



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



*Aline Fernandes Alves*

**“Vai reduzir, mas não resolve”: o imaginário coletivo de agentes  
comunitárias de saúde sobre a assistência a usuários  
de álcool e outras drogas**

UBERLÂNDIA  
2014



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



*Aline Fernandes Alves*

**“Vai reduzir, mas não resolve”: o imaginário coletivo de agentes comunitárias de saúde  
sobre a assistência a usuários  
de álcool e outras drogas**

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  
2014



*Aline Fernandes Alves*

**“Vai reduzir, mas não resolve”: o imaginário coletivo de agentes comunitárias de saúde  
sobre a assistência a usuários  
de álcool e outras drogas**

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, 16 de janeiro de 2014

---

Prof. Dr. Rodrigo Sanches Peres  
Orientador (UFU)

---

Prof. Dr. Manoel Antônio dos Santos  
Examinador (USP-RP)

---

Prof. Dr. Ricardo Wagner Machado da Silveira  
Examinador (UFU)

---

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

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

---

A474v Alves, Aline Fernandes, 1985-  
2014 “Vai reduzir, mas não resolve”: o imaginário coletivo de agentes  
comunitárias de saúde sobre a assistência a usuários de álcool e outras  
drogas / Aline Fernandes Alves. -- 2014.  
109 f.

Orientador: Rodrigo Sanches Peres.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia, Pro-  
grama de Pós-Graduação em Psicologia.

Inclui bibliografia.

1. Psicologia – Teses. 2. Toxicomania – Teses. 3. Drogas – Teses.  
4. Agentes comunitários de saúde – Teses. I. Peres, Rodrigo Sanches.  
II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação  
em Psicologia. III. Título.

---

CDU: 159.9

## AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, por sabiamente compartilharem comigo do delírio que tenho asas e, amorosamente, me acompanharem nos voos desafiantes que a cada dia me lanço, com os braços e abraços próximos quando estes se fizeram necessários, se doando para que minhas conquistas sempre pudessem ser livres, isso é amor!

À Dani, pela companhia incessante, por me lembrar de quem eu sou quando às vezes tudo pareceu confuso!

À toda a minha família, simplesmente por sê-lo!

Aos meus pacientes, por caridosamente me apresentarem cotidianamente a melhor parte de mim! Tudo isso só faz sentido porque encontrei vocês na minha vida!

Aos meus amigos, porque acredito que é no exercício da amizade que se constrói um dos mais caros saberes da psicologia: o respeito!

Às agentes comunitárias de saúde que me receberam de forma tão carinhosa, aceitaram o convite à reflexão e possibilitaram uma bela troca!

Ao Rodrigo, meu orientador, por ter acreditado nesta proposta e tê-la tornado possível. Por sempre orientar de forma carinhosa e respeitosa, entendendo o quão sonhado foi esse projeto.

À equipe do CAPSad, pelas discussões e ricas trocas, particularmente a “turma do beco 10”, porque este se mostrou o grupo de estudos mais significativo que participei!

À minha “parça”, Deborah Arruda, por todos os dias me ensinar o que é ser parceira e que não existe bom trabalho se não conseguir boas parcerias!

Ao Ricardo Wagner por me apresentar de forma tão apaixonante a este tema e por ser um dos responsáveis pelo desejo que empenho na questão!

Enfim, a todos aqueles que antes de minhas aspirações já ofertam torcida e desejos de sucesso, aqueles que me afetaram e pude de alguma forma afetar!

*Somente uma razão entorpecida pode crer que a criminalização das condutas de produtores, distribuidores e consumidores de algumas dentre as inúmeras substâncias psicoativas, artificialmente selecionadas para serem objeto da proibição e assim se tornarem drogas ilícitas, sirva para deter a busca de meios de alteração do psiquismo, que deita raízes na própria história da humanidade”.*

Maria Lúcia Karam

## RESUMO

Alves, A. F. (2014). *“Vai reduzir, mas não resolve”: o imaginário coletivo de agentes comunitárias de saúde sobre a assistência a usuários de álcool e outras drogas*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia.

*Resumo:* Agentes Comunitárias de Saúde (ACSSs) atuam como elo entre as unidades de saúde e a população, sendo que apresentam como principal diferencial a inserção na comunidade. Tal característica é de grande relevância para a oferta de cuidados a usuários de álcool e outras drogas. Todavia, o imaginário coletivo das ACSSs acerca da população em questão tende a influenciar tal processo, pois se refere, basicamente, ao conjunto de crenças e imagens que um determinado grupo produz acerca de um fenômeno, o qual pode constituir a dimensão afetiva-emocional inconsciente das condutas. O presente estudo tem como objetivo geral compreender o imaginário coletivo de ACSSs de uma unidade da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em relação à temática do uso/abuso de álcool e outras drogas. Trata-se de um estudo qualitativo, cujo *locus* para a construção dos dados foi um grupo psicanalítico de discussão desenvolvido ao longo de sete encontros, o qual teve como facilitadora a pesquisadora e como participantes todas as sete ACSSs de uma unidade da ESF de Uberlândia-MG. O procedimento metodológico adotado para a análise de dados foi a interpretação do *corpus*, sendo que o mesmo foi constituído pelas transcrições das gravações dos encontros do grupo e pelos relatórios elaborados pela observadora-participante. A interpretação do *corpus* conduziu à captação de três campos de sentido afetivo-emocional, os quais foram assim denominados: (1) “Os passos no caminho das pedras”; (2) “Do maldito ao não-dito” e (3) “Culpados ou vítimas?”. O primeiro campo é organizado a partir da crença de que a atenção em saúde a dependentes químicos depende essencialmente do desejo, por parte dos mesmos, de parar de consumir drogas, sendo que tal crença não é compatível com a lógica da redução de danos preconizada pelo Ministério da Saúde. O segundo campo é organizado a partir da crença de que o tema “álcool e outras drogas” transita do “maldito” ao “não-dito”, pois abordá-lo gera incômodos, incertezas e angústias, de forma que o mesmo tende a ser evitado pelas participantes. O terceiro campo, por fim, é organizado a partir da crença na existência de uma associação direta entre o uso de álcool e outras drogas, sobretudo drogas ilícitas, e a criminalidade. Os resultados obtidos, portanto, fornecem elementos para a compreensão de um conjunto de aspectos do imaginário coletivo das participantes em relação à temática do uso/abuso de álcool e outras drogas. Contudo, novas pesquisas sobre o assunto são necessárias, inclusive para o aprofundamento das questões ora introduzidas, uma vez que a literatura consagrada ao mesmo é escassa.

*Palavras-chave:* Álcool; Drogas; Imaginário coletivo; Agente comunitário de saúde; Estratégia de Saúde da Família.

## ABSTRACT

Alves, A. F. (2014). *“Will reduce, but not solve”: the collective imaginary of community health workers on assistance to users of alcohol and other drugs*. MSc Thesis, Institute of Psychology, Federal University of Uberlândia.

**Summary:** Community Health Agents (CHA) act as a link between health facilities and the population, and present as the major feature the insertion in the community. This feature is of great relevance for the provision of care to users of alcohol and other drugs. However, the collective imaginary of CHAs about the population in question tends to influence this process, as it basically refers to the set of beliefs and images that a group produces about a phenomenon, which may be the unconscious affective-emotional dimension of behaviors. The present study has as its general objective to understand the collective imaginary of the CHAs from a unit of the Family Health Strategy (FHS) in relation to the issue of the use/abuse of alcohol and other drugs. This is a qualitative study whose locus for the construction of the data was a psychoanalytic discussion group developed in seven meetings, which had the researcher as facilitator and as participants all seven CHAs from a FHS unit of Uberlândia-MG. The methodological approach adopted for the data analysis was the interpretation of the corpus, which consisted of transcripts of recordings from the group meetings and the reports prepared by the observer-participant. The interpretation of the corpus led to the capture of three fields of affective-emotional sense, which were named as follows: (1) “The steps on the path of stones”, (2) “From the ill said to the unsaid” and (3) “Guilty or victim?” The first field is organized from the belief that health care to drug addicts depends primarily on the desire on the part thereof, to stop using drugs, and such belief is not compatible with the logic of harm reduction advocated by the Ministry of Health. The second field is organized from the belief that the “alcohol and other drugs” subject goes from “ill said” to “unsaid”, as addressing it generates awkwardness, uncertainties and anxieties, so that it tends to be avoided by the participants. The third field, finally, is organized from the belief in the existence of a direct association between the use of alcohol and other drugs, especially illicit drugs, and crime. The results thus provide elements for understanding a number of aspects of the collective imaginary of the participants in relation to the theme of the use/abuse of alcohol and other drugs. However, further research is needed on the subject, including the deepening of the issues introduced herein, once that the literature is scarce.

**Keywords:** Alcohol; Drugs; Collective imaginary; Community health agent; Family Health Strategy.

## SUMÁRIO

<b>AGRADECIMENTOS .....</b>	<b>5</b>
<b>RESUMO.....</b>	<b>7</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>8</b>
<b>PALAVRAS INICIAIS .....</b>	<b>11</b>
<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>166</b>
<b>1.1 Políticas públicas de saúde sobre a atenção a usuários de álcool e outras drogas....</b>	<b>166</b>
<b>1.2 A ESF na assistência em saúde.....</b>	<b>32</b>
<b>2. BREVE REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>36</b>
<b>2.1 Pesquisas com ACSs: panorama geral .....</b>	<b>366</b>
<b>2.2 Possibilidades para pesquisas futuras .....</b>	<b>41</b>
<b>3. OBJETIVO .....</b>	<b>45</b>
<b>3.1 Objetivo geral.....</b>	<b>45</b>
<b>3.2 Objetivos específicos.....</b>	<b>45</b>
<b>4. MÉTODO .....</b>	<b>46</b>
<b>4.1 Desenho teórico-metodológico .....</b>	<b>46</b>
<b>4.2 Participantes .....</b>	<b>46</b>
<b>4.3 Procedimentos.....</b>	<b>48</b>
<b>4.3.1 Construção dos dados.....</b>	<b>48</b>
<b>4.3.2 Análise de dados.....</b>	<b>50</b>

<b>5. ASPECTOS ÉTICOS .....</b>	<b>52</b>
<b>6. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>53</b>
<b>6.1 Recursos mediadores.....</b>	<b>53</b>
<b>6.2 Campos de sentido afetivo-emocional.....</b>	<b>63</b>
6.2.1 “Os passos no caminho das pedras”.....	63
6.2.2 “Do maldito ao não-dito” .....	72
6.2.3 Culpados ou vítimas?.....	79
<b>6. 3 As drogas tornadas ilícitas e a desassistência aos usuários.....</b>	<b>87</b>
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>94</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>97</b>
<b>ANEXO A .....</b>	<b>105</b>
<b>ANEXO B .....</b>	<b>106</b>
<b>APÊNDICE A .....</b>	<b>109</b>
<b>APÊNDICE B.....</b>	<b>111</b>
<b>APÊNDICE C .....</b>	<b>114</b>

## PALAVRAS INICIAIS

Este estudo tem como objetivo geral compreender o imaginário coletivo de agentes comunitárias de saúde (ACSS)<sup>1</sup> em relação ao uso/abuso de álcool e outras drogas, bem como em relação a questões concernentes ao tema, como as recentes políticas públicas de saúde pautadas na lógica da redução de danos e a forma como estes profissionais as tem compreendido. Sendo assim, buscamos entender e interpretar os desafios e as possibilidades da atenção básica em saúde, especificamente em termos do trabalho das ACSS e das equipes das unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF), frente às demandas dos usuários de álcool e outras drogas.

O desejo de realizar esta pesquisa tem sua gênese, *a priori*, em meu envolvimento com as políticas públicas de saúde e na compreensão que fui obtendo, em minha formação acadêmica, do funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente no que tange aos cuidados de saúde mental. Por meio dos meus estudos na graduação em Psicologia e em cursos extracurriculares, assimilei gradativamente a importância de uma rede de atenção integrada e sinérgica para o bom funcionamento dos serviços de saúde, para a satisfatória promoção de cuidados aos usuários e para efetiva consolidação de práticas antimanicomiais em saúde mental. Neste contexto, destaco o papel singular da atenção primária em saúde e a necessidade de sensibilizar e capacitar os profissionais que atuam nesse nível de atenção para o enfrentamento das demandas emergentes.

Somado a esta compreensão, o interesse pela temática deste estudo também foi ganhando contorno a partir de minha prática como psicóloga do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III da Prefeitura Municipal de Uberlândia-MG (CAPSad III-PMU). No cotidiano desta instituição, pude entrar em contato direto com as demandas dos

---

<sup>1</sup> Neste estudo, optou-se pelo termo na forma feminina devido à predominância de mulheres no cargo em questão.

usuários, bem como com as queixas dos profissionais da atenção básica relacionadas à falta de capacitação ou interesse em oferecer cuidados a esta população.

Desse modo, a necessidade de articulação da rede de saúde, outrora compreendida teoricamente, se tornou premissa básica para que nosso trabalho rotineiro, em uma instituição de acolhimento e tratamento para usuários em crise, pudesse se consolidar. Todavia, simultaneamente a tal compreensão, pude identificar o quanto incipiente ainda é esta articulação e, no que diz respeito aos cuidados a usuários de álcool e outras drogas, este fato parece ser ainda mais evidente, apesar dos progressos e dos esforços empenhados em sentido contrário.

Diante disso, no CAPSad em que trabalho, criamos como estratégia de facilitação de articulação da rede de saúde uma equipe da qual faço parte, nomeada “Equipe Volante”, cujo principal objetivo é articular o trabalho desenvolvido pelo CAPSad aos demais níveis de atenção, destacando o caráter de co-responsabilização e territorialidade do cuidado. Procuramos efetivar tais objetivos por meio da participação em reuniões sistemáticas com profissionais da saúde mental da atenção básica e da gestão e discussão de alguns casos, principalmente aqueles que apresentam maior dificuldade de adesão ao CAPSad. A partir deste trabalho, foi possível verificar maior integração das equipes e também melhor compreensão do cuidado oferecido em rede.

