

Universidade Federal de Juiz de Fora
Faculdade de Medicina
Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva

Fabiana Érica de Souza

**O CUIDADO DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NA APS:
reflexões sobre as práticas e percepções de agentes comunitários na
perspectiva da redução de danos.**

Juiz de Fora

2017

Fabiana Érica de Souza

**O CUIDADO DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NA APS:
reflexões sobre as práticas e percepções de agentes comunitários na
perspectiva da redução de danos.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para obtenção do título de mestre. Área de Concentração: Política, Gestão e Avaliação do Sistema Único de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Telmo Mota Ronzani

Juiz de Fora

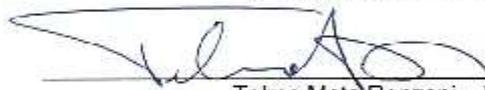
2017

FABIANA ÉRICA DE SOUZA

**“O Cuidado de Usuários de Álcool e outras Drogas na APS:
reflexões sobre as práticas e percepções de agentes
comunitários de saúde na perspectiva da redução de danos”.**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovado em 21/02/2017



Telmo Mota Ronzani – UFJF



Marcelo Dalla Vecchia – UFSJ



Paulo César Pontes Fraga – UFJF

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Souza, Fabiana Érica de.

O cuidado de usuários de álcool e outras drogas na Atenção Primária à Saúde : reflexões sobre as práticas e percepções de agentes comunitários de saúde na perspectiva da redução de danos / Fabiana Érica de Souza. -- 2017.

102 f. : il.

Orientador: Telmo Mota Ronzani

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2017.

1. Agentes comunitários de saúde. 2. Álcool e outras drogas. 3. Redução de Danos. 4. Caminhos do Cuidado. I. Ronzani, Telmo Mota, orient. II. Título.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar ao meu Deus, força superior providente, que me protege, conduz para as melhores e oportunas escolhas.

Ao meu papai, Agostinho, minha mamãe, Zenaide e meus irmãos, por acreditarem em mim e em meu potencial!

Aos profissionais de saúde comprometidos com o nosso SUS, que resistem em tempos difíceis, em especial aos ACS que muito prontamente compartilharam comigo suas histórias;

Ao meu orientador, prof. Telmo, pela orientação tranquila, por ser espelho e me permitir tantas oportunidades de aprendizado. Obrigada!

Aos amigos da GRS Ubá pelo apoio, especialmente às meninas Naprianas, Ju, Gi, Elis, Ana Amélia e Tays, agradeço a força.

Ao meu irmão, amor da minha vida, tio, pai, amigo e companheiro pelo apoio nas horas mais difíceis e motivação de sempre. Que orgulho tenho de você!

Aos meus sobrinhos e afilhados queridos que trazem tanta luz à minha vida: José Augusto, David Luiz, Maria Isadora, Nathália, José Antônio e Ana Clara.

Aos amigos que dividiram e dividem comigo a tarefa da maternidade, que tornam tudo menos pesado - Michele, Elaine, Ziane, Fatinha, Patrícia e Giovanete – não seria possível sem vocês. São presente de Deus em nossa vida!

À Vinicius, que chegou de maneira tão positiva e tranquila em nossa vida, que apoia e incentiva de maneira tão significativa.

À minha Aidê, tão pequena e tão mulher, por ser exemplo de dedicação, responsabilidade, companheirismo, força, paciência, por entender as ausências, ser meu porto e meu impulso... É com você e sempre será por você tudo que faço! Te amo filha e você é mestre comigo.

A todos vocês, muito obrigada. Só foi possível porque tenho vocês. Porém continuarei a precisar e contar com todos, porque eu quero mais!!

RESUMO

Introdução: Além das implicações que o uso abusivo de substâncias psicoativas pode ocasionar para a vida das pessoas, há um conjunto de crenças e percepções dos profissionais de saúde que pode contribuir para o aumento das barreiras relacionadas ao acesso e vinculação dos usuários de álcool e outras drogas aos serviços de saúde existentes. Estudos apontam que a capacitação dos profissionais da atenção primária para a compreensão do contexto em que se situa o usuário e o uso de drogas é uma das necessidades para o alcance do cuidado integral a este público alvo. **Objetivos:** Este estudo visa analisar os saberes e práticas de agentes comunitários de saúde (ACS) capacitados pelo Projeto Caminhos do Cuidado, direcionados a usuários de álcool e outras drogas à luz da estratégia de redução de danos. **Método:** Esta pesquisa utilizou o método qualitativo, realizando entrevistas semi-estruturadas como fonte de coleta de dados e análise de conteúdo para a sistematização dos dados. Foram entrevistados seis ACS, atuantes em equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Ubá, MG. **Resultados:** Os dados demonstram que mesmo aqueles profissionais que conhecem o conceito de redução de danos e relatam a possibilidade de utilizar-se desta abordagem para o cuidado de usuários de álcool e outras drogas no contexto da atenção primária, não conseguem ofertar cuidados que se aproximam desta estratégia. Isto ocorre uma vez que os entrevistados não respeitam a liberdade de escolha, pautam-se pelo proibicionismo e pelo ideal de abstinência. Esta dificuldade prática em desenvolver o cuidado baseado nesta abordagem se relaciona com a percepção moralizante sobre o uso de drogas, sua associação ao crime e o foco na possibilidade de se extinguir o uso de drogas das sociedades. **Considerações finais:** A adesão às práticas pautadas na abordagem de redução de danos passa pela discussão do papel das drogas na sociedade, estando relacionada à percepção que os profissionais possuem do uso e do usuário de drogas. Para avançar em direção a este cuidado na atenção primária é necessário investir em práticas de matriciamento que podem e devem ser ofertadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, pelos CAPS e demais equipes, de forma a redefinir as práticas dos profissionais de maneira permanente.

Palavras chaves: Agentes Comunitários de Saúde. Álcool e outras drogas. Caminhos do Cuidado. Redução de Danos.

ABSTRACT

Introduction: Besides the implications that abusive use of psychoactive substances can cause on people's lives, there is a set of beliefs and perceptions of health professionals that can contribute to the increase of barriers related to access and attachment of alcohol and other drugs to existing health services. Studies point out that the training of primary care professionals to understand the context in which the user is located and the use of drugs is one of the necessities to reach the integral care of this target public. **Objectives:** This study aims to analyze the knowledge and practices of Community Health Agents trained by the Care Pathway Project, aimed at users of alcohol and other drugs from the perspective of the Harm Reduction (HR) strategy. **Method:** This research used the qualitative method, performing semi-structured interviews as a source of data collection and analysis of content for data systematization. Six Community Health Agents were interviewed, working in teams of the Family Health Strategy of Ubá, MG. **Results:** The data show that even those professionals who know the concept of HR and report the possibility of using this approach to care for alcohol and other drug users in the context of Primary Health Care cannot provide care that is close to this strategy. This occurs because the interviewees do not respect freedom of choice, they are based on prohibitionism and the ideal of abstinence. This practical difficulty in developing care based on this approach is related to the moralizing perception about drug use, its association with crime and the focus on the possibility of extinguishing the use of drugs by societies. **Final considerations:** The adherence to practices guided by the HR approach involves the discussion of the role of drugs in society and is related to the professionals' perception of the use of drugs and their users. In order to move towards this care in primary attention, it is necessary to invest in parenting practices that can and should be offered by the Primary Health Care Nucleus, the Psychosocial care center and other teams, in order to redefine the practices of professionals on a permanent basis.

Keywords: Community Health Agents. Alcohol and other drugs. Care Pathway. Harm Reduction.

LISTA DE SIGLAS:

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

ATENFs – Auxiliares e Técnicos de Enfermagem

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS ad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

COFEN – Conselho Federal de Entorpecentes

DAB – Departamento de Atenção Básica

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

EAD – Educação à Distância

ECR – Equipe de Consultório na Rua

ESF – Estratégia Saúde da Família

EUA – Estados Unidos da América

GRS – Gerência Regional de Saúde

LENAD – Levantamento Nacional de Álcool e Drogas

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

ONU – Organização das Nações Unidas

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNAD – Política Nacional sobre Drogas

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RD – Redução de Danos

SAMU – Serviço de Atenção Móvel de Urgência

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UA – Unidade de Acolhimento

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. REVISÃO DA LITERATURA	15
2.1 O USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E A POLÍTICA DE DROGAS NO MUNDO	15
2.2 HISTÓRICO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL PARA USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	22
2.3 A FORMAÇÃO EM SAÚDE NA ÁREA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	27
2.4 A SAÚDE MENTAL E A POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	30
2.5 O PROCESSO DE TRABALHO DO ACS	32
2.6 A POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS	36
2.7 O ESTIGMA E SUAS IMPLICAÇÕES NO CUIDADO DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	40
3. OBJETIVOS DA PESQUISA	44
4. MÉTODO	45
4.1 O CENÁRIO	46
4.2 OS PARTICIPANTES	49
4.3 A COLETA DE INFORMAÇÕES	50
4.4 ANÁLISE DE DADOS	53
4.5 QUESTÕES ÉTICAS	54
5. RESULTADOS	55
5.1 OS INFORMANTES	55
5.2 FALANDO SOBRE O USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E O USUÁRIO	56
5.2.1 Fatores percebidos como condicionantes do uso de drogas.....	61
5.3 LIMITAÇÕES E POTENCIALIDADES PARA O CUIDADO DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	63
5.4 A ESTRATÉGIA DE REDUÇÃO DE DANOS E AS AÇÕES VOLTADAS PARA USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO CONTEXTO DA APS ..	69

5.5 O USO DE DROGAS E O COTIDIANO DE TRABALHO DO ACS	74
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79
APÊNDICES	92
APÊNDICE 1- AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA JUNTO À GESTÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE UBÁ	92
APÊNDICE 2- ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA COLETA DE DADOS	93
APÊNDICE 3- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	95
APÊNDICE 4- CATEGORIZAÇÃO VERTICAL DAS ENTREVISTAS	96
ANEXO 1 – PARECER DO CEP	101

1. INTRODUÇÃO

O consumo de substâncias psicoativas é tão antigo quanto a história da humanidade. Há mais de 4500 anos as civilizações pré-colombianas dos Andes já utilizavam a folha de coca, por exemplo, para práticas curativas e em busca de bem estar. No Brasil, o consumo da folha entre os índios era comum para aliviar o trabalho pesado, apesar da oposição da igreja católica (FERREIRA e MARTINI, 2001). Porém, com a modernização e as mudanças na organização de algumas sociedades, o consumo de drogas em doses mais elevadas em busca de prazer, refúgio ou de forma recreativa coloca este uso como problema de saúde pública (RONZANI E FURTADO, 2010).

Tal situação pode ser verificada em diversos levantamentos e estudos epidemiológicos. O uso de substâncias psicoativas é responsável por 8,9% da carga global de doenças (WHO, 2004). Estima-se que no ano de 2012 ocorreram 183.000 mortes relacionadas com o uso de drogas em todo o mundo. Levantamento feito naquele ano encontrou que cerca de 243 milhões de pessoas entre 15 e 64 anos tinham usado alguma substância ilícita pelo menos uma vez no ano anterior, o que correspondente a 5,2 por cento da população mundial (WHO, 2014).

No Brasil somente no ano de 2015 foram realizadas 81.540 internações devido aos transtornos mentais e comportamentais relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Até agosto de 2016 esse montante já ultrapassava a marca de 55 mil internações (DATASUS, 2014). Estes números, entretanto, não incluem as internações relacionadas ao tratamento de doenças indiretamente provocadas pelo consumo de substâncias psicoativas como aquelas que atingem os aparelhos digestivo e cardiovascular, os câncer (principalmente hepático no caso do uso excessivo de álcool), deficiências nutricionais, doenças do feto e recém-nascidos de mães usuárias de álcool e outras drogas, as doenças neurológicas e o agravamento de outras doenças psiquiátricas provocado pelo consumo prejudicial de substâncias, assim como os agravos decorrentes de acidentes ou violência.

Diante dos prejuízos sociais, psicológicos, biológicos e econômicos que o uso abusivo de drogas pode ocasionar é necessária uma intervenção pública e um direcionamento político para o cuidado destes usuários.

Entretanto não há um modelo único e hegemônico de tratamento que possa abarcar a todas as necessidades das pessoas e responder às demandas da sociedade. Há que se considerar diferentes abordagens e ações necessárias de acordo com o grau de severidade de cada caso. É importante ainda compreender a ideologia e a perspectiva de uma sociedade sobre o uso e o usuário de drogas, pois essas percepções influenciam na construção das políticas públicas sobre drogas (MOTA *et al.*, 2013).

Meu interesse pela área de álcool e outras drogas teve início no ano de 2008 quando, admitida em concurso público pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, iniciei minha atuação na Gerência Regional de Saúde de Ubá (GRS/Ubá) e, graduada em serviço social, assumi como referência em Saúde Mental desta Unidade Regional. Nesta GRS, a saúde mental está vinculada ao setor de Atenção Primária à Saúde (APS), o que me possibilitou participar de algumas propostas de educação permanente envolvendo profissionais da saúde mental e profissionais da atenção primária.

Uma destas propostas de capacitação em saúde mental dos profissionais da APS teve início em 2013, quando o Ministério da Saúde (MS) iniciou um projeto de capacitação em álcool e outras drogas direcionado a todos os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Auxiliares e Técnicos de Enfermagem (ATENF's) do Brasil. A proposta do curso era capacitar os profissionais citados provocando impactos positivos no cuidado a este público alvo buscando melhorar a atenção prestada aos mesmos e a seus familiares de acordo com as propostas da Política Nacional de Atenção a Usuários de Álcool e Outras Drogas. O projeto ofertou capacitação a 292.899 profissionais entre ACS e ATENF's (BRASIL, 2015a).

Os tutores, profissionais de saúde graduados com mínimo de um ano de experiência profissional em saúde mental ou atenção primária, deveriam participar de atividades em Educação a Distância (EAD), acompanhados pelo orientador de

aprendizagem. Os alunos (ACS's e ATENF's), público alvo do projeto, participaram do curso de formação com carga horária de 60 horas, sendo 40 horas em atividades presenciais e 20 horas em atividades de campo (atividades de dispersão) distribuídas ao longo de 5 semanas de curso.

As atividades propostas pelo Curso Caminhos do Cuidado caracterizavam-se por serem dinâmicas, realizadas a partir da construção de cuidados em cada território e buscavam integrar os casos vivenciados no dia-a-dia das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) para reflexão dos alunos. A metodologia de aplicação propunha problematizar as posturas dos profissionais, identificar o uso de drogas e o usuário no contexto da sociedade capitalista e construir possibilidades de cuidado em redes intersetoriais. O curso buscou refletir com os alunos as possibilidades de cuidado a partir de dois eixos de formação: a) Conhecimento do território, das redes de atenção, dos conceitos, políticas e as práticas de cuidado em Saúde Mental de acordo com a Política Nacional de Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas; b) construção junto aos ACS da “caixa de ferramentas” para os cuidados possíveis de usuários de álcool e outras drogas em cada território a partir da perspectiva de redução de danos (BRASIL, 2013b).

Como referência de saúde mental e atuando em um núcleo de atenção primária pude também atuar como tutora em nove turmas do Projeto Caminhos do Cuidado na Região de Saúde de Ubá entre os meses de agosto de 2014 a junho de 2015. Foi minha participação neste projeto de dimensão nacional, o envolvimento e identificação para com a proposta pedagógica do mesmo e os eixos de formação incitados nesta experiência que me levaram a pensar sobre as percepções e ações que o Curso Caminhos do Cuidado possa ter provocado em ACS capacitados.

Considerando a abrangência desta capacitação, a necessidade de alternativas efetivas que orientem ações de cuidado direcionadas aos usuários abusivos de álcool e outras drogas e que as ESF convivem diariamente com as demandas (explícitas ou não) destes usuários e familiares, este estudo teve como objeto de investigação os saberes e práticas dos ACS capacitados pelo Curso Caminhos do Cuidado sobre usuários de álcool e outras drogas.

Neste trabalho, busquei na revisão de literatura, problematizar o uso de drogas sob uma perspectiva histórica, cultural e política refletindo sobre o trato da questão instituído no Brasil e no mundo. Neste processo reflito também sobre: o papel atribuído à formação dos profissionais de saúde; a direção pretendida ao cuidado de usuários de álcool e outras drogas no contexto da atenção primária à saúde focando especialmente no cotidiano de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, meus informantes, quando lidam com as diversas inquietações, necessidades e demandas que envolvem o uso de substâncias psicoativas; a direção proposta pela abordagem de Redução de Danos na tarefa de cuidar de usuários prejudiciais de álcool e outras drogas e; por fim, quais as implicações que o estigma coloca à percepção do uso de drogas, às possibilidades de cuidado e enfrentamento das vulnerabilidades a que estão expostos os usuários.

Nos demais itens que se seguem, esclareço sobre os objetivos deste estudo, o desenho metodológico utilizado, os resultados e as discussões que me foram suscitadas até o momento.

Espero que as reflexões aqui tecidas possam contribuir para que profissionais e gestores de saúde, como também sou, reconheçam e enfrentem com mais propriedade as limitações e entraves que se colocam ao cuidado de usuários de álcool e outras drogas no contexto da atenção primária à saúde avançando no acionamento das redes de atenção.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. O USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E A POLÍTICA DE DROGAS NO MUNDO

A droga assume diferentes significados em diferentes ocasiões e sociedades. (FERREIRA E MARTINI, 2001). Desde a pré-história as populações utilizam as diversas substâncias para provocar alterações nas funções psíquicas e comportamentais com os mais variados fins. Diferentes substâncias já foram usadas para permitir a comunicação com os espíritos (China, 4000 A.C), o aumento do desejo sexual (Índia), para uso medicamentoso, religioso, etc. Estimulantes como o café, a coca e o guaraná são utilizados atualmente como fonte de energia e disposição. Em tempos de guerras o uso de medicamentos e drogas que diminuam a dor e o sofrimento torna-se uma necessidade. Já as classes sociais menos privilegiadas muitas vezes utilizam o álcool e outras drogas como forma de suportar os problemas sociais que vivenciam (MACRAE, 2002).

Desde 1960, a Organização das Nações Unidas (ONU) vem se reunindo para estabelecer regras aos Estados sobre controle ou tentativas de erradicação de substâncias psicoativas. Por este motivo as leis de drogas não diferem muito em todo o mundo, apesar das variadas características locais. O proibicionismo, uma prática moral e política, geralmente é a condução mais comum (TEIXEIRA, 2012; RODRIGUES, 2008).

Rodrigues (2008) atribui à Lei Seca dos Estados Unidos da América (EUA), de 1919, o status de primeira lei proibicionista contemporânea. Ela proibiu a venda, consumo, circulação, produção e comercialização do álcool. O governo esperava que as pessoas seguissem a lei da proibição. Ao invés disso, formou-se um mercado ilícito articulado e poderoso, não reduzindo o consumo e sim aumentando crimes e criminosos. Essa experiência serviu para criar um aparato repressivo e controlador sobre as drogas que, mesmo após o retorno do álcool à legalidade, em 1930, permaneceu para o combate aos demais psicoativos. De acordo com Teixeira

(2012), esta condução no trato com a questão das drogas acirrou-se nos anos seguintes nos governos Nixon e Reagan e na liderança global do governo norte americano na condução dessa política.

A tônica na proibição das drogas já fracassa desde seus primórdios, mas nem por isso deixa de ser expandida. O moralismo direcionado às substâncias consideradas impuras serviu também para julgar imorais todos os grupos considerados sub-humanos pela classe dominante (TEIXEIRA, 2012). Com esta pretensão, o uso de substâncias passou a ser associado a pobres, mendigos, negros, imigrantes e todos os indesejáveis que compartilhavam os espaços da sociedade. Estes passam também a ser atacados, tais quais as substâncias que supostamente faziam uso. Esta associação entre drogas e minorias serve também para justificar a situação como caso de polícia e, portanto, merecedora de intervenção severa (KARAM, 2013).

Propositalmente a política de Guerra às Drogas norte-americana serviu para justificar a intervenção estatal sobre as classes que ameaçavam a ordem social, a propriedade e os espaços das “pessoas de bem”. Neste mesmo sentido foram criadas as instituições com poder de “disciplinar” aqueles que se desviavam do disciplinamento das massas. A ideia era separar o desvio, corrigi-lo ou afastá-lo do convívio social e vigiá-lo (KARAM, 2013; RODRIGUES, 2008). Portanto, a proibição também auxilia na manutenção de uma limpeza social de forma a retirar de cena as classes mais perigosas, aquelas que afrontam a sociedade. Assim, mesmo a guerra contra as drogas mostrando diariamente seu fracasso, ela continua a funcionar para legitimar o afastamento dos pobres, negros, mendigos e desclassificados socialmente (KARAM, 2013; TEIXEIRA, 2012).

Neste plano identificamos ainda a falsa divisão entre países produtores e países consumidores de drogas. Estando os Estados Unidos se considerando como país atingido pela produção de drogas, eles podiam também justificar sua interferência internacional sobre os países “produtores”. O tema do narcotráfico representou assim, importante legitimador para crescimento de poder de interferência política dos EUA na América Latina e no sudeste asiático (RODRIGUES, 2008).

Percebe-se que o discurso de Guerra às Drogas serve à legitimação do poder do Estado sobre as massas subalternas, ao poder moralista de interesses dominantes, mas também para perpetuar práticas sociais excludentes (KARAM, 2013; TEIXEIRA, 2012; RODRIGUES, 2008; BOITEUX, 2015).

Entretanto, uma substância psicoativa não é, *a priori*, um problema. Ela só se torna uma droga com potencial prejudicial dentro de um determinado contexto de relações sociais e mediante a motivação que o sujeito vê para seu uso repetido (MACRAE, 2002). Ocorre que, com o cenário de globalização, de produção de subjetividade consumista, de incentivo ao consumo desmedido (PASSOS E SOUZA, 2011), de precarização das relações e pessoas e de precariedade na capacidade dos governos de exercer o controle sobre a circulação e produção de mercadorias, o uso de substâncias psicoativas torna-se um problema de relevância e agenda internacional, constituindo-se problema de saúde pública (BASTOS E BERTONI, 2014). Neste contexto de questões sociais trazidas com o uso abusivo de drogas e considerando os dados epidemiológicos de morbidade, mortalidade e violência direta e indiretamente relacionados ao uso e à direção das políticas que tratam de substâncias psicoativas, a temática ganha visibilidade e mobiliza a indignação de setores da população e da mídia pressionando o poder público por ações e intervenções efetivas (MOREIRA *et al.*, 2015).

Todavia, responder às demandas políticas, sociais e de saúde trazidas pelo uso de drogas é uma questão complexa. A dependência de substâncias psicoativas não possui uma explicação simplista. A compreensão desta questão envolve fatores psicológicos, neurobiológicos e sociais (BRASIL, 2003a; WHO, 2004).

Existem ainda, diferenças individuais quanto às vulnerabilidades apresentadas pelas pessoas devido a fatores genéticos e ambientais quando se trata do uso prejudicial de drogas. Vários fatores como: longo histórico de desfavorecimento social e pessoal, temperamento e traços de personalidade, experiências adversas na infância, educação precária, ausência de vínculos com a família, isolamento social, fatores genéticos e distúrbios psiquiátricos podem levar ao desenvolvimento da dependência como doença crônica (UNODC, 2009).

Muitas pessoas iniciam e persistem no uso de drogas como forma de aliviar situações de violência, pobreza, fome, exclusão social, carga de trabalho excessiva e outras. Várias pesquisas apontam para a vinculação de fatores ambientais, econômicos e sociais e o uso de drogas. Perceber as funções sociais, culturais e de sobrevivência que as drogas ocupam em cada contexto é essencial para uma atuação efetiva no cuidado e vinculação destes usuários aos serviços de atenção em saúde existentes (WHO, 2004; NERY, VALÉRIO E MONTEIRO, 2012).

Uma pesquisa nacional sobre a população em situação de rua, realizada pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, publicada em 2009, revela que o envolvimento com álcool e outras drogas apresenta-se como um dos três principais fatores que motivaram a situação de rua entre a população adulta. Dos maiores de 18 anos entrevistados, 35,5% localizaram no seu problema com álcool e outras drogas o motivo para a situação de rua, 29,8% identificaram o desemprego como razão principal e 29,1% citaram as desavenças com pai, mãe e irmãos. O uso do álcool e, em menor escala, de outras drogas entre a população em situação de rua, parece fazer parte do processo de sobrevivência desta população requerendo, portanto, uma reflexão sobre a função psicossocial das drogas entre este público (NERY, VALÉRIO E MONTEIRO, 2012).

Outro levantamento realizado pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, em parceria com o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas em 2003 revela que as drogas mais utilizadas entre crianças e adolescentes em situação de rua são o cigarro (44,5%), bebidas alcoólicas (43%), solventes (28,7%), maconha (25,4%) e os derivados da coca (12,6%). A pesquisa revela ainda que grande parte destas crianças e adolescentes realizou o primeiro uso antes de estarem em situação de rua, ou seja, o acesso às drogas faz parte da trajetória de vida destas pessoas e não está necessariamente vinculada ao fato de estarem em situação de rua (NOTO *et al.*, 2003).

O VI Levantamento Nacional sobre o consumo de drogas entre estudantes do ensino médio e fundamental das redes pública e privada, realizado nas 27 capitais brasileiras, revela que álcool e tabaco são as drogas de maior prevalência de uso na vida em todas as capitais, seguidas pelos inalantes. Alunos de escolas particulares

apresentam maior prevalência de uso de drogas para os padrões de uso na vida e ano¹, porém os de escola pública apresentam maiores índices de uso pesado, quando comparados aos de escolas particulares. Comparativamente, houve diminuição do consumo de drogas entre os estudantes nos últimos 6 anos. A única exceção a esta tendência de diminuição recente de consumo se deu em relação à cocaína (CARLINI *et al.*, 2010).

O II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) realizado em 2012 revela que a maconha é a substância ilícita de maior prevalência de uso na população brasileira. Merece também destaque o crescimento da população que experimentou álcool mais cedo quando comparado ao último LENAD de 2006. Outro dado relevante deste estudo é a redução do número de pessoas que fazem uso de tabaco, se comparado ao levantamento realizado em 2006. Esta redução pode ser fruto de uma política ousada de saúde que expandiu as possibilidades de acesso ao tratamento de fumantes no SUS, associada à regulação da publicidade da substância (LARANJEIRA, 2014).

Pesquisa nacional sobre uso de crack no Brasil realizada em 2014 que abarcou amostra de usuários de crack das cenas abertas de cidades brasileiras desmistifica algumas notícias comumente veiculadas pela mídia, como o tempo de uso que estes usuários consomem tais substâncias, e o desejo relatado pela maioria dos usuários de ingressarem em um tratamento para dependência química. Tal pesquisa revelou que o tempo médio do uso de crack e/ou similares entre os usuários foi de 80,76 meses, o que corresponde a aproximadamente sete anos. Nas capitais o tempo médio de uso foi de oito anos e nos demais municípios foi de quase cinco anos, sugerindo que o uso da droga estaria se interiorizando mais recentemente (BASTOS E BERTONI, 2014).

Nesta pesquisa de 2014 observou-se que os usuários de crack e/ou similares são, majoritariamente, adultos jovens – com idade média de 30,28 anos,

¹ Uso na vida: o uso de droga pelo menos uma vez na vida; Uso no ano: o uso de droga pelo menos uma vez nos últimos doze meses.

predominantemente do sexo masculino – 78,68%, pouco escolarizados, que estão vivendo em situação de rua, e que não tem emprego/ renda fixa. Sendo assim, apresentam-se como um grupo bastante vulnerável socialmente. Cabe ressaltar que tal pesquisa abarcou usuários, maiores de 18 anos, que fazem uso de crack e/ou similares em espaços públicos, e não em domicílios privados, clínicas ou no sistema prisional (BASTOS E BERTONI, 2014).

São os marcadores de exclusão social que mais chamaram a atenção nesta pesquisa com população usuária de crack: oito em cada dez usuários regulares eram negros; oito em cada dez não chegaram ao ensino médio. Este estudo aponta que a violência associada ao tráfico de drogas não pode ser discutida sem considerar a desigualdade social. A violência associada ao uso de drogas afeta, prioritariamente, pobres e negros das periferias, sendo que o pânico social intencional criado pelas classes dominantes contribui para um ciclo vicioso que retroalimenta a violência e se estende àqueles que sequer fazem uso de drogas (SOUZA, 2016).

Outro dado relevante deste mesmo estudo é que os usuários quando indagados sobre qual o tratamento que desejam, indicaram, na realidade, serviços de cuidados básicos de saúde e outros de caráter social, como oferta de hospedagem, alimentação, higiene pessoal, programas de requalificação profissional etc. Isto reforça a compreensão de que, no manejo integral do abuso de substâncias psicoativas, a oferta de serviços de saúde não é suficiente, sendo a oferta de ações sociais absolutamente estratégica, desde o serviço mais simples de acolhimento e oferta de alimentação e higiene pessoal, até os programas que buscam efetivamente emancipar e oferecer condições para uma vida digna numa dimensão mais ampla. O uso de crack somente agrava a situação de vulnerabilidade. Entretanto o pânico social em torno deste uso contribui para a naturalização da desigualdade (BASTOS E BERTONI, 2014; SOUZA, 2016).

Ao tratar a questão das drogas descoladas da evolução da sociedade, dos modos de produção e dos interesses políticos e econômicos envolvidos, tornam-se inviáveis políticas que efetivamente consigam dar conta de toda complexidade que envolve seu uso. Ademais, Becker (2008) salienta que tratar o uso de substâncias

psicoativas como algo unilateralmente desviante prejudica a produção de conhecimentos sobre formas menos prejudiciais de uso, sobre o entendimento e controle dos efeitos para os usuários.

Compreender os padrões de consumo de drogas em cada sociedade, a vinculação do uso de drogas com a cultura, religião, perspectivas familiares, condição econômica de cada sociedade; compreender quais as drogas de maior acesso em cada região; qual controle cada sociedade exerce sobre a circulação, uso e fabricação de substâncias psicoativas é essencial para se compreender as oscilações nos padrões de uso e propor intervenções públicas necessárias em cada caso de acordo com evidências científicas. Estes conhecimentos devem contribuir para orientar gestores na tomada de decisão em prol de políticas que atenuem e superem os problemas que geram e são gerados pelo uso de drogas em cada sociedade (CARLINI *et al.*, 2010; BASTOS E BERTONI, 2014).

2.2. HISTÓRICO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL PARA USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

A ideologia e a perspectiva de uma sociedade sobre o uso e o usuário de drogas, influenciam na construção das políticas públicas sobre drogas (MOTA *et al.*, 2013). A formulação de políticas públicas referentes a estas e outras populações, deve ter por base evidências empíricas consistentes e a constante interlocução entre a epidemiologia e a análise de políticas públicas (UNODC, 2009).

No Brasil, as primeiras intervenções governamentais mais abrangentes sobre o uso de drogas ocorreram no início do século XX com a formação de um aparato jurídico-institucional encarregado de controlar o uso e comércio de drogas. O aparato jurídico formado ocupava-se essencialmente do controle das drogas ilícitas, criminalizando e proibindo seu uso e comércio no país. As penas determinavam a exclusão dos indivíduos do convívio social em prisões, sanatórios e a partir da década de 70 em hospitais psiquiátricos. Isto devido às influências das convenções e acordos internacionais que orientavam pela adoção de medidas de repressão e combate ao uso de drogas. Neste cenário surgiram os hospitais psiquiátricos e as clínicas de tratamento com abordagens moralizantes e marginalizadoras dos usuários (MACHADO E MIRANDA, 2007).

A partir da década de 70 o discurso médico de rotulação do usuário de álcool e drogas como doente legitima o predomínio da oferta de assistência em hospitais psiquiátricos e nos centros especializados de tratamento (COSTA, COLUGNATI e RONZANI, 2015). Estes serviços tinham como função tratar os usuários, “salvando-os das drogas”, recuperando-os e também punindo-os pelo uso. Neste contexto, a psiquiatria clássica passa a ser aliada dos mecanismos de controle e repressão propostos pelo Estado (MACHADO E MIRANDA, 2007).

Em 1976 é editada a Lei N. 6.368 que traz algumas atribuições para o sistema de saúde e para o Ministério da Previdência e Assistência Social no que tange ao tratamento de usuários de drogas ilícitas. Esta Lei favoreceu a criação do Conselho

Federal de Entorpecentes (COFEN) que teve papel relevante na condução das políticas sobre drogas (MACHADO E MIRANDA, 2007). Entretanto, essa lei foi proferida em pleno período ditatorial e seguiu o cenário internacional liderado pelos Estados Unidos de “Guerra às Drogas” possuindo caráter autoritário e repressivo (PASSOS E SOUZA, 2011).

A partir da década de 80, com a reforma psiquiátrica e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), há uma direção do discurso político sobre o tema das drogas mais ampliado e voltado a um olhar de saúde pública. Ganha força a estratégia de redução de danos proporcionando novas possibilidades de abordagem e atenção aos usuários de álcool e outras drogas (COSTA, COLUGNATI e RONZANI, 2015).

Em 1988 o COFEN produziu um documento chamado “Política Nacional na Questão das drogas” onde verificou-se uma ampliação na proposta de sua atuação junto aos usuários de substâncias psicoativas. Este documento orientava que a rede de saúde deveria atender de forma eficaz, não estigmatizante e utilizando-se dos hospitais gerais e ambulatórios quando fosse necessária a internação. Em 1996, outro documento editado pelo COFEN, o Programa de Ação Nacional Antidrogas, propõe o desenvolvimento harmônico de ações de tratamento, prevenção e repressão. No entanto as ações continuaram no âmbito da justiça, não havendo integração com as áreas de saúde mental e redução de danos (MACHADO E MIRANDA, 2007).

Esta ausência de harmonia entre ações de tratamento, prevenção e repressão é própria do arcabouço jurídico instituído para dar conta das políticas afetas às drogas. Para Passos e Souza (2011) há uma contradição nas propostas de abordagem ao tema: de um lado, uma Constituição que garante a liberdade individual de escolha das pessoas e uma política de saúde que pretende ser integral e de outra, uma lei do Direito Penal que impede que as pessoas usem certas substâncias.

É dentro desta lógica de embates que em 1998 institui-se a Secretaria Nacional Antidrogas, subordinada à Casa Civil da Presidência da República, órgão responsável pela política pública brasileira sobre drogas.

Nos anos 2000 seguem-se uma série de legislações que ora somam avanços, ora retrocessos em relação à atenção a este público. Em 2002 a criação e em 2005 a reformulação da Política Nacional sobre Drogas (PNAD). Em 2004 a Política Nacional de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas. Em 2006 a Lei 11.343 que veio substituir a legislação anterior brasileira sobre drogas (COSTA, COLUGNATI e RONZANI, 2015).

De acordo com Karam (2008) a Lei 11.346/06 é nova somente no tempo, pois continuou a complementar e somar forças ao proibicionismo dando continuidade às diretrizes dadas pelas convenções internacionais de que o Brasil é signatário, tais quais as leis anteriores de 1976 e 2002.

A Lei 11.346 continuou a violar uma série de direitos universais e princípios constitucionais, como a liberdade individual. Apesar das pretensões de representar uma lei emancipatória, na prática, não trouxe grandes avanços no que tange à abordagem de usuários de álcool e outras drogas. A abordagem proibicionista, por sua vez, impede também o controle sobre o que é produzido e consumido, dificulta o acesso às informações e assistência e fomenta a violência. Neste sentido, muitas vezes os prejuízos causados pela Lei de Drogas podem ser maiores do que os causados pelo seu uso (KARAM, 2008).

Em 2003 tem-se a edição da “Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas”. Este documento propôs que o consumo de substâncias psicoativas fosse considerado um problema de saúde pública e não um problema médico-psiquiátrico ou de justiça (BRASIL, 2003a). Há ainda a propositiva da abordagem de redução de danos como norteadora das práticas de cuidado a usuários de substâncias psicoativas dando ênfase aos cuidados no território de forma a primar pela convivência e reinserção social dos indivíduos.

Como avanço conceitual para o setor saúde, o documento cita ainda o reconhecimento da falta de conhecimentos técnicos dos profissionais de saúde como dificultador ao cuidado integral de usuários de álcool e outras drogas, o vazio assistencial para o cuidado dos usuários, a falta de articulação entre as políticas públicas e a crítica à direção proibicionista frente ao uso de drogas. A assistência aos usuários de álcool e outras drogas é colocada como uma tarefa de todos os níveis de atenção, inclusive da Atenção Primária à Saúde (APS). Merece também destaque a consideração dos indivíduos diretamente envolvidos com o uso de álcool e outras drogas como atores essenciais que devem estar envolvidos na elaboração das políticas sobre drogas.

Um passo relevante para a construção das políticas de saúde direcionadas a usuários de álcool e outras drogas foi a publicação, em 2011, da Portaria GM/MS nº 3.088 que estabelece a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Tal legislação busca incentivar a expansão da oferta de serviços em saúde para usuários de álcool e outras drogas definindo os pontos de atenção para este público e os parâmetros populacionais para implantação destes pontos dentro de seis componentes: atenção básica, atenção especializada, atenção hospitalar, atenção de caráter transitório, estratégias de desinstitucionalização, atenção de urgência e emergência e reabilitação psicossocial.

No componente da atenção básica, conformam-se os serviços ofertados pelas Unidades Básicas de Saúde, pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Centros de Convivência e equipes para populações específicas como as Equipes de Consultório na Rua (ECR). Na atenção Psicossocial Especializada encontram-se todos os tipos de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) existentes como os CAPS I, II e III, CAPSi (Centro de Atenção psicossocial Infantil), os CAPSad (Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool, crack e outras drogas). Na atenção de urgência e emergência encontram-se o Serviço de Atenção Móvel de Urgência (SAMU) e os CAPS que também devem realizar o acolhimento e atendimento das crises agudas e articular os cuidados que exigem internação ou que envolvam usuários residentes em serviços residenciais terapêuticos. No componente da atenção residencial de caráter

transitório encontram-se as Unidades de Acolhimento (UA) e as Comunidades Terapêuticas. No componente de atenção hospitalar institui-se os leitos de saúde mental em hospitais gerais e, por último, nas estratégias de desintitucionalização encontram-se os Serviços Residenciais Terapêuticos (BRASIL, 2011a).

Outra proposta trazida por esta legislação é a pactuação entre os municípios, regiões de saúde e estados para implantação destes pontos de atenção visando uma cobertura assistencial por região de saúde e de acordo com parâmetros populacionais.

Percebe-se que a própria abordagem da política sobre drogas no Brasil é bastante ambígua: ora se assume uma política de redução de danos que busca a emancipação do sujeito e reconhece sua autonomia, ora se impõe por meio da política proibicionista o discurso moral higienista através de abordagens de isolamento em hospitais, prisões, clínicas de tratamento (QUEIROZ *et al.*, 2014).

Apesar do tema das drogas ser frequentemente considerado como problema de saúde pública, isto não se reflete na organização da abordagem necessária dos profissionais e serviços de saúde. Vê-se que as estratégias governamentais para lidar com a questão das drogas têm sido, até o momento, mais fortemente conduzidas pelas posições políticas dos governos do que pela necessidade de saúde ou por influência de dados científicos e epidemiológicos (MACHADO E MIRANDA, 2007; COSTA, COLUGNATI e RONZANI, 2015).

A redução dos problemas ocasionados pelo uso de drogas se dá não pela repressão, mas sim pelo tratamento do sujeito e de sua demanda (MOTA *et al.*; 2013). Entretanto, um primeiro desafio colocado para a inversão deste modelo é a capacitação dos profissionais de saúde, assistência e justiça para lidar com toda complexidade de situações que envolve o uso de drogas.

2.3 A FORMAÇÃO EM SAÚDE NA ÁREA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Gradualmente tem se verificado o questionamento do modelo de Guerra às Drogas e o fortalecimento do modelo voltado ao tratamento em saúde no que tange à abordagem do tema. Para esta inversão, um dos desafios está em garantir atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas uma vez que os profissionais de saúde, da justiça, da assistência e de outros setores que devem ofertar atenção, vêm de uma formação voltada para o modelo de repressão a partir de compreensões morais e de uma ideologia de excluir o indesejável (JUNIOR *et al.*, 2015).

Na realidade de vários países, e dentre eles o nosso, as deficiências na formação dos profissionais de saúde para lidar com a abordagem e tratamento de usuários de álcool e outras drogas possuem impactos sobre a prática desses profissionais prejudicando e negligenciando cuidados possíveis e necessários a este público alvo (RONZANI, NOTO e SILVEIRA, 2014; JUNIOR *et al.*, 2015).

A oferta de processos educacionais voltados aos profissionais de saúde geralmente é marcada por ações pontuais, fragmentadas, variadas no que tange à metodologia (CECCIM e FEUERWERKER, 2004) e organizadas a partir de interesses políticos. Não há uma proposta de continuidade do processo formativo ou mesmo uma interlocução com outras áreas, o que dificulta o processo de mudança pretendido. Merece ainda destaque a crença de gestores e pesquisadores em um efeito mágico do processo educacional, como se fosse possível uma mudança rápida nas atitudes profissionais (JUNIOR *et al.*, 2015).

Outros desafios apontados na literatura aos processos de formação dos profissionais são: o engajamento dos gestores na proposta, a falta de autonomia dos profissionais para realizarem o trabalho que gostariam (JUNIOR *et al.*, 2015), a falta de comunicação entre os dispositivos da rede de saúde e intersetoriais (COSTA *et al.*, 2015), a sobrecarga de trabalho dos profissionais (MENDES, 2012), além da

dificuldade de lidar com a complexidade dos problemas que abarcam o uso de álcool e outras drogas (BASTOS e BERTONI, 2014).

Acrescenta-se a essa gama de desafios a imensa rede de profissionais do SUS espalhados pelas ESF, NASF, CAPS, hospitais, etc. Garantir que a formação seja permanente torna-se um desafio ainda mais ousado (JUNIOR *et al.*, 2015), principalmente frente à alta rotatividade dos profissionais de saúde de acordo com as mudanças de gestão e a precariedade dos vínculos de trabalho (MENDES, 2012).

Contudo, o processo de incorporação do conhecimento à prática profissional é complexo, indo além da mera transmissão da informação ou aquisição de conhecimentos técnicos (COSTA *et al.*, 2015).

A formação de profissionais que atuam com usuários de álcool e outras drogas não está desconectada do restante da sociedade (COSTA e PAIVA, 2016). Qualquer proposta de formação deve fazer parte de um processo de busca de ampliação da potencialidade de uma rede de atenção (JUNIOR *et al.*; 2015) e instituir-se de forma contínua experimentando na prática o conhecimento que se pretende disseminar.

Junior *et al.* (2015) consideram que no campo de álcool e outras drogas, a formação deve conseguir o alcance de pelo menos três aspectos essenciais: deve ter pertinência com as políticas públicas vigentes; deve aproximar-se da realidade de quem lida com os usuários de álcool e outras drogas produzindo significados e; deve consolidar-se como uma ação permanente de forma a ampliar a potencialidade da rede de atenção.

Embora as ações de capacitação sempre visem a melhoria do desempenho de pessoal, nem toda ação de capacitação pode ser considerada como educação permanente. Esta última deve ter por objetivos empreender mudanças institucionais mais amplas (BRASIL, 2009). A formação deve constituir-se em uma ação capaz de ampliar a rede de cuidados e não como ação com objetivo de ter um fim em si mesmo. Nesse sentido apresenta-se como uma atividade meio (JUNIOR *et al.*, 2015).

A formação permanente em saúde deve também conseguir despertar nos profissionais a construção do olhar integral sobre os sujeitos, visando sua autonomia, considerando não só o saber clínico e epidemiológico, mas também as histórias de vida, a cultura, buscando compreender a complexidade biopsicossocial dos determinantes de saúde (FIGUEIREDO e CAMPOS, 2014). Alcançar esta direção do cuidado requer investir em práticas construídas a partir do diálogo, da negociação, do compartilhamento de saberes e do poder através do vínculo, da corresponsabilização, do trabalho em equipe e em rede (CECCIM e FEUERWERKER, 2004).

Figueiredo e Campos (2014) propõem que a formação dos profissionais do SUS em direção às práticas descritas acima deve seguir o método Paideia. Nesta metodologia, a formação deve dar-se por meio de ações de apoio institucional, apoio matricial, clínica ampliada e compartilhada de modo que se efetivem para as equipes espaços coletivos para elaborar projetos comuns, trabalhar conflitos e ampliar a capacidade dos profissionais de criticar, analisar e tomar decisões.

O objetivo deste método é provocar uma gestão compartilhada entre profissionais, gestores e população para lidar com as necessidades, dificuldades e adversidades implicadas na produção do cuidado em saúde. Para o alcance deste objetivo é necessário a função do apoiador como aquele capaz de provocar reflexões, chamar para o debate, conduzir a intervenção dos envolvidos estimulando novas práticas (CAMPOS, 2000).

Enfim, a formação em saúde voltada ao tema do cuidado de usuários de álcool e outras drogas, emerge como um caminho possível, mas com a necessidade de também ser problematizada, especialmente no que se refere a seus pressupostos e metodologias (COSTA e PAIVA, 2016). Urge avançar na formação capaz de problematizar os rumos das políticas vigentes, desvendando interesses políticos e ideológicos. É necessário que a formação desperte nos profissionais a capacidade para identificar e atuar sobre as vulnerabilidades que envolvem o uso de drogas (CAVALLARI e SODELLI, 2002), mas é necessário também superar o modelo proibicionista de abordagem às drogas (KARAM, 2008; RODRIGUES, 2008) somado-se com o investimento em políticas públicas mais integrais.

2.4 A SAÚDE MENTAL E A POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Por ocasião da III Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em 2001 tivemos a afirmação da Atenção Primária à Saúde como contexto privilegiado para acolhimento e atenção dos usuários de álcool e outras drogas evidenciando, de forma ética e diretiva, a afirmação e elaboração de estratégias e propostas para efetivar e consolidar um modelo de atenção aos usuários de álcool e outras drogas que garanta o seu atendimento pelo SUS (BRASIL, 2002).

Os dispositivos da atenção primária à saúde são privilegiados para o cuidado em saúde mental, pois estão mais próximos dos territórios, das pessoas e conhecem mais a fundo suas vivências, expectativas, vulnerabilidades e potencialidades. A compreensão das vivências dos sujeitos em seu contexto propondo abordagens mais flexíveis a partir da possibilidade de cada pessoa produz ações de cuidado menos estigmatizantes e possui mais aceitação e adesão por parte dos sujeitos envolvidos com uso prejudicial de drogas (SILVEIRA E RONZANI, 2011).

É a Estratégia de Saúde da Família um espaço adequado e propício para fazer cuidados em saúde mental com foco na integralidade, pois ali se encontram o sujeito, seu meio social, seu território, dispositivos assistenciais e comunitários e a família, e é com isso que os profissionais terão que contar para construir os cuidados necessários para cada caso (ALVES, 2001). A ESF é operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades de saúde, tendo como máximo recomendado o equivalente a quatro mil pessoas sob sua responsabilidade para prestar atenção integral em saúde (BRASIL, 2011b).

A integralidade é algo construído cotidianamente pelos atores em suas práticas na atenção e no cuidado em saúde mental. Neste sentido para que ela se efetive os profissionais e usuários dos serviços de saúde devem conseguir ter diálogos, compartilhar saberes e produzir respostas positivas às necessidades de saúde da população (SILVA *et al.*, 2004). Os dispositivos da atenção básica ocupam um lugar especial nas políticas sobre drogas, pois trabalham diretamente onde os

conflitos da vida cotidiana acontecem, constituindo-se no serviço de saúde mais próximo dos usuários prejudiciais de álcool e outras drogas (BRASIL, 2005b).

As equipes de saúde da família devem se preparar para acolher o usuário de drogas desenvolvendo um trabalho pautado no vínculo e na confiança, elementos fundamentais para a adesão ao tratamento. A vulnerabilidade e a marginalidade que acompanham o usuário prejudicial de substâncias psicoativas podem tornar-se barreiras intransponíveis se não manejadas com foco no acolhimento (VINADÉ, 2009). Assim, no que diz respeito à questão do álcool e outras drogas, é primordial o papel das ESF na prevenção do uso prejudicial, dos riscos a ele associados e no tratamento dos problemas clínicos, psicológicos e sociais relativos ao uso, abuso e dependência química (BRASIL, 2005b).

A Política Nacional de Atenção Básica inclui entre o conjunto de ações que caracteriza uma atenção integral à saúde a promoção, a prevenção de agravos, o tratamento, a reabilitação, o diagnóstico, a redução de danos (RD) e a manutenção da saúde (BRASIL, 2011b). A inclusão da redução de danos como uma das ações a serem desenvolvidas pela atenção básica à saúde pressupõe uma abordagem possível para lidar com os diversos agravos e condições de saúde da população em uso abusivo de álcool e outras drogas.

As ferramentas da escuta, do acolhimento, da empatia e do vínculo são potentes para vinculação e acesso de usuários prejudiciais de álcool e outras drogas aos dispositivos de cuidado da atenção primária (BRASIL, 2013). Neste íterim merece destaque a figura do Agente Comunitário de Saúde, profissional com capacidade de representar e conhecer de forma ativa sua comunidade e os dispositivos de saúde fazendo o elo entre as necessidades de saúde e as possibilidades de cuidado (SILVA *et al.*, 2004).

2.5 O PROCESSO DE TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) surgiu na década de 80 como experiência de caráter emergencial no Estado do Ceará com o intuito de reduzir os altos índices de mortalidade materno-infantil. A proposta era investir em um profissional de saúde mais atento ao sofrimento da comunidade, que pudesse representar um elemento integrador entre comunidade e serviços de saúde. A experiência foi tão bem sucedida que serviu de estímulo para iniciativas de implementação da política em todo o território institucionalizando-se como política nacional a partir de 1991 (SILVA *et al.*, 2004).

Com a criação do PACS, o foco de atendimento que antes era voltado para o indivíduo passa a ser a família e a atenção básica expande suas ações para fora das Unidades de Saúde. O ACS é o profissional que deve ir ao encontro das famílias em suas casas e nos territórios. Para Jardim e Lancman (2009) o ACS emerge da comunidade sem bagagem técnica específica e deve buscar, por meio do diálogo e aproximação com sua comunidade, profissionais e sistema de saúde, compreender o processo saúde doença da população e intervir como agente educador e facilitador de acesso aos serviços de saúde. Caracterizam-se por serem os profissionais onde a população deposita seus anseios, sendo os representantes do sistema de saúde com contato mais íntimo e frequente com os usuários.

Em 1994 os ACS passam a compor a equipe mínima do Programa Saúde da Família juntamente com o enfermeiro, o médico, o auxiliar ou técnico de enfermagem, o dentista e o auxiliar e/ou técnico de saúde bucal. Cada equipe da Estratégia Saúde da Família é responsável por um número de famílias de uma determinada área de abrangência e sua atuação deve dar-se nos domicílios, na comunidade e na Unidade Básica de Saúde.

São os ACS os profissionais responsáveis por: cadastrar as pessoas de sua microárea; orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade; desenvolver ações que busquem a integração entre a

equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade; desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade; estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças, e ao acompanhamento do processo saúde-doença das pessoas (BRASIL, 2011b). Para realizar seu trabalho o ACS deve estabelecer vínculo com sua população amparado por uma relação de confiança com sua comunidade.

Entretanto, para Furlan (2008) as demandas trazidas atualmente aos ACS são mais complexas do que aquelas que se apresentavam a estes profissionais quando da implantação do PACS. Somou-se ao quadro de doenças infecto-parasitárias as situações de violência, uso de drogas e doenças crônicas.

As precárias condições de vida em que vivem parte da população, bem como a escassez de infraestrutura urbana em algumas comunidades são outros dos vários desafios enfrentados no dia-a-dia de trabalho dos ACS. Neste contexto, trabalhar com prevenção e promoção da saúde, tal qual proposto para ESF, torna-se tarefa difícil, pois muitas vezes a comunidade não dispõe das condições mínimas para manter uma qualidade de vida digna. Tais situações podem gerar um sentimento de impotência para os ACS's frente às situações encontradas (BISPO, 2011).

Na prática cotidiana, estes profissionais acabam se defrontando com questões que demandariam a construção de políticas públicas mais amplas do que as práticas de saúde que as equipes de atenção básica conseguem ofertar. Desta maneira, são os ACS os profissionais que muitas vezes levarão inquietações para a equipe porque trazem situações complexas que não podem ser resolvidas no nível do biológico (FURLAN, 2008).

Outras vezes este profissional poderá se identificar mais com sua equipe do que com a sua comunidade como uma forma de se proteger de demandas excessivas ou mesmo proteger-se de um campo de sofrimento que não é possível

de ser resolvido, pois envolve a subjetividade dos modos de vida de cada um. Muitas vezes isto trará o sentimento de impotência, desestímulo e insatisfação para com o trabalho (BISPO, 2011; JARDIM E LANCMAN, 2009).

Para minimizar estes conflitos que os ACS's vivenciam no seu dia-a-dia de trabalho (representante da equipe de saúde x representante da comunidade) é importante o compartilhamento e a construção conjunta com sua equipe do que é necessidade de saúde e do que é possível de se construir juntamente com os usuários. Há ainda a necessidade de munir estes profissionais de conhecimentos diversos em torno do processo saúde-doença incorporando também saberes que os habilitem a lidar com a interação cotidiana das famílias e suas necessidades (BISPO, 2011).

Cordeiro et al. (2014) em estudo publicado sobre a avaliação de processo educativo realizado com ACS sobre consumo prejudicial de drogas, discute alguns dos entraves que se colocam a esta categoria de profissionais no cuidado de usuários de álcool e outras drogas. Ao lidar com este público, geralmente os ACS revelam medo, despreparo e sentem-se mal apoiados para atuar com a questão das drogas. Frequentemente os ACS reproduzem o senso comum compreendendo o uso de drogas como uma questão de ordem moral, o que dificulta a atuação junto a esse grupo. Os autores ponderam que a ausência do Estado nos territórios, faz com que muitas vezes as UBS sejam as únicas instituições a que as pessoas podem recorrer quando vivenciam com o uso problemático de drogas. Paiva et al. (2014) acrescentam que a deficitária ou inexistente integração entre a rede assistencial em saúde e as demais redes sociais e comunitárias que deveriam estar presentes na construção do cuidado e na (re)inserção social dos usuários problemáticos de drogas, apresenta-se como mais uma barreira no processo de trabalho dos ACS.

Os ACS, tais quais outras categorias profissionais, encontram dificuldades para refletir e compreender a contradição entre a exposição e acirramento das vulnerabilidades a que está exposta suas comunidades e o paradigma da proibição e da moral que predominam no senso comum no trato da questão das drogas. Neste ínterim, geralmente estes profissionais sentem-se impotentes, com medo e inseguros com relação ao cuidado destes usuários. A ausência de espaços

assegurados para reflexão e formação dos profissionais da atenção básica contribui para perpetuar as amarras ideológicas do senso comum e da proibição (CORDEIRO *et al.*; 2014).

Um destes conhecimentos para lidar com as questões que envolvem o uso de drogas entre a população, necessário às equipes de atenção básica e em especial, ao ACS, é a direção proposta pela abordagem de Redução de Danos (VINADÉ, 2009).

2.6 A POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS

A estratégia de redução de danos, de modo geral, vem se consolidando como um movimento de oposição à política de Guerra às Drogas que visa impulsionar a construção de uma política de drogas democrática (CAVALARRI e SODELLI, 2002; PASSOS e SOUZA, 2011).

Sua origem deu-se em 1926 na Inglaterra, quando foi possibilitado que os médicos prescrevessem uma quantidade mínima de drogas para dependentes que necessitavam das doses, seja devido aos quadros de abstinência ou para que o paciente levasse uma vida normal e produtiva. Entretanto, é somente com a proposta de combater a epidemia de hepatites B na década de 80, na Holanda, que os princípios da Redução de Danos começam a ser sistematizados em forma de programas (BASTOS e MESQUITA, 2002; SODELLI, 2012).

No Brasil, tal política foi adotada como estratégia de saúde pública pela primeira vez, no ano de 1989, em Santos/SP, como tática para conter os altos índices de transmissão do vírus HIV relacionados ao uso de drogas injetáveis (CAVALARRI e SODELLI, 2002). Em 2003 as ações de Redução de Danos deixam de ser exclusivas para o trabalho de DST/AIDS e passam a incorporar a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (PASSOS *et al.*, 2011).

Para Sodelli (2012) o alcance de uma política de drogas baseada na redução de danos deve considerar alguns princípios básicos: 1 - As drogas não são, *a priori*, nem benéficas e nem malélicas. A análise deve partir da compreensão da relação que os sujeitos estabelecem com as substâncias psicoativas a que recorrem para uso. 2 - As ações a serem desenvolvidas com usuários de drogas devem ter por base conhecimentos científicos; 3 - O trabalho com os usuários de drogas deve dar-se de forma sistemática podendo ser a médio ou longo prazo; 4 - O objetivo das ações deve ser o fortalecimento da autonomia dos sujeitos e o respeito aos direitos humanos.

Outra consideração importante ao se trabalhar com a abordagem de redução de danos é o reconhecimento da inevitabilidade de um determinado nível de consumo de drogas pelas pessoas. Sendo impossível uma sociedade livre de drogas, ao invés de “combatê-las”, moralizar o uso e estigmatizar o usuário, o melhor é minimizar os riscos e os efeitos danosos do uso prejudicial (MARLATT, 1999). Neste sentido, não é uma política instituída de cima para baixo. Pelo contrário, ela é uma alternativa que surge da necessidade dos usuários.

Um princípio seguinte para que a estratégia de RD se efetive é a aproximação com os usuários de drogas e aceitação do sujeito com suas vivências e escolhas sem um olhar moralizante ou de reprovação (NERY, VALÉRIO e MONTEIRO, 2012; CONTE *et al.*, 2004).

Há, entretanto, posições diversas quanto ao conceito de Redução de Danos. Alguns estudiosos da área entendem que a abordagem tem a abstinência como o resultado ideal, sendo o foco a redução do uso de substâncias e das situações de risco a ela associados (MARLATT, 1999). Para outros, o cerne da abordagem de redução de danos está na produção de sujeitos mais autônomos, nas possibilidades que o vínculo entre profissional e usuário podem provocar e nas ações que abordam o uso nocivo de drogas sem ter como foco a necessidade de interromper o uso (PETUCO, 2006; SODELLI, 2012).

Neste estudo adotamos a orientação pela Redução de Danos que estabelece que os indivíduos sejam acolhidos sem um olhar estigmatizante, com respeito ao tratamento não forçado, reconhecendo nos usuários de drogas um indivíduo que fez uma “escolha” de comportamento social que pode não ser saudável, mas que deve sempre ser respeitado e acolhido (BOITEUX e RIBEIRO, 2002). Por este motivo, a redução de danos também é conhecida como abordagem de baixa exigência, pois não estabelece que a pessoa consiga atingir a abstinência para se beneficiar dos tratamentos possíveis (MARLATT, 1999).

Nesta direção, acreditamos que não é possível desenvolver ações de redução de danos quando o foco está no uso de drogas e não nas vulnerabilidades e subjetividades que envolvem este uso (SODELLI, 2012). A direção do cuidado proposto pela RD deve possibilitar o direito de escolha dos usuários de drogas e a responsabilidade da pessoa diante da sua vida, de forma que esta abordagem vislumbre a universalidade da população envolvida com drogas. O objetivo deve ser

produzir sujeitos mais autônomos, com responsabilidade por suas escolhas e corresponsáveis pela superação de suas dificuldades (CONTE *et al.*, 2004) sem, entretanto, deixar de reconhecer e intervir sobre as vulnerabilidades que envolvem este uso (CAVALLARI e SODELLI, 2002).

Como uma abordagem baseada em um conceito mais ampliado no campo da Saúde Coletiva ela requer a valorização do desejo e das possibilidades dos sujeitos para os quais estamos buscando a oferta de cuidados. Isto só será possível se os profissionais responsáveis por acolher e ofertar cuidados aos usuários de drogas lançarem mão do que Merhy (2007) intitula de “tecnologias leves” que pressupõem o diálogo e a negociação com os sujeitos. É necessário considerarmos as construções que as pessoas fazem ao longo de suas vidas, suas necessidades e angústias (NERY, VALÉRIO E MONTEIRO, 2012). Tomar o usuário como objeto, como uma caixa vazia de saberes é o início do fracasso de um processo de cuidado (MERHY, 2007).

Esta centralidade no desejo das pessoas, nas relações entre profissionais e usuários, caracteriza a redução de danos como uma abordagem menos normalizadora e prescritiva, pois se busca alternativas que não ditem condutas corretas ou inadequadas (CONTE *et al.*, 2004). As relações estabelecidas entre os profissionais e usuários devem ter prioridade neste processo de cuidado. Esta abordagem, entretanto, só será possível no encontro trabalhador – usuário, no momento do trabalho vivo em ato (MERHY, 2007).

Há uma variedade de ações possíveis de serem desenvolvidas com os usuários prejudiciais de substâncias psicoativas quando os profissionais compreendem a direção da redução de danos como aquela que propicia o olhar integral, humanizado, de respeito e construção de possibilidades de vida para com os sujeitos. Nesta perspectiva, as ações podem envolver o uso protegido, a orientação para o uso em locais mais seguros, ações que reduzam o potencial aditivo das substâncias, a diminuição desse uso, a substituição por substâncias que causem menos problemas (MARLATT, 1999), o cuidado de outras condições de saúde para até permitir a continuidade do uso se assim for o desejo da pessoa e o vínculo que faz avançar nas propostas de cuidado, de intervenções em saúde e no

reconhecimento das possibilidades de cada sujeito (NERY, VALÉRIO e MONTEIRO, 2012) etc. Para que isto seja possível, é necessário disseminar conhecimentos relacionados ao uso de risco, aos efeitos das substâncias e à instrumentalização dos profissionais quanto às possibilidades de intervenções sobre as vulnerabilidades (CAVALARRI e SODELLI, 2002). Conhecimentos, entretanto, que não são possíveis de avançar caso a direção continue a ser a política da proibição.

2.7 O ESTIGMA E SUAS IMPLICAÇÕES NO CUIDADO DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Outro aspecto relevante na abordagem da redução de danos é trabalhar o estigma que a população, familiares, profissionais e os usuários possuem sobre sua condição de maneira a superar as barreiras que os impedem de buscar auxílio e ter acesso aos serviços de saúde de forma a minimizar sua vulnerabilidade e marginalidade (SILVEIRA *et al.*, 2013).

O termo estigma foi criado pelos povos gregos que tinham o costume de marcar a pele, com sinais feitos com fogo ou corte, daqueles que eram considerados perigosos, criminosos, escravos ou inaptos para a vida social (GOFFMAN, 1978).

Todas as sociedades definem regras sociais e formas corretas de segui-las, podendo impô-las em certo momento ou em determinadas circunstâncias. Elas são criadas de acordo com interesses de alguns grupos que impõe e defendem o que é certo ou errado. O grupo que possui interesse em criar uma opinião favorável às regras que defendem usará a opinião pública e buscará através de poder assegurar que as pessoas compartilhem de suas opiniões. Quando uma pessoa não consegue seguir ou se adequar àquela regra ela é encarada como um desviante (BECKER, 2008).

Ser reconhecido como desviante ou obter uma marca indesejável tem importantes consequências para a vida social do sujeito. Muitas vezes o desvio ou característica marcante passa a ser a forma de reconhecimento do sujeito destruindo a possibilidade de se perceber neste indivíduo outros atributos que ele possa ter (GOFFMAN, 1978; BECKER, 2008).

A posse de uma característica desviante pode ter um valor simbólico generalizado fazendo com que as pessoas acreditem que o desviante possua outros traços indesejáveis associados a ele. Ser reconhecido por um desvio pode prejudicar todo o contato social produzindo um isolamento que a atividade desviante somente, nunca poderia causar (BECKER, 2008).

Assim temos o estigma: uma associação negativa a determinados comportamentos ou grupos que faz com que as pessoas atingidas por essa marca sejam excluídas e marginalizadas de algumas relações sociais (GOFFMAN, 1978; OLIVEIRA e RONZANI, 2012).

O afastamento social, como uma das consequências do estigma, pode dificultar o acesso aos cuidados em saúde, educação, emprego, moradia e outros. Na área da saúde a atribuição de determinadas características ou estigma a determinado grupo ou pessoas antes de se conhecer a fundo suas causas e consequências faz com que a atuação dos profissionais seja limitada e ainda que a pessoa ou o grupo para o qual se busca o cuidado não receba uma atenção integral (GOFFMAN, 1978; RONZANI, NOTO e SILVEIRA, 2014).

Nas situações de dependência de substâncias e transtornos mentais é comum vermos julgamentos culpabilizando indivíduos por seus comportamentos desviantes. A percepção mais comum é atribuir ao indivíduo as causas e a responsabilidade individual por suas condições, o que dificulta a possibilidade de cuidado. Muitas pessoas não iniciam o tratamento ou os abandonam prematuramente porque são estigmatizados e conseqüentemente percebidos de forma negativa pela população e pelos profissionais de saúde (SILVEIRA *et al.*, 2013).

Essa percepção negativa sobre determinada situação ou condição é internalizada não só pelos grupos externos, mas também pela própria pessoa que sofre o estigma contribuindo negativamente para a permanência da situação problema e internalizando e reforçando no sujeito estigmatizado a condição de impotência para modificar hábitos de vida. O autoestigma gera, portanto, o sentimento de inferioridade, de desvalorização e redução da autoestima aumentando a exclusão social. Assim como o estigma social, o autoestigma pode ser tão ou mais prejudicial do que a própria condição em si (SILVEIRA *et al.*, 2013; OLIVEIRA E RONZANI, 2012).

É importante conhecer a perspectiva que os usuários de substâncias possuem sobre si mesmos para compreendermos porque aceitam ou recusam

tratamento. Muitos usuários de substâncias com estigma internalizado preferem manter em segredo sua condição de saúde para evitar a discriminação. Esta internalização do estigma pode acarretar baixa adesão ao tratamento ou menor disposição para mudanças comportamentais agravando as condições de saúde e até mesmo deteriorando a qualidade de vida (SILVEIRA *et al.*, 2013)

A estigmatização associada às drogas ilícitas e a repetição de jargões como “a droga está destruindo a nossa sociedade” ou “devemos declarar guerra às drogas”, trazem consigo uma “demonização” da substância que se estende ao usuário e este passa a ser visto como uma “pessoa má” (KARAM, 2008). Esta internalização desta percepção sobre a droga e sobre o usuário pelos profissionais de saúde reduz a percepção dos sujeitos e as possibilidades de estabelecer com eles e para eles suporte social, educacional e de saúde. Portanto, a qualidade do trabalho em saúde com usuários de álcool e outras drogas está relacionada à forma como os profissionais percebem o uso de drogas e os usuários (RONZANI E ANDRADE, 2006).

O estigma que envolve familiares e usuários de álcool e outras drogas apresenta-se também como um desafio ao processo de formação dos profissionais (JUNIOR *et al.*, 2015). As instituições (escola, serviços de saúde, assistência, igrejas etc) possuem um potencial de transformar de forma decisiva a reprodução ou cisão da exclusão social. Entretanto, devido aos estigmas construídos e reproduzidos socialmente, muitas vezes acabam por reforçar fracassos e inaptidão social (SOUZA, 2016).

O pesquisador Jessé de Souza, em seu livro *Crack e Exclusão Social*, auxilia-nos a refletir sobre os estigmas relacionados aos usuários de crack e sua função social. Por trás de toda violência praticada pelos agentes do Estado contra os usuários de crack das cenas urbanas está a construção social de que eles são indignos, não humanos e por isso podem ser violentados. A população de rua encontra-se assim, totalmente exposta à violência policial, pois a ação desta é legitimada pelo senso comum através da sustentação de estigmas. Aqui fica evidente a função social do estigma contra a população de rua: dar às instituições estatais o poder de reproduzir uma ordem excludente, desclassificando estes sujeitos a ponto de sequer conseguir

ter acesso a direitos básicos e muito menos estar no mercado formal de trabalho (SOUZA, 2016).

Os profissionais de saúde também sofrem influências desses valores hegemônicos sem necessariamente terem consciência ou controle sobre isso. Desta forma, o estigma se manifesta também pela desconfiança dos usuários em relação aos serviços oferecidos, prejudicando o vínculo, o sucesso do tratamento e até mesmo contribuindo para práticas desumanas e excludentes para com usuários de álcool e outras drogas pelos profissionais que deveriam fazer o enfrentamento político do estigma (RONZANI, NOTO E SILVEIRA, 2014).

3 OBJETIVOS DA PESQUISA

OBJETIVO GERAL:

Analisar os saberes e práticas de Agentes Comunitários de Saúde direcionados a usuários de álcool e outras drogas no contexto da APS.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- a) Compreender a percepção de Agentes Comunitários de Saúde capacitados pelo Curso Caminhos do Cuidado sobre o uso e sobre o usuário de drogas;
- b) Compreender a percepção de Agentes Comunitários de Saúde capacitados pelo Curso Caminhos do Cuidado sobre a abordagem de redução de danos;
- c) Identificar ações de cuidado direcionadas a usuários de álcool e outras drogas e seus familiares desenvolvidas por ACS.
- d) Compreender as limitações e potencialidades das práticas de ACS para o cuidado de usuários de álcool e outras drogas;

4 MÉTODO

Esta pesquisadora compartilha com Nery, Valério e Monteiro (2012) a compreensão de que toda conduta humana carrega consigo um significado social que deve ser respeitado e compreendido em determinado contexto histórico, cultural, econômico e social. Parte considerável da população faz uso abusivo e prejudicial de drogas. Há uma inclinação da mídia e de alguns setores sociais de menosprezar a identidade destes usuários e suas histórias de vida. Há uma invisibilidade social perante as necessidades dessa população o que reforça as situações de exclusão social. Devido a esta situação e ao estigma construído pela mídia e determinados grupos sociais, esta população apresenta dificuldade para acessar os serviços de saúde e assistência.

Adotaremos neste trabalho a orientação pelo cuidado em saúde baseado no conceito de Redução de Danos como uma estratégia de defesa da vida e da democracia (SODELLI, 2012; MARLATT, 1999). Nesta perspectiva se aceita o fato de que é uma idealização uma sociedade livre de drogas e a abstinência como única possibilidade de cuidado aos dependentes. Nesta abordagem, a ênfase é dada às ações que aumentam a consciência dos comportamentos de alto risco, dos efeitos do uso de substâncias psicoativas e na necessidade de reforçar as habilidades para o uso menos prejudicial e que evite colocar em risco a saúde e a vida das pessoas (CAVALLARI E SODELLI, 2002).

Quando proponho compreender as percepções e crenças de determinados grupos sociais em determinados contextos históricos, e no caso desta pesquisa, compreender a percepção de agentes comunitários de saúde, sobre determinado grupo e condição de saúde, a abordagem que melhor atende aos objetivos deste estudo é a qualitativa.

De acordo com Minayo (1993), quando falamos de situação de saúde ou doença, essas categorias trazem uma carga histórica, cultural, política e ideológica que não pode ser contida apenas num dado estatístico. A análise dos significados das experiências particulares e da prática cotidiana de profissionais de saúde é de

extrema importância para a compreensão das posturas assumidas por profissionais de saúde frente a determinados grupos e situações de saúde.

Na abordagem qualitativa o pesquisador deve se apropriar de uma série de literatura teórica sobre o tema de estudo a fim de compreender: o seu contexto de estudo; o que já foi descoberto sobre o tema de uma forma geral; quais as teorias e conceitos utilizados ou contestados sobre o tema; e também para formular o pensamento que guiará o pesquisador na compreensão dos seus dados (FLICK, 2009).

4.1 O CENÁRIO

Considerando minha atuação na área de atenção primária e da saúde mental na Região de Saúde de Ubá, como gestora regional de saúde, representante da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, bem como a facilidade de acesso aos informantes residentes no município polo da Região de Saúde, o cenário da presente pesquisa foi o município de Ubá, localizado na Zona da Mata Mineira, e pertencente à Região de Saúde Ampliada Sudeste.

Desde a edição da Portaria 3088 de 2011 foram implantados na Região de Saúde de Ubá 11 novos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) dentre os dispositivos dos componentes especializados, de desinstitucionalização e hospitalares. Até 2011, os 20 municípios da Região de Saúde contavam apenas com um serviço CAPS modalidade II implantado em Ubá, que referenciava uma população de aproximadamente 290 mil habitantes. O mapa abaixo demonstra a situação atual de implantação dos serviços de atenção psicossocial na Região de Saúde de Ubá.

FIGURA 1 – Mapa da Região de Saúde de Ubá com dispositivos da RAPS implantados dos componentes atenção especializada, desinstitucionalização e atenção hospitalar. Dezembro de 2016.



Com relação aos serviços de atenção especializada/estratégica em saúde mental, conforme figura 1, identificamos no município de Ubá um CAPS modalidade II regional que atende a outros três municípios além do município sede, totalizando uma população aproximada de 135 mil habitantes e um CAPS AD III, implantado em março de 2016, que atende aos 20 municípios da Região de Saúde de Ubá totalizando cerca de 290 mil habitantes (DATASUS, 2016). Na atenção hospitalar em saúde mental, o município conta com seis leitos de saúde mental implantados no hospital da Rede Fhemig, Casa de Saúde Padre Damião. Na atenção de urgência e emergência o município conta com dois hospitais regionais filantrópicos que totalizam 149 leitos SUS. Neste nível assistencial encontra-se ainda uma Unidade de Suporte Avançado do SAMU e uma Unidade de Suporte Básico (DATASUS, 2016).

O município, sede da Região de Saúde, possui população de 104.004 habitantes, sendo cerca de 97% desta residente na zona urbana. Conta com 19 equipes da Estratégia Saúde da Família, 6 Equipes de Saúde Bucal (ESB) e dois

Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) como dispositivos da Atenção Primária à Saúde (Departamento de Atenção Básica/MS, 2016). A tabela abaixo demonstra os dados de cobertura dos serviços de atenção básica do município de Ubá referentes ao mês de junho de 2016.

Tabela 1 – Distribuição das equipes de ACS, ESF, Saúde Bucal e NASF do município de Ubá em Junho de 2016.

Equipes	Número absoluto	Proporção de cobertura populacional estimada
ACS	78	43,12%
ESF	19	63%
NASF	2	-
ESB	6	17,31%

FONTE: MS/SAS/DAB e IBGE.

Conforme pode ser observado na tabela 1, a cobertura de ACS é menor do que a cobertura de ESF, pois geralmente as equipes apresentam-se incompletas com áreas não cobertas por ACS.

Outro dado a ser considerado neste estudo e que tem provocado impactos na atenção em saúde mental local é a contemplação do município de Ubá na I Chamada do Percurso Formativo da RAPS em 2014. Tal projeto é financiado pelo Ministério da Saúde e tem por objetivo promover a troca de experiências entre redes de saúde mental e ampliar as possibilidades de intervenção do profissional a partir da convivência com outras realidades (BRASIL, 2015a).

No Projeto de Percursos Formativos são chamadas de redes receptoras aquelas que indicaram potencialidades para desenvolver propostas e estratégias de intercâmbio na RAPS do seu território, favorecendo por meio deste a troca de experiências profissionais. São chamadas de redes visitantes aquelas que indicaram

o interesse em aprimorar e aprofundar as experiências e conhecimentos relativos a uma das linhas de ação de interesse. O município de Ubá foi contemplado como “rede visitante” indicando o interesse em aprimorar e aprofundar as experiências e conhecimentos relativos à linha de cuidados da desinstitucionalização. Neste sentido o município trocou experiências e enviou profissionais da rede de atenção psicossocial municipal para o município de Sorocaba/SP (BRASIL, 2015a). Cerca de 30 profissionais da rede de saúde de Ubá passaram 30 dias em Sorocaba aprimorando conhecimentos e trocando experiências em saúde mental com profissionais e serviços daquele território.

Vale também considerar que o município capacitou ACS e auxiliares e técnicos de enfermagem (ATENFs) no Projeto Caminhos do Cuidado para atuação com usuários de álcool e outras drogas no contexto da atenção primária à saúde. Esta capacitação ocorreu entre agosto de 2014 a junho de 2015.

4.2 OS PARTICIPANTES

Optei por incluir na presente pesquisa somente ACS por tratar-se de um número maior dentre as categorias de profissionais da APS, sendo este o profissional mais próximo do território, das demandas da população de sua área de abrangência estando em contato permanente com as famílias, sendo, portanto representativo dos olhares que a atenção primária lança para usuários de álcool e outras drogas (MACIEL *et al.*, 2012).

Tendo por definição o ACS como informante, o primeiro critério utilizado para compor o plano amostral foi a seleção dos participantes por amostragem intencional, que foram propositalmente escolhidos com base na qualidade das informações que poderiam ser obtidas deles (TURATO, 2008). Com este objetivo, iniciei contato telefônico com os enfermeiros das Equipes de Saúde da Família do município de Ubá expondo os objetivos do estudo e solicitando que cada enfermeiro indicasse um agente de sua equipe que pudesse representar um bom informante no que tange aos cuidados ofertados aos usuários de álcool e outras drogas de sua área de

abrangência. Utilizei como critério o contato com os enfermeiros, pois são estes profissionais os responsáveis por planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS de uma equipe de Saúde da Família (BRASIL, 2011b), possuindo um conhecimento mais sensível das capacidades de trabalho e ações desenvolvidas por cada ACS sob sua responsabilidade.

O segundo critério para participação na pesquisa é que o ACS indicado deveria ter participado e concluído o Curso Caminhos do Cuidado. Anterior a este processo de contato com os enfermeiros realizei também levantamento junto à Secretaria Municipal de Saúde de Ubá identificando, através de listas de presenças cedidas pela coordenação de saúde mental municipal e coordenação da APS, os Agentes Comunitários de Saúde que concluíram a formação do Projeto Caminhos do Cuidado para assegurar que o informante indicado pelo enfermeiro havia concluído o curso. No total de 78 ACS do referido município, 64 foram capacitados pelo Curso Caminhos do Cuidado.

A opção de incluir ACS que passaram por esta formação deu-se por acreditar que estes seriam profissionais que reuniriam percepções menos estigmatizantes e que pudessem contribuir com achados inovadores no que tange às possibilidades de cuidados de usuários de álcool e outras drogas no contexto da APS.

Após obter consentimento da gestão municipal de Saúde para realizar este estudo junto aos profissionais de saúde do município de Ubá e utilizar-me da estrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS) para realização da coleta de dados (APENDICE 1) iniciei o contato com os profissionais para obter os dados necessários a este estudo.

O contato telefônico inicial com os enfermeiros foi realizado de forma aleatória e, de acordo com os retornos e indicações dos mesmos, fui procedendo com o agendamento das entrevistas. Por ocasião de realização da quarta entrevista percebi que os conteúdos se repetiam e os informantes tinham poucos acréscimos aos objetivos da pesquisa, adotando portanto o critério de saturação (TURATO, 2008). Neste ponto, e considerando minha inquietação por não ter encontrado até aquele momento práticas de cuidado inovadoras, busquei junto à coordenação

municipal de saúde mental a lista de profissionais do município que haviam participado do Percurso Formativo da RAPS. Foram identificados 7 ACS e destes todos haviam concluído o Curso Caminhos do Cuidado. Realizei contato telefônico com dois destes ACS e procedemos com a realização da entrevista.

Esta busca deu-se uma vez que eu acreditava que o fato de ter vivenciado troca de experiências em outros contextos e ter estado por 30 dias em imersão no município de Sorocaba/SP para vivenciar experiências de cuidados em saúde mental pudesse trazer aos ACS outras perspectivas de cuidado, podendo estes representar bons informantes no que tange ao propósito deste estudo. Considerando, entretanto, que os discursos continuaram a apresentar conteúdos já encontrados anteriormente, encerrei a coleta de dados após o sexto informante.

O contato inicial com o ACS a fim de sensibilizar para a participação na pesquisa e explicitar sobre os objetivos foi feito por meio telefônico. Após o consentimento para a contribuição neste estudo, foi agendada a ida da pesquisadora à UBS de atuação do ACS em dia e horário definidos pelo participante e pela pesquisadora. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas literalmente logo após sua realização. Estas foram realizadas entre os meses de abril a maio de 2016 e tiveram duração variável entre vinte cinco minutos a uma hora e meia.

4.3 A COLETA DE INFORMAÇÕES

Os dados foram coletados através de entrevistas semi-estruturadas, sendo utilizado um roteiro (Apêndice 2) que buscou indagar os participantes dando liberdade para discorrer sobre o tema proposto, mas visando o alcance dos objetivos pretendidos. A pesquisadora conduziu o diálogo de forma a motivar que os ACS relatassem sobre como percebem o uso de drogas e o usuário, como entendem a redução de danos, quais as práticas dirigem no dia-a-dia de seu trabalho a familiares

e usuários de álcool e outras drogas e quais os fatores que dificultam e os que facilitam o cuidado deste público alvo.

O fato desta pesquisadora já possuir contato permanente com os informantes e com a gestão municipal representou ao mesmo tempo um fator que promoveu o acesso mais fácil aos ACS e informações sobre listas de presença do Projeto Caminhos do Cuidado e do Percorso Formativo da RAPS, mas também exigiu uma postura inicial de maior sensibilidade, empatia, sinceridade e humor para criar um ambiente ideal e de descontração para que os informantes ficassem mais a vontade para expressar suas angústias, dificuldades e opiniões sem que se sentissem avaliados. Para isto, foi necessário desta pesquisadora um exercício de sair do local de gestora, de colocar-se no lugar do ACS buscando compreender suas dificuldades micro e macro, suas angústias e formas de compreender o trabalho a partir da perspectiva de trabalhador “da ponta”.

Assim, optei por trabalhar com a entrevista como instrumento de coleta de informações uma vez que esta técnica permite uma aproximação mais íntima com o sujeito que se pretende saber sobre sua forma de pensar e compreender, como um meio para encontrar pessoas e observá-las em seu ambiente natural permitindo uma maior qualidade das informações obtidas (TURATO, 2008).

Sempre no início de cada entrevista ocorreu a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 3), a solicitação de permissão para a gravação, a garantia da confidencialidade do que estava sendo colocado, a possibilidade de desistir da participação e a disposição do entrevistador para responder a quaisquer outras dúvidas. Ao final sempre deixei livre para que o entrevistado pudesse trazer outras informações que considerava relevante sobre o tema e que não haviam sido tratadas.

Ao findar cada entrevista a pesquisadora procedeu ainda com anotações em seu diário de campo sobre o que foi observado nas dependências da UBS, da organização dos processos de trabalho que foram possíveis perceber antes, durante e após as entrevistas, o movimento de usuários e profissionais, a sequencia das entrevistas, locais, horários, formas de acesso aos informantes e ainda ideias para a

análise. Estas anotações permitiram, por exemplo, definir dias e horários melhores para o agendamento das entrevistas seguintes, considerando que a parte da manhã geralmente era destinada ao trabalho externo dos ACS e no período da tarde, eles estavam nas dependências das UBS realizando trabalhos que consideram “internos”.

Dentre estes trabalhos internos foi possível observar a realização de reuniões de equipe, organização de processos de trabalho, digitação dos sistemas de informação em saúde e acolhimento ao público. Algumas vezes, entretanto, este trabalho “interno” dá-se no sentido de desvio de função do ACS, seja devido à falta de atendente, de auxiliar de serviços gerais ou devido a férias de outros profissionais na Unidade Básica de Saúde. Este é um fato que merece destaque, uma vez que o excesso de funções do ACS aparecerá como um dos dificultadores no processo de cuidados de usuários de álcool e outras drogas.

4.4 ANÁLISE DE DADOS

Ao final da sexta entrevista e estando todas transcritas iniciei o processo de leitura das mesmas sendo possível identificar os seguintes temas: a) A percepção que o informante trazia sobre o uso de drogas b) quando falava sobre o usuário, c) o que aparecia sobre o conceito, as práticas e a percepção sobre a estratégia de redução de danos, d) os fatores que dificultavam o cuidado de usuários de álcool e outras drogas, e) as potencialidades para este cuidado e, f) quais ações a ESF direcionava a este público. Cada um destes temas foi identificado no texto com uma cor específica. Seguindo as orientações de Bardin (1977), após esta etapa procedi com a identificação de elementos nos conteúdos que se aproximavam, que se destacavam ou que repetiam com mais frequência.

A cada entrevista e repetição deste processo foi necessário realizar reagrupamentos ou novas identificações nas entrevistas anteriores. Findado esta etapa de categorização vertical nas seis entrevistas, realizei a categorização

horizontal, quando busquei comparar entre os discursos a frequência que cada categoria apareceu, bem como todas as categorias, subcategorias e subtemas identificados no corpus documental.

Por último procedi com o tratamento dos resultados e interpretação, em busca de novas compreensões do objeto deste estudo a partir do contexto estudado, das leituras teóricas, das falas obtidas, das observações do campo, das discussões em grupos de estudo e sempre podendo contar com o olhar atento de meu orientador.

4.5 QUESTÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa foi submetido à análise do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da UFJF e teve o Parecer Favorável de Número 1.561.476 (anexo 1).

Foram cumpridos todos os procedimentos que garantissem a confidencialidade e privacidade dos participantes. Todos os contatos com os sujeitos da pesquisa foram pautados pelo respeito, garantia de sigilo e empatia, conforme descrito nos procedimentos metodológicos. Os dados coletados, bem como uma via dos TCLE assinados por cada participante encontram-se arquivados com esta pesquisadora seguindo as normas da Resolução N. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Cada participante recebeu sua via do TCLE.

Visando garantir o retorno dos benefícios obtidos através deste estudo, será realizada reunião com os gestores e profissionais de saúde do município de Ubá a fim de dar retorno sobre a pesquisa e, incentivar ou estimular estratégias de melhoria aos cuidados prestados a usuários de álcool e outras drogas atendidos pelos dispositivos da RAPS municipais.

5 RESULTADOS

5.1 OS INFORMANTES:

Com relação à caracterização dos informantes, estes são em sua maioria do sexo feminino (83%), todos servidores públicos efetivos com atuação há 10 anos em ESF. Os agentes comunitários de saúde do município de Ubá realizaram concurso público em 2005, sendo este um atributo diferencial, pois geralmente os profissionais das equipes de saúde da família possuem vínculos empregatícios precários ocorrendo alta rotatividade (CASTRO *et al.*, 2012; MENDES, 2012).

A média de idade da população entrevistada foi de 36,5 anos, sendo que a maioria deles possui curso superior completo (83%). Esta é uma característica do público em estudo que, se por um lado um maior nível de escolaridade e formação pode contribuir para uma ampliação do saber científico e empírico, por outro lado esta formação também pode descaracterizar a função primordial do ACS: aquele profissional que, de acordo com Silva *et.al.* (2004), justamente por não possuir uma formação profissional voltada ao modelo biomédico, espera-se que seja capaz de centrar suas práticas nos saberes populares de forma a fazer o elo, ser o facilitador da comunicação entre saber popular e o saber técnico dos profissionais de saúde.

No que tange à caracterização da área de atuação dos informantes 66% deles atua em zonas urbanas, sendo um ACS atuante em zona rural e outro com atuação em um distrito com características urbanas.

Todos os participantes deste estudo estão alocados em Unidades Básicas de Saúde alugadas, adaptadas e com estrutura física precária, situação esta presente na maior parte das equipes existentes no município. Das 19 ESF do município, 14 funcionam em imóveis alugados ou cedidos que não reúnem as condições infraestruturais mínimas necessárias para a oferta de uma APS de qualidade (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBÁ, 2013).

5.2 FALANDO SOBRE O USO DE DROGAS E O USUÁRIO

A criminalização das drogas pela política proibicionista vigente e toda carga de associação entre aqueles que as utilizam e sua identificação como criminosos, perigosos e ameaçadores pode ser observada nas falas de cinco dos seis informantes. Ocorre uma associação entre a percepção das drogas como uma substância maligna e a extensão desta percepção aos usuários que passam a ser vistos como pessoas que oferecem riscos. Esta, porém, não é uma realidade somente do contexto deste estudo. A associação moralista entre drogas e criminalidade é uma realidade vivenciada em vários países (LABATE *et al.*, 2008) e fica clara em alguns discursos dos informantes.

Aqui [cita local] se você passar em frente aquela padaria que tem ali perto da igreja, ali é um ponto que o pessoal tá vendendo droga a luz do dia. Se passar lá agora, as vezes você vai ver essa prática. Infelizmente nos distritos não tem mais polícia neh. O policiamento aqui, quando vem é o de Rodeiro que faz só uma ronda, não tem. Há um tempo atrás tinha, mas ai foi tirado. O distrito não tem mais esse policiamento. E é uma coisa que infelizmente a gente vê que cada dia tá mais frequente (ACS 6).

Então pra mim eles são pessoas mais fragilizadas, fracas, pessoa que não... sei lá... não encontrou um... um.. como é que eu vou te falar: uma coluna, um alicerce, alguma coisa que possa se apegar. Ai buscou a droga pra isso. Neh... tanto é que assim: eu lido com eles... com um certo medo até chegar. (...) Então quando eu fico falando pra parar, que não quer parar, eu continuo. Eu continuo conversando... teve um dia que eu fiquei até com medo. Porque tem um casal que eles vivem brigando e todos dois usam droga. Ai eu entrei. É um beco. Entrei lá dentro: logo assim na porta tem foice, machado (risos) faca. Tem tudo ali (ACS 1).

Ai essas pessoas elas tem vontade de parar e tal, mas ao mesmo tempo essa vontade passa rápido, entendeu? Pelas atitudes de tá indo procurar, roubando e tal (ACS 2).

Esta percepção moral do uso de drogas como crime que merece punição, segue o modelo de “Guerra às Drogas” e reflete também a condução da política de

drogas brasileira (LABATE *et al.*, 2008). Por outro lado, esta internalização da percepção sobre a droga e sobre o usuário como sendo a mesma coisa reduz a percepção dos sujeitos em sua plenitude e as possibilidades de estabelecer com eles e para eles suporte social e de saúde (RONZANI E ANDRADE, 2006). Considerando a permanência do foco na redução da oferta de drogas e estando esta ação mais voltada às autoridades policiais, tal qual pode ser observado no discurso do ACS 6, pensar estratégias de ação voltadas para a redução da demanda por drogas torna-se um desafio (MARLATT, 1999).

Por vezes os ACS se referem às drogas como “a danada”, “porcarias” ou dão às substâncias psicoativas poderes como o de “destruir famílias”.

É o que mais destrói as famílias hoje em dia. Mas a gente vê que fica desatado. Eu inclusive tenho uma na minha família. Minha irmã. E é difícil viver... ela destrói a família inteira (ACS 2).

A percepção moral sobre o uso de drogas, seja atribuindo ao usuário a culpa por uma falha de caráter ou acreditando que ele é culpado por seus problemas sobressai em quase todos os discursos. Outras vezes ocorre a coexistência entre a percepção moral e percepção do uso como um problema de saúde.

Apesar da aparente contradição entre entender o uso de drogas como um problema moral ou entendê-lo como um problema de saúde, ambos os modelos vão no sentido da abstinência como o único resultado. Isto, ao mesmo tempo em que causa inquietação e sentimento de frustração, leva ao imobilismo, pois no que tange às ações em saúde relatam que “A gente não sabe o que fazer. Querer a gente quer, mas não sabe o que fazer” (ACS 5).

É interessante notar que nenhum ACS reconhece a possibilidade do uso de drogas recreativo, ocasional ou não problemático. A percepção está mais voltada à abordagem alarmista que a mídia tradicionalmente confere às drogas ilícitas (JÚNIOR *et al.*, 2015) como relata a ACS 1 dizendo sobre como percebe o que tem ocorrido com quem faz uso de drogas: “Ah ele morre antes. Igual a gente tá vendo mesmo que tá morrendo. Mais jovem que tudo.”

Esta percepção das drogas como substâncias malignas *a priori*, prejudica a identificação das relações que os indivíduos estabelecem com as substâncias e os padrões de uso (LABATE, *et al.*, 2008). Este pode ser um fator que auxilia na explicação sobre a resistência que os profissionais da APS apresentam para implementar no dia-a-dia de seu trabalho os vários recursos disponíveis e eficientes para abordar e tratar pessoas com problemas com drogas como mostram os estudos de Souza e Ronzani (2012) e Mota e Ronzani (2013). Estes recursos incluem instrumentos de triagem simples, medicações eficazes e técnicas adequadas capazes de modificar de forma decisiva os padrões de uso de substâncias. De posse destes recursos, os serviços da atenção primária poderiam contribuir com alta resolutividade para minimizar os problemas com drogas na direção da saúde e da reinserção social (BRASIL, 2003b). Entretanto, é necessário antes, conseguir problematizar a concepção que os profissionais possuem sobre o uso de drogas nos diversos contextos. Neste estudo nenhum ACS cita como prática da equipe a utilização de algum instrumento de triagem ou intervenção breve (CRUVINEL *et al.*, 2013) para com usuários de álcool e outras drogas.

A despeito desta concepção moralizante observada no contexto deste estudo sobre a percepção que os profissionais possuem sobre o uso de drogas, vários processos de formação, como o Projeto Caminhos do Cuidado e os cursos ofertados pela SENAD, possuem em sua estrutura a direção no sentido de provocar a reflexão sobre atitudes, crenças e sentimentos sobre o uso e o usuário de drogas. Entretanto, conforme Costa e Paiva (2016) a formação de um conceito ou pensamento pelo sujeito dá-se não só através da formação, mas também a partir de sua vivência física, moral, espiritual e psicológica. Os autores ponderam que o olhar dos profissionais de saúde sobre o uso de drogas não está descolado do restante da sociedade, pelo contrário, se insere nele, como parte de um processo sócio-histórico e atravessado pelos valores societários vigentes.

Quanto à estas vivências que possam ter contribuído ou que contribuem para a formação da percepção que os informantes possuem sobre o uso e o usuário de drogas, identificamos uma série de fatores que levam à formação dos conceitos e opiniões sobre usuários de drogas nos discursos dos informantes. Alguns citam experiências de formação como o Caminhos do Cuidado, o Percorso Formativo da

RAPS, o apoio de matriciamento, o olhar permitido com sua crença religiosa, entretanto sobressaem as vivências apreendidas com o apoio dos NASF e aquelas experimentadas na própria família.

Neste contexto merece destaque o papel que os ACS atribuem ao apoio recebido pelos profissionais de NASF: quatro dos seis informantes citam que possuem o apoio dos profissionais dos NASF do município para pensar as possibilidades de cuidado direcionadas a usuários de álcool e outras drogas. Isto, ao mesmo tempo em que legitima a importância deste serviço para a resolução dos casos mais complexos acompanhados pelos profissionais das ESF, tal como é a proposta de trabalho dos NASF, também nos faz problematizar a formação destes profissionais de saúde que deveriam contribuir para uma percepção mais crítica e abrangente sobre esta problemática. Cabe, entretanto, a ressalva de que a implantação do dispositivo NASF no município de Ubá é recente, datando de cerca de pouco mais de um ano, e que a baixa cobertura de ESF do município, bem como o grande número de pessoas sob responsabilidade de cada ESF prejudica a possibilidade de um apoio mais contínuo. Acreditamos que, as possibilidades de trabalho dos profissionais do NASF no sentido de problematizar as vivências, realizar discussões de casos e auxiliar de forma mais contínua e qualificada o processo de formação dos profissionais das ESF (BRASIL, 2011b), pode estar sendo prejudicado pelos fatores acima descritos.

Ainda a respeito dos fatores que possam contribuir para formar a percepção que os informantes possuem sobre o uso de drogas, temos as diversas experiências vivenciadas em família citadas pelos mesmos. Neste sentido pareceu-me que experienciar um familiar envolvido com o uso de drogas e o desfecho desta vivência, também é fator importante e que merece atenção dos profissionais que apoiam as ESF na condução dos cuidados de usuários de álcool e outras drogas.

Chama também atenção a fala dos ACS do quanto o apoio do enfermeiro da ESF é importante para direcionar o cuidado a este público alvo. Todos os informantes citam o enfermeiro como uma referência neste cuidado. Algumas vezes criticam ou denunciam a falta de apoio deste profissional e outras ressaltam sua importância. Geralmente é ao enfermeiro que os casos são levados. Na prática

diária são estes profissionais que dão aos ACS a acolhida imediata das angústias e direcionam os encaminhamentos com usuários e familiares de álcool e outras drogas. Neste sentido investir na capacitação destes profissionais e apoiá-los para uma prática mais confiante, menos estigmatizante e baseada em evidências é primordial para um cuidado efetivo de usuários de álcool e outras drogas no contexto da APS, devendo ser uma constante nos investimentos e rumos das políticas de saúde mental a nível federal, estadual e municipal.

Por outro lado, potencializar as possibilidades de cuidado e apoio dos profissionais da enfermagem aos demais integrantes das equipes de atenção primária, passa também por discutir a função destes profissionais nas ESF. Vários estudos propõem analisar a capacidade real dos profissionais enfermeiros integrantes das equipes da estratégia saúde da família para desenvolver o ideal proposto para este dispositivo de APS. Silva, Motta e Zeitoune (2010) em estudo realizado em Vitória/ES, identificam que geralmente o tempo gasto com ações de promoção à saúde e prevenção de doenças pelos enfermeiros de ESF é significativamente menor do que o gasto com atividades gerenciais nas UBS's e assistência curativa. Outras questões apontadas pelos autores são: a quantidade de atribuições dos enfermeiros das ESF como dificultador para a realização das ações definidas para as ESF; a tendência produtivista dos profissionais e gestores de saúde que tem inviabilizado os momentos de reflexões sobre os processos de trabalho e situações de saúde da população e; a defasagem das ações de educação permanente destes profissionais.

De acordo com a proposta ministerial para a APS cabe às ESF desenvolver ações voltadas ao pré-natal, saúde da mulher, planejamento familiar, saúde da criança, do adolescente, ações de imunização, identificação e acompanhamento de situações de saúde mais específicas como tuberculose, hanseníase, HIV/AIDS, hipertensão, diabetes, ações para enfrentamento de doenças endêmicas como dengue, zika, H1N1 e outras. Além deste elenco de ações, cabe aos enfermeiros as atividades gerenciais, administrativas, capacitações e supervisão de ACS e ATENf's (BRASIL, 2011). Incluir as ações de saúde mental e especificamente o cuidado de usuários de álcool e outras drogas com a direção proposta neste estudo, continua sendo um desafio para esta e outras categorias profissionais que atuam na APS.

O cuidado de usuários de álcool e outras drogas requer tempo para a escuta, o vínculo, a co-responsabilização e exige um alto nível de integração entre os profissionais das equipes de atenção. Exige também disposição, treino de habilidades para alternativas inovadoras de cuidado, capacidade técnica e gerencial, além de um comprometimento político com a qualidade das políticas públicas (MOTA *et al.*, 2015).

Tais considerações são feitas não em busca de encontrar outro lugar de cuidado para usuários de álcool e outras drogas e sim para fortalecer a necessidade de maiores investimentos na atenção primária, de reafirmação da necessidade de discutir a formação voltada para a integralidade com foco na saúde coletiva e reafirmar a necessidade de capacitação para estes profissionais. Urge ainda reconhecer a necessidade de ampliação das equipes que devem apoiar estes cuidados primando por relações de trabalho sadias, tão importantes no processo de cuidar.

5.2.1 – Fatores percebidos como condicionantes do uso de drogas

No que tange aos fatores que podem levar ao uso abusivo de álcool e outras drogas, os entrevistados apontam uma amplitude de fatores. Dentre estes pontos percebidos como condicionantes do uso de drogas estão: a necessidade de refúgio de problemas (todos os informantes), a pressão de grupos (3), a desigualdade de oportunidade (3), o uso de drogas por familiares (2) e a disponibilidade fácil das drogas (1). Entretanto, os informantes não relatam possibilidades de atuação das ESF que possam minimizar estes fatores de risco. Neste sentido, não há ações de prevenção ao uso de drogas desenvolvidas pelas ESF, o que nos faz crer que, com relação ao uso abusivo de drogas, as equipes continuam na contramão da proposta de atuação das equipes de Saúde da Família atuando de forma curativa.

Vários fatores podem levar ao início do consumo de substâncias psicoativas ou mesmo à dependência. Cavalari e Sodeli (2002) classificam estes fatores de risco

como individuais, sociais ou Programáticos. No que tange aos aspectos programáticos geralmente necessitamos do compromisso expresso das autoridades para avançar em sua implementação e de intervenções políticas mais coesas e estruturais, como a atuação sobre a disponibilidade fácil de drogas, políticas de redução da pobreza e vulnerabilidades sociais e políticas sobre álcool e outras drogas. Entretanto, atuar de forma intersetorial visando impactar em fatores individuais e sociais como a identificação e tomada de decisão quanto às situações de maus-tratos, situações de ruptura de laços familiares, fracos resultados escolares, depressão, comportamentos suicidas, viabilizar o acesso ao serviços de saúde e ofertar informação sobre drogas, são ações esperadas também das equipes de APS.

Além disso, almeja-se que os profissionais da APS, amparados por outros dispositivos intra e intersetoriais, consigam identificar as redes sociais encontrando e auxiliando no fortalecimento de fatores de proteção como a escola, família, amizades. No mais, se espera destes profissionais uma postura crítica na política compreendendo os macrocontextos que possibilitam o uso indevido de drogas: a miséria, que angaria jovens e crianças para o tráfico; o abandono afetivo; o incentivo à criação de necessidades de consumo próprio da sociedade capitalista; o individualismo e o estímulo a uma vida sempre mais frenética, competitiva e moderna (SUDBRACK, 2002).

Um dos fatores que identificamos que impossibilitam avançar no sentido das posturas descritas acima é o fato de os profissionais não possuírem critérios claros para avaliação do padrão de consumo de substâncias psicoativas e, conseqüentemente, apresentarem dificuldades em detectar problemas precoces e trabalhar a prevenção de agravos relacionados ao uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2003b; PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 2016). O que se espera, é a superação do modelo de serviços curativos centrados em procedimentos e a implantação de serviços em que se permitam a discussão, análise, supervisão e reflexão da prática no cotidiano do trabalho.

5.3 LIMITAÇÕES E POTENCIALIDADES PARA O CUIDADO DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Além das limitações já discutidas neste estudo, provocadas pelo estigma contra usuários de álcool e outras drogas e pela percepção moralizante sobre o uso de drogas, temos as limitações relacionadas à precariedade das condições dos serviços de atenção básica no município e o sentimento de imobilismo que toda esta carga de limitações traz aos ACS.

A estigmatização e o estigma internalizado, por sua vez, não se apresentaram como condições percebidas ou conhecidas pelos informantes, o que faz com os ACS acreditem que os usuários de álcool e outras drogas não querem se aproximar dos profissionais de saúde.

...mas eles também não vem até a unidade. Por mais que a gente vá na casa dele, não tem aquela abertura dele com a gente sobre isso. As vezes a família fala, ou eles falam só até certo ponto. Num vai até... Você cobra deles... Tá usando alguma coisa? Não. A gente pode perguntar e tudo, entendeu? (ACS 4).

Esta situação contribui para atribuir aos indivíduos maior responsabilidade sobre seu problema de forma a limitar o acesso destas pessoas aos serviços de atenção primária (SILVEIRA *et al.*, 2013). Sendo o uso de álcool e outras drogas um comportamento visto de forma negativa entre os profissionais de saúde, lidar com esta situação torna-se indesejável e os profissionais muitas vezes acabam contribuindo para agravar a situação de vulnerabilidade, conforme podemos observar no relato da ACS 1 quando cita uma abordagem realizada com um usuário de substâncias psicoativas de sua área de abrangência:

Mas olha só o que você tá fazendo com a vida! Você tá se excluindo da sociedade. Não é a sociedade que te exclui. É você próprio, primeiro, que ta excluindo da sociedade. Não é todo lugar que você sente bem de entrar. Você [acha] que os outros tá com medo de você. Ce acha que os outros tá com nojo de você e as vezes a pessoa nem tá (...). Ai eu falei: tá vendo! Vale a pena usar droga? Na hora que tá só vocês dois, tudo bem, é outra pessoa vocês dois. Ces param com isso, entendeu? Então assim... eu mostro: olha o que vocês tão fazendo com a vida de vocês! E o rapaz também neh. Em especial, o casal, ele sempre trabalhou neh. Sempre teve carteira

assinada. Ai enfiou nisso... já foi preso. Enfiou nisso assim e eu falo: olha só. Você já parou pra pensar: você já teve carteira assinada. Você já trabalhou direitinho (ACS 1).

Uma vez que a responsabilidade pelos problemas é atribuída ao usuário, o profissional de saúde não conseguirá se perceber como peça importante desse processo de cuidado o que agravará o sentimento de impotência frente ao uso de drogas (SILVEIRA *et al.*, 2013).

Sendo o foco a abstinência e percebendo a possibilidade de cuidado somente quando o usuário consegue estar abstinente, alguns ACS reconhecem que às vezes se afastam de usuários de álcool e outras drogas. Este afastamento que às vezes ocorre entre usuários de álcool e outras drogas e profissionais de saúde dá-se pelo desejo de afastar-se daquilo que incomoda, do que eu não consigo ajudar, mas também porque temem identificar os casos, criar expectativas e não ter como auxiliar. Tal situação, por exemplo, é citada pela informante 2:

A gente tenta ajudar, mas as vezes tira o corpo fora porque a gente não pode dar muito. Entendeu? Porque falta muita coisa na área da saúde pra tirar essas pessoas (...). É tipo um apoio. Mas assim, é solto, entendeu? As vezes você quer uma ajuda pra uma pessoa, ai você que tem que procurar o psicólogo, você que tem que procurar o psiquiatra.

Apesar do desejo de afastamento, esta situação também causa sofrimento aos profissionais da APS. Ao mesmo tempo em que o ACS 2 reconhece que se afasta deste público, ele também relata a inquietação da necessidade de se aproximar, porém não consegue se perceber enquanto peça fundamental deste processo de cuidado.

Eu acho que deveria ter profissionais assim mais próximos deles pra que eles possam conversar. Eles poderiam tá fazendo terapia, alguma coisa pra ocupar, participando ali. Talvez ali mesmo eles tiravam uma conclusão neh. Param por causa disso.

Ora, não seriam os ACS os profissionais mais próximos dos usuários? Entretanto o sentimento de insegurança e impotência gerado pela estigmatização e pelo julgamento moral pode impedir esta aproximação.

Ainda refletindo sobre este sentimento de impotência percebo que dois informantes não apresentam tal característica. O que identifiquei de diferencial nestes dois casos é que um dos entrevistados tem na concepção religiosa a crença de que “enquanto há vida, há esperança” sendo possível a conversão (ACS 1), e outro possui um apoio mais próximo de profissionais do NASF e do CAPS do município.

Ai o agente de saúde acompanha, assistente social, psicóloga. (...) São feitas as visitas, igual um deles que é até na minha área, ele não quis receber a gente. É um adolescente. Eu fui até com a assistente social e ele não quis. E parece que ele estava usando até no quarto dele. Só que a família estava desesperada, mas ele saiu de casa, bateu a porta. Nós damos atenção. A família e o quê que a gente pode fazer a gente tá fazendo. As vezes é difícil conversar com ele, com o paciente neh. A gente conversa mais é com a família. (...) Esse menino mesmo. Estamos conseguindo que ele fique controlado. Segundo a mãe ele parou. Ele está parando de usar. E está tomando a medicação certa. Eu sempre, eu sempre vou a mais na casa desse paciente pra ficar sabendo. Ela vai, me mostra as receitas, que ele tá tomando direito. Então esse caso ai, acho que tá sendo resolvido (ACS 3).

Com relação a esta informante há o relato de um apoio conseguido de forma menos burocrática com relação ao suporte dos profissionais do CAPS e do NASF o que também pode justificar um sentimento de poder contribuir para com o cuidado de usuários de álcool e outras drogas enquanto profissional de saúde. Os espaços de troca de informações entre equipes matriciadoras citados por esta informante sugere que isto potencializa e dá segurança à sua atuação.

Agora que nós estamos tendo o matriciamento aqui, vem a psicóloga, vem os meninos do NASF. Ai a gente conversa muito sobre os pacientes. (...) E foram formulando as ideias e tal e semana passada a psicóloga, a assistente social e o [enfermeiro] foram lá na casa do paciente... Ai conversa sobre o paciente e marca uma visita, o quê que pode ser feito.(...) Dessa vez a gente espera que com a ajuda do NASF e do CAPS AD dê continuidade pra entrar em prática neh. Porque eu acho que não adianta nada fazer essas reuniões e ficar só aqui dentro do posto mesmo (ACS 3).

Outras potencialidades apontadas pelos informantes para auxiliar no cuidado de usuários de álcool e outras drogas foram: o conhecimento do território, a realização de busca ativa feita pelos ACS, o vínculo com a família e com o usuário.

Dois informantes indicam a necessidade de combinar programas de saúde com acesso à educação, dispositivos assistenciais e geração de trabalho e renda. Entretanto nenhum informante avança no sentido de uma crítica mais estrutural, de forma a propor políticas que atuem contra o avanço da desigualdade social.

A realidade social, em quase todos os discursos, aparece com algo dado e imutável.

A maioria dos jovens é falta de oportunidade, de um trabalho ou então da família tá incentivando. Tá difícil as coisas? Tá. Num estuda! Falta de incentivo, de oportunidade. De comodismo às vezes, até mesmo da família. Porque se a gente... Eu sou casada, eu tenho filhos adolescentes. Se a gente não ficar de cima, olhando, orientando, eles relaxam. Entendeu? Então você tem que tá atenta a tudo. Então a família, um pouquinho, dá uma relaxada. (...) E tá difícil arrumar um serviço hoje. Até pra quem tem estudo. Se você não tem fica pior ainda. Então eles acham... Acham facilidade... Já que tá assim: a família não orienta. Quando você vai conseguir o primeiro emprego, é difícil. Se não tiver alguém pra ajudar, é difícil. Então eles encontram um amigo que já usa e dali começa a usar e começa a praticar crimes muitas vezes. Entendeu? Então fica tipo assim: volúvel. Não quer ter responsabilidade com nada (ACS 5).

Todos os ACS apontam que o apoio de outros serviços como o CAPS, ambulatórios e NASF é essencial para o sucesso das ações com este público alvo. Por outro lado alguns também relatam uma burocratização do acesso a estes dispositivos, como por exemplo o informante 4 quando relata: “Olha tem que ter o encaminhamento da médica. Passar pelo psicólogo e pelo psiquiatra e ver até onde eles podem...”

Esta burocratização pode representar uma estratégia implícita da gestão e legitimada pelos profissionais para reduzir a procura dos usuários pelos serviços considerando a escassez de recursos especializados e a grande demanda que os poucos dispositivos já possuem. Por outro lado a dificuldade de acesso a estes recursos também aparece como um entrave para o diagnóstico e acolhimento precoce de usuários prejudiciais de substâncias psicoativas, fazendo com que os

casos cheguem aos serviços quando estão em uma situação de grande vulnerabilidade, já com perda ou fragilidade nos laços sociais e dificultando as possibilidades de cuidado (CRUVINEL *et al.*, 2013), conforme um dos casos acompanhados pela ACS 3.

Já tentou suicídio. Tentou... tenta matar o pai sempre. A irmã já chamou a polícia. E é uma família de condições boas que queria até internar ele particular, mas ele não aceitava.

O papel atribuído à família no cuidado de usuários de álcool e outras drogas ora se apresenta como potencialidade, reconhecendo nela um importante dispositivo para o cuidado, ora é tido como dificultador, atribuindo a ela o poder de impulsionar o uso de substâncias. Esta ambiguidade é própria da capacidade familiar de apresentar-se como fator de proteção ou como fator de risco, a depender de sua capacidade de apoiar e influenciar comportamentos (SUDBRACK e BORGES, 2002).

Muitos na minha área vêm desde novo usando. Desde novo mesmo. Num sei se é familiar, entendeu? Não sei te explicar... Se vem da família, criação (ACS 3).

Se a família não buscar também, só o próprio paciente fica difícil. Ele tem que ter um apoio. O nosso apoio fica mais distante dele. Nós temos de segunda a sexta neh. A família tem um convívio direto, 24 horas (ACS 4).

Outros informantes apontam também como limitações para os cuidados propostos a usuários de álcool e outras drogas a dificuldade de comunicação entre os pontos de atenção em saúde e várias outras situações que demonstram problemas de gestão a nível municipal, estadual e federal dos serviços especializados e de atenção básica. As situações mais apontadas neste sentido foram: o desvio de função dos ACS, a existência de áreas descobertas por ACS, o excesso de famílias e programas sob responsabilidade das ESF, a falta de recursos materiais para o trabalho, dificuldades com transporte para ações da equipe, dificuldade com transporte de pacientes, trabalho de equipe fragmentado, estrutura física precária das UBS e territórios sem cobertura de NASF.

O excesso de famílias sob responsabilidade dos ACS devido a existência de áreas não cobertas por ACS nas diversas ESF ou mesmo devido à baixa cobertura de atenção básica no município, também é pontuado dentre as dificuldades enfrentadas. Isto aumenta o número de famílias sob responsabilidade de cada ACS em detrimento de uma assistência mais qualificada e contínua às famílias cadastradas.

É importante destacar que no momento de minha entrada em campo todos os ACS encontravam-se atuando de acordo com orientações ministeriais do Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia (BRASIL, 2015b). Neste sentido todos os ACS do município estavam voltados à realização intensiva de visitas a todos os domicílios de forma não territorializada com intuito de reduzir os focos do *Aedes Aegypti*. Todos os ACS citaram que este “desvio de função” atrapalhava a continuidade do vínculo com suas comunidades. Estas questões e legislações que atravessam e por vezes atropelam as propostas da APS são situações que merecem nossa reflexão. Compreendo que esta foi uma situação emergencial de saúde pública nacional (BRASIL 2015b). Entretanto, isto também coloca em discussão a direção federal e estadual, por vezes equivocada, que prejudica a continuidade do cuidado longitudinal em detrimento das programações e necessidades locais, chocando-se com a função primordial da APS: a promoção da saúde e a prevenção de doenças.

Estas dificuldades apontadas pelos informantes não são diferentes dos demais contextos estaduais e do âmbito federal onde também são verificadas fragilidades gerenciais e de subfinanciamento que prejudicam uma APS resolutiva e que consiga realmente ser ordenadora das redes de atenção à saúde (MENDES, 2012). Entretanto, esta deve ser uma agenda de responsabilidade dos três entes federativos, num esforço de corresponsabilização e chamamento das classes em defesa de uma APS de qualidade além de coordenações a nível municipal, estadual e federal com poder de decisão calcando espaços políticos, educacionais e representativos para sua efetivação.

É importante observar que algumas limitações apontadas para o cuidado de usuários de álcool e outras drogas dizem respeito a um leque de limitações de todo

contexto de implementação das políticas de saúde de forma geral (MENDES, 2012). Portanto, isto não pode levar ao imobilismo das equipes gestoras e assistenciais de atenção primária e saúde mental, mas sim auxiliar na compreensão de toda a complexidade de problemas que envolvem o cuidado de usuários de álcool e outras drogas.

Potencializar, portanto, o cuidado das ESF na atenção a usuários de álcool e outras drogas, passa também por questões que são centrais para a melhoria da capacidade resolutiva da APS e que se colocam como desafios estruturais para todos os entes federativos, como: discutir a formação e capacidade das equipes para dar conta da gama de necessidades e funções vivenciadas no dia-a-dia das equipes; ampliar a cobertura de atenção básica; avançar na implantação e qualificação de dispositivos necessários em outros níveis de atenção de forma a facilitar a continuidade e integralidade do cuidado; garantir os recursos humanos, materiais e de insumos necessários ao desenvolvimento das ações.

5.4 A ESTRATÉGIA DE REDUÇÃO DE DANOS E AS AÇÕES VOLTADAS PARA USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO CONTEXTO DA APS

Apesar de um discurso quase unânime dos ACS de *“o que eu poderia fazer com um usuário dessa forma [que não quer ou não consegue parar de fazer o uso de drogas] é a redução de danos”* (ACS 1), o direcionamento das práticas demonstra que os cuidados ofertados pelos ACS a este público não se aproxima da estratégia de redução de danos na medida em que não respeita a liberdade de escolha, se pauta pelo proibicionismo e pelo ideal de abstinência.

Dentre as possibilidades de ações desenvolvidas pelas ESF e citadas pelos ACS, verificamos algumas intervenções que inicialmente poderíamos considerar ações voltadas à estratégia de redução de danos, como: *“oferta de preservativo”* (ACS 5), visita domiciliar e ofertar cuidados para outras condições de saúde. Entretanto, compartilhando com o entendimento de Sodelli (2012) de que a estratégia de redução de danos deve basear-se na percepção de que o uso de

drogas insere-se no contexto de vulnerabilidades e que o cuidar vai além de tarefas técnicas de profissionais, não há efetivamente ações baseadas nos cuidados propostos pela estratégia de redução de danos. Tal afirmação se sustenta pelo fato de que todos os informantes percebem a abstinência como única alternativa eficaz de cuidado.

A abordagem de redução de danos considera que as pessoas podem estabelecer diversas relações com as drogas podendo variar desde o uso recreacional, nocivo e compulsivo. Ações voltadas à prática de redução de danos consideram o indivíduo como o centro do tratamento e neste sentido é a construção do vínculo e a escuta que possibilitará avaliar o lugar que cada substância ocupa na vida das pessoas, que motivações veem para o uso, para a redução ou interrupção deste uso, se necessário (SODELLI, 2012). Somente a partir desta direção é que se torna possível a construção dos projetos terapêuticos singulares necessários aos cuidados daqueles que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Quando questionados se haveria alguma intervenção com usuários de álcool e outras drogas em seu território em que os ACS se consideravam bem sucedidos, dois respondem que não e outros quatro informam que sim. Destes quatro informantes, dois consideram que foram bem sucedidos, pois o paciente foi internado em comunidade terapêutica e se encontravam nesta instituição. Os outros dois se consideram bem sucedidos, pois os pacientes acompanhados interromperam o uso de drogas.

É perceptível que o foco é a abstinência. Sendo esta a meta, não podemos falar de ações baseadas nas propostas de redução de danos que Sodelli (2012) chama de libertadora no sentido de produzir sujeitos mais autônomos e apostar nas possibilidades que o vínculo entre profissional e usuário pode provocar e nas ações que abordam o uso nocivo de drogas sem ter como foco a necessidade de interromper o uso.

Vale ressaltar que durante os diálogos, os ACS citavam exemplos de usuários de drogas que fizeram ou fazem tratamentos e acompanhamentos de situações de saúde crônicas como tuberculose, hanseníase e outros, entretanto não relatam tal fato percebendo-o como um cuidado efetivo ou que contribua com a qualidade de

vida das pessoas, uma vez que só é percebida como bem sucedida aquela intervenção que conseguir promover a interrupção do uso de drogas.

O que a gente tinha mais problema, ele se mudou, que é um que a gente dava... Ele morava até do lado do posto. Que foi um paciente que deu bastante trabalho pra gente porque era um paciente hipertenso, que não fazia uso de medicação e fazia muito uso de álcool. Ai a família dele se mudou e ele ficou sozinho morando praticamente na rua lá. Ficou num quartinho da igreja e não se alimentava... Uma coisa que a gente tinha que ficar em cima dele direto. Orientando sempre... Quando não... No começo quando eu não... Eu entrei pra trabalhar, ainda tinha lá na Colônia que internava, ele ficou internado lá umas duas ou três vezes pra desintoxicar e ele voltava. Ficou um certo tempo sem beber. Também tinha epilepsia. Tem neh. Porque ele não faleceu ainda. (...) Ele foi, internou. A gente orientou procurar. E..., mas, sucesso, sucesso, eu acho que não, porque pela notícia que a gente tem até hoje ele ainda faz o uso do álcool (ACS 6).

Outro dado que reforça a incompatibilidade das abordagens dos ACS com a proposta de redução de danos é o fato de cinco dos seis informantes terem como foco de suas intervenções o encaminhamento dos usuários para comunidades terapêuticas e clínicas de tratamento.

Porque a gente conseguiu trazer o (usuário x), um paciente, pra perto, pro posto. Ele fez acompanhamento... Ele já internou, saiu, voltou pra droga e agora procurou ajuda novamente. Foi encaminhado e tá tudo encaminhado pra ele fazer novamente a internação (ACS 4).

Em relação à percepção desta ACS, trazer o usuário pra perto da equipe tem por finalidade que o mesmo tenha o desejo da abstinência para poder ser encaminhado a um tratamento em meio fechado.

O moralismo direcionado às substâncias consideradas impuras, serve também para julgar imorais aqueles que desafiam a regra e conseqüentemente para legitimar práticas excludentes destes usuários. Esta percepção sobre o uso e reforço do poder que a substância possui sobre as pessoas auxilia para justificar a intervenção estatal no sentido de retirar de cena os “transgressores”. Neste mesmo sentido justifica-se a necessidade de instituições fechadas com poder de “disciplinar” aqueles que desviam do regramento das massas. A ideia mais comum é separar o

desviante e afastá-lo do convívio social para corrigi-lo (RODRIGUES, 2008). Estas porém, são relações que também se imbricam: quando eu considero que uma substância tem mais poder de decidir a vida de alguém do que a própria pessoa eu retiro do sujeito a sua capacidade de deliberar e assim justifico a intervenção estatal para, por exemplo, retirar o direito das pessoas de ir e vir.

Este entendimento de que os aparatos estatais possuem o direito à restrição dos contatos sociais destes indivíduos aparece também como uma justificativa para proteger aqueles que ainda não foram tomados “pelo poder das substâncias psicoativas”. Esta legitimação do poder do Estado para retirar usuários de álcool e outras drogas das cenas urbanas, do convívio em família e comunidade esteve muito presente nas entrevistas e aparece como alternativa legitimada pelos ACS como maneira de intervenção para com os usuários:

Tem muita mãe à toa lá que precisava de tirar as crianças de perto pra pegar um outro rumo na vida delas. Se não, elas serão futuros usuários de álcool e drogas, serão novos problemas que vão indo... vão aparecendo e aumentando e a gente vai continuar sempre com essa bola de neve que a gente não vai conseguir resolver o problema nunca (ACS 4).

Igual internações: o paciente fica internado, mas quando ele volta pra rua, volta pro mesmo ambiente, pras mesmas companhias, vai acabar fazendo uso de drogas de novo (ACS 6).

Ao desconsiderar as questões culturais e tratar o uso de drogas como uma questão unilateralmente desviante, deixa-se também de buscar formas de uso menos prejudiciais ou outras possibilidades de atuação no sentido de controlar os efeitos que o uso de drogas pode trazer aos indivíduos (MARLATT, 1999).

No que tange à identificação pelos ACS de ações desenvolvidas pelas suas equipes e que eram percebidas pelos informantes como ações de redução de danos, observei que eles a associavam basicamente à ação de distribuição de seringas e preservativos. Esta perspectiva está relacionada com as primeiras experiências de redução de danos no Brasil que, de início, eram voltadas à redução do risco de transmissão de hepatites e Aids entre usuários de drogas injetáveis.

Santos, Soares e Campos (2010) referem que a redução de danos tem sido difundida com excesso de pragmatismo, muitas vezes reproduzindo práticas técnicas sem embasamento teórico definido. Neste sentido é necessário apresentar a redução de danos como uma diretriz de trabalho e não como uma ação com fim em si mesma, focada na distribuição de insumos. Para isto, entretanto, é necessário que os profissionais compreendam as bases teóricas que sustentam a redução de danos, sendo este um fator crucial para ampliar o alcance desta abordagem.

Mesmo quando os informantes possuíam uma compreensão mais clara sobre o conceito de redução de danos, como foi o caso dos ACS 1 e 6, não conseguiam visualizar na prática como esta estratégia poderia ser ou era executada.

Então essa é uma questão muito difícil. Sinceramente eu não sei quais as ações a gente pode fazer pra realmente ter essa resolução do problema. Mas o que a gente sempre faz é muita orientação. A enfermeira sempre conversa e vê qual que é a causa, o que levou o paciente a tá fazendo esse uso desse álcool. A gente também conversa com os pacientes neh, eu e a técnica. Mas é complicado.(...) Eu acho que o maior dificultador é a gente não ter o preparo adequado pra tá lidando com esse público. A abordagem... Que é uma coisa muito difícil. (...) Acho que o despreparo. Até as pessoas mesmo que trabalham na área específica relatam pra gente que é muito difícil abordar, conversar (ACS 6).

Esta dificuldade prática em desenvolver o cuidado baseado na estratégia de redução de danos, essa percepção de que *“pouco se pode fazer na realidade”* (ACS 5) dá-se também em função da perspectiva proibicionista adotada pelos ACS, uma vez que consideram que as drogas são essencialmente imorais. Assim, a dificuldade relatada tem a ver com a meta estabelecida de abstinência total, com a percepção moralizante sobre o uso de drogas, sua associação ao crime e o foco na possibilidade de se extinguir o uso de drogas das sociedades.

O diálogo com os ACS demonstra ainda que a busca por serviços especializados conseguida através dos encaminhamentos aos CAPS, ambulatórios e clínicas de tratamento é ação bastante comum nas falas dos informantes. A tônica das ações está na possibilidade de identificar os problemas e encaminhar.

5.5 O USO DE DROGAS E O COTIDIANO DE TRABALHO DO ACS

A falta de resolutividade para as demandas da população e o sentimento de impotência apontado por nós como uma das limitações frente às situações vivenciadas, trazem sofrimento aos ACS. Estes, estando em contato direto com as famílias e usuários, sentem-se responsáveis pelos problemas de saúde de sua comunidade.

Então eu sofro. Eu sofro, porque eu tentei fazer pro usuário, mas ele não sabe que eu tentei... eu fui até onde que eu podia. Mas você não conseguiu isso pra mim? Não consegui, porque não teve jeito, mas eu to me cobrando primeiro... então eu sofro muito com isso (ACS 1).

De maneira geral, os ACS são os profissionais que acabam levando para o restante da equipe as inquietações provocadas na família e comunidade diante do uso abusivo de drogas:

Até a gente chegar onde a gente quer, demora. Mas a gente tenta, entendeu?! E a vida do agente comunitário, ela é complicada! Porque a gente dá um passo, corre, tentando... E dá um passo, dá dois, aquela dificuldade e chega ali na frente trava. Lá na frente trava. A gente tenta, a gente liga, a gente tenta conversar... As vezes até papel que a gente passa pra enfermeira, sabe, trava tudo. A gente tenta! É muito difícil. Mas como eu te disse: a gente tá na luta. É uma luta nossa! A gente não consegue ver e não fazer nada. A gente corre atrás, busca. A gente faz o que pode (ACS 4).

Ao mesmo tempo a população tem nestes profissionais aqueles que representam o poder público de maneira mais direta e acabam depositando neles toda a sorte de demandas de saúde, sociais, econômicas e outras (BISPO, 2011). Neste sentido os ACS precisam ser amparados pelas demais equipes de CAPS, NASF e pelos profissionais das próprias ESF's para lidar com a carga de demandas trazidas pelas vivências de sua comunidade.

Eu não queria andar no meio da rua debaixo de sol, debaixo de chuva, aguentando os outros buzinarem na minha cabeça problemas, vamos dizer assim. Eu não queria isso. Só que você vai lidando com o povo, com isso e aquilo... você sofre. Eu sofro. Eu

sofro mesmo. Já teve dia de eu chegar a fazer duas visitas e voltar pra dentro do posto chorando igual uma condenada, igual no outro posto. Ah eu não quero voltar mais pra rua! E sair no dia seguinte pensando: o que eu vou ouvir? (ACS 1).

A carga de demandas de saúde, sociais e psíquicas que os profissionais da APS recebem da população reforça mais uma vez a necessidade de garantir espaços de escuta permanente para estes profissionais, pois lidam em seu dia-a-dia com a complexidade da vida, com todas as necessidades objetivas e subjetivas da população.

É no nível da atenção primária que estão as ações de maior potencial nos processos de intervenção, nos momentos de encontro entre profissional e usuário que operam como tecnologias do cuidado para além dos saberes tecnológicos estruturados (MERHY, 1997). Isto faz desse nível de atenção o mais complexo no que tange às relações entre pessoas e exige a utilização de tecnologias relacionais sadias.

Entretanto, vale ressaltar que para haver uma resolutividade no espaço da APS, é necessária uma rede em saúde e intersetorial articulada, que considere os determinantes sociais e toda complexidade de questões individuais e sociais que abarca o uso de drogas (COSTA, COLUGNATI E RONZANI, 2015). Um nível de atenção isolado ou desarticulado não conseguirá atingir sequer sua função nesta rede. Daí, mais uma vez, a importância da utilização da ferramenta de matriciamento, de abarcar outros setores estratégicos como a segurança, a educação e outros dispositivos comunitários.

Para tal, os espaços citados por alguns informantes e identificados como potencializadores para o cuidado como as discussões de casos entre equipes do NASF e CAPS se fortalecem como necessários à manutenção das tecnologias relacionais sadias entre ACS e população adstrita.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo da elaboração deste estudo fui percebendo que são muitas as variáveis com poder de influenciar na percepção de profissionais de saúde sobre o uso e usuário de álcool e outras drogas. As vivências em família, na religião, as experiências do dia-a-dia de trabalho, a tônica das instituições na repressão e exclusão, por vezes possuem mais poder de definir a direção das ações do que processos pontuais de capacitação. Estes, não são suficientes para uma mudança institucional mais profunda conforme alerta Costa *et.al.* (2015).

Entretanto, este processo deve ser abraçado pelas equipes que apoiam os trabalhadores da APS, que por sua vez também carecem de espaços de formação continuada, uma vez que veem de uma formação e vivências comunitárias também marcadas pela repressão e proibição disseminadas pelo senso comum.

Inscrever na política pública a direção pela redução de danos ou promover capacitações que abordam a estratégia, não trazem automaticamente a mudança de postura e adesão dos profissionais capacitados (COSTA e PAIVA, 2016). É preciso conseguir avançar na redução do estigma de profissionais de saúde para que consigam perceber o usuário de álcool e outras drogas para além deste uso e, aí sim, conseguir pensar estratégias de cuidado para ele e seu núcleo familiar, sua comunidade utilizando-se do apoio dos diversos dispositivos intersetoriais.

Compartilho com Bello (2015) a crença de que isto passa não só pela mudança da percepção de profissionais, mas também pela capacidade do Estado de liderar e coordenar uma política sobre drogas baseada em evidências, superando o poder de decisão de atores privados e externos com interesses de perpetuar a situação de exclusão ou de se privilegiar financeiramente das vulnerabilidades de determinados grupos.

Instituir ações de cuidado direcionadas a usuários de álcool e outras drogas na atenção primária passa por um trabalho em equipe articulado, apoiado pelos enfermeiros, pelos NASF, pelos dispositivos especializados existentes, que por sua

vez também necessitam ser capacitados de forma contínua. A deficiência na formação destes profissionais tem impactos prejudiciais na assistência ofertada à população que necessita de cuidados.

O Projeto Caminhos do Cuidado, pela sua metodologia de pensar ações a partir das necessidades cotidianas dos atores da APS e por ser um dos mais ambiciosos processos de formação em termos numéricos, merece destaque e novos estudos sobre seus impactos. No mais, propiciou espaço de reflexão sobre o tema do uso de drogas de maneira reflexiva nos serviços de saúde, uma vez que este é um assunto que continua a melindrar pelo setor. Entretanto, com relação aos achados deste estudo nos direcionam para que sejam pensados processos de formação contínuos, que não tenham fins em si mesmos.

Pensar na formação com foco na perspectiva de redução de danos em um contexto de capitalismo selvagem, de individualização da pobreza, valorização da cultura da meritocracia, de acirramento do modelo neoliberal no trato das políticas públicas, em um contexto de cortes de gastos e defesa de um estado mínimo, é uma tarefa provocativa. Entretanto, cabe a nós, profissionais de saúde, gestores e pesquisadores envolvidos com a saúde coletiva, desvelar e denunciar as formas implícitas e explícitas empregadas pelas classes dominantes de desconstrução de direitos, de reforço dos interesses de perpetuação da pobreza. Necessitamos de programas de educação permanente que se debrucem sobre as bases teóricas da redução de danos de forma a ampliar sua capacidade de direcionar os cuidados de usuários de álcool e outras drogas.

Este, penso, não deve traduzir-se em um rumo apenas das formações de saúde coletiva ou com viés marxista. Mas sim, das formações que se propõem motivar a produção de sujeitos autônomos, com direitos assegurados e que visem compreender as várias interfaces do uso de drogas com os determinantes sociais.

Estas reflexões só me foram possíveis a partir da passagem pela formação do Curso Caminhos do Cuidado. Foi a formação para a Tutoria no Curso que motivou meus questionamentos sobre como pensar a prática com usuários de álcool e outras drogas. Foi a oportunidade de estar no projeto que me levou a traçar novos estudos

e esta pesquisa na área, sendo esta pesquisadora, portanto, produto também do Curso Caminhos do Cuidado.

Vale ressaltar que este estudo avaliou percepções de uma categoria profissional específica (agentes comunitários de saúde), dentre as demais que compõem as equipes de atenção básica. Neste sentido vale nos questionar até que ponto estes profissionais são representativos de toda possibilidade de cuidado que a APS pode lançar sobre usuários de álcool e outras drogas.

Por fim, acredito que, considerando a realidade de nossa região de saúde, até 2014 teve fácil acesso aos hospitais psiquiátricos, bem como as Políticas de Governo que insistem em investir na “limpeza” urbana, não é das famílias e usuários que devemos exigir um novo posicionamento. Superar as práticas excludentes e higienistas depende também, e principalmente, da capacidade dos serviços abertos e dispositivos da RAPS em contribuir para elaborar projetos de vida mais saudáveis e dignos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ALVES, D.S. Integralidade nas Políticas de Saúde Mental. In: Os **sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde** (R. Pinheiro & R. Mattos, org.), Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2001. p. 167- 176.

ANDRADE, T. M. de. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. **Ciênc. saúde colet.**, 16(12), 4665-4674, 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70 Ltda., 1977.

BASTOS, F.I., BERTONI, N. **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. FIOCRUZ. 2014. 224p.

BASTOS, F. I; MESQUITA, F; Estratégias de Redução de Danos em Uso de Drogas e HIV/Aids. In S. D. Seibel, **Dependência de Drogas** . São Paulo: Atheneu. 2002

BASTOS, F. I. Política de Drogas na Segunda década do novo milênio: reforma ou revolução. In: **Argumentum**, Vitória (ES), v. 7, N. 1, p. 8-16, Jan./jun. 2015.

BELLO, L. A. Desafios da transferência da evidência científica para o desenho e implementação de políticas sobre o uso de substâncias psicoativas. IN: **Redes de atenção aos usuários de drogas**: políticas e práticas. Ronzani ,T.M. et al (organizadores). São Paulo: Cortez, 2015.

BECKER, H. S. **Outsiders**: Estudo de sociologia do desvio. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

BISPO, T. C. F. **Rompendo o silêncio**: Estudo de vitimização de Agentes Comunitários de Saúde no âmbito do trabalho em Salvador –BA. 2011. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

BOITEUX, L. A reforma da Política Internacional de Drogas virá de baixo para cima. In: **Argumentum**, Vitória (ES), v. 7, N. 1, p. 17-20, Jan./jun. 2015.

BOITEUX, L; RIBEIRO, M. de M. Justiça Terapêutica: Redução de Danos ou Proibicionismo dissimulado? (2002) In S. D. Seibel, **Dependência de Drogas**. São Paulo: Atheneu. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caminhos do Cuidado**: Caderno do Tutor. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Conselho Nacional de Saúde / MS, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003(a).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégias. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Mental. Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde Mental e Atenção Básica**: o vínculo e o diálogo necessários: inclusão das ações de saúde mental na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2003(b).

BRASIL. Conselho Nacional Antidrogas. **Política Nacional sobre Drogas**. Brasília: Conselho Nacional Antidrogas, 2005(a).

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas em Saúde, Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS, Ministério da Saúde, 2005(b).

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Relatório Brasileiro sobre drogas**. Brasília: SENAD, 2009. 364 p.

BRASIL. Casa Civil. **Decreto de Lei nº 7.179, de 20 de maio de 2010**. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2011(a).

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria n. 2488 de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2011(b).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégias. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica n. 34**. Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados – 12, Ano 10, nº 12, agosto de 2015**. Brasília, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1813 de 11 de novembro de 2015** – Declara emergência em Saúde Pública de importância nacional (ESPIN) por alteração do padrão de ocorrência de microcefalias no Brasil. Brasília, Ministério da Saúde, 2015b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Caminhos do Cuidado: relatório 2016**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde ; Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde ; Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde. – Rio de Janeiro : FIOCRUZ/ ICICT, 2016.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CARLINI, E. A.; GALDUROZ, J. C. **II Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas no Brasil: Estudo envolvendo as 108 maiores cidades no país**. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD), 2005. 490 p.

CARLINI, E.A., NOTO, A. R., SANCHEZ, Z. V. M., CARLINI, C. M.A., LOCATELLI, D. P., ABEID, L. R.,... MOURA, Y. G. **VI Levantamento Nacional Sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 capitais Brasileiras**. São Paulo: CEBRID, UNIFESP, Senad. 2010.

CASELA, A. L. M.; PIZZIOLLO, E. M.; FREITAS, J. V. T., SILVEIRA, P.S. As práticas de prevenção ao uso de drogas no Brasil. In Ronzani & Silveira. **Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no contexto escolar**. Juiz de Fora: UFJF CEAD. 2014.

CARNEIRO, H. Breve Histórico do Uso de Drogas. In S. D. Seibel, **Dependência de Drogas**. São Paulo: Atheneu. 2002.

CASTRO, R. C. L.; KNAUTH, D.R.; HARZHEIM, E.; HAUSER, L.; DUNCAN, B. B. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cad.Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28 (9): 1772-1784, set, 2012.

CAVALLARI, C. D. & SODELLI, M. Redução de Danos e Vulnerabilidade enquanto estratégia preventiva na escola. In S. D. Seibel, **Dependência de Drogas**. São Paulo: Atheneu. 2002.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M.O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 1, p. 41-65, June 2004 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000100004&lng=en&nrm=iso>. access on 30 Nov. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004>.

CONTE, M. et al. Redução de Danos e Saúde Mental na perspectiva da Atenção Básica. **Boletim da Saúde**. Porto Alegre, v. 8, n. 1, p. 59-77, 2004.

CORDEIRO, Luciana et al . Avaliação de processo educativo sobre consumo prejudicial de drogas com agentes comunitários de saúde. **Saude soc.**, São Paulo , v. 23, n. 3, p. 897-907, Sept. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000300897&lng=en&nrm=iso>. access on 09 Jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000300013>.

COSTA, P. H. A. ; MOTA, D. C. B. ; CRUVINEL, E. ; PAIVA, F. S. ; RONZANI, T. M. . Desatando a trama das redes assistenciais sobre drogas: uma revisão narrativa da literatura. **Ciência e Saúde Coletiva** (Impresso), v. 20, p. 395-404, 2015.

COSTA, P.H.A; COLUGNATI, F. A. B; RONZANI, T. M. As redes de atenção aos usuários de álcool e outras drogas: histórico, políticas e pressupostos. IN: **Redes de atenção aos usuários de drogas: políticas e práticas**. Ronzani ,T.M. et al (organizadores). São Paulo: Cortez, 2015.

COSTA, Pedro Henrique Antunes; PAIVA, F. S. Revisão da literatura sobre as concepções dos profissionais de saúde sobre o uso de drogas no Brasil: modelo biomédico, naturalizações e moralismos. **Physis**, Rio de Janeiro, v.26, n. 3, set. 2016.

COSTA, Pedro Henrique Antunes da et al . Capacitação em álcool e outras drogas para profissionais da saúde e assistência social: relato de experiência. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 19, n. 53, p. 395-404, June 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000200395&lng=en&nrm=iso>. access on 29 Nov. 2016. Epub Mar 27, 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0607>.

CRUVINEL, E.; SOUZA, I.C.W.; MOTA, D.C.B.; RONZANI, T.M. Disseminação e Implementação de Ações de Prevenção. In Ronzani, T. M. **Ações Integradas Sobre Drogas: Abordagens e Políticas Públicas**. Juiz de Fora: Editora UFJF. 2013.

ENCENA: A Saúde Mental em Movimento. **A Política de Redução de Danos no Brasil e os Direitos Fundamentais do Homem**. Entrevista publicada em: 23 jan,

2013. Disponível em: <http://ulbra-to.br/encena/2013/01/23/A-politica-de-Reducao-de-Danos-no-Brasil-e-os-direitos-fundamentais-do-homem>.

FERREIRA, P.E.M; MARTINI, R. K. Cocaína: lendas,história e abuso. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, V. 23, n. 2, p.96-99, 2001.

FIGUEIREDO, M.D; CAMPOS, G.W.S; O apoio Paideia como metodologia para processos de formação em saúde. **Interface** (Botucatu). Pág. 931-43. 2014.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FURLAN, P.G. O agente comunitário de saúde e a prática na atenção básica: alguns apontamentos. In: CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V. (Orgs.). **Manual de práticas de atenção básica**: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec, 2008. p.368-87.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. (2ªEd). Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

LABATE, Beatriz [et al.] (Orgs.). **Drogas e Cultura**: novas perspectivas. Salvador: EDUFBA, 2008.

LARANJEIRA, R. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas** (LENAD) – 2012. Ronaldo Laranjeira (Supervisão) [et al.], São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP. 2014.

LARANJEIRA, R. et al. **I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas/SENAD, 2007.

LARANJEIRA, R., MADRUGA C.S., PINSKY I., CAETANO R., RIBEIRO M., MITSUHIRO S. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas: o uso de cocaína**

e crack no Brasil. São Paulo: INPAD; 2013 [acesso em 31 maio 2013]. Disponível em: http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2013/03/LENAD_PressRelease_Coca.pdf

LARANJEIRA, R.; MELONI, J. N. Custo social e de saúde do consumo do álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.26, n.1, p.7-10, 2004.

JARDIM, T. A.; LANCMAN, S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface - Comunicação, saúde educação**. V. 13, n. 28, p. 123-135. Jan/mar. 2009

JÚNIOR, J. M.L.; SILVA, E. A; NOTO, A.R; BONADIO, A. N.; LOCATELLI, D. P. A educação permanente em álcool e outras drogas: marcos conceituais, desafios e possibilidades. IN: **Redes de atenção aos usuários de drogas: políticas e práticas.** Ronzani T.M. et al (organizadores). São Paulo: Cortez, 2015.

KARAM, M. L. A Lei 11.343/06 e os repetidos danos do proibicionismo. In **Drogas e Cultura: novas perspectivas**, 2008.

KARAM, M. L. Proibição às drogas e violação a direitos fundamentais. **Revista Brasileira de Estudos Constitucionais** [recurso eletrônico]. Belo Horizonte, v. 7, n. 25, jan./abr. 2013. Disponível em: <<http://dspace/xmlui/bitstream/item/6937/PDlexibepdf.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 27 ago. 2013.

LACMAN, S.; GHIRARDI, M. I. G.; CASTRO, E. D.; TUACEK, T. A.; Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**. 2009; 43 (4):682- 688.

MACHADO, A. R. & MIRANDA, P. S. C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil. **História, Ciências e Saúde**. 14 (3), 801-821, 2007.

MACIEL E. L; BUSSINGUER E. C. A; ANDRADE M. A. C; LIMA R. C. D. Territorialização em saúde e liberdade individual: desafios à consolidação do SUS. In: Atanaka- -Santos M, Pignatti MG, Chaves AL, organizadores. **Questões ambientais em saúde coletiva**. Cuiabá: EdUFMT; 2012. p. 39-56.

MACRAE, E. Antropologia: Aspectos Sociais, Culturais e Ritualísticos. In S. D. Seibel, **Dependência de Drogas**. São Paulo: Atheneu, 2002.

MANSUR, J. CARLINI, E.A. **Drogas**: Subsídios para uma discussão. São Paulo: Editora Brasiliense, 1993.

MARLATT, G. A. **Redução de danos**: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre: Artmed, 1999.

MARTINS, L. F.; SARTES, L. M. A.; AMATO, T. C. Epidemiologia do Uso de Substâncias Psicotrópicas no Brasil. In Ronzani, T. M. **Ações Integradas Sobre Drogas**: Abordagens e Políticas Públicas. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2013.

MATTOS, R.A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6.ed. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO, 2009. p.171-180.

MARQUES, A. C. P. R. A Avaliação do uso, abuso e dependência de álcool , tabaco e outras substâncias psicotrópicas e a intervenção breve. In S. D. Seibel, **Dependência de Drogas**. São Paulo: Atheneu, 2002.

MEDINA, M. G.; SANTOS, D. N; ALMEIDA FILHO, N. M; BAQUEIRO , C. C. D. Epidemiologia do Consumo de Substâncias Psicoativas. In S. D. Seibel, **Dependência de Drogas**. São Paulo: Atheneu, 2002.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2012.

MERHY, E. E. Cuidado com o cuidado em saúde: saber explorar seus paradoxos para um agir manicomial. In: Merhy, E. E.; AMARAL, H. (Org.). **Reforma Psiquiátrica no Cotidiano II**. São Paulo: Hucitec, 2007. p.25-37.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde in Merhy E.E.E & Onocko, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MESQUITA, F. Dar oportunidade de vida ao usuário de drogas injetáveis: polêmica nacional. In: BASTOS, F.I.; MESQUITA, F.; MARQUES, L.F. (Org.). **Troca de seringas** : ciência, debate e saúde pública. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. p. 101-112

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 1993.

MOREIRA, M. R. , FERNANDES, M.B.F., RIBEIRO, J. M., NETO, T.D.F. Uma revisão da produção científica brasileira sobre o crack - contribuições para a agenda política. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 4, p. 1047-1062, 2015.

MOTA, D. C. B. & RONZANI, T. M. Implementação de políticas públicas brasileiras para usuários de álcool e outras drogas. In: T. M. Ronzani (Org). **Ações Integradas sobre Drogas**: prevenção, abordagens e políticas públicas. Juiz de Fora: Editora UFJF. p. 293-324, 2013.

MOTA, D. C. B.; COSTA, P. H. A.; RONZANI, T. M.; COLUGNATI, A. B.; RUSH, B. R. Avaliação dos sistemas de tratamento para usuários de drogas no Brasil. In: T. M. Ronzani (Org). **Ações Integradas sobre Drogas**: prevenção, abordagens e políticas públicas. Juiz de Fora: Editora UFJF, p.35-54, 2013.

MOTA, D. B; RONZANI, T. M; TÓFOLI, L. F; RUSH, B. R. Construindo a continuidade do cuidado ao usuário de álcool e outras drogas: alguns conceitos e questões para o trabalho em rede no Brasil. IN: **Redes de atenção aos usuários de drogas**: políticas e práticas. Ronzani ,T.M. et al (organizadores). São Paulo: Cortez, 2015.

NERY F., A; VALÉRIO, A. L. R; MONTEIRO, L.F. Olhares Cruzados: a invisibilidade e o olhar do consultório de rua. In: **Guia do Projeto Consultório de Rua**, 2012.
Acesso em <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Publicacoes/cartilhas/329225.pdf>

NOTO, A. R. [et al.]. **Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras**, 2003. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre drogas psicotrópicas, SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas, 2004.

OLIVEIRA, M. C.; RONZANI, T. M. Estigmatização e prática de profissionais da Atenção primária à Saúde referentes ao consumo de álcool. **Psicologia, Ciência e Profissão**, 2012.

PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “Guerra às Drogas”. **Psicologia e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 154-162, jan./abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23n1/a17v23n1.pdf>. Acesso em 21 mar. 2014.

PAIVA, F. S. ; COSTA, P. H. A. ; RONZANI, T. M. Fortalecendo redes sociais: desafios e possibilidade na prevenção ao uso de drogas na atenção primária à saúde fortalecendo redes sociais. **Aletheia**, Canoas: ULBRA, v. 37, p. 57-72, 2012.

PAIVA, Fernando Santana de et al . A percepção profissional e comunitária sobre a reinserção social dos usuários de drogas. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte , v. 26, n. 3, p. 696-706, Dec. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822014000300018&lng=en&nrm=iso>. access on 09 Jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822014000300018>.

PETUCO, D.R.S. **Drogas e Cidadania**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. Julho de 2006. <disponível em: >

PREFEITURA MUNICIPAL DE UBÁ. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Ubá**. Ubá, MG, 2013.

PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. **Coleção Guia de Referência Rápida álcool e outras drogas**. 1ª Ed. Rio de Janeiro, 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 debate**, Rio de Janeiro , v. 38, n. 100, p. 80-93, Mar. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000100080&lng=en&nrm=iso>. access on 10 Jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-104.20140005>.

RODRIGUES, T. Tráfico, Guerra e Proibição. In: **Drogas e Cultura: Novas perspectivas**. Edufba. Salvador. 2008.

RONZANI, T. M. & FURTADO, E. F. Estigma social sobre o uso de álcool. **Rev. bras. psiquiatr.** 59, p. 326-332, 2010.

RONZANI, T. M., & ANDRADE T. A estigmatização associada ao uso de substâncias como obstáculo à detecção, prevenção e tratamento. In Senad (Org.), **Sistema para detecção de uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas**. (pp. 25-32). Brasília, DF: Senad. 2006.

RONZANI, T.M.; NOTO, A.R.; SILVEIRA, P.S. **Reduzindo o estigma entre usuários de drogas: guia para profissionais e gestores**. Editora UFJF: Juiz de Fora, 2014.

SILVA, R. V. B.; STELET, B. P.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Do elo ao Laço: o agente comunitário na construção da Integralidade em Saúde. Pág 75 a 90. In: **Cuidado – as fronteiras da integralidade**. Roseni Pinheiro e Rubem Araújo de Mattos (org.) Hucitec. Rio de Janeiro, 2004. 320 p.

SILVA, V. G; MOTTA, M. C. S; ZEITOUNE, R. C. G. A prática do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: o caso do município de Vitória/ES. **Revista Eletrônica de Enfermagem [on line]**, 12, p. 441-448. 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.5278>.

SILVEIRA, P. S. & RONZANI, T. M. Estigma social e saúde mental: quais as implicações e importância do profissional de saúde? **Revista Brasileira de Saúde da Família**, 28, 51-58. 2011.

SILVEIRA, P. S. **Estigmatização do uso de álcool e outras drogas entre profissionais de saúde de Juiz de Fora**. Dissertação (Mestrado) - UFJF/Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2010.

SILVEIRA, P. S.; SOARES, R. G.; NOTO, A. R.; RONZANI, T. M. Estigma e suas consequências para usuários de drogas. In: T. M. Ronzani (Org). **Ações Integradas sobre Drogas: prevenção, abordagens e políticas públicas**. Juiz de Fora: Editora UFJF. p. 251 a 274, 2013.

SOARES, R. G. et. al. Distância social dos profissionais de saúde em relação à dependência de substâncias psicoativas. **Estudos de Psicologia**, v.16, n.1, p. 91-98, janeiro-abril, 2011.

SOUZA, I. C. W.; RONZANI, T.M. Álcool e drogas na atenção primária: avaliando estratégias de capacitação. **Psicol. estud.**, Maringá , v. 17, n. 2, p. 237-246, 2012.

SOUZA, J. (org.) **Crack e Exclusão Social**. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania. Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. 360p. 2016.

SODELLI, M. A Abordagem de Redução de Danos Libertadora na Prevenção: Ações redutoras de Vulnerabilidade. . In Silva, EA & Micheli, D. **Adolescência, uso e abuso de drogas: uma visão integrativa**. São Paulo: FAP-UNIFESP, 2012.

SUDBRACK, M.F.O. & BORGES, J. S. Terapia de Redes Sociais. In S. D. Seibel, **Dependência de Drogas** . São Paulo: Atheneu, 2002.

TEIXEIRA, I. B. A; Política de drogas no Brasil e o papel do estado liberal: luta de classes, ideologia e repressão. **Cadernos de Estudos Sociais e Políticos**, América do Norte, 1, mar. 2012. Disponível em: <http://cadernos.iesp.uerj.br/index.php/CESP/article/view/50/79>. Acesso em: 02 Dec. 2016.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clinico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Editora Vozes, 5ª edição. Petrópolis, RJ. 2011. 685 pág.

UNODC. **Da coerção à coesão**: Tratamento da dependência de drogas por meio de cuidados em saúde e não da punição. Viena: Nações Unidas, 2009. Disponível em:<[HTTP://www.unodc.org/documents](http://www.unodc.org/documents)>. Acesso em: 20 set. 2014.

VINADÉ, T. F. **Redução de danos na atenção primária à saúde: construindo a potência do encontro**. IN.: MINOZZO, F.; FRANÇA, S.P. (Org.). A detecção e o atendimento a pessoas usuárias de drogas na rede da Atenção Primária à Saúde: módulo 7. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas, p. 63-73, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Drug Report 2014**. United Nations, June, 2014. Disponível em https://www.unodc.org/documents/wdr2014/World_Drug_Report_2014_web.pdf. Acessado em 15/10/2015

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoativas**. 2004. Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_P.pdf. Acessado em 15/10/2015.

APENDICE 1 - AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA JUNTO À
GESTÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE
UBÁ

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE UBÁ

**DECLARAÇÃO DE INFRAESTRUTURA E DE CONCORDÂNCIA COM A
REALIZAÇÃO DA PESQUISA**

Eu, Thiago de Castro, na qualidade de gestor municipal de saúde de Ubá, responsável pela Secretaria Municipal de Saúde de Ubá, autorizo a realização da pesquisa intitulada "A Capacitação no Projeto Caminhos do Cuidado: Percepções e Práticas de Agentes Comunitários de Saúde." a ser conduzida sob a responsabilidade da pesquisadora Fabiana Érica de Souza e DECLARO que esta instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa. A pesquisa propõe a realização de entrevistas com os Agentes comunitários de Saúde a ser realizada nas Unidades Básicas de Saúde do município de Ubá.

Ubá, 25 de abril de 2016.

Thiago de Castro

Thiago de Castro

Secretário Municipal de Saúde de Ubá

Thiago de Castro
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE
NAC 10200 - UBÁ - MG

APENDICE 2 - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA COLETA DE DADOS

Pesquisa: **“A Capacitação no Projeto Caminhos do Cuidado: Percepções e Práticas de Agentes Comunitários de Saúde.”**

Pesquisadora Responsável: Fabiana Érica de Souza

Vínculo: Mestrado em Saúde Coletiva – UFJF. Turma 2015

Orientador: Prof. Dr. Telmo Mota Ronzani

Data:

Local:

PARTE I - DADOS GERAIS DO ENTREVISTADO:

1) Iniciais do Nome: _____

2) Gênero:

() Masculino () Feminino

3) Data de Nascimento: _____

4) Escolaridade: () ensino fundamental incompleto () ensino fundamental completo

() ensino médio incompleto () ensino médio completo () Superior completo

5) Tempo que atua na Estratégia Saúde da Família (inclusive o trabalho em outras equipes): _____ anos e _____ meses.

PARTE II – ENTREVISTA

1) Fale um pouco sobre sua trajetória profissional e como é trabalhar na sua equipe atual?

2) O que você pensa **sobre o uso de drogas** em nossa sociedade?

3) O que você pensa **sobre o usuário de drogas** em nossa sociedade?

4) Na sua prática como você cuida de um usuário de drogas que não queira parar de fazer o uso da substância? O que é possível fazer por ele?

5) Você se recorda de alguma ação executada por você em sua atuação com um usuário de álcool e outras drogas em que você se considera bem sucedido?

6) O que você faz quando algum familiar procura você e solicita ajuda para tratar um membro da família que esteja envolvido com o uso de álcool e outras drogas?

7) Você acredita que há alguma ação desenvolvida por você ou por sua equipe de saúde direcionada a usuários de álcool e outras drogas que é baseada na proposta de redução de danos?

8) Há algo que você queira acrescentar a esta entrevista que considera importante no cuidado deste público?

Apêndice 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Dados de identificação

Título do Projeto: **A Capacitação no Projeto Caminhos do Cuidado: Percepções e Práticas de Agentes Comunitários de Saúde.**

Pesquisador Responsável: Fabiana Érica de Souza
 Contatos: (32) 88380810 fabianaerica@yahoo.com.br
 Orientador: Prof. Dr. Telmo Mota Ronzani
 Nome do Voluntário:
 Idade em anos:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (ª) está sendo convidado(a) a participar como voluntário do projeto de pesquisa “A Capacitação no Projeto Caminhos do Cuidado: Percepções e Práticas de Agentes Comunitários de Saúde”, de responsabilidade da pesquisadora Fabiana Érica de Souza. Este estudo pretende conhecer a percepção sobre o uso de drogas, sobre o usuário e sobre a proposta de redução de danos de Agentes Comunitários de Saúde capacitados pelo Curso Caminhos do Cuidado.

Declaro ter sido esclarecido que:

- Estou participando como voluntário desta pesquisa, respondendo de forma sigilosa à entrevista/Grupo focal para coleta de dados.
- A entrevista/Grupo Focal será gravada, mas será preservada minha imagem e identificação no decorrer da pesquisa e na divulgação dos dados;
- A minha participação neste estudo se dá em função de minha inserção no público alvo de interesse da pesquisa.
- Encontro-me informado de que a minha participação não prevê ressarcimento ou privilégio financeiro ou de qualquer outra natureza.
- Fui informado que a minha participação não envolve qualquer risco e que a minha não concordância em participar da pesquisa não me acarretaria prejuízos de qualquer natureza, sendo que posso desistir de participar da pesquisa a qualquer momento.
- Estou ciente ainda de que a pesquisadora irá garantir a confidencialidade das informações geradas e a minha privacidade nesta pesquisa.
- Fui informado que posso me recusar a responder qualquer pergunta que me cause constrangimento.
- Por último estou ciente de que este termo foi gerado em duas vias, sendo uma entregue a mim e a outra arquivada com a pesquisadora responsável.

Eu, _____, RG nº _____
 declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

_____, ____ de _____ de 2015.

 Assinatura do participante

 Assinatura do pesquisador responsável

APÊNDICE 4 - CATEGORIZAÇÃO HORIZONTAL DAS ENTREVISTAS

Tema 1: PERCEPÇÃO SOBRE O USUÁRIO

Categorias e Subcategorias	Frequência
Desviante Moral	5
<ul style="list-style-type: none"> • fraco de caráter • Culpado por seu problema • Pecador/errante 	3 3 2
Doente	3
Criminoso/perigoso	2

Tema 2: PERCEPÇÃO SOBRE O USO DE DROGAS

Categorias	Frequência
Uso de drogas como doença	4
Drogas como substâncias malignas	3

SUBTEMA 2.1: CAUSAS DO USO DE DROGAS

Categorias	Frequência
Refúgio dos problemas	6
Pressão do Grupo	3
Desigualdade de oportunidade	3
Uso de drogas por familiares	2
Disponibilidade fácil da droga	1

SUBTEMA 2.2: MOTIVAÇÕES QUE CONTRIBUEM PARA A PERCEPÇÃO SOBRE O USO DE DROGAS

Categorias	Frequência
Apoio do NASF	4
Experiências na família	3
Percurso Formativo RAPS	2
Apoio do enfermeiro da ESF	2
Religião	1
Matriciamento	1
Caminhos do Cuidado	1

TEMA 3: REDUÇÃO DE DANOS

Categoria	Frequência
Percebe abstinência como única alternativa	6

SUBTEMA 3.1 – COMPREENSÕES SOBRE O CONCEITO DE REDUÇÃO DE DANOS

Categorias	Frequência
Trocar por uma droga menos prejudicial	3
Reduzir o uso de drogas	1
Reduzir problemas de saúde mesmo permanecendo o uso	1
Não sabe	1
Não responde	1

SUBTEMA 3.2 – AÇÕES DE REDUÇÃO DE DANOS DESENVOLVIDAS PELAS EQUIPES DE SAÚDE

Categorias	Frequência
-------------------	-------------------

Oferta de outros cuidados em saúde	3
Oferta de preservativos	2
Orientações sobre formas de uso menos prejudiciais	1

TEMA 4: LIMITAÇÕES PARA O CUIDADO DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL E DROGAS

Categorias e Subcategorias	Frequência
Estigmatização do usuário	6
<ul style="list-style-type: none"> • Usuários fogem dos profissionais de saúde e não procuram a UBS • Usuários se excluem da sociedade 	5 1
Problemas de gestão da AB	6
<ul style="list-style-type: none"> • Desvio de função do ACS • Áreas descobertas • Dificuldades de comunicação entre pontos de atenção • Excesso de famílias e programas • Trabalho de equipe fragmentado • Falta recursos materiais para o trabalho • Dificuldades com transporte para equipe • Dificuldade de transporte sanitário • Equipe sem cobertura de NASF • Estrutura física precária da UBS 	5 4 4 2 2 1 1 1 1 1
Dificuldade de acesso a especialistas e/ou outro ponto de atenção	4
<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade de acesso ao Psiquiatra 	

<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade de acesso ao Psicólogo 	3
<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade de acesso ao CAPS 	3
	2
Sentimento de impotencia	4
Fácil acesso a drogas na comunidade	3
Falta comprometimento de profissionais da ESF (1 enfermeira e 1 outros ACS)	2
Família não apoia	2
Falta dispositivos de lazer e assistencia	1
Falta protocolo de atenção	1

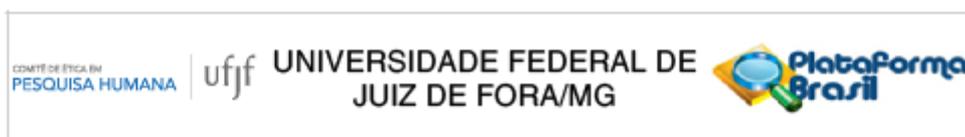
TEMA 5: POTENCIALIDADES PARA O CUIDADO

Categorias e Subcategorias	Frequência
Apoio de outros serviços e profissionais	6
<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiro 	6
<ul style="list-style-type: none"> • CAPS 	4
<ul style="list-style-type: none"> • NASF 	3
<ul style="list-style-type: none"> • Psicólogos e psiquiatras 	2
Vínculo com família e usuário	4
Matriciamento	3
Existência de dispositivos de lazer e assistência	2
Conhecimento do território	2
Realização de busca ativa	1
Participação no percurso Formativo	1

Tema 6: Ações direcionadas a usuários de álcool e drogas

Categorias e Subcategorias	Frequência
Intervenções em saúde na própria equipe	6
<ul style="list-style-type: none"> • Acompanha outras condições de saúde 	5
<ul style="list-style-type: none"> • Oferta apoio à família 	4
<ul style="list-style-type: none"> • Consultas e acolhimento na UBS 	3
<ul style="list-style-type: none"> • Abordagem educativa voltada para o medo 	3
<ul style="list-style-type: none"> • Visita domiciliar 	3
<ul style="list-style-type: none"> • Acompanha medicação 	2
<ul style="list-style-type: none"> • Realiza escuta da família ou usuário 	2
<ul style="list-style-type: none"> • Realiza discussão do caso com outras equipes 	1
Encaminhamentos	6
<ul style="list-style-type: none"> • Internação em clínicas/CT 	5
<ul style="list-style-type: none"> • Grupos de ajuda (AA/NA/AE) 	3
<ul style="list-style-type: none"> • CAPS 	2
<ul style="list-style-type: none"> • Psiquiatras e psicólogos 	2
<ul style="list-style-type: none"> • NASF 	2
<ul style="list-style-type: none"> • Igreja 	1
<ul style="list-style-type: none"> • Desintoxicação 	1

ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A Capacitação no Projeto Caminhos do Cuidado: percepções e práticas de agentes comunitários de saúde.

Pesquisador: Fabiana Érica de Souza

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 55700116.0.0000.5147

Instituição Proponente: NATES - NÚCLEO DE ACESSORIA, TREINAMENTO E ESTUDOS EM SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.561.476

Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto esta clara, detalhada de forma objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, item III.

Objetivo da Pesquisa:

O Objetivo da pesquisa está bem delineado, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos pretendido, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, item 3.4.1 - 4.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo e estão adequadamente descritos, considerando que os indivíduos não sofrerão qualquer dano ou sofrerão prejuízo pela participação ou pela negação de participação na pesquisa e benefícios esperados. A avaliação dos Riscos e Benefícios estão de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, itens III; III.2 e V.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N	CEP: 36.036-900
Bairro: SAO PEDRO	
UF: MG	Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788	Fax: (32)1102-3788
	E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br