



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Waleska Rodrigues Silva

**A (des)atenção aos usuários de álcool e outras drogas na
Estratégia da Saúde da Família: concepções de enfermeiros,
médicos e psicólogos**

UBERLÂNDIA

2012



Waleska Rodrigues Silva

**A (des)atenção aos usuários de álcool e outras drogas na
Estratégia da Saúde da Família: concepções de enfermeiros,
médicos e psicólogos**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Sanches Peres

**UBERLÂNDIA
2012**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

S586d Silva, Waleska Rodrigues, 1970-
2012 A (des)atenção aos usuários de álcool e outras drogas na
estratégia da saúde da família : concepções de enfermeiros, mé-
dicos e psicólogos / Waleska Rodrigues Silva. -- 2012.
105 f.

Orientador: Rodrigo Sanches Peres.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,
Programa de Pós-Graduação em Psicologia.
Inclui bibliografia.

1. Psicologia - Teses. 2. Psicologia aplicada - Teses. 3. Dro-
gas - Abuso - Teses. 4. Alcoólatras - Psicologia- Teses. 5. Pessoal
da área médica - Teses. I. Peres, Rodrigo Sanches. II. Universida-
de Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Psicolo-
gia. III. Título.

CDU: 159.9



Waleska Rodrigues Silva

**A (des)atenção aos usuários de álcool e outras drogas na
Estratégia da Saúde da Família: concepções de enfermeiros,
médicos e psicólogos**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Sanches Peres

Banca Examinadora
Uberlândia, 11 de Maio de 2012

Prof. Dr. Rodrigo Sanches Peres
Orientador (UFU)

Prof. Dr. Francisco Hashimoto
Examinador (UNESP-Assis)

Profa. Dra. Maria Lucia Castilho Romera
Examinador (UFU)

Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos
Examinador Suplente (USP-Ribeirão Preto)

**UBERLÂNDIA
2012**

AGRADECIMENTOS

Aos pacientes que, durante a minha trajetória profissional, chegaram embriagados de esperança e entorpecidos pelo desejo de viver a vida com suas dores e alegrias e, assim, inspiraram este trabalho, inspiram minha busca profissional e me fazem desejar um mundo mais justo.

Aos amigos de luz pela companhia na jornada da vida.

À minha mãe Magda, mulher guerreira, com quem aprendi a não fechar os olhos para as dores dos outros e nem para as desigualdades da vida, pelo exemplo, dedicação, incentivo e o colo sempre disponível.

Ao meu pai Gesmar, que, mesmo na distância, mantém-se ao meu lado, nos sentimentos e na torcida por minhas conquistas.

Aos meus irmãos Segundo, Gustavo e Guilherme, pelo apoio incondicional e pela tolerância com minhas “coisas” de irmã mais velha: amo muito vocês.

Aos meus sobrinhos, por deixarem a vida mais leve.

Ao Jair, meu companheiro, cúmplice, amigo e amor, por caminhar ao meu lado e me mostrar nuances do colorido da vida que eu ainda não conhecia.

Ao Luís César e a Tia Maria, presenças marcantes pela acolhida sempre carinhosa nos momentos difíceis, por acreditarem em todos os meus sonhos.

As minhas amigas da 24^a, em especial à Maria Lúcia, Simone e Ana Paula, que acompanharam mais de perto minhas angústias de mestrandas nesses últimos anos, compreenderam minhas ausências e sempre me enviaram muitas energias positivas.

Ao Rodrigo que aceitou o desafio de trilhar comigo o caminho do mestrado e o fez de forma sempre generosa e acolhedora.

Aos colegas da equipe de Saúde Mental pelo incentivo de todos os dias.

Ao Christiano, pela confiança, pelas interlocuções que contribuíram com minha árdua tarefa de escrever e pelo apoio que tornou possível meu percurso pelo mestrado.

Ao Emerson Rasera, pelos encontros e parcerias que me provocaram transformações.

À Maria Lúcia Castilho Romera, pela contribuição cuidadosa e afetuosa na construção deste trabalho.

Ao Francisco Hashimoto, pela generosidade em participar das reflexões sobre este trabalho e pela forma carinhosa de ajudar a pensar novas possibilidades.

A todos que de alguma forma colaboraram com este trabalho e, em especial aos participantes desta pesquisa.

Silva, W. R. (2012). *A (des)atenção aos usuários de álcool e outras drogas na Estratégia da Saúde da Família: concepções de enfermeiros, médicos e psicólogos*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia.

Resumo: As políticas públicas de saúde vigentes voltadas à temática “álcool e outras drogas” valorizam as estratégias de redução de danos e a articulação do cuidado aos usuários dentro da rede de atenção básica à saúde, na qual está inserida a Estratégia de Saúde da Família. Porém, sabe-se que as concepções das pessoas – sobretudo dos profissionais de saúde – em relação às substâncias psicoativas influenciam a efetividade das políticas públicas. O presente estudo tem como objetivo geral analisar as concepções de médicos, psicólogos e enfermeiros que atuam na Estratégia de Saúde da Família em Uberlândia acerca da atenção em saúde a usuários de álcool e outras drogas. Trata-se de um estudo clínico-qualitativo, cuja coleta de dados envolveu o emprego de um roteiro semi-estruturado de entrevista junto a 12 participantes. Os dados obtidos foram submetidos à análise temática de conteúdo e organizados em uma síntese interpretativa à luz de aportes teóricos psicanalíticos. Os resultados apontam, em linhas gerais, que os participantes possuem concepções acerca do termo “drogas” que independem da questão da licitude e reconhecem a multicausalidade associada ao uso dessas substâncias. Contudo, possuem concepções acerca dos usuários permeadas por preconceitos e estigmas, o que gera dificuldades para o empreendimento de ações de cuidado e os leva, na maior parte das vezes, a apenas realizar encaminhamentos. Além disso, constatou-se que os participantes desconhecem as políticas públicas voltadas à temática “álcool e outras drogas”. Tais resultados foram interpretados como o reflexo de racionalizações e projeções, o que sugere o engajamento dos participantes em um pacto denegativo, ou seja, uma aliança inconsciente que implica na renúncia dos mesmos em relação aos usuários de álcool e outras drogas. Novos estudos são necessários para que se possa compreender as concepções de profissionais de saúde inseridos em outros níveis de atenção e, assim, identificar eventuais obstáculos à efetivação das políticas públicas.

Palavras-chave: Drogas; Concepções; Profissionais da saúde; Política de saúde.

Silva, W. R. (2012). *The (dis)attention to alcohol and other drugs users in the Family Health Strategy: conceptions of nurses, physicians and psychologists*. Master's thesis, Institute of Psychology, Federal University of Uberlândia, Uberlândia.

Abstract: The present public health care policies concerning the “alcohol and other drugs” theme value the strategies of harm reduction and the coordination of care to users within the basic attention to health network, in which the Family Health Strategy is inserted. However, it is known that the people’s conception – especially health professionals – concerning psychoactive substances influence the effectiveness of public health care policies. The present study aims to analyze the conceptions of physicians, psychologists and nurses acting in the Family Health Strategy in Uberlândia towards the health attention to alcohol and other drugs users. It is a clinical-qualitative study, in which data collection involved a semi-structured interview with 12 participants. The data obtained was submitted to thematic content analysis and organized in an interpretative synthesis in the light of theoretical psychoanalytic contributions. The results indicate, in general, that the participants have conceptions concerning the term “drugs” that do not depend on the lawfulness of the substances and recognize the multi-causality associated to the use of these substances. However, they have conceptions regarding users permeated by prejudice and stigma, which generates difficulty for the undertaking of care actions and leads the professionals, most of the times, to simply carry out medical routings. Besides, it has been noted that the public policies concerning the “alcohol and other drugs” theme are unknown to the participants. Such results were interpreted as the reflex of rationalizations and projections, which suggests the engaging of participants in a denegative pact, that is an unconscious alliance that results in professionals renouncing alcohol and other drugs users. New studies are necessary so that the conceptions of health professionals inserted in other levels of attention may be understood and, therefore, make it possible to identify eventual obstacles towards the enforcement of public health care policies.

Keywords: Conceptions; Health professionals; Health care policy.

SUMÁRIO

PALAVRAS INICIAIS	9
1. INTRODUÇÃO.....	14
1.1 Breve histórico sobre álcool e outras drogas.....	14
1.2 Políticas públicas sobre álcool e outras drogas.....	17
1.3 Pesquisas sobre álcool e drogas.....	29
2. OBJETIVOS.....	37
2.1 Objetivo geral.....	37
2.2 Objetivos específicos.....	37
3. MÉTODO.....	38
3.1 Abordagem metodológica.....	38
3.2 Participantes.....	38
3.3 Critérios de inclusão e exclusão.....	40
3.4 Instrumento.....	40
3.5 Estratégia para a coleta de dados.....	41
3.6 Estratégia para a análise de dados.....	42
4. ASPECTOS ÉTICOS.....	45
5. RESULTADOS: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO.....	46
6. SÍNTESE INTERPRETATIVA.....	79

7 . CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	84
REFERÊNCIAS	87
APÊNDICES.....	96
APÊNDICE A – Roteiro semi-estruturado de entrevista	97
APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido	100
ANEXOS.....	102
ANEXO A – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia.....	103
ANEXO B – Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia.....	104

PALAVRAS INICIAIS

Durante minha graduação no curso de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) o tema “álcool e outras drogas” pouco foi abordado em aulas, estágios ou outras atividades de ensino. É verdade que se tratava de um momento distinto do atual, pois naqueles anos, de 1988 a 1993, a saúde pública ainda não se ocupava efetivamente das questões sobre o uso ou o abuso de álcool e outras drogas. Aliás, o próprio Sistema Único de Saúde (SUS) estava ainda em fase de implantação. De modo geral, praticamente nenhuma atenção se dedicava à saúde pública ao longo da formação de psicólogos. Entendíamos que éramos profissionais de saúde, mas a atuação profissional autônoma, exercida em consultórios privados, era enfatizada.

Após me graduar, trabalhei durante um curto período de tempo como psicóloga organizacional e, em seguida, como psicóloga escolar, essencialmente em função de oportunidades profissionais que surgiram. Paralelamente, iniciei minhas atividades como psicóloga clínica em um consultório particular, o qual mantive por dez anos. Já em 1998, ingressei na Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia, onde comecei a trabalhar como psicóloga no Ambulatório de Moléstias Infectocontagiosas “Herbert de Souza”, cujo público-alvo era constituído por portadores de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs).

Nesse período, havia uma tendência, por parte dos profissionais de saúde, de pensar em usuários de drogas apenas como uma população de risco para as DSTs, particularmente a AIDS. Além disso, os usuários de drogas eram tipicamente rotulados como pacientes “de difícil manejo”. Esse cenário se modificou somente depois de alguns anos, quando da difusão do trabalho que já vinha sendo desenvolvido em diversos municípios do país na perspectiva da redução de danos com o objetivo de reduzir os riscos de infecção pelo HIV em função do compartilhamento de seringas.

Em 2002, ingressei também na Secretaria Municipal de Saúde de Araguari, município vizinho, e, por minha experiência de trabalho, fui compor a equipe de mais um ambulatório especializado na atenção às doenças sexualmente transmissíveis. Tive então a oportunidade de conhecer e me encantar com o Projeto de Redução de Danos desenvolvido por aquele ambulatório em convênio com a Coordenação Nacional de DST/ HIV/AIDS. Durante um período de dois anos, mantive minhas atividades concomitantemente em Araguari e em Uberlândia. No ano de 2004, ao deixar o trabalho em Araguari para permanecer apenas em Uberlândia, pude estender meu trabalho para o Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas (CAPS Ad) do município.

Em Araguari, trabalhei com uma equipe particularmente empenhada em promover as ações do Projeto de Redução de Danos e preocupada com a capacitação de profissionais de saúde. Tive a oportunidade de participar de supervisões, seminários, congressos e visitas técnicas. No âmbito da equipe do Ambulatório “Herbert de Souza”, em Uberlândia, eu observava na equipe o mesmo interesse pela capacitação de profissionais de saúde, porém a temática “álcool e outras drogas” era pouco discutida. Ainda assim, em eventos que participei por esse serviço sempre procurei estar presente nos debates a esse respeito.

Hoje percebo o quanto a experiência adquirida na época foi importante em minha trajetória profissional e transformadora em vários sentidos. Em função de minha carga horária de trabalho, precisei abdicar das atividades que desenvolvia paralelamente em consultório particular. Porém, essa não foi uma escolha difícil, por uma série de motivos. Talvez o principal deles tenha sido o fato de que eu havia começado a perceber o meu envolvimento mais entusiástico com os desafios da saúde pública, entre eles o da atenção aos usuários de álcool e outras drogas.

Já no CAPS Ad, em Uberlândia, me imbuí da responsabilidade de compartilhar com os demais profissionais de saúde os conhecimentos decorrentes de experiências anteriores, até

porque era a única na equipe a ter recebido formação, pela própria rede de saúde pública, na assistência a usuários de álcool e outras drogas. Naquele momento, a redução de danos já não era apenas uma proposta de ação preventiva para usuários de drogas injetáveis, mas, sim, uma ferramenta para a ampliação do acesso dessa população à saúde. Afinal, embasava a então recente “política para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas”, lançada em 2003 pelo Ministério da Saúde.

Infelizmente, porém, observei que muitos profissionais de saúde ainda encontravam dificuldades no manejo dos episódios de recaída tão frequentes entre usuários de álcool e outras drogas. Pautando-se em exigências infundadas, alguns entendiam que a abstinência total se afigurava como pré-requisito para o tratamento. Desliguei-me do CAPS ad no início de 2006, porém, não me eximi da responsabilidade de trabalhar em prol da assistência aos usuários de álcool e outras drogas, especialmente na perspectiva da atenção integral.

As atividades desenvolvidas diretamente junto aos usuários, contudo, não me pareciam suficientes. Busquei, então, criar caminhos para que a “política para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas” do Ministério da Saúde pudesse se difundir. Foi com esse propósito que ingressei, em 2007, no extinto Conselho Municipal Antidrogas, hoje Conselho Municipal de Políticas Públicas sobre Drogas (Comad), do qual ainda faço parte. Além disso, continuo trabalhando na Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia, no Programa de Ações em Saúde Mental, onde procurei inserir nas pautas das discussões com os profissionais de saúde a atenção aos usuários de álcool e outras drogas na rede do município. Hoje, felizmente, percebo que alguns colegas compartilham dos ideais, das angústias e das lutas para garantir que os usuários de álcool e outras drogas recebam atenção integral à saúde por serem sujeitos de direitos.

Apesar dos grandes avanços em relação à ampliação do acesso à saúde por parte dessa população, ainda são inúmeros os desafios a serem superados. Em nossa realidade municipal,

a formação e a capacitação de profissionais de saúde e o estabelecimento de parcerias intersetoriais capazes de auxiliar na construção de uma rede mais eficiente de suporte social se destacam como alguns desses desafios, a meu ver. Tal constatação decorre das atividades que desenvolvo no Programa de Ações em Saúde Mental, por meio das quais tenho contato com diferentes profissionais de saúde, tanto dos CAPS ad quanto da Atenção Básica à Saúde.

Gostaria ainda de fazer um aparte sobre minha trajetória profissional. Ainda na graduação, alguns de meus professores e, posteriormente, alguns de meus colegas de trabalho, relatavam uma grande dificuldade – ou quase uma impossibilidade – em se utilizar a teoria psicanalítica para embasar o trabalho do psicólogo na saúde pública. Esses comentários repercutiram em mim o suficiente para que eu iniciasse meu trabalho em saúde pública imaginando que o faria apenas temporariamente para que, em um momento posterior, pudesse me dedicar apenas à prática clínica em consultório privado, local que me parecia o único possível para a aplicação da teoria psicanalítica.

Meus preconceitos se desconstruíram aos poucos. Contudo, esse movimento se consolidou efetivamente em 2001, quando iniciei um curso de especialização em Psicoterapia Psicanalítica pela Universidade de Uberaba. Por meio desse curso tive a oportunidade de conhecer diversos psicanalistas vinculados à Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, sendo que muitos deles, além de trabalharem em seus consultórios privados, desenvolviam atividades em serviços públicos de saúde ou em outras instituições. Pude então ampliar minha maneira de compreender algumas questões referentes ao tema “álcool e outras drogas” e à sua abordagem no contexto da saúde pública.

Esse pode ser considerado o ponto de partida do presente estudo, por meio do qual procurarei analisar como a assistência a usuários de álcool e outras drogas é concebida por profissionais de saúde do município. Como não poderia deixar de ser, contemplarei mais especificamente a assistência no contexto da saúde pública, no qual me encontro inserida há

vários anos. A opção por desenvolver o presente estudo junto aos profissionais de saúde se justifica levando em conta minhas experiências relatadas até aqui. E o mesmo é possível afirmar em relação à opção por adotar aportes da teoria psicanalítica para organizar uma síntese interpretativa dos resultados.

Nas páginas seguintes, o leitor interessado encontrará um panorama sobre o uso de álcool e outras drogas ao longo da história, por um lado, e sobre as políticas públicas e as pesquisas referentes ao assunto, por outro lado. Mais adiante, entrará em contato com os objetivos e procedimentos metodológicos do presente estudo. A seguir, os resultados obtidos são reportados, discutidos e então organizados em uma síntese interpretativa. No último segmento do presente estudo são apresentadas as considerações finais.

1. INTRODUÇÃO

1.1 Breve histórico sobre álcool e outras drogas

O termo “drogas” segundo o *Glossário de álcool e drogas* (Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010), refere-se a qualquer agente químico capaz de provocar alterações nos processos bioquímicos e fisiológicos do organismo e que, muitas vezes, é consumido com o objetivo de provocar alterações na percepção do indivíduo. Porém, como alertam Amorim, Lazarini e Siqueira (2007), na população em geral o termo em questão muitas vezes remete apenas às drogas ilícitas, as quais – a exemplo da cocaína, do *crack* e da heroína, dentre outras – têm sua comercialização e utilização proibidas legalmente e desvalorizadas socialmente. Com isso, muitas vezes se desconsidera o fato de drogas lícitas – tais como o álcool, a cafeína, o tabaco e os fármacos vendidos com receita médica – estarem incluídas na definição do termo “drogas”.

Esse fenômeno, assim como outros relacionados às drogas, somente pode ser compreendido à luz de valores e simbolismos específicos, aliados a condições de acesso e consumo, determinados histórica e culturalmente (Silva, 2000). Nesse sentido, vale lembrar que o uso destas substâncias faz parte da história da humanidade e remonta, segundo Araújo e Moreira (2006), às civilizações ancestrais. Ao longo dos tempos, nas mais diferentes culturas, as pessoas as utilizaram e continuam utilizando. As motivações para tanto são as mais diversas: purificação em rituais religiosos e místicos, exaltação em cerimônias profanas e pagãs, celebração do prazer ou mera recreação, para citar apenas algumas (Nunes & Jólluskin, 2007).

Sabe-se que hominídeos consumiam preparados à base de tabaco para suportar a fome e a fadiga. Referências ao uso de plantas com propriedades psicoativas como a papoula e o cânhamo foram encontrados em artefatos e registros de 4.000 a 3.000 a.C. provenientes da China. Segundo Silva (2000), o álcool era bastante difundido e constava da formulação de

alguns medicamentos no Egito Antigo, uma vez que o processo de fermentação já era conhecido. São notórias as inúmeras alusões ao vinho presentes no Antigo Testamento. Há indícios ainda do uso de substâncias alucinógenas oriundas do cacau e da coca em civilizações pré-colombianas e amazônicas, como bem observou Carneiro (2009).

Porém, é preciso salientar que, segundo Escohotado (2004), na Antiguidade, tanto gregos quanto romanos compreendiam as substâncias psicoativas¹ como elementos neutros, na medida em que seus efeitos, positivos ou negativos, dependeriam da dosagem utilizada. Por essa razão, seu consumo não era visto como um problema de ordem social, jurídica ou política. Já na Idade Média, sob a égide do Cristianismo, as substâncias psicoativas passaram a ser consideradas de natureza demoníaca, de modo que utilizá-las, sobretudo em rituais pagãos, implicaria em condenação e punição. Até mesmo o uso terapêutico de certos produtos para alívio de dores era tido como heresia. O álcool, contudo, era adotado, assim como nos dias de hoje, em cerimônias judaicas e cristãs, posto que é sacralizado nas primeiras e associado à divindade nas segundas (Carneiro, 2009).

Posteriormente, como esclarecem Nunes e Jólluskin (2007), a partir da expansão comercial no início da Idade Moderna, os europeus estabeleceram contato com plantas com propriedades psicoativas – como a erva-mate e o guaraná – trazidas do “novo mundo” pelos grandes navegadores. Já no século XVIII, sob a influência do Iluminismo, a maneira do homem se relacionar com o mundo e com o divino passa por transformações e o emprego de determinadas substâncias é retomado com fins lúdicos e medicamentosos. A comunidade científica passa a explorar o potencial terapêutico dessas substâncias e, no século XIX, consegue isolar vários princípios ativos de plantas, entre eles a morfina (Escohotado, 2004).

Para Martins e MacRae (2010), as mudanças sociais e culturais associadas à Revolução Industrial também contribuíram para a popularização de diversas substâncias

¹ Comumente utilizado como sinônimo do termo “drogas”, a expressão “substâncias psicoativas” faz referência a todo e qualquer produto que, quando introduzido no organismo, pode alterar sua estrutura ou função (Dias & Pinto, 2006).

psicoativas. Desse modo, já no início do século XIX, intelectuais e artistas buscavam a transcendência e a inspiração à custa do consumo em larga escala de haxixe, ópio e cocaína. Em contrapartida, operários recorriam abusivamente ao álcool para suportar as duras condições de vida instituídas pelas profundas transformações dos processos produtivos, segundo Nunes e Jólluskin (2007). O uso de substâncias psicoativas, então, passou a ser apontado como uma das principais causas de problemas sociais próprios da época.

Ocorre que, conforme Araújo e Moreira (2006), no mundo ocidental do século XIX, o uso destas substâncias se distanciou dos contextos dos rituais e extrapolou sua utilização médica, tornando-se, como consequência, um produto de consumo desprovido de lastro cultural. Tal fato se torna patente levando-se em consideração que, como bem observou Escohotado (2004), os princípios ativos de diversas plantas eram vendidos livremente em farmácias da América e Europa e divulgados de modo intensivo por meio de propagandas atrativas. Surgiram, assim, novos padrões de consumo, os quais implicaram na exacerbação de complicações físicas, psicológicas e sociais decorrentes da utilização de dosagens superiores à capacidade metabólica humana.

As drogas passaram a ser consideradas algo problemático, o que, ainda segundo o referido autor, ensejou a emergência de uma ideologia proibicionista que se mostrou capaz, principalmente nos Estados Unidos da América, de cooptar movimentos sociais e categorias profissionais até atingir o meio político. Contudo, Moreira e Araújo (2006) esclarecem que a intolerância étnica também contribuiu para os movimentos subsequentes de controle e demarcação de ilegalidade de algumas substâncias psicoativas. Diferentes drogas eram associadas a determinados grupos sociais considerados inferiores do ponto de vista econômico e moral.

Como alertam Nunes e Jólluskin (2007), nas últimas décadas têm-se observado uma elevação bastante expressiva do consumo das mais diversas substâncias psicoativas no mundo

todo entre as mais variadas faixas etárias e classes sociais. A produção e a distribuição de drogas ilícitas se dão em larga escala, impulsionadas pelo baixo custo de algumas delas. Segundo Carneiro (2002) o comércio das drogas pode ser considerado um dos principais ramos da economia mundial. Neste contexto, o autor considera tanto o comércio ligado ao tráfico das drogas ilícitas como a distribuição das drogas classificadas como lícitas, que são o álcool, o tabaco, os medicamentos e até mesmo o café.

Mas o aumento na produção e na distribuição de drogas não pode ser considerado o único responsável pelo possível aumento no consumo e na dependências destas substâncias. Birman (2009) aponta também a falta de significado simbólico do uso de drogas na atualidade em muitos países do ocidente. Para o autor, isso ocorre porque, nas sociedades ocidentais predomina, nos dias de hoje, uma cultura que se pauta na evitação da dor e do sofrimento psíquico, enquanto tudo o que possibilitaria dar sentido a estas experiências, como o uso palavra, é desvalorizado.

Para tais finalidades, as drogas se traduzem em resposta rápida, e, segundo o autor, atendem a este propósito tanto as drogas ilícitas gerenciadas pela indústria do tráfico quanto os diversos medicamentos produzidos pela indústria farmacêutica, legitimados pela prática médica e considerados lícitos. Constata-se, diante do exposto, a relevância de estudos dedicados ao tema álcool e outras drogas e a necessidade de que o mesmo seja abordado de modo contextualizado e ponderado, tendo em vista a complexidade que lhe é inerente.

1.2 Políticas públicas sobre álcool e outras drogas

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2001), aproximadamente 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consomem abusivamente substâncias psicoativas, independentemente de idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo. Tal fato representa um problema de saúde pública em função dos agravos, em diversas esferas, que

decorrem desse fato ou que o reforçam. Apesar disso, apenas cerca de um terço dos 181 países filiados a tal instituição possuíam, no início do século XXI, políticas públicas referentes ao uso do álcool e outras drogas. Trata-se, evidentemente, de um contra-senso, pois, conforme Elias (2004), caberia ao Estado, ao menos em tese, a criação de mecanismos para a preservação da integridade da sociedade.

No Brasil, a primeira tentativa de elaboração de uma política pública sobre drogas aconteceu em 1998. De caráter essencialmente proibicionista, tal movimento resultou, para Duarte (2010), em uma política de controle que preconizava uma espécie de “guerra contra as drogas” e desconsiderava que as mesmas fazem parte da realidade social. Desse modo, houve uma mera reafirmação do modelo hegemônico vigente até então, uma vez que o país incorporava em seu ordenamento jurídico alguns termos e regulamentos oriundos da Organização das Nações Unidas, os quais também adotavam premissas repressivo-moralistas.

Karam (2009) aponta que o proibicionismo se revelou infrutífero até mesmo na tentativa de diminuir a circulação das drogas. Além disso, a referida autora elenca outras razões pelas quais as políticas fundamentadas em tal ideologia podem ser consideradas inapropriadas. Nesse sentido, destaca que o engajamento em uma “guerra contra as drogas” implica em uma autorização, ainda que informal, à prática da violência, por parte das forças policiais, contra usuários² de álcool e outras drogas ou traficantes. Ademais, afirma que o proibicionismo ensejou a violação de direitos estabelecidos em constituições democráticas. Souza e Kantorski (2007), nessa mesma linha de raciocínio, sustentam que a proteção paternalista do Estado não é capaz, por si só, de evitar o consumo de drogas.

² Considerou-se a possibilidade de utilizar a expressão “pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas” ao longo do presente estudo. No entanto, a opção pela expressão “usuários de álcool e outras drogas” se deve ao fato desta ser adotada nas políticas públicas para designar as pessoas que fazem uso de álcool e/ou outras drogas. De qualquer forma, uma ressalva a tal expressão se impõe, já que coloca em segundo plano a existência de uma relação entre a pessoa que utiliza uma determinada substância e a substância em si.

Em 2003, novos esforços foram envidados para o realinhamento da chamada “política nacional antidrogas³” a partir da intersetorialidade e da descentralização de ações. Foram realizados diversos seminários e fóruns pelo Brasil, inclusive com a participação de representantes de outros países, com o intuito de promover uma ampla discussão sobre o assunto. Como resultado desse processo, foi criada a chamada “política nacional sobre drogas⁴”. Duarte (2010) considera que, além da mudança de foco traduzida pela alteração do nome de tal política em relação à sua antecedente, também foi de grande relevância a implementação de conselhos de caráter deliberativo, articulador, normativo e consultivo, de composição paritária.

A “política nacional sobre drogas”, preconiza, além da redução da oferta de drogas, a redução da demanda e de danos. Para Souza e Kantorski, a possibilidade de conciliar essas três frentes é questionável, tendo-se em vista que “a redução da demanda e a redução da oferta se pautam principalmente em abordagens repressivas, enquanto as estratégias na perspectiva de redução de danos se pautam na liberdade de escolha do indivíduo e no não-julgamento moral do mesmo” (2007, p.8). Por outro lado, a redução da demanda talvez possa ser pensada para além do vértice repressivo, pois a garantia de direitos – educação e lazer, dentre outros – é capaz de ter um impacto sobre a demanda. A redução de danos pode se articular, nesse sentido, com a redução da demanda.

A propósito, a “política nacional sobre drogas” também instaura a distinção entre usuários e traficantes de drogas, sem, contudo, os descriminalizar. Essa distinção foi consolidada no ano seguinte, com a aprovação da Lei 11.343/2006⁵, a qual estabelece a

³ Decreto nº 4.345 (2002, 26 de Agosto). Institui a política nacional antidrogas e dá outras providências. Brasília: Presidência da República. Recuperada em 13 de dezembro de 2011, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4345.htm

⁴ Resolução nº 3 (2005, 27 de Outubro). Aprova a política nacional sobre drogas. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (2008). Legislação e Políticas Sobre Drogas. Presidência da República. Brasília.

⁵ Lei nº 11.343 (2006, 23 de Agosto). Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (2008). Legislação e Políticas Sobre Drogas. Presidência da República. Brasília.

extinção da pena de prisão para usuários a partir do recurso a juizados especiais. Outro avanço importante promovido pela implementação da chamada “lei das drogas” é o fim dos tratamentos compulsórios. Entretanto, Verona (2010) observa que a mesma deixou a desejar na medida em que não contemplou o aumento da rede do Sistema Único de Saúde (SUS) de forma a viabilizar o desenvolvimento de intervenções diferenciadas em função dos diversos tipos de relação que podem ser estabelecidos com as drogas. É importante ressaltar que nem mesmo os serviços existentes foram orientados e preparados para acolher os usuários de álcool e outras drogas na perspectiva da atenção integral à saúde ou contemplando aspectos das estratégias de redução de danos.

Vale mencionar que o país conta também com legislação específica sobre o consumo de álcool. A Lei 11.705/2008⁶ – chamada “Lei Seca” – procurou inibir a utilização de bebidas alcoólicas por condutores de veículos a partir da imposição de penalidades severas a esse comportamento. Apesar de considerada uma das mais rígidas do mundo, a Lei 11.705/2008, ao contrário do que sugere o nome forjado pela imprensa para fazer-lhe referência, não tem caráter repressivo-moralista. Duarte (2010) entende, inclusive, que esse é um de seus méritos, pois implica em um distanciamento da ideologia proibicionista.

A partir destes elementos, é possível constatar que os últimos 10 anos foram marcados por iniciativas para a definição de políticas públicas referentes à questão das drogas no sentido de torná-las mais condizentes e adequadas à realidade do país. Delgado (2010) chama a atenção para a mudança de paradigma que vem ocorrendo neste processo, por meio da qual a repressão às drogas continua existindo, porém, não mais prevalecendo em relação à prevenção e ao tratamento. A valorização de estratégias de redução de danos em detrimento de medidas voltadas à redução da oferta de drogas certamente é um desdobramento desse novo paradigma.

⁶ Lei nº 11.705 (2008, 19 de Junho). Altera a Lei nº 9.503/ 1997 e dá outras providências. Brasília. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (2008). Legislação e Políticas Sobre Drogas. Presidência da República. Brasília.

A redução de danos, deve-se esclarecer, comprehende, de modo geral, qualquer ação que visa minimizar os riscos e danos causados pelo uso de álcool e outras drogas à saúde de um indivíduo. Porém, está voltada não apenas para a promoção da saúde, mas também à valorização da cidadania e à garantia dos direitos humanos. Santos e Malheiro (2010) ressaltam que os serviços e profissionais de saúde orientados pela lógica da redução de danos procuram valorizar o saber da população com a qual trabalham e, assim, construir com a mesma o planejamento de ações de intervenção. Dessa maneira, consideram que os usuários de álcool e outras drogas não são meros “pacientes”, ou seja, passivos ao saber do outro, mas, sim, sujeitos ativos na construção de seus projetos de saúde e de vida.

Muitas críticas, no entanto, são dirigidas à redução de danos. Marques e Zaleski (2011) apontam que as estratégias de redução de danos apresentam evidências científicas de eficiência como práticas de prevenção de doenças infectocontagiosas. Entretanto, não poderiam ser direcionadas ao tratamento da dependência do álcool e outras drogas, pois este implicaria, para os referidos autores, no caminho para a abstinência. É preciso enfatizar, contudo, que a redução de danos não exclui a abstinência do uso de álcool e outras drogas como objetivo a ser atingido, mas, por possuir um caráter mais flexível, comprehende que esta não pode ser a pré-condição para que qualquer indivíduo tenha acesso ao sistema de saúde.

Essa compreensão faz da redução de danos uma arma poderosa quando se pensa em ampliar o acesso à saúde aos usuários de álcool e outras drogas, considerando que os mesmos, obviamente, precisam prevenir doenças infectocontagiosas e reduzir os danos relacionados a outras patologias, sendo que, para tanto, precisam ser acolhidos pelo sistema de saúde. A redução de danos ainda comprehende que muitos prejuízos sofridos pelos usuários de álcool e outras drogas não advém necessariamente do consumo das mesmas, mas, sim, do processo de estigmatização relacionado a essa prática. Por esse motivo, Santos e Malheiro (2010)

lemboram que muitas vezes ela trabalha com estratégias que poderiam minimizar essa estigmatização.

Para além dos marcos legais acerca do tema “álcool e outras drogas” mencionados até aqui, é preciso salientar que o mesmo passou a ser incluído de forma efetiva na agenda de debates da saúde pública quando, em 2003, o Ministério da Saúde lançou a “política para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas”. De acordo com esse documento, “os principais limites observados pela não priorização, por parte do Ministério da Saúde, de uma política de saúde integral dirigida ao consumidor de álcool e outras drogas, podem ser percebidos a partir do impacto econômico e social que tem recaído para o Sistema Único de Saúde” (Ministério da Saúde, 2004, p.7).

Deve-se esclarecer que, no contexto histórico da saúde no Brasil, é somente com o SUS – instituído com a Constituição de 1988⁷ e regulamentado pela Lei 8080/90⁸ – que o país passa a dispor de um sistema de saúde pública universal, entendido a partir de então como direito do cidadão e dever do Estado. Afinal, em seus princípios, o SUS, na condição de maior projeto do movimento sanitário brasileiro, ressalta a garantia de acesso a todos, independentemente da renda, assim como preconiza a integralidade da atenção à saúde de forma regionalizada e hierarquizada⁹ e determina a equanimidade na distribuição de recursos (Cohn & Elias, 2003).

Desde a criação do SUS, muitos foram os desafios a serem transpostos no sentido de torná-lo viável, sobretudo devido às contradições inerentes ao projeto de desenvolvimento do capitalismo. Dentre esses desafios, pode-se citar a implantação da Reforma Psiquiátrica,

⁷ Brasil (2002). Constituição da República Federativa do Brasil. 29.ed. São Paulo: Saraiva.

⁸ Lei nº 8.080 (1990, 19 de Setembro). Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências Brasília: Presidência da República. Recuperada em 13 de dezembro de 2011, de <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>

⁹ A hierarquização dos serviços de saúde implica a existência de uma rede de cuidados da qual constem os serviços básicos, mais próximos de seus territórios, e aqueles de maior complexidade e densidade tecnológica. Portanto, a hierarquização não estabelece que um serviço seja mais importante que outro.

consolidada com a Lei 10.216/2001¹⁰. A mesma garante a atenção integral à saúde aos usuários de serviços de saúde mental, incluindo aqueles que sofrem de transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas, preconizando a estruturação de serviços de base comunitária, os quais devem ser configurados em redes assistenciais capazes de observarem a equidade no atendimento e promover a reinserção social.

No entanto, ações mais efetivas em prol de uma atenção integral a usuários de álcool e outras drogas no Brasil surgiram alguns meses após a promulgação da referida Lei, quando da divulgação do Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental, em dezembro de 2001. Nesse documento lê-se que:

... na construção da política de saúde mental é fundamental garantir que o Ministério da Saúde defina políticas públicas de atenção aos usuários de álcool e outras drogas que deverão ser baseadas [...] nos princípios e diretrizes do SUS e da Reforma Psiquiátrica e [...] que o SUS se responsabilize pelo atendimento... (Ministério da Saúde, 2002, p.60).

A “política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas” leva em consideração as deliberações da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Afinal, suas diretrizes estabelecem que:

... a oferta de cuidados a pessoas que apresentem problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas deve ser baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção

¹⁰ Lei nº 10.216 (2001, 06 de Abril). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Brasil.(2004). Legislação em Saúde Mental: 1990-2004. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. 5. ed. ampl. – Brasília.

psicossocial especializada, devidamente articulados à rede assistencial em saúde mental e ao restante da rede de saúde (Ministério da Saúde, 2004, p.6).

Delgado (2010) resume a importância da “política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas” ao salientar que, antes de sua elaboração, a questão das drogas não era, em última instância, assumida como competência da saúde pública no Brasil. Souza e Kantorski (2007) inclusive destacam que, até então, a implementação das políticas públicas referentes às drogas era coordenada essencialmente pelo Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, sem participação expressiva do Ministério da Saúde. Desse modo, a questão das drogas era vista, segundo as autoras, apenas como “caso de polícia”. A “política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas” tem contribuído para a reversão desse cenário, sobretudo por enfatizar que os dispositivos extra-hospitalares referidos

... devem fazer uso deliberado e eficaz dos conceitos de território e rede, bem como da lógica ampliada da redução de danos, realizando uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos (Ministério da Saúde, 2004, p.6).

Ainda que a “política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas” faça menção explícita à necessidade de articulação do cuidado dentro da rede de atenção básica à saúde – na qual está inserida a Estratégia de Saúde da Família – e à necessidade de capacitação para seus profissionais, na prática essas ações não foram incorporadas ao trabalho da grande maioria das unidades de saúde. Observa-se que a “política nacional de atenção

básica”¹¹, lançada em 2006, enfatiza os cuidados com a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, da hipertensão arterial, da diabetes, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, da mulher e do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde. Mas nenhuma menção é feita à saúde mental ou à atenção aos usuários de álcool e outras drogas, evidenciando uma possível dificuldade na articulação em ações importantes dentro do próprio Ministério da Saúde.

Vale enfatizar que a atenção básica em saúde é, ao menos em tese, a referência para a organização dos serviços de saúde, dado que tem como finalidade organizar o fluxo de usuários a todos os níveis de atenção. Ocorre que a atenção básica foi destacada pela Conferência Internacional de Alma-Ata¹², em 1978, como nível de atenção mais próxima e acessível à população, devendo, portanto, responder às necessidades dos indivíduos e da comunidade por meio do desenvolvimento de ações em territórios bem delimitados. Starfield (2002) lembra que, na atenção básica, o enfoque não é apenas a enfermidade individual, mas, sim, os determinantes da saúde de maneira geral, ou seja, considerando o contexto sócio-cultural no qual as pessoas se encontram inseridas.

A redefinição do modelo assistencial à saúde por meio da revitalização da atenção básica no país tem no Programa de Saúde da Família (PSF) sua principal estratégia. É importante lembrar que desde o início, embora denominado de “Programa”, o PSF sempre teve características diferentes dos demais “programas” do Ministério da Saúde, uma vez que não se tratava de uma ação a ser desenvolvida de forma paralela pelo sistema de saúde. Tratava-se, sim, de uma iniciativa de reorganização da assistência a partir de um território, dos conhecimentos sobre a população e dos recursos sociais existentes naquele território.

¹¹ Portaria nº 648 (2006, 28 de Março). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Recuperada em 10 de janeiro de 2012, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html

¹² Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde, realizada em Alma-Ata, na extinta União Soviética, em Setembro de 1978. Na ocasião, os países membros se propuseram a trabalhar para alcançar a meta de um nível aceitável de saúde para todos os povos até o ano de 2000.

Envolvia ainda a definição de responsabilidades compartilhadas entre a equipe de saúde e a população.

A “política nacional de atenção básica”, em sua versão de 2006, utiliza a nomenclatura “Programa de Saúde da Família”, pois esta já havia se consolidado. Somente em 2011, com a revisão da referida política¹³, se dá a mudança para a nomenclatura “Estratégia de Saúde da Família”¹⁴. A nova “política nacional de atenção básica”, lançada em 2011, não faz recomendações sobre áreas de cuidado. Contudo, enfatiza a implementação de ações de acordo com as necessidades de saúde da população com prioridade para grupos vulneráveis e fatores de risco, sejam eles clínicos, comportamentais ou ambientais. Em tese, portanto, a atenção aos usuários de álcool e outras drogas poderia ser prioritária em algumas unidades de atenção básica ou equipes de Saúde da Família se forem consideradas as necessidades das populações adscritas.

A atenção aos usuários de álcool e outras drogas é descrita de forma mais clara na Portaria nº 3.088, de 2011, que instituiu a “Rede de Atenção Psicossocial”¹⁵. Com ela, as ações em saúde mental ganharam um novo patamar, alcançando a condição de rede de ações e serviços articulada a outras redes dentro do sistema de saúde. A atenção básica em saúde, inclusive, é mencionada na referida portaria, pois as Unidades Básicas de Saúde tradicionais e unidades que abrigam as equipes de Saúde da Família, passam a ser considerados explicitamente como pontos de atenção da “Rede de Atenção Psicossocial”.

¹³ Portaria nº 2.488 (2011, 21 de Outubro). 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 (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Recuperada em 10 de janeiro de 2012, de <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>

¹⁴ Embora a denominação atual “Estratégia de Saúde da Família” esteja presente no corpo desse trabalho, por ocasião da realização das entrevistas, como poderá ser observado no roteiro semi-estruturado de entrevista, foi feita a opção por utilizar a nomenclatura de “Programa de Saúde da Família” por ser a expressão de uso comum dos profissionais de saúde.

¹⁵ Portaria nº 3.088 (2011, 23 de dezembro). Republicada em 30/12/2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Recuperada em 12 de janeiro de 2012, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

É importante ressaltar que a “Rede de Atenção Psicossocial” também implementa novos dispositivos, tais como as unidades de acolhimento¹⁶, que são pontos de atenção com funcionamento 24 horas, em ambiente residencial, destinados a pessoas com necessidades decorrentes do uso do álcool e outras drogas que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar. Porém, o ano de 2011, em que foi publicada a Portaria nº 3.088, foi marcado, em contrapartida, por uma iniciativa polêmica no que diz respeito ao enfrentamento da questão do *crack*, iniciativa essa que traduz a atual preocupação social em relação às drogas. Ocorre que em Maio de 2011, a Secretaria Municipal de Assistência Social da Cidade do Rio de Janeiro, por meio de resolução específica¹⁷, autorizou o recolhimento e abrigamento compulsório de crianças e adolescentes sob uso de álcool e outras drogas, ou que estivessem em situação de rua em período noturno. Embasando manifestações tanto contrárias quanto favoráveis em relação a essa deliberação, a necessidade de ações mais efetivas no combate ao *crack* e no tratamento dos dependentes esteve presente na tônica dos debates.

Em Dezembro de 2011, o Governo Federal lançou mais um plano de enfrentamento ao *crack* e outras drogas e novamente o Ministério da Saúde foi contemplado com recursos para a consolidação de estratégias e implantação de novas ações. Ainda assim, nos primeiros dias de Janeiro de 2012, outra medida que provocou polêmica foi empreendida: a intervenção na chamada Cracolândia, região do centro da cidade de São Paulo, ação amplamente divulgada pela mídia. Executada pelos órgãos de segurança pública, tal intervenção foi marcada pela violência e se mostrou nitidamente desarticulada em relação às ações de outros agentes, sejam de saúde ou de assistência social.

¹⁶ Portaria nº 121 (2012, 25 de janeiro de 2012). Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Recuperado em 10 de fevereiro de 2012, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html

¹⁷ Resolução SMAS nº 20 (2011, 27 de Maio). Cria e regulamenta o protocolo do serviço especializado em abordagem social, no âmbito das ações da proteção social especial de média complexidade da Secretaria Municipal de Assistência Social, assim como institui os instrumentos a serem utilizados no processo de trabalho. Recuperado em 15 de janeiro de 2012, de http://doweb.rio.rj.gov.br/sdcgi/bin/om_isapi.dll?&softpage=_infomain&infobase=30052011.nfo

É preciso salientar que existe ainda um estigma envolvendo o uso de drogas, principalmente ilícitas, o qual muitas vezes dificulta a abordagem dessa questão. Sobre este aspecto, a Linha Guia de Saúde Mental do Estado de Minas Gerais já enfatizava, em 2006, que “é necessário desconstruir o preconceito segundo o qual todo o usuário de drogas é um doente e/ ou delinquente, que requer internação e/ ou prisão” (Secretaria de Estado da Saúde, 2006, p.195). Partindo desse princípio, alerta que, no atendimento a essa população, “... conselhos insistentes, recomendações exigentes, apelos morais e atitudes afins apenas repetem para o paciente aquilo que ele já se cansou de ouvir, inclusive de si mesmo” (Secretaria de Estado da Saúde, 2006, p.195).

Com relação à atenção aos usuários de álcool e outras drogas, o Estado de Minas Gerais apresenta recomendações em nove de suas onze Linhas Guias voltadas para a atenção básica com o objetivo de fortalecer as ações de saúde. As recomendações vão desde a indicação de identificação do uso de álcool e outras drogas em gestantes até a discussão sobre a responsabilidade de desenvolver um amplo programa de prevenção ao uso de álcool e outras drogas voltado a adolescentes, além, é claro, das recomendações inseridas na Linha Guia de Saúde Mental já mencionadas acima. Ainda assim, Ramalho (2011) sugere que uma Linha Guia específica para a atenção ao usuário de álcool e outras drogas direcionada para os profissionais que atuam na atenção básica poderia instrumentalizá-los de maneira mais adequada.

Em suma: pode-se afirmar que a “política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas” traz avanços importantes na medida em que preconiza a transformação das práticas de saúde nesse âmbito ao adotar como parâmetro básico a perspectiva de redução de danos em seu sentido mais amplo, isto é, valorizando a diminuição de riscos e agravos à saúde em todas as suas nuances. Desse modo, não tem um caráter prescritivo e admite que uma

proteção paternalista por parte do Estado, como salientam Souza e Kantorski (2007), não representa a melhor estratégia frente à questão do álcool e outras drogas.

Contudo, como alerta Delgado (2010), nenhuma política pública é eficaz se não conseguir alterar as concepções das pessoas em relação ao assunto em questão. E, no cotidiano do trabalho no contexto da saúde, é possível observar que, por diversas razões, muitos profissionais vivenciam impasses importantes no desenvolvimento de suas atividades junto a usuários de álcool e drogas, o que, indubitavelmente, pode comprometer a qualidade das mesmas. Levando em consideração esse fato, o presente estudo, como será detalhado adiante, foi desenvolvido de modo a explorar as concepções de profissionais de saúde acerca da atenção a essa população.

1.3 Pesquisas sobre álcool e drogas

Com o intuito de delinear o conhecimento que tem sido produzido nos últimos anos a respeito da temática “álcool e outras drogas” no país, foi realizado um levantamento bibliográfico *on-line* nas bases de dados SciELO-Brasil e PePSIC. A primeira tem como órgão responsável a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) e abrange periódicos nacionais de natureza multidisciplinar. Já a segunda é mantida pela Associação Brasileira de Editores Científicos de Psicologia (ABECiP) e se presta, mais especificamente, à difusão de pesquisas publicadas em periódicos de Psicologia.

As buscas nas referidas bases de dados foram executadas, sem limitação de data, mediante a utilização dos descritores “álcool” e “drogas” e do operador “e”. Dessa forma, procurou-se viabilizar buscas amplas, uma vez que os referidos descritores são bastante abrangentes. O título de todas as referências localizadas foi checado para subsidiar a eliminação de eventuais repetições. A seguir, os resumos das referências foram submetidos a uma leitura preliminar, cujos propósitos básicos foram determinar o material efetivamente

relacionado ao tema em questão e subsidiar uma categorização das mesmas em termos do enfoque temático adotado pelos autores.

Constatou-se, assim, que as pesquisas nacionais sobre álcool e outras drogas publicadas em periódicos científicos nacionais possuem quatro enfoques temáticos principais: 1) modalidades de intervenção; 2) formação profissional; 3) prevalência em populações específicas e 4) relações com a violência. A seguir, serão apresentadas, a título de ilustração, informações básicas acerca de algumas pesquisas – selecionadas com o intuito de evidenciar convergências e divergências em termos de seus temas específicos – que se enquadram em cada uma dessas categorias. Tais informações, vale destacar, decorrem da leitura analítica do texto integral de cada uma das referências em questão.

Em uma das pesquisas concernentes ao primeiro enfoque, Santos (2007) discute a aplicabilidade da psicoterapia psicanalítica na abordagem de usuários de álcool e outras drogas. O autor, para tanto, apresenta uma revisão de diversos estudos, concluindo que a referida prática apresenta comprovado potencial terapêutico quando adotada junto a essa população.

Em outra pesquisa enquadrada na categoria “modalidades de intervenção”, Mathias e Cruz (2007) discutem a utilização de técnicas oriundas da teoria cognitivo-comportamental – entrevista motivacional e prevenção de recaída – em terapia de grupo com usuários de álcool e outras drogas. Os autores apresentam um estudo de caso, descrevendo a evolução do mesmo durante o processo terapêutico. Para além dos benefícios obtidos com a entrevista motivacional e a prevenção de recaída, é enfatizada a importância do tratamento em grupo para a troca de experiências e consequente modificação de comportamentos. De qualquer forma, os autores indicam a necessidade de uma melhor definição das potencialidades e dos limites das técnicas em questão.

Por fim, vale destacar que a pesquisa de Ciribelli, Luiz, Gorayeb, Domingos e Marques Filho (2008), também fundamentada na teoria cognitivo-comportamental, relata a experiência de um grupo de sala de espera voltado a usuários de álcool e outras drogas. Os autores apontam que, na opinião dos participantes, o grupo se revelou um recurso de grande relevância para viabilizar o fornecimento de informações, a identificação de situações de risco para o uso de substâncias psicoativas e para a obtenção de uma sensação de bem-estar geral. Nesse sentido, destacam que os resultados obtidos corroboram a literatura especializada, na medida em que apontam que os grupos de sala de espera tendem a favorecer a adesão ao tratamento oferecido a diferentes populações em serviços de saúde.

Enquadrada na categoria “formação profissional”, a pesquisa de Siqueira (2009) ressalta a importância de ampliar e readequar, a partir de modelos baseados em competências, a qualificação de profissionais de saúde a fim de alcançar as dimensões técnica, ético-política, comunicacional e interrelacional na assistência a usuários de álcool e outras drogas. A autora chega a tal conclusão a partir da experiência de um programa permanente de extensão implementado em uma universidade pública por meio do qual uma equipe interdisciplinar desenvolve diversas atividades junto a estudantes de graduação.

Também alinhado ao enfoque temático em questão, a pesquisa de Déa, Santos, Itakura e Olic (2004) discute as contribuições do trabalho dos psicólogos para a prevenção ao abuso de substâncias psicoativas entre universitários. Os autores descrevem a realização de oficinas, durante as quais foram promovidas discussões sobre o assunto a partir da perspectiva da redução de danos. Desse modo, destacam que esse tipo de proposta possibilita a problematização da relação do futuro profissional de saúde com o álcool e outras drogas de maneira reflexiva e não-punitiva, o que evidencia a relevância do papel do psicólogo na implementação de programas de prevenção.

Já em relação à categoria “prevalência em populações específicas”, vale destacar que foi observada a recorrência de pesquisas realizadas junto a pré-adolescentes e adolescentes. Exemplificando esse fato, Tavares, Béria e Lima (2001) realizaram um levantamento das drogas utilizadas por estudantes dos ensinos fundamental e médio e o relacionaram ao desempenho escolar dos mesmos. Os resultados obtidos com um questionário anônimo auto-aplicado apontam que o álcool, o tabaco e a maconha se destacaram como as substâncias psicoativas mais comuns entre os participantes. Além disso, os autores encontraram associação entre baixo rendimento escolar e uso de drogas, mas não relação causal.

Em outra pesquisa realizada com estudantes, Martins, Manzatto, Cruz, Poiate e Scarin (2008) reportam a utilização do *Alcohol Use Disorders Identificatin Test* (Audit), instrumento de rastreamento criado sob os auspícios da Organização Mundial de Saúde que tem sido amplamente adotado no mundo todo. Os resultados obtidos revelam que 17,8% dos participantes reportam uso frequente de álcool, sendo a maioria deles do sexo masculino. Os autores destacam ainda que o Audit teve boa aceitação e é de fácil aplicação, credenciando-se, assim, como um instrumento potencialmente proveitoso para a coleta de dados capazes de subsidiar programas de prevenção e intervenção.

Ainda no que se refere à categoria “prevalência em populações específicas”, a pesquisa de Hulse (2002) se diferencia por ter sido desenvolvida junto a idosos. A partir da revisão de diversos estudos, o autor salienta que tal população é a maior consumidora de medicamentos vendidos com ou sem receita médica e comumente os associa ao álcool e ao tabaco. Contudo, os profissionais de saúde geralmente não dedicam a devida atenção a esse fato. Desse modo, é enfatizada a necessidade da identificação precoce de situações de abuso de substâncias psicoativas, até mesmo porque, devido a diferenças no metabolismo provocadas pelo envelhecimento, as mesmas podem acarretar maiores prejuízos a essa população.

Na última categoria foram agrupadas pesquisas que, a exemplo daquelas realizadas por Adorno (2008) e Heim e Andrade (2008), discutem as evidências de que o uso de álcool e outras drogas pode se afigurar como fator de risco para a ocorrência de condutas violentas. Os referidos autores concluem, a partir da revisão de diversos estudos, que o abuso de substâncias psicoativas, sobretudo ilícitas, é parte do problema da delinquência. Entretanto, Heim e Andrade deixam em aberto a seguinte questão: “o uso e/ ou abuso de álcool e drogas ilícitas induzem ao comportamento criminoso ou, ao contrário, adolescentes com problemas de conduta têm maior probabilidade de utilizar droga, o que mantém e contribui para a escalada das atividades delinquentes”? (2008, p.64).

O estudo de Adorno (2008), inclusive, alerta para o risco de se estabelecer uma relação causal. O autor defende, do ponto de vista das ciências sociais, que tanto o uso de drogas quanto a violência são extremamente complexos e não podem ser considerados em perspectivas unidimensionais. Reforçando essa linha de raciocínio, propõe que a contemporaneidade, ao promover o “hábito do excesso”, potencializa a exposição individual a diversas situações de risco. Ações de redução de danos deveriam, portanto, ser concebidas em seu sentido mais amplo, de modo a fomentar reflexões sobre a gestão da vida pessoal na sociedade atual.

Por fim, deve-se mencionar que outras pesquisas publicadas recentemente em periódicos científicos nacionais, as quais, a propósito, não foram localizadas a partir das buscas executadas nas referidas bases de dados, apresentam enfoques distintos destes já mencionados¹⁸. Um desses enfoques diz respeito às concepções sobre o álcool e outras drogas, seu consumo ou sobre os usuários. A importância do assunto já foi colocada em relevo anteriormente, quando da citação da afirmação de Delgado (2010) segundo a qual as

¹⁸ Tais pesquisas não foram localizadas a partir das buscas executadas nas referidas bases de dados porque não apresentam os descriptores selecionados.

concepções das pessoas em relação às substâncias psicoativas influenciam a efetividade das políticas públicas.

Em uma pesquisa na qual esse novo enfoque foi adotado, Brusamarello, Sureki, Borrile, Roehrs e Maftum (2008) buscaram compreender as concepções de familiares de alunos do ensino fundamental sobre o consumo de drogas. As autoras observaram que a maioria dos participantes assume uma postura moralista e preconceituosa no que se refere ao uso de substâncias psicoativas, apontando-o como a principal causa de uma ampla gama de malefícios para o indivíduo, a família e a sociedade. Uma parcela expressiva deles admitiu consumir álcool e tabaco. Porém, sinalizaram que não concebem tais substâncias psicoativas como “drogas”.

Martins, Zeitoune, Francisco, Spindola e Marta (2009), em outra pesquisa que se alinha a esse enfoque, descrevem as concepções de profissionais de enfermagem sobre o consumo de substâncias psicoativas. As autoras verificaram que os participantes possuem um conhecimento técnico apropriado sobre o assunto. Não obstante, concebem as drogas de modo contraditório, como se os riscos associados ao consumo se aplicassem somente às outras pessoas, e não a eles. Além disso, constatou-se uma tendência à naturalização do uso de substâncias psicoativas lícitas, o qual foi concebido inclusive como uma válvula de escape frente a problemas familiares.

Já Lopes e Pessanha (2008) analisaram as concepções de docentes de um curso de graduação em enfermagem sobre as drogas. As autoras observaram que uma parcela dos participantes da pesquisa concebe o consumo de substâncias psicoativas ilícitas apenas a partir do modelo biomédico, entendendo-o, consequentemente, como um mero desdobramento de um estado patológico com forte influência de condições sociais e individuais. Trata-se de um achado preocupante, pois essa concepção pode ser transmitida aos

estudantes, futuros profissionais de saúde, os quais possivelmente passarão a entender que o consumo de drogas é um problema que demanda medicalização e institucionalização.

Lopes, Lemos, Lima, Cordeiro e Lima (2009) pesquisaram as concepções de estudantes de enfermagem a respeito de usuários de álcool e outras drogas. Os autores apontam dificuldades na relação entre os participantes e tal população. Por um lado, a falta de conhecimento prévio dos estudantes sobre álcool e outras drogas e o pouco investimento dos cursos de graduação nessa temática é considerado um fator associado a essas dificuldades. Por outro lado, os autores não deixam de supor que os estudantes que participaram da pesquisa possuem crenças particulares que também podem contribuir nesse sentido.

Em uma perspectiva um pouco distinta, Vieira, Carvalho, Azevedo, Silva e Filha (2010) analisaram as concepções que os próprios usuários de álcool e outras drogas atendidos em um CAPS ad do Estado da Paraíba tinham a respeito do assunto. Os autores chamam a atenção para o fato de que a maioria dos participantes era usuário de álcool e tabaco e não concebia estas substâncias como drogas. Mudanças em relação a essas concepções ocorreram somente a partir do momento em que os mesmos passaram a ser atendidos no CAPS ad. Outro achado importante dessa pesquisa é a relação entre a concepção do usuário sobre drogas e a possível adesão ou não-adesão a uma proposta de cuidado.

As pesquisas que se alinham a esse enfoque apontam a necessidade de novos estudos, especialmente se desenvolvidos com o intuito de fornecer subsídios para a compreensão das concepções de outros profissionais de saúde acerca do álcool e outras drogas. Afinal, os mesmos são os principais responsáveis pelo planejamento e implementação das políticas públicas dedicadas ao assunto. O presente estudo, assim, foi desenvolvido com o intuito de prestar contribuições iniciais para o preenchimento de uma importante lacuna existente na literatura científica nacional, preterindo enfoques que vem sendo explorados de maneira mais recorrente.

Vale destacar que apenas duas pesquisas sobre as concepções acerca de questões concernentes ao álcool e outras drogas apresentam definições para o termo “concepção”. Contudo, as definições foram extraídas de dicionários da língua portuguesa, e não de vocabulários técnicos. Entendendo que se trata de uma estratégia problemática, na medida em que privilegia uma definição associada ao senso-comum, no presente estudo optou-se por situar o termo “concepções” no corpo de conhecimentos da Psicologia. Foi adotada, portanto, a definição de Cabral e Nick, segundo a qual concepções são, essencialmente, “conceitos relacionados entre si por um ponto de vista comum a todos eles” (2006, p. 65). Para os referidos autores, portanto, concepções remetem a conceitos. Aprofundando essa linha de raciocínio, Galimberti esclarece que conceitos resultam de “um processo de abstração com a consequente categorização de objetos ou acontecimentos baseando-se nas qualidades e realizações consideradas comuns¹⁹” (2002, p. 226). Já Pierón, de modo mais sucinto, entende que conceitos são “representações simbólicas (quase sempre verbais) utilizadas no mecanismo do pensamento abstrato²⁰” (1993, p. 110).

¹⁹ Em espanhol, no original. Tradução de Rodrigo Sanches Peres.

²⁰ Em espanhol, no original. Tradução de Rodrigo Sanches Peres.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

O presente estudo tem como objetivo geral analisar as concepções de profissionais de saúde de nível superior que atuam na Estratégia de Saúde da Família em Uberlândia acerca da atenção em saúde a usuários de álcool e outras drogas.

2.2 Objetivos específicos

O presente estudo tem como objetivos específicos analisar as concepções dos referidos profissionais sobre o tema “álcool e outras drogas”, destacando-se as concepções sobre as políticas públicas dedicadas ao mesmo. Além disso, visa discutir possíveis confluências ou divergências nas concepções dos entrevistados levando-se em conta a categoria profissional de cada um deles.

3. MÉTODO

3.1 Abordagem metodológica

Tendo em vista os objetivos propostos, optou-se, no presente estudo, pela utilização de uma abordagem qualitativa. Segundo Turato (2005), as abordagens qualitativas não têm como propósito estudar um fenômeno em si, mas sim entender seus significados. Nessa perspectiva, trabalha-se prioritariamente com concepções, valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões visando a “aprofundar a complexidade de fenômenos, fatos e processos particulares e específicos de grupos mais ou menos delimitados em extensão e capazes de serem abrangidos intensamente” (Minayo & Sanches, 1993, p. 247).

Há uma grande diversidade de procedimentos metodológicos no âmbito das abordagens qualitativas. Dentre eles, o método clínico-qualitativo foi selecionado, visto que o mesmo, representando uma particularização dos métodos qualitativos genéricos recorrentes no campo das Ciências Humanas, privilegia a interpretação – a partir de uma atitude clínica fundamentada nos princípios da teoria psicanalítica – de fenômenos observados em pacientes, familiares ou profissionais no contexto da saúde (Turato, 2003). Além disso, estabelece como diretriz principal o estabelecimento de relações de sentido entre os dados obtidos ao assumir uma atitude de compreensão.