Em contrapartida, a participação nesta equipe me aproximou da realidade de atuação das equipes de atenção básica, principalmente daquelas constituídas por ACSs. E tal aproximação me possibilitou entrar em contato com as dificuldades vivenciadas por estas profissionais no que tange aos cuidados a usuários de álcool e outras drogas. Durante as visitas domiciliares realizadas em conjunto e nas discussões dos casos, as queixas das ACSs são recorrentes: elas relatam que não se sentem qualificadas para desempenhar esta função e solicitam capacitação. Mas, aparentemente, suas dificuldades residem em um “para além” ou “para aquém” da capacitação e refletem, mais especificamente, a relação das mesmas com a

temática do uso/abuso de substâncias psicoativas (SPAs). Minha escuta curiosa das queixas veementemente anunciadas e minha observação questionadora das ações desenvolvidas apontavam para necessidade de “um passo atrás” da capacitação, o que identifico mais com um processo de sensibilização para com as políticas públicas e com as possibilidades de cuidados em si.

As questões supramencionadas já me geravam incômodo e inquietação, bem como me impulsionavam no sentido de buscar uma melhor compreensão e auxiliar a pensar em encaminhamentos para as problemáticas já evidenciadas. Neste sentido, em meu trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, tive como objetivo abordar a relação entre a consolidação das políticas públicas de redução de danos nos cuidados a usuários de álcool e outras drogas e a necessidade de oportunizar aos profissionais de saúde mental espaços de reflexão quanto às próprias implicações com a temática, que é histórica e culturalmente construída. E também espaços de reflexão quanto à relação com os usuários, mais especificamente, que, sem dúvidas, atravessam o cuidado prestado.

Coerente ao que está sendo posto, no mestrado, então, decidi estudar as implicações das ACSs com a temática da dependência química ao mesmo tempo em que me preocupei em proporcionar um espaço para reflexão e trocas acerca do tema ao qual me propus abordar. A opção por estas profissionais se justifica por múltiplos fatores dos quais destaco dois. Em primeiro lugar, porque, como já colocado, comprehendo que a atenção básica deve ser vista como unidade organizadora e estratégica na promoção de cuidados em saúde e, nesta estratégia, entendo que as ACSs têm um papel privilegiado de atuação e acesso a informações. Outro fator que determinou minha escolha é o fato da ACS ser um personagem híbrido no cenário da saúde, na medida em que é um profissional que tem a função de oferecer cuidados e orientações à população adstrita, mas, ao mesmo tempo é parte daquela

comunidade e, por esta razão, é, ou ao menos deveria ser, a voz da população junto aos profissionais de saúde, o que garante inquestionável riqueza de discussões e trocas.

Sendo assim, no presente estudo optei pela realização de um grupo psicanalítico de discussão com as ACSs de uma unidade da ESF do setor sanitário leste da cidade de Uberlândia-MG. A ideia inicial foi levar para o grupo disparadores de discussão, focalizando temáticas relacionadas ao uso/abuso de SPAs e políticas públicas de saúde baseadas na redução de danos, e oferecer espaço para que as profissionais pudessem trocar experiências, refletir e opinar livremente sobre os temas propostos. Em um segundo momento, foi realizada a análise e interpretação do material construído nestes grupos, tendo como base aportes teórico-metodológicos psicanalíticos.

Desse modo, primeiramente apresentarei, no capítulo de Introdução, um resgate histórico das políticas públicas de saúde voltadas a usuários de álcool e outras drogas, buscando configurar a forma como, no Brasil, o sistema de saúde se organizou para oferecer cuidados necessários a esta população, bem como quais os atravessamentos históricos e culturais existentes neste contexto. Também na primeira parte deste capítulo, será apresentada a lógica de redução de danos como norteadora das ações previstas pelo Ministério da Saúde nos últimos anos.

Em um segundo momento do capítulo de Introdução, procurarei caracterizar sucintamente a atenção primária em saúde, suas funções e composições, especialmente a ESF, enquanto principal organizador da rede de saúde no Brasil. Neste contexto, apresentarei a ACS como personagem importante deste cenário, e também foco deste estudo. No capítulo de Revisão da Literatura, será feito um breve mapeamento das pesquisas acerca do trabalho das ACSs em geral, em saúde mental e, mais especificamente, na atenção a usuários de álcool e outras drogas. Também serão discutidas novas possibilidades para as pesquisas desenvolvidas com tal população.

Na sequência, apresentarei os objetivos do estudo e, no capítulo de Método, inicialmente farei uma caracterização do desenho metodológico escolhido. Em seguida, apresentarei as participantes e detalharei a construção dos dados, cujo *locus* foi um grupo psicanalítico de discussão. A partir de então, o leitor interessado poderá ter acesso aos resultados obtidos, em termos da aplicação dos recursos mediadores empregados no grupo e dos campos de sentido afetivo-emocional captados no *corpus* do estudo. Por fim, no capítulo de Considerações Finais, tanto o alcance quanto a limitação do presente estudo serão contemplados, buscando-se, assim, fornecer elementos para a realização de pesquisas futuras.

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1 Políticas públicas de saúde sobre a atenção a usuários de álcool e outras drogas

*Insanidade é fazer a mesma coisa repetidamente  
e esperar resultados diferentes*

Albert Einstein

Procurando alcançar o objetivo de conhecer os cuidados prestados por ACS a usuários de álcool e outras drogas, se faz necessário resgatar como tal temática foi pensada e desenvolvida no Brasil, destacando-se que apenas recentemente o consumo de SPAs se tornou uma questão de saúde pública. O retrospecto histórico que farei na primeira parte deste capítulo terá a função de evidenciar possíveis atravessamentos que foram construídos e que, sem dúvidas, ainda hoje influenciam o relacionamento de profissionais de saúde diretamente com o usuário ou com a temática da dependência química. Além disso, também terá a função de desnaturalizar atitudes e concepções construídas por meio de um processo histórico e cultural.

A associação da dependência química com problemas como aqueles referentes ao tráfico de armas, violência urbana, prostituição e o esfacelamento de laços familiares é comum em nossa sociedade. Inclusive tal associação é frequentemente apontada pela mídia, o que contribui para a manutenção de estigmas e atitudes preconceituosas em relação ao usuário de álcool e outras drogas. Nesta perspectiva, os motivos para o consumo abusivo de SPAs seriam “falta de caráter”, “busca incessante de prazer” ou, até mesmo, em uma leitura

supostamente mais científica, uma doença mental que representa a “fraqueza” do indivíduo frente ao vício, garantindo a essas pessoas um lugar de permanente exclusão, seja pela criminalização do uso ou por tratamentos proibitivos, culpabilizadores e punitivos.

Todavia, parece relevante considerar as seguintes questões: como este estado de coisas foi construído? Porque o uso do álcool e outras drogas ganhou, na história da sociedade, um lugar de segregação em relação aos “cidadãos de bem”? A manutenção destes estigmas está a serviço de que ou de quem? Procurarei contemplar estas questões a seguir.

O *World Drug Report 2012* (United Nations Oficce on Drugs and Crime, 2012) compila dados sobre o uso de SPAs no mundo todo. De acordo com esses dados, estima-se que cerca de 230 milhões de pessoas – 5% da população mundial adulta – fizeram uso de algum tipo de droga pelo menos uma vez em 2010. O número de usuários problemáticos chegou a cerca de 27 milhões de pessoas, o equivalente a 0,6% população mundial adulta. Tais números constatam a relevância deste tema e a importância de levantar questionamentos, bem como possíveis estratégias de enfrentamento para a problemática.

Mas os dados supramencionados e o alarde midiático cotidiano podem nos levar a crer, erroneamente, que o uso de álcool e outras drogas vem crescendo de modo a se afigurar como uma epidemia e, assim, representar um “mal contemporâneo”. Todavia, o fato é que as SPAs foram consumidas ao longo de toda a história da humanidade. E, ainda de acordo com o *World Drugs Report 2012*, o uso de drogas ilícitas se manteve estável na população mundial.

Portanto, as grandes alterações que podem ser observadas quanto a este assunto não se relacionam com as SPAs em si ou com o número de pessoas que têm feito uso das mesmas. Relacionam-se, sim, com os mecanismos que a sociedade tem utilizado para enfrentar as demandas relacionadas ao uso de SPAs, bem como as questões sociais, culturais e econômicas que influenciam a produção de subjetividades e parecem estar subscritas em tal fenômeno. Estas questões, inclusive, por vezes se escondem, ou então se (re)afirmam, atrás de

uma cortina de fumaça constituída por formas repressivas e exclusivistas de enfrentamento da dependência química.

Silveira e Moreira (2006), fazendo uma contextualização histórica do processo de exclusão social do uso de drogas, deixam claro que o mesmo está a serviço da produção de uma sociedade disciplinada e produtiva, a qual, por sua vez, responde a um ideal social que serve ao sistema capitalista de produção. Somado a isto, colocam que há um “algo a mais” relacionado às drogas, que corrobora a construção de um lugar social específico para aqueles que fazem uso destas. Nas palavras dos autores:

Tem algo a mais que chama a atenção e que às vezes incomoda, uma vez que estamos falando de patologias ligadas ao prazer. E é este algo a mais que, facilmente, tira os pacientes do lugar de vítimas para o de vilões no olhar do senso comum. Não é fácil ter empatia com aquele que sofre e faz sofrer em nome do próprio prazer. Como pedir solidariedade para aquele que, deliberadamente, põe a si próprio e aos outros em situações de risco, brincando e desafiando a morte? (Silveira & Moreira, 2006, p. 3).

Ainda nesta reflexão, observa-se que, após um período de liberalismo acerca do uso de SPAs, a sociedade ocidental gradativamente adotou estratégias de exclusão do usuário. Dessa forma, o uso de álcool e outras drogas foi visto como pecado e depois como crime, até que recentemente a dependência química é tomada como transtorno mental, ou seja, como doença (Silveira & Moreira, 2006). Todavia, tais perspectivas se sobrepõem, se confundem e coexistem, o que contribui para a manutenção de estereótipos e atitudes preconceituosas em relação ao usuário e à perpetuação de tratamentos totalitários, fechados e excludentes.

No Brasil, as primeiras ações governamentais a respeito do uso e abuso de álcool e outras drogas ocorreram exclusivamente no campo judiciário, prevendo ações repressivas face seu consumo, fabricação e distribuição. Assim a situação permaneceu por muitos anos, configurando um enorme hiato de ações em saúde ou de políticas públicas voltadas para esta questão. É evidente a tônica criminal que foi conferida à temática, e este foi o único olhar voltado aos usuários (Machado & Miranda, 2007).

Em 1924, por exemplo, o Código Penal Brasileiro previa pena de prisão para aqueles que vendessem ópio, seus derivados e cocaína, bem como decretava internação compulsória para usuários em “estabelecimentos correcionais adequados”. E com o Decreto 14969/1921 já haviam sido instituídos os sanatórios para toxicômanos (Machado & Miranda, 2007). Estas legislações evidenciam que a ordem geral estava relacionada exclusivamente a ações de cunho repressor.

Já em 1970, a psiquiatria começa a influenciar as ações de enfrentamento das questões sobre álcool e outras drogas no Brasil. Nesta época, o usuário começa a ser visto como doente e/ou criminoso e, frente a tal concepção, são previstas penas e tratamentos que tinham como objetivo fortalecer a repressão ao uso, tratar e “salvar” os usuários. A Lei 6368/1973, tem clara influência da psiquiatria, evidenciada na alteração do termo “viciado” para “dependente”, na criação de estabelecimentos de tratamento e na substituição de internação para tratamento compulsório. Portanto, se, por um lado a elaboração desta lei reforça as ações repressivas, por outro lado favorece a criação de dispositivos de tratamento para esta população (Machado & Miranda, 2007).

Certamente as ações e legislações brasileiras respondiam, e ainda o fazem, a pressões externas. É sabido que nas reuniões da Organização das Nações Unidas (ONU) realizadas em 1961, 1971 e 1988, as discussões confluíram para o apoio à repressão da oferta e consumo de drogas (Machado & Miranda, 2007). Os Estados Unidos da América foi o principal

responsável pelo estímulo da legitimação e perpetuação de ações repressivas em relação ao uso de álcool e drogas, nos anos 1970 e 1980, tendo em vista que, primeiramente com o presidente Richard Nixon e depois com o presidente Ronald Reagan, o país declarou “guerra contra as drogas”, implementando ações intensas de combate ao uso e ao tráfico e, simultaneamente, pressionando, por meio de sanções econômicas e divulgação ideológica, o resto do mundo a acompanhar a mesma lógica de ações. Vale destacar que no período entre 1920 e 1933, vigorou nos Estados Unidos da América a chamada Lei Seca, a qual tornou ilegal a fabricação, venda ou transporte de bebidas alcoólicas. E ainda hoje o país, a despeito de todos os indicadores do fracasso dessa política repressiva, é representante do estímulo à manutenção de tais práticas (Burgierman, 2011).

A política hegemônica para o tratamento da dependência química, portanto, era voltada à abstinência total. Esta era a única forma de cuidados em saúde dedicada a tal população, ressaltando que, como já mencionado, no campo das políticas públicas as ações se alocavam no campo da justiça, e não da saúde. Nesta conjuntura, as formas de tratamento ocupavam o lugar social de manutenção da postura de exclusão daqueles que não se enquadravam na norma do sistema hegemônico. Os modelos de atenção aparentemente se pautavam na máxima: “para receber atenção é preciso fazer por onde”. Isso significa que o usuário, de antemão, deveria estar disposto à abstinência total.

Ao mesmo tempo em que gera assistência para aqueles que conseguem se adaptar a esta lógica e usufruir do tratamento, esse tipo de enfrentamento também provoca desassistência para a maioria dos usuários, que não consegue, não quer ou não encontra razões para se manter abstêmio. O relato a seguir, apresentado por Domiciano Siqueira em entrevista a Antonio Lancetti trata disso:

Quando os alcoólicos anônimos usam aquela famosa frase deles que é “Se você quer beber, o problema é seu, se você quer parar de beber, o problema é nosso”, vejo essa frase dizer o seguinte: “se você quer parar de beber o problema é nosso, mas se você quer beber, tchau, você não tem espaço aqui!”. Para onde essas pessoas vão? Para quem as aceita usando drogas, e quem as aceita? É o tráfico. Então, essas frases maravilhosas e bonitas, que são utilizadas pela sociedade padronizada, elas são justamente as que incentivam as pessoas a retornar, porque a maioria, não é que não queira simplesmente parar de beber ou parar de usar drogas, é que não conseguem ou não podem parar (Lancetti, 2006, p.70).

Somada à questão da desassistência que uma política pautada unicamente na abstinência total provoca, há inúmeras questões que são ignoradas ou evitadas. Benevides e Passos (2010) apontam, nesse sentido, que a “guerra contra as drogas” constrói uma cortina de fumaça diante de um problema subjacente ao uso abusivo de SPAs, que seria o consumo compulsivo, amplamente estimulado em nossa sociedade. A dependência química, a partir de tal perspectiva, seria o paradigma da organização social atual. É como se, ao estimular o terror em relação às SPAs, objetos que primariamente deveriam ser vistos como neutros e inertes, simultaneamente fossem estimuladas ações de respostas rápidas, impedindo a proximidade e consequente reflexão crítica acerca das questões relacionadas à temática do uso de álcool e outras drogas e suas relações com o formato de organização social sob o qual estamos submetidos.

Burgierman (2011) faz uma discussão sobre as leis contrapondo-as com a noção de sistema. Segundo o autor, um dos fatores da falência da “guerra contra as drogas” localiza-se nesta diferenciação. Ocorre que as leis se referem à legislação oficial de determinado país, ou

seja, àquela que está escrita. Já o sistema se refere ao real funcionamento “extra-oficial”, que acaba por ordenar determinado campo de atuação. No caso específico do uso de drogas, ainda segundo o mesmo autor, a repressão expressa nas leis e nas atitudes oficiais dos governos acaba por fortalecer o tráfico e proporcionar maior financiamento às grandes organizações criminosas, bem como transformam a temática em um tabu a ser combatido. E isso priva os usuários do acesso a fatores de proteção e pouco auxilia na redução de oferta de drogas, na prevenção do uso e no tratamento dos que se tornaram dependentes. Nas palavras do autor:

No sistema atual, mais da metade dos adolescentes consegue encontrar drogas ilegais com muita facilidade [...] O sistema é muitíssimo mais importante que a lei, porém as pessoas falam muito sobre leis e pouco sobre sistemas. [...] No entanto, estudos mostram que as leis têm efeito insignificante na decisão de usar ou não determinada droga. O que importa é o sistema, e, nesse aspecto, é inegável que o que temos hoje é terrivelmente ruim” (p. 13).

Frente ao fracasso das ações excludentes discutidas até aqui neste capítulo, historicamente observa-se o surgimento de alternativas no que tange à oferta de cuidados e atenção em saúde para usuários de álcool e outras drogas. Este é um processo que ainda está em trâmite e é possível afirmar que a hegemonia dos tratamentos ainda se pauta na busca da abstinência total. Todavia, é evidente o surgimento de movimentos que trouxeram mudanças na leitura deste problema e, consequentemente, na forma de aproximação desta clientela.

Diversos autores – como Trad (2009), Machado e Miranda (2007) e Conoletti e Soares (2005) – apontam que a disseminação do vírus HIV e da AIDS e a consequente necessidade de programas de saúde pública que respondessem a esta problemática representa um

importante marcador na evolução da reflexão sobre o enfrentamento ao uso/abuso de drogas, principalmente injetáveis, no Brasil. Ocorre que foi a partir dos programas de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) que se iniciou o desenvolvimento de estratégias de redução de danos, as quais começaram a demarcar uma lógica que se distancia do caráter puramente repressor e punitivo para ir ao encontro de estratégias de educação, autonomia e de co-responsabilização.

Observando que os usuários de drogas injetáveis se configuravam como uma população de risco no que tange à contaminação pelo vírus HIV, optou-se por oferecer informações e seringas descartáveis para que este dano fosse evitado, ainda que o uso de drogas fosse mantido (Trad, 2009; Lancetti, 2006). Sendo assim, na constituição de tais estratégias encontra-se o início de uma mudança de perspectiva e o advento das primeiras ações que consideram a possibilidade da oferta de cuidados em saúde sem necessariamente exigir a abstinência. Esta é a linha mestra da atual Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde, que foi publicada apenas em 2003, rompendo com a escassez de políticas públicas de saúde nesta área.

Machado (2006) destaca que a elaboração da Política do Ministério da Saúde supracitada foi possível, principalmente, por três processos que ocorreram no Brasil. São eles: (1) a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), (2) a efetivação dos programas de DST/AIDS e das estratégias de redução de danos e (3) a reestruturação da Saúde Mental. E tal política surge imbuída da função de devolver ao usuário de drogas lícitas ou ilícitas o lugar de cidadão, apresentando a redução de danos como estratégia principal para garantir o direito de acesso integral à saúde conquistado e descrito pela Lei 8080/1990. Desse modo, retrata uma mudança de perspectiva em prol do acolhimento e da oferta de alternativas para a questão (Brasil, 2003).

Silveira e Moreira (2006) propõem que uma possibilidade seria compreender a dependência química como um sintoma de outros sofrimentos psíquicos, o que exige uma nova postura do profissional da área. E, segundo essa nova postura, não é possível obter consensos universais quanto ao tratamento: é preciso conhecer o indivíduo em suas particularidades para que seja possível compreender qual é o lugar que a droga ocupa em sua vida.

Vale destacar que a redução de danos, apresentada como uma alternativa para uma atenção integral ao uso de álcool e outras drogas, não exclui a abstinência, posto que adota a lógica da soma. Assim, promove a redução do uso, mas também a redução dos danos causados, com a troca de drogas de escolha ou até mesmo internação quando necessário. Além disso, enfatiza o suporte familiar e também auxilia na reflexão sobre as leis de penalização do tráfico ou penas alternativas para crimes relacionados ao uso de drogas, por exemplo. Trata-se, portanto, de uma lógica complexa, que retrata o respeito à complexidade contida na questão.

Algo muito importante a ser destacado é que as ações de redução de danos guardam em si o objetivo de conhecer e buscar alternativas para a relação da pessoa com as drogas, ou, em um campo mais amplo, da sociedade com as drogas ou dos profissionais de saúde com as drogas. As intervenções e consequentes processos de transformação são sempre vistas sob a ótica relacional. Um de seus pilares de sustentação, portanto, é a postura de acolhimento. Afinal, apenas mediante tal postura é possível aproximar-se e conhecer os sujeitos desta relação (Lancetti, 2006).

A própria Política do Ministério da Saúde tenciona a postura de co-responsabilização de pacientes, profissionais e sociedade, e enaltece a postura/função de acolhimento, uma vez que sustenta que,

Se nas práticas de saúde nosso compromisso ético é o da defesa da vida, temos que nos colocar na condição de acolhimento, onde cada vida se expressará de uma maneira singular, mas também onde cada vida é expressão da história de muitas vidas, de um coletivo. Não podemos nos afastar deste intricado ponto onde as vidas, em seu processo de expansão, muitas vezes sucumbem ao aprisionamento, perdem-se de seu movimento de abertura e precisam, para desviar do rumo muitas vezes visto como inexorável no uso de drogas, de novos agenciamentos e outras construções (Brasil, 2003, p. 10).

Se outrora se pensava que a única forma de enfrentamento e aproximação dos usuários era o discurso coercitivo e repressivo, agora fica evidente a necessidade de acolhimento – enquanto estratégia facilitadora de abordagem, motivação e aderência a qualquer proposta de cuidados – por parte daqueles que oferecem tratamentos para tal população. O processo de transformação da atenção aos usuários torna-se, então, cada vez mais complexo, principalmente por não se respaldar apenas em uma mudança técnica de cuidado, mas, sim, em uma mudança paradigmática de olhar para a realidade.

Todavia, é preciso destacar que a lógica do acolhimento integral e incondicional pautado na redução de danos não se faz hegemônica nas políticas públicas brasileiras. Ao contrário, todo o processo discriminatório que rotula o usuário ora como criminoso, ora como doente mental, ainda está presente tanto em ações quanto em documentos oficiais do país. Exemplo disso é que em 2001 foi publicada pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) a Política Nacional Antidrogas, a qual apresenta como linha mestra a redução da demanda e da oferta de drogas, o que evidencia a prioridade ideológica e de ações repressivas para a abordagem do tema, bem como revela a contradição e sobreposição de visões. Afinal, o

primeiro pressuposto básico deste documento é assim apresentado: “buscar, incessantemente, atingir o ideal de construção de uma sociedade livre do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas” (Brasil, 2001, p. 10)

Em 2005, foi realizado um realinhamento da Política Nacional Antidrogas, o que originou a Política Nacional Sobre Drogas (Brasil, 2005). A nova nomenclatura utilizada sugere um distanciamento da ideologia proibicionista. Todavia, o fato é que o novo documento em muito converge com o primeiro, inclusive apresentando o primeiro pressuposto básico com redação semelhante: “buscar, incessantemente, atingir o ideal de construção de uma sociedade *protegida* do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas” (Brasil, 2005, p. 2) (grifo nosso).

A convergência das políticas em questão, a despeito de suas nomenclaturas distintas, torna-se um tanto mais problemática diante do fato de que, no momento da publicação da segunda delas, ou seja, da Política Nacional sobre Drogas, o Ministério da Saúde já havia lançado sua Política de Atenção Integral para Usuários de Álcool e Outras Drogas. Esse fato parece ter sido ignorado, visto que os dois documentos visivelmente se apoiam em ideologias divergentes. E essa situação sugere dificuldades de articulação entre as diversas instâncias do governo no que tange à questão das drogas, dificultando o planejamento necessário a um enfrentamento intersetorial da questão, de modo a contemplar sua gênese multifatorial.

Souza e Kantorsky (2007) apresentam uma reflexão teórica acerca das políticas públicas que norteiam as ações sobre drogas no Brasil a partir dos documentos oficiais. Desse modo, evidenciam a contradição já considerada e apontam que, em ambas as políticas, encontram-se arraigadas concepções tradicionais sobre o tema, o que se torna inquestionável considerando-se a proposição de descriminalização como algo atrelado ao tratamento médico. Assim sendo, se torna patente a necessidade de avanços significativos nas reflexões a respeito

para que se possa alcançar um modelo não-moralizante de atenção aos usuários e a construção de uma ideologia social não segregacionista a respeito do consumo de drogas.

Atualmente, é possível constatar que existem duas linhas de forças que direcionam as propostas de ações no que diz respeito às políticas sobre drogas no Brasil. Uma delas tenta abarcar a complexidade e a multifatorialidade da questão e, portanto, a necessidade de ações articuladas entre diversos setores: saúde, desenvolvimento social, justiça, educação, trabalho, lazer, etc. Porém, ainda existe outra linha, sustentada na crença em uma relação causal simples que pode ser sintetizada nos seguintes termos: “drogas são a causa de sérios problemas sociais e de saúde, logo, é preciso exterminá-las”. E a consequência desse tipo de crença é o desenvolvimento de ações impulsivas e puramente repressivas.

Em 2010, o Governo Federal lançou um documento intitulado *Abordagens Terapêuticas a Usuários de Cocaína/Crack no Sistema Único de Saúde*, o qual se propõe a esclarecer as ações necessárias por parte de diversas instâncias, destacando a necessidade de as mesmas se articularem de forma complementar, solidária e funcional. Ou seja, o documento em questão aponta para a consolidação de uma rede integral de assistência no SUS, propondo intervenções tanto na atenção primária quanto nos serviços especializados como os CAPSad e os CAPSad III, bem como nos Pronto-Socorros e nas Unidades de Pronto Atendimento.

Além disso, contempla a promoção de qualificação e capacitação dos profissionais de saúde e apresenta uma proposta de ampliação do acesso dos usuários de drogas aos serviços a partir de estratégias como os Pontos de Acolhimento e os Consultórios de Rua. Os Pontos de Acolhimento têm a finalidade de oferecer um espaço aberto de descanso, alimentação e cuidados básicos de higiene para aqueles que não conseguem acesso aos serviços de saúde que poderiam oferecer assistência relativa ao uso de álcool e outras drogas, proporcionando, assim, um primeiro contato com os mesmos (Brasil, 2010).

Por sua vez, os Consultórios de Rua, mencionados no documento supracitado como estratégias para ampliação do acesso a usuários de álcool e outras drogas, resultam de um projeto implementado em Salvador-BA a partir da constatação de que usuários disfuncionais moradores de rua, com rupturas em suas relações sociais, praticamente não chegavam e/ou não permaneciam nos serviços de assistência. Portanto, se fazia necessária uma intervenção no território onde esses cidadãos viviam. Posteriormente, esse tipo de intervenção foi reconhecida como positiva e incorporada ao Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas (Brasil, 2009). Trata-se da oferta de cuidados básicos, promoção e prevenção em saúde no espaço da rua, pautados na lógica de redução de danos e agravos à saúde, tendo como eixo central o respeito às diferenças, a promoção de direitos humanos e a inclusão social (Jorge & Corradi-Webster, 2012).

Ainda pensando em estratégias de abordagens biopsicossociais *in loco*, o Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas também prevê o financiamento de Escolas de Redutores de Danos. Estes são dispositivos de qualificação de serviços por meio da capacitação teórica e prática de segmentos profissionais e populacionais da comunidade que atuarão na rede de atenção substitutiva em saúde mental com a oferta de ações de promoção, prevenção e cuidados primários, intra ou extramuros. Nesta perspectiva, considera-se fundamental que o profissional apresente disponibilidade para o encontro, visto que o redutor de danos deverá ir a campo e frequentar locais habituais das comunidades de usuários.

Observa-se que as estratégias supracitadas são pautadas em uma lógica que tenta romper com o prisma bélico tradicionalmente imposto sobre a temática do uso de álcool e outras drogas. Assim, parte do pressuposto de que a erradicação das SPAs em si e de seu consumo pela população parecem representar uma utopia em face de todo o histórico da relação da humanidade com as mesmas. Além disso, a “guerra contra as drogas” tem

apresentado efeitos colaterais significativos, como a desassistência de grande parte da população que faz uso prejudicial de SPAs e agravos à violência, que se apresenta como necessária na prática repressiva.

Alinhando-se a esta perspectiva, existem, tanto no cenário nacional quanto internacional, grupos que se intitulam anti-proibicionistas, os quais defendem que os maiores problemas relacionados à temática das drogas existem não em decorrência das substâncias em si, mas, sim, da política proibicionista e repressiva que norteia as ações de enfrentamento do consumo, produção e comércio de drogas. Dentre esses grupos destaca-se a *Law Enforcement Against Prohibition* (Agentes da Lei Contra a Proibição), com sede nos Estados Unidos da América, mas com representantes em diversos países, inclusive no Brasil. Trata-se de uma organização constituída por integrantes das forças policiais e da justiça criminal, na ativa ou aposentados, os quais sustentam que a “guerra contra as drogas” não foi eficaz na diminuição da criminalidade e tampouco na redução do uso pela população geral ou por adolescentes.

Ao contrário, os membros da organização em questão afirmam em seu *site* oficial<sup>2</sup> que a “guerra contra as drogas” é promotora de violência, doenças e mortes, de modo que defendem a legalização e regulamentação de todas as drogas. Essa defesa se baseia, em primeiro lugar, na ideia de que, caso a legalização ocorra, será possível respeitar os direitos individuais no sentido de garantir às pessoas a possibilidade de optarem ou não pelo consumo de SPAs sem que sejam criminalizados. Em segundo lugar, também assume a premissa de que a legalização tornará possível maior controle e regulamentação por parte do Estado no que tange à produção, distribuição, venda e consumo de drogas. Em terceiro lugar, por fim, sustenta que a desvinculação do uso de SPAs com o crime contribuirá para o maior acesso ao tratamento, visto que estigmas e preconceitos poderão ser mais facilmente rompidos.

Além de organizações como a anteriormente mencionada, no Brasil também se pode destacar a existência de movimentos sociais que se articulam em torno de políticas anti-

---

<sup>2</sup> <http://www.leap.cc>

proibicionistas, tais como o Coletivo Marcha da Maconha, cujo intuito, conforme consta de seu *site* oficial<sup>3</sup>, é a legalização tanto do uso quanto do cultivo de maconha. Movimentos desse tipo afirmam que não fazem apologia ao uso, mas defendem a garantia do direito de fazê-lo e são inspirados em modelos estrangeiros que já apresentam funcionamento compatível com esse objetivo.

Em contrapartida, ressaltando os movimentos paradoxais que existem nas políticas públicas sobre álcool e outras drogas no Brasil, nos últimos anos observam-se iniciativas respaldadas na "guerra contra as drogas". São exemplos disso as intervenções realizadas no início de 2012, principalmente pela Polícia Militar, sob o comando dos poderes estaduais e municipais, nas chamadas "Cracolândias", nas cidades de São Paulo e do Rio de Janeiro. Essas intervenções foram amplamente noticiadas pela mídia e se afiguram como ações puramente repressoras, caracterizadas pela simples expulsão de usuários e traficantes das áreas centrais da cidade. Em função disso foram criticadas por diversos especialistas no tema, os quais apontaram que intervenções dessa natureza são ineficazes por se valerem de abuso de força e poder, não respeitando as idiossincrasias da população que ocupava estes espaços.

O Governo Federal, apesar de financiar os dispositivos de redução de danos e destacar esta lógica como a norteadora oficial das ações do Ministério da Saúde, ainda apresenta importantes traços bélicos em suas ações, o que se evidencia inclusive no título de um programa criado recentemente, intitulado "Crack, é possível vencer!". Uma nomenclatura com essa característica transmite claramente a ideia de guerra a ser travada pelo sujeito contra tal droga, a qual pode e deve ser vencida. Vale ressaltar que, além disso, as intervenções que compõem este programa se mostram confusas e por vezes antagônicas, posto que o mesmo investe em ações de redução de danos ao mesmo tempo em que incentiva o financiamento de comunidades terapêuticas e clínicas de internação que não funcionam de acordo com tal lógica.

---

<sup>3</sup> <http://marchadamaconha.org>

No Legislativo, também é possível verificar movimentos antagônicos. Ocorre que, em maio de 2013, foi votado e aprovado pelo Congresso Nacional o Projeto de Lei 7.663/2010, do deputado federal Osmar Terra, que propõe alterações das leis sobre drogas do país e a regulamentação de internações involuntárias a pedido da família ou, na ausência da mesma, por agentes do Estado. Além disso, preconiza o aumento das penas para pequenos traficantes e a oferta de tratamentos igualitários para usuários e dependentes de drogas, bem como abre a possibilidade de que os tratamentos sejam respaldados em critérios religiosos.

Ainda nesta linha dos movimentos antagônicos existentes nas políticas voltadas ao uso álcool e outras drogas no Brasil, em 2011, como parte do programa “*Crack, é possível vencer!*”, a SENAD idealizou um amplo estudo, em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), que teve como objetivo delinear o perfil da população usuária de tal droga e outras formas similares de cocaína fumada (pasta base, merla e oxi) e também estimar o número destes usuários. Em 2013, os primeiros resultados do estudo foram veiculados, o que possibilitou a elucidação de diversos pontos mistificados ou ainda desconhecidos sobre o tema<sup>4</sup>. Dentre eles destaca-se o fato de 78,9% dos participantes terem declarado desejo de tratar-se, o que parece corroborar a inadequação de investimentos em intervenções repressivas ou coercitivas tal como proposta pelo Projeto de Lei 7.663/2010 sob o pretexto de oferta de cuidados. Afinal, não se faz necessário coagir para uma ação que, *a priori*, já é desejada pela população usuária.

Em suma: os movimentos paradoxais, antagônicos e, por vezes, contraditórios no que tange às políticas públicas sobre álcool e outras drogas e que foram compilados até aqui neste capítulo podem ser entendidos como reflexos das dificuldades em se debater o tema de uma forma não-moralista, mas, sim, respaldada em critérios técnicos, estatísticos, científicos e epidemiológicos. Isso mostra que a maneira como as pessoas lidam com o tema é influenciada

---

<sup>4</sup> Tais resultados podem ser encontrados no site <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/maior-pesquisa-sobre-crack-ja-feita-no-mundo-mostra-o-perfil-do-consumo-no-brasil>

por fatores de natureza subjetiva. É válido enfatizar que a construção da primeira parte deste capítulo obedeceu ao objetivo de resgatar historicamente os diferentes olhares voltados à dependência química, compreendendo que os mesmos se entrecruzam, atravessam e influenciam as ações dos profissionais de saúde ainda hoje.

## **1.2 A ESF na assistência em saúde**

Feita uma discussão das políticas públicas de saúde voltadas aos usuários de álcool e outras drogas, no afã de configurar a temática do presente estudo, se faz necessário também caracterizar a ESF, bem como os aspectos que levaram à constituição de tal estratégia como alternativa para a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) e para a efetiva oferta de atendimento integral em saúde à população brasileira, inclusive aos usuários.

Uma vez conquistado o direito ao acesso universal e gratuito à saúde, com a implementação do SUS por meio da Lei 8080/90, se impôs o desafio de efetivá-lo. Surgiu também a necessidade de oferecer respostas consoantes com as diretrizes discutidas no âmbito internacional sobre a atenção em saúde, as quais foram organizadas nas chamadas Cartas de Promoção à Saúde. Nesse movimento, optou-se por uma reestruturação do modelo de assistência e acesso à saúde no nível primário, pautada no Programa Saúde da Família (PSF), que posteriormente passou a ser chamado de ESF.

Desse modo, buscou-se a efetiva consolidação dos princípios do SUS: intersetorialidade, descentralização, regionalização, equidade, integralidade e controle social de gestão. A ênfase na atenção primária apontou para uma modelo que subverte e transcende a lógica clínico-assistencial, trabalhando, assim, com um conceito ampliado de saúde, respaldando-se no acolhimento integral e levando em conta as relações sociais, culturais,

ambientais e econômicas. Mas, para tanto, se faz necessária uma rede de atenção articulada, bem integrada e capacitada para o acolhimento das mais diversas demandas.

O PSF foi lançado pelo Ministério da Saúde em 1994, com o objetivo de redirecionar o modelo de atenção em saúde no Brasil. O fortalecimento da atenção básica passa pela priorização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e das famílias, de forma integral, contínua e de qualidade, estimulando a organização da comunidade e efetiva participação popular. O PSF passou a centrar a atenção em saúde na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes da agora chamada ESF uma compreensão ampliada do processo saúde/doença, assim como da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas (Brasil, 2001).

As equipes de ESF são compostas, no mínimo, por um médico da família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis ACSs, podendo ainda contar com um dentista, um auxiliar de consultório e um técnico de higiene dental. E é por meio do trabalho das ACSs, que são profissionais moradoras da própria comunidade, que se estabelece o elo entre a população adscrita e as equipes da ESF. Ocorre que, realizando visitas domiciliares, as ACSs têm acesso privilegiado às dificuldades que cada família vivencia, e também aos recursos e fragilidades do território (Brasil, 2001).

É preciso destacar que, essencialmente, a função das ACSs é proporcionar um conhecimento característico da comunidade. Portanto, as mesmas não são, ou ao menos não deveriam ser, técnicas em saúde. Cabe às ACSs encontrar recursos comunitários para a promoção da saúde e o enfrentamento das doenças, assim como auxiliar o restante da equipe de saúde a fazê-lo. Ou seja, trata-se da valorização e do fortalecimento do conhecimento comunitário em detrimento da hegemonia do saber técnico-científico.

A profissão de ACS atualmente é regulamentada pela Portaria 648/06 e pela Lei 11350/06. Ambos os documentos buscam delinear o perfil e as atribuições destas profissionais, mas na realidade apresentam apenas dados norteadores e diretrizes básicas, visto que, no cotidiano de trabalho, as funções, capacidades e necessidades das ACSs muitas vezes não se revelam claras.

Tomaz (2002) destaca que as ações dos ACS podem ser sintetizadas em: “identificar sinais e situações de risco, orientar as famílias e comunidade e encaminhar/comunicar à equipe os casos e situações identificadas” (p. 85). Porém, o autor também destaca que tais atribuições devem estar em sintonia com as dimensões políticas e sociais, o que desvincula o trabalho das ACS de uma dimensão puramente técnica e o torna mais complexo, principalmente no que tange às aptidões necessárias para o desempenho de ações cotidianas e, consequentemente, dificulta a consolidação de programas de formação e capacitação capazes de responder a estas demandas.

Esta proposição do autor supramencionado abre espaço para uma análise crítica do real papel que as ACSs têm desempenhado em tal estratégia, visto que, teoricamente, a profissão é pensada como uma função de articulação e fortalecimento comunitário, ao passo que o que ocorre na prática alinha-se mais com atividades de cunho técnico, tais como identificação de problemas em saúde e posterior encaminhamento para tratamentos específicos. E esse descompasso também parece ser influenciado por uma dificuldade cultural e educacional em nosso país frente às questões de politização e organização social da população.

Não obstante, é possível constatar a existência de uma importante convergência entre a ESF e a lógica da redução de danos. Ocorre que ambas são estratégias de saúde pública que objetivam ampliar o alcance das ações de saúde a populações historicamente excluídas e, assim, buscam auxiliar na consolidação dos princípios de universalidade e integralidade do

SUS. Sob outro prisma, também se pode identificar uma relação de complementaridade, visto que a proximidade com a população adscrita e o vasto conhecimento do território, propiciada pela oferta de cuidados em saúde pela ESF, configuram-se como potentes ferramentas para a aproximação e o estabelecimento de vínculo com os usuários de álcool e outras drogas, condição para que a redução de danos seja possível.

No que se refere especificamente a tal questão, a figura da ACS se destaca, uma vez que, dentre os profissionais de saúde, a mesma possui um potencial de ação diferenciado frente a esta clientela. Ocorre que, como bem observaram Lancetti e Amarante (2009), uma ACS muitas vezes apresenta um maior poder vinculador do que um psiquiatra ou um psicólogo devido a sua inserção privilegiada no território. Trata-se de um desdobramento de sua característica híbrida, pois, ao mesmo tempo em que compõe a equipe de saúde, uma ACS também faz parte da comunidade assistida, e, por assim ser, detém saberes específicos sobre o território em si, os hábitos da população, suas redes de suporte afetivo e familiar, os cuidados em saúde possíveis e as ações necessárias.

Todavia, também é possível problematizar o quanto este potencial de ação das ACSs tem sido efetivado. É fato que, teoricamente, o redirecionamento do modelo de atenção em saúde no Brasil é convergente com o fortalecimento do saber comunitário em detrimento do conhecimento técnico-científico. Todavia, no cotidiano dos serviços de saúde ainda se observa a desvalorização do primeiro em relação ao segundo. Devido à hierarquização – ora velada, ora manifesta – ainda existente entre as diferentes classes profissionais no campo da saúde, muitas vezes as especificidades das ACSs não são consideradas. Assim, as mesmas encontram dificuldades para desempenhar as funções que lhes caberiam e acabam sendo treinadas e orientadas para colocar em prática atividades que se distanciam do caráter social que seria desejável.

## 2. BREVE REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 Pesquisas com ACSs: panorama geral

Tendo em vista que, como já mencionado, o presente estudo teve como participantes ACSs, considerou-se oportuno revisar as pesquisas anteriores que também foram desenvolvidas junto a essa população. Para tanto, foi realizado um levantamento bibliográfico por meio de buscas eletrônicas nas bases de dados SciELO-Brazil, PePsic e LILACS. As buscas foram executadas a partir do emprego dos termos “agente comunitária de saúde” ou “agentes comunitárias de saúde”. Dentre as referências localizadas, foram selecionadas aquelas que contemplavam mais diretamente questões referentes ao trabalho das ACSs e que foram veiculadas no período compreendido entre 2001 e 2012 como artigos empíricos. As referências selecionadas foram submetidas a uma leitura analítica, de modo que, a seguir, as mesmas serão apresentadas em seus aspectos principais.

Araújo e Assunção (2004) realizaram, por meio da aplicação de questionários, uma pesquisa de campo com ACSs do PSF de Divinópolis-MG com o intuito de problematizar as ações desempenhadas pelas mesmas no que tange à promoção da saúde e à prevenção de doenças. A pesquisa descreve as ações reportadas pelas participantes, concluindo que as ACSs em questão têm executado ações compatíveis com as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde. Porém, destaca que o trabalho das mesmas parece ser ainda centrado na abordagem de doenças, assim como tem conferido prioridade a intervenções individuais em detrimento de intervenções coletivas. Por fim, a pesquisa salienta também a inadequação da capacitação oferecida às participantes.

Neumann, Cardoso e Oliveira (2011) realizaram grupos de reflexão com 15 ACSs de três equipes de ESF, procurando proporcionar um espaço de produção de saberes sobre a própria prática. As pesquisadoras identificaram *a priori* uma dificuldade de comunicação entre as ACSs e os demais profissionais da ESF, aparentemente provocada por um sentimento de não-pertença à equipe. Dentre diversos temas, foram abordadas nos grupos, por exemplo, as dificuldades de manejo na prática cotidiana das ACSs, as nuances da descrição de tal cargo e questões associados ao fato de as mesmas serem moradoras do bairro em que trabalham. As autoras destacam que, para além do benefício de promover a reflexão sobre os temas referidos, o grupo auxiliou as participantes a se apropriarem de seus papéis.

Já o estudo de Duarte, Silva e Cardoso (2007) consistiu na construção de um programa de educação em conjunto com um grupo de ACSs, o qual partiu do questionamento da capacitação privilegiadamente técnica que estas profissionais recebiam. As autoras apontam que esse tipo de capacitação negligenciava a necessidade do desenvolvimento de pensamento crítico e político acerca das comunidades em que as ACSs atuam. Já o programa proposto buscou tornar as participantes produtoras da própria capacitação. O estudo subsidia a construção de um modelo de educação capaz de auxiliar as ACSs no desenvolvimento de intervenções coletivas e articulações com os recursos da comunidade, bem como favorece a promoção de mudanças sociais e políticas, as quais, apesar de previstas pela descrição do cargo do Ministério da Saúde, muitas vezes são esquecidas.

Peres, Caldas Junior, Silva e Marin (2011) analisaram especificamente a questão do trabalho em equipe na perspectiva das ACSs. As autoras concluíram, a partir da análise de dados obtidos por meio de entrevistas, que o trabalho em equipe se torna possível através das relações interpessoais, e que um recurso facilitador para tanto são as reuniões de equipe. Foi destacada também a necessidade de uma boa comunicação entre os membros da equipe e a disponibilidade para o aprendizado de ambas as partes. Mas a pesquisa aponta que uma das

dificuldades para a efetivação do trabalho em equipe decorre do fato de as ACSs terem revelado que se sentem “o lado mais fraco” da relação. E as autoras concluem que, para a superação desse tipo de dificuldade, se faz necessária a mediação permanente das relações, sobretudo por meio de dispositivos de educação permanente em saúde.

Lanzoni e Meirelles (2010) investigaram as redes de relações e interações de ACSs. Contudo, participaram da pesquisa, além de ACSs, enfermeiros, médicos e o dentista de uma unidade de saúde, sendo que todos foram entrevistados. Um resultado que merece destaque se refere ao fato de que o enfermeiro foi identificado como organizador e mediador da comunicação entre as ACSs e os demais profissionais de saúde. Além disso, a pesquisa aponta que as ACSs percebem a condição de elo entre a comunidade e a unidade de saúde como um facilitador da assistência, o que é compatível com as diretrizes do Ministério da Saúde para o trabalho destas profissionais.

Um estudo com enfoque semelhante foi desenvolvido por Cardoso e Nascimento (2010). As autoras também buscaram analisar a rede de relações e comunicação vivenciada pelas ACSs na ESF. A construção dos dados envolveu observações, grupos focais e entrevistas. Tal qual o estudo anterior, este também evidenciou o papel do ACS como elo entre a comunidade e a unidade de saúde. Todavia, as autoras questionam se este papel efetivamente se cumpre, observando que as atribuições delegadas às ACSs muitas vezes aproximam-se daquelas concernentes à vigilância em saúde, o que pode comprometer o estabelecimento de vínculos com a população. Quanto à comunicação nas equipes, as autoras observaram que, na maior parte das vezes, ocorre, por parte dos demais profissionais de saúde, uma mera transmissão de orientações às ACSs, deflagrando uma relação unilateral que subestima o saber das mesmas e da comunidade.

Nunes, Trad, Almeida, Homem e Melo (2002) abordaram a construção da identidade dos ACSs e recorreram a variados grupos de informantes-chave. As ACSs foram

caracterizadas como um personagem híbrido, visto que, em sua identidade, se misturam saberes técnicos e culturais. Essa característica pode ser considerada enriquecedora, porém aumenta a complexidade do trabalho destas profissionais. Desse modo, as mesmas podem funcionar como potencializadoras da mediação entre a comunidade e as equipes de saúde, mas também gerar empecilhos caso pautem sua prática apenas no modelo biomédico, o qual, inclusive, prevalece na capacitação que tipicamente lhes é oferecida.

O estudo de Santos, Saliba, Moimaz, Arcieri e Carvalho (2011) analisa o perfil sociodemográfico, socioeconômico e profissional de ACSs. A construção de dados envolveu a realização de entrevistas. Os resultados obtidos revelam, por exemplo, que as ACSs entrevistadas possuem, em sua maioria, o Ensino Médio completo, mas apresentam renda média inferior a um salário-mínimo. Logo, a remuneração foi apontada como um dos principais pontos negativos da profissão. Quanto ao trabalho das ACSs, as autoras reportam a predominância de um enfoque curativo, assim como a ocorrência de dificuldades de inserção nas equipes.

Os estudos de Ávila (2011) e Galavote, Prado, Maciel e Lima (2011) buscaram descrever e compreender o trabalho desenvolvido por ACSs e recorrem a entrevistas e observações para a construção de dados. Os resultados reportados são convergentes, e revelam que muitas ACSs não possuem plena clareza quanto ao próprio trabalho e reportam excesso de ações a elas delegadas. Ambos os estudos apontam a necessidade de maior suporte das equipes de saúde e de programas de educação permanente capazes de ultrapassar o repasse de conhecimento técnico, de modo a possibilitar às ACSs uma atuação no âmbito social compatível com as particularidades de cada família.

Tendo em vista o que precede, nota-se que a questão da capacitação das ACSs é recorrente. Porém, apenas dois estudos conferiram centralidade à mesma, sendo que em ambos os dados foram construídos em grupos focais. Em um deles, Melo, Santos, Brandt e

Oliveira (2010) revelam que as ACSs que participaram de um programa de qualificação oferecido por uma escola técnica avaliaram que o mesmo contribuiu para sua inserção nas equipes de saúde. Já o segundo estudo, de Marzari, Junges e Sell (2011), aponta que a busca por profissionalização por parte de muitas ACSs decorre não apenas da necessidade de responder às dificuldades cotidianas no trabalho, mas também da expectativa de que a própria identidade profissional possa ser constituída com base em conhecimentos técnicos, o que pode levar a uma desvalorização do conhecimento popular.

Vale destacar também que três pesquisas estabelecem uma relação direta entre as condições de trabalho e a ocorrência de sofrimento laboral em ACSs. Nesse sentido, Ursine, Treliha e Nunes (2010) avaliaram a qualidade de vida por meio da aplicação de um instrumento padronizado, ao passo que Santos e David (2010) investigaram especificamente o estresse ocupacional, tendo recorrido, para tanto, a entrevistas. Martines e Chaves (2007), por seu turno, procuraram identificar as vulnerabilidades para o sofrimento no trabalho, tendo, também, feito uso de entrevistas. As três pesquisas apontam que a baixa remuneração, a sobrecarga de trabalho e a falta de reconhecimento profissional contribuem para variadas manifestações de sofrimento associado ao exercício profissional das ACSs.

Por fim, é preciso esclarecer que apenas três estudos contemplam o trabalho das ACSs no campo da saúde mental, sendo que em ambos foram empregadas entrevistas para a construção dos dados. Feneric, Pereira e Zeoula (2004) exploraram o assunto mais indiretamente, mapeando as percepções de ACSs sobre os problemas de saúde mental observados na comunidade em que as mesmas atuam. Em outro estudo, Cavalcante, Pinto, Carvalho, Jorge e Freitas (2011) discutiram o cuidado em saúde mental na perspectiva de variados informantes-chave, inclusive ACSs. E Barros, Chagas e Dias (2009) investigaram tanto as concepções quanto as práticas de ACSs no campo da saúde mental. Os referidos estudos concluem que se impõem desafios importantes para a efetivação do cuidado em saúde

mental na atenção primária, e que tais desafios muitas vezes se revelam mais acentuados no trabalho das ACSs.

## **2.2 Possibilidades para pesquisas futuras**

Embora a revisão da literatura apresentada aqui tenha um alcance determinado tanto pelo fato de não se caracterizar como uma revisão sistemática quanto pelo número reduzido de publicações sobre o assunto localizadas nas bases de dados consultadas, é possível delinear algumas possibilidades para pesquisas futuras. Nesse sentido, é preciso salientar que, de modo geral, as pesquisas desenvolvidas com ACS têm procurado responder a questões sobre o trabalho das mesmas que ainda permanecem em aberto, possivelmente pelo fato de se tratar de uma profissão já regulamentada, porém com contornos e limites não muito claros. Isso explicaria a existência de um grande número de pesquisas desenvolvidas com o propósito de caracterizar as práticas de ACSs, em uma perspectiva essencialmente descritiva.

Uma questão abordada de modo recorrente, quer seja direta ou indiretamente, é o processo de capacitação das ACSs. E a maioria das pesquisas que tratam do assunto faz referência a inconsistências entre a capacitação oferecida a estas profissionais e suas atividades rotineiras. Desse modo, torna-se patente a necessidade de uma formação continuada, que assuma como finalidade o desenvolvimento de uma postura mais crítica e reflexiva – bem como menos técnica – sobre os determinantes do processo saúde-doença. Algumas pesquisas, inclusive, reportam que as próprias ACSs solicitam capacitação devido a dificuldades enfrentadas no cotidiano do trabalho e as atribuem a uma formação deficiente e descontextualizada. Neste sentido, tais pesquisas parecem apontar para a necessidade de criação de espaços de reflexão, ações de intervenção conjuntas, discussão de casos e situações

vivenciadas cotidianamente, de forma articulada com outros serviços de saúde, como os CAPSs, por exemplo.

Tal como já mencionado, a ESF se apresenta como uma proposta de reorientação dos cuidados em saúde, de forma que parte de um conceito amplo do processo saúde-doença e rompe com o modelo medicamentoso, técnico e curativo. As ACSs, assim, foram inicialmente concebidas como protagonistas para a consolidação dessa proposta, por serem capazes, ao menos em tese, de facilitar o diálogo entre as unidades de saúde e a comunidade, na medida em que são portadoras de um conhecimento popular importante para a promoção de reflexões, mobilizações e transformações sociais e, portanto, de saúde.

Todavia, os resultados reportados por parte das pesquisas localizadas apontam para um desvio deste projeto inicial, visto que revelam que as ACS têm desenvolvido em larga escala ações de cunho técnico-assistencialista e de caráter individual. Além disso, na maior parte das vezes as mesmas não conseguem estabelecer parcerias com outros setores da comunidade e não se reconhecem neste papel social e político. Ainda foi destacado que muitas ACSs se sentem desvalorizadas dentro da equipe de saúde, o que pode estar favorecendo um movimento de busca, por parte das mesmas, de cursos técnicos em saúde, principalmente pelo curso de técnico de enfermagem. E a desvalorização das ACSs, ressalte-se, se torna evidente também face à hierarquização ainda existente entre as diferentes classes profissionais no campo da saúde, como já mencionado. Esse fenômeno, inclusive, tende a restringir os espaços participativos que poderiam ser ocupados pelas ACSs nos serviços de saúde em consonância com o saber que lhes é próprio.

A revisão da literatura apresentada aqui ainda revela a escassez de estudos relacionados ao trabalho das ACSs no campo da saúde mental. E é importante salientar que, em nenhuma das três pesquisas que trataram do tema, a questão do uso de álcool e outras drogas foi contemplada. Tal fato denuncia a dificuldade de inserção de ações em saúde mental

na ESF, principalmente por parte das ACSs, que possivelmente não tem encontrado espaço, respaldo, supervisão e orientação necessárias para a reversão dessa situação. Ocorre que o profissional de referência de saúde mental ainda não compõe a equipe mínima da ESF. É verdade que, há pelo menos dez anos, esforços estão sendo empreendidos para que a saúde mental possa ser efetivada na atenção primária. O lançamento do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica (Brasil, 2001) por parte do Ministério da Saúde é um exemplo disso.

Porém, os resultados promovidos por esses esforços ainda deixam a desejar, de forma que, conforme Queiros (2007), se faz necessária a continuidade das discussões sobre o assunto por meio do desenvolvimento de pesquisas, principalmente a respeito do trabalho das ACSs no campo da saúde mental. O presente estudo, cujos objetivos serão detalhados mais adiante, foi concebido levando em consideração tal assertiva e, com o intuito de fornecer elementos para o preenchimento de algumas lacunas existentes na literatura, a temática do uso/abuso de álcool e outras drogas foi privilegiada. Afinal, a despeito de sua relevância, tal temática não foi explorada em nenhuma das pesquisas localizadas por meio do levantamento bibliográfico realizado.

Também procurando delimitar um enfoque diferenciado, o presente estudo foi desenvolvido, como igualmente será detalhado mais adiante, tendo como *locus* para a construção de dados um grupo psicanalítico de discussão, que também será caracterizado mais adiante. Tal grupo buscou proporcionar um convite à reflexão por parte das participantes, distanciando-se, assim, de uma proposta de capacitação técnica, até mesmo porque, conforme já mencionado, esse tipo de proposta tende a contribuir de forma pouco significativa para a superação dos desafios vivenciados pelas ACSs em seu cotidiano de trabalho.

Por fim, antes de detalhar os objetivos do presente estudo, é preciso esclarecer que o conceito de imaginário coletivo – tal como definido, especificamente, em termos psicanalíticos<sup>5</sup> – ocupará lugar central em seu desenvolvimento. Desse modo, o referido conceito será empregado para aludir a um “conjunto de crenças, emoções e imagens que um determinado grupo produz acerca de um fenômeno” (Montezi, Zia, Tachibana & Aiello-Vaisberg, 2011, p. 300). Em termos mais específicos, é possível afirmar que o imaginário coletivo pode se expressar tanto no âmbito da intersubjetividade quanto constituir a dimensão afetivo-emocional inconsciente das condutas (Aiello-Vaisberg, Montezi, Tachibana & Zia, 2011; Granato, Tachibana & Aiello-Vaisberg, 2011).

Vale destacar que, conforme Bleger (1989), as condutas podem emergir em três planos: (1) mental ou simbólico, (2) corporal e (3) mundo externo. As proposições do referido autor influenciaram a criação do conceito de imaginário coletivo e sustentam que qualquer manifestação humana se enquadra como conduta, muita embora possa permanecer inconsciente – o que evidencia seu distanciamento do positivismo norte-americano que influenciou a escola comportamental. O imaginário coletivo ilustra tal propriedade das condutas, posto que, em última instância, corresponde a manifestações simbólicas de subjetividades grupais.

---

<sup>5</sup> *O conceito de imaginário coletivo, em termos psicanalíticos, foi proposto originalmente pela Profa. Dra. Tania Maria Jose Aiello-Vaisberg e tem sido empregado na fundamentação teórica de uma série de pesquisas desenvolvidas ou orientadas pela mesma com variados grupos sociais.*

### **3. OBJETIVO**

#### **3.1 Objetivo geral**

O presente estudo tem como objetivo geral compreender o imaginário coletivo de ACSs de uma unidade da ESF em relação à temática do uso/abuso de álcool e outras drogas.

#### **3.2 Objetivos específicos**

O presente estudo tem como objetivos específicos compreender o imaginário coletivo da população em questão em relação:

- às SPAs;
- aos usuários de álcool e outras drogas;
- à prática profissional junto aos usuários de álcool e outras drogas e
- às políticas públicas que, em tese, devem fundamentar tal prática.

## 4. MÉTODO

### 4.1 Desenho teórico-metodológico

Tendo em vista o objetivo proposto, optou-se pela utilização da abordagem qualitativa. Conforme Minayo e Sanches, nesta abordagem busca-se “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” (1993, p.247). Desse modo, Minayo (2012) aponta que o principal verbo a ser conjugado nas pesquisas qualitativas é compreender, sendo que, em função do entendimento contingente tanto dos próprios participantes quanto dos pesquisadores acerca dos fenômenos em pauta, toda compreensão se revela incompleta.

### 4.2 Participantes

Foram convidadas a participar do presente estudo todas as sete ACSs de uma unidade da ESF do setor sanitário leste da cidade de Uberlândia-MG. Vale destacar que foi realizado um contato prévio tanto com o coordenador da unidade quanto com a equipe de saúde mental da mesma, tendo sido obtida, assim, anuênciia para o desenvolvimento do estudo. Além disso, também foi obtida a aprovação da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia (Anexo A).

Optou-se por incluir entre as participantes apenas as ACS tendo-se em vista que a atuação destas profissionais junto aos usuários de álcool e outras drogas pode ser considerada, como apontado anteriormente, de suma importância para a efetivação das políticas públicas de

saúde referentes aos mesmos. Esta opção também se respalda na escassez de estudos desenvolvidos junto a ACSs no campo da saúde mental, igualmente já apontada.

Foram consideradas elegíveis para a participação no presente estudo as ACS que ocupavam tal cargo há, pelo menos, seis meses. Desta forma, buscou-se selecionar participantes com experiência prática na atenção básica em saúde. Todas as sete ACSs da unidade da ESF em questão atenderam a este requisito.

Somando-se a isso o fato de não ter havido recusas à participação no presente estudo, o mesmo contou com sete participantes. A Tabela 1 apresenta uma caracterização de cada uma delas quanto ao sexo, idade, escolaridade e tempo de trabalho na unidade de ESF em questão. Dessa forma, pode-se observar que todas as participantes são do sexo feminino e apresentavam idade entre 31 e 52 anos. No que tange ao nível de escolaridade, a maior parte delas possuía o Ensino Médio completo, sendo que o menor nível de escolaridade foi o Ensino Fundamental completo.

Uma característica a ser destacada é o tempo de trabalho das participantes na unidade de ESF já referida que, por ser de aproximadamente cinco anos em média, pode ser considerado prolongado. Ocorre que estudos como aqueles realizados por Santos et al. (2011) apontam uma tendência à alta rotatividade de ACSs, a qual é atribuída a fatores como baixa remuneração e sobrecarga de trabalho, dentre outras. Ressalte-se que as participantes do presente estudo alegaram como motivos para permanecer no cargo as boas relações interpessoais no ambiente laboral e a satisfação com o trabalho desempenhado.

Tabela 1

*Caracterização das Participantes*

Profissional	Sexo	Idade	Escolaridade	Tempo na unidade de ESF
ACS 1	Feminino	52 anos	Ensino Médio incompleto	10 anos
ACS 2	Feminino	47 anos	Ensino Médio completo	6 anos
ACS 3	Feminino	36 anos	Ensino Médio completo	5 anos
ACS 4	Feminino	31 anos	Ensino Fundamental completo	1 ano
ACS 5	Feminino	31 anos	Ensino Médio incompleto	3 anos
ACS 6	Feminino	38 anos	Ensino Médio completo	6 anos
ACS 7	Feminino	46 anos	Ensino Médio completo	7 anos

**4.3 Procedimentos****4.3.1 Construção dos dados**

O *locus* para a construção dos dados concernentes ao presente estudo foi um grupo psicanalítico de discussão, o qual teve como facilitadora a pesquisadora e como participantes as ACSs da já referida unidade da ESF. No desenvolvimento do grupo, foram abordados temas relacionados aos cuidados oferecidos a usuários de álcool e outras drogas, bem como às políticas públicas de saúde voltadas a esta população. Foram realizados, no total, sete encontros do grupo, sempre na unidade da ESF à qual às participantes eram vinculadas e durante o horário de trabalho das mesmas. O último encontro teve como objetivo avaliar a

experiência junto às participantes. Todos os encontros foram gravados em áudio e posteriormente transcritos para fins de análise.

Optou-se pela realização de um grupo psicanalítico de discussão entendendo que um grupo com este formato seria plenamente compatível com a proposta do presente estudo. Ocorre que, segundo Fernandes, nos grupos psicanalíticos de discussão, “o objetivo é fazer circular o saber, o pensar de cada participante, despertar associações e formar conhecimento, procurando horizontalizar o saber e a prática de cada um” (2000, pp. 88-89). Dessa forma, por meio do grupo seria possível compreender elementos do imaginário coletivo das ACSs acerca da temática proposta. É importante destacar que os grupos psicanalíticos de discussão se valem de recursos de mediação, ou seja, comumente partem de alguma atividade prévia capaz de estimular a discussão e delimitar a temática daquele encontro. E tais recursos podem ser variados, incluindo, por exemplo, filmes, textos ou palestras (Emílio, 2010).

No primeiro encontro do grupo, utilizou-se como recurso de mediação o Desenho-Estória com Tema, técnica psicológica fundamentada na psicanálise que abrange tanto processos expressivo-motores e aperceptivo-dinâmicos quanto comunicação verbal (Aiello-Vaisberg, 1999). No presente estudo, a aplicação de tal técnica constituiu em solicitar a cada participante que: (a) desenhasse uma situação de trabalho de uma ACS junto a um usuário de álcool ou outras drogas e (b) que criasse um título e uma pequena história sobre o desenho<sup>6</sup>. Ressalte-se que, com a utilização da técnica de Desenho-Estória com Tema, buscou-se tanto constituir dados para o estudo quanto estimular a livre circulação da palavra que se pretendia construir no grupo, servindo, assim, ao propósito de “técnica quebra-gelo”. Nos demais encontros foram empregadas essencialmente dinâmicas, como será detalhado mais adiante.

Ressalte-se que também esteve presente nos encontros uma observadora-participante, aluna do curso de graduação em Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia. A

---

<sup>6</sup> Parte das produções resultantes da aplicação do Desenho-Estória com Tema será apresentada no capítulo de Resultados para ilustrar as análises elaboradas, ao passo que as demais produções constarão do Apêndice B.

observadora-participante teve como função realizar observações sobre o funcionamento dos encontros e registrá-las para, posteriormente, organizá-las em um relatório a ser discutido pela autora com o orientador do presente estudo. Tal estratégia foi concebida, principalmente, para auxiliar na apreensão de fenômenos que extrapolam a linguagem verbal e, assim, não seriam registrados por meio da gravação em áudio. O desenho metodológico proposto, portanto, contemplou três olhares acerca dos dados construídos nos encontros: (1) o olhar da autora e facilitadora do grupo, (2) o olhar da observadora-participante e (3) o olhar do orientador do estudo, sendo que este, com o intuito de assegurar algum distanciamento, não esteve presente nos encontros.

#### **4.3.2 Análise de dados**

O procedimento metodológico adotado para a análise de dados foi a interpretação do *corpus*, sendo que o mesmo foi constituído pelas transcrições das gravações do grupo<sup>7</sup> e pelos relatórios elaborados pela observadora-participante. Ressalte-se que, em psicanálise, a interpretação consiste, em linhas gerais, na explicação de algo de natureza essencialmente inconsciente – comportamentos ou comunicações verbais, por exemplo – a partir da identificação de seus significados latentes, de modo a superar sua dimensão consciente (Zimerman, 2001). No presente estudo, a interpretação foi orientada pelas discussões realizadas entre a pesquisadora, a observadora-participante e o orientador, buscando-se, assim, ampliar a compreensão dos dados.

---

<sup>7</sup> É importante relatar que houve um problema técnico com o gravador, de modo que o áudio do terceiro encontro se perdeu antes de sua transcrição. Sendo assim, a propósito do registro do terceiro encontro, foi possível contar apenas com o relatório elaborado pela observadora-participante.

Vale destacar que, nas referidas discussões, ambos procuravam assumir uma postura equivalente à atenção flutuante preconizada pela técnica psicanalítica, de modo a minimizar a influência de crenças e expectativas oriundas de experiências pessoais prévias na análise de dados. Não obstante, deve-se reconhecer que, de acordo com a posição epistemológica que norteou o presente estudo, entende-se que os dados não existiriam como tais independentemente da pesquisadora, da observadora-participante e do orientador, posto que foram construídos em uma situação interpessoal. Além disso, é preciso esclarecer que a interpretação foi direcionada à captação de campos de sentido afetivo-emocional no *corpus*, os quais podem ser entendidos como os determinantes psicológicos subjacentes às condutas (Montezi, Zia, Tachibana & Aiello-Vaisberg, 2011).

## 5. ASPECTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos pertinentes às pesquisas com seres humanos foram observados no presente estudo, sendo que o mesmo obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia (Anexo B). Ressalte-se que, antes do primeiro encontro do grupo psicanalítico de discussão propriamente dito, foi realizado um encontro grupal preliminar com todas as ACSs da ESF em questão com o intuito de apresentar as informações necessárias sobre o presente estudo e assegurar o compromisso com a manutenção do sigilo quanto à identidade das possíveis participantes, de modo a minimizar os riscos de identificação das mesmas. A assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) por parte das ACSs ocorreu neste encontro grupal preliminar.

## 6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Antes de iniciar a apresentação e discussão dos resultados propriamente dita, é preciso esclarecer que, como já mencionado, foram realizados, no total, sete encontros do grupo psicanalítico de discussão com as sete participantes do presente estudo. Todavia, apenas cinco delas estiveram presentes em todos os encontros (ACS 2, ACS 3, ACS 4, ACS 5, ACS 6), sendo que a ACS 1, esteve ausente em dois encontros (3º e 5º encontros) e a ACS 7 em três encontros (4º, 5º e 6º encontros). As ausências de ambas foram justificadas por questões de saúde.

Os encontros tiveram duração média de uma hora, sendo que os três primeiros ocorreram semanalmente e os demais quinzenalmente, de acordo com a disponibilidade das participantes e da coordenação da unidade da ESF à qual às participantes eram vinculadas. Vale reforçar ainda que, no desenvolvimento do grupo, foram utilizados recursos mediadores, que se constituíram como atividades disparadoras e balizadoras para as discussões propostas. A seguir, portanto, será descrita a utilização dos recursos mediadores selecionados para cada um dos encontros, de modo a contextualizar os resultados. Posteriormente, serão abordados os campos de sentido afetivo-emocional captados no *corpus*.

### 6.1 Recursos mediadores

#### **Primeiro encontro: “Desenhando o imaginário inicial”**

No início do encontro, todas participantes foram estimuladas a se apresentar, destacando alguns aspectos do trabalho que desempenham. Foi solicitado que elas informassem o nome e, mais especificamente, como se tornaram ACSs, o que mais gostavam e o que menos gostavam em sua profissão. Logo em seguida, foi utilizado como recurso mediador o Desenho-Estória com Tema, tal qual proposto por Aiello-Vaisberg (1999). Assim sendo, foram apresentadas as seguintes instruções:

- 1) “Desenhe uma situação de trabalho de uma ACS junto a um usuário de álcool ou outras drogas” e
- 2) “Crie um título e uma pequena história sobre o desenho e os escreva no verso da folha”.

Após o término das produções, todas as participantes foram convidadas a compartilhá-las com o restante do grupo. Neste momento, a facilitadora realizou um inquérito a respeito das produções, recorrendo às seguintes perguntas norteadoras: “O que a ACS retratada está sentindo?”, “O que aconteceu antes dessa cena?” e “O que aconteceu depois?”. Como o inquérito foi realizado em grupo, houve a preocupação de que, durante esta etapa da atividade, as demais participantes também interagissem e manifestassem suas opiniões e sentimentos frente aos desenhos e às estórias produzidas por suas companheiras de trabalho.

Após o inquérito, as ACSs foram convidadas a falar sobre a experiência de participar da atividade, assim como foi iniciada uma breve discussão sobre os cuidados que as mesmas habitualmente prestam aos usuários de álcool e outras drogas na área adscrita à unidade da ESF à qual se encontram vinculadas.

### **Segundo encontro: “Imaginando uma rede”**

Este encontro foi iniciado retomando com as participantes a discussão do encontro anterior, e o grupo mostrou-se aquecido e bastante participativo. Após esta introdução, foi apresentada a atividade proposta para o dia, a saber, uma dinâmica intitulada “Dinâmica do Zé Drogado”<sup>8</sup>. Para a execução desta atividade foram perpassados os seguintes passos:

- 1) Foi solicitado que todas as participantes do grupo desenhassem juntamente um dependente químico, utilizando, para tanto, uma cartolina e lápis de cor. O grupo foi informado de que esta deveria ser uma representação fictícia, e que a ideia era que o desenho contivesse as impressões de todas elas a respeito de um dependente químico. Além disso, as mesmas foram informadas que também poderiam escrever qualquer coisa que considerassem necessário ao lado do desenho<sup>9</sup>;
- 2) Após o término da produção do grupo, o desenho foi afixado em um local em que todas pudessem vê-lo. A facilitadora então disse às participantes que aquele era o “Zé Drogado”, uma caricatura do que o grupo enxerga quando pensa em um dependente químico;
- 3) Em seguida, seis participantes foram divididas em três duplas, as quais representariam: (a) a família, (b) a unidade de saúde e (c) os amigos do “Zé Drogado”, sendo que uma sétima participante representaria o próprio “Zé Drogado”;
- 4) Foi então apresentada a seguinte instrução a cada uma das duplas: “Hoje o Zé está pedindo socorro a esta dupla, e vocês deverão pensar, de acordo com a dupla em que estão inseridas, como poderiam ajudar o Zé”. A participante que

<sup>8</sup> É importante destacar que as dinâmicas utilizadas no 2º, 3º e 6º encontros, respectivamente intituladas “Dinâmica do Zé Drogado”, “Dinâmica da divisão da sociedade” e “Dinâmica da troca dos vícios”, são de autoria de Domiciano Siqueira, atual presidente da Associação Brasileira de Redutores de Danos (ABORDA), sendo que a utilização das mesmas foi autorizada pelo autor.

<sup>9</sup> A produção consta do Apêndice C.

estava representando o “Zé Drogado” foi orientada a pensar como gostaria de ser ajudada, se fosse ele. O tempo estipulado para tanto foi de 10 minutos;

- 5) Após as discussões nas duplas, cada um delas apresentou suas propostas de cuidado ao “Zé Drogado”, sendo que este foi orientado a permanecer em silêncio durante toda a apresentação;
- 6) Ao término das apresentações, a facilitadora promoveu um debate, buscando a interlocução entre as duplas por meio das seguintes perguntas: “Família, parece que o Zé já está usando drogas há algum tempo, vocês não perceberam antes?”, “Família, mas a ACS não foi até a sua casa oferecer cuidados ao Zé? O que o pessoal da unidade de saúde fez?”, “Amigos, como era a relação de vocês com o Zé quando ele estava usando? O que a família achava de vocês?”.  
7) Após o debate, a participante que estava representando o “Zé Drogado” foi convidada à fala, sendo incentivada a dizer como tinha pensado que gostaria de ser atendida em seu pedido de ajuda, e também como se sentiu diante das propostas apresentadas.

Após a realização da dinâmica, foi feita uma discussão com as participantes, especificamente com o objetivo de promover um debate sobre os diferentes atores que estão envolvidos na oferta de cuidados aos usuários de álcool e drogas, os quais devem se articular em uma rede não é apenas de saúde. Com esta discussão, foi possível evidenciar a lógica do encaminhamento e consequente desresponsabilização, ainda presente em muitas unidades de saúde, começar a compreender como as ACSs enxergam a rede de cuidados e como elas se posicionam na mesma. Também surgiu no discurso das participantes a dicotomia impotência-onipotência que, como será discutido mais adiante, parece permear o imaginário das ACSs acerca do tratamento em dependência química.

### **Terceiro encontro: “Dividindo a sociedade, cada um tem o seu lugar”**

O terceiro encontro novamente foi iniciado tentando-se resgatar a memória do grupo quanto ao encontro anterior, mas desta vez as participantes se revelaram pouco ativas. Logo em seguida, portanto, foi apresentada a atividade do dia, intitulada “Dinâmica da divisão da sociedade”.

Foram solicitadas três voluntárias entre as participantes. Porém, como neste encontro uma das participantes estava ausente, optou-se por incluir na dinâmica a observadora-participante, especificamente como uma das voluntárias. As três voluntárias, então, receberam os seguintes rótulos: (a) “pobre”, (b) “prostituta” e (c) “drogada”. Contudo, as mesmas não tinham ciência de qual rótulo haviam recebido. Ocorre que os rótulos foram colados na testa de cada voluntária, e também foi solicitado que as demais não fizessem nenhum comentário que auxiliasse na identificação do conteúdo dos rótulos.

Simultaneamente à distribuição dos rótulos, foram colados cartazes nas paredes da sala em que o encontro foi realizado, os quais representavam alguns “locais” da sociedade: (a) “escola”, (b) “hospital”, (c) “cemitério”, (d) “prisão”, (e) “igreja”, (f) “praça” e (g) “PSF”. Feito isso, as participantes que não estavam com nenhum rótulo receberam a seguinte instrução: “Hoje vocês vão definir em qual lugar cada uma dessas pessoas deverá ficar, sendo que, caso alguém coloque alguma pessoa em um local com o qual você não concorda, você poderá trocar”. As participantes também foram informadas que seriam permitidas quantas trocas elas considerassem necessário, e que não seria preciso justificar as escolhas.

Em seguida, cada voluntária foi questionada sobre qual rótulo elas imaginavam ter recebido, levando em consideração os locais para onde foram conduzidas. Depois disso,

foram revelados os rótulos, e então as participantes foram questionadas da seguinte forma: “Agora, sabendo o rótulo que vocês receberam, onde vocês acham que deveriam ficar?”.

Ao término da dinâmica, foi promovida uma discussão, na qual se buscou destacar a relação entre a forma como tratamos as pessoas em geral e como elas acreditam ser, bem como o quanto uma impressão pode determinar a outra. Também foi abordado o hábito de se dividir a sociedade e as pessoas em categorias pré-estabelecidas e os problemas decorrentes desse tipo de comportamento no trabalho em saúde.

Vale destacar que uma temática muito presente neste encontro foi a associação do uso de SPAs com a criminalidade ou o envolvimento com atitudes criminosas, visto que o local eleito pelo grupo para a voluntária com o rótulo de “drogada” foi “ prisão”. Ademais, apenas ao final da dinâmica uma das voluntárias solicitou modificar este lugar para “PSF”. Diante disso, também ficou evidente o sentimento de medo das ACSs em se aproximar dos usuários, o que parece impossibilitar o acesso aos cuidados.

#### **Quarto encontro: “Redução de Danos: pouca informação, mas muita criatividade”**

O quarto encontro do grupo foi iniciado relembrando o anterior, tendo sido destacado que ao longo do mesmo, pela primeira vez, a expressão “redução de danos” propriamente dita foi usada por uma das participantes, apesar de que, no primeiro encontro, a facilitadora ter informado que esta era a base da política publica para usuários de álcool e outras drogas proposta pelo Ministério da Saúde. A seguir, foi proposto o recurso mediador selecionado para o encontro, uma técnica intitulada “Escrita criativa”.

Para tanto, em um primeiro momento foi realizado um exercício de relaxamento simples. Em seguida, foram distribuídas pranchetas com uma folha de papel sulfite e um lápis

para cada uma das participantes, as quais receberam a orientação de escrever no topo da folha a expressão “redução de danos”. Posteriormente, foi apresentada a seguinte instrução: “A técnica da escrita criativa é a busca de uma escrita mais livre, a mais sem censura possível, então, assim que eu permitir, vocês deverão começar a escrever, sem parar, tudo o que vier a cabeça sobre ‘redução de danos’, e deverão escrever durante um minuto”. Foi ressaltado que, durante esse tempo, as participantes não deveriam parar de escrever, mesmo que nada lhes viesse à mente, de forma que, nesse caso, as mesmas deveriam simplesmente escrever “branco”.

Após a aplicação da técnica, foi solicitado que todas compartilhassem com as demais as suas produções, e que também relatassem se conseguiram seguir as instruções. A partir disso, foi iniciada uma discussão sobre a temática “redução de danos”. Ficou evidente, então, que as ACSs não possuíam informações precisas a respeito e, por esse motivo, a discussão ocorreu de forma bastante truncada. Houve muitos momentos de silêncio, sendo que as participantes encontraram dificuldades até mesmo para imaginar em que consistiria a redução de danos.

Diante dessa situação, optou-se por alterar a programação inicialmente estabelecida para o encontro em questão, de forma que, ao invés de encerrá-lo com a distribuição de uma cartilha sobre redução de danos<sup>10</sup>, a facilitadora decidiu entregá-las imediatamente para embasar a continuidade da discussão. A facilitadora mediou a discussão respaldando-se nas informações contidas na cartilha, bem como apresentou relatos sobre o emprego da redução de danos no município de Uberlândia-MG, mas sempre estimulando as participantes a emitir suas opiniões acerca do tema.

---

<sup>10</sup> A cartilhas em questão, intitulada “Cartilha de redução de danos para agentes comunitários de saúde: diminuir para somar”, foi produzida pela organização social “Viva Comunidade” e se encontra disponível no site [http://www.vivacomunidade.org.br/wp-content/arquivos/cartilha\\_ACS\\_red\\_danos.pdf](http://www.vivacomunidade.org.br/wp-content/arquivos/cartilha_ACS_red_danos.pdf)

## Quinto encontro: “Imaginário noticiado”

Novamente o grupo é iniciado com a retomada das discussões do encontro anterior, dando ênfase à redução de danos e à construção cotidiana de estratégias fundamentadas nesta lógica. Em seguida, já introduzindo o recurso mediador selecionado para o quinto encontro, foi iniciada uma discussão sobre a influência da mídia na formação de opiniões na população.

Foi então distribuído para leitura das participantes um conjunto de reportagens recentes, com temáticas relacionadas ao uso/abuso de álcool e outras drogas. Mas especificamente, as reportagens abordavam: (a) assassinatos decorrentes de dívidas de tráfico, (b) legalização da maconha em alguns estados dos Estados Unidos da América, (c) internações involuntárias de dependentes químicos, (d) intervenções realizadas em São Paulo e no Rio de Janeiro nas chamadas “Cracolândias” e (e) o retorno de usuários de *crack* às ruas após ações policiais.

Após a leitura das reportagens, cada participante foi estimulada a compartilhar com as demais o conteúdo da reportagem que havia recebido e lido, assim como a simultaneamente emitir suas opiniões acerca da mesma. As demais também foram estimuladas a relatar suas opiniões, tanto sobre as reportagens quanto sobre a opinião da participante que a comentou. Durante esse momento do encontro, também se buscou discutir como a mídia influencia na forma como a população comprehende o uso/abuso de álcool e outras drogas, assim como foi apresentado um questionamento sobre os motivos da recorrência de certos tipos de notícias sobre o assunto – como, por exemplo, aquelas referentes a crimes cometidos por usuários – em detrimento de outras.

Finalizando este encontro, foi apresentado às participantes um vídeo sobre a rede de assistência a usuários de álcool e outras drogas de São Bernardo do Campo-SP<sup>11</sup>. O mesmo mostra uma rede composta por diversos serviços que pretendem substituir as internações, e

<sup>11</sup> O vídeo em questão se encontra disponível no site <http://www.youtube.com/watch?v=M9Ij17O4-Fs>

salienta a importância da articulação de todos eles para que tal objetivo possa ser atingido. Após a apresentação do vídeo, uma discussão a respeito foi realizada, buscando-se delinear a compreensão das participantes sobre a rede em Uberlândia-MG e sobre o lugar que elas imaginam ocupar.

### **Sexto encontro: “Vício também para quem é de bem!”**

No início deste encontro, para resgatar aspectos marcantes do encontro anterior, as participantes que haviam estado presente foram solicitadas a relatar, às duas ACSs que haviam se ausentado o que fora discutido. Logo em seguida, foi apresentada a dinâmica selecionada para o sexto encontro, intitulada “Dinâmica da troca dos vícios”.

Em um primeiro momento da dinâmica, as participantes foram estimuladas a pensar em qual seria o próprio “vício”, tendo recebido a seguinte instrução: “pense naquilo que você não consegue viver sem, naquilo que te consome!”. As mesmas foram informadas que poderiam relatar qualquer tipo de coisa, não necessariamente uma substância, que fosse indispensável em suas vidas. Uma vez eleito o próprio “vício”, cada uma delas foi orientada a registrá-lo em uma etiqueta e depois a colá-la no próprio peito.

No segundo momento da dinâmica, todas as participantes foram estimuladas a circular pela sala, com o intuito de conhecer os “vícios” das demais e, caso encontrassem um “vício” que entendessem ser melhor do que aquele que haviam escolhido, que poderiam tentar trocá-lo. Mas a troca somente poderia acontecer se as duas partes concordassem. Apenas duas ACSs realizaram uma troca (ACS 1 e ACS 4), porém o fizeram sem demonstrar muita implicação na atividade proposta. As demais se recusaram a trocar, afirmando que o “vício” eleito era insubstituível.

Após a realização da dinâmica, foi iniciada uma discussão a respeito, abordando possíveis identificações com os usuários de álcool e outras drogas, provocadas pelo fato de a atividade tratar de “vícios”. Ainda pensando em possíveis identificações, também foi abordado o fato de que, segundo as próprias participantes, existem coisas sem as quais cada uma delas não conseguiria viver, nem mesmo se fossem orientadas sobre os benefícios que poderiam obter se o fizessem. Foi possível observar, então, que a atividade despertou nas participantes alguma empatia pelos usuários de álcool e outras drogas que são atendidos por elas.

### **Sétimo encontro: Avaliação**

Neste último encontro, o intuito foi realizar junto às participantes uma avaliação de eventuais aspectos positivos e negativos do grupo. Para tanto, todas foram convidadas a completar as seguintes sentenças, considerando todo o processo percorrido pelo grupo: (a) “Que bom que...”, (b) “Que pena que...” e (c) “Que bom se...”. Houve uma significativa coesão entre os relatos, sendo que, de modo geral, as participantes avaliaram positivamente as experiências vivenciadas no grupo.

Este encontro também foi utilizado para que a facilitadora realizasse uma espécie de entrevista devolutiva grupal, apresentando os principais pontos observados durante os encontros, os quais possivelmente seriam abordados no presente estudo. Esta atitude foi considerada de suma importância, visto que a transparência foi estabelecida como um compromisso ético com as participantes.

A partir deste sétimo encontro, foi acordado junto às participantes que seria realizada uma reunião entre a facilitadora do grupo e a psicóloga e o coordenador da unidade de ESF à

qual às mesmas se encontravam vinculadas. O objetivo seria compartilhar as experiências do grupo, de modo a estimular a construção de um espaço de reflexão permanente para auxiliar no manejo de situações cotidianas. Todavia, é preciso mencionar que esta reunião não ocorreu até o presente momento, pois apesar de terem sido realizados vários contatos tanto com a psicóloga quanto com o coordenador, não houve compatibilidade de agenda para tanto.

## **6.2 Campos de sentido afetivo-emocional**

A leitura interpretativa do *corpus* do presente estudo possibilitou a identificação de linhas de significação que parecem organizar o imaginário coletivo das participantes em relação à temática do uso/abuso de álcool e drogas e, consequentemente, a atravessar os cuidados em saúde oferecidos pelas mesmas aos usuários. Mais precisamente, foram capturados três campos de sentido afetivo-emocional, os quais foram assim denominados: (1) “Os passos no caminho das pedras”; (2) “Do maldito ao não-dito” e (3) “Culpados ou vítimas?”.

### **6.2.1 “Os passos no caminho das pedras”**

O primeiro campo de sentido afetivo-emocional captado é organizado a partir da crença de que a atenção em saúde a dependentes químicos depende essencialmente do desejo, por parte dos mesmos, de parar de consumir drogas. Tal crença não é compatível com a lógica da redução de danos definida pelo Ministério da Saúde como norteadora para o desenvolvimento de ações em saúde destinadas a pessoas que fazem uso de álcool e outras

drogas. Afinal, a redução de danos preconiza a constante reflexão de alternativas de intervenção em saúde destinadas a esta população, independentemente do desejo de permanecer abstinente. Mas é preciso esclarecer que as participantes do presente estudo, a princípio, não pareciam discordar das diretrizes estabelecidas pela redução de danos, mas, sim, desconhecê-las.

Como já mencionado, no quarto encontro do grupo foi adotada uma técnica intitulada “Escrita criativa”, por meio da qual se buscou acessar as opiniões e impressões das participantes sobre redução de danos. E, durante este encontro, as mesmas permaneceram em silêncio por períodos prolongados, comportamento destoante em relação àquele observado nos demais encontros. Tal situação causou desconforto à facilitadora do grupo, uma vez que o encontro acabou assumindo um caráter mais informativo, apesar do estímulo à participação ativa das participantes. Os seguintes excertos dos relatórios elaborados pela observadora-participante acerca do quarto encontro do grupo são exemplos das constatações precedentes.

Excerto 1: “*Aline pergunta a elas várias vezes o que elas já ouviram falar sobre redução de danos. Elas respondem coisas muito relacionadas ao nome diretamente, como se se prendessem concretamente ao nome para conseguirem responder, mas eu tenho a impressão de que elas nunca ouviram falar sobre isso*”

Excerto 2: “*Aline pergunta ‘Vocês já ouviram falar sobre redução de danos alguma vez?’. Elas respondem que não*”

A partir dos relatos subsequentes, também apresentados no quarto encontro, pode-se, como hipótese, cogitar que a oferta de informações sobre a redução de danos, mesmo que tenha ocorrido em determinados momentos, não se deu de maneira clara ou acessível na

formação profissional das participantes. Tal hipótese é compatível com as proposições de autores como Marzari, Junges e Sellli (2011), os quais avaliam que, de modo geral, a formação profissional de agentes comunitárias de saúde muitas vezes é permeada por importantes lacunas, inclusive de acordo com a opinião das mesmas. E a ampliação dessa linha de raciocínio suscita questionamentos acerca dos conhecimentos sobre o assunto dos profissionais responsáveis pelo treinamento e matriciamento em saúde mental das participantes. Em contrapartida, não se pode descartar a hipótese de que talvez a ausência de espaços significativos de discussão a respeito de redução de danos também tenha sido, em algum grau, determinada pela ausência anterior de interesse das mesmas pelo assunto.

Relato 1: “*A gente ouve, reduz isso, reduz aquilo, mas, assim, especificar bem o que que a gente foi ouvindo... é igual ela falou, a gente ouve assim, no dia a dia mesmo: ah, fala para fulano que reduz um pouco daquilo*” (ACS 4)

Relato 2: “*A gente sabe que ouviu, mas não lembra...*” (ACS 3)

Relato 3: “*Não, já ouvi muito assim, só que assim né?! A gente ouve a palavra redução de danos...sei lá!*” (ACS 3)

Relato 4: “*Não, é porque você me desculpa, mas se eu te contar que agora que eu vim pegar o que está falando, porque eu tava assim, tava nem...agora que eu ouvi falar, redução, redução...Aí que veio aqui na minha cabeça, eu digo assim: ah tá...eu estava viajando mesmo*”(ACS 1)

Aparentemente como desdobramento da falta de conhecimentos mais precisos acerca da lógica de redução de danos, parte das participantes apresenta fantasias e pré-julgamentos a respeito. Dessa forma, as mesmas acabam por desmerecer as ações norteadas por tal lógica, colocando em xeque sua resolutividade e estabelecendo uma suposta incompatibilidade entre os resultados que podem decorrer de sua utilização e a possibilidade de abstinência total, sendo que esta deveria ser privilegiada. Os relatos a seguir, veiculados, respectivamente, no terceiro, quarto e quinto encontros, o ilustram.

Relato 5: “*Vai reduzir, mas não resolve*” (ACS 6)

Relato 6: “*É porque a própria palavra diz, reduz né?! O que que é reduzir? É diminuir...Já é um começo*”(ACS 6)

Relato 7: “*[a redução de danos] É para aquele que não vai parar...*” (ACS 2)

Diante do exposto, percebe-se que o imaginário coletivo das participantes é moldado pela lógica da abstinência total, a qual, como já mencionado, contribui para a exclusão daquelas pessoas que não conseguem simplesmente parar de consumir álcool ou outras drogas. Mais especificamente, as participantes parecem ser orientadas por uma máxima que pode ser formulada nos seguintes termos: “primeiro a pessoa precisa querer parar de usar drogas”. Esse seria o primeiro passo no caminho das pedras<sup>12</sup> a ser percorrido pelo usuário para que possa deixar de sê-lo.

---

<sup>12</sup> É válido esclarecer que a expressão “caminho das pedras” foi selecionada para compor o nome do campo de sentido afetivo-emocional em questão por remeter a um percurso permeado de dificuldades a ser percorrido por uma pessoa a partir de alguém mais experiente para que um objetivo possa ser atingido (a abstinência, no caso), assim como, em um sentido mais metafórico, alude à forma de apresentação característica do *crack*.

A referida máxima remete à chamada “Doutrina dos 12 passos”, amplamente difundida na sociedade por grupos de ajuda mútua como os Alcoólicos Anônimos. E o imaginário coletivo das participantes se alinha diretamente ao primeiro passo da “Doutrina”, o qual determina, em linhas gerais, que o usuário precisa admitir a dependência e a impotência diante das drogas. Afinal, o relato subsequente, apresentado no primeiro encontro do grupo, aponta que o trabalho das ACSs junto a usuários, ao menos de acordo com a compreensão de uma delas, consistiria, essencialmente em auxiliá-los admitir a condição de dependência.

Relato 8: *“Porque o mais difícil é eles próprios reconhecer que... precisa de... querer ser ajudado, então... o que mais acontece no dia a dia, são os dependentes, né? De álcool e droga, é... eles reconhecer que precisa de ajuda, então assim, muitas das vezes, a gente com jeitinho, vai conversando, entendeu? Vai tentando achar a melhor forma de trazer esses pacientes aqui, sem mesmo deixar eles constrangidos!”*(ACS 6)

O segundo passo da “Doutrina”, o qual estabelece que apenas um “poder superior” é capaz de “devolver o usuário à sanidade”, também parece de alguma forma estar subjacente ao imaginário coletivo das participantes. Ocorre que é possível deduzir que, para as mesmas, há uma relação de exterioridade entre o sujeito e a “solução” para sua dependência química, sendo que o “poder superior” não necessariamente se refere a uma divindade, pois pode ser representado por um serviço ou profissional de saúde especializado ao qual, inclusive, cabe às ACSs encaminhar os dependentes químicos. E esse tipo de crença, vale destacar, se contrapõe à postura de co-responsabilização preconizada pela lógica da redução de danos.

As produções subsequentes, obtidas quando da aplicação do Desenho-Estória com Tema no primeiro encontro do grupo, podem ser consideradas ilustrativas da linha de raciocínio precedente. Ressalte-se que a estória 1 foi construída como um diálogo entre uma

dependente químico do sexo feminino e uma ACS, ao passo que a estória 2 possui um caráter descriptivo.



Desenho 1: “*Amor à vida*” (ACS 5)

Estória 1: “*Minha filha, queria tanto parar de beber e fumar [dependente químico]. A senhora quer ser ajudada? [ACS]. Sim [dependente químico]. Então vou marcar uma consulta com a psicóloga [ACS]*” (ACS 5)



Desenho 2: “*Pedido de ajuda*” (ACS 6)

Estória 2: “*Visita feita pela agente comunitária de saúde ao Sr. José, pois há muitos anos ele é dependente químico e precisa urgente de ajuda médica, pois não consegue por si próprio. O ACS, orienta, ajuda e encaminha a unidade de saúde para o seu melhor tratamento*” (ACS 6)

É importante apontar que a crença na existência de uma solução mágica para a dependência química também parece ser perpassada por um imaginário coletivo sobre as SPAs que é pautado em uma espécie de demonização das mesmas. E esse processo ocorre em detrimento da análise da relação dos sujeitos com as SPAS. Além disso, tende à super-valorização dos tratamentos medicamentosos e dos dispositivos de internação, estes amplamente divulgados na mídia em função das ações nas chamadas “Cracolândias”. Nesse contexto, as participantes, na condição de profissionais de saúde, se sentem impotentes para desenvolver qualquer tipo de ação frente à questão do uso/abuso de álcool e outras drogas. Os

relatos subsequentes ilustram esse conjunto de proposições, sendo que os dois primeiros se referem ao sétimo encontro, e os restantes ao terceiro e segundo encontros, respectivamente.

Relato 9: *“Que pena que existe droga, que o sistema é falho, que eles ainda não chegaram em um único sistema...”* (ACS 6)

Relato 10: *“Eu fui em uma igreja evangélica e o moço lá, que é o pastor, disse que conheceu todas as drogas, e que ele tomou uma vacina que é muito cara. Então porque que essa vacina não tá aí, pra cá?”* (ACS 1)

Relato 11: *“O tratamento tinha que ser internação e remédios fortes na veia!”* (ACS 6)

Relato 12: *“Mas, graças a Deus, as coisas estão mudando sabe? Por exemplo, a gente vê agora, como em São Paulo, no Rio de Janeiro, hoje, os promotores, juízes, já determinaram que aqueles que realmente não aceita, ele tá sendo recolhido, praticamente à força, junto com a equipe. Ele não tá indo sozinho, ele não tá indo pra uma prisão, não. Ele tá indo porque alguém tá lá esperando para cuidar dele. Eu tô vendo todo dia isso sendo abordado no Rio de Janeiro, agora não precisa, “ai, não quero”, então vai ficar aí jogado, então graças a Deus, a lei lá no Rio de Janeiro, eu tô vendo que está indo lá nos micro-ônibus, sai com dez, vinte, ali eles vão receber os cuidados, não vamos falar que eles vão... mas graças a Deus alguma qualidade, eles já estão com outra visão”* (ACS 1)

Em suma, os resultados referentes ao presente campo de sentido afetivo-emocional subsidiam a compreensão de importantes aspectos do imaginário coletivo das participantes em relação à temática do uso/abuso de álcool e drogas. É possível, assim, observar a ocorrência de um paradoxo, tendo em vista que o Ministério da Saúde preconiza a redução de danos como lógica norteadora para as ações em saúde, assim como destaca a ESF como a principal estratégia para a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS, sendo que cabe às ACSs um papel determinante nesse sentido. Todavia, as participantes do presente estudo parecem pautar as ações que desenvolvem junto a usuários apenas na lógica da abstinência total, e parecem fazê-lo essencialmente devido à crença de que a “solução” para a dependência tem como ponto de partida a disponibilidade do sujeito para interromper o consumo e passa pelo auxílio de um serviço ou profissional especializado, detentor de um “poder supremo”.

Tal situação evidencia a necessidade de ações de disseminação dos princípios da redução de danos mais amplas. O fato é que, por muitos anos, a assistência disponível a pessoas que usam álcool e outras drogas se resumia ao apoio religioso, aos grupos de ajuda mútua ou às internações em aparatoss asilares. Atualmente, muitos esforços vêm sendo empreendidos no sentido de ampliar os cuidados oferecidos a tal população. Porém, a redução de danos ainda parece ser desconhecida por parte dos profissionais de saúde e pela sociedade civil de maneira geral, o que, além de restringir as possibilidades de tratamentos, ressalta os antagonismos existentes entre diferentes pontos da rede de saúde (Landi Filho, Araújo, Cavalcante, Mendes & Miranda Junior, