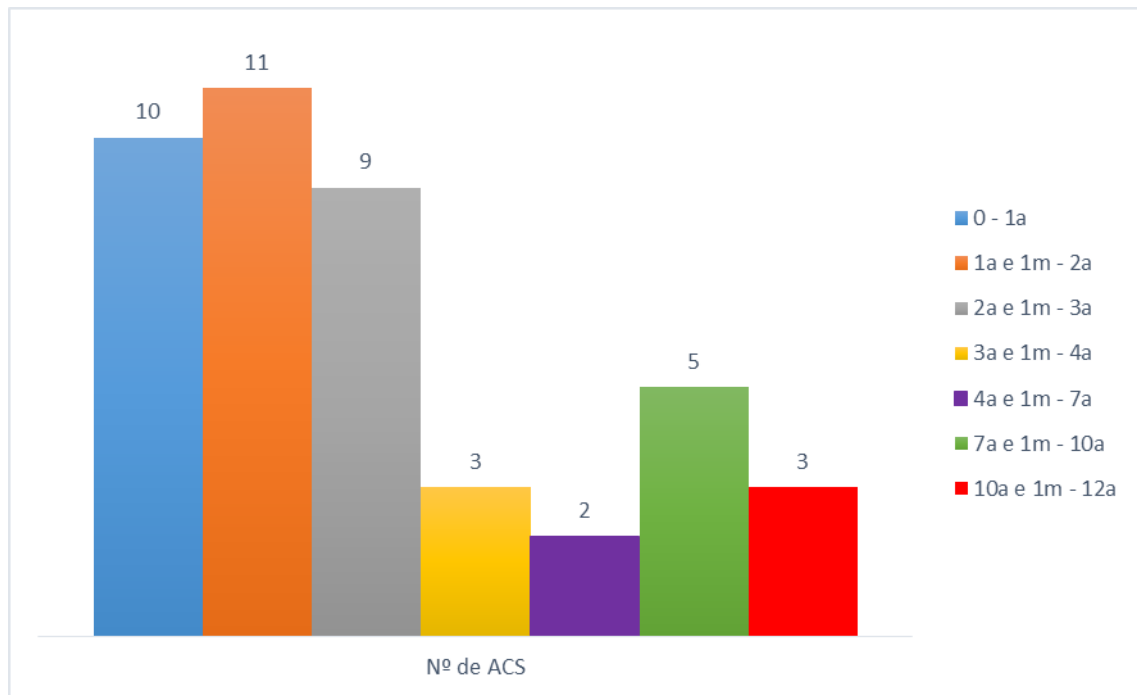
**Tabela 1: Distribuição dos ACS por faixa etária e escolaridade**

Escolaridade	Faixa Etária				Total
	21-30 anos	31-40 anos	41- 49 anos	50-62 anos	
Ensino Médio Completo	6	5	6	6	23
Ensino Superior Incompleto	2	1	1	2	6
Ensino Superior em Andamento	0	2	1	0	3
Ensino Superior Completo	5	4	1	1	11
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>12</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>43</b>

Fonte: Próprio autor

A respeito de morar na área de abrangência da USF, 76,74% dos ACS relataram não morar na área de abrangência em que atuam. Quando abordados sobre o treinamento Caminhos do Cuidado 90,70% havia realizado o curso.

O tempo de experiência profissional dos ACS variou entre 6 meses e 12 anos, conforme ilustra a FIGURA 2 abaixo:



**Figura 2:** Distribuição dos participantes por tempo de experiência como ACS

A maioria dos ACS (79%) informou não possuir outras experiências profissionais no cuidado com usuários de drogas.

O número de usuários de drogas sob os cuidados dos ACS, variou entre 0 (zero) e 80, com moda de quatro usuários. Quatro ACS responderam que nunca acompanharam nenhum usuário de drogas em suas micro-áreas, conforme indica a TABELA 2:

**Tabela 2:** Número de usuários de drogas acompanhados pelos ACS em sua trajetória profissional

Nº de ACS	Nº de usuários acompanhados
4	0
5	1
4	2
2	3
8	4
2	5
1	7
2	8
3	10
1	14
4	15
2	20
2	25
1	30
1	70
1	80
<b>TOTAL: 43 ACS</b>	<b>TOTAL: 294 Usuários</b>

Fonte: Próprio autor

Em geral, os participantes tiveram dificuldades em se lembrar e contabilizar o número de usuários sob seus cuidados, demorando para responder tal pergunta. Justificavam que os usuários de drogas “não assumem” sua condição ou que eram responsáveis por uma micro-área localizada em região onde não há uso de drogas. Alguns ACS disseram à pesquisadora que sua população trabalha em horário comercial e o ACS não consegue realizar o acompanhamento das famílias por não haver ninguém em casa, ou que ainda estão em fase de cadastramento do e-SUS e, portanto, não conhecem todas as suas famílias.

Durante a apresentação do convite para a pesquisa, dez ACS se recusaram a participar do estudo justificando que não tinham interesse ou que ainda estão conhecendo ou cadastrando as famílias em suas micro-áreas.

## 5.2 Os temas gerais abordados pelos sujeitos

Em geral, os entrevistados falaram sobre suas atitudes frente aos usuários de drogas; seus sentimentos mobilizados e percepções sobre o uso de drogas; suas fundamentações para as práticas; suas perspectivas de reabilitação dos usuários de drogas e suas dificuldades para o cuidado.

O QUADRO 1 mostra como foram organizados esses assuntos no processo de análise do conteúdo temático:

Quadro 1: Apresentação das Categorias e Subcategorias identificadas na pesquisa

<b>Categorias Temáticas</b>	<b>Subcategorias</b>
<i>Atitudes dos ACS frente aos usuários de drogas</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ A subtração da autonomia do sujeito;</li> <li>✓ A moralização do uso de drogas pelo ACS;</li> <li>✓ As tentativas de acolhimento e escuta.</li> </ul>
<i>Sentimentos mobilizados nos ACS e percepções sobre o uso de drogas</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ O desconforto perante o usuário</li> <li>✓ Atribuição do uso de drogas como distúrbio psicológico;</li> <li>✓ Atribuição da família como responsável pelo uso de drogas do sujeito;</li> <li>✓ Outros determinantes.</li> </ul>
<i>Fundamentações para as práticas dos ACS</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Senso comum e experiência pessoal norteados as ações;</li> <li>✓ O curso Caminhos do Cuidado como única formação na área.</li> </ul>
<i>Perspectivas de reabilitação dos usuários de drogas</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Aposta em modelos de tratamento conservadores;</li> <li>✓ Aposta no trabalho das RAPS;</li> </ul>
<i>Dificuldades para o cuidado</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Dificuldades reconhecidas pelos próprios ACS;</li> <li>✓ As dificuldades veladas;</li> <li>✓ Necessidade de desconstrução dos estigmas.</li> </ul>

Fonte: Próprio autor

### 5.3 Atitudes dos ACS frente aos usuários de drogas

#### 5.3.1 A subtração da autonomia do sujeito

Uma atitude que apareceu em diversos momentos refere-se à tentativa do ACS de encaminhar, guiar, conduzir o usuário de drogas contra a resistência do mesmo. Esse movimento sugere que para os ACS os usuários de drogas são vistos como pessoas que se recusam a participar de um projeto terapêutico como se esse projeto estivesse fora do âmbito dos desejos do sujeito:



[...] aí a gente tentou encaminhá-lo para alguns... encaminhá-lo para o CAPS, a mãe também, tudo né, mas assim ele aparentemente ele não quer sair dessa vida pelo jeito, sabe. [...]

Abaixo observa-se que o usuário de droga é concebido como um doente crônico que tem fases de piora e de melhora que fogem da possibilidade de um controle permanente, ainda que o sujeito manifeste desejo por tal controle. Deste modo, o usuário é visto como aquele que porta um problema que foge à sua própria governabilidade e que, portanto, demanda um cuidado persistente do profissional:

[...] Que ele já fez, já frequentou o CAPS durante uma época, aí acho que teve uma recaída da droga e aí ele veio até o balcão para pedir o endereço, pra saber como fazer pra chegar novamente até o CAPS né. Aí eu lembro que eu liguei pra informar direitinho os horários tudo para ele e ele foi, depois voltou aqui pra um outro motivo e eu perguntei e ele falou que ele realmente tinha ido [...].

Em outro exemplo o ACS acredita que seu papel humanamente é o de guiar com certa autoridade o usuário de drogas rumo à alguma possibilidade de reabilitação. O usuário é visto como alguém que deve obediência à atitude paternalista, verticalizada e camuflada pela percepção de caridade. O usuário é visto como dependente da condução de alguém e compaixão para ajudá-lo:

Então é ... eu oriento assim, graças a Deus até agora foi tudo bem. Entendeu? Mando procurar a assistente social, mando na área da Saúde tentar ver ... mando pro CAPS III, mando pro CAPS ad, já mandei bastante gente inclusive álcool e droga. Já mandei jovens que chega e fala “aí não aguento mais, eu tô me acabando!”.

O trecho acima demonstra atitudes de fundamento religioso e cultural nas práticas de cuidado dos ACS, às quais se caracterizam pela oferta de um modelo paternalista de atenção que expõe uma fragilidade técnica no cuidado que oferecem.

Nota-se que em um trecho o ACS encaminhá-lo para o CAPS após a solicitação do próprio usuário. O outro realizou o encaminhamento para o CAPS, e em seguida, o próprio ACS descreveu que o usuário não “*quer sair dessa vida*”. Não se identificou nos relatos nenhuma tentativa de sensibilizar esse usuário a buscar o CAPS ou de discutir o caso com o CAPS para a possibilidade de intervenções compartilhadas.

A Política Integral do Ministério da Saúde para Usuários de Álcool e outras Drogas enfatiza a todo momento a importância de olhar para o usuário de drogas numa perspectiva de produção de autonomia. O mesmo discute que a palavra “CLÍNICA” origina-se de “KLINIKÓS” que significa “inclinar-se”; isto é, inclinar-se para o outro e

sua história, dar espaço para o reconhecimento da singularidade do sujeito (BRASIL, 2004a). Porém, nesse sentido não observou implicação dos ACS em uma clínica motivada pela integração e autonomia.

Não se identificou nas falas dos entrevistados práticas de cuidado com um caráter mais técnico no sentido, daquelas preconizadas pelas diretrizes do Ministério da Saúde, que descrevem a importância de espaços de negociação do projeto terapêutico com os usuários, a inclusão dos familiares nas ofertas terapêuticas e a organização de arranjos institucionais para discussão em equipe dos casos, conforme o Projeto Terapêutico Singular. Entende-se como Projeto Terapêutico Singular:

Conjunto de propostas terapêuticas articuladas para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário (BRASIL, 2007, p. 40).

Para a construção de um Projeto Terapêutico Singular é fundamental partir do pressuposto que os sujeitos têm possibilidade de mudar sua relação com as suas condições de saúde, com a sua produção de vida, possibilitando espaços para a mudança que será protagonizado pelo usuário e não pelos profissionais (BRASIL, 2007).

Em um trecho houve a atitude técnica de em um momento posterior investigar se o usuário realmente foi ao CAPS, trabalhando a intersectorialidade do cuidado.

Outros ACS apresentaram atitudes de mediar o acesso do usuário a consulta médica, realização de exames e investigação diagnóstica:

Encaminhar assim, o que a gente acha que é certo. Tipo, vamo tentar, nesse caso, vamos tentar ver se ele consegue vim no médico, pro médico pedir uns exames nele, porque faz muuuuito tempo que ele não vem no médico, a gente não sabe como ele tá. Se ele já não tá com alguma outra doença transmissível. A gente não sabe né? Então a gente tenta conversar com a família para tentar ver se a gente consegue trazer ele aqui pro doutor X para passar com ele, para ver se assim começa a ter uma solução, uma coisa assim, né?

Ela (referindo-se à usuária de drogas) falou assim, veio, me encontrou na rua e falou assim: “Oh ACS eu quero fazer um ultra-som porque eu tô tendo muita dor na barriga”. Falei assim: vai lá, vai agendar o exame, vai fazer o papanicolau, eu conversei com a (nome da coordenadora), que a X com certeza vai, vai conversar com o doutor e ele vai fazer a guia pra você.

Os exames e as consultas que foram oferecidos aos usuários num processo de busca por um diagnóstico, por uma doença. A clínica aqui parece ser ancorada na Clínica da Doença, na busca por sinais e sintomas, reproduzindo um modelo biomédico onde o doente – usuário de drogas – só poderá ter seus problemas controlados por uma abordagem biológica. Assim, o usuário é considerado alguém que desvia da normalidade que demanda intervenção e controle.

Sugere-se que o ACS parece querer ajudar, mas, estigmatiza e subordina o usuário ao vê-lo como alguém que não faz jus a autonomia, e, portanto, digno de um rótulo de desviante e uma intervenção controladora.

As falas indicam que a preocupação dos ACS é centralizada na realização de procedimentos medicamentosos, reproduzindo um modelo de clínica medicocentrado, ancorado por tecnologias duras de saúde.

Schneider (2010) discute as implicações de uma visão que concebe o uso de drogas como um problema que demanda a intervenção médica. A autora aponta que nesse modelo de atenção o uso de droga é considerado como problema incurável e recorrente, restando ao médico o poder de “recuperar” o usuário (vítima de tal doença). Assim, a droga é considerada o agente nocivo, o contexto em que o usuário vive é o meio ambiente e o usuário nada mais é do que o hospedeiro desse vetor.

Alarcon, Belmonte e Jorge (2012) debatem sobre o poder médico e a centralização de ações na busca por diagnósticos e terapêutica (numa premissa que obrigatoriamente tem que haver um diagnóstico e um tratamento para todos os desvios da normalidade) considerando a saúde como mera ausência de doença. Nesse contexto o poder médico atua na dissociação dos sujeitos (com a fragmentação do sujeito e especialização dos profissionais), num modelo individual, hospitalocêntrico e de cunho curativo.

Por meio da Reforma Psiquiátrica esse tipo concepção e modelo de atenção passou a ser questionado, substituído por um modelo promotor mobilizado com a promoção de qualidade de vida, privilegiando dispositivos extra-hospitalares (comunitários). Assim, as políticas públicas passaram gradativamente a rever o lugar que depositavam ao usuário de drogas na sociedade (manicômio) e redirecionar outros espaços para o cuidado, por meio da criação de CAPS, centros de convivência, atenção comunitária (BRASIL, 2001b; 2002; 2011).

No entanto, o discurso dos ACS ao descrever suas experiências profissionais frente aos usuários de drogas apontam para uma atuação baseada na dominação do poder médico em defesa da terapêutica e manutenção da ordem, modelo este que gerou

a institucionalização de sujeitos e os reduziu a condição de objetos. Esse movimento sinaliza que ainda há um intervalo importante entre a publicação das políticas públicas e a transposição das mesmas para as práticas cotidianas.

Merhy (2007) aprofunda sua discussão sobre os encontros entre usuários dos serviços de saúde e profissionais, chamando a atenção para o tipo de intercessão que eles possuem. O autor advoga que muitas vezes em tais intercessões o usuário está externo a esse processo, revelando um tipo de relação que ele denomina de “interseção objetual”. Em contrapartida, nas relações onde o usuário do serviço participa de seu processo de produção de saúde define-se tal relação como uma “intercessão partilhada”.

As falas dos ACS se aproximam mais de intercessões de natureza objetual, tendo em vista que as mesmas pouco sugeriram a participação do usuário dentro de tais encaminhamento.

Merhy (2007) debate que as tecnologias leves ocupam um lugar de destaque para que seja possível uma reestruturação nos modos de produzir saúde tendo em vista um modelo de saúde em defesa da vida.

Também se observaram práticas dos ACS fundamentadas em orientações religiosas, que sinalizavam que o usuário de drogas é visto como um sujeito desviante que demanda também intervenção espiritual:

Oriento a buscar tratamento, eu oriento a ir pra uma Igreja, eu dou suporte e encaminhamento pra vários seguimentos pra que ele melhore entendeu?

Nas igrejas encaminha, ajudo a encaminhar, no posto de saúde, há vários segmentos da saúde ajuda e tem o, tem trabalhos também sobre drogas, álcool e droga né, que funcionam, mas geralmente são apoiados por Igrejas. Eu acho que o governo, nossa saúde oferece pouco, muito pouco. Eu acho que tem muitas Igrejas que tem comunidades que são cuidadas, que tem apoio psicológico, todo o apoio profissional na área da saúde e o apoio espiritual e eu – no meu ver- eu acho que a droga precisa tanto do apoio médico, certo? Medicamentoso, pra assim, pra fortalecer o corpo, o corpo não ficar tão vinculado à droga. É tanto espiritual que é pra preparar a alma, ah sei lá, deixar a pessoa mais fortalecida, com mais prazer, tirar aquela ansiedade, tirar aquela angustia”.

Schneider (2010) discute que a racionalidade religiosa é típica de modelos jurídico-morais que compreendem o uso de drogas como um desvio dos valores religiosos e assim, tais modelos se sustentam em princípios repressivos e morais. As religiões podem fazer uma leitura do uso de drogas que concorrem com a compreensão das políticas públicas de saúde mental e da literatura científica. A exemplo disso, depara-se com explicações religiosas para questões biopsicossociais e apostas em um

tipo de reabilitação baseada em um modelo asilar, conservador e reproduzidor da lógica manicomial.

No último trecho apresentado, parece haver uma crença em dois tipos de abordagens para o usuário de drogas: uma que é exercida pela figura do médico, voltada para uma dimensão clínica (*fortalecer o corpo*) e outra que é exercida pela Igreja (*comunidades*). Ou seja, o usuário passa a ser visto como objeto de intervenção da instituição médica e da instituição religiosa.

Na fala o ACS faz uma menção às comunidades terapêuticas frequentemente associadas com instituições religiosas. Alarcon, Belmonte e Jorge (2012) problematizam que as comunidades terapêuticas nasceram à sombra da racionalidade dos hospitais psiquiátricos, obedecendo à mesma ideologia de dominação e desprovimento de direitos humanos e cidadania. Além disso, apesar das comunidades terapêuticas se comprometerem com o cuidado dos usuários, evidências demonstram que em tais instituições são frequentes ocorrências de maus tratos, violações de direitos humanos e falta de projeto terapêutico (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011).

A cena descrita abaixo revela uma situação de uso abusivo de drogas onde um sujeito sob efeito do álcool agrediu outro com facadas, levando-o a óbito. No trecho o usuário é retratado como o sujeito que agride, que é excessivo e cujos excessos são fatais, restando ao ACS a atitude de acionar pelo serviço de Urgência e Emergência:

Aí ele caiu no chão, aí a gente veio aqui correndo chamar a doutora, e nisso ele trancou o portão e já pulou o muro, foi pulando pra outras, foi pulando o muro pra casa da vizinha. E o rapaz ficou lá no chão sabe? Agonizando, aí a doutora, aí os rapazes tentavam quebrar o portão pra, que era portão eletrônico e aí tava batendo pra ver se destrancava, aí quando conseguiu era tarde e não deu tempo. Então a gente presenciou isso aqui e depois ele pulou pra outras casas e depois de um tempo que conseguiram prender ele.

O Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental (CHIAVERINI, 2011) discute a intensa necessidade dos serviços de Atenção Básica incorporarem em sua rotina escalas de avaliação para rastreamento de uso nocivo, prevenção e detecção de uso de drogas, e pensando nisso o mesmo sugere a importância em se capacitar os ACS no modelo da entrevista motivacional para potencializar tais tecnologias e prevenir situações críticas como a descrita.

### 5.3.2 A moralização do uso de drogas pelo ACS

Percebe-se situações que o ACS apresentou uma atitude em abordar sobre o uso de drogas pelo fato de tal questão estar em sua Ficha de Cadastro. O trecho abaixo mostra a reação de surpresa do ACS ao ouvir uma resposta afirmativa. O ACS abordou várias vezes essa questão, o que aponta a dificuldade do profissional dar escuta para uma revelação de uso de drogas:

[...] o dia eu fui fazer entrevista com ele, o cadastro, “oi” – é seu João<sup>1</sup> o nome dele – “oi eu seu João, tudo bem? Eu vou fazer o cadastro do senhor, o senhor pode? “Posso, vai senta aqui”. Sentei lá na calçada do homem. Ai comecei a conversar com ele e chegou na parte, né, “usa drogas?” (risos). É, e a gente já vai no “Não” né. Nunca imaginei né que ele fosse usar ... né. (risos) “eu uso”. Ai eu: “o senhor usa?”, “não eu vou ser sincero pra você, não pode mentir”, “não pode seu João, fala a verdade!” “não, eu uso, eu fumo a maconha. Mas sabe que é que eu fumo?”. Eu falei “por que?”, “oh eu vim lá da roça, na roça a gente almoça cedo, 9, 10 horas a gente já tá almoçando, essas mulher aqui faz comida pra mim três horas da tarde! Eu não aguento, eu fico nervoso, aí eu vou, fumo um baseado para mim ficar melhor”. (risos). “O senhor melhora?” “Melhor”.

O exemplo acima sugere a dificuldade do ACS em descobrir que um sujeito é usuário de drogas. O usuário foi colocado em uma posição passiva e infantilizada (*não pode mentir*). Diante da afirmativa do sujeito em ser usuário de droga, o ACS questionou (*Mas o senhor fuma mais alguma...?*) e não verbalizou que outras substâncias o sujeito poderia utilizar, o que alude à um caráter proibicionista da droga.

O ACS continua relatando tal episódio associando o usuário de droga como alguém que não trabalha, alguém com caráter “não bacana”, mal educado e causador de conflitos familiares:

Mas o senhor fuma mais alguma...? “Não, só a maconha mesmo”. Mas é uma pessoa de boa, de bem com a vida assim sabe, não é uma coisa que eu acho que ele é assim, viciado mesmo, sabe, e ele é uma pessoa bem bacana, assim, ele cata reciclagem assim na rua, eu nunca ouvi falar que ele maltratou ninguém, é uma pessoa educada, sabe? Ah mas foi muito engraçado esse dia assim sabe... (risos). [...] Assim nenhuma complicação para família, não tá destruindo a família, tá tudo mundo assim, sabe, tudo tranquilo. Mas ele falou assim que também não é assim todo dia, todo dia, sabe, falei “seu João, seu João” ainda brinquei com ele né? Ele falou “mas não, é só quando eu tô meio...” Ele falou que é quando ele tá nervoso sabe. Acho que é uma válvula de escape para ele assim sabe?

<sup>1</sup> O nome do usuário aqui nesse estudo foi substituído por “João” a fim de preservar a identidade do mesmo.

Essa reação do ACS pode ser corroborada nos estudos de Habimorad e Martins (2013), Daumas (2012), Lira (2012), Silva, Zambenedetti e Picinni (2012), Silva (2012), Silveira, Martins e Ronzani (2009), Barros e Pillon (2006) e Araújo et al. (2006) onde também se identificou dificuldades de vários profissionais da ESF (ACS, médicos, enfermeiros, psicólogos, técnicos de enfermagem, odontólogos e auxiliares de consultório dentário) em assistir os usuários de drogas sem estigmas e preconceitos.

A fala propõe uma reprodução do discurso moralizante e proibicista antidrogas, sinalizando dificuldades em admitir uma sociedade permeada pelo uso de drogas. Observaram-se outras concepções do usuário como o agente causador de confusão, alguém com algum desvio de conduta e que não trabalha, surpreendendo-se quando tal expectativa não é correspondida:

Porque a gente vê muito, muito, muita, muita gente tem problema de drogas. Tem uns que é passivo. O drogadito passivo né?! Que não causa confusão, trabalha, arca com teu vício, tudo. Agora, tem aqueles uns que começa a se entregar totalmente à droga e já não consegue fazer mais nada da vida. Não consegue mais estudar, trabalhar.

É...tem pessoas assim, que nem atrapalha né, acaba nem atrapalhando a vida, mas tem pessoas assim que acaba com a vida e essas a gente espera o que a gente pode orientar, a gente orienta.