3.2 Participantes

Foram considerados elegíveis para a participação no presente estudo os psicólogos, médicos e enfermeiros que atuam na Estratégia de Saúde da Família em Uberlândia, Minas Gerais. Deve-se destacar que, em 2010, apenas 22% da população do município tinha a cobertura desse modelo de atendimento. Ainda assim, optou-se por desenvolver a coleta de dados junto aos profissionais da Estratégia de Saúde da Família tendo-se em vista que, como já mencionado, a mesma traduz a mudança de orientação da atenção à saúde no Brasil,

desempenhando, assim, um papel fundamental para a execução de ações fundamentadas na perspectiva da redução de riscos e agravos à saúde tal como estabelecem a “política nacional sobre drogas” e a “política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas”.

Optou-se por selecionar, aleatoriamente, um médico, um enfermeiro e um psicólogo que atuam em equipes distintas da Estratégia de Saúde da Família por setor sanitário, em um total de quatro setores: Norte, Sul, Leste e Oeste²¹. No total, portanto, foram entrevistados 12 profissionais, sendo quatro médicos, quatro enfermeiros e quatro psicólogos. Tendo em vista que houve um cuidado no sentido de evitar a coleta de dados junto a mais de um membro de uma mesma equipe, conclui-se que, nos termos propostos por Turato (2003), os participantes do presente estudo constituíram uma amostra por intencionalidade de tipos²².

Faz-se necessário ainda esclarecer os motivos pelos quais as referidas categorias profissionais foram privilegiadas. Em primeiro lugar, médicos e enfermeiros foram selecionados por serem profissionais de saúde de nível superior constituintes das equipes mínimas de Saúde da Família. Segundo a “política nacional de atenção básica”, os mesmos têm como atribuições participar, contribuir e realizar educação permanente para a equipe de saúde. Portanto, de alguma forma, médicos e enfermeiros devem participar da formação dos agentes comunitários de saúde no desenvolvimento de suas ações.

Em segundo lugar, se considerou oportuno incluir psicólogos entre os participantes do presente estudo partindo-se do princípio de que os mesmos fazem parte das equipes de Saúde Mental e atuam na inclusão, no âmbito da atenção primária, de ações que contemplam os transtornos decorrentes do abuso de álcool e outras drogas. É necessário tecer aqui um esclarecimento sobre a atuação dos psicólogos em Uberlândia no sentido da articulação para referenciar as equipes da Estratégia de Saúde da Família. O psicólogo não faz parte da equipe

²¹ É preciso salientar que, além desses setores sanitários, Uberlândia conta com um quinto setor, o setor sanitário Central. Porém, o mesmo não possui nenhuma equipe de Saúde da Família na atualidade.

²² Alguns autores fazem ressalvas à utilização da noção de “amostra” em pesquisas qualitativas. Considerou-se oportuno mantê-la aqui apenas com o intuito de viabilizar uma melhor compreensão do processo de definição dos participantes.

mínima de Saúde da Família, mas, em função de um arranjo particular do município²³, os psicólogos que atuam na atenção primária têm sob sua responsabilidade uma ou mais equipes de Saúde da Família, às quais tipicamente acompanham em dois turnos – ou seja, em dois períodos de quatro horas – por semana.

3.3 Critérios de inclusão e exclusão

Além de pertencerem a uma das categorias profissionais descritas acima, os profissionais de saúde considerados elegíveis para a participação no presente estudo deveriam, para serem incluídos de fato entre os participantes, atender a outro critério, a saber: estarem atuando há pelo menos seis meses junto a uma equipe da Estratégia de Saúde da Família. Desse modo, buscou-se selecionar profissionais de saúde com tempo de experiência suficiente para um conhecimento mínimo sobre a população adscrita a sua área de abrangência e a vivência da atenção a usuários de álcool e outras drogas. É preciso mencionar também que foram considerados inelegíveis para o presente estudo psicólogos, médicos e enfermeiros de equipes da Estratégia de Saúde da Família que atuam na área rural de Uberlândia.

3.4 Instrumento

A coleta de dados foi realizada mediante o emprego de um roteiro de entrevista semi-estruturada (Apêndice A). Trata-se, conforme Martins e Bicudo (1994), de um recurso básico para a pesquisa qualitativa em Psicologia, na medida em que permite ao pesquisador dirigir a coleta de dados segundo determinados aspectos considerados de maior relevância, o que ajuda a tornar os relatos dos entrevistados homogêneos, em maior ou menor grau, no que diz

²³ Vale destacar que Uberlândia não dispõe atualmente de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs), cujas equipes são compostas por profissionais de áreas de conhecimento diferentes daqueles que fazem parte das equipes de Saúde da Família. Os NASFs foram criados para ampliar o escopo de ações da Estratégia de Saúde da Família contribuindo com o empoderamento de seus profissionais e compartilhando a responsabilidade pela atenção.

respeito aos temas abordados. Além disso, a entrevista semi-estruturada tem o mérito de oferecer aos entrevistados a oportunidade de configurar o campo da entrevista conforme suas características individuais, auxiliando-os, assim, a emitir respostas efetivamente condizentes com suas opiniões e concepções.

3.5 Estratégia para a coleta de dados

Foi obtida junto à Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia uma listagem por setor sanitário dos profissionais de nível superior que atuavam nas equipes da Estratégia de Saúde da Família na área urbana do município. A partir dessa listagem, buscou-se junto aos coordenadores dos setores sanitários a identificação dos profissionais que atuavam há menos de seis meses na área e, assim, não preenchiam um dos critérios de inclusão estabelecidos para o presente estudo. De posse desta informação, os nomes dos profissionais que preenchiam o critério de elegibilidade foram sorteados por categoria profissional e setor sanitário.

A disponibilidade dos profissionais sorteados para participar do presente estudo foi checada a partir de contatos telefônicos. O passo seguinte à obtenção de respostas afirmativas foi o agendamento de um horário de comum acordo para a coleta de dados. Vale destacar que os contatos telefônicos se estenderam por seis meses até o encerramento do período originalmente programado para a coleta de dados, de modo que o recorte temporal foi o critério adotado para a definição do tempo de duração dessa etapa do presente estudo.

Com a autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia (Anexo A), as entrevistas, em sua maioria, foram realizadas no local de trabalho dos participantes, em salas reservadas, com o intuito de evitar interrupções e garantir aos mesmos maior liberdade de expressão. Dois participantes solicitaram que a entrevista fosse realizada fora do local de trabalho, ou seja, fora da unidade da Estratégia de Saúde da Família. Em um desses casos, a

entrevista foi realizada em outra unidade de saúde, que não da Estratégia de Saúde da Família, à qual o participante tinha acesso. No outro caso, a entrevista foi realizada no local de trabalho particular do participante. Deve-se enfatizar também que as entrevistas foram agendadas em datas e horários compatíveis entre as partes, de modo que nenhum dos participantes se deslocou especificamente para a entrevista. Por fim, é preciso esclarecer que, com o consentimento dos participantes formalizado mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), as entrevistas foram gravadas em áudio e desgravadas depois de transcritas.

3.6 Estratégia para a análise de dados

Os dados obtidos mediante a realização das entrevistas foram submetidos à análise temática de conteúdo proposta por Bardin (1979), a qual se destaca como uma das principais técnicas de tratamento de dados no campo das abordagens qualitativas. Trata-se de uma técnica hermenêutica, capaz, conforme Minayo (1992), de subsidiar a identificação de significados latentes imperceptíveis no conteúdo manifesto de uma mensagem e, assim, reconhecer a polissemia inerente à comunicação humana. Campos e Turato (2009) esclarecem que, nesse contexto, o desenvolvimento de inferências implica ainda em ancorar os referidos significados latentes a um quadro de referenciais teóricos, o que, no presente estudo, será feito a partir do recurso a alguns conceitos psicanalíticos quando da apresentação de uma síntese interpretativa dos resultados.

A análise temática de conteúdo envolve a execução de três procedimentos básicos, a saber: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados. O primeiro demanda o empreendimento de uma leitura flutuante do conjunto do material, a organização do conteúdo em temas – ou seja, em unidades de significação naturalmente circunscritas – e o delineamento de hipóteses iniciais. Já o segundo consiste essencialmente na administração de

técnicas voltadas à codificação do conteúdo e à agregação dos temas. O terceiro tem como etapa inicial a seleção dos resultados decorrentes da exploração do material e como etapa complementar a elaboração de inferências, interpretações e sínteses (Bardin, 1979).

Turato (2009) lembra que o termo “leitura flutuante” remete à noção psicanalítica de “atenção flutuante”. Desse modo, o pesquisador deve se permitir deixar em suspenso qualquer motivação que possa dirigir sua atenção. O autor ainda faz esclarecimentos importantes a respeito do processo de agregação de temas ou levantamento de categorias ao salientar que a simples repetição numérica de um enunciado ou termo na transcrição das entrevistas realizadas não é o mais importante, e, sim, a emersão de temas relevantes para o maior aprofundamento ao fenômeno estudado. Ademais, vale destacar que, ao se referir a inferências, Bardin faz menção a operações lógicas pelas quais “se admite uma proposição em virtude da sua ligação com outras proposições já aceitas como verdadeiras” (1979, p. 39).

Por fim, consideramos importante mencionar que Freud postulou que o termo “psicanálise” deve ser utilizado para fazer referência à: “1) um procedimento para a investigação de processos mentais que, de outra forma, são praticamente inacessíveis; 2) um método, baseado nessa investigação, para o tratamento de distúrbios neuróticos e 3) uma série de concepções psicológicas adquiridas por esse meio e que se somam umas às outras para formarem progressivamente uma nova disciplina científica” (1922/1996, p.253). Optou-se por adotar a psicanálise no presente estudo considerando-se, sobretudo, sua terceira possibilidade de utilização, tal como concebida originalmente na definição freudiana.

Mas é preciso esclarecer que a psicanálise possui uma originalidade epistemológica que a diferencia, em vários níveis, das outras ciências. Ocorre que, como bem observou Couto (2010), em psicanálise não há exatidão. Justamente nesse sentido é que Rezende (2000) afirma que a psicanálise é científica a seu modo. Tal afirmação se sustenta essencialmente tendo-se em vista que nos dias de hoje, como consequência do declínio da racionalidade

moderna, a existência de um paradigma científico que acolhe a incerteza e a contradição é perfeitamente aceitável.

Com o intuito de evitar a execução de análises enviesadas, a seleção dos operadores conceituais psicanalíticos adotados no presente estudo foi realizada somente com o desenvolvimento da análise de dados. Tal estratégia metodológica foi inspirada na teorização freudiana da temporalidade e da causalidade psíquica, a qual, sintetizada com a noção de “*après-coup*”, estabelece que novos acontecimentos permitem o acesso do sujeito a novas significações, viabilizando, consequentemente, a reelaboração de impressões e traços mnésicos (Laplanche & Pontalis, 1992).

4. ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisadora se comprometeu a manter em sigilo absoluto a identidade dos participantes, de modo a minimizar os riscos de identificação dos mesmos. Como já mencionado, todos eles concordaram espontaneamente em participar do presente estudo, tendo, para tanto, assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B). Vale destacar que tal documento, escrito em linguagem simples, objetiva e compreensível, assegurava aos participantes o direito de, mesmo após o início da entrevista, desistir de colaborar com o presente estudo sem qualquer prejuízo. Por fim, é preciso mencionar que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia aprovou a realização do presente estudo (Anexo B).

5. RESULTADOS: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO

Antes de iniciar a apresentação e discussão dos resultados obtidos por meio das entrevistas, é importante tecer algumas considerações sobre os participantes. A Tabela 1 apresenta uma caracterização, em termos da idade, do sexo, da formação, do tempo de experiência em Saúde Pública e do tempo de experiência na Estratégia de Saúde da Família de cada um deles.

Observa-se que a grande maioria de entrevistados era do sexo feminino, com idade entre 30 e 40 anos. Em relação à titulação, somente um deles possuía apenas graduação, sendo que os programas de residência médica foram considerados como especialização. Nota-se também que foram feitas observações quanto às áreas de especialização. Foram consideradas áreas afins Saúde da Família ou Saúde Pública. Enquanto todos os enfermeiros possuíam especialização em áreas afins, apenas um psicólogo possuía esta formação.

Quanto ao tempo de experiência em Saúde Pública ou na Estratégia de Saúde da Família, os psicólogos apresentaram menor tempo de experiência. As informações coletadas, entretanto, não são suficientes para afirmar que essa categoria profissional possa apresentar maior rotatividade na Estratégia de Saúde da Família. Também em relação ao tempo de experiência, vale mencionar que alguns participantes relataram atuação em outros municípios em equipes de Saúde da Família²⁴.

²⁴ A Estratégia de Saúde da Família foi implantada em Uberlândia em 2003.

Tabela 1

Caracterização dos Participantes do Presente Estudo

Profissionais	Sexo	Idade	Titulação	Tempo de experiência	Tempo de experiência na Estratégia
				em Saúde Pública	de Saúde da Família
Psicologia 1	Feminino	32 anos	Especialista	3 anos	3 anos
Psicologia 2	Feminino	32 anos	Mestre	4 anos	4 anos
Psicologia 3	Feminino	31 anos	Especialista (área afim)	6 meses	6 meses
Psicologia 4	Feminino	33 anos	Especialista	4 anos	4 anos
Medicina 1	Feminino	39 anos	Especialista (área afim)	12 anos	7 anos
Medicina 2	Masculino	37 anos	Graduado	8 anos	8 anos
Medicina 3	Masculino	38 anos	Especialista (área afim)	10 anos	8 anos
Medicina 4	Feminino	59 anos	Especialista (área afim)	30 anos	7 anos
Enfermagem 1	Feminino	31 anos	Especialista (área afim)	11 anos	11 anos
Enfermagem 2	Feminino	35 anos	Especialista (área afim)	9 anos	9 anos
Enfermagem 3	Feminino	33 anos	Especialista (área afim)	8 anos	8 anos
Enfermagem 4	Feminino	38 anos	Especialista (área afim)	12 anos	12 anos

Feitos esses esclarecimentos iniciais, é válido reforçar que o conjunto do material obtido por meio das entrevistas foi submetido aos procedimentos estabelecidos pela análise de conteúdo. Tal processo resultou na configuração de cinco grandes categorias, as quais foram nomeadas da seguinte forma: 1) “Ser ou não ser...lícita ou ilícita”, 2) “É (en)caminhando que se faz o caminho”?, 3) “Muitos caminhos para um só lugar” 4) “O usuário de álcool e drogas: um ilustre desconhecido” e 5) “As dificuldades do dia-a-dia”. Cada uma delas será apresentada e discutida a seguir.

“Ser ou não ser...lícita ou ilícita”

Nenhum dos participantes do presente estudo, a princípio, associou o termo “drogas” apenas às drogas ilícitas, como se vê nos relatos 1, 2 e 3. Esse achado pode ser considerado positivo, uma vez que a associação do termo “drogas” exclusivamente às drogas ilícitas, se ocorresse, sugeriria uma concepção de sentido mais moralista, na medida em que valorizaria a licitude de certas substâncias em detrimento de outras que não possuem tal característica. É possível supor, portanto, que, entre profissionais de saúde, essa associação comprometeria a avaliação de situações envolvendo maiores riscos ou danos aos usuários ou, ainda, poderia promover um movimento de exclusão em relação aos mesmos. Contudo, é possível observar certa hesitação nas entrelinhas dos relatos 1, 2 e 3, os quais podem ser exemplificados no relato 1 por certa ambivalência (“os medicamentos entram ou não”), no relato 2 pelo uso recorrente de solicitações de confirmação (“né [...] né”) e no relato 3 pela ênfase em uma opinião pessoal (“acho [...] acho”) como forma de resistência.

Relato 1: “Drogas pra mim é tudo aquilo assim: medicamento, tabaco, álcool, as drogas mesmo e aí os medicamentos entram ou não” (Enfermagem 3)

Relato 2: “Pra mim tem as que são ilícitas, né, e as aceitas também, né, as medicações, o álcool...” (Psicologia 4)

Relato 3: “Droga eu acho que é qualquer substância...é...química, que acho que é danosa ao organismo” (Medicina 4)

De qualquer forma, o fato de os participantes do presente estudo compreenderem o termo “drogas” independente da licitude das substâncias é consoante com o que aponta a Organização Mundial de Saúde sobre o impacto, direto ou indireto, dos problemas associados ao consumo de álcool e tabaco nos sistemas de saúde. Segundo estimativa do Relatório Mundial da Saúde, o número de mortes relacionadas ao tabaco pode chegar a mais de oito milhões no ano de 2020, e o uso de álcool pode ser responsável por uma prevalência de uso abusivo e de dependência de até 5% em algumas regiões da América e da Europa (Organização Mundial de Saúde, 2001). No Brasil, os levantamentos referentes ao uso de substâncias estimam que 12% dos participantes apresentam dependência de álcool e 11% de tabaco (Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2009). Em termos do uso das demais substâncias consideradas ilícitas, segundo ambas as pesquisas, a estimativa da dependência é bem menor do que aquela observada em relação ao álcool e ao tabaco. No Brasil, a substância psicoativa com maior estimativa de dependência seria a maconha (1,2%). Assim sendo, evidencia-se que os profissionais da área de saúde devem dedicar especial atenção ao uso de drogas lícitas na população.

No Brasil a preocupação com o uso do álcool e seus desdobramentos, ensejou a elaboração da “política nacional sobre o álcool”²⁵, aprovada em 2007. Tal política ressalta a

²⁵ Decreto n 6.117 (22 de maio de 2007) Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências.

necessidade do enfrentamento das questões relacionadas ao consumo de bebidas alcoólicas, enfatizando danos à saúde, repercussões sociais e possíveis situações de violência e criminalidade a ele associados, de modo que procura estimular ações intersetoriais no âmbito da prevenção ao uso, da atenção ao usuário e de medidas de segurança pública. Em relação à saúde, contempla, mais especificamente, a estratégia de ampliação do acesso ao tratamento para usuários e dependentes de álcool nas unidades e serviços vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar da ênfase na necessidade de ampliação do acesso às unidades de saúde, nenhum dos participantes do presente estudo fez qualquer menção a respeito de estratégias específicas para a abordagem de usuários de álcool e outras drogas.

Ainda sobre esse tema, deve-se destacar que os dados obtidos no presente estudo diferem daqueles reportados por Martins et al. (2009) em uma pesquisa a respeito das concepções de profissionais de enfermagem sobre drogas. Os participantes de tal pesquisa sugeriram que não consideram o álcool, o tabaco e medicações diversas como drogas. Os autores salientam que tais profissionais de enfermagem reportam uso pessoal de álcool e drogas, o que implica, possivelmente, em uma tentativa de minimizar os possíveis danos causados por essas substâncias. Além disso, o referido fato sugere uma necessidade de marcar o caráter de licitude de certas substâncias reservando o termo “drogas” apenas às substâncias ilícitas. A propósito, vale mencionar, em contrapartida, que nenhum dos participantes do presente estudo relatou experiências pessoais com substâncias lícitas ou ilícitas.

Observou-se ainda no conjunto de dados decorrentes do presente estudo uma concepção acerca das drogas que sugere um pré julgamento negativo por parte dos participantes, independente da licitude ou ilicitude, como se vê nos relatos 4 e 5.

Relato 4: “Droga a gente... já é uma palavra bem negativa, né. Tanto que a gente fala no dia-a-dia: “Droga, que droga”, né? É uma coisa negativa que a pessoa pode utilizar para o bem ou para o mal...” (Enfermagem 4)

Relato 5: “Drogas é uma questão bem complexa, por que hoje em dia a gente falar de drogas, não tem como especificar. Eu acho que várias coisas podem ser drogas, né, na forma como você vai entender às vezes o uso de alguma substância... de alguma... alguma coisa que te prejudique. Eu acho que droga a partir do momento que aquilo te dê uma disfuncionalidade, né, que não te deixa às vezes tá desenvolvendo você mesma e o ambiente que te cerca mesmo de alguma forma, eu acho que é isso” (Psicologia 3)

Não se esperava que todos os participantes do presente estudo apresentassem apenas respostas padronizadas pautadas em conteúdos essencialmente científicos ao serem solicitados a expressar como compreendem o termo “drogas”. Contudo, tendo em vista que os mesmos são profissionais de saúde, chama atenção o fato de terem apresentado relatos inespecíficos, permeados por conteúdos essencialmente populares. Afinal, o termo “droga” foi simplesmente reduzido por alguns deles a algo “ruim”, desvinculado de qualquer substância específica. Achado semelhante foi encontrado por Brusamarello et al. (2008) ao explorar as concepções de pais de estudantes em idade escolar sobre drogas. Os conteúdos apresentados pelos participantes de tal pesquisa sugerem que, para os mesmos, as drogas, de maneira geral, causam intensa desorganização pessoal, desestruturação familiar e risco de morte, de modo que suscitam medo e oferecem grande perigo.

Nota-se ainda, no relato 4 um paradoxo, pois ao mesmo tempo que à droga é atribuída uma valência negativa, considera-se que a mesma pode ser usada “para o bem ou para o mal”. Como poderia algo considerado “ruim” ser então utilizado para o bem? Silveira Filho (1995),

ao tecer considerações sobre os dependentes de drogas, descreve a capacidade da droga de para alterar a percepção de uma realidade insuportável para o indivíduo, o que colaboraria para a manutenção de um certo equilíbrio. Nesse sentido, para o dependente, usar a droga poderia se tornar questão de sobrevivência, ao passo que a abstinência poderia provocar uma desorganização subjetiva. Entretanto, não é possível afirmar que o referido paradoxo possa ser compreendido a partir dessa linha de raciocínio. O fato é que houve uma certa diferenciação entre a droga e a pessoa que faz uso dela.

Foram observadas também, entre os participantes do presente estudo, referências mais ponderadas acerca dos possíveis efeitos ou funções da droga, as quais se aproximam das definições atualmente propostas na literatura científica especializada. Tais referências podem ser observadas nos relatos 6 e 7. Com o intuito de conferir respaldo à linha de raciocínio proposta, é preciso reforçar que o *Glossário de álcool e drogas* (Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010) define como “droga” qualquer agente químico que altera os processos bioquímicos e fisiológicos dos organismos. “Drogas”, de acordo com essa definição, portanto, são substâncias externas ao organismo humano, muitas vezes consumidas com o objetivo de provocar alterações no funcionamento do sistema nervoso central.

Relato 6: “Assim, que é algo que não é legal, né... quando eu penso em algo que entorpece as pessoas mesmo, né? Como se fosse alguma coisa externa que a pessoa tem que ingerir pra produzir alguma coisa nela” (Psicologia 2)

Relato 7: “Então...uma substância que tem efeitos psicoativos no organismo de um ser humano, e que ora sim, ora não, pode causar dependência” (Psicologia1)

Tal definição possui um evidente cunho médico e uma estreita relação com a farmacopéia. Em que pese esse fato, os relatos nos quais se observou uma concepção a respeito das drogas mais alinhada a esse tipo de definição foram apresentados pelos psicólogos participantes do presente estudo, e não pelos médicos ou enfermeiros, estes mais acostumados a definições que privilegiam aspectos biológicos. Nesse sentido, é possível cogitar que os psicólogos participantes do presente estudo, em comparação com os médicos e enfermeiros, talvez constituam a categoria profissional dotada de conhecimentos mais precisos acerca do assunto. Contudo, esses conhecimentos se encontram atrelados ao saber médico, o que sugere uma dificuldade, por parte de outras áreas, na consolidação de um conjunto de informações próprias ao seu campo de saber sobre o assunto.

“É (en)caminhando que se faz o caminho?”

Nesta categoria são discutidos os movimentos realizados pelos participantes do presente estudo quando, diante de usuários de álcool e outras drogas, se deparam com o desafio de empreender ações de cuidado. Ocorre que, dos doze participantes, oito referiram que se limitam a realizar encaminhamentos para serviços especializados, tais como os CAPS ad. Os relatos 8, 9, 10 e 11 exemplificam esse achado.

Relato 8: “...a gente acabou, não sei se por comodidade também, tudo que é álcool e drogas é CAPS ad, né...” (Medicina 1)

Relato 9: “Os alcoólatras de grande monta e os viciados em *crack* são piores, certo? Então esse, essa classe especificamente, o que eu posso fazer aqui que eu sempre faço é orientar ir pro CAPS ad, mais não” (Medicina 3)

Relato 10: “Aqui a gente não se encontra apto pra tratar com profundidade desse paciente, aí a gente acaba encaminhando pro CAPS ad, né, e acaba encaminhando, às vezes, quando a gente consegue, a assistente social consegue uma casa de internação, pra caso de internação, o que é muito raro” (Enfermagem 3)

Relato 11: “...o que as pessoas sabem dos profissionais do PSF é que quando alguém deseja, então, né, um tratamento pra álcool e drogas, encaminhar pro CAPS ad do município” (Psicologia 2)

Embora a “política para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas” enfatize a necessidade de uma assistência que considere o contexto sócio-cultural do usuário e esteja integrada e articulada não só com os dispositivos de uma rede de saúde mental, mas também com toda a rede de saúde, não há uma definição clara sobre o que seria de responsabilidade de cada nível de atenção. A partir disso, poder-se-ia cogitar que ações de prevenção, promoção à saúde, tratamento, reabilitação social e redução de danos sociais e à saúde são de responsabilidade tanto das unidades de atenção básica à saúde quanto dos serviços especializados. Segundo outro entendimento possível, contudo, as unidades de atenção básica teriam como responsabilidade apenas a identificação e encaminhamento dos usuários para tratamento em unidades especializadas, como os CAPS ad.

Para além desse impasse, uma análise mais detalhada do relato 10 deixa claro que o participante em questão entende que a equipe da Estratégia de Saúde da Família no qual o mesmo se encontra inserido se julga inapta a empreender qualquer ação de cuidado junto a usuários de álcool e outras drogas. E essa suposta inaptidão da equipe seria o principal determinante de sua propensão a se limitar a realizar encaminhamentos. Entretanto, parece razoável cogitar que, nesse contexto, a escuta frente à demanda dos usuários tende a ser

prejudicada devido a um automatismo que desvaloriza as singularidades de cada usuário de álcool ou outras drogas.

Além disso, é possível que o encaminhamento para um serviço especializado, quando desconectado da demanda do usuário, venha a representar um fator associado à recusa de alguns ou à baixa adesão de outros ao acompanhamento em CAPS ad. O termo “demanda”, vale destacar, está sendo empregado aqui para fazer referência àquilo que leva uma pessoa a buscar uma unidade de saúde. Um usuário de álcool pode fazê-lo para cuidar de uma ferida, por exemplo, e não no intuito de interromper o uso da substância. De qualquer forma, o momento em que um usuário de álcool ou outras drogas recorre à unidade de saúde para um cuidado específico poderia ser aproveitado para uma aproximação, para o início de uma abordagem sobre o uso do álcool ou outras drogas, mas muitas vezes o encaminhamento para outro serviço de saúde é realizado precipitadamente.

A ocorrência de problemas em relação à adesão quando da realização de encaminhamentos às unidades especializadas é mencionada por alguns participantes do presente estudo, como se vê nos relatos 12, 13 e 14. Entretanto, os mesmos sugerem que os determinantes desses problemas se devem apenas aos próprios usuários, quer seja por falta de motivação ou pela distância de suas residências em relação aos CAPS ad.

Relato 12: "...às vezes eles relutam em ir para o CAPS ad, não querem ir, então aí eu acabo discutindo o caso com a psiquiatra que vem aqui de vez em quando" (Medicina 1)

Relato 13: "Mas a adesão eu acho que é pequena, não sei se pela distância, acho que por que é difícil mesmo" (Medicina 2)

Relato 14: "...a maioria dos casos vão pro CAPS, ficam lá, sei lá, 1 mês, voltam pra trás..." (Psicologia 1)

É possível supor que, de fato, a atenção oferecida nos CAPS ad aos usuários de álcool e outras drogas apresente condições que não favoreçam a adesão de alguns deles, como bem assinalam Oliveira e Tedesco (2006). Afinal, não raro usuários se encontram divididos entre a continuidade e a interrupção do uso de drogas, sendo que estes normalmente são os que abandonam os serviços. Interromper o uso não é tarefa fácil, uma vez que, como lembram os referidos autores, além do efeito da substância em si, outro dificultador diz respeito ao fato de a droga tipicamente estar no centro da vida do usuário. Portanto, as estratégias capazes de ampliar escolhas e favorecer a descoberta de novos interesses, além de desenvolver autonomia e recursos para o enfrentamento do cotidiano, são essenciais no processo de tratamento, o qual obviamente, pode ser marcado por sucessos ou recaídas.

Porém, antes de analisar a adequação ou não das estratégias dos CAPS ad, o questionamento em pauta refere-se ao encaminhamento para os CAPS ad como ação privilegiada diante do desafio de acompanhar o usuário de álcool e outras drogas na Estratégia de Saúde da Família. Nesse sentido, ao retomarmos a discussão sobre as políticas de atenção a esta população no país, lembramos que, além de recentes, as mesmas não são muito claras sobre a abordagem e o acompanhamento de usuários de álcool ou outras drogas. Ramalho (2011) inclusive sugere, como já mencionado, a adoção de uma Linha Guia específica com o intuito de melhor discutir essas questões.

Ainda em relação aos relatos de 12, 13 e 14, os mesmos fazem menção a usuários que vão até os CAPS e retornam à unidade e outros que relutariam em ir. É possível supor que para estes usuários ainda não exista uma demanda explícita por um tratamento específico em relação ao uso de álcool ou outras drogas, o que sinaliza que algumas demandas de tratamento

talvez estejam mais relacionadas às expectativas dos profissionais de saúde. E vale lembrar que a abordagem da redução de danos valoriza, segundo Santos e Malheiros (2010), a construção conjunta, entre profissionais de saúde e usuários, do plano de ações de intervenção à saúde.

Os relatos 15 e 16 parecem confirmar que realmente não há uma construção conjunta com o usuário de álcool e outras drogas a respeito do cuidado à sua saúde ou ainda à possibilidade de diminuir ou interromper o consumo dessas substâncias. É possível supor que predominam ações automáticas: se os usuários deixam de frequentar o CAPS ad, o profissional vai tentar fazer com que ele retorne, ao passo que, se o usuário entende que é necessária alguma mudança, ele também é encaminhado ao CAPS ad. Não há uma reflexão sobre os fatores associados à não-adesão ou sobre a possibilidade de encaminhamento para outro dispositivo de saúde.

Relato 15: “A verdade é a seguinte, Waleska: quando esses casos, principalmente os que são egressos de CAPS ad, então eles chegam pra gente aqui... o que que acontece...a gente vai no sentido, sempre estar... vou pras visitas domiciliares sempre pensando em fazer com que este paciente possa aderir ao tratamento no CAPS, fazer com que ele volte” (Psicologia 1)

Relato 16: “É até a gente acionar a decisão da pessoa querer mudar, no PSF. E aí depois a gente encaminha pros locais específicos, no CAPS ad” (Psicologia 2)

Para Favaro (2011), o encaminhamento partindo das unidades de atenção básica para unidades especializadas como os CAPS ad deveria ser realizado caso o usuário não obtivesse um resultado satisfatório frente à sua demanda de diminuir ou interromper o uso de álcool ou

droga. Isso, após a utilização, por parte do profissional de saúde na atenção primária básica, de uma série de estratégias, destacando-se dentre elas: orientações, intervenções para redução de danos sociais e à saúde, atenção compartilhada por meio de recursos de matriciamento e abordagens psicossociais. Tais estratégias se somariam às ações de promoção e prevenção à saúde e cuidados ofertadas pelas equipes de Saúde da Família.

Enquanto várias ações são ofertadas aos usuários de álcool e outras drogas, os profissionais das equipes de Saúde da Família podem ampliar a possibilidade de escuta atenta, escuta essa que pode viabilizar o surgimento e a consolidação da demanda de cuidados e a implicação da própria pessoa no cuidado de si. Além disso, a oferta de cuidados em saúde pode propiciar o fortalecimento do vínculo com o usuário de álcool e outras drogas, abrindo a possibilidade da construção conjunta de uma proposta de cuidados em saúde compartilhada. Mesmo que o encaminhamento se mostre necessário, ele precisa ser construído com o usuário, e este precisa ter clareza do que pode encontrar pela frente e segurança em relação à continuidade de seu acompanhamento por parte da equipe mais próxima a ele. Ou seja, o usuário deve ter a certeza de que poderá retornar ao seu ponto de partida, sem julgamentos, afinal a equipe que fez o encaminhamento continua compartilhando a responsabilidade pelo cuidado.

Embora alguns profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família não se sintam capacitados para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas, é possível que os mesmos se sintam capacitados para promover algum acolhimento. E profissionais aptos a acolher possuem, para Oliveira e Tedesco (2006), condições de atuarem junto a usuários de álcool e outras drogas. Ocorre que, nas palavras das referidas autoras, “acolher, receber, estar aberto para a especificidade da vivência do outro. Eis o principal requisito para o tratamento de dependentes químicos” (p.53).

“Muitos caminhos para um só lugar”

Ao longo da história, foram propostas várias tentativas de explicação sobre o que poderia levar ao consumo excessivo de drogas, ou, mais recentemente, o que levaria à dependência tanto do álcool quanto de outras drogas. Um dos primeiros modelos enfatiza a moral e considera a escolha pessoal como causa principal, traduzindo, assim, o uso como uma violação consciente e intencional de normas sociais e culturais. Segundo Perrenoud e Ribeiro (2011), este modelo ainda hoje exerce influência. Porém, os modelos mais contemporâneos buscam correlacionar a interação de fatores individuais, sociais, psicológicos, biológicos, espirituais e da substância em si na busca por respostas sobre o que poderia contribuir para a dependência do álcool e outras drogas. Entretanto, os referidos autores advertem que não existe um modelo hegemonicó.

Os participantes do presente estudo apresentam diferentes concepções a respeito dos fatores associados ao uso do álcool e outras drogas, mas, de modo geral, concordam com a tese da multicausalidade. Não obstante, sugerem compreender que alguns fatores prevalecem. Um desses fatores é uma possível associação com transtornos psiquiátricos, como pode ser observado nos relatos 17, 18, 19 e 20.

Relato 17: “E também a... tem doenças que podem causar também... podem levar à dependência. A doença psiquiátrica pode levar à dependência, ou a dependência leva à doença ou às vezes a doença leva pra dependência. Eu acredito que isso possa acontecer” (Enfermagem 4)

Relato 18: “Eu acho que a falta de lazer, eu acho que o exemplo dentro de casa, por que às vezes os pais, o pai ou a mãe usa, eu acho que a questão da Saúde Mental tem

muita relação também, por que a maioria dos pacientes que eu tenho de Saúde Mental, de alguma forma, eles usam drogas, ou lícita ou ilícita" (Enfermagem 3)

Relato 19: "...às vezes pode ter um quadro depressivo ou psiquiátrico que ele acaba recorrendo à droga como válvula de escape, tanto que hoje a gente vê muito usuário de droga depois de trinta anos, saiu daquela fase que é pior, que é mais, que é comum, que é a adolescência e tá na fase de adulto... então eu acho que tem muito a ver com quadro depressivo e inabilidade de cuidar com seus problemas, acho que seria um refúgio" (Medicina 1)

Relato 20: "...a minha concepção é sempre de que o que vai determinar é a estrutura de personalidade daquele ser humano, eu vejo como um sintoma, como qualquer outro transtorno mental" (Psicologia 1)

Antes de mais nada, é necessário considerar que o próprio uso abusivo ou a dependência de álcool e outras drogas são enquadrados nos termos dos sistemas de classificação de transtornos mentais vigentes na atualidade²⁶. De acordo com Ribeiro, Laranjeira e Cividanes (2005), os transtornos mentais associados ao uso de álcool e outras drogas estão entre os mais comuns, uma vez que se estima que a dependência de álcool ocorra em 10% da população brasileira, ficando o uso das demais drogas limitado a 1/5 da população. Os autores em questão inclusive descrevem uma relação entre o transtorno afetivo bipolar e o uso de substâncias psicoativas, mas não sustentam que tal relação seja do tipo causal, sendo que tanto a possibilidade do transtorno afetivo bipolar predispor ao uso de

²⁶ Os dois sistemas usados atualmente são a Classificação Internacional de Doenças, em sua décima versão (CID-10), e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, em sua quarta versão (DSM-IV).

álcool ou drogas quanto o oposto são considerados, assim como a possibilidade dos dois transtornos apresentarem uma causa comum ou de serem independentes entre si.

Lopes e Coutinho (1999) procuraram avaliar quais transtornos mentais representariam fatores de risco para o abuso ou a dependência de cocaína. No entanto, os resultados sugeriram a necessidade de investigações com maior ênfase no diagnóstico precoce dos transtornos mentais. Os autores aludem ao fato de que a determinação de qual seria o transtorno primário ou secundário é extremamente complexa. Já estudos como aqueles desenvolvidos por Lopes e Coutinho (1999) partem da tentativa de identificar a associação entre o uso de álcool e outras drogas e transtornos mentais de maneira mais específica, mas concordam quanto à dificuldade de se estabelecer uma relação do tipo causal.

Entretanto, como enfatiza o estudo de Silva, Kolling, Carvalho, Cunha e Kristensen (2009), é preciso estar atento para a presença de outras comorbidades psiquiátricas quando da avaliação de usuários dependentes de álcool e cocaína/*crack*. Ocorre que a existência de outros transtornos pode comprometer a efetividade dos tratamentos. Os autores alertam que, apesar da associação de transtornos mentais e dependência de álcool e drogas ser considerada relevante, ainda existem poucos estudos no Brasil sobre o tema.

É interessante notar que a associação do uso de álcool e drogas e outros transtornos mentais foi sugerida por representantes das três categorias profissionais participantes do presente estudo. Entretanto, os relatos sugerem que tal associação decorre da observação do dia-a-dia no contato com usuários de álcool e outras drogas, e não de possíveis evidências científicas. Não fica claro nos relatos dos participantes de que maneira tal associação pode interferir na elaboração de um plano de cuidados ou na condução da atenção dispensada aos usuários de álcool e drogas.

A questão da organização familiar é outro fator apontado pelos participantes do presente estudo dentre aqueles que poderiam levar uma pessoa a fazer uso ou tornar-se

dependente de álcool e outras drogas. Esse fato também sugere uma percepção construída no dia-a-dia com os usuários, apesar de um dos participantes ter feito uma vaga menção a dados estatísticos. Como exemplos tem-se os relatos 21, 22, 23 e 24.

Relato 21: “É família desestruturada também, é muito comum. Se tiver uma coisa que atrapalha um adolescente é uma família desestruturada. Lógico que não é regra, né, mas é o que a estatística mostra” (Medicina 3)

Relato 22: “E outras drogas ilícitas recaem sobre isso aí, o indivíduo às vezes tem um problema em casa, não tá se dando bem com os pais, ele quer uma fuga daquela realidade...” (Medicina 2)

Relato 23: “Essa questão do afeto dentro da família, com o ser humano, sei lá... realmente com uma família organizada e tudo de papel, que te dá carinho eu acho mais difícil que isso possa tá facilitando isso aí” (Medicina 4)

Relato 24: “...eu acho que é mais uma questão, se for a droga ilícita, familiar e, a questão da adolescência hoje, né, da falta de estrutura familiar, tá bem ligado aquilo que a gente vê no dia-a-dia” (Enfermagem 4)

Deve-se ressaltar que não foi solicitado aos participantes do presente estudo que esclarecessem o que consideram uma família desestruturada ou uma família organizada. Entretanto, como bem salientaram Horta, Horta e Pinheiro (2006), atualmente existem novas configurações familiares e diferenças na forma como os papéis familiares são exercidos. Há uma inserção crescente da mulher no mercado de trabalho ou até mesmo a constituição de

lares monoparentais, entre outros fatores a serem considerados nesse contexto. Na tentativa de diferenciar famílias que protegem ou expõem ao uso de drogas, os referidos autores defendem que a coabitacão entre pais ou mães e adolescentes parece funcionar como mecanismo protetor para o uso de tabaco e possivelmente de outras drogas, porém não para o uso de álcool.

Horta et al. (2006) ainda observaram que o fato de pais e mães serem fumantes aumenta o risco para o consumo de tabaco e drogas ilícitas pelos adolescentes. O risco de uso para ambas foi menor quando apenas o pai ou a mãe são fumantes. Já sobre o risco de uso de álcool pelos adolescentes, os autores não encontraram resultados significativos em relação ao uso de tabaco quer seja por parte do pai, da mãe ou de ambos. Em outro estudo sobre a possível influência familiar no consumo de álcool e tabaco, Moreno, Ventura e Bretas (2009) verificaram que adolescentes que já experimentaram tais substâncias tipicamente possuem familiares que as consomem com frequência. Os autores consideraram como familiares, além de pais e mães, irmãos, tios, avós e primos, porém não fizeram menção à qualidade das relações entre os mesmos.

É importante ressaltar que os estudos que envolvem a relação familiar e o uso de drogas estão mais direcionados à adolescência. De acordo com Paiva e Ronzani (2009), estar atento à rotina dos filhos, oferecer apoio para a resolução de problemas e manter um canal de comunicação entre pais e filhos são importantes fatores protetores em relação ao uso tanto de álcool como de tabaco e outras drogas por adolescentes. Por outro lado, em revisão da literatura sobre a associação de aspectos familiares com o uso de drogas por adolescentes do sexo feminino, Guimarães, Hochgraf, Brasiliano e Ingberman (2009) enfatizam que os estudos parecem concordar com o fato de que adolescentes que fazem uso de drogas costumam apresentar um contexto familiar marcado por dificuldades na comunicação, no estabelecimento de regras e limites e no comprometimento do afeto.

Outros aspectos mencionados pelos participantes do presente estudo sobre o que poderia levar ao uso de álcool e drogas estão relacionados a questões de âmbito psicossocial, como pode ser observado nos relatos 25, 26 e 27.

Relato 25: “Eu vejo aqui a parte social, cultura, econômica, essa parte assim eu vejo que é um desgaste” (Enfermagem 2)

Relato 26: “Então, eu acho que são vários os fatores, eu acho que a baixa condição, falta de trabalho, acho que são esse monte de coisas, por que se eles tivessem outra opção, talvez eles não estivessem tão na rua e tão à mercê dessas pessoas que tão ali pra influenciar dessa forma” (Enfermagem 1)

Relato 27: “Muitas vezes é uma forma errada de inclusão social, de influência de amigos e às vezes até de influência familiar” (Medicina 2)

Esses relatos são consoantes com os achados reportados por Lopes e Pessanha (2008) em uma pesquisa com docentes de um curso de enfermagem. As autoras destacam a concepção destes profissionais a respeito de uma multicausalidade sobre o fenômeno das drogas, de acordo com a qual o contexto social se relaciona com fatores econômicos, educacionais e familiares. Assim, mesmo observando que os participantes do referido estudo tendem a conceber o uso de drogas como uma doença, esta não estaria desvinculada de um contexto mais amplo.

A propósito desse contexto, é válido salientar que, conforme Abreu e Malvasi (2011), os componentes sócio-culturais influenciam não apenas no uso de alguma substância, mas, por vezes, definem a própria substância a ser usada, dependendo do valor que a mesma

alcança em determinada sociedade ao longo do tempo. Ocorre que o consumo de álcool e outras drogas permeia a história da humanidade. Entretanto, como já mencionado, não o faz ao longo dos tempos e das diferentes sociedades da mesma maneira.

Por fim, é preciso ressaltar que, ainda que os participantes do presente estudo tenham reconhecido a multicausalidade do uso de álcool e outras drogas, isto parece não ser suficiente para suscitar, entre os mesmos, uma abordagem de cuidados que leve em consideração fatores distintos e proponha intervenções sobre eles. Talvez isso tenha ocorrido porque reconhecer a multicausalidade pode acabar despertando uma sensação de impotência nos profissionais de saúde. Afinal é capaz de suscitar questionamentos da seguinte espécie: se o uso de álcool e outras drogas é um problema familiar ou decorre de questões sociais, o que poderia ser feito por um profissional de saúde frente a esse tipo de situação?

“O usuário de álcool e drogas, um ilustre desconhecido”

Nesta categoria são discutidas as concepções dos participantes do presente estudo em relação ao usuário de álcool e outras drogas. Tais concepções, como poderá ser observado, são construídas no contato que os participantes estabelecem com os usuários no exercício de suas atividades enquanto enfermeiros, médicos e psicólogos. De modo geral, foram veiculadas concepções que indicam, indiretamente, dificuldades dos participantes, quer sejam elas no próprio contato com o usuário de álcool e outras drogas, na construção e condução de uma proposta terapêutica ou no manejo de questões que estão para além do uso de substâncias, como a proximidade com o tráfico de drogas ilícitas.

Os relatos 28 e 29 fazem menção a situações nas quais os participantes do presente estudo se depararam com dificuldade dos usuários em aderirem ao tratamento ou às intervenções realizadas. É possível inferir, assim, uma certa descrença dos participantes em relação à possibilidade dos usuários responderem adequadamente à assistência que lhes é

oferecida. No relato 28, inclusive, é possível observar um fenômeno que pode ser caracterizado como um ato falho, pois o participante descreve os usuários de álcool e outras drogas como pessoas “difíceis de lidar”, depois tenta se corrigir afirmando que os mesmos são “de fácil adesão” e logo em seguida retorna à opinião inicial.

Relato 28: “Acho que são pessoas difíceis de lidar, de fácil adesão às orientações. De fácil não, desculpa, de difícil adesão” (Enfermagem 1)

Relato 29: “Mas tem paciente, muitas vezes eles, mesmo assim, eles não aderem. Tem uma boa recepção do médico, da enfermeira, mas ele num... ele sabe que ele não vai dar conta, e ele larga mão” (Medicina 2)

Teixeira (2006) lembra o quão frequentes são os abandonos de tratamento e as recaídas, principalmente quando o referencial de tratamento adotado não está atento às ambivalências que o usuário de álcool e outras drogas vivencia em relação a um possível tratamento. Se, por um lado, o usuário procura elaborar a necessidade de modificar sua relação com a substância em uso, por outro lado ele encontra dificuldades em abandonar a substância que, naquele momento, ainda lhe é importante, seja como fonte de prazer ou como mecanismo de auxílio diante da realidade. Quando as exigências impostas pela proposta de tratamento são muito altas, o usuário tem mais dificuldade de atender às expectativas e os profissionais experimentam frustração pelo abandono ou pela não evolução de seu paciente. Alguns profissionais, segundo o autor, chegam até mesmo a considerar que a assistência a usuários de álcool e outras drogas é praticamente impossível.

Ainda sobre este ponto, Silveira, Julião e Moreira (2006) descrevem que o dependente químico geralmente busca por auxílio em um momento que pode ser designado como de

“crise toxicônama”, ou seja, um momento de extremo sofrimento. Nessas situações, o acolhimento é essencial. No entanto, uma proposta terapêutica precisa ser construída e reconstruída, sempre em sintonia com as necessidades e também com o desejo do paciente. O autor, partindo desse princípio, apresenta como proposta de atenção aos usuários de álcool e drogas as estratégias da redução de danos, por meio das quais a assistência está centrada na demanda do usuário e em sua participação ativa. Ou seja, é possível negociar com o usuário aquilo que ele imagina ser possível para o seu momento e a refletir com ele outras possibilidades caso haja indícios que as primeiras estratégias estejam além das possibilidades iniciais, mas talvez possam ser consideradas em outro momento. É importante lembrar que a redução de danos é a proposta que norteia a “política de atenção aos usuários de álcool e outras drogas”.

Outro ponto levantado pelos participantes do presente estudo é que, segundo os mesmos, os usuários de álcool e outras drogas tipicamente não procuram ajuda para lidar com essa questão. Inicialmente, os participantes do presente estudo fizeram referência a usuários de difícil adesão, mas que, de certa forma, teriam recebido algum acolhimento por parte da equipe de saúde. Posteriormente, relataram sobre usuários que não demandaram nenhum tipo de cuidado, mas para os quais a família ou os agentes comunitários de saúde solicitam assistência ou até mesmo o próprio profissional identifica sua necessidade em relação ao uso de alguma substância, mas encontra dificuldade para abordar o usuário. Estas questões podem ser observadas nos relatos 30 e 31.

Relato 30: “Você sabe que ela tá alcoolizada, você sabe que ela ingere por que o agente de saúde fala, mas ela num... não procura ajuda” (Enfermagem 4)

Relato 31: “O contato mais direto que eu tenho são com os familiares, são eles quem primeiro procuram a unidade de saúde, nos procuram enquanto psicólogos também, procuram pra poder buscar ajuda ou com o filho ou com o esposo nessas situações. São raras as vezes que é o próprio usuário que procura ajuda, na maioria das vezes são os familiares” (Psicologia 2)

Os relatos dos participantes do presente estudo são corroborados pelas informações de Silveira et al. (2006) de que a maioria dos usuários de álcool e outras drogas não procura por ou permanece em qualquer abordagem de tratamento. Para o autor, a estratégia de redução de danos seria uma resposta possível nesse contexto, visto que muitos usuários realmente não querem ou não conseguem abandonar o uso de álcool ou outras drogas. Isso por que as ações de redução de danos são pautadas pela maior flexibilidade em relação aos objetivos a serem atingidos no que tange a uma possível mudança no padrão de uso das substâncias.

Além disso, a “política para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas” ressalta que a estratégia de redução de danos tem na ampliação do acesso dos usuários às abordagens de saúde um de seus focos, de modo que não é voltada especificamente à questão das drogas, mas, sim, à vida como um todo. Sobre este tema, Favaro (2010) lembra que, inicialmente, é importante que os profissionais de saúde estabeleçam vínculo com os usuários de álcool e outras drogas para que as possibilidades de abordagem possam ser centradas no sujeito, e não no uso de substâncias.

A compreensão de “vínculo” proposta é aquela definida pela Portaria nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011, que atualiza a “política nacional de atenção básica”, segundo a qual o termo em questão considera que a relação construída entre o cidadão e profissional de saúde pode ter um caráter afetivo e de confiança, constituindo-se em uma relação com potencial

terapêutico, que ao longo do tempo, é capaz de colaborar com o processo de corresponsabilização pela saúde.

Neste sentido, Teixeira (2006) alerta para o fato de que, em muitos momentos, os profissionais de saúde encontram dificuldades para estabelecer vínculos com pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, quer seja pelo próprio comportamento do uso contínuo destas substâncias, dos riscos à saúde ou até mesmo em função das dificuldades decorrentes dos momentos de “fissura”. Na tentativa de “resolver” a situação do usuário, os profissionais deixariam prevalecer suas próprias ideias. Nestes casos, é comum verificar que as propostas de interrupção do uso de álcool ou drogas são as primeiras a serem indicadas. Em situações como estas, ao contrário do que Favaro (2010) propõe, a abordagem estaria mais voltada para o uso de substâncias, e não para o sujeito.

É possível supor que os participantes do presente estudo tenham outras oportunidades de contato com os usuários aos quais os mesmos se referem, as quais não sejam realmente motivadas por uma demanda de cuidado em relação ao uso de substâncias. No entanto, é provável que, em muitas ocasiões, a atenção dos mesmos tenha se voltado mais para o uso do álcool e outras drogas, minimizando a importância do contato com o usuário, independente do motivo, como uma oportunidade valiosa para a construção de vínculos.

Nos relatos a seguir, os participantes do presente estudo comentam sobre a sensação de receio e medo que permeia os contatos por eles estabelecidos com os usuários de álcool e outras drogas. Os relatos apontam para duas direções diferentes: a possível falta de capacitação para o trabalho e os estigmas em relação à marginalidade. Os relatos 32 e 33 versam sobre a impressão, por parte dos entrevistados, de pouca capacitação para o contato com o usuário de álcool e outras drogas.

Relato 32: “Então o que eu vejo é assim, mais um despacho do paciente, a gente não tem uma estrutura dentro da unidade, principalmente eu que sou a porta, eu sou a enfermeira, o serviço social e a psicóloga. Eu não me sinto capacitada, então a hora que chega eu tenho até medo, nem sei o que vou fazer” (Enfermagem 2)

Relato 33: “Acho que é a questão do medo mesmo, de não conhecer” (Enfermagem 4)

É importante notar que, no relato 32, o participante apresenta uma questão que aparentemente vai além da capacitação. Parece haver uma ressalva em relação à caracterização da Estratégia de Saúde da Família como porta de entrada mais próxima do cidadão à rede pública de saúde, como se essa caracterização implicasse na necessidade de vários profissionais que não se encontram disponíveis. Ao contemplar a estrutura da unidade, fica implícito que não se trata da estrutura física apenas, mas também de certa precariedade na qualificação do profissional ou na ausência de outros profissionais, de outras áreas, que possam oferecer suporte em determinadas situações. Vale lembrar que a equipe mínima que compõem a Estratégia da Saúde da Família não abarca assistentes sociais e psicólogos, profissionais citados no relato. Não obstante, a existência destes profissionais nas equipes não seria garantia para êxito do cuidado aos usuários de álcool e outras drogas.

Por outro lado, adentrando um pouco mais no tema da atenção ao usuário de álcool e drogas, é válido reforçar que recentemente foi instituída a “Rede de Atenção Psicossocial” para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas no âmbito do SUS. Com esta iniciativa, ficou mais explícita a responsabilidade assumida pela saúde pública, por meio de ações em saúde mental, em relação à atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Ocorre que uma das diretrizes desta rede de atenção é a promoção de educação permanente, o que aponta que o próprio Ministério

da Saúde reconhece a necessidade de ampliar as qualificações dos profissionais da área de saúde, seja na reorganização da atenção em saúde no geral ou na área da saúde mental, na qual estão incluídas as ações pertinentes à promoção e prevenção à saúde, ao tratamento e reinserção de pessoas que fazem uso prejudicial ou são dependentes de álcool e outras drogas.

Pillon, Siqueira e Silva (2010) sugerem que a educação em dependência química para profissionais da área de saúde deve ocorrer de forma contínua, contemplando dois momentos: o primeiro, durante o processo de graduação, e o segundo, com estratégias de treinamento ao longo do tempo de prática profissional. Os processos de educação permanente devem contribuir para a construção do conhecimento e o desenvolvimento de habilidades, mas também para a promoção de mudanças de atitude em relação às drogas e aos usuários.

Considerando que são reconhecidas as necessidades de enfatizar nos currículos dos profissionais de saúde a temática “álcool e outras drogas” e conduzir treinamentos junto aos mesmos na perspectiva da educação continuada, é possível supor que, de fato, existem dificuldades para um olhar mais atento, por parte dos profissionais de saúde, aos usuários. A falta de conhecimento sobre o tema parece, inclusive, deixar os participantes do presente estudo inseguros em relação à sua prática, chegando até mesmo a gerar uma sensação de medo. No entanto, Ronzani e Furtado (2010) apontam que alguns estudos têm considerado que profissionais com atitudes positivas se sentem tecnicamente mais preparados e se apresentam mais motivados para desenvolver ações com usuários de álcool e outras drogas.

Esta proposição nos remete à forma como os participantes do presente estudo apresentam suas impressões sobre os usuários de álcool e outras drogas. O relato 34 demonstra que o imaginário sobre os usuários é permeado por uma culpabilização decorrente de um pré-julgamento que aponta uma suposta agressividade inerente aos mesmos.

Relato 34: “Eu acho que, tirando o álcool, com as outras drogas ainda tem muito o estereótipo, tem muito receio, né, como se eles fossem agressivos, como se não quisessem nada, como se só dependesse da vontade deles também” (Psicologia 4)

Diferentemente do que é apontado no relato 34, o usuário de álcool também permanece sendo alvo de estereótipos. Ronzani e Furtado (2010) diferenciam o estereótipo do estigma, esclarecendo que o primeiro pode ter uma conotação positiva, mas o segundo não. Enquanto conjunto de crenças, os estereótipos muitas vezes são utilizados para justificar um determinado estigma. Para os autores em pauta, o próprio diagnóstico de algumas questões de saúde está envolvido no processo de estigmatização. Desse modo, apesar de ser necessária a definição de uma conduta de tratamento, o diagnóstico ganha contornos mais vinculados a uma questão moral. Seria justamente o caso do uso tanto do álcool quanto de outras drogas.

Gomide et al. (2010) também corrobora o fato de ainda existirem estereótipos negativos em relação aos usuários de álcool. Em um estudo realizado com profissionais de saúde de uma cidade no interior de Minas Gerais, revela algumas crenças dos profissionais de saúde a respeito dos usuários de álcool que também sugerem uma culpabilização pelo uso e falta de desejo de interrompê-lo. Outro dado observado pelos autores, que trabalharam com profissionais de nível médio e superior, revela que os primeiros apresentam uma visão mais estereotipada que os demais. É importante observar que são poucos os estudos no Brasil sobre a visão dos profissionais de saúde em relação, especificamente, aos usuários de álcool, porém alguns achados desses estudos podem se estender também para os usuários de outras drogas. Não obstante, é pertinente considerar que o fato de certas drogas, excetuando o tabaco e medicamentos, serem classificadas como ilícitas poderia aumentar o estereótipo negativo e a estigmatização relativa ao usuário ou ao comportamento de uso.

Mais uma vez, é importante lembrar que, na perspectiva da redução de danos, estratégia considerada pela “política nacional sobre drogas” e pela “política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas”, deve-se estar atento para os danos que estão relacionados à estigmatização. Pode-se afirmar que a necessidade de abordagens que diminuam o estigma em relação ao uso de álcool e drogas também se faz presente em relação aos profissionais de saúde. Esta necessidade pode ser percebida nos relatos 35 e 36, por meio dos quais os participantes do presente estudo aludem à relação que normalmente é estabelecida entre uso de substância e uma certa periculosidade no contato com o usuário, o que claramente, como se vê nos dois exemplos, interfere no modo como os profissionais de saúde propõem alguma ação, seja em relação à prevenção ou ao cuidado com os usuários.

Relato 35: “...a gente fica de mãos atadas e tem certas coisas que a gente não tem nem como tentar, pra te falar a verdade eu nem quero porque aqui é perigoso”
(Enfermagem 1)

Relato 36: “E também é difícil pra equipe lidar com alguma coisa, ainda mais quando é usuário de drogas ilícitas e ainda mais quando tem tráfico. Aí elas ficam com medo mesmo de entrar na casa, por que elas sabem que é perigoso, elas moram no bairro, né?” (Psicologia 2)

Uma das grandes dificuldades para desenvolver a atenção aos usuários de álcool e outras drogas sem dúvida se relaciona com os estereótipos e estigmas que envolvem o usuário destas substâncias. A própria “política para atenção aos usuários de álcool e outras drogas” ressalta que este estigma contribui para a segregação social e, consequentemente, dificulta o acesso aos equipamentos de saúde. Ocorrem generalizações indevidas em relação às crenças

sobre as pessoas que fazem parte de um grupo, no caso dos usuários de álcool e outras drogas, o que muitas vezes impede o olhar para a singularidade de cada usuário.

Andrade e Ronzani (2006) concordam que mesmo os profissionais de saúde muitas vezes associam os usuários de drogas, principalmente ilícitas, ao crime. Como foi visto nos relatos anteriores, os profissionais parecem ter a sensação de estarem o tempo todo sob ameaça, e, com esse pretexto, deixam de realizar qualquer intervenção com os usuários, principalmente se esta precisar acontecer fora da unidade de saúde. O relato 36 é representativo nesse sentido e chama a atenção porque, à primeira vista, a participante parece estar se referindo ao receio de outros profissionais, mas um olhar mais atento sugere concordância de sua parte com a crença de que seria perigoso entrar na casa de um usuário de drogas ilícitas, sobretudo se esse usuário tiver algum envolvimento com o tráfico.

A associação do uso de drogas ilícitas com o crime dificulta, em muito, o contato do profissional de saúde com o usuário e o acesso deste ao sistema de saúde. A criminalidade sugere algo que deveria ser punido, do qual se deve ficar distante ou que ameaça o tempo todo. É possível supor, como sustentam Andrade e Ronzani (2006), que as políticas públicas de caráter repressivo, que colocam em relevo a ilegalidade das drogas e as associam diretamente à violência e ao tráfico, contribuem para que esta visão estenda-se até os usuários. Como consequência, muitos profissionais de saúde não conseguem ver as características e necessidades do usuário, resumindo-o ao comportamento de uso de substâncias ilícitas. Há que se lembrar, a propósito, que até pouco tempo atrás eram comuns as propagandas nos meios de comunicação mencionando que o usuário de drogas financiava o crime. Portanto, uma capacitação voltada para profissionais de saúde sobre a temática “álcool e drogas” deve contemplar conteúdos teóricos, técnicos e também de reflexão sobre os próprios estereótipos e concepções sobre os usuários de álcool e drogas.

“As dificuldades do dia-a-dia”

A partir dos relatos elencados nesta última categoria, os participantes do presente estudo expressaram alguns aspectos de sua relação com a temática “álcool e outras drogas” e ainda o que percebem acerca de como a mesma é conduzida pela unidade de saúde a qual pertencem. Descreveram também a percepção de que a atenção aos usuários de álcool e outras drogas não seria prioridade dentro da organização da atenção à saúde, o que pode ser evidenciado nos relatos 37, 38, 39 e 40.

Relato 37: “...a Secretaria [Municipal de Saúde] não cobra muito isso da gente. Cobra é mortalidade infantil, se a gente tá acompanhando o hipertenso, se a gente tá acompanhando o diabético, não tem gestante sem pré-natal. Então o próprio monitoramento da gente tem a quantidade que a gente tem que atender de Saúde Mental, mas isso não é o cobrado, não é nem um indicador importante” (Enfermagem 4)

Relato 38: “Uma boa idéia colocar na pactuação de tratamento de usuário de drogas na sua área, olha, é uma idéia boa, pôr na pactuação” (Medicina 3)

Relato 39: “Então, eu acho que precisa ser mesmo, talvez definido como uma política mesmo, talvez: “O PSF vai ter que trabalhar assim”. E aí eu acho que talvez melhore, e não ficar na iniciativa de um ou de outro” (Medicina 4)

Relato 40: “...quando você fala de usuário de álcool e droga parece que ele não pertence à equipe do Programa de Saúde da Família” (Psicologia 1)

O debate em relação à atenção aos usuários de álcool e outras drogas na saúde pública, como já mencionado, é realmente recente, dado que soma apenas cerca de dez anos. Avanços como a “política para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas” foram propostos. Novos dispositivos de atenção em saúde, a exemplo dos CAPS ad, foram criados. Não obstante, a prática da assistência, principalmente no âmbito da atenção básica à saúde, parece não ter caminhado muito.

Delgado (2010) afirma que o compromisso atual é fazer com que a política e os planos recentes sejam apropriados por todos. A existência da legislação não garante que os profissionais assumam o compromisso de colocar em prática aquilo que é proposto por ela. Ainda assim, podemos dizer que a “Rede de Atenção Psicossocial”, atendendo a pessoas em sofrimento ou portadoras de transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, busca reafirmar, no papel, a garantia de atenção a essa população.

Entretanto, os participantes do presente estudo descrevem uma questão importante: tende a haver maior empenho dos profissionais de saúde em desenvolver ações que impliquem nos resultados pactuados e cobrados pelo nível gerencial. Possivelmente o fato de não haver uma cobrança por indicadores concernentes à temática “álcool e outras drogas” não seja o único responsável pela precariedade de ações voltadas especificamente aos usuários. Não se pode esquecer que, como já mencionado, várias dificuldades foram apontadas pelos participantes do presente estudo em relação à temática, como o fato de não se julgarem capacitados e o medo que sentem dos usuários de drogas ilícitas, dificuldades essas que podem contribuir para que a atenção a essa população fique prejudicada ou relegada a um segundo plano. Para além dessas dificuldades, os relatos 41, 42 e 43 descrevem um aspecto interessante.

Relato 41: "... não é um tema que me agrada, né, eu acho meio complicado"
(Enfermagem 2)

Relato 42: "Eu não gosto. De mexer com álcool e droga? Eu não gosto" (Enfermagem 3)

Relato 43: "Pra mim é uma coisa assim, não muito gratificante, por que infelizmente o resultado é muito ruim" (Medicina 3)

Com base nesses relatos, é possível supor que uma falta de afinidade, proximidade ou interesse pela temática seja decorrente de uma conclusão a que alguns dos próprios profissionais podem ter chegado após certa reflexão. Nessa reflexão, inclusive, parece razoável cogitar que tenham sido ponderadas questões já abordadas nas categorias anteriores no presente estudo, as quais tendem a exercer influência tanto na organização do cuidado prestado pelos participantes do presente estudo aos usuários de álcool e outras drogas quanto no suporte ofertado aos agentes comunitários de saúde. Os relatos 44 e 45 conferem sustentação a essa linha de raciocínio.

Relato 44: "...às vezes eles [agentes comunitários] tem dificuldade de ver que isso aí na verdade é uma doença, que às vezes não é só falta de vergonha na cara, mas a cultura delas. Então tem um pouco de preconceito" (Medicina 1)

Relato 45: "...não é o tipo de paciente que eles abordam, eu percebo isso na minha unidade, não tem aquela preocupação como se fosse um outro tipo de patologia"
(Psicologia 4)

Nota-se, portanto, que dificuldades nas equipes diante da temática “álcool e outras drogas” são conhecidas, mas não há referência a estratégias voltadas à mudança dessa situação. No relato 44, inclusive, é possível verificar que o estigma em relação aos usuários de álcool e outras drogas não seria exclusivo dos agentes comunitários, mas também faria parte das concepções do participante em questão. Interessante notar ainda que o relato 46 sugere que o participante possuiria um marcante distanciamento da temática, como se a mesma não dissesse respeito, nem mesmo indiretamente, a seu repertório de vivências.

Relato 46: “Eu acho que por elas [agentes comunitárias] serem da comunidade, por conhecer, eu acho que elas tem um preparo, às vezes até melhor do que eu”
(Enfermagem 1)

Neste sentido, a pesquisa de Barros (2006) aponta que os profissionais da Estratégia de Saúde da Família sem curso superior – sobretudo agentes comunitárias de saúde – tendem a demonstrar uma maior aceitação em relação ao uso de álcool e outras drogas, bem como em relação aos usuários. As hipóteses levantadas pela autora apontam que tal fato se deva à proximidade, em termos geográficos, que os agentes comunitários mantêm com os usuários ou com seu contexto. Portanto, é possível supor que os profissionais com graduação também podem se beneficiar com a troca de experiência com os agentes comunitários, uma vez que essa seria capaz de abrir um novo vértice, seja sobre o uso de álcool e outras drogas ou sobre o usuário. Os participantes do presente estudo, contudo, aparentemente se mostram pouco disponíveis para essa interlocução, o que representa um fator de risco para a cristalização de suas concepções.

6. SÍNTESE INTERPRETATIVA

Embora uma pesquisa na qual o método clínico-qualitativo tenha sido adotado possa se beneficiar dos aportes de diversas vertentes teóricas, é com a psicanálise que tal método guarda maior proximidade. Ocorre que, como já mencionado, o método clínico-qualitativo demanda a adoção, por parte do pesquisador, de uma atitude clínica fundamentada nos princípios da teoria psicanalítica (Turato, 2003). É dessa atitude que dependerá a capacidade de interpretação do pesquisador. Justamente em função disso optou-se, no presente estudo, por recorrer a aportes teóricos da psicanálise para a organização de uma síntese interpretativa.

A noção de interpretação, em psicanálise, se refere a um procedimento que possibilita a explicação de algo de natureza inconsciente – um comportamento ou uma comunicação verbal, por exemplo – a partir da identificação de seus significados latentes (Zimerman, 2001). Vale destacar que o termo “inconsciente”, quando usado como adjetivo, se refere a um conteúdo que não está acessível ao nível consciente, conforme Laplanche e Pontalis (1992). E a interpretação viabiliza seu esclarecimento a partir de um jogo dialético que se estabelece entre o psicanalista e o paciente ou entre o pesquisador e o participante da pesquisa. Por essa razão, a interpretação ocupa lugar central no método psicanalítico, quer seja ele aplicado à clínica ou à pesquisa.

Vale destacar ainda que a opção por adotar no presente estudo aportes teóricos da psicanálise para a organização de uma síntese interpretativa é plenamente compatível com a utilização da análise temática de conteúdo enquanto ferramenta de tratamento de dados. Afinal, o desenvolvimento de inferências, procedimento central para a análise temática de conteúdo, implica na ancoragem dos significados latentes de uma mensagem em quadro de referenciais teóricos. E a teoria psicanalítica tem se mostrado extremamente profícua nesse sentido em diversas pesquisas qualitativas recentes, como aponta uma revisão de Santos e Zaslavsky (2007).

A interpretação do conjunto de resultados obtidos revela que os participantes do presente estudo vivenciam uma marcante dificuldade especificamente na relação com os usuários de álcool e outras drogas, e não genericamente com a temática “álcool e outras drogas”, como alguns afirmaram. Nenhum deles fez referência, durante a coleta de dados, a uma eventual recusa de oferta de assistência a essa população. Mas a referida dificuldade se torna clara tendo em vista que os participantes deram a entender que desconhecem as políticas públicas sobre o assunto e afirmaram que se julgam pouco preparados para abordar usuários de álcool e outras drogas e tendem a meramente encaminhá-los a outros serviços de saúde, até mesmo porque os consideram de difícil manejo. Em suma: nas entrelinhas dos relatos, nota-se uma certa indisponibilidade dos participantes para o vínculo com os usuários de álcool e, principalmente, de drogas ilícitas.

Deve-se levar em conta que a entrevista da qual os participantes do presente estudo se dispuseram a se submeter poderia ter despertado nos mesmos alguma ansiedade. Turato (2008) esclarece que esse tipo de ocorrência se deve não apenas à vivência da situação da entrevista em si, mas também pela possibilidade de revelação de algo até então desconhecido para o próprio entrevistado. Porém, embora não tenha sido realizado nenhum tipo de registro sistemático das impressões evocadas durante a coleta de dados, é possível afirmar que não foram constatados indícios de ansiedade nos participantes. Os mesmos, inclusive, se mostraram bastante disponíveis, não apenas por prontamente encontrarem horários para a coleta de dados, mas também por terem acolhido a pesquisadora de maneira amistosa.

Ao abordar as questões relativas ao tema “álcool e outras drogas”, bem como ao contato com usuários destas substâncias, a maioria dos participantes parecia aberta à possibilidade de oferta de atenção em saúde à tal população. Entretanto, também demonstravam claramente uma sensação de “não saber o que fazer” diante deste público. Em apenas uma entrevista, vale destacar, emergiu a impressão de que o participante tinha pouca

disposição para sequer falar sobre o assunto. Desse modo, é possível observar o quanto pode ser importante o espaço para o diálogo sobre a temática “álcool e outras drogas”. E ainda como tem sido restritas para os participantes, no contexto do próprio exercício profissional, as oportunidades para tanto. Não obstante, é interessante observar que, a despeito de ações de cuidado terem sido relatadas por alguns participantes, os mesmos não as consideraram relevantes por não estabelecerem relação com a interrupção do uso de álcool ou outras drogas.

A despeito das primeiras impressões da pesquisadora sobre os participantes terem começado a se delinear durante a coleta de dados, foi somente a partir da análise de conteúdo das entrevistas que a dificuldade dos mesmos em relação ao vínculo com os usuários de álcool e outras drogas pode ser delineada. Ocorre que tal análise aponta que os participantes possivelmente exteriorizaram, por meio da entrevista, conteúdos que até então se mantinham no plano inconsciente, os quais evidenciam concepções influenciadas por preconceitos e estereótipos em relação ao álcool e às outras drogas, ao uso destas substâncias e aos usuários. Os relatos 45 e 46 ilustram essa proposição.

Relato 45: “Na verdade esses pacientes, eles...eles não gostam de estabelecer vínculo, eles não tem condição pra isso” (Medicina 3)

Relato 46: “Você pega uma gestante que ela é tabagista, eu explico pra ela todas as causas, o que pode causar o tabagismo no bebê: parto prematuro, baixo peso. As pessoas que são viciadas, elas não enxergam isso, ou elas querem fingir que não tem. Então eu acho assim...acontece com todo mundo...então essa é a grande dificuldade que a gente tem, eu acredito é de mudar a cabeça...” (Enfermagem 1)

Os conteúdos em questão podem ser interpretados mediante o recurso à noção de racionalização enquanto operador conceitual psicanalítico. De acordo com Laplanche e Pontalis (1992), a racionalização consiste na utilização de uma explicação coerente do ponto de vista lógico para uma determinada ação ou idéia, mas cujos motivos verdadeiros não são percebidos pelo sujeito. Possivelmente ao afirmar que os usuários de álcool e outras drogas não demandam assistência para lidar com essa questão, os participantes do presente estudo estão justificando a escassez de ações desenvolvidas por eles próprios junto a essa população. Mas o fator mais determinante para tanto permanece desconhecido ou não é exteriorizado: as dificuldades dos participantes em estabelecer um vínculo com os usuários.

A noção de projeção enquanto operador conceitual psicanalítico auxilia na compreensão de outros aspectos dos dados coletados. Perlow e Sandler (1989) comentam que tal noção foi utilizada por Freud em diferentes momentos, mas predominantemente fazendo menção à tentativa de busca de uma causa externa para um sentimento ou comportamento. A projeção, portanto, se afigura como uma operação psíquica por meio da qual o indivíduo expulsa de si e localiza no outro algo que recusa em si mesmo (Laplanche & Pontalis, 1992). O fato de os participantes do presente estudo sugerirem que acreditam que os usuários de álcool e outras drogas são impotentes diante dessas substâncias pode ser interpretado, assim, como uma projeção da impotência vivenciada pelos participantes em relação aos usuários.

A partir da experiência da pesquisadora no trabalho em saúde pública, é possível afirmar que não é difícil encontrar profissionais que compartilhem de tal sensação de impotência. Afinal, situações nas quais os “pacientes”²⁷ não atendem às orientações ou não correspondem às expectativas dos profissionais são comuns. Também ocorrem com frequência situações nas quais, apesar de todo empenho do “paciente” em acatar as recomendações, não há uma melhora de seu quadro clínico. Essas constatações reforçam a

²⁷ Ao utilizar o termo “paciente” para designar o indivíduo que busca o sistema de saúde com alguma demanda, é preciso considerar que este indivíduo não é passivo diante das condutas dos profissionais de saúde.

linha de raciocínio anterior, segundo a qual, defensivamente, os participantes do presente estudo podem ter projetado a própria impotência nos usuários.

A constatação de que os relatos dos participantes do presente estudo acerca da temática “álcool e outras drogas” podem ter sido permeados por racionalizações e projeções conduz a um terceiro e final operador conceitual psicanalítico: pacto denegativo. Trata-se de um operador conceitual pós-freudiano, criado originalmente por Käes (1991) no contexto clínico para designar uma espécie de aliança inconsciente que se estabelece entre os membros de uma família, criando uma espécie de zona de silêncio que impossibilita a elaboração de questões problemáticas. Nesse sentido, o vínculo dos participantes do presente estudo com os usuários de álcool e outras drogas pode ser interpretado como resultante de um pacto denegativo que implica em uma espécie de renúncia dos primeiros em relação aos segundos.

Käes (1991) esclarece que o pacto denegativo tem duas polaridades: organizativa e defensiva. Afinal, ele organiza o vínculo, mas o faz por meio de uma operação defensiva que promove certos benefícios ao implicar no abandono das possibilidades de elaboração das questões problemáticas que o motivaram, na medida em que as mantém no plano inconsciente. E o próprio pacto denegativo, deve-se reforçar, também é um fenômeno inconsciente, cujo enunciado não pode ser formulado pelo sujeito, o que contribui para a manutenção do *status quo*, quer seja em uma família, em um grupo ou em uma instituição.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A complexidade da temática “álcool e outras drogas” permite que sua abordagem seja feita a partir de diversos vértices. O presente estudo privilegiou uma metodologia clínica-qualitativa tendo em vista o objetivo de conhecer as concepções de profissionais de saúde acerca da atenção aos usuários de álcool e outras drogas no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. Apesar do número relativamente reduzido de participantes, tal metodologia permitiu que o referido objetivo fosse atingido. Possivelmente o fato de ter sido utilizado um roteiro semi-estruturado de entrevista também foi determinante para tanto, pois permitiu aos participantes se expressarem com significativa liberdade.

O material resultante das entrevistas foi submetido à análise temática de conteúdo, sendo que, desse procedimento, emergiram cinco categorias. A primeira categoria foi chamada ““Ser ou não ser...lícita ou ilícita”” e apontou que os participantes não fizeram diferenças sobre o caráter de licitude das substâncias consideradas como “drogas”. Alguns, porém, utilizaram conceitos do senso comum para defini-las. Neste aspecto, a propósito, houve uma divergência no que tange às concepções das diferentes categorias profissionais contempladas no presente estudo. Observou-se que os psicólogos reportaram definições mais alinhadas àquelas preconizadas nos documentos oficiais. Outro achado interessante foi a associação dos participantes do termo “droga” a algo essencialmente negativo.

A segunda categoria, chamada “É (en)caminhando que se faz o caminho?”, revela que os participantes entendem que usuários de álcool e outras drogas são pessoas que dificilmente demonstram adesão aos tratamentos. Além disso, os participantes perceberam-se sem capacitação para oferecer cuidado a essa população. De modo geral, parece prevalecer a concepção de que a Estratégia de Saúde da Família tem pouco a oferecer e a atenção aos

usuários de álcool e outras drogas deveria estar a cargo de profissionais e serviços especializados para tal.

A terceira categoria, chamada “Muitos caminhos para um só lugar”, descreve as concepções dos participantes sobre o que poderia levar uma pessoa a fazer uso de álcool e outras drogas. Houve concordância sobre a multicausalidade e os principais fatores levantados foram a associação com transtornos mentais, a relação familiar e aspectos de ordem psicossocial. Já a quarta categoria, chamada “O usuário de álcool e outras drogas, um ilustre desconhecido”, aponta que participantes do presente estudo concebem os usuários como pessoas difíceis de lidar, impotentes em relação às substâncias utilizadas e que não buscam por ajuda para interromper o uso de álcool ou outras drogas. Além disso, concebem o contato com os usuários como algo perigoso, que implica em riscos para os profissionais de saúde em função de uma possível associação com o tráfico de drogas.

Na última categoria, chamada “As dificuldades do dia-a-dia”, as concepções apresentadas pelos participantes do presente estudo dizem respeito à percepção das próprias dificuldades e das dificuldades das equipes nas quais estão inseridos em relação ao contato com os usuários. Outra concepção interessante é a de que a atenção aos usuários de álcool e outras drogas não é prioridade na Estratégia de Saúde da Família. Vale ressaltar que os participantes evidenciam desconhecimento em relação às políticas públicas sobre a atenção aos usuários de álcool e outras drogas.

Os resultados também foram analisados a luz de aportes psicanalíticos no âmbito de uma síntese interpretativa, a qual aponta a utilização, por parte dos participantes do presente estudo, de processos psíquicos como a racionalização e a projeção para o manejo das dificuldades para o estabelecimento e a manutenção de vínculos com os usuários de álcool e outras drogas e com a sensação de impotência vivenciada no trabalho com os mesmos. Outro operador conceitual considerado foi a noção de pacto denegativo. Assim, é possível supor que

o vínculo que se estabelece entre os participantes e os usuários de álcool e outras drogas se organiza de tal forma que impede os primeiros de ofertar e os segundos de receber cuidado, o que os mantém em uma zona de conforto e perpetua tal situação.

Como todos os estudos, este também guarda limitações, as quais dizem respeito principalmente à definição dos participantes, uma vez que entre os mesmos foram incluídos representantes de apenas três categorias profissionais. Além disso, todos eles se encontravam vinculados de alguma maneira à Estratégia de Saúde da Família. Uma vez que a atenção aos usuários de álcool e outras drogas é um desafio para a saúde pública, seria importante conhecer não apenas as concepções de médicos, enfermeiros e psicólogos sobre assunto, mas também de outras categorias profissionais inseridas em outros níveis de atenção ou em serviços especializados como CAPS ad.

REFERÊNCIAS

- Abreu, C. C., & Malvasi, P. A.(2011). Aspectos transculturais, sociais e ritualísticos da dependência química. In. A. Diehl, D. C. Cordeiro & R. Laranjeira (Orgs.), *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas* (pp.67-82). Porto Alegre: Artmed.
- Adorno, R. C. F. (2008). Uso de álcool e drogas e contextos sociais de violência. *Revista Eletrônica Saúde Mental: Álcool e Drogas*, 4(1), 00-00. Recuperado em 02 de fevereiro de 2011, de <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762008000100002&lng=pt&nrm=iso>.
- Amorim, T. R., Lazarini, W. S., & Siqueira, M. M. (2007). Atenção à dependência química na Universidade Federal do Espírito Santo: possibilidades da extensão universitária. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 11(4), 717-721.
- Araújo, M. R., & Moreira, F. G. (2006). História das drogas. In D. X. Silveira & F. G. Moreira (Orgs.), *Panorama atual de drogas e dependências* (pp. 9-14). São Paulo: Atheneu.
- Bardin, L. (1979). *Análise de conteúdo* (L. A. Reto & A. Pinheiro, trads.). Lisboa: Edições 70 (Original publicado em 1977).
- Barros, M. A. (2006). *Os profissionais do Programa de Saúde da Família frente o uso, o abuso e a dependência de drogas*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Birman, J. (2009). *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. 7^a ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Brusamarello, T., Sureki, M., Borrile, D., Roehrs, H., & Maftum, M. A. (2008). Consumo de drogas: concepções de familiares de estudantes em idade escolar. *Revista Eletrônica Saúde Mental: Álcool e Drogas*, 4(1). 00-00. Recuperado em 03 de fevereiro de 2012, de <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180669762008000100004&lng=pt&nrm=iso>.

Campos, C. J. G., & Turato, E. R. (2009). Análise de conteúdo em pesquisas que utilizam metodologia clínico-qualitativa: aplicação e perspectivas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(2), 259-264.

Cabral, A., & Nick, E. (2006). *Dicionário técnico de Psicologia*. São Paulo: Cultrix.

Carneiro, H. S. (2002). As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX. *Outubro*, 6, 115-128.

Carneiro, H. S. (2009). As drogas e a história da humanidade. *Psicologia: Ciência e Profissão – Diálogos*, 6, 14-15.

Ciribelli, E. B., Luiz, A. M. A. G., Gorayeb, R., Domingos, N. A. M., & Marques Filho, A. B. (2008). Intervenção em sala de espera de ambulatório de dependência química: caracterização e avaliação de efeitos. *Temas em Psicologia*, 16(1), 107-118.

Cohn, A., & Elias, P. E. (2003). *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*. São Paulo: Cortez.

Couto, L. F. S. (2010). Quatro modalidades de pesquisa em psicanálise. In F. Kirillos Neto & J. O. Moreira (Orgs.), *Pesquisa em psicanálise: transmissão na universidade* (pp. 59-80). Barbacena: EdUEMG.

Dea, H. R. F. D., Santos, E. N., Itakura, E., & Olic, T. B. (2004). A inserção do psicólogo no trabalho de prevenção ao abuso de álcool e outras drogas. *Psicologia: Ciência e Profissão* 24(1), 108-115.

Delgado, P. G. (2010). Exposição no seminário “O consumo de álcool e outras drogas: subjetividade e políticas públicas no Brasil”. In Conselho Federal de Psicologia (Org.), *Subjetividade do consumo de álcool e outras drogas e as políticas públicas brasileiras* (p. 35-45). Conselho Federal de Psicologia: Brasília.

Dias, J. C., & Pinto, I. M. (2006). Substâncias psicoativas: classificações, mecanismos de ação e efeitos sobre o organismo. In D. X. Silveira & F. G. Moreira (Orgs.), *Panorama atual de drogas e dependências* (pp. 39-49). São Paulo: Atheneu.

Duarte, P. C. (2010). Exposição no seminário “O consumo de álcool e outras drogas: subjetividade e políticas públicas no Brasil”. In Conselho Federal de Psicologia (Org.), *Subjetividade do consumo de álcool e outras drogas e as políticas públicas brasileiras* (pp. 25-33). Conselho Federal de Psicologia: Brasília.

Elias, P. E. (2004). Estado e saúde: desafios do Brasil contemporâneo. *São Paulo em Perspectiva*, 18(3), 41-46.

Escohotado, A. (2004). *História elementar das drogas* (J. C. Barreiros, trad.). São Paulo: Antígona (Original publicado em 1996).

Favaro, C. (2011). Unidade básica de saúde e atenção primária. In A. Diehl, D. C. Cordeiro & R. Laranjeira (Orgs.), *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas* (cap 47 cd). Porto Alegre: Artmed, 2011.

Freud, S. (1996). Dois verbetes de enciclopédia (J. Salomão, trad.). In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. v. 18, pp. 251-276. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1923).

Galimberti, U. (2002). *Diccionário de Psicología*. México: Siglo Veintiuno.

Gomide, H. P., Lopes, T. M., Soares, R. G., Silveira, P. S., Bastos, R. R., & Ronzani, T. M. (2010). Estereótipos dos profissionais de saúde em relação a alcoolistas em Juiz de Fora, MG, Brasil. *Psicologia: Teoria e Prática* 12(1), 171-180.

Guimarães, A. B. P., Hochgraf, P. B., Brasiliano, S., & Ingberman, Y. K. (2009). Aspectos familiares de meninas adolescentes dependentes de álcool e drogas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 36(2), 69-74.

Heim, J., & Andrade, A. G. (2008). Efeitos do uso do álcool e das drogas ilícitas no comportamento de adolescentes de risco: uma revisão das publicações científicas entre 1997 e 2007. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35(1), 61-64.

Horta, R. L., Horta, B. L., & Pinheiro, R. T. (2006). Drogas: famílias que protegem e que expõem adolescentes ao risco. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 55(4), 268-272.

Hulse, G. K. (2002). Álcool, drogas e muito mais entre idosos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(1), 34-41.

Kaës, R. (1991). Realidade psíquica e sofrimento nas instituições (J. P. Neto, trad.). In Kaës, R., Bleger J., Enriquez E., Fornari F., Roussilon R. & Vidal J. P. (Orgs.), *A instituição e as instituições: estudos psicanalíticos* (pp. 19-39). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Karam, M. L. (2009). Um olhar sobre a política proibicionista. *Psicologia: Ciência e Profissão – Diálogos*, 6, 39-41.

Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1992). *Vocabulário da psicanálise* (P. Tamen, trad.). São Paulo: Martins Fontes (Original publicado em 1982).

Lopes, C. S. & Coutinho, E. S. F. (1999). Transtornos mentais como fatores de risco para o desenvolvimento de abuso/dependência de cocaína: estudo caso-controle. *Revista de Saúde Pública*, 33(5), 477-486.

Lopes, G. T., Lemos, B. K. J., Lima, H. B., Cordeiro, B. R. C., & Lima, L. S. V. (2009). Concepções de acadêmicos de enfermagem sobre usuários de drogas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(4), 518-523.

Lopes, G. T., & Pessanha, H. L. (2008). Concepções de professores de enfermagem sobre drogas. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 12(3), 465-472.

Martins, J., & Bicudo, M. A. V. (1994). *A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos*. São Paulo: Moraes.

Marques, A. C. P. R., & Zaleski, M. (2011). Redução de danos: é possível utilizar essa estratégia terapêutica no Brasil? In A. Diehl, D. C. Cordeiro & R. Laranjeira (Orgs.), *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas* (pp. 340-345). Porto Alegre: Artmed,.

Martins, E. R. C., Zeitoune, R. C. G., Francisco, M. T. R., Spindola, T., & Marta, C. B. (2009). Concepções do trabalhador de enfermagem sobre drogas: a visibilidade dos riscos. *Revista de Enfermagem da UERJ*, 17(3), 368-372.

Martins, J., & MacRae, E. (2010). Por um olhar sociocultural sobre a questão das drogas. In A. Nery Filho & A. L. R. Valério (Orgs.), *Módulo para capacitação dos profissionais do projeto consultório de rua* (pp. 17-24). Salvador: Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas.

Martins, R. A., Manzatto, A.J., Cruz, L. N., Poiate, S. M. G., & Scarin, A. C. C. F. (2008). Utilização do Alcohol Use Disorders Identification Test (Audit) para a identificação do consumo de álcool entre estudantes do ensino médio. *Interamerican Journal of Psychology*, 42(2), 307-316.

Mathias, A. C. R., & Cruz, M. S. (2007). Benefícios de técnicas cognitivo-comportamentais em terapia de grupo para o uso indevido de álcool e drogas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(2), 140-142.

Mendes, E. V. (2002). *A atenção primária à saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará.

Minayo, M. C. S. (1992). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.

Minayo, M. C. S., & Sanches, O. (1993). Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública*, 9 (3), 239-262

Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (2002). *Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, DF: Autor.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (2003). *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília, DF: Autor.

Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. (1997). *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília, DF: Autor.

Moreno, R. S.; Ventura, R. N., & Bretas, J. R. (2009). Ambiente familiar e consumo de álcool e tabaco entre adolescentes. *Revista Paulista de Pediatria*, 27(4). P. 354-60.

Nunes, L. M., & Jólluskin, G. (2007). O uso de drogas: breve análise histórica e social. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*, v. 4, 230-237.

Oliveira, M. P. M. T., & Tedesco, S. (2006). O acolhimento. In D. X. Silveira & F. G. Moreira (Orgs.), *Panorama atual de drogas e dependências* (pp. 53-58). São Paulo: Atheneu.

Organização Mundial de Saúde (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo - saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Genebra: Organização Mundial de Saúde. Recuperado em 10 de janeiro de 2011, de <http://www.acs.min-saude.pt/2008/01/17/smentalconcesp/>

Perrenoud, L. O & Ribeiro, M. (2011). Etiologia dos transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. In A. Diehl, D. C. Cordeiro & R. Laranjeira (Orgs) *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas* (pp. 43-48). Porto Alegre: Artmed.

Piéron, H. (1993). *Vocabulário de Psicología*. Madrid: Akal.

Pillon, S. C., Siqueira, M. M., & Silva, C. J. (2011). Dependência química no currículo de graduação de profissionais da saúde. In A. Diehl, D. C. Cordeiro & R. Laranjeira (Orgs.), *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas* (Cap. 68, CD-ROM). Porto Alegre: Artmed.

Rezende, A. M. (2000). *O paradoxo da psicanálise: uma ciência pós-paradigmática*. São Paulo: Via Lettera.

Ribeiro, M., Laranjeira, R., & Cividanes, G. (2005). Transtorno bipolar do humor e uso indevido de substâncias psicoativas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(1), 78-88.

Ronzani, T. M., & Andrade, T. (2006). A estigmatização associada ao uso de substâncias como obstáculo à detecção, prevenção e tratamento. In *SUPERA Sistema para detecção de uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas*. Brasília: SENAD. p. 25-32.

Ronzani, T. M., & Furtado, E. F. (2010). Estigma social sobre o uso de álcool. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(4), 326-332.

Sandler, J. & Perlow, M. (1989). Internalização e externalização (J. O. A. Abreu, trad). In Sandler, J. (Org.), *Projeção, identificação, identificação projetiva* (pp. 13-23). Porto Alegre: Artes Médicas.

Santos, M. A. (2007). Psicoterapia psicanalítica: aplicações no tratamento de pacientes com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. *Revista Eletrônica Saúde Mental: Álcool e Drogas*, 3(1), 00-00. Recuperado em 15 de janeiro de 2011, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1806-69762007000100006&script=sci_arttext

Santos, A. M., & Malheiro, L. (2010). Redução de danos: uma estratégia construída para além dos muros institucionais. In A. Nery Filho & A. L. R. Valério (Orgs.), *Módulo para capacitação dos profissionais do projeto consultório de rua* (pp. 49-53). Salvador: Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas.

Santos, M. J. P., & Zaslavsky, J. (2007). Pesquisando conceitos e tendências em psicoterapia e psicanálise. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 41(2), 115-124.

Secretaria de Estado de Saúde (2006). *Atenção em saúde mental*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde.

Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. (2010). *Glossário de álcool e drogas*. (J. M. Bertolote, Trad.). Brasília, DF: Autor.

Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. (2009) *Relatório brasileiro sobre drogas*. Brasília, DF: Autor. Recuperado em 12 de novembro de 2011, de <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Relatorios/328379.pdf>

Silva, C. R., Kolling, N. M., Carvalho, J. C. N., Cunha, S. M., & Kristensen, C. H. (2009). Comorbidade psiquiátrica em dependentes de cocaína/crack e alcoolistas: um estudo exploratório. *Aletheia*, 30(2), 101-112.

Silva, I. R. (2000). *Alcoolismo e abuso de substâncias psicoativas*. São Paulo: Votor.

Siqueira, M. M. (2009). As competências em saúde mental das equipes dos serviços de saúde: o caso NEAD-UFES. *Revista Eletrônica Saúde Mental: Álcool e Drogas*, 5(2), 00-00. Recuperado em 15 de fevereiro de 2011, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1806-69762009000200009&script=sci_arttext

Silveira, D. X., Julião, A. M. & Moreira, F. G. (2006). História das drogas. In D. X. Silveira & F. G. Moreira (Orgs.), *Panorama atual de drogas e dependências* (pp. 107-112). São Paulo: Atheneu.

Souza, J., & Kantorski, L. P. (2007). Embasamento político das concepções e práticas referentes às drogas no Brasil. *Revista Eletrônica Saúde Mental: Álcool e Drogas*, 3(1), 00-00. Recuperado em 23 de janeiro de 2011, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1806-69762007000200003&script=sci_arttext

Tavares, B. F.; Beria, J. U., & Lima, M. S. (2001). Prevalência do uso de drogas e desempenho escolar entre adolescentes. *Revista de Saúde Pública*, 35(2), 150-158.

Turato, E. R. (2003). *Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicações nas áreas de saúde e humanas*. Petrópolis: Vozes.

Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 39(3), 507-514.

Verona, H. (2010). Abertura do seminário “O consumo de álcool e outras drogas: subjetividade e políticas públicas no Brasil”. In: Conselho Federal de Psicologia (Org.), *Subjetividade do consumo de álcool e outras drogas e as políticas públicas brasileiras* (p. 19-22). Conselho Federal de Psicologia: Brasília.

Vieira, J. K. S., Carvalho, R. N., Azevedo, E. B., Silva, P. M. C., & Filha, M. O. F. (2010). Concepção sobre drogas: relatos dos usuários do CAPS –AD de Campina Grande-PB. *Revista Eletrônica Saúde Mental: Álcool e Drogas*, 6(2), 00-00. Recuperado em 25 de fevereiro de 2012, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180669762010000200004&lng=pt&nrm=iso&tlang=pt

Zimerman, D. E. (2001). *Vocabulário contemporâneo de psicanálise*. Porto Alegre: ArtMed.

APÊNDICES

Apêndice A - Roteiro semi-estruturado de entrevista

PARTE 1 – Identificação pessoal e profissional

1.1 Iniciais

1.2 Data de Nascimento

1.3 Graduação (curso e instituição)

1.4 Ano de graduação

1.5 Pós-graduação (cursos e instituições)

1.6 Formação complementar

PARTE 2 – Drogas: concepções e contatos

2.1 Concepções sobre álcool e drogas

2.1.1 O que você entende por “drogas”?

2.1.2 Na sua opinião, o que diferencia o uso, o abuso e a dependência de álcool e outras drogas?

2.1.3 Na sua opinião, o que leva uma pessoa ao uso, ao abuso e à dependência de álcool e outras drogas?

2.2 Contato com o tema “álcool e outras drogas”

2.2.1 Você teve contato com o tema “álcool e outras drogas” durante a sua graduação? Como foi este contato?

2.2.2 Você teve contato com o tema “álcool e outras drogas” em outras situações ao longo de sua formação profissional? Como foi este contato?

2.2.3 Como esses contatos com o tema “álcool e outras drogas” durante sua graduação ou em outras situações ao longo de sua formação profissional contribuíram para seu trabalho junto aos usuários de álcool e outras drogas?

2.2.4 Você já recebeu, por parte de seu trabalho, capacitação específica em relação ao tema “álcool e outras drogas”?

PARTE 3 – Drogas e políticas públicas: formação e atuação

3.1 Atuação Profissional

3.1.1 Quando você começou a trabalhar em Saúde Pública?

3.1.2 Quando você começou a trabalhar no Programa de Saúde da Família?

3.1.3 Descreva, em linhas gerais, o seu trabalho em termos das atividades desenvolvidas junto a usuários de álcool e outras drogas no Programa de Saúde da Família.

3.1.4 Como é para você desempenhar esse trabalho?

3.1.5 Você exerce outra atividade profissional além do seu trabalho no Programa de Saúde da Família? Qual atividade? Como é para você desempenhar essa atividade?

3.2 Políticas públicas referentes ao tema “álcool e outras drogas”

3.2.1 Você conhece a “política nacional sobre drogas”? Qual sua opinião sobre esta política?

3.2.2 Você conhece a “política nacional sobre o álcool”? Qual sua opinião sobre esta política?

3.2.3 Você conhece a “política do Ministério da Saúde para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas”? O que você pensa sobre esta política?

3.2.4 Você tem conhecimento de alguma outra política pública sobre o tema “álcool e outras drogas”? Qual? O que você pensa sobre essa política?

3.3 O trabalho junto a usuários de álcool e outras drogas

3.3.1 Na sua opinião, qual a principal especificidade do trabalho junto a usuários de álcool e outras drogas na rede de saúde publica?

3.3.2 Na sua opinião, qual a principal especificidade do trabalho junto a usuários de álcool e outras drogas na Estratégia de Saúde da Família?

3.3.3 Como você acredita que deveria ser o trabalho junto a usuários de álcool e outras drogas na rede de Saúde Pública?

3.3.4 Como você acredita que deveria ser o trabalho junto a usuários de álcool e outras drogas na Estratégia de Saúde da Família?

3.3.5 Como você percebe que a sua unidade de saúde recebe os usuários de álcool e outras drogas? O que você acha que deve ser mantido? O que você acha que deve ser aprimorado?

3.3.7 Como você compara o seu trabalho junto a usuários de álcool e outras drogas e o trabalho que você considera que deveria ser desenvolvido junto a essa população?

3.4 Formação

3.4.1 Na sua opinião, como deve ser a formação do profissional de saúde no sentido de fundamentá-lo para trabalhar com o tema “álcool e outras drogas”?

3.4.2 Na sua opinião, de que forma essa formação pode ser viabilizada?

Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada **A atenção aos usuários de álcool e outras drogas na Estratégia de Saúde da Família: concepções de psicólogos, médicos e enfermeiros**, sob a responsabilidade do pesquisador Rodrigo Sanches Peres e da pesquisadora Waleska Rodrigues Silva.

Nesta pesquisa nós estamos buscando entender as concepções de profissionais de saúde de nível superior que atuam na Estratégia de Saúde da Família em Uberlândia acerca da atenção em saúde aos usuários de álcool e outras drogas.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pela pesquisadora Waleska Rodrigues Silva, no momento da realização de entrevista, no local de trabalho de cada um dos participantes.

Na sua participação você responderá de forma oral a algumas perguntas sobre o assunto em questão. A entrevista será gravada por meio de gravador digital, os dados serão transcritos pelo próprio pesquisador, sendo que, após as transcrições, o material será desgravado. O material será submetido à análise de conteúdo a fim de se obter a descrição dos resultados.

Em nenhum momento você será identificado pelos pesquisadores. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada.

Você não terá nenhum gasto e/ ou ganho financeiro por participar na pesquisa.

Os riscos consistem na possibilidade de comprometimento da confidencialidade da identificação dos sujeitos por motivos alheios aos pesquisadores.

Os benefícios poderão ser tanto diretos, com a obtenção de subsídios para o aprimoramento da assistência a usuários de álcool e outras drogas, quanto indiretos, com a obtenção de um maior conhecimento sobre o assunto em pauta.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação.

Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Waleska Rodrigues Silva. Instituto de Psicologia – Universidade Federal de Uberlândia. Avenida Pará, 1720. Campus Umuarama. Uberlândia. Fone: (34) 32182701 ou Rodrigo Sanches Peres. Instituto de Psicologia – Universidade Federal de Uberlândia. Avenida Pará, 1720. Campus Umuarama. Uberlândia. Fone: (34) 3218-2235.

Você poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos – Universidade Federal de Uberlândia. Avenida João Naves de Ávila, 2121, bloco J, Campus Santa Mônica. Uberlândia, MG. Fone: (34) 3239-4131

Uberlândia, de de 20.....

Rodrigo Sanches Peres

Pesquisador

Waleska Rodrigues Silva

Pesquisadora

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Participante da pesquisa

ANEXOS

Anexo A - Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia

 <p>SECRETARIA MUNICIPAL de Saúde</p>		<p>Diretoria de Gestão de Pessoas e Educação em Saúde</p>
<p>PROJETO DE PESQUISA NA REDE DA SMS Formulário de Solicitação</p>		
<p>Nome do Projeto: <i>A atenção aos usuários de álcool e outras drogas na Estratégia de Saúde da Família: Concepções de psicólogos, médicos e enfermeiros.</i></p> <p>Área da Pesquisa: Psicologia.</p> <p>Instituição Responsável: UFU.</p> <p>Orientador: Profº. Dr. Rodrigo Sanches Peres</p> <p>Pesquisadores: Waleska Rodrigues Silva.</p> <p>Órgão (s) da Secretaria Municipal de Saúde onde será (ão) realizada a Pesquisa: Unidades de Atenção Primária em Saúde da Família.</p>		
<p>Aprovação pela coordenação da Atenção Primária</p>	Sim <input checked="" type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
	Data: <u>07/06/10</u>	
<p>Aprovação pelo responsável por Estágios e Projetos de Pesquisa.</p>	Sim <input checked="" type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
	Data: <u>07/06/2010</u>	
		<p><i>Ana de Fátima B. Abufalle</i> Assinatura: Coord. de Atenção Primária à Saúde Médica CRM-MG 13689 André Vitorino Vieira Psicólogo Diretoria de Gestão de Pessoas e Educação em Saúde Secretaria Municipal de Saúde</p>
<p>O pesquisador deverá encaminhar o projeto juntamente com este formulário para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia.</p> <p>OBS: Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, o pesquisador deverá retornar ao setor de estágios e pesquisa da Secretaria de Saúde para pegar a autorização do início da pesquisa.</p> <p>Assinatura: _____</p> <p>Data: ____ / ____ / ____.</p> <p><i>COMITÉ ÉTICA</i></p>		

**Anexo B - Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de
Uberlândia**



Universidade Federal de Uberlândia
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
COMITÉ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP
Avenida João Naves de Ávila, nº. 2160 - Bloco J - Campus Santa Mônica - Uberlândia-MG -
CEP 38400-089 - FONE/FAX (34) 3299-4131; e-mail: cep@propo.ufu.br; www.comissoes.propo.ufu.br

ANÁLISE FINAL Nº. 694/10 DO COMITÉ DE ÉTICA EM PESQUISA PARA O PROTOCOLO REGISTRO CEP/UFU
299/10

Projeto Pesquisa: A atenção aos usuários de álcool ou outras drogas na estratégia de saúde da família: Concepções de psicólogos, médicos e enfermeiros.

Pesquisador Responsável: Rodrigo Sanches Peres

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, o CEP manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.
O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

O CEP/UFU lembra que:

- a- segundo a Resolução 196/96, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.
- b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.
- c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução 196/96/CNS, não implicando na qualidade científica do mesmo.

DATA DE ENTREGA DO RELATÓRIO PARCIAL: AGOSTO DE 2011.

DATA DE ENTREGA DO RELATÓRIO FINAL: FEVEREIRO DE 2012.

SITUAÇÃO: PROTOCOLO APROVADO.

OBS: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

Uberlândia, 17 de Setembro de 2010.

Profa. Dra. Sandra Terezinha de Farias Furtado
Coordenadora CEP/UFU

Orientações ao pesquisador

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões de descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.x), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item III.2.e). O prazo para entrega de relatório é de 120 dias após o término da execução prevista no cronograma do projeto.