[...] eu fui conversar com ele sobre ele usar droga tal. Ele falou assim: “oh eu não prejudico ninguém”, eu acho assim uma coisa inteligente, eu não sei, pra mim assim. Ele falou: “eu não prejudico ninguém, eu trabalho, eu tenho meu emprego, eu cuido da minha filhinha, pago minhas contas, ah qual que é o problema?”. Eu sinceramente não tenho nada contra a pessoa que usa a maconha.

Tais falas apresentam um modesto reconhecimento do uso de drogas fazer parte do repertório comportamental do sujeito e não necessariamente representar fonte de prejuízos sociais, financeiros, familiares e legais. Porém parece que ainda se prevalece uma moralização do uso, que pode admitir uma tolerância quando esse usuário contemple os padrões de normalidade da sociedade.

Conforme debate Alarcon (2012, p. 46) parece haver na sociedade contemporânea uma:

[...] hegemonia de uma perspectiva que parece não admitir a possibilidade do uso de drogas como parte de um estilo individual e privado compatível com o incremento da qualidade de vida (ALARCON, 2012, p. 46).

Em outro exemplo, a ficha do e-SUS também disparou a questão do uso de drogas. O ACS abordou a mãe do sujeito sobre haver alguém usuário na residência:

Aí eu bati na casa, fui fazer o cadastro das famílias e a mãe dele eu até conhecia. E eu conversando, tudo, aí a mãe dele, porque no e-SUS tem a pergunta pra pessoa dizer se ela é usuária ou não. Aí eu perguntei e aí a mãe dele pegou e falou assim “ah ele é”.

Dando continuidade na mesma fala, o ACS descreveu que o próprio usuário de drogas apresentou um discurso reprodutor da lógica manicomial no domicílio. O ACS na tentativa de acolhimento e identificação com o usuário, acabou reafirmando uma clínica da exclusão, uma clínica onde não há espaços para a diferença, onde há um padrão de normalidade (*corpo maravilhoso*) que deve ser buscado pelo sujeito. O discurso do ACS sinaliza uma compreensão de que, se tal padrão não é alcançado isso é produto da incompetência individual dos sujeitos (*eu podia fazer uma caminhada, eu podia mudar minha alimentação*), o que possibilita pouca vazão para se pensar nas condições sociais, familiares para as mudanças de comportamento:

E aí eu virei pra ele, como eu tinha a ficha dele “então eu vou fazer algumas pergunta”. Fiz as pergunta, ele respondeu, aí eu peguei e falei assim: “tem algum problema você conversar, a gente pode conversar sobre isso, ou vc não gosta de falar, como que é?”. Ele falou “não, não tem problema nenhum”. Aí eu perguntei quanto tempo que, desde quando ele iniciou na droga”. Ele foi contando pra mim que é desde a mudança do Real, olha pra você ver como ele assemelha faz tempo”. Aí eu perguntei: “aí você continua usando?”. Ele falou assim: olha eu sou ainda dependente, eu faço tratamento, tudo, mas o que, quando eu já sei que eu vou, que eu tenho a necessidade da droga, que eu começo a ficar desesperado, eu aviso a minha mãe, ela me tranca no quarto, ela procura me ajudar, ela já me dá o remédio em dose é, duplica né a dosagem do remédio pra mim controlar a ansiedade, pra mim não ir porque se ele sair pra fora do portão ele diz que ele usa mesmo, não tem como. E aí ele começou a contar, aí conversando com ele eu perguntei , perguntando as coisas né, aí eu falei assim pra ele: “oh eu não vou te julgar, eu não vou falar pra você que é fácil você sair desse vício, que todo vício é vício. Aí eu ainda falei para ele assim: é a mesma coisa eu, você olha eu tô um pouquinho gordinha tudo, você olha e você fala assim “não, você não tá gordinha, tá bem”. Só que pra mim eu tô, eu sinto que eu tô. E eu sei que eu poderia melhorar, eu podia fazer uma caminhada, eu podia mudar minha alimentação, só que você pensa que é fácil pra mim? Não, se fosse fácil a gente taria com aquele corpo maravilhoso.

Apesar de verbalizar um não-julgamento, a fala sugeriu um entendimento que o usuário é um sujeito doente e dependente do “vício” de usar drogas, um sujeito que



necessita “*buscar forças de onde não tem*”, o que centraliza uma idéia de reabilitação como mérito individual dos usuários.

Parece haver uma visão dicotomizada: gordinha X corpo maravilhoso; fácil X não fácil; bem X mal. Esse dualismo é o que muitas vezes sustenta um discurso da dissociação: mente X corpo; saúde X doença; uso de drogas X abstinência, isto é, uma visão que não concebe o homem em toda as suas dimensões, sua subjetividade, suas interações sociais, sua relação com seu corpo, os determinantes biopsicossociais do processo de adoecimento.

Quando o ACS pontua: “*vício é vício*” parece indicar uma concepção do uso de drogas como uma condição imutável cuja responsabilização exclusiva se deve ao grau de “*força de vontade*” do sujeito.

Eu conversando assim com ele, aí eu falei, então eu sei que pra você também é difícil, eu sei que você precisa buscar força da onde você não tem, sei que tem os seus pais que te ajuda – porque eu já conheci os pais dele né - eu sei que eles te ajuda muito, são pessoas que querem o seu bem. Só que eu sei que fácil não é, não to aqui te julgando, falando que vai ser fácil não, mas que você tem que tentar, tem que buscar. Que nem assim, você já fala que quando você sente você já consegue buscar um caminho diferente pra você fugir né, você já ta num passo adiante! Como ele já faz o tratamento, aí já melhora bastante né.

O usuário, por sua vez, de tão acostumado a historicamente ser segregado e marginalizado socialmente encerra a visita domiciliar agradecendo o ACS pela atenção dispendida:

Aí eu conversando com ele assim, terminei né, e falei pra ele assim “ai muito obrigada né por você ter conversado tudo”. Aí ele falou assim pra mim: “eu posso te dar um abraço?”. Eu falei “pode”. Aí ele me abraçou e me falou assim: “oh você foi a primeira pessoa que eu consegui me abrir e que eu tive confiança assim de trocar essa experiência porque num falo”. Aí ele olhou pra mãe dele e falou “não é mãe? Eu não falo assim, pra pessoa nenhuma mas eu senti assim uma confiança do jeito de você falar” o domínio, né. Que eu dominei bem o assunto. Aí eu falei assim: mas exatamente, eu não tô jamais pra julgar, porque se fosse assim, a gente que ficaria de boa né.

Dentro da USF a atitude do ACS de moralização do usuário também pode ser vista em suas práticas de flexibilizar as rotinas administrativas e tolerância dos usuários:

Ah não tem condições de marcar uma consulta? Eu tento marcar consulta, venho, trago, levo o cartãozinho porque a pessoa perdeu o cartão, tá naquele estado né? Ou o exame “ah perdi meu exame, tem como remarcar?”. Eu vou lá, faço.... Não que esse seja o trabalho principal, a gente tem que orientar,

tem que buscar ajudar, mas dependendo dos casos a gente né, tenta ver no que pode ajudar né.

Mas ela veio hoje assim, sabe, nervosa, tremendo e aí uma vacina, ela precisava de um comprovante de vacina. Era pra ela ter dado essa vacina em fevereiro e ela precisava do comprovante agora. Aí agora a vacina tá atrasada e a gente não pode dar. Aí não veio essa vacina no nosso pedido. Mas falou que já tá pra chegar só que ela já ficou muito irritada, muito nervosa “ah mas daí como que eu vou fazer a matrícula do meu filho se não tem a vacina aqui, aonde que eu vou? Eu vou lá no POSTO X eles vão me xingar!” e daí disso ela vai, você vai vendo que ela vai falando uma série de coisas sabe, que ainda ela fica nervosa com a gente. Tudo bem ela precisa do documento agora, a gente tá sem a vacina? Tá. Mas era pra ela ter dado desde fevereiro. Então a gente tem que saber né, assim, contornando a situação, falando “não, semana que vem vai ter, tal, volta”. Mas é bem difícil pra lidar.

[...] tem o caso de uma mulher aqui do bairro que ela bebe muito. E ela vem aqui no posto. Ela faz muito, ela dá um show, ela tira a roupa se deixar, essas coisas [...]

Percebe-se pelos fragmentos apresentados que o usuário de drogas foi descrito em diversas situações como um paciente-problema (o paciente que perde cartão, o paciente que esquece os documentos, o paciente que não cumpre o calendário da vacina, que se expõe na USF, que perde os encaminhamentos, que é inconveniente e assusta o ACS...) ou seja, um sujeito que não obedece às normas da instituição e que demanda do ACS uma atitude de abrir exceções e flexibilizar rotinas.

A visita domiciliar também foi apresentada pelos ACS como um espaço importante de contato com os usuários de drogas. Os ACS destacaram as visitas como situações onde são eles convocados a encarar as precárias condições de autocuidado onde vivem os usuários:

A gente teve recentemente uma pessoa até que faleceu, que ela era usuária de droga, de álcool e tava assim, no limite dela. A gente foi fazer uma visita na casa, até então desconhecia que tava tão...que ela tava numa situação que...de abandono. [...] a gente tava tentando fazer de tudo pra ajudar né. Ela não tinha vontade de tomar banho, de comer, coisas básicas assim. As necessidades físicas ela fazia na roupa, na casa. Era uma coisa muito triste.

[...] que nem, quando eu passo lá, você vê fazendo o uso mesmo da droga. Você vê num ambiente assim deplorável, então, esses é mais... a gente se toca mais quando vê. E não é pra qualquer um, que eu tinha uma amiga que fazia área pra mim e ela não conseguia nem... por isso que eu falo: você tem que ser mais, você tem que entender mesmo e levar pro outro lado, porque ela, ela passava, porque lá a pessoa fuma assim, eles respondem as coisa pra você fumando um baseado. [...] Aí ela falava assim “Aí ACS vamos lá comigo, que eu não vou lá não, que pelo amor de Deus!” [...] “eu não vou lá não, vai lá você, vai lá você e conversa com ele, você tem mais jeito com ele”. E eu chegava, falava, cumprimentava eles e entrava e acabava falando de um jeito

mais, mais jovem assim, aí eles acaba respondendo, levava na brincadeira tudo e a gente fazia o trabalho da gente e saía.

Também se observaram experiências de ACS com usuários onde a intervenção pareceu estar ancorada na clínica da doença, na clínica da morte, na busca por sinais e sintomas e alta expectativa no tratamento medicamentoso. O ACS e médica chegaram a profetizar a morte como castigo para o usuário que desobedece às prescrições medicamentosas e “*não faz o tratamento*”:

[...] um amigo dele que era amigo de bar, morreu. Porque também tinha diabetes e não se cuidou. E só tomava, tomava, tomava, tomava, álcoolatra mesmo sabe? Aí morreu. Aí esses dias a gente foi lá depois que esse senhor faleceu aí ele falou assim, vamo lá para dar medicação, ajudar ele, aí ele pegou e falou assim “é, o que que vocês tão fazendo aqui denovo? Vocês não vem me matar igual ceis mataram seu Fulano?!”. Aí nós falamos: “não, nós não matamos seu Fulano, e se você não se cuidar você vai morrer igual ele!

Aí de alcoolismo tem outras pessoas assim que a gente vê que bebia, bebia aí veio assim logo que né, tava ficando bem ruim, não fazia tratamento, aí veio aqui e a doutora falou assim “oh de hoje não passa...” aí foi pro SAMU e aí já morreu.

[...] das outras vezes eu cumprimentava: “como vai X, e aí, né, mas você voltou? Você tá usando droga denovo?” Porque tava estampado na cara dela e ela dava essa abertura pra gente né. “Aí usei ontem, tava muito nervosa, agora não tô legal, acho que minha pressão subiu”. “Então, você sabe que você não pode, mas vamos lá, vamos ver, a pressão, tal né.

Denotam-se atitudes dos ACS na expectativa da abstinência dos usuários, e consequente julgamento e culpabilização do mesmo quando esta meta (que fora elencada sem a participação do usuário) não é alcançada.

Quando profissionais diante de usuários de drogas centralizam suas ações na busca pela abstinência os mesmos acabam por desconsiderar que muitos usuários podem não compartilhar de tal desejo e expectativa, o que provoca o abandono do serviço ou a famosa “*não adesão*” ao tratamento. No entanto, o Ministério da Saúde preconiza que a abstinência não deve ser o único objetivo a ser atingido, chamando a atenção para a heterogeneidade que permeia o uso de drogas e que necessita ser considerada na construção das metas terapêuticas. O reconhecimento da singularidade do sujeito que faz uso de drogas implicará então em estabelecer junto com ele tais metas que podem variar desde o retardo do consumo, à redução de danos associada ao consumo e também a superação do consumo (BRASIL, 2004a).

### 5.3.3 *As tentativas de acolhimento e escuta*

Em alguns momentos, identificaram-se tentativas dos profissionais ACS em desenvolver práticas de acolhimento com usuários de drogas:

Ah eu...sei lá, as pessoas que usam que eu conheço mesmo assim do bairro, não só da área que eu cuido, mas das outras áreas, eles confiam mais em né, tem mais liberdade. Então eles chegam até mim e eu oriento [...] Inclusive não só na área da droga mas do álcool também. Converso aberto, e o usuário chega em mim e fala “oh ACS faz 2 dias aí que eu não tô usando” ou “usei 3, 4 dias seguido” e... Então a gente tem muita liberdade de conversa mas eu não, eu oriento assim, a buscar um tratamento, a buscar um suporte, a buscar alguma coisa que te dê prazer para entre as duas coisas, uma coisa que...[...]

Eu acho que é legal a gente escutar a pessoa né? A pessoa vem falando, fala, fala, fala às vezes tá bêbado e fala, fala. Você ouve e fala “ah então, você tem que ir lá no posto, procura fulano de tal, vamos marcar uma consulta [...]

Que essa é minha função, é aumentar a auto-estima da pessoa, é melhorar a área na área da Saúde, a Saúde dela, o bem estar dela. Isso é minha função. Ah eu já tive muitos casos e eu chego, eu converso, eu...eles jogam aberto comigo, chega, conta certo tudo o que tá acontecendo mas graças a Deus agora eu só tenho um caso que já é meio antigo que o moço ele usa muita droga, a mãe tem problemas sérios psicológicos, ela tem bastante [...]

Em outros exemplos os ACS descreveram tentativas de acolhimento do familiar representando ser muitas vezes o único elo da comunidade que tem compaixão com o sofrimento da família:

Então é uma pessoa muito sofrida, ninguém entende ela, eu sou a única. Porque os vizinhos odeia, eles, a família, inclusive ela porque ela briga muito pelo filho. Ela faz de tudo por ele.

A família abandonou e a casa era assim, uma situação insalubre e a gente foi tentando ajudar de uma maneira que ela voltasse ao convívio com os familiares mas não deu tempo de ajuda-la. Foi muito triste.

Aí eu falo assim: “olha dona, não é a senhora que criou ele desde pequenininho? Tenta chegar nele e conversar, sei lá, fala pra ele... ah sei lá, parar um pouquinho com isso, tenta chegar no coração dele”. [...] “conversa com ele, porque vó, vó, neto sempre ama a vó. Eu falei pra ela, neto sempre ama a avó”. Senta com ele e conversa, com sabe não chegue no coração dele “putz é minha vó meu, com ela eu não posso fazer” sei lá, alguma coisa assim. Mas eu não sei né, é difícil. Se o neto já faz essas coisas...

Figlie, Milagres e Crowe (2009) discutem a importância em se acolher e cuidar dos familiares de usuários de drogas, demonstrando o impacto de um serviço de atendimento para familiares com enfoque multiprofissional.

Alguns ACS descreveram que seu contato com a questão do uso de drogas se manifesta quando os familiares se queixam do uso de drogas em suas famílias, o que indica a importância em se empoderar os ACS para um manejo adequado de tais demandas. As falas ilustradas sugerem que as intervenções dos ACS com os familiares dos usuários ainda que incipientes e superficiais, sinalizam uma oportunidade importante de cuidado que pode ser qualificado.

Habimorad e Martins (2013) ao entrevistarem 4 ACS de uma mesma EqSF identificaram a inexistência de usuários de drogas no serviço e sua inserção via familiares. Os autores também encontraram a resistência dos ACS em lidar com os usuários, justificando que o cuidado dos mesmos não faz parte de suas atribuições. Os ACS do referido estudo ainda trouxeram preocupações com possíveis retaliações com traficantes visto que eles todos moravam na área de abrangência - o que, de fato, precisa ser pensado na construção das políticas públicas. Porém, os autores discorrem sobre a importância em se problematizar tais questões em espaços coletivos, tendo em vista a não reprodução do estigma que historicamente os usuários de drogas carregam.

Abaixo há outra fala onde o ACS destaca uma tentativa de acolhimento, porém, novamente sob o viés moral (*“isso num tá fazendo bem pra você”, “o que você tá fazendo não tá certo”*), ficando o ACS numa postura normalizadora:

A gente conversando, falando: “ai isso daí num tá fazendo bem pra você, não tem como diminuir”, se a pessoa não consegue parar, diminuir pelo menos, né. Ver até onde isso tá te afetando na sua saúde.

Então quando a gente vai na visita a gente procura aconselhar, às vezes quando a gente consegue conversar com a pessoa né, quando ela não tá assim... por que às vezes eles não dão chance né? Se ele tá né, sob efeito, ele não tá nem aí pra gente. Mas nunca foram agressivos, a gente tenta aconselhar o familiar, pro usuário – quando ele tá bem a gente tenta falar sabe de uma ajuda, de uma ... de uma mudança de vida, né, com muito jeito né. Porque tem que ser uma coisa de cada vez. Não dá para você falar “para de fazer o que você tá fazendo que não tá certo, tal” (participante falou essa frase rindo). A gente tem que ir usando mecanismos, tipo: “oh, a sua mãe tá sofrendo, a sua mãe tá...oh a pressão dela tá ficando alta, diabetes, tal, você não quer ver sua mãe bem? Né, vamos tentar ajudar, tenta aí, um grupo, ou tenta né procurar ajuda, você não quer ir passar com a doutora pra ver se ela né”.

Abordagens de redução de danos estão preconizadas nas políticas públicas de atenção ao usuário de drogas, inclusive na atenção básica (BRASIL, 2004a, 2012a, 2015a). Usuário deve delinear junto com os profissionais os respectivos objetivos, que podem ou não contemplar uma proposta de abstinência. Assim, falar em redução de

danos não significa apenas conversar sobre a diminuição do uso e compreende garantir espaços para o usuário se colocar, colocar suas dificuldades, colocar o impacto de seu uso de drogas em sua vida, que muitas vezes só poderão ser cuidadas por meio do engajamento de diversos pontos da RAPS e até mesmo recursos intersetoriais (BRASIL, 2004a, 2015a).

Aproximando-se razoavelmente de uma abordagem integral ao usuário de drogas observou-se uma fala de um ACS que disse:

Olha Karen, eu acho que orientar né, é ...depois de fazer, né, como eu disse pra você ter uma conversa independente do uso da droga, né, eu acho que mostrar que você se importa com ele. Não só por conta daquele problema da droga mas assim, de um modo geral. Que você se preocupa assim, como que ele tá, se ele tá estudando, se ele tá trabalhando, como é que tão as coisas em casa, né. Então eu acho que tem que ser dessa forma né.

O ACS anunciou a necessidade de um olhar do sujeito para além do uso de drogas, o que vai ao encontro das políticas públicas. No entanto, é importante problematizar para que as práticas de vigilância não adquiram um caráter controlador, pois se perceberam falas de ACS que propõem uma centralização da vigilância como medida de cuidado:

Que nem, esses dias eu participei de uma reunião que vai levar uma ONG para lá. Fiquei muito feliz sabe, eu ainda falei “nossa eu já vejo lá adiante” porque é tudo que a gente queria [...] aí é o que eu falo: essas crianças já tão crescendo assim, a margem da sociedade. O que que eles vão ser? Marginais. Então, né, a gente não quer pensar isso mas é a realidade. Então se a gente não fizer algo novo pra melhorar pra eles, pra crescer, pra tirar eles dessa vida, vão crescer não adianta depois querer falar, criticar, é...vai acontecer. A gente tá vendo que eles tão caminhando pra beira do abismo, a gente tá vendo. Agora essa reunião que eu falei pra você da ONG eu fiquei muito feliz de conhecer o pessoal, aí eles pediram ajuda pra mim por que, que nem, como eu conheço bastante a área, eu trabalhei lá há anos atrás [...] Eu tô torcendo pra que dê certo porque precisa. Só eu sei o que há dois anos atrás o que eu lutei pra fazer as coisa pra aquelas criança, pra aquelas família, nossa, foi... E pra hoje eu conseguir ver isso daí, ver isso caminhando, nossa é um sonho realizado.

Incentivei ela a ... sempre tô incentivando quando eu tô passando: “nossa X volta a estudar, trabalha que é tão gostoso, você vai ganhar seu dinheirinho, muda a mente da gente, muda a nossa vida trabalhando, você tem aí uma bonequinha né! [...] Eu falei assim: “ah volta a estudar, porque você vai mudar sua vida completamente”. Sempre eu tô incentivando ela, né.

Eu falei: “ah começa novamente né? Todo dia você pode começar novamente, né, o Sol nasceu é um recomeço, tá dentro da gente”. E vou batendo nessa tecla com ela, vou falando, vou falando, já falei de curso de manicure no centro, que era, que tinha de graça, já falei várias pro pessoal daqui, sempre tô incentivando né.

Alarcon (2012) nomeia de *moral neopreventivista*, ao debater sobre a tentativa de controle absoluto dos riscos de forma inflexível e obsessiva, admitindo o sujeito como objeto passível de controle absoluto e concebendo que toda situação de risco necessariamente culminará em um dano.

Um ACS a cada pergunta trazia uma resposta descrevendo vários exemplos de casos que o mesmo acompanha ou acompanhou, apresentando possuir vínculo importante com os usuários:

É, eu sei de todas as histórias. Que eu acompanho e às vezes encontro sabe. Eles confiam, contam.

Quando a pesquisadora problematizou com esse ACS por que “*eles confiam, contam*” o mesmo descreveu sobre o processo de construir vínculos de confiança:

Ah, porque eu acho que sei lá, é umas coisas muito íntimas que não dá pra sair contando pra todo mundo né? [...] Porque eu acho que eu passo confiança. Porque eu sou super espontânea assim tudo, mas eu acho que eu passo confiança. Eu chego na casa, eu converso, eu brinco, eu falo de tudo, mas de forma assim mais... mais tranquila, mais leve entendeu? Não chego cobrando nada. Exigindo nada. Eu chego mostrando a amizade, o conforto, confiança e credibilidade. Eu acho que é uma coisa assim em mim. Uma marca em mim, não sei. Uma coisa assim que é minha.

Entende-se como acolhimento todo encontro entre profissional e usuário do serviço que vai além de um espaço físico ou de um horário pré-determinado e sim, se configura como um dispositivo para o cuidado que implica necessariamente escutar o usuário, suas demandas físicas, sociais e psíquicas, de modo que suas necessidades possam ser reconhecidas e trabalhadas (BRASIL, 2013).

Assim, falar em acolhimento pressupõe falar em uma reorientação dos serviços que garanta novas relações entre usuários e profissionais, relações estas marcadas pelo protagonismo do usuário em seu processo de produção de saúde. Relações que ampliam o acesso da população aos serviços e ações de saúde, e fundamentalmente, relações formadoras de vínculos (BRASIL, 2013).

Vínculos significam compromissos assumidos entre profissionais e usuários que atuam como dispositivos de intervenção para a troca de saberes entre o técnico (profissional) e o popular (usuários). Construir vínculos com os usuários facilita a construção de autonomia, de co-responsabilização e de ofertas terapêuticas, o que se

reflete na redução do sofrimento humano. Ou seja, construir vínculos é construir relações cuidadoras, resolutivas e humanizadas (BRASIL, 2013).

A integralidade nas Políticas Públicas de Saúde Mental pressupõe ações intersetoriais, interdisciplinares, de base territorial, o compartilhamento de saberes e a diversificação das ofertas terapêuticas (ALVES, 2009a).

A integralidade não é atributo exclusivo de médicos ou profissionais de Nível Superior, e pode estar presente nas relações de todos os profissionais de saúde, inclusive na de agentes comunitários de saúde. Mas para que a integralidade possa, de fato, se concretizar Mattos (2009) ressalva que a organização contínua dos serviços de saúde necessita garantir diálogos entre os atores sociais para que se desvelem as necessidades, aspirações e desejos dos sujeitos, o que se traduz na horizontalização das relações. Tal dado sugere a importância dos serviços repensarem a forma como tem se organizado e problematizem o quanto tal organização tem favorecido ou não encontros entre sujeitos profissionais e sujeitos usuários.

No geral observou-se muitas experiências permeadas por um modelo biomédico, discursos proibicistas e poucas tentativas efetivas de acolhimento e vínculo, no entanto, a maioria dos ACS do estudo apresentavam tempo de experiência profissional relativamente pequeno, o que pode contribuir para a superficialidade de algumas suas práticas. Além disso, os ACS também expressaram ter contato com usuários e familiares, o que se reflete na necessidade em qualificar a atuação dos profissionais com tal população.

## **5.4 Sentimentos mobilizados nos ACS e percepções sobre o uso de drogas**

### *5.4.1 O desconforto perante o usuário*

Tanto no decorrer espontâneo da entrevista quanto no momento onde os ACS foram diretamente abordados sobre os sentimentos que os usuários mobilizam neles observaram-se muitos sentimentos negativos sugerindo uma visão depreciativa do usuário de drogas. Dentre os sentimentos mobilizados, identificou-se: receio, tristeza, impotência, medo, pena, cansaço e preconceito:

Mas tá difícil...esse caso tá difícil [...] Não tem...muito o que fazer né? E ele é uma pessoa assim, a gente não consegue achar ele em casa. Nunca acha.



Você pode ir às sete da manhã, meio dia, à tarde você nunca acha ele em casa, ou ele tá na rua...

Mas é bem difícil pra lidar. E aí você tem que ter muita paciência, tem que saber como que você fala, porque também numa dessas ela também fica nervosa e pode te agredir, ou não, então [...] Com calma, com paciência, né, tento amenizar de toda forma se ele tiver agressivo, se ele vier buscar ajuda eu vou tentar ajudar de alguma forma.

Ah um receio né. Cria um receio, uma barreira. Não vou explicar assim um nome pra isso... (pesquisadora então questionou o que seria essa barreira). Até onde né, a pessoa que tá usando a droga já tá num certo grau de uso, ela pode me atingir? Né? Com o contato mais direto. Então a gente fica pensando, lógico que tem pessoas que não são agressivas mas tem, pode acontecer.

Após tal relato, a pesquisadora abordou o participante se alguma vez ele já fora agredido por algum usuário de drogas e o mesmo respondeu:

Não, nunca, não...

Parece ainda estar arraigado na visão do profissional a associação entre uso de droga e comportamento agressivo. Quando a pesquisadora problematizou a naturalização de tal “receio” em ser supostamente agredido por um usuário, o próprio participante identificou que tal sentimento não é baseado em nenhuma ocorrência real de agressividade experienciada em seu cotidiano.

Ronzani, Noto e Silveira (2014) debatem sobre o grande estigma que os usuários de drogas carregam, no qual usuários são vistos como perigosos e violentos, o que provoca discriminação e exclusão social dos mesmos. Discutem que tal estigma atravessa as práticas profissionais e impede que muitos usuários acessem serviços de saúde e tenham direito à uma assistência qualificada e humanizada.

Um ACS participante do estudo chegou a problematizar a associação entre comportamentos agressivos e anti-sociais com o uso de droga, defendendo que ele acredita que o que leva o sujeito a cometer atos agressivos e infracionais é o que ele nomeia de “caráter” da pessoa e não o fato dela ser ou não usuária de drogas:

Eles fazia no quarto deles, escutando som, tal, tomando uma cerveja, mas assim, todos respeitavam. Aquilo, aquilo lá é o caráter da pessoa. Usa droga mas tá lá “oh, tenho que respeitar, eu sei o meu limite, eu sei o que que eu tô fazendo”. E a pessoa pode usar droga e pode desencadear se o caráter já for meio, se o cara for meio, tiver uma psique meia ruim ele vai tomar coragem pra fazer a coisa. Isso é o caráter. A pessoa faz a coisa dele, fuma maconha, mas alguma coisa assim, e se mantém normal, assim. A idéia centrada. Outro não, ai vai e fuma e já vai querer assaltar, vai querer, vai ter a coragem porque a droga deu, de colocar o revolver na cabeça da pessoa, é tipo assim.

Parece predominar uma crença em uma relação de causa-efeito: “se usuário de drogas...então agressivo”. Visão um tanto reducionista que atribuiu ao indivíduo um complexo problema social, pois uma sociedade onde o uso de drogas é proibido e controlado por grupos criminosos, é a ausência do Estado que propicia o aumento da violência uma vez que conflitos de dívidas de consumidores não possuem nenhuma regulamentação e acabam sendo resolvidos por meio de violência (CARNEIRO, 2014).

Os sentimentos mobilizados nos ACS parecem reproduzir um modelo que entende que todo usuário de drogas é necessariamente um usuário problemático, e onde, todo e qualquer problema que o sujeito possui é efeito direto de seu uso de drogas. Tal visão está ancorada no discurso proibicista da “Guerra às Drogas”, onde usuários são demonizados e problemas de várias ordens (como desigualdade social, privação de direitos, de bem estar social) são atribuídos única e exclusivamente às drogas, isentando Estado e sociedade de repensar sua organização social.

Observou-se uma necessidade de alguns ACS verbalizarem que tratam os usuários de forma “*normal*”, como num movimento de auto-afirmação:

Ah, primeiro a gente fica meio desconfiada né. Meio que, fico desconfiada mas eu tento assim tratá-lo o mais normal possível. Me sinto assim normal. No começo a gente tem um pouco de receio mas depois a gente vê assim conversando com a pessoa, a gente vê que a pessoa num....

Como que eu me sinto... Não, eu não tenho problema nenhum.[...] Eu tenho até assim, quando eu olho eu tenho até pena né, assim, no sentido não diminuindo a pessoa, mas pena assim de você saber que aquela pessoa poderia tá vivendo melhor [...]

Ah eu olho ele assim como eu. Ah, atendo ele normal, vejo o que ele quer, trato ele bacana e ...pra mim é normal. [...] Preconceito a gente tem, mas sei lá. No fundo, no fundo, todo mundo tem preconceito. Eu tenho preconceito de ver uma pessoa assim sei lá, cheirando álcool, alguma coisa, pessoa bêbada, mas eu vou ter que atender direito. Uma que é meu serviço e outra não tenho por que tratar a pessoa diferente? Por que? Eu vou e faço o meu, converso, atendo e é isso.

As falas indicam que parece haver uma preocupação do ACS em não demonstrar qualquer diferença de tratamento do sujeito usuário de drogas, no entanto, no último fragmento o próprio ACS apesar de iniciar a fala assumindo uma postura de indiferença, encerra admitindo que ele e todos possuem preconceito. As falas dos ACS sugerem que há uma concepção dominante do usuário de drogas visto como um sujeito desviante e moralmente repreensível:

Ai sabe, eu, oh, eu fico muito triste, muito triste mesmo. Porque nossa, Deus me livre, é muito triste uma vida dessa [...] Porque, pra uma mãe, ainda a gente que é mãe, é um sofrimento demais, demais, muito.

[...] moro perto, perto de pessoas que eu conheço desde pequeno que hoje mexem com drogas. Então assim, eu tenho muito medo, a gente conversa muito, a gente procura apoiar, pra que não vá por outro caminho né.

É que eles não falam né? Poucos se abrem, poucos se abrem.

Pesquisadora: E por que que você acha que eles não falam?

Olha, eu acho que no fundo eles não falam porque eles sentem vergonha. Eu acho que eles sentem vergonha. É o meu ponto de vista, tá. É o meu ponto de vista. Acho que no fundo, no fundo, eles sentem vergonha. Da própria fraqueza deles. De algum ponto que eles não conseguem trabalhar.

A última fala descrita sugere o fenômeno do “*estigma internalizado*”, conforme descrito por Ronzani, Noto e Silveira (2014, p. 11) onde os próprios usuários possivelmente respondem ao estigma que lhes é depositado se isolando dos serviços:

A percepção do estigma ocorre à medida que o usuário se torna consciente das visões negativas que as outras pessoas da sociedade têm sobre o uso de drogas. Essa percepção pode desencorajá-lo a buscar serviços de tratamento na tentativa de evitar que ele seja visto como parte de um grupo estigmatizado (...) O estigma internalizado é um processo subjetivo que faz com que o usuário de drogas tente esconder a sua condição dos outros para que consiga evitar as experiências de discriminação. (RONZANI; NOTO; SILVEIRA, 2014, p. 11)

Ronzani, Noto e Silveira (2014) desenvolveram cartilha educativa para gestores e profissionais da saúde com linguagem bastante acessível propondo diálogo e formas de enfrentamento das práticas preconceituosas com os usuários de drogas. Propõem a necessidade dos profissionais de saúde falarem sobre seus preconceitos, vincular-se aos usuários, participar de espaços de educação permanente, bem como, sugerem potencializar espaços de suporte e promoção da autonomia dos usuários vítimas do estigma.

Apenas um ACS quando abordado sobre seus sentimentos respondeu sentir-se preparado e demonstrando satisfação em lidar com usuários de drogas em seu cotidiano profissional:

Eu já vou preparada que na minha área tem, a minha área é a área mais complexa do postinho né. É uma área que Deus e as pessoas encaminha a pessoa certa: eu nasci pra área que eu atuo!

O usuário de drogas não deve ser cuidado baseado em um julgamento moral e sim nos agravos à saúde que devem ser o foco das intervenções profissionais. Além disso, nem todos os usuários de drogas necessariamente apresentam problemas associados ao uso, pelo contrário, é uma parcela pequena de usuários que fazem uso problemático e necessitam de atenção (CARNEIRO, 2014). Porém, no geral, os ACS deste estudo parecem associar que todo e qualquer usuário é dependente, reproduzindo estigmas e uma visão reduzida do fenômeno.

#### 5.4.2 *Atribuição do uso de drogas como distúrbio psicológico*

Os sentimentos negativos podem ser reflexo de uma concepção do usuário de drogas ainda visto como um ser desajustado emocionalmente, conforme leitura apresentada em vários momentos sobre os determinantes no uso de drogas:

[...] Eu acho que assim, é bem, ai a palavra não seria isso mas uma fraqueza de espírito. Mas eu acho que é a emoção, um distúrbio emocional da pessoa. Então, independente do fator eu acho que ele fica assim tão fragilizado que ele encontra na droga o remédio pra aquele momento que ele tá passando, né.

Eu acho que é mais fraca no lidar no dia a dia com os problemas. Porque tem pessoas que passam assim por problemas e não tem essa necessidade. E tem pessoas que passam por problemas e precisa de achar um refúgio. Eu acho que são pessoas assim que não consegue lidar tanto com o problema que tem.

Eu acho que na realidade é um, de certa forma é uma fuga da pessoa, né. Ela se torna dependente porque aquilo dá um certo prazer ou ela evita ter que conviver com os problemas diários né. Ter que enfrentar os problemas. Então eu acho que pra pessoa que usa droga é uma fuga, de uma certa forma, em alguns casos, né.

Os usuários de drogas retratados pelos ACS do presente estudo apresentaram confluência com a descrição dos usuários feita por ACS do Rio Grande do Sul que, dentre outras características, associavam aos usuários de drogas: fraqueza, malandragem, mal-amados, sem futuro, desequilíbrio, solidão, carência, destruição (NEVES et al., 2013).

Observa-se desse modo um estigma do usuário de drogas, entendido como um sujeito fraco, incapaz de lidar com suas frustrações e que busca na droga um suposto “refúgio” para suas dificuldades emocionais.

### 5.4.3 *Atribuição da família como responsável pelo uso de drogas do sujeito*

Outros ACS também apresentaram uma leitura sobre o uso de drogas de responsabilização da família pela existência de um sujeito usuário, culpabilizando-a por não acolhê-lo ou ainda demonstrando uma expectativa por uma família idealmente “bem-estruturada”:

O problema é os pais. Eu acho que os pais largam muito, largaram muito cedo. Eu vejo aqui, você vê: eles ficam brincando aqui e eu não vejo nenhum pai olhando filho aqui, entendeu? Faltou aquele olhar clínico pro filho. Escola, ou você estuda ou você trabalha. É o mínimo não é? Então uma criança não pode, dos 11 aos 15 anos ela tem que tá na escola! [...] A mãe não pode deixar o filho fora da escola. Eu acho isso fundamental. Então eu acho que o pouco da culpa é dos pais! [...] Tem que olhar, ver com quem que tá saindo, principalmente nos bairros mais afastados. Então eu acho que falta o olho clínico dos pais. A estrutura da família né. É um dos pontos. Né. Porque tem família que não tem estrutura né? A própria mãe não dá uma estrutura pra filha. Então como a filha vai...vai ter uma estrutura se a própria mãe não tem? É complicado...

Porque as pessoas hoje não, não tem aquela conversa, aquela coisa de pai e filho, aquela família unida, que dá mais estrutura, mais base sabe pra um futuro melhor.

Às vezes um problema em família, quando a pessoa, ou os pais não sabem muito lidar com isso, eles acabam que empurrando o filho pra esse caminho, né. As vezes por conta da intolerância dentro de casa, ele acaba que, porque a gente sempre fala na nossa linguagem popular assim “quando você não acolhe, o traficante tá lá pronto pra acolher”né. Então eu acho que quando você não encontra apoio dentro da família, o que também não é fácil para família, eu acho, quando você não encontra esse apoio você corre o risco de buscar em outros lugares.

Lancetti (2013) adverte sobre o discurso de uma “família desestruturada” e propõe que os profissionais de saúde abandonem esse termo e construam uma concepção compreensiva sobre as famílias:

Os profissionais de saúde abandonarão o ideograma família desestruturada. Procurarão entender quais são as regularidades que organizam a vida do coletivo, as deposições acontecidas nos “loucos”, drogados, deprimidos ou crianças-problema da família: os sistemas que estruturam a vida desses coletivos. Procurarão conhecer os interlocutores invisíveis com que os usuários dialogam e os modos que cada cultura possui para compreender o sofrimento e as maneiras de superá-lo. As teorias e práticas se orientarão para ajudar a família, apara que esta apoie o seu membro mais problemático e não o inverso, como acontecia na psiquiatria asilar (LANCETTI, 2013, p. 118-119)

Outro ACS quando abordado sobre os determinantes do uso de droga respondeu da seguinte forma:

Ai eu não... eu não sei, porque assim na minha família tem um caso, do meu primo. E ele é policial militar, ele trabalha em (nome do local de trabalho do sujeito) e ele se envolveu com drogas. Agora eu não sei assim se é ...eu acho que tem casos e casos. Que assim, no caso dele eu não sei assim...porque ele se envolveu, porque que ele começou assim, eu não sei. Mas eu acho que é muito assim também da estrutura da família, porque, às vezes não e as vezes sim né.

Tal fragmento sugere a perplexidade do ACS em reconhecer que há um usuário de drogas em sua família que também é policial militar. O trecho sugere que possivelmente na concepção de tal ACS o usuário de drogas é um sujeito transgressor, porém, quando a mesma refletiu que o mesmo “transgressor” também é um representante da Segurança Pública indicou a sua dificuldade em compreender como um sujeito executor da manutenção da ordem também é o mesmo sujeito que usa drogas?

#### 5.4.4 *Outros determinantes*

Observaram-se falas de ACS atribuindo o comportamento de grupo e busca pela obtenção de prazer como responsável pelo uso de drogas e alguns modestos apontamentos sugerindo a multideterminação do uso de drogas:

Às vezes começa numa brincadeira, às vezes começa numa festa, que nem hoje em dia tá muito à vontade, hoje em dia nas festas o que é tipo, eles falam “ah se você usar você é o cara, se você beber, nossa eu bebi tanto que até passei tão mal” “nossa ela bebeu muito hein – ou ele – nossa ela bebe pra caramba hein!”. Pra eles, eles acham que é ótimo isso, que né, é tipo um certo status né. Ou usar certos tipos de droga é um outro status né “uau, você curte isso, nossa que legal, “ah você curte aquilo, também vou curtir”, sabe assim?

Ai, em uma parte eu acho que é as más companhias. Em uma parte. Na outra parte eu acho que é, é... é falta da família, o companheirismo da família, e existe aqueles que... que é fracos, fracos mesmo. Vão, eu acho que vai na cabeça dos outro, não sei.

Então eu acho que pode ser estrutura familiar, às vezes eu penso também: “tem tanta gente que dá tanto amor, carinho, aí começa ir pro mundão desse meu Deus aí e se envolve”. Então é uma coisa assim que a gente, na verdade...eu não sei! Porque pode ser uma coisa, pode ser outra... não sei se é falta de dinheiro, não sei te falar o que é na verdade. Eu acho que tem vários motivos, vários.

Ai, aí varia viu. Porque tem pessoas que tem problema social né. Tem pessoas que já são psicológico, sei lá, teve um problema com o pai, com a mãe lá na infância...tem pessoas que é, por exemplo, tem um problema, não tem um serviço aí fica com aquele negócio né. Preciso, preciso, acaba indo.

Tem pessoas que são influenciadas por amigos, então há várias...vários fatores que leva a pessoa...

Um ACS sinalizou a obtenção de prazer advindo do uso de drogas, no entanto, sua resposta revelou também que implicitamente ele possui uma expectativa que o usuário de drogas seja uma pessoa “má” que não estuda e que está “fora” da faculdade, pois no ideal da sociedade “legal é quem está na faculdade”; ou seja, ainda que o ACS se questione sobre o que leva o sujeito a usar drogas, parece ainda haver um estereótipo do usuário como sujeito transgressor e desvinculado das instituições formais de Educação:

Não sei...tem tanta gente boa que usa...gente mal você vai falar que é, que é a situação dela. Mas e o cara legal, o cara que estuda, o cara que faz faculdade...sei lá. Por que que usa droga? Bom no começo é pra se divertir, eu acho. “Ah vou me divertir com a galera, usar uma droguinha lá”. Depois vicia e acho que deve ser gostoso, nunca usei, mas acho que deve ser legal pra caramba usar. Porque vicia. Eu acho que... o que que leva a usar? Primeiro que a curiosidade, pá. Depois o cara acha gostoso e vai usando, vicia, pega o vício e já era.

Há várias pesquisas que chamam a atenção sobre o uso de drogas entre estudantes universitários (BRASIL, 2010b; CHIAPETTI; SERBENA, 2007; KERR-CORREA, 1999; PORTUGAL, et. al, 2008; WAGNER; ANDRADE, 2008), o que contradiz concepções que atribuem o uso de drogas presente apenas em sujeitos com baixa escolaridade.

Identificou-se uma fala que sugere a idiosincrasia do usuário de drogas, anunciando a impossibilidade de se generalizar universalmente os determinantes do uso e propiciando também uma reflexão sobre o uso de drogas como obtenção de prazer e bem estar pessoal:

Ah sei lá, cada um tem um motivo também...eu sou meio enrolada com isso porque eu não uso, mas assim, cada um tem um motivo pra usar a sua droga. Eu não sei qual, diz que é gostoso, mas, eu não sei qual...e tem muita gente usando né...alguma coisa deve ter...é isso aí.

A fala acima sugere uma razoável aproximação com as diretrizes preconizadas pelas políticas públicas. O Ministério da Saúde preconiza que uma concepção integral sobre o uso de drogas é aquela que considera suas vivências, planos, papéis que desempenha, afetos, sexualidade, trabalho, escolaridade (BRASIL, 2015a). Parece que

na maioria dos participantes da presente pesquisa há uma concepção que a causa para um sujeito ser usuário de drogas ora é fruto de um desajuste psicológico do sujeito ou de uma família que não cumpriu com seu papel. Os aspectos culturais e históricos relacionados ao uso de drogas foram poucos explorados pelos participantes de tal pesquisa, o que sinaliza a necessidade de incluir tais questões nos espaços de educação permanente em saúde.

## **5.5 Fundamentações para as práticas dos ACS**

### *5.5.1 Senso comum e experiência pessoal norteados ações*

Alguns ACS reagiram com estranhamento ao serem abordados sobre o que orienta suas práticas, o que pode sinalizar a falta de hábito em se refletir sobre os modelos, ideologias e perspectivas que fundamentam as ações dos profissionais de saúde:

Assim, como assim? [...] É...tipo assim, o...é...na parte da minha vida, do meu profissional assim?

No que que eu baseio?

A experiência pessoal (com um familiar e conhecidos usuários) e o senso comum foi constantemente observado em vários contextos da entrevista. Nessa pesquisa nomeou-se como “senso comum” as falas que descreviam que a fundamentação da prática profissional era Deus, amor, paciência, vigilância do estudo/trabalho e também acolher e escutar o usuário.

O discurso do acolhimento apareceu de modo bastante vago e subjetivo (alguns ACS no próprio discurso já sinalizaram que não o fazem, mas que o fariam caso lidassem com usuário), no entanto, apesar de idealizado o discurso apresentava uma dimensão medicamentosa e moral, deixando implícito que o uso de drogas demanda necessariamente um problema, uma carência do usuário, uma necessidade de um tratamento e um usuário retratado como um sujeito nervoso e displicente:



[...] eu vivenciei né, vamos dizer, meu relacionamento é... começou muito nesse sentido né. E...por que aconteceu tudo isso? De eu vim a..né, a mãe dele é usuária. E não, e ela é usuária de, de pedra, que é o crack mesmo. Ela, ela no começo ela complicou bastante a minha vida, hoje não.

O que que me orienta...então eu acho que assim eu não tive contato direto assim com usuário. Mas eu acho que se eu tiver assim, se eu ver que ele dá uma brecha para mim ter uma conversa com ele, né, eu vou, eu acho que eu não vou já chegar de cara já falando assim tudo... Eu vou tentar ir mantendo um diálogo, uma confiança em mim sabe, criar um vínculo com ele para depoooois a gente ir mais a fundo, perguntar se ele quer um tratamento, se ele acha que ele tá bem assim, que que ele espera da vida dele, eu acho que eu vou nessa trilha assim para ver se a gente consegue alguma coisa. Não ir de cara. (...) E seja o que Deus quiser quando eu tô com um caso assim.

Ah eu acredito que, pra lidar, eu acho que em qualquer situação você tem que ter paciência, amor né. Deus sobre todas as coisas e ir com calma. Você tem que ir com calma, tem que ir as vezes o usuário chega aqui e você não sabe o que que aconteceu pra ele tá desse jeito aqui com você. [...] Então eles chegam aqui nervoso e você tentar acalmar, você tenta né, tentar solucionar pra que ele saia pelo menos que seja mais calmo do que entrou né? Pra não causar mais...Mas é isso, eu acho que paciência né. Calma, respeito também né? Tem que respeitar, entender e acolher, acolher essa pessoa.

Olha eu trabalho assim, eu sempre tô conversando, eu tô orientando, eu observo se trabalha, se não trabalha. Observo na rua, se eles tão na rua, eu pergunto quando eu converso com os pais, eu pergunto. Se tão estudando, se não estão. [...] Eu sempre tô batendo nessa tecla, o estudo, o trabalho, entendeu? Quando eles conseguem te ouvir né?! Quando eles te dão atenção, se não eles saem aí conversando sozinhos.

Leite e Paulon (2013) encontraram ACS que dizem utilizar a “intuição” como ferramenta de trabalho na atenção aos casos de saúde mental. Investigaram o que os profissionais estavam nomeando como “intuição” e observaram que o fato dos ACS visitarem regularmente às mesmas pessoas e/ou por serem vizinhos, amigos das mesmas a “intuição” seria uma forma deles identificarem a instalação de um sofrimento psíquico. Ou seja, ainda que no referido estudo os ACS pareciam não ter domínio de termos técnicos, utilizaram o termo “intuição” fazendo menção à um vínculo e a um olhar singular para cada sujeito sob seus cuidados.

Harl (2014) convoca à reflexão a necessidade da sociedade não recorrer à experiências pessoais para explicar um fenômeno tão complexo abrange o consumo de drogas. O autor sugere que experiências pessoais não são representativas de tal fenômeno e que é necessária uma compreensão crítica e aprofundada sobre o tema, com argumentos e estudos sólidos.

Um ACS trouxe um discurso de acolher e orientar o usuário, porém quando a pesquisadora problematizou com o mesmo o que ele estava nomeando como acolher e orientar obteve-se a seguinte resposta:

A gente tem que tomar o máximo de cuidado né. Tem pessoas que elas não querem ser ajudadas. Então elas acham que elas tão...ou está naquela situação, então não tem como você falar muita coisa [...] a gente tenta orientar a pessoa a vim aqui. Mas uma prática de saúde que a gente não pode entrar na questão social.

Nota-se que na visão do ACS as práticas de saúde podem e devem ocorrer de modo fragmentado de práticas sociais, o que vai na contramão das políticas públicas de atenção psicossocial ao usuário de drogas, que preconizam justamente que as ações devem ocorrer de modo integrado, complementar e intersetorial (BRASIL, 2004a, 2011, 2015a).

Apenas um participante descreveu uma pesquisa para embasar sua visão e prática profissional, no entanto, quando a pesquisadora abordou sobre a fonte de tal pesquisa, o mesmo não soube respondê-la:

Porque eu vi uma pesquisa que a cada 10 membros da família no futuro 5, 6 vão ser viciado em alguma coisa, e isso não é só droga. [...] Nossa eu assisto muito documentário, pesquisa, tudo. E o Brasil é o segundo, primeiro é os EUA, o Brasil tá em segundo mas eu acho que essa pesquisa é do ano passado. Porque esse ano se não tiver igual tá mais. Porque a gente vê muito, muito, muita, muita gente tem problema de drogas. [...] Então é, não tem espaço, eu- no meu ver- eu acho que o governo deveria começar combater isso com garra, com força, porque o Brasil já é segundo lugar no uso de droga. Isso porque eu acho que a última pesquisa faz tempo. Se não for o primeiro né.

Ainda que a fonte e metodologia da pesquisa não tenham sido identificadas, é possível que uma pesquisa de natureza alarmista possa justificar ações de “*garra, força*” que talvez fundamentam ações repressivas da Guerra às Drogas.

Observou-se uma fala de um participante que descreveu que também fundamenta sua prática observando o modelo de um outro profissional com experiência no manejo com usuários:

Naquilo que a gente aprendeu recente e assim, por ouvir e por ver outras pessoas que trabalham comigo e que já tem experiência nessa área né, que pessoas que já trabalharam no CAPS, eu fico olhando a forma como elas lidam com essas pessoas. Tem uma paciente nossa que sempre vem na unidade e [...] até então quando essa paciente vinha eu tinha um olhar. Hoje eu tenho outro olhar. Porque quando ela vinha eu tinha uma certa resistência

né, e mas aí vendo da forma como essa nossa colega de trabalho tratava ela aí eu comecei a ver de outra forma. Ela chegava assim, às vezes tinha feito uso da, da..., aí olhava assim meio que com... querendo uma certa distância, né.

O exemplo acima mostra o quão potente podem ser os espaços multiprofissionais, seja em grupo, visitas ou atendimentos compartilhados, conforme proposto pelo apoio matricial (CAMPOS; DOMITTI, 2007). O ACS do presente estudo refletiu o quanto ele pode aprender observando o modo como seu colega tratava o usuário de drogas, numa espécie de “observação-participante” na medida em que a mesma gerou uma transformação no modo como o próprio ACS olhava para essa usuária de drogas e pode modificar sua prática profissional.

Nesse sentido, sugere-se refletir que o matriciamento pode proporcionar qualidade e apoio ao trabalho, representando um espaço de escuta para as equipes a lidar com situações complexas e multideterminadas que permeiam o sofrimento psíquico (MINOZZO; COSTA, 2013).

### 5.5.2 *O curso Caminhos do Cuidado como única formação na área*

Um dado notório foi a identificação do curso “Caminhos do Cuidado” como o único espaço de Educação Permanente em Saúde que abordou com os ACS sobre o uso de drogas, apontado como única fonte de treinamento na área:

Então eu acho que é assim, você tem que parar e pensar na hora naquilo que você aprendeu porque pra gente, por mais que você conviva, você nunca teve uma...eu pelo menos nunca tive uma orientação que nem agora a gente teve no Caminhos, né... Caminhos do Cuidado, então você fica lembrando “mas nossa, mas eu aprendi que é assim, assim, assim”. Então eu procuro respirar e procuro colocar em prática aquilo que a gente aprendeu né. Acho que é isso.

Oh, que nem, sinceramente, eu melhorei bastante eu tinha uma visão totalmente diferente depois que eu fazia o Caminhos do Cuidado. Porque apesar de eu já ter uma facilidade de chegar e trabalhar tudo, mas quando eu passei por lá e a gente ver todos os processos, o que a gente pode falar, as rede que a gente pode procurar. Então quando você sabe mais as coisas, você amplia o seu mundo, o seu horizonte, aí sim é muito mais fácil você chegar. Porque daí você já fala com certeza, você sabe como indicar aquela família, como levar, então é. Você vamos supor, tendo o entendimento das coisas é mais fácil você orientar as famílias. Então pra mim assim, Caminhos do Cuidado foi excelente, caiu muito bem, principalmente na área que eu atuo porque, que nem eu falo, lá tem muitos dependentes, desde jovem até pessoa velha, então foi muito bom pra mim.

Eu sou bem novata nisso né. Porque eu tô aqui há 8 meses. A única coisa que eu tenho conhecimento foi o curso que eu fiz lá, os Caminhos do Cuidado. Ah tento aplicar alguma coisa. Igual é, se eu me deparar com alguém assim

que usa droga. A pessoa vem se abrir comigo, tento orientar, dar algum conselho “pô vai lá no posto, vai numa consulta” sei lá. “Você quer parar? Vai lá falar com a médica se ela dá, se ela dá uma solução procê né, que eu não sei, né, ela que é a profissional. Se ela dá uma solução, não sei, um calmantinho, vai lá, eu converso com ela”. Depois ela vem e fala com a médica, que eu que, contei assim, sei lá. Eu acho isso, tento, a pessoa vir no profissional assim, tipo eu sou a ponte: “oh vai lá, fala com fulano, vê lá o que resolve”. Eu tento fazer isso.

Os ACS sinalizaram espontaneamente o impacto do curso para algumas leituras de seu cotidiano:

O jeito mesmo de você abordar, que lá eles colocavam tudo né, então é, pra mim melhorou muito, foi além do que eu já aprendia. Então uma maneira de eu chegar e abordar, de eu me colocar diante das outras pessoas, de eu... então eu acho que foi muito bom pra mim ter aprendido isso daí.

Isso, agora meu pai é o café. É um senhorzinho, pô, o cara é viciado em café, então, sei lá. Isso que eu entendi no Curso lá, pô, você vai ter preconceito com o cara que fuma maconha ou cheira, mas você também faz alguma coisa igual ele! Eu faço uma coisa igual o cara que cheira, igual o cara que vai fumar, eu faço também, né. Eu sou normal pra sociedade. O cara é anormal. E pra mim todo mundo é meio fora dos eixos, sim.

Ah eu acho que pra mim é importante, inclusive eu comentei em casa quando a gente fez o curso que a gente, essa possibilidade de ter um olhar diferente é muito bom né. Porque às vezes a gente se sente tão impotente, ou se sentia né? Tão impotente diante de um caso, de uma pessoa, um usuário e hoje a gente vê que não. Que não é assim né? Não preciso ser um médico, eu não preciso ter um conhecimento tão avançado pra ajudar, né. Se eu fizer a minha parte, eu de alguma forma, alguma coisinha ali, né, vai vai ficar.

[...] eu acho que o máximo que a gente pode conseguir é como você disse , né, é diminuir os danos (Participante fez alusão a um encontro do Projeto Caminhos do Cuidado no qual a pesquisadora que também foi sua tutora no projeto, dedicou um encontro para discutir sobre políticas de redução de danos).

Outro dado significativo fora a metodologia ativa empregada no curso Caminhos do Cuidado, na medida em que possibilitou a troca de informações e experiências rompendo com um modelo pedagógico meramente expositivo e avaliada positivamente por um ACS:

Aí mas recente que a gente teve foi o Caminhos do Cuidado mesmo. Eu acho que eu nunca tinha participado de um, que normalmente a gente em palestras, né, aí na palestra você não tem aquela oportunidade de trocar, né. Porque no treinamento você recebe orientação e você tira suas dúvidas, e você fala do que você fez, aí seu orientador do curso vai falar: “olha você fez certo, mas você poderia ter feito assim né”. Então isso ajuda bastante a gente, a gente fica mais preparada, vindo de uma outra forma a situação. E vindo que tem alguma coisa que você pode fazer sim pra ajudar né.

Nunes et al (2013) ao descreverem experiência de intervenção com ACS em saúde mental também observaram a necessidade de se implementar espaços de formação dialógicos, críticos e reflexivos. Sugerem que há um esgotamento das capacitações no formato de prescrições, onde os profissionais-alunos são bombardeados de informações desconectadas e que não permitem a escuta dos participantes, tomando-os como mero receptáculos de conteúdos e que dificilmente serão reconhecidas pelos ACS como trabalhos resolutivos e legítimos.

## **5.6 Perspectivas de reabilitação dos usuários de drogas**

### *5.6.1 Aposta em modelos de tratamento conservadores*

Ao longo das entrevistas foi percebido que em muitos momentos os ACS apresentaram expectativas para os usuários de drogas ancoradas em modelos de atenção conservadores. Denominou-se como “aposta em modelos de tratamento conservadores” as seguintes expectativas: a responsabilização exclusiva do usuário por sua reabilitação; a religião concebida como agente de cura para o uso de drogas; a possibilidade de reabilitação do usuário por meio de tratamento em regime fechado (internação) centrado na abstinência; a expectativa do usuário ser morto ou preso e a descrença na possibilidade de reabilitação do usuário.

O ideal de abstinência como tratamento também fora identificado por Nunes et al. (2013) em estudo com ACS do Rio Grande do Sul, onde verificou-se que na visão dos sujeitos prevenção e tratamento são trabalhos distintos. Os ACS do referido estudo entendiam que prevenção se fazia quando o sujeito nunca tinha feito ainda o uso de drogas, enquanto que aqueles que já eram usuários restava como única alternativa de intervenção o tratamento com foco na abstinência. Resultados como este, revelam a necessidade de se problematizar com os ACS perspectivas de Redução de Danos e ampliar o debate sobre a necessidade em ter um olhar singular para cada usuário, distinguindo que há aqueles que usam e querem ajuda para interromper o consumo e aqueles que usam e não apresentam o desejo em interromper o uso.

As falas abaixo ilustram visões que entendem que a reabilitação do sujeito é única e exclusiva responsabilidade do usuário de drogas, o que isentaria Estado, organizações e profissionais de qualquer tipo de contribuição/facilitação tal reabilitação:

[...] porque se a pessoa quer ela consegue. Mas muitos assim, não tem essa força sabe, de ir atrás de alguma coisa, eles ficam muito naquilo assim, não conseguem sabe, sair daquela dor, ou aconteceu alguma coisa ruim eles vão ficar naquilo, ficar naquilo, daí às vezes acham escape aqui numa coisinha, às vezes numa maconha, ou às vezes no álcool que é mais né?

Eu acho que primeiro é essa pessoa entender né. Essa, assim, o que tá atrapalhando ela. Se ela não entender, não conseguir ver, com ela mesmo vendo, não vai mudar nada. Pode eu ver, pode outra pessoa falar, pode fazer qualquer coisa. O primeiro, a primeira coisa de tudo é ela perceber, ela enxergar, pra poder começar a mudança. Se ela não enxergar, não vai tá nem aí porque você vai falar aí ela vai fingir que ouviu mas só que na verdade nem ligou. Então eu acho que primeiro de tudo seria essa pessoa enxergar, seria essa pessoa entender essa situação.

Pesquisadora: E como que isso acontece, dela enxergar isso, dela entender essa situação?

Hum, agora.... Agora assim, dela, não sei, sei lá, não sei, não sei.

Analisando os fragmentos acima, pode-se pensar que ainda há um intervalo importante entre as políticas públicas, as contribuições científicas e as expectativas dos profissionais entrevistados. A discussão sobre o estágio motivacional do usuário e estratégias profissionais para aumentar a motivação para mudança do comportamento de usar drogas ainda parecem distantes do universo dos ACS, na medida em que observamos que os mesmos reproduzem jargões que a reabilitação é responsabilidade única e exclusiva do usuário.

No entanto, a literatura revela que o vínculo que os ACS constroem com os usuários possuem potencial para atuar como expressões importantes de práticas desinstitucionalizadoras, quando tais vínculos são capazes de promover práticas geradoras de autonomia e reconhecem os usuários como sujeitos singulares e sujeitos de direitos (LEITE; PAULON, 2013).

Cabe destacar que não à toa os ACS utilizam palavras como “cura” e “recuperação”, o que denota uma concepção de cuidado norteadada pela remissão de sintomas. Essa concepção parte da premissa que o uso de drogas é uma doença que mediante a intervenção poderá ser “curada” e não problematiza os inúmeros motivadores que podem levar e manter os sujeitos usando drogas, e muito menos se admite a possibilidade de um uso controlado:

Ai eu torço pra que ele se liberte. [...] É que nem, eu até comento quando eu vou fazer minhas entrevistas eu falo dessas pessoas que eles me deram essa liberdade, então eu conto, eu falo assim: se ele saiu, se você tem vontade, você também pode, por que não? Todo mundo pode. Do mesmo jeito que

entrou pode sair! É só querer”. Então eu, no meu pensamento assim, se eu pudesse todos né, já estariam livres.

Deparou-se também com a responsabilização do usuário X morte, morte X prisão, conforme falas expostas abaixo:

Olha ou essa pessoa se recupera ou morre. Eu acho que não tem saída. Eu acho que ou ela tenta se recuperar ou... não tem outra coisa, ou vai acabar morrendo, não tem outra coisa, não tem meio termo nessa história. É tipo, é oito ou oitenta eu acho, pra mim assim sabe...

Ou é morte ou é cadeia, ou é morte na família, né, vai pra um buraco que pra sair é difícil né. Mas é isso que eu vejo.

Olha, o que eu imagino, olha tem, no pior o que eu imagino no paciente preso ou morto. Dependendo do grau da droga né, dependendo do uso que ele faz, ou também ele pode ser internado numa clínica e se recuperar. Né?

Ao verificar que os ACS apresentam uma expectativa de morte ou prisão para o usuário, parece que tal expectativa se coloca como pano de fundo para uma concepção que todo usuário está envolvido em condutas anti-sociais, e, portanto, terá como consequência a prisão. Nessas falas percebe-se que parece ser inconcebível para o ACS o usuário se reabilitar sem necessariamente ter sido preso ou estar prestes a morrer, ou ainda, se reabilitar em regime ambulatorial e ter direito a tratamento em convívio com a sociedade.

Ter como horizonte para o usuário de drogas a prisão ou morte parece ser uma questão crítica para os profissionais da saúde, uma vez que se deveria pensar os indivíduos adoecidos num processo saúde-doença e não em uma relação reducionista que associa usuários à morte ou prisão. Tal dado aponta a necessidade de se pensar em estratégias de prevenção primária, secundária e terciária para o uso de drogas qualificando o cuidado e evitando situações extremas, como óbitos e privação de liberdade.

A respeito de tal expectativa de prisão é necessário pontuar que em recente inspeção realizada pela OAB e CFP nos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico - conhecidos também como manicômios judiciários – tais instituições não têm se mostrado promotoras de reabilitação psicossocial. Dificuldades como superlotação, recursos humanos insuficientes, precariedade das condições físicas, ausência de projeto terapêutico singular, elevado número de pessoas aguardando exames, intervenções indiferenciadas para sujeitos que realizaram pequenos e grandes delitos e denúncias de agressões e maus tratos indicam que há um longo percurso para construção de uma

sociedade democrática que respeite os direitos humanos (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2015).

Cabe lembrar que para a efetivação da Atenção Básica e Psicossocial é fundamental o fortalecimento de tecnologias relacionais, isto é, tecnologias capazes de promover uma nova forma de se relacionar com os sujeitos em sofrimento mental e que possam garantir uma integralidade em saúde mental (DIMENSTEIN; LIMA; MACEDO, 2013).

Ainda com os avanços da Reforma Psiquiátrica, observou-se a descrença nas instituições da Saúde e aposta na Religião como agentes de reabilitação:

Eu acho que o governo, nossa saúde oferece pouco, muito pouco. Eu acho que tem muitas Igrejas que tem comunidades que são cuidadas, que tem apoio psicológico, todo o apoio profissional na área da saúde e o apoio espiritual e eu – no meu ver- eu acho que a droga precisa tanto do apoio médico, certo? Medicamentoso, pra assim, pra fortalecer o corpo, o corpo não ficar tão vinculado à droga. E tanto espiritual que é pra preparar a alma, ah sei lá, deixar a pessoa mais fortalecida, com mais prazer, tirar aquela ansiedade, tirar aquela angústia. Porque geralmente a pessoa, os viciados quando terminam o efeito da droga eles ficam muito angustiados, muito ansioso, então eu acho que tem que tá junto tanto os grupos religiosos quanto a saúde tem que andar junto.

Ele pegou e falou assim “Deus me tira dessa vida [...] Porque diz que ele chegou no fundo do poço e ele pediu mesmo para Deus “Deus me tira daqui, sabe, me tira dessa vida”[...] E acho que Deus mesmo deu um sinal para ele né. Aí Deus na hora que deu o sinal para ele, eu acho que assim, foi forte mesmo assim, e e ele mudou a vida dele assim. E ele conseguiu mudar. E eu acho que tem muitos casos desse aí também, que conseguiu mudar né.

Já tivemos pacientes que deixaram de usar drogas. Foi legal, foi bacana. E a própria pessoa vim contar “ah eu parei de usar né, ah meu filho”. Teve uma situação que a mãe tava desesperada. Mas o filho não parou, diminuiu mas não parou. [...]. Essa que me contou foi devido a frequentar uma Igreja, uma religião.

A mídia não costuma divulgar os serviços de atenção à saúde do SUS, uma vez que parecer ser bastante interessante para a iniciativa privada incentivar uma concepção que a reabilitação só é possível por meio de internações particulares, internações estas que não apresentam nenhum compromisso com os princípios e doutrinas do SUS e que constantemente são denunciadas quando à violação de direitos humanos:

Foi internado umas 5 vezes. Cada vez clínica particular. O governo não dá suporte de clínica – até onde eu sei – você tem que internar mas você tem que pagar porque o governo não dá clínica assim por conta do governo tudo, e as poucas que custam menos, assim, tem um custo menor, são aquelas clínica



que vive sendo denunciadas por maus tratos, então quer dizer: a pessoa vai lá pra se tratada e a pessoa sofre mais além de o vício que já é um sofrimento, que já é um suicídio pra ela né, que aos poucos ela vai se matando, tem uns que até morre. Isso é muita gente. Mas os riscos que ela corre, tem clínica que judia, que escraviza, que faz assim a pessoa trabalhar em serviço pesado, extrapola o que teria que ser uma coisa educativa se torna um sacrifício e um sofrimento a mais pro usuário que já tá no sentido, na sofrência né?

Apesar da Reforma Psiquiátrica ter lutado pelo desmonte do aparato manicomial, atualmente o Brasil vive um grande retrocesso e o hospital psiquiátrico ainda se faz presente assumindo a forma de comunidades terapêuticas. Tais comunidades carecem de regulamentação e muitas vezes são financiadas com recursos públicos, no entanto, inúmeras denúncias de violação de direitos humanos são feitas revelando que dentro de tais comunidades se opera a lógica da privação de cidadania a um sujeito considerado errado que merece ser punido e reduzido à condição de objeto (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011).

Em 2011 o Conselho Federal de Psicologia realizou inspeção em 68 comunidades terapêuticas que internam usuários de drogas nos 24 estados brasileiros e Distrito Federal e constataram diversos tipos de violações de direitos humanos aos quais os sujeitos são submetidos: trabalhos forçados, imposição de rituais religiosos desrespeitando a crença espiritual dos sujeitos, interceptação e violação de correspondências, exposição a situações de humilhação, exigência de exames clínicos (como o anti-HIV), intimidações, desrespeito à orientação sexual, revista vexatória de familiares, violação de privacidade, imposição de normas e regras, impedimento dos laços afetivos, familiares e contato com o mundo exterior, estrutura física precária e uso de castigos, maus tratos e violência física como recursos terapêutico.

Em todas as comunidades inspecionadas evidenciaram-se violações de direitos humanos, e em algumas até situações de torturas:

[...] internos enterrados até o pescoço (recurso terapêutico?); o castigo de ter de beber água de vaso sanitário por haver desobedecido a uma regra ou, ainda, receber refeições preparadas com alimentos estragados (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011, p. 191)

Além disso, a maioria das comunidades não apresentaram profissionais da saúde e os “funcionários” são de caráter religiosos (pastores, “obreiros”, ex-usuários) ou ainda os poucos profissionais de saúde são voluntários, ou presentes em apenas alguns dias, e se orientam por preceitos morais e religiosos. Em muitas não há nenhuma proposta

terapêutica definida ou então elas são ancoradas, no geral, na abstinência total, na oração/evangelização e outras práticas religiosas e na laborterapia. Além de tais fundamentações serem incompatíveis com as políticas públicas elas ferem o direito do cidadão a ter acesso a um tratamento na perspectiva da redução de danos, fere o direito de ter seu próprio credo ou a opção em não ter que adotar nenhuma crença religiosa e fere o acesso ao trabalho como um direito e não ser forçado a um trabalho não remunerado, sem sentido, sem perspectiva, ou seja, praticamente um trabalho escravo (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011).

O Relatório do Conselho Federal de Psicologia (2011) foi claro e categórico afirmando que não há nenhuma promoção de saúde nas comunidades terapêuticas e nem promoção de cuidados, chamando a atenção do Estado e sociedade para refletir sobre a natureza da assistência que essas instituições têm oferecido aos usuários.

Parece ser bastante preocupante a identificação de profissionais de saúde do SUS que entendem que o modelo de comunidades terapêuticas seja promotor de atenção, o que aponta que a discussão da Reforma Psiquiátrica ainda não se esgotou.

Os ACS do estudo apresentaram, de forma geral, expectativas em tratamentos ancorados na institucionalização dos usuários, idealizando que este tipo de abordagem poderia ser uma oferta de cuidado.

O último censo psicossocial realizado em 2014 em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo demonstrou que ocorreram mais óbitos (18,4%) do que saídas dos sujeitos internados para residências terapêuticas (11,6%), ao passo que a maioria dos sujeitos continuaram internados (69,9%). Dos sujeitos internados 71% não pensavam em licença terapêutica e comparando-se com o censo anterior (realizado em 2008), 74,5% dos moradores encontravam-se internados há mais de 10 anos, o que demonstra o quanto a internação não promove autonomia e compromete o vínculo familiar e reinserção social dos sujeitos (CAYRES et al., 2015).

O município de Rio Claro pertence à DRS X, região que possui dois hospitais psiquiátricos de gestão estadual, sendo um deles instalado na cidade de Rio Claro. Apesar de haver uma diminuição de 57,8% de pessoas internadas em hospitais psiquiátricos entre 2008 e 2014 nessa DRS X, ainda há 239 moradores nos hospitais psiquiátricos. Isso significa que há 239 pessoas na região a serem desinstitucionalizadas, o que exige o fortalecimento da RAPS para que tais sujeitos possam ter toda a

retaguarda dos CAPS e equipes de Atenção Básica para garantir o cuidado integral desses sujeitos (CAYRES et al., 2015).

A maioria das internações ainda são involuntárias e 15,2% delas são solicitadas pelos serviços de saúde, dentre essas 13,9% procedem de UBS e PSF; 40,8% de hospitais gerais e apenas 5,6% pelos CAPS. Além disso, há um aumento de internações devido ao diagnóstico de transtornos mentais associados ao uso de drogas (119 no ano de 2008 e 194 em 2014) (CAYRES et al., 2015).

O fato dos CAPS serem os serviços que menos solicitam internações indica direcionamentos pertinentes para implicar profissionais dos serviços hospitalares e de atenção básica em uma reflexão crítica sobre a necessidade em se rever tal modelo de cuidado e sobre o local em que se tem endereçado os usuários de drogas.

Na presente pesquisa também se observou a não perspectiva de reabilitação do usuário:

Eu sinceramente, de coração, eu não acredito que quem é usuário de droga tenha cura. Não acredito, de verdade, não, não. [...] Mas eu tenho uma consciência que é uma coisa que não tem cura. Não tem. Você pode no máximo diminuir aquilo, fazer a pessoa ter uma vida melhor, é... mas cura eu sei que não existe.

A fala acima explicita a descrença do profissional num processo de reabilitação do usuário de drogas, porém, anuncia sua abertura para pensar em ações que ampliem a qualidade de vida do mesmo. Nesse sentido, é fundamental que as equipes estejam constantemente sensibilizadas e instrumentalizadas para trabalhar também na perspectiva de redução de danos, uma vez que a mesma representa uma perspectiva ética de cuidado que respeita as escolhas do usuário.

Os tratamentos em regime fechado, coercitivos raramente resultam em efeitos duradouros, e no geral, pioram ainda mais a situação do usuário ao impor um tratamento contra sua vontade, restrições e até mesmo castigos físicos. Quando usuários apresentam dificuldades em decorrência de tal uso, Saúde e Assistência Social devem oferecer cuidados adequados na perspectiva da autonomia e direitos humanos do usuário. Impor a abstinência como proposta de cuidado para todos os usuários é uma proposta de um Estado totalitário que não reconhece as singularidades de cada usuário, não reconhece que cada usuário possui uma relação com a droga, um contexto, e não necessariamente um tratamento que foi efetivo para um usuário terá de se generalizar e ser efetivo para todos universalmente (CARNEIRO, 2014).

### 5.6.2 *Aposta no trabalho das RAPS*

Verificaram-se no estudo perspectivas que apostam no trabalho preconizado nas Redes de Atenção Psicossociais, descritas como: a identificação da redução de danos como também estratégia de cuidado; a identificação da potência do ACS como agente facilitador da reabilitação psicossocial do usuário; no papel das redes como atores do cuidado; na necessidade de fortalecer os fatores de proteção e na possibilidade de aceitar o uso de drogas controlado.

Apesar da necessidade de se aprofundar a concepção de redução de danos, observa-se que a mesma pode ser entendida como uma estratégia de cuidado:

Mas eu acho que a gente pode contribuir bastante pra que tenha um bom desfecho né. Aquele, aquela parte que a gente estudou sobre redução de danos, eu acho que se a gente conseguir reduzir um pouquinho que seja né, um pouquinho hoje, um pouquinho amanhã, ou hoje ele passa aqui, eu faço a minha parte, amanhã ele tá em outro lugar onde alguém que teve essa orientação que eu tive também faz a parte dela. Eu acho que pode ter um bom desfecho, mas assim, eu acho que a gente tem que fazer a nossa parte. Ou pouco, ou muito, aquilo que eu puder fazer e tiver ao meu alcance de fazer eu tenho que fazer.

Nunes et al. (2013) discute que durante trabalho realizado com ACS do Rio Grande do Sul, percebeu-se o quanto a concepção de Redução de Danos que os mesmos possuíam limitavam tal perspectiva à distribuição de seringas, visão esta que pode ser problematizada e ampliada por meio de espaços de trocas e reflexões.

Outra questão encontrada refere-se à potência do ACS identificado por alguns participantes como também agente facilitador da reabilitação psicossocial do usuário de drogas:

Não preciso ser um médico, eu não preciso ter um conhecimento tão avançado pra ajudar, né. Se eu fizer a minha parte, eu de alguma forma, alguma coisinha ali, né, vai vai ficar.

Eu acho que atenção. Eu acho que esse é o maior, é o que eu falo assim, não só no meu trabalho, o meu é, aonde eu tô passando, porque eu acho assim, a pessoa que é usuária de drogas, principalmente a pessoa que é usuária de droga é muito carente, e ela já é assim, desprezada por toda a sociedade, isso já é...Porque as vezes você chega pra visitar eles e eles já te recebe com aquele ...tipo, que você vai entrar, que você vai julgar, que você vai criticar aquela situação toda. Então se você é uma pessoa mais cautelosa, uma pessoa assim, com uma visão diferente, você conquista a pessoa por aí.

Olha eu acho que é assim, toda pessoa ela tem a chance de se ela iniciou nisso, se ela quer sair, se ela né, ela tem a chance de tentar sair né. Eu

acredito que muitas assim, hum, faltam muita ajuda, faltam um outro tipo de trabalho, sabe [...].eu acho que tem solução, acho não, tem solução né. Tem solução, pra tudo dá um jeito, a gente tem que né, tem que ser com paciência pra começar um trabalho, tem porque não vai ser fácil porque ele vai abandonar, ele não vai, nem sempre eles vão seguir certinho aquilo. Então por exemplo: ele já não seguiu ali, aí você vai falar “ah nem adianta...” e já abandona o caso. Não é assim, né. Não é assim. Você vai ter que botar denovo, vai ter que falar denovo, vai ter que fazer tudo denovo, começar denovo e ajudar né. Daí se cai denovo e assim vai. Eu creio que seja assim, que a gente tenha que sempre trabalhar e não desistir nunca. Não desistir deles. E é isso. [...] Ah eu acho assim que o PSF ele é um trabalho muito assim, assim um trabalho que dá pra ser bem feito sabe, mas acho que falta um pouco assim tanto das administrações, sabe, falta no PSF a gente trabalha com o médico mas eu acho que assim, às vezes um psicólogo, um atendimento [...].

O último fragmento aponta para a percepção do ACS de que os usuários de drogas merecem investimento das equipes e acredita em sua reabilitação, porém o mesmo reconhece a falta de apoio das administrações e sua necessidade de apoio de um profissional de outra categoria para o desenvolvimento de tal trabalho.

Também fora colocado o papel das redes como atores do cuidado, ampliando o cuidado do usuário para além dos muros da ESF e compreendendo estratégias intersetoriais:

É assim, que nem, além da rede que que nem eu falei que foi muito bom eu saber disso, que a gente tem outras pessoas que a gente pode contar, pode né, ter o apoio e antes não ficava tão aberto assim né.

Ainda no sentido das redes, o ACS aponta a necessidade de fortalecer os fatores de proteção da região, o que corrobora as atuais políticas públicas sobre atenção ao uso de drogas, colaborando especialmente para a prevenção do uso:

Porque eu acho assim eu vou falar pela minha área. É uma população muito abandonada, assim, carente mesmo de tudo, então o que acontece, o que leva eles a usar? Eles vão usar porque ali pra eles o superherói é o traficante, não é a polícia, porque a polícia nem vai lá, eles nem conhece! [...] Que nem, esses dias eu participei de uma reunião que vai levar uma ONG para lá. Fiquei muito feliz sabe, eu ainda falei “nossa eu já vejo lá adiante” porque é tudo que a gente queria. Porque ali as crianças não tem escola no bairro, não tem posto de saúde, eles vem aqui mas não tem, não tem uma praça, você não vê nada, você não vê uma sorveteria, só tem bares. Bares tem a rios. Então agora tá tendo duas igrejas lá, uma já tinha e agora tá se formando mais uma então não tem nem espaço para você ir trabalhar se você quiser fazer um trabalho pra jovem, pra qualquer pessoa, não tem...

A fala acima ilustra o quanto o uso de drogas transcende a um possível “desajuste emocional” ou “falta de estrutura familiar” e nos remete à organização social

que desinveste em espaços de educação, lazer e cultura, abrindo margem para proliferação de vendas de drogas, sejam elas lícitas (bares) ou ilícitas (tráfico).

Indo ao encontro da importância em se discutir sobre e pensar na reinserção social dos usuários, encontrou-se a seguinte perspectiva de um ACS sobre os usuários:

[...] depende da relação que o paciente faz com a droga. Isso, se o cara é fissurado: droga, droga, droga, só droga na frente dele aí o futuro não é bom, o desfecho não vai ser legal.... Vai ser prejudicial para ele de várias maneiras, vai desencadeando né. A pessoa perde os sentimentos, sei lá, só faz besteira. Mas o cara que é consciente, o cara que usa droga e é consciente, sei lá, o cara pode usar a droga dele normal e seguir a vida. Depende, os desfechos, os dois. (...) Bom, seria bom se as pessoas não usassem droga mas como hoje isso não é possível, ah sei lá, tentar ficar mais junto das pessoa, tal, conversar, pra eles num vê a gente como um...sei lá, inimigo. Sei lá, tentar formar uma sociedade por igual, sei lá, do cara que usa droga, do cara que não usa. Porque tá meio dividido né? A gente tem preconceito, às vezes tem até medo né, sair à noite por causa dessas pessoa. Mas é bom que unificasse tudo. Eu não sei se é possível, eu não sei como é que é, por mim...pela minha pessoa sim, agora não sei.

O fragmento acima expõe uma inquietação importante que diz respeito a um ideal de uma sociedade sem drogas, sugerindo a necessidade de se rever práticas de saúde que se ancoram em tal percepção.

## 5.7 Dificuldades para o cuidado

### 5.7.1 *Dificuldades reconhecidas pelos próprios ACS*

Apesar de todos ACS relatarem acreditar na potência do vínculo, esse vínculo sinalizou ser permeado por diversas atravessamentos como: resistência inicial frente o usuário, ACS reconhece dificuldade e sente necessidade de fazer mais pelo usuário, falta de vínculos de confiança entre os usuários e profissionais, preconceito contra os usuários de drogas supostas “pesadas”:

Preconceito a gente tem, mas sei lá. No fundo, no fundo, todo mundo tem preconceito. Eu tenho preconceito de ver uma pessoa assim sei lá, cheirando álcool, alguma coisa, pessoa bêbada, mas eu vou ter que atender direito. Uma que é meu serviço e outra não tenho por que tratar a pessoa diferente? Por que? Eu vou e faço o meu, converso, atendo e é isso. Como que eu vou fazer?! Todo mundo...

Eu acho que a gente tinha que ir buscar mais, mas a gente tem que ser preparado pra lidar com isso também. Porque não é uma coisa muito simples

sabe, que nem, eu falo, mas também é difícil você chegar numa situação com uma pessoa, né, pra você lidar.

Ah então eu já... antigamente eu tinha uma outra idéia sobre isso mas hoje eu já não tenho tanto aquele preconceito igual eu tinha antes.

Eu sinceramente não tenho nada contra a pessoa que usa a maconha. Uma coisa assim mais leve. Mais assim, eu tenho preconceito de droga pesada. Mas eu também acho que é do caráter da pessoa. Não sei se eu respondi certo onde você queria chegar...

Pessoa que usa droga pode ser tanto um álcool, um cigarro, ou uma droga mais pesada, crack, maconha.

As falas acima ilustram situações onde os profissionais admitiram suas dificuldades chegando em algum momento de nomeá-las de preconceitos. O último fragmento coloca a visão de um ACS que distingue entre “drogas leves X drogas pesadas”. Segundo tal visão, a maconha estaria classificada entre as drogas leves que “*não altera muito a mente*”.

Carneiro (2014) discute que há 3 tipos de circulação de uso de drogas: as drogas farmacêuticas, as drogas recreacionais lícitas e as drogas recreacionais ilícitas. Entende que a diferença entre os 3 tipos de circulação está na representação social das mesmas, visto que há um estigma que os usuários de drogas ilícitas são criminosos e identifica o preconceito e exclusão de direitos sociais para consumidores de certas drogas.

A literatura científica tem mostrado que a distinção entre drogas leves e pesadas é questionável, pois hoje se reconhece os inúmeros prejuízos sociais e à saúde associados ao uso de álcool - droga legalizada -, que tem sido a droga que mais apresenta prejuízos aos indivíduos e sociedade (BRASIL, 2009; NUTT, KING, PHILLIPS, 2010; SILVEIRA, 2015).

Recente estudo realizado nos Estados Unidos com 2385 estudantes demonstrou que a maconha não é a “porta de entrada” para as drogas, e sim o álcool, pois verificaram que o álcool é a droga que precede o uso de tabaco ou maconha (BARRY et al., 2015).

### 5.7.2 *As dificuldades veladas*

Ao longo dos resultados encontraram-se dificuldades e resistências veladas na relação com usuários de drogas, como por exemplo situações onde ACS só possui vínculo com a família do usuário ou quando o ACS não possui vínculo ou possui um

vínculo superficial com o usuário. Observaram-se queixas dos ACS de que o usuário omite seu uso de drogas, que o usuário não fica em casa, que o usuário está sob efeito de droga a todo momento e expectativa que o usuário solicite ajuda para então acessar o serviço, o que sinaliza que a necessidade em se rever os espaços de escuta para o usuário de drogas:

Pedir ajuda assim eu nunca tive casos. Porque a maioria das pessoas da minha área apesar de serem usuários, mas eu nunca peguei usuário pesado. O que, o que chega a ficar ruim na rua, o que entra em desespero assim...Eu não sei se é porque as pessoas ainda não, acho que não, num tem tanta convivência, apesar de eu tá muito tempo aqui no posto oito meses pra...porque eu tenho muita família e eu acho que as minha família, eu acho que é um pouco complicada mas eles não pegaram confiança em mim suficiente pra chegar nesse ponto ainda. Nesse pra pedir socorro. Eu ainda não consegui. Ainda.

Então o usuário em si, de só da droga, talvez dá até pra você dá uma conver...mas bêbado junto?! Eu acho que chega ao impossível de você conversar com uma pessoa, ele não vai entender nada! Ou então vai ficar gri, vai ficar, vai querer agredir, ou não vai aceitar, mas pra achar ele são era meio difícil...pelo menos da bebida alcoólica era difícil.

Não tem...muito o que fazer né? E ele é uma pessoa assim, a gente não consegue achar ele em casa. Nunca acha. Você pode ir às sete da manhã, meio dia, à tarde você nunca acha ele em casa, ou ele tá na rua, parece-me que agora ele tá indo lá para outro bairro, [...] não tá aqui. Então fica difícil da gente tentar também fazer alguma coisa, porque a gente fala para família mesmo

Que é usuária? Olha propriamente que é usuária, pra pessoa a gente não fala. A gente fala assim, por exemplo: eu tenho uma mãe que é a mãe da Maria<sup>2</sup>. A Maria foi presa também por causa disso [...] ela nunca falou pra mim que usava, nenhum deles fala, nenhum deles fala. A mãe que fala, a avó que fala, entendeu? Eles não.

Tem um rapaz que você vê que ele é usuário né (...) No caso assim, o jeito dele. Ele tem um jeito assim, ai como que eu posso explicar agora?! Você percebe assim, que ele é meio paranóico. Sabe assim, aquela pessoa que fica olhando assim muito pra um lado, pro outro. É...não sei, ele não, não, tipo assim, ele vai falar com você, ele não fala assim uma frase inteira. Ele fala algumas coisas, não fala sabe, direito com você. Ele perguntou mas na hora que ele me perguntou quase não entendi, porque do jeito que ele falou assim foi sabe, bem rápido assim dá pra perceber pelo jeito, um jeito meio paranoico sabe. Então por isso que...

As dificuldades veladas dos ACS se refletem não apenas no cuidado que é oferecido aos usuários, bem como, na expectativa que alimentam de um saber especializado exercido por outrem, como a expectativa de um profissional de formação em Psicologia/Psiquiatria para ouvir o usuário na USF; a expectativa de um CAPS no

---

<sup>2</sup> A fim de não comprometer a identidade da usuária citada, nesse estudo utilizaremos o nome fictício de Maria para se referir à mesma.



território; a expectativa de uma equipe especializada na escola; de uma equipe especializada para os pais e de clínicas especializadas para atendimentos aos usuários financiadas pelo governo:

[...] falta no PSF a gente trabalha com o médico mas eu acho que assim, às vezes um psicólogo, um atendimento, que nem, tem vindo os nutricionistas, os estagiários ajuda já em algumas partes sabe. E psicólogo, psiquiatra, porque às vezes que fosse uma vez ou outra na semana ia ajudar muito. Porque às vezes as pessoas aqui eles não tão, não é problema clínico, às vezes é mais essa parte mental sabe, e que vindo aqui às vezes ajudaria mais sabe?

Eu acho que na questão do álcool e droga seria legal ter um CAPS itinerante. Alguém que pudesse vim com a gente “ah vamo lá no bairro ver como é que é”. Ajuda a gente conversar, resolver um, tentar fazer alguma coisa pela pessoa. Tem pessoas que não querem se ajudar. [...] Porque o CAPS fica pra lá no centro, a pessoa não vai querer saber de ir lá procurar ajuda, fazer tratamento. Eu não sei. Ou ter um dia da semana pra atender aqui. Né. É uma idéia, não sei.

Eu acho que psicóloga, assistente social, um acompanhamento médico deveria hoje eu vejo necessidades do mundo de hoje, do mundo que a gente tá vivendo, nas escolas ter uma equipe pra ver quando a criança tá, tá com um comportamento diferenciado. A gente tem CRIARI, CAPSi, tudo essas coisas. Mas eu acho que tinha que ter assim um suporte uma vez por semana, visitando as escolas. Pra ver se a gente consegue isso desde o maternal, da creche, em todas as áreas. Pra gente poder já criar mudar a mente dessas crianças que tá crescendo hoje, que tá chegando hoje pro amanhã.

[...] eu acho que teria que ser trabalhado os pais. Uma forma de chamar os pais, de ter uma reunião com os pais nas escolas, uma coisa assim mais forte. Uma posição mais forte com os pais

E eu acho que o governo, mais uma vez, deveria dar mais suporte, dar mais clínicas, dar mais clínicas, ter uma clínica específica assim só pra drogados, mas assim sem limite, sem limite. Quem chegar atender, orientar, acompanhar, às vezes a pessoas só quer ser ouvida. Às vezes: se ela for lá e ter uma psicóloga, uma assistente social, um profissional, um médico, pra conversar com ela, às vezes só a conversa, só o diálogo, só isso ela já vai melhorar, já vai ficar uma marquinha. Ela vai retornar aos poucos, com o tempo ela vai deixar a droga, porque ela não vai mais precisar. Desde que os profissionais preparem a pessoa pra ela conseguir sei lá, lidar consigo mesmo, conhecer a si mesmo, e amparar a si mesmo. Ela tem que amparar ela mesmo.

Nunes et al. (2013) observou o quanto os usuários de drogas não costumam ser vistos pelos serviços de atenção básica como passíveis de cuidado. Os autores discutem que na perspectiva dos ACS parece haver uma concepção que o papel da atenção básica nessa temática se limita à detecção precoce e encaminhamentos para os serviços de referência.

As expectativas propostas pelos ACS do presente estudo na busca por espaços e profissionais específicos de saúde mental para lidar com os usuários de drogas parece revelar a busca de um cuidado especializado, sugerindo a reprodução de um modelo de que segrega os usuários ao entendê-los como objetos de atenção de profissionais da saúde específicos, ferindo uma possibilidade legítima de reinserção social. Apesar da premissa de cuidado é importante refletir sobre tais propostas, pois elas podem se desdobrar na exclusão do usuário dentro de sua própria comunidade, dissociando a saúde mental de uma abordagem integral.

### 5.7.3 *Necessidade de desconstrução dos estigmas*

Apesar de em muitos momentos ser observada a reprodução de um discurso moral, proibicista e repressor pelos ACS entrevistados, pode-se também identificar que os mesmos ACS também reconhecem a segregação e estigmatização que o usuário de drogas e sua família vivenciam na sociedade. Assim, verificou-se em muitos ACS uma crítica sobre a necessidade de ampliar tal debate:

Acho que ela não é vista como uma pessoa, um ser, ela é vista como uma coisa que dá trabalho, uma sem sentido. Ela é uma pessoa que dificilmente alguém dá a mão. Todo mundo fala, todo mundo evita, porque o preconceito existe contra a droga, contra qualquer outro tipo de dependência. Existe preconceito, e a pessoa sofre muito e a família, os amigos, todas as pessoas que cercam ela vão sofrer junto.

Ai sofrimento, para família, para própria pessoa, que as vezes tá lá né... quer sair dessa vida e não tem uma chance, não tem um apoio...para mim é isso... [...] E a família perdida, a pessoa perdida, às vezes assim abandonada sozinha, sem ter uma perspectiva de que vá mudar de vida. Então eu acho que é um sofrimento para todo mundo.

[...] às vezes muitas pessoas deixam de conversar com eles ou faz de conta que eles deixaram de ser um ser humano, talvez é, eles precisam de uma conversa. Sentar, bater um papo. É... porque talvez a própria família deles não, não sentam com eles pra conversar e entender o porque tá acontecendo. O que que tá acontecendo com ele, às vezes assim, tem algumas pessoas que sentam com ele e conversam e explica o porque.

A droga ela não vai, não é que a droga vai fazer o outro ir lá e estruprar, é o caráter dele, ele já tem a mente naquilo. De fazer as coisa ruim pro outro ser humano. Agora o cara que é humano mesmo ele pode fazer o que ele quiser, ele, ele tem a mente assim boa, ele tem a mente assim, não tem coisas ruins na mente. Ele é um cara normal, pra mim é normal. Eu não falo isso pros outros mas pra mim o cara é um cara normal, fuma uma maconha, toma uma cerveja, sei lá.

Observaram-se também momentos que os ACS propuseram uma reflexão sobre o conceito de drogas, problematizando questões sobre as drogas legalizadas largamente consumidas e incentivadas socialmente:

Mas a droga que eu me refiro seria assim o álcool, cocaína, maconha. Seria pra mim a definição seria isso, uma pessoa que não consegue ficar sem consumo dessas coisas.

Na minha casa eles me criticam porque eu tomo Coca, tal. “Ai não, isso aí é vício, isso daí é vício!” que não sei o que, é verdade. Não é só o álcool e a cocaína. Isso é vício mesmo. [...] A Coca Cola! Eu sou louca por Coca Cola! Olha, nossa! [...] Nossa eu chego do serviço e já tomo! Mas reparto com minha família a Coca. Todo dia tenho que comprar Coca. E é um vício.

É pra mim o usuário de droga, tá, tem vários tipos de drogas, é... que as pessoas usam né. Não inteiramente aquela que é ilícita, mas álcool hoje é droga, depende do jeito que for consumido, como qualquer outra coisa né. De acordo com o que você, depende do consumo seu. Se for um, tudo aquilo que for um exagero eu acho que se torna droga no final das conta né.

A compulsividade e o consumismo são esferas predominantes para o funcionamento de uma sociedade capitalista. Assim, incentiva-se os ditos comportamentos aditivos a todo momento, como o consumo de celulares, televisores, automóveis, alimentos, jogos, sexo, bebidas alcólicas e inclusive de drogas (CARNEIRO, 2014). É importante considerar que os sujeitos considerados “viciados” estão respondendo à essa mesma sociedade que diariamente bombardeia com propagandas e mensagens incentivando o consumo.

Nesse sentido, identificou-se também um apelo dos ACS para que se amplie o debate sobre o uso de drogas e as respostas sociais que são oferecidas aos sujeitos usuários, questionando os padrões de normalidade para a sociedade:

É, ele falou lá que ele fuma... Porque eu tenho o primo do meu marido que mora na Alameda<sup>3</sup> e ele fuma até hoje. Mas também não dá trabalho para ninguém sabe, só fuma maconha...[...] . Então por isso que eu acho que tá essa discussão assim de ser liberado não ser liberado essas coisas, né, então é isso aí, esses casos assim.

[...] hoje não existe mais assim um caso que “ai droga, não, tal”. Todo mundo tem na família ou conhecido que usa. Então vamo tentar, não tampar o olho pra isso, vamo tentar tipo, ajudar. Mas vamo ser amigo, vamo ser normal, sei lá. Não deixar a pessoa se sentir excluída.

---

<sup>3</sup> A fim de preservar o local descrito pelo ACS, no presente estudo utilizará o termo genérico “Alameda”.

[...] eu queria que, que as pessoas buscassem ajuda, mais ajuda na gente e.. .tipo assim, eu queria que eles tivessem mais confiança, que eles chegassem na gente, pedisse ajuda, eu acharia que melhora muito. Não “a minha área” ou o bairro, mas eu falo pelo, pelo mundo todo, o Brasil todo. Se todo mundo, é... igual, nós agente comunitário de saúde se a pessoa se apegasse, viesse, conversasse, pedisse ajuda, porque eu acho que tem muita gente que não sabe que existe um outro núcleo que, que a gente sabe que existe, que a gente poderia tá encaminhando a pessoa até lá pra essa pessoa tá se cuidando ou tá diminuindo os danos, vamos dizer assim. É .... Eu acho que tem muita gente que não sabe. E também eu acho que as pessoas acham que a gente tá trabalhando também e que a gente vai debochar, ou que a gente vai contar pra todo mundo, é... aí eles acabam não pedindo ajuda [...] Então eu acho isso porque as pessoas foi meio que, que confiando só em si mesmo. Foi se retraindo, foi guardando só pra si mesmo, não confia mais, as pessoas não confiam mais uns nos outros né. Porque ninguém sabe guardar nada do outro, não sabe ouvir, ouvir, e tentar ajudar sem que... As pessoas hoje eu acho que só quer ver o...muito das pessoas, não vamos falar que todo mundo né? Muito das pessoas não quer o melhor pro outro, quer o melhor pra si mesmo. Eu acho que é isso que acontece. Então aí é onde existe as pessoas que não confiam em contar suas coisas pra outra pessoa. É aonde que fica sem ajuda, às vezes. Por causa disso.

Ser normal é o que a sociedade traça lá. O cara normal vai pro trabalho, o cara fuma a droga, o cara agora, o preconceito é com o cigarro. Que muitos, nesses casos de câncer que tá dando, tem até na embalagem as advertências, tal. Aí pra mim todo mundo é dum jeito, todo mundo é anormal, mas a sociedade tem aquele perfil do cara ser normal. “Aí o cara fuma droga, o cara não é normal, aí o cara cheira, aí problema dele, o cara normal, é isso”. Mas assim, todo mundo é dum jeito. Eu também sou meia maluca, eu tô com cê e tô gesticulando na sua frente, tô na sua frente e tô aqui pá pá pá. Todo mundo tem...uma coisa. Ninguém é normal. De perto ninguém é normal. Eu já ouvi isso em algum lugar, não sei se foi num livro, ou se foi na televisão. Mas de perto ninguém é normal não. Você é psicóloga na minha frente, você tá me analisando, mas você também deve ter seus...anormalidade. Ninguém é normal, assim, basta um entender o outro. Igual minhas amigas do balcão. Todo mundo tem um jeito, a gente se dá legal assim, elas faz umas coisas, assim “nossa ela é doida!” eu faço umas coisas que elas falam “nossa ela é doida” mas ninguém é doido, todo mundo tem um jeito assim. Todo mundo é anormal, pronto! Mas a sociedade quer ver você normal, ali, você é aceito se você é normal, se você faz umas coisas meio fora do padrão você não é normal não.

Parece claro que para alguns ACS a resposta social que tem se reproduzido aos usuários de drogas tem sido improdutiva do ponto de vista dos direitos humanos, da integralidade do cuidado e da clínica ampliada. Talvez os ACS desta pesquisa não nomeiem os termos técnico-científicos, mas identificam o descuido do usuário, a necessidade de se criar canais de escuta para o mesmo e se questionar sobre os padrões de normalidade.

Ainda sobre a normatização da vida, cabe ressaltar que o papel dos ACS em incentivar/orientar a população ao engajamento de hábitos de vida considerados saudáveis pode muitas vezes correr o risco de provocar uma normatização da vida,

dissociando os usuários entre os “obedientes” que acatam às normas de saúde e os transgressores. (NUNES et al., 2002).

Ouvir e compreender as concepções de profissionais como os ACS que estão diariamente em contato com usuários e suas famílias, paradoxalmente em situações formais de trabalho formais e informais comunitárias pode ser um ponto de partida importante para aqueles interessados em transpor as políticas públicas de saúde mental, comprometidos com a desinstitucionalização e a produção de vida.

Parece clara a necessidade de se desnaturalizar práticas e discursos cristalizados, o que sugere que o fortalecimento das reuniões de equipe e demais espaços de discussão e trocas podem ser ferramentas importantes para reflexão sobre a clínica e as práticas. Espaços de reunião de equipe semanais, que permitam a circulação da palavra são determinantes para o rompimento do paradigma asilar, pois proporciona o enfrentamento da fragmentação do trabalho e do sujeito, rumo ao cuidado integral (MINOZZO; COSTA, 2013).

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

No geral, observou-se que os ACS apresentam muitas atitudes e concepções fundamentadas no julgamento moral e na patologização do usuário de drogas. Os usuários de drogas mobilizam muitos sentimentos negativos, como medo, tristeza e impotência, sinalizando a visão depreciativa de tais sujeitos. O usuário fora retratado bastante estereotipado, como o sujeito agressivo, transgressor, “fraco” emocionalmente e com condutas antissociais.

Na leitura dos ACS predomina uma abordagem reducionista do complexo fenômeno do uso de drogas, abordagem simplista que se traduz na culpabilização da família que não foi suficientemente boa para “impedir” que o filho escolhesse o “caminho errado das drogas”; ou na culpabilização do usuário por ter se “refugiado” nas drogas. Quando problematizados, alguns ACS ampliaram tal olhar e pontuaram outras questões.

Identificou-se que muitas práticas são orientadas pelo senso comum. A falta de informações técnico-científicas sobre conceito de droga, tipos de uso, efeitos, dados epidemiológicos ficou evidente, pois verificou-se dificuldade de ACS em nomear tipos de droga, descrevendo, por exemplo, que cheirar e fumar são sinônimos, e manifestando uma tendência quase unânime de considerar que “todo e qualquer uso” necessariamente

significa “síndrome de dependência”; além de uma expectativa que apenas as drogas ilícitas são problemáticas e a reprodução do mito de que a maconha é a porta de entrada para outras drogas.

Em alguns momentos, ACS anunciaram debates sobre *normal X anormal* e discretamente reconheceram que o uso de drogas possa fazer parte do repertório do indivíduo.

Os ACS pareceram muito centrados no cumprimento de prazos, regras e protocolos, o que pode sugerir que os mesmos estejam respondendo a um papel que vem sendo depositado aos mesmos. Não se identificou movimentos de revisão de protocolos, de discussão de casos, de construção coletiva de projetos terapêuticos na tentativa de singularizar o cuidado para esses usuários. Como promover a autonomia dos usuários se o ACS não tem autonomia para desenvolver um trabalho criativo?

O método clínico-qualitativo empregado na presente pesquisa conseguiu contemplar de modo satisfatório os objetivos do estudo, garantindo espaço para uma escuta qualificada dos ACS, bem como, garantindo a participação daqueles que realmente possuíam vivências para contribuir com a investigação. Foi possível observar muitas dificuldades da Atenção Básica em oferecer ações de promoção e prevenção em relação ao consumo de drogas, posto que as práticas expressadas pelos ACS do estudo caminhavam em direção à remissão de sintomas e institucionalização do usuário. Nesse bojo, identificou-se também dificuldades em processos de educação em saúde e de construção de redes, a falta de definição de fluxos e protocolos de assistência e um cuidado centralizado na figura do profissional médico.

Parece não haver uma crítica sobre a organização dos serviços e a dificuldade de acesso e manutenção do tratamento, ao passo que também parece não haver um entendimento sobre a necessidade de articular esforços para reforçar os laços desse usuário com os serviços de saúde. Houveram modestas aproximações com uma clínica da produção de vida, como alguns relatos de ACS que demonstraram ter vínculos positivos e abertura com os usuários.

Porém, ainda se constata muitas ações focadas em tecnologias duras, em um modelo biomédico e muitas experiências onde as intervenções se misturam com julgamentos morais.

Uma Clínica do Sujeito, uma Clínica Ampliada implica em dar espaços para além dos sinais e sintomas, e sobretudo, para as produções da vida. Ou seja, implica em dar espaços para as diferenças, para os conflitos, os afetos, para os poderes, o que sem

dúvida, não é tarefa nada fácil. Para tanto, alguns dispositivos parecem se tornar *condição sine qua non* para que profissionais possam se apropriar de uma clínica dessa natureza, como os dispositivos do apoio matricial, do projeto terapêutico singular e também de uma gestão participativa (BRASIL, 2007; CAMPOS, 2007).

Infelizmente quando se analisa as expectativas dos ACS para os usuários de drogas parece uma viagem ao século XVIII aos “hospitais de alienados”: ACS defendendo e reproduzindo um modelo centrado na vigilância, na punição e na disciplina. Mesmo algumas preocupações preventivas sob a denominação de “busca ativa” podem apresentar um caráter normatizador da vida.

Alguns ACS reconheceram suas dificuldades em acolher o usuário e foram capazes de nomear isso, o que parece ser um passo importante e um terreno bastante promissor. No entanto, a maioria ainda atribuiu a terceiros a responsabilidade de assistir tais sujeitos, chegando a ter pedidos explícitos de uma prática ambulatorial especializada na Atenção Básica, propostas que merecem reflexão para que não sejam traduzidas em práticas institucionalizadoras do usuário dentro de sua própria comunidade.

Há de se considerar que muitos usuários e familiares não chegam aos serviços de saúde e muitas vezes o ACS é o primeiro ator social que identifica o uso de drogas. Assim é fundamental garantir espaços de educação permanente para que tal ACS tenha condições de refletir sobre as propostas das políticas de saúde mental e incorporar os pressupostos da Reforma Psiquiátrica em suas práticas.

No entanto, é necessária cautela para não centralizar todas as ações na figura do ACS esquecendo-se que o mesmo está inserido dentro de uma equipe, subordinado à uma coordenação (que pode ou não facilitar sua autonomia em exercer práticas acolhedoras). Na “cadeia alimentar” da ESF os ACS são os profissionais com os menores salários e condições de trabalho bastante precárias, muitas vezes percorrem grandes distâncias caminhando expondo-se à radiação solar intensa, à chuva e se expondo em áreas de grande risco e vulnerabilidade.

Além da baixa remuneração, ACS muitas vezes se encontram em desvio de função realizando em boa parte de sua carga horária atividades de recepcionista, uma vez que no município de Rio Claro não há esse profissional na USF. Não raro as USF se encontram com equipes reduzidas e queixas de rotatividade e absenteísmo. Os concursos em Rio Claro para ACS não exigem que o mesmo resida na área de abrangência em que pretende atuar, o que põe em cheque a discussão que políticas

ministeriais e literatura realizam sobre a importância do vínculo e da liderança no bairro que espera-se que o ACS possua.

Todas as equipes são coordenadas por profissionais de mesma formação (Enfermagem) e não há gestão compartilhada entre os profissionais de nível superior, ou profissionais de outra formação, o que pode talvez facilitar também um dado *modus operandi* das USF trabalharem.

Tradicionalmente os profissionais de saúde que são convidados a participar de treinamentos e capacitações são, no geral, os profissionais de nível superior. Além disso, a maioria dos treinamentos acontecem ainda baseados em uma metodologia expositiva tendo por objetivo a transmissão de informações técnicas e implantações verticalizadas de protocolos sem o cuidado de se sensibilizar os profissionais para as temáticas, ou muito menos, garantir espaços para promoção de debates e produção coletiva de protocolos/planos de ações.

Tais questões se tornam importantes para que a avaliação das práticas dos ACS sejam consideradas de forma integral, enquanto sujeito que também estabelece outras relações profissionais para além de seu contato com os usuários, relações estas que podem qualificar ou não sua assistência.

Os ACS da presente pesquisa não descreveram episódios de reabilitação psicossocial de usuários de drogas por meio de dispositivos da RAPS, pelo contrário, as referências que os profissionais apresentam se reportam à Comunidades Terapêuticas e apoio religioso. Nesse sentido, pode-se refletir: será que as ações extra-hospitalares não ocorrem de modo integrado da Atenção Básica ou será que os ACS não visualizam intervenções bem-sucedidas nesse sentido?

Questão essa que merece ser explorada, uma vez que é de suma importância que os profissionais de saúde se apropriem de propostas terapêuticas construídas ao longo de muitas lutas na tentativa de romper com um modelo asilar de “cuidado”, porém, lutas que serão em vão se usuários continuarem sendo endereçados para os manicômios da contemporaneidade, isto é, as clínicas e comunidades terapêuticas.

A atenção dos profissionais frente aos usuários de drogas sinalizou abordagens manicomialis, preconceituosas e com muitos desafios para considerá-los como sujeitos de direitos e não reduzi-los a objetos de intervenção da Ciência ou da Segurança Pública. Nesse sentido, sugere-se o investimento em propostas de empoderamento dos usuários tendo em vista sua reabilitação por meio da promoção da autonomia, rompendo com as ofertas repressoras e estigmatizantes.



O SUS foi criado, a Reforma Psiquiátrica brasileira é inspiração para muitos países, a literatura exaustivamente já demonstrou a potência dos espaços comunitários, de acolhimento, de escuta, de inserção social e do controle social para a reabilitação psicossocial dos usuários mas parece que ainda há um longo processo para se superar os estigmas dos usuários de drogas e aparatos manicomiais, desafio que certamente esse trabalho isolado não enfrentará. Parece ser gritante a necessidade de se cuidar para que os agentes comunitários da Saúde não se transformem em agentes comunitários da Repressão e da Institucionalização.

Países como Holanda, Portugal, Uruguai, México, Reino Unido e alguns estados dos EUA tem revisto suas políticas públicas de atenção ao uso de drogas, no entanto, o Brasil ainda possui paradigmas bastante conservadores para se problematizar.

É imprescindível reconhecer os limites que os ACS apresentam para a construção de uma clínica ampliada e de um cuidado integral. A experiência no curso “Caminhos do Cuidado” pareceu ter sido um dispositivo potente para convocá-los à reflexão, porém, convocar apenas ACS e ATENF é praticamente inócuo. A presente pesquisa demonstrou a necessidade de se estender a discussão sobre saúde mental na atenção básica para também os outros profissionais da ESF.

Somado a tal aspecto, destaca-se que a realização de um curso isoladamente é insuficiente para garantir a qualificação das práticas e cabe às instituições se organizarem para que os cursos não sejam oferecidos de modo fragmentado e sim, acompanhados de outros investimentos longitudinais.

Apesar de todas as dificuldades encontradas o curso Caminhos do Cuidado se mostrou como um potente dispositivo para a mobilização de reflexões em alguns ACS e parece ter sido a primeira e única proposta em Rio Claro de convite para esse debate. Evidente que a experiência de 40 horas de curso não foi suficiente para saturar todas as nuances que o uso de drogas abrange e que permeiam o cuidado em saúde mental.

É necessário delinear outros espaços semelhantes ao proposto pelo Caminhos do Cuidado que ocorram regularmente, pois um assunto tão polêmico e presente no cotidiano dos serviços de saúde não se esgota em 5 dias. Além da possibilidade de espaços formais de educação permanente, o estudo sugere a necessidade que tal debate não se restrinja ao ACS e que tais discussões sejam compartilhadas com todos os profissionais da ESF. Nesse sentido, a qualificação das reuniões de equipe e instituição de espaços regulares de apoio matricial no cotidiano dos trabalhadores para se discutir

tais questões são condições *sine qua non* para a promoção de saúde mental na atenção básica.

É pertinente que os futuros projetos de educação permanente reconheçam tais atravessamentos e problematizem em suas capacitações a pressão da mídia em disseminar um ideal de reabilitação por meio da religião, um ideal de um cuidado privatizado, a higienização dos espaços públicos e a medicalização da vida; bem como, promover reflexões-críticas sobre os limites da tentativa de controlar o comportamento do outro, sobre a rigidez da estruturação dos serviços, sobre a superficialidade dos contatos com os usuários e sobre o autoritarismo das práticas adotadas.

Delinear outros projetos de educação permanente em saúde que incluam na roda médicos, enfermeiros e dentistas são medidas importantes para a construção e efetivação de práticas integrais. A pesquisa também demonstrou a necessidade de se fortalecer os espaços para o apoio matricial, seja por meio de visitas e atendimentos compartilhados, seja na promoção de discussões coletivas e democráticas dos casos de usuários e famílias e a inclusão de ações de saúde mental como pauta das reuniões de equipe. Parece ser fundamental que os profissionais das USF (e não apenas os ACS) pensem coletivamente em estratégias para lidar com os usuários de drogas, em como garantir a detecção precoce de uso abusivo e síndrome de dependência, como sensibilizar os usuários para o autocuidado, como dar espaço para as necessidades e desejos reconhecidos pelos usuários, como realizar encaminhamentos implicados, como oferecer retaguarda para os usuários em acompanhamento, em recaída, egressos de internações e familiares.

Trabalhar com mudança de paradigmas, com mudança de uma cultura manicomial são tarefas desafiadoras que não se resumem a um curso ou à uma dissertação. Assim, é fundamental que outros estudos também explorem as concepções e práticas dos ACS; bem como apresentem propostas de apoio matricial e educação permanente implicadas com a superação de um paradigma asilar e construções de práticas integrais que efetivem os princípios e doutrinas do SUS e da Reforma Psiquiátrica.

## 7 REFERÊNCIAS

ALARCON, Sérgio. A Síndrome de Elêusis: considerações sobre as políticas públicas no campo de atenção ao usuário de drogas. In: ALARCON, Sérgio; JORGE, Marco Aurélio Soares (Org.). **Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mau-estar contemporâneo**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 45-62.

ALARCON, Sérgio; BELMONTE, Pilar Rodriguez; JORGE, Marco Aurélio Soares. O campo de atenção ao dependente químico. In: ALARCON, Sérgio; JORGE, Marco Aurélio Soares (Org.). **Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mau-estar contemporâneo**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 63-82.

ALVES, Domingos Sávio. Integralidade nas Políticas de Saúde Mental. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: Cepesc Ims/uerj Abrasco, 2009a. p. 171-180. Disponível em: <<https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

ALVES, Vânia Sampaio. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 25, n. 11, p.2309-2319, nov. 2009b. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009001100002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001100002)>. Acesso em: 22 jan. 2014.

AMARAL, Michaela Bitarello do; FORMIGONI, Maria Lúcia Oliveira de Souza. Estratégias de Intervenção Breve para usuários de drogas específicas: álcool, tabaco, maconha, cocaína, anfetaminas e benzodiazepínicos. In: MICHELE, Denise de; FORMIGONI, Maria Lúcia Oliveira de Souza (Org.). **Intervenção Breve para casos de uso de risco de substâncias psicoativas: módulo 4**. 4. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas, 2011. Cap. 3. p. 20-32. (SUPERA Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento)

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. 120 p. (Temas em Saúde).

AMARANTE, Paulo; COSTA, Ana Maria. Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica: a noção de processo social complexo e de processo civilizatório. In: AMARANTE, Paulo; COSTA, Ana Maria. **Diversidade cultural e saúde: cidadania para a saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2012. p. 36-43.

ANDRADE, Sônia Maria Oliveira de; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Interacionismo interpretativo: uma nova perspectiva teórica para as pesquisas qualitativas. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, Campo Grande, v. 5, n. 3, p.55-72, dez. 2001. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26050304>>. Acesso em: 26 jun. 2014.

ARAÚJO, Ludgleydson Fernandes de et al. Estudo das representações sociais da maconha entre agentes comunitários de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 11, n. 3, p.827-836, set. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232006000300030](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300030)>. Acesso em: 20 abr. 2015.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. 280 p. Tradução de: Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro.

BARROS, Marcelle Aparecida de; PILLON, Sandra Cristina. Atitudes dos profissionais do Programa Saúde da Família diante do uso e abuso de drogas. **Esc. Anna Nery**, [s.l.], v. 11, n. 4, p.655-662, dez. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452007000400016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000400016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 abr. 2014.

BARROS, Marcelle Aparecida de; PILLON, Sandra Cristina. Programa Saúde da Família: desafios e potencialidades frente ao uso de drogas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 8, n. 1, p.144-149, dez. 2006. Disponível em: <[https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/revista8\\_1/revisao\\_02.htm](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista8_1/revisao_02.htm)>. Acesso em: 23 jan. 2014.

BARRY, Adam E. et al. Prioritizing Alcohol Prevention: Establishing Alcohol as the Gateway Drug and Linking Age of First Drink With Illicit Drug Use. **J School Health**, [s.l.], v. 86, n. 1, p.31-38, 8 dez. 2015. Disponível em: <<http://api.wiley.com/onlinelibrary/tdm/v1/articles/10.1111/josh.12351>>. Acesso em: 10 fev. 2016.

BASTOS, Francisco Inácio; BERTONI, Neilane (Org.). **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras?**. Rio de Janeiro: Icict/Fiocruz, 2014. 224 p. Disponível em: <[https://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/Pesquisa\\_Nacional\\_sobre\\_o\\_Uso\\_de\\_Crack.pdf](https://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/Pesquisa_Nacional_sobre_o_Uso_de_Crack.pdf)>. Acesso em: 01 dez. 2015.

BEDRIKOW, Rubens; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Clínica: a arte de equilibrar a doença e o sujeito. **Revista da Associação Médica Brasileira**, [s.l.], v. 57, n. 6, p.610-613, nov. 2011. Disponível em:

<<http://api.elsevier.com/content/article/PII:S0104423011703980?httpAccept=text/xml>>. Acesso em: 26 maio 2015.

BORDIN, Selma; FIGLIE, Neliana Buzi; LARANJEIRA, Ronaldo. Sistemas diagnósticos em dependência química: conceitos básicos e classificação geral. In: FIGLIE, Neliana Buzi; BORDIN, Selma; LARANJEIRA, Ronaldo. **Aconselhamento em dependência química**. São Paulo: Roca, 2004. p. 3-11.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Prático Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a. 62 p. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/guia\\_pratico\\_saude\\_familia](http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/guia_pratico_saude_familia)>. Acesso em: 21 abr. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 66 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas: guia AD**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. 100 p. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/15/Guia-Estrat--gico-para-o-Cuidado-de-Pessoas-com-Necessidades-Relacionadas-ao-Consumo-de----lcool-e-Outras-Drogas--Guia-AD-.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c. 86 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 110 p. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 60 p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf)>. Acesso em: 03 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria-executiva. **E-SUS Atenção Básica: manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada CDS**.

Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Versão 1.3). Versão preliminar. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual\\_CDS\\_ESUS\\_1\\_3\\_0.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_CDS_ESUS_1_3_0.pdf)>. Acesso em: 29 abr. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 20 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_2004.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf)>. Acesso em: 24 abr. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde.. **Saúde Mental em Dados – 12: Ano 10 nº 12.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. 48 p. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/20/12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf>>. Acesso em: 16 jan. 2016.

\_\_\_\_\_. Secretaria Nacional Antidrogas. Gabinete de Segurança Institucional. **II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país - 2005.** São Paulo: Cebrid - Centro Brasileiro de Informação Sobre Drogas Psicotrópicas: Unifesp - Universidade Federal de São Paulo, 2006a. 31 p. Elisaldo Luiz de Araujo Carlini (Supervisão). Disponível em: <file:///C:/Users/Karen/Downloads/metodologia (2).pdf>. Acesso em: 12 jan. 2016.

\_\_\_\_\_. Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. **Relatório brasileiro sobre drogas.** Brasília: Senad, 2009. 364 p. Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Vladimir de Andrade Stempluk e Lúcia Pereira Barroso (Org). Disponível em: <<http://www.unisite.ms.gov.br/unisite/controle/ShowFile.php?id=100977>>. Acesso em: 30 mai. 2015.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 7179, de 20 de maio de 2010a. **Institui O Plano Integrado de Enfrentamento Ao Crack e Outras Drogas, Cria O Seu Comitê Gestor, e Dá Outras Providências.** Brasília, DF, Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm)>. Acesso em: 01 dez. 2015.

\_\_\_\_\_. Lei nº 10216, de 06 de abril de 2001b. **Dispõe Sobre A Proteção e Os Direitos das Pessoas Portadoras de Transtornos Mentais e Redireciona O Modelo Assistencial em Saúde Mental.** Brasília, DF, Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm)>. Acesso em: 19 maio 2015.

\_\_\_\_\_. Lei nº 11343, de 23 de agosto de 2006b. **Institui O Sistema Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas - Sisnad; Prescreve Medidas Para Prevenção do Uso Indevido, Atenção e Reinserção Social de Usuários e Dependentes de Drogas;**

**Estabelece Normas Para Repressão à Produção Não Autorizada e Ao Tráfico Ilícito de Drogas; Define Crimes e Dá Outras Providências.** Brasília, DF, Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2004-2006/2006/lei/111343.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2006/lei/111343.htm)>. Acesso em: 05 dez. 2015.

\_\_\_\_\_. Lei nº 6368, de 21 de outubro de 1976. **Dispõe Sobre Medidas de Prevenção e Repressão Ao Tráfico Ilícito e Uso Indevido de Substâncias Entor.** Brasília, DF: Diário Oficial da União, Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L6368.htmimpresao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6368.htmimpresao.htm)>. Acesso em: 22 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe Sobre As Condições Para A Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, A Organização e O Funcionamento dos Serviços Correspondentes, e Dá Outras Providências.** Brasília, DF: Diário Oficial da União, Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 14 jan. 2016.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. **Cria Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - Nasf.** Brasília, DF, Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154\\_24\\_01\\_2008.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html)>. Acesso em: 21 dez. 2015.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011. **Institui A Rede de Atenção Psicossocial Para Pessoas Com Sofrimento Ou Transtorno Mental e Com Necessidades Decorrentes do Uso de Crack, álcool e Outras Drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (sus).** Brasília, DF: Ministério da Saúde, Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)>. Acesso em: 21 abr. 2015.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. **Define e Estabelece Diretrizes Para O Funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial.** Brasília, DF,

\_\_\_\_\_. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012b. **Resolução Nº 466 do Conselho Nacional de Saúde.** Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)>. Acesso em: 28 abr. 2015.

\_\_\_\_\_. Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. GREA/IPQ-HCFMUSP. **I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras.** Brasília: Senad, 2010b. 284 p. Arthur Guerra de Andrade, Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Lúcio Garcia de Oliveira (Org).

CAMINHOS DO CUIDADO: **caderno do tutor**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde; Grupo Hospitalar Conceição, Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 180p. Disponível em: <[http://www.caminhosdocuidado.org/wp-content/uploads/2013/09/caderno\\_tutor-leitura.pdf](http://www.caminhosdocuidado.org/wp-content/uploads/2013/09/caderno_tutor-leitura.pdf)>. Acesso em: 20 out. 2015.

CAMINHOS DO CUIDADO. **Caminhos do Cuidado**: Formação em Saúde Mental (crack, álcool e outras drogas) para agentes comunitários de saúde e auxiliares/técnicos de enfermagem da Atenção Básica. 2015. Disponível em: <<http://www.caminhosdocuidado.org>>. Acesso em: 01 jun. 2015.

CAMINHOS DO CUIDADO. **Caminhos do Cuidado**: Formação em Saúde Mental (crack, álcool e outras drogas) para agentes comunitários de saúde e auxiliares/técnicos de enfermagem da Atenção Básica. 2016. Disponível em: <<http://www.caminhosdocuidado.org>>. Acesso em: 16 mai. 2016.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; AMARAL, Márcia Aparecida do. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciênc. Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 12, n. 4, p.849-859, ago. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000400007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400007)>. Acesso em: 11 ago. 2014.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 23, n. 2, p.399-407, fev. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000200016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016)>. Acesso em: 29 out. 2015.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 51-67.

CARLINI, Elisaldo Araújo. A história da maconha no Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, [s.l.], v. 55, n. 4, p.314-317, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852006000400008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852006000400008)>. Acesso em: 23 maio 2015.

CARNEIRO, Henrique. O uso de drogas na sociedade. In: OLIVEIRA, Walter Ferreira de; CARNEIRO, Henrique (Org.). **Módulo Drogas e Sociedade**. Florianópolis:



Departamento de Saúde Pública/universidade Federal de Santa Catarina, 2014. p. 11-33. (Curso de Atualização em Álcool e Outras Drogas, da Coerção à Coesão).

CASTANHA, Alessandra Ramos; ARAÚJO, Ludgleydson Fernandes de. Álcool e agentes comunitários de saúde: um estudo das representações sociais. **Psico-usf**, Itatiba, v. 11, n. 1, p.85-94, jun. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-82712006000100010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712006000100010)>. Acesso em: 10 abr. 2014.

CAYRES, Alina Zoqui de Freitas et al (Org.). **Caminhos para a desinstitucionalização no estado de São Paulo: censo psicossocial 2014**. São Paulo: Fundap. Secretaria da Saúde, 2015. 147 p. Disponível em: <[http://www.fundap.sp.gov.br/wp-content/uploads/2015/07/Caminhos\\_para\\_a\\_Desinstitucionaliza%C3%A7%C3%A3o\\_no\\_Estado\\_de\\_S%C3%A3o\\_Paulo\\_Censo\\_Psicossocial\\_2014.pdf](http://www.fundap.sp.gov.br/wp-content/uploads/2015/07/Caminhos_para_a_Desinstitucionaliza%C3%A7%C3%A3o_no_Estado_de_S%C3%A3o_Paulo_Censo_Psicossocial_2014.pdf)>. Acesso em: 10 fev. 2015.

CHIAPETTI, Nilse; SERBENA, Carlos Augusto. Uso de álcool, tabaco e drogas por estudantes da área de saúde de uma Universidade de Curitiba. **Psicol. Reflex. Crit.**, [s.l.], v. 20, n. 2, p.303-313, 2007. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-79722007000200017>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-79722007000200017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722007000200017)>. Acesso em: 7 fev. 2016.

CHIAVERINI, Dulce Helena et al (Org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236 p. Disponível em: <[http://faa.edu.br/portal/PDF/livros\\_eletronicos/enfermagem/manual\\_matriciamento.pdf](http://faa.edu.br/portal/PDF/livros_eletronicos/enfermagem/manual_matriciamento.pdf)>. Acesso em: 14 nov. 2015.

CID 10 - CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE 10ª EDIÇÃO. Centro Colaborador da Oms Para A Classificação de Doenças em Português - CBCD. **F10-F19 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa: 2 Síndrome de dependência**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Inspeção aos manicômios: Relatório Brasil 2015**. Brasília: Cfp, 2015. 172 p. Disponível em: <[http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2015/12/CFP\\_Livro\\_InspManicomios\\_web.pdf](http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2015/12/CFP_Livro_InspManicomios_web.pdf)>. Acesso em: 25 jan. 2016.

\_\_\_\_\_. **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas**. 2. ed. Brasília: CFP, 2011. 200 p. Comissão

Nacional de Direitos Humanos. Conselho Federal de Psicologia (Org). Disponível em: << [http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/03/2a\\_Edixo\\_relatorio\\_inspecao\\_VERSxO\\_FINAL.pdf](http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/03/2a_Edixo_relatorio_inspecao_VERSxO_FINAL.pdf)>>. Acesso em: 14 fev. 2016.

COSTA, Samira Lima da; CARVALHO, Emílio Nolasco de. Agentes Comunitários de Saúde: agenciadores de encontros entre territórios. **Ciênc. Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 17, n. 11, p.2931-2940, nov. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012001100010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100010)>. Acesso em: 09 maio 2015.

CRUZ, Marcelo Santos; FERREIRA, Salette Maria Barros. A rede de saúde na assistência ao usuário de álcool e outras drogas: papel das UBS, CAPS-ad, hospitais gerais e hospitais psiquiátricos. In: CRUZ, Marcelo Santos (Org.). **As redes comunitárias e de saúde no atendimento aos usuários e dependentes de substâncias psicoativas**: módulo 6. 4. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas, 2011a. Cap. 3. p. 30-43. SUPERA (Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento).

\_\_\_\_\_. O vínculo necessário entre a saúde mental e o PSF na construção da rede de atenção integral aos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. In: CRUZ, Marcelo Santos (Org.). **As redes comunitárias e de saúde no atendimento aos usuários e dependentes de substâncias psicoativa**: módulo 6. 4. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas, 2011b. Cap. 4. p. 43-49. SUPERA (Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento).

DAUMAS, Jane do Socorro Pantoja. **As dificuldades enfrentadas pela estratégia saúde da família no cuidado à saúde do dependente químico**. 2012. 69 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós Graduação em Saúde da Família, Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <[http://portal.estacio.br/media/4258930/jane do socorro pantoja daumas.pdf](http://portal.estacio.br/media/4258930/jane_do_socorro_pantoja_daumas.pdf)>. Acesso em: 01 out. 2015.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Unidade 1 – Reforma Psiquiátrica. In: GRIGOLO, Tânia Maris, MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio (orgs). **Políticas de saúde mental e direitos humanos** [Recurso eletrônico] / Florianópolis : Departamento de Saúde Pública/UFSC, 2014. 95 p

DIMENSTEIN, Magda; LIMA, Ana Izabel; MACEDO, João Paulo. Integralidade em saúde mental: coordenação e continuidade de cuidados na Atenção Primária. In: PAULON, Simone; NEVES, Rosane (Org.). **Saúde Mental na Atenção Básica: a territorialização do cuidado**. Porto Alegre: Sulina, 2013. p. 39-60.

DIMENSTEIN, Magda Diniz Bezerra. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 3, n. 1, p. 53-81, June 1998. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X1998000100004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X1998000100004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 3 mai 2016.

DOE. DIÁRIO OFICIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO. Doe nº 33, de 19 de fevereiro de 2015. **Poder Executivo**: Deliberação na CIB - 4 nº 33. Seção 1, p. 30-30.

DUARTE, Paulina do Carmo. Subjetividade do consumo de álcool e outras drogas e as políticas públicas brasileiras. In: GOLDMAN, Clara et al (Org.). **Subjetividade do consumo de álcool e outras drogas e as políticas públicas brasileiras**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2010. p. 25-33. Disponível em: <[http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2010/06/AlcoolDrogas\\_novas\\_alteracoes.pdf](http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2010/06/AlcoolDrogas_novas_alteracoes.pdf)>. Acesso em: 12 mai 2014.

FERNANDES, Analine; Stein, Airton Tetelbom; Giugliani, Camila. Conhecimentos dos agentes comunitários de saúde sobre crack e outras drogas. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 34,;p. 1-10, 2015.

FERREIRA, Pedro Eugênio M; MARTINI, Rodrigo K. Cocaína: lendas, história e abuso. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, [s.l.], v. 23, n. 2, p.96-99, jun. 2001. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462001000200008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462001000200008)>. Acesso em: 15 maio 2014.

FIGLIE, Neliana Buzi; MILAGRES, Elizabete; CROWE, Jaime (Org.). **Família e Dependência Química: Uma Experiência de Prevenção com Crianças e Adolescentes no Jardim Ângela**. São Paulo: Roca, 2009. 217 p.

FURTADO, Juarez Pereira; ONOCKO-CAMPOS, Rosana. A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 3, n. 1, p.109-122, mar. 2005. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233017514011>>. Acesso em: 13 ago. 2014.

GARNICA, Antonio Vicente Marafioti. Algumas notas sobre pesquisa qualitativa e fenomenologia. **Interface (botucatu)**, [s.l.], v. 1, n. 1, p.109-122, ago. 1997. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32831997000200008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32831997000200008&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 10 dez. 2015.

GRADELLA-JÚNIOR, Osvaldo. Hospital psiquiátrico: (re)afirmação da loucura da exclusão. **Psicologia & Sociedade**; v. 14, n. 1, p. 87-102; jan./jun. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v14n1/v14n1a06.pdf>>. Acesso em: 10 mai. 2016.

HABIMORAD, Pedro Henrique Leonetti; MARTINS, Sueli Terezinha Ferreira. O abuso e dependência de drogas no território: desafios e limites dos Agentes Comunitários de Saúde de uma Unidade de Saúde da Família. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João Del-rei, v. 8, n. 1, p.63-74, jun. 2013. Disponível em: <[http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistalapip/Volume8\\_n1/PPP\\_Art\\_5.pdf](http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistalapip/Volume8_n1/PPP_Art_5.pdf)>. Acesso em: 27 nov. 2015.

HARL, Carl. **Um preço muito alto**: a jornada de um neurocientista que desafia nossa visão sobre as drogas. Rio de Janeiro: Zahar, 2014. 328 p. Tradução de: Clóvis Marques.

HENRIQUE, Iara Ferraz Silva et al. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 50, n. 2, p.199-206, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v50n2/20784.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2014.

IBGE: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (Brasil). **Cidades. Rio Claro**. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=354390>>. Acesso em: 28 abr. 2015.

KERR-CORRÊA, Florence et al. Uso de álcool e drogas por estudantes de medicina da Unesp. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, [s.l.], v. 21, n. 2, p.95-100, jun. 1999. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44461999000200005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000200005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 16 jan. 2016.

LANCETTI, Antônio. Síntese metodológica. In: LANCETTI, Antônio (Org.). **Saúde mental e saúde da família**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 117-120. (SaúdeLoucura 7).

LEITE, André Luis Sales; PAULON, Simone. Atenção básica e desinstitucionalização da loucura: acionando competências dos Agentes Comunitários de Saúde. In: PAULON, Simone; NEVES, Rosane (Org.). **Saúde Mental na Atenção Básica: a territorialização do cuidado**. Porto Alegre: Sulina, 2013. p. 99-112.

LIRA, Laís Santana Santos Pereira. **Percepção da equipe da estratégia saúde da família sobre o cuidado às famílias de usuários de drogas**. 2012. 109 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós Graduação em Enfermagem e Saúde,

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequiê, 2012. Disponível em: <[http://www.uesb.br/ppgenfsaude/dissertacoes/turma3/LAIS\\_SANTANA\\_SANTOS\\_PEREIRA\\_LIRA.pdf](http://www.uesb.br/ppgenfsaude/dissertacoes/turma3/LAIS_SANTANA_SANTOS_PEREIRA_LIRA.pdf)>. Acesso em: 23 nov. 2015.

MATTOS, Ruben Araújo de. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: Cepesc IMS/UERJ Abrasco, 2009. p. 43-68. Disponível em: <<https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

MEDEIROS, Regina. A epidemia do crack a quem interessa? In: SUDBRACK, Maria Fátima Olivier et al. **ABRAMD: compartilhando saberes: volume 1**. Brasília: Technopolitik, 2015. p. 208-224. Disponível em: <<https://www.dropbox.com/s/m88opgqunu1qmvv/AbramdCompartilhandoSaberesVIDez15.pdf?dl=0>>. Acesso em: 14 fev. 2016.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002. 189 p.

MICHELI, Denise de; FORMIGONI, Maria Lúcia Oliveira de Souza. Como motivar usuários de risco. In: MICHELE, Denise de; FORMIGONI, Maria Lúcia Oliveira de Souza (Org.). **Intervenção Breve para casos de uso de risco de substâncias psicoativas: módulo 4**. 4. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas, 2011a. Cap. 2. p. 11-19.

\_\_\_\_\_. Os princípios básicos da Intervenção Breve e a Intervenção Breve passo a passo. In: MICHELE, Denise de; FORMIGONI, Maria Lúcia Oliveira de Souza (Org.). **Intervenção Breve para casos de uso de risco de substâncias psicoativas: módulo 4**. 4. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas, 2011b. Cap. 1. p. 2-10.

MICHELI, Denise de; FORMIGONI, Maria Lúcia Oliveira de Souza; RONZANI, Telmo Mota. Uso, abuso ou dependência? Como fazer triagem usando instrumentos de fácil aplicação. In: RONZANI, Telmo Mota (Org.). **Deteção do uso abusivo e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas: módulo 3**. 4. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas, 2011. Cap. 2. p. 12-28.

MICHELI, Denise de; SARTES, Laisa Marcolerela Andreoli. A detecção do uso abusivo em adolescentes usando o DUSI e o T-ASI. In: RONZANI, Telmo Mota (Org.). **Deteção do uso abusivo e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas: módulo 3**. 4. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas, 2011. Cap. 3. p. 29-53.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 412 p.

MINAYO, Maria Cecilia de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. 31. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2012. 108 p.

MINOZZO, Fabiane; COSTA, Ileno Izídio da. Integrando CAPS e saúde da família: apoio matricial em saúde mental. In: PAULON, Simone; NEVES, Rosane. **Saúde Mental na Atenção Básica: a territorialização do cuidado**. Porto Alegre: Sulina, 2013. p. 61-82.

MORAES, Maristela. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. **Ciênc. Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 13, n. 1, p.121-133, fev. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000100017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100017)>. Acesso em: 15 maio 2014.

MOUTINHO, Elaine Cristina Valadares da Silva; LOPES, Gertrudes Teixeira. Enfermeiro do Programa Saúde da Família: conceitos e crenças sobre drogas e modelos teóricos explicativos. **Rev Enferm Uerj**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p.51-57, jan. 2008. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v16n1/v16n1a08.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2014.

NEVES, Rosane et al. Rastreamento o cuidado em saúde mental pela mão dos Agentes Comunitários de Saúde: um percurso de pesquisa. In: PAULON, Simone; NEVES, Rosane (Org.). **Saúde Mental na Atenção Básica: a territorialização do cuidado**. Porto Alegre: Sulina, 2013. p. 113-148.

NUNES, Mônica de Oliveira et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 18, n. 6, p.1639-1646, dez. 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2002000600018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000600018)>. Acesso em: 12 abr. 2011.

NUTT, David J; A KING, Leslie; PHILLIPS, Lawrence D. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. **Lancet**, [s. L.], v. 376, n. 9752, p.1558-1565, nov. 2010. Disponível em: <[http://www.sg.unimaas.nl/\\_old/oudelezingen/dddspd.pdf](http://www.sg.unimaas.nl/_old/oudelezingen/dddspd.pdf)>. Acesso em: 20 dez. 2015.

OLIVEIRA, Alice G. Bottaro de; ATAÍDE, Inês de Fátima Cunha; SILVA, Maria da Anunciação. A invisibilidade dos problemas de saúde mental na atenção primária: o trabalho da enfermeira construindo caminhos junto às equipes de saúde da família. **Texto Contexto - Enferm.**, [s.l.], v. 13, n. 4, p.618-624, dez. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072004000400015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072004000400015)>. Acesso em: 17 maio 2014.

OMS ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Mundial de Saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários: Agora mais do que nunca.** [s. L.]: Organização Mundial de Saúde, 2008. 156 p. Disponível em: <[http://www.who.int/whr/2008/whr08\\_pr.pdf](http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf)>. Acesso em: 25 abr. 2015.

PAGANI, Rosani; MINOZZO, Fabiane; QUAGLIA, Giovanna. Abordagem familiar: cuidado às famílias com pessoas que usam álcool e outras drogas pelas equipes de Saúde da Família. In: MINOZZO, Fabiane; FRANÇA, Samantha Pereira (Org.). **A detecção e o atendimento a pessoas usuárias de drogas na rede da Atenção Primária à Saúde: módulo 7.** 4. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas, 2011. Cap. 4. p. 40-58.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde-manguinhos**, [s.l.], v. 21, n. 1, p.15-35, mar. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702014000100015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702014000100015)>. Acesso em: 28 dez. 2015.

PECHANSKY, Flavio (Org.). **Encaminhamento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas: módulo 5.** 4. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas, 2011. 70 p.

PENIDO, Cláudia Maria Filgueiras. Apoio matricial em saúde mental no contexto da saúde coletiva. In: PAULON, Simone; NEVES, Rosane. **Saúde Mental na Atenção Básica: a territorialização do cuidado.** Porto Alegre: Sulina, 2013. p. 17-38.

PICCININI, Carlos Augusto; NEVES, Rosane. A saúde bate à sua porta: olhares sobre a prática dos Agentes Comunitários de Saúde. In: PAULON, Simone; NEVES, Rosane. **Saúde mental na atenção básica: a territorialização do cuidado.** Porto Alegre: Sulina, 2013. p. 83-98.

PILLON, Sandra C. Atitudes de enfermeiros com relação ao alcoolismo: uma avaliação de conhecimentos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 7, n. 3, p. 301-305, 2005.

POLES, Katia. BOUSSO, Regina Szylit. O interacionismo interpretativo como referencial metodológico para gerar evidências nas pesquisas em. **Reme : Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 8, n. 3, p.395-397, set. 2004. Disponível em: <[http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-27622004000300009&lng=es&nrm=iso](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622004000300009&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em: 1 jun. 2014.

PORTUGAL, Flávia Batista et al. Uso de drogas por estudantes de Farmácia da Universidade Federal do Espírito Santo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, [s.l.], v. 57, n. 2, p.127-132, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852008000200008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852008000200008)>. Acesso em: 07 jan. 2016.

QUEIROZ, Isabela Saraiva de et al. Repertórios interpretativos de profissionais da rede de saúde mental e atenção primária de Belo Horizonte sobre uso de drogas. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 38, n. 100, p.80-93, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042014000100080](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000100080)>. Acesso em: 15 jan. 2015.

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: COSTA, N.R. e TUNDIS, S.A. (org.) **Cidadania e Loucura - Políticas de Saúde Mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1987, p. 15-74.

RIO CLARO. FMSRC. Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro. **Atenção à Saúde: Atenção Básica**. Disponível em: <[http://www.saude-rioclaro.org.br/UBS/atencao\\_a\\_saude.htm](http://www.saude-rioclaro.org.br/UBS/atencao_a_saude.htm)>. Acesso em: 28 abr. 2015.

RIO CLARO. Lei nº 2720, de 23 de fevereiro de 1995. **Autoriza O Poder Executivo A Criar A Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro**. Disponível em: <[http://rioclaro.linkway.net.br/pdfs/CODIGOLEI\\_5553.pdf](http://rioclaro.linkway.net.br/pdfs/CODIGOLEI_5553.pdf)>. Acesso em: 01 mar. 2016.

RIO CLARO. Prefeitura Municipal de Rio Claro. Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro. **Plano Municipal de Saúde de Rio Claro/SP: 2014-2017**. Rio Claro, 2014. Disponível em: <[http://www.saude-rioclaro.org.br/uac/plano\\_municipal\\_de\\_saude\\_2014\\_2017.pdf](http://www.saude-rioclaro.org.br/uac/plano_municipal_de_saude_2014_2017.pdf)>. Acesso em: 27 fev. 2016.

RONZANI, Telmo Mota; FURTADO, Erikson Felipe. A Intervenção breve na USBS: quem pode aplicá-la? In: MICHELE, Denise de; FORMIGONI, Maria Lúcia Oliveira de Souza (Org.): **Intervenção breve para casos de uso de risco de substâncias psicoativas**: módulo 4. 4. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas, 2011. Cap. 5. p. 48-55.

RONZANI, Telmo Mota; NOTO, Ana Regina; SILVEIRA, Pollyanna Santos da. **Reduzindo o estigma entre usuários de drogas**: guia para profissionais e gestores.



Juiz de Fora: Editora Ufjf, 2015. 24 p. Edição atualizada. Disponível em: <[http://www.ufjf.br/crepeia/files/2014/05/MIOLO\\_Reduzindo-o-Estigma\\_ED-ATUALIZADA-baixa.pdf](http://www.ufjf.br/crepeia/files/2014/05/MIOLO_Reduzindo-o-Estigma_ED-ATUALIZADA-baixa.pdf)>. Acesso em: 13 jan. 2016.

ROSÁRIO, Adriana Moro Maieski do. **Avaliação de instrumentos que investigam abuso de álcool e outras drogas em adolescentes**:revisão de literatura. 2011. 177 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Faculdade de Medicina, Mestrado em Ciências, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em: <file:///C:/Users/Karen/Downloads/AdrianaMoroMaieskiRosario.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2014.

ROSENSTOCK, Karelline Izaltemberg Vasconcelos; NEVES, Maria José das. Papel do enfermeiro da atenção básica de saúde na abordagem ao dependente de drogas em João Pessoa, PB, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 63, n. 4, p.581-586, ago. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672010000400013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000400013)>. Acesso em: 21 nov. 2014.

SANTOS, Jaqueline da Silva; BORGES, Ana Claudia Lobo; ALVES, Vânia Sampaio. Visita domiciliária na atenção a usuários de álcool e outras drogas no município de Santo Antônio De Jesus- BA. **Extramuros: Revista de extensão da Univast**, [s. L.], v. 2, n. 2, p.27-35, ago. 2014.

SCHNEIDER, Daniela Ribeiro. Horizonte de racionalidade acerca da dependência de drogas nos serviços de saúde: implicações para o tratamento. **Ciênc. Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 15, n. 3, p.687-698, maio 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n3/v15n3a11.pdf>>. Acesso em: 01 maio 2014.

SILVA, Rosane Azevedo Neves da; ZAMBENEDETTI, Gustavo; PICCININI, Carlos Augusto. O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde no cuidado com pessoas que usam drogas: um diálogo com a PNH. **POLISE E PSIQUE**, [s. L.], v. 2, n. 3, p.59-72, jan. 2012. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/40320/25629>>. Acesso em: 01 mai. 2015.

SILVA, Waleska Rodrigues. **A (des)atenção aos usuários de álcool e outras drogas na Estratégia da Saúde da Família: concepções de enfermeiros, médicos e psicólogos**. 2012. 106 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2012.

SILVEIRA, Dartiu Xavier da. Prefácio. In: FERNANDEZ, Osvaldo Francisco Ribas Lobos; ANDRADE, Marcelo Magalhães; NERY FILHO, Antonio. **Drogas e políticas**

**públicas: educação, saúde coletiva e direitos humanos.** Salvador Brasília: Edufba Abramd, 2015. p. 9-120.

\_\_\_\_\_. Reflexões sobre a Prevenção do Uso Indevido de Drogas. In: SILVEIRA, Dartiu Xavier da; NIEL, Marcelo (Org.). **Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para profissionais de saúde.** São Paulo: PROAD. UNIFESP. Ministério da Saúde, 2008. p. 7-10.

SILVEIRA, Pollyanna Santos da; MARTINS, Leonardo Fernandes; RONZANI, Telmo Mota. Moralização sobre o uso de álcool entre agentes comunitários de saúde. **Psicol. Teor. Prat**, São Paulo, v. 11, n. 1, p.62-75, jun. 2009. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-36872009000100006](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872009000100006)>. Acesso em: 23 maio 2014.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010.** Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010, 210 p. Disponível em: file:///C:/Users/Karen/Downloads/relatorio\_final\_IVcnsmi\_cns.pdf>. Acesso em: 11 mai. 2016.

SOARES, Janaína; VARGAS, Divane; OLIVEIRA, Márcia Aparecida Ferreira. Atitudes e conhecimentos de profissionais de saúde diante do álcool, alcoolismo e do alcoolista: levantamento da produção científica nos últimos 50 anos. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**, v. 7, n. 1, p. 45-52, 2011.

SOUZA, Karoline Lazzarotto. **Avaliação do conhecimento de profissionais da atenção básica sobre crack, álcool e outras drogas.** 2013. 50 f. Monografia (Bacharelado) – Curso de Terapia Ocupacional, Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília, Brasília, 2013. Disponível em: <[http://bdm.unb.br/bitstream/10483/7698/1/2013\\_KarolineLazzarottodeSouza.pdf](http://bdm.unb.br/bitstream/10483/7698/1/2013_KarolineLazzarottodeSouza.pdf)>. Acesso em: 12 mai. 2015.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, vol. 9, n. 1, p. 25-59, jan.-abr. 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702002000100003&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702002000100003&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 12 mai. 2016.

TOMAZ, José Batista Cisne. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. **Interface Comum, Saúde, Educ**, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 75-94, fev. 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-)

32832002000100008>. Acesso em: 12 jan. 2016.

TRINO, Alexandre; RODRIGUES, Rosana Ballestero. Atribuição da equipe multiprofissional. In: BRASIL. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. p. 43-49.

TRINO, Alexandre; RODRIGUES, Rosana Ballestero; JUNIOR, Antonio Garcia Reis. A população em situação de rua e seus territórios. In: BRASIL. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. p. 31-40.



TURATO, Egberto Ribeiro. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2003. 685 p.

UNODC UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **World Drug Report 2015**. Nova York: United Nations, 2015. 162 p. Disponível em: <[https://www.unodc.org/documents/wdr2015/World\\_Drug\\_Report\\_2015.pdf](https://www.unodc.org/documents/wdr2015/World_Drug_Report_2015.pdf)>. Acesso em: 24 nov. 2015.

WAGNER, Gabriela Arantes; ANDRADE, Arthur Guerra de. Uso de álcool, tabaco e outras drogas entre estudantes universitários brasileiros. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, [s.l.], v. 35, p.48-54, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832008000700011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832008000700011)>. Acesso em: 16 jan. 2016.

ZAMBENEDETTI, Gustavo, SILVA, Rosane Azevedo Neves. A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 14, n. 1, p. 131-150, jun. 2008. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/292>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

## 8 ANEXO A: FICHA DE CADASTRO INDIVIDUAL (FOLHA 1)

 		<b>CADASTRO INDIVIDUAL</b>		DIGITADO POR:	DATA: / /
				CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:
Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL	Cód. CNES UNIDADE	Cód. EQUIPE (INE)	MICROÁREA	DATA: / /	
Legenda: <input type="checkbox"/> Opção de Múltipla Escolha <input type="radio"/> Opção de Única Escolha    (Marcar X na opção desejada)					
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO / CIDADÃO			RESPONSÁVEL FAMILIAR		
Nº DO CARTÃO SUS			É o responsável? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		DATA DE NASCIMENTO: / /
NOME COMPLETO:					
APELIDO / NOME SOCIAL:				DATA DE NASCIMENTO: / /	
SEXO: <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino	RAÇA / COR: <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Indígena		Nº NIS (PIS/PASEP):		
NOME COMPLETO DA MÃE:					
NACIONALIDADE: <input type="radio"/> Brasileira <input type="radio"/> Naturalizado <input type="radio"/> Estrangeiro		PAÍS DE NASCIMENTO:		TELEFONE CELULAR: ( )	
MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO:				E-MAIL:	
INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS					
SITUAÇÃO CONJUGAL			OCUPAÇÃO		
<input type="radio"/> Solteiro (a) <input type="radio"/> Casado (a) / Convívio com Parceiro <input type="radio"/> Divorciado(a) / Separado (a) <input type="radio"/> Viúvo(a) <input type="radio"/> Outra					
FREQÜENTE ESCOLA? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não					
QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?					
<input type="radio"/> Creche <input type="radio"/> Pré-escola (exceto CA) <input type="radio"/> Classe Alfabetizada - CA <input type="radio"/> Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries <input type="radio"/> Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries <input type="radio"/> Ensino Fundamental Completo <input type="radio"/> Ensino Fundamental Especial <input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª)		<input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 8ª) <input type="radio"/> Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico e etc) <input type="radio"/> Ensino Médio Especial <input type="radio"/> Ensino Médio EJA (Supletivo) <input type="radio"/> Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado <input type="radio"/> Alfabetização para Adultos (Moblral, etc) <input type="radio"/> Nenhum		SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO <input type="radio"/> Empregador <input type="radio"/> Assalariado com carteira de trabalho <input type="radio"/> Assalariado sem carteira de trabalho <input type="radio"/> Autônomo com previdência social <input type="radio"/> Autônomo sem previdência social <input type="radio"/> Aposentado/Pensionista <input type="radio"/> Desempregado <input type="radio"/> Não trabalha <input type="radio"/> Outro	
CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA? <input type="radio"/> Adulto Responsável <input type="radio"/> Outra(s) Criança(s) <input type="radio"/> Adolescente <input type="radio"/> Sozinha <input type="radio"/> Creche <input type="radio"/> Outro					
FREQUENTA CURANDEIRO(A) / BENZEDEIRA(O)? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		SE SIM, QUAL?			
DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL / IDENTIDADE DE GÊNERO?			TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?		
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
SE SIM, QUAL?			SE SIM, QUAL?		
<input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Lésbica <input type="radio"/> Travesti <input type="radio"/> Outro <input type="radio"/> Gay <input type="radio"/> Bissexual <input type="radio"/> Transsexual			<input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Intelectual/Cognitiva <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Física		
SITUAÇÃO DE RUA					
ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA?			SE SIM, QUAL?		
<input type="radio"/> < 6 meses <input type="radio"/> 6 a 12 meses <input type="radio"/> 1 a 5 anos <input type="radio"/> > 5 anos					
RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO?		

## 8.1 Anexo A: Verso da Ficha de Cadastro Individual (Folha 2)

**QUESTIONÁRIO AUTO-REFERIDO DE CONDIÇÕES / SITUAÇÕES DE SAÚDE**

Legenda:  Opção Múltipla de Escolha     Opção Única de Escolha    (Marcar X na opção desejada)

CONDIÇÕES / SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS		SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?	
ESTÁ GESTANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			
SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA? <input type="radio"/> Abaixo do Peso <input type="radio"/> Peso Adequado <input type="radio"/> Acima do Peso		TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA / NO PULMÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
ESTÁ FUMANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		SE SIM, QUAL? <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> DPOC/Enfisema <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Não Sabe	
ESTÁ DEPENDENTE OU ABUSA DE ÁLCOOL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		ESTÁ COM HANSEÍASE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
ESTÁ DEPENDENTE OU ABUSA DE OUTRAS DROGAS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		ESTÁ COM TUBERCULOSE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		TEM OU TEVE CÂNCER? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEM DIABETES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		TEVE ALGUMA INTERNAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEVE AVC / DERRAME? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		SE SIM, QUAL A CAUSA? _____	
TEVE INFARTO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		FEZ OU FAZ TRATAMENTO COM PSQUIATRA OU TEVE INTERNAÇÃO POR PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEM DOENÇA CARDÍACA / DO CORAÇÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		ESTÁ ACAMADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
SE SIM, QUAL? <input type="checkbox"/> Insuficiência Cardíaca <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Não Sabe		ESTÁ DOMICILIADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		USA PLANTAS MEDICINAIS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
SE SIM, QUAIS? <input type="checkbox"/> Insuficiência Renal <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Não Sabe		SE SIM, QUAIS? _____	
		USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE			
1 - QUAL? _____		2 - QUAL? _____	
		3 - QUAL? _____	
EM SITUAÇÃO DE RUA			
QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA? <input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 ou 3 vezes <input type="radio"/> mais de 3 vezes		TEM ACESSO A HIGIENE PESSOAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO? <input type="checkbox"/> Restaurante Popular <input type="checkbox"/> Doação Restaurante <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Doação Grupo Religioso <input type="checkbox"/> Doação de Popular		SE SIM, QUAIS? <input type="checkbox"/> Banho <input type="checkbox"/> Acesso ao Sanitário <input type="checkbox"/> Higiene Bucal <input type="checkbox"/> Outros	
TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA			
Eu, _____ portador do RG nº _____, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará no não atendimento na unidade de saúde.			
_____ Assinatura			



## 10 APÊNDICE A: CARTA DE AUTORIZAÇÃO

### CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar),

Prezado Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar, na função de representante legal da Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro - SP, informo que o projeto de pesquisa intitulado "Percepções de agentes comunitários de saúde sobre o usuário de drogas" apresentado pela pesquisadora Karen Batista e que tem como objetivo principal compreender as percepções de agentes comunitários de saúde - vinculados à uma equipe do NASF - sobre o usuário de drogas, foi analisado e considerado adequado e de interesse dessa instituição.

Declaro, pois, que, uma vez autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos, o mesmo terá sua execução autorizada pela Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro, SP.

Dados do Responsável Legal Pela Instituição na qual ocorrerá a Pesquisa:

Nome: Geraldo de Oliveira Barbosa

Cargo: Secretário Municipal de Saúde da Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro SP

Telefone para contato: (19) 3522-3600

Email (se possuir): gabarbosa@val.com.br

Rio Claro, 19 de junho de 2015.

Assinatura: 

(representante legal)

**Dr. Geraldo de Oliveira Barbosa**  
CRM 61243  
Secretário Municipal de Saúde  
Presidente FMSRC

## **11 APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

### **UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE / PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA – MESTRADO PROFISSIONAL**

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

(Resolução 466/2012 do CNS)

#### **PERCEPÇÕES DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE O USUÁRIO DE DROGAS**

PREZADO (A) \_\_\_\_\_

Eu, Karen Batista, estudante do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar lhe convido a participar da pesquisa “Percepções de agentes comunitários de saúde sobre o usuário de drogas” sob orientação do Prof<sup>o</sup>. Dr. Bernardino Geraldo Alves Souto.

Estamos realizando essa pesquisa para conhecer melhor a compreensão que os Agentes Comunitários de Saúde têm a respeito de usuários de drogas. Para tal estudo, solicitamos a sua colaboração.

Você foi selecionado (a) por ser profissional efetivo do sistema municipal de saúde da cidade de Rio Claro / SP, cidade onde o estudo será realizado, e por compor a equipe de agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família do município atuante em uma unidade coberta pelo NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Essa pesquisa se realizará em duas etapas. Todos os agentes comunitários de saúde do município que atuam em equipes vinculadas ao NASF poderão participar da ETAPA 1, porém nem todos participarão da ETAPA 2. Apenas participarão da ETAPA 2 aqueles que atenderem aos critérios de inclusão do estudo.

A ETAPA 1 da pesquisa consiste em você informar à pesquisadora em dia, hora e local combinados, em sala reservada e com privacidade informações sobre seu tempo de experiência profissional no cuidado com usuários de drogas, seus dados sociodemográficos, o número de pacientes usuários de drogas que você já acompanhou



em toda sua carreira como profissional da saúde e algumas informações pessoais para a caracterização do perfil de todos os agentes comunitário de saúde entrevistados. Esses dados serão anotados em uma folha na sua frente e será calculado um indicador.

Você só será convidado a participar da ETAPA 2 caso você apresente um dos maiores indicadores de experiência na atenção aos usuários de drogas, portanto, é possível que sua participação na pesquisa se encerre na ETAPA 1.

Caso você seja solicitado a participar da ETAPA 2 você será convidado a responder uma entrevista semiestruturada compartilhando a sua visão sobre os usuários de drogas. A entrevista será realizada em data e horário combinado segundo sua possibilidade e conveniência, nas dependências da Unidade de Saúde da Família em que trabalha. A entrevista será individual e realizada pela pesquisadora em sala reservada. Será ligado o gravador a fim de garantir o registro fiel da entrevista.

Todos os dados gerados na pesquisa (arquivo, físico ou digital) ficarão sob sua guarda e responsabilidade da pesquisadora por um período de 5 anos após o término da pesquisa, obedecendo à Resolução 466 do Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012).

Sua participação não é obrigatória, podendo-se desistir do trabalho a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ou realização em relação ao seu trabalho. Não haverá qualquer ônus ou implicações para você ou em relação ao seu trabalho em função dessa pesquisa.

Caso haja alguma despesa, como transporte para o encontro destinado exclusivamente à entrevista, ou custo similar, este lhe será reembolsado pela entrevistadora.

Todos os dados e materiais da pesquisa serão tratados de modo confidencial em todas as etapas do estudo e, em nenhum documento ou momento você será identificado, exceto nesta fase de contratualização por meio deste termo de consentimento. Caso haja menção a nomes, a eles serão atribuídos nomes fictícios, com garantia de anonimato nos resultados e publicações, impossibilitando sua identificação.

As perguntas não serão invasivas à intimidade dos participantes, entretanto, esclareço que a participação na pesquisa pode gerar estresse e desconforto como resultado da exposição de opiniões pessoais em responder perguntas que envolvem as próprias ações e também constrangimento e intimidação, pelo fato da pesquisadora trabalhar na mesma rede de saúde, atuando como psicóloga do NASF de Rio Claro – SP.

Diante dessas situações, os participantes terão garantidas pausas nas entrevistas, a liberdade de não responder as perguntas quando a considerarem constrangedoras, podendo interromper a entrevista a qualquer momento. Serão retomados nessa situação os objetivos a que esse trabalho se propõe e os possíveis benefícios que a pesquisa possa trazer.

Em caso de encerramento das entrevistas por qualquer fator descrito acima, a pesquisadora solicita autorização para estabelecer contato posterior, a fim de verificar os possíveis danos ocasionados e proceder quanto a novas orientações e encaminhamentos a profissionais especialistas e serviços disponíveis, se necessário, visando o bem-estar de todos os participantes.

Para garantir o controle de vazamento de informação os dados da pesquisa ficarão sob guarda e responsabilidade da pesquisadora durante 5 anos e após o término da pesquisa todos os dados serão desprezados. Todas as etapas da pesquisa serão sempre realizadas em data, hora e local que garantam a sua privacidade. No momento da pesquisa não haverá ninguém na sala além da pesquisadora e você.

Sabemos dos desafios enfrentados pelos profissionais de saúde que lidam com usuários de drogas e, sendo assim, será muito valiosa a sua contribuição, pois poderá trazer novos caminhos para as políticas públicas e, conseqüentemente, ajudará os pacientes que enfrentam tais dificuldades e precisam de uma assistência qualificada.

Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa ou desistência não lhe trará nenhum prejuízo profissional, seja em sua relação à pesquisadora, à Instituição em que trabalha ou à Universidade Federal de São Carlos.

Solicito sua autorização para gravação em áudio das entrevistas. As gravações realizadas durante a entrevista semiestruturada serão transcritas pela pesquisadora garantindo que se mantenha a mais fidedigna possível.

Você receberá uma cópia deste termo constando o telefone e o e-mail do pesquisador principal, do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar e do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica da UFSCar. Você poderá acionar quaisquer desses contatos para solicitar esclarecimentos, tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Se você tiver qualquer problema ou dúvida durante a sua participação na pesquisa poderá comunicar-se comigo pelo telefone (019) 3596-0282, ou reportar-se ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar pelo telefone (16) 3351-8110 ou e-mail

cephumanos@ufscar.br ou ainda reportar-se ao Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica pelo telefone (16) 3351-9612 ou pelo e-mail: ppggc@ufscar.br.

---

Karen Batista

(Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica)

Fone: (19) 3596-0282, e-mail: karenbatista85@gmail.com

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

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

Nome do participante da pesquisa: \_\_\_\_\_

Número e tipo de documento de identificação \_\_\_\_\_

Assinatura do Sujeito da pesquisa: \_\_\_\_\_

## 12 APÊNDICE C: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SÃO CARLOS/UFSCAR



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Percepções de agentes comunitários de saúde sobre estâncias de drogas

Pesquisador: Karla Batista

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 47089515.5.0000.5504

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Gestão da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.237.682

#### Apresentação do Projeto:

O presente estudo é uma pesquisa de natureza qualitativa, descritiva e exploratória. O estudo será feito com agentes comunitários de saúde lotados nas 140 equipes de Saúde da Família cobertas pelo NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) de Rio Claro, SP, com experiência na prestação de cuidado a estâncias de drogas. A pesquisa consistirá de uma amostragem por conglomerado institucional, feita de acordo com o critério da saturação.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário: Compreender as percepções de um grupo de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) sobre estâncias de drogas.

Objetivo secundário: Descobrir as experiências dos ACS no tratamento com estâncias de drogas; investigar os sentimentos e a compreensão dos ACS sobre estâncias de drogas, bem como, suas fundações;

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235  
Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.506-905  
UF: SP Município: SÃO CARLOS  
Telefone: (19) 2351-9833 E-mail: cep@ufscar.br

Página 6 de 11

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SÃO CARLOS/UFSCAR



Con#042João Pinheiro 1.217642

Apresentar as expectativas dos ACS em relação aos estudos de drogas que estão sob seus cuidados. Apoiar o andamento da edição de ACS sobre atenção a estudos de drogas, em apoio ao projeto Caminhos do Cidadão editado pelo Ministério da Saúde.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos e benefícios foram ponderados.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de pesquisa relevante para a área em questão. No parecer anterior foi solicitado à pesquisadora melhor esclarecimento sobre a faixa etária dos participantes. A pesquisadora informa que os participantes consistem em pessoas maiores de 18 anos, portanto, não necessitando de TCLE de parte dos responsáveis e TALE.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- Folha de rosto preenchida e assinada corretamente;
- Documento da plataforma Brasil: Foram inseridos os nomes de todos os pesquisadores;
- Termo de Autorização: Pesquisa da instituição onde serão selecionados os participantes e julgado;
- Projeto de pesquisa revisado;
- TCLE adequado;

-Instrumento de coleta de dados: Revisado pela pesquisadora e retirada a questão que abordava se o participante da pesquisa tinha conhecimento de substâncias psicoativas, por não ter finalidade para os objetivos desta pesquisa científica. Tal questão poderia causar constrangimentos ao participantes e caracterizar especulação, e não ter caráter científico.

**Recomendações:**

Nada a acrescentar

**Conclusões ou Pendências e Outras Indicações:**

Projeto aprovado

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseando nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Folha de Rosto	Folha de rosto assinada pela	03/06/2015		Aceito

Endereço: WASHINGTON LUIZ RM 205  
Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.505-905  
UF: SP Município: SÃO CARLOS  
Telefone: (13) 2051-2622 E-mail: cep@ufscar.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SÃO CARLOS/UFSCAR



Conf@uz,Joao Paracat 1.217642

Folha de Rosto	coordinadora ppggc.jpg	18:13:03		Aceito
Outros	carta de autorizacao do secretario de saude.pdf	20/06/2015 19:55:01		Aceito
TCLE / Termos de Assentamento / Jurisprudencia de Ate/Clia	tblc.pdf	25/08/2015 11:01:02	Karen Batista	Aceito
Projeto Detalhado / Bloqueio Investigador	projeto detalhado.pdf	25/08/2015 11:02:40	Karen Batista	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PI - INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO - 532013.pdf	25/08/2015 11:04:17		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

NÃO

SÃO CARLOS, 21 de Setembro de 2015

Assinado por:  
Ricardo Carmelo Berra  
(Coordenador)

Endereço: WASHINGTON LUIZ RM 205  
Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.505-905  
UF: SP Município: SÃO CARLOS  
Telefone: (13) 2051-2833 E-mail: caphumanos@ufscar.br

### 13 APÊNDICE D: FORMULÁRIO PARA CÁLCULO DO INDICADOR DE EXPERIÊNCIA NA ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE DROGAS

TCLE No.:

CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE:

Sexo:

Idade:

Escolaridade:

Mora na área de abrangência da USF em que trabalha?

Tempo de experiência como ACS em dias:

Possui experiência profissional em outros serviços que lidam com usuários de drogas?

(Ex: Caps ad; Hospital Psiquiátrico, Comunidade Terapêutica, Hospital Geral, CREAS, Ambulatório, Grupo de auto-ajuda)?

Cite o local e respectivo tempo de experiência (em dias).

Realizou o curso Caminhos do Cuidado?

( ) sim

( ) não

#### EXPERIÊNCIA

Você possui quanto tempo (em dias) de experiência profissional na atenção aos usuários de drogas em toda sua carreira como profissional da saúde? \_\_\_\_\_

Qual o número de usuários de drogas que você já cuidou ao longo de sua experiência profissional em saúde, incluindo os que cuida atualmente? \_\_\_\_\_

Cálculo do Indicador de Experiência na atenção aos usuários de drogas

$E = \frac{TE}{X \cdot NU}$ : \_\_\_\_ X \_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ Indicador

## **14 APÊNDICE E: ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**

### **BLOCO A) Experiências**

1. O que significa uma pessoa ser usuária de drogas para você?
2. Conte-me uma situação que você vivenciou ou vivencia com o cuidado de uma pessoa usuária de drogas.
3. No seu dia a dia profissional, o que você faz (ou já fez) que você acredita que contribui para o cuidado de uma pessoa usuária de drogas?

### **BLOCO B) Sentimentos, crenças e valores**

4. Na sua visão, o que leva uma pessoa a fazer uso de drogas?
5. Como você se sente quando tem de lidar (numa visita domiciliar ou em contato na USF) com pessoas usuárias de drogas?
6. Na sua prática profissional, o que te orienta no manejo com pessoas usuárias de drogas? (em que você baseia suas ações?)

### **BLOCO C) Expectativas**

7. O que você espera de uma pessoa que é usuária de drogas? Como você enxerga o desfecho de um caso de um paciente que faz uso de drogas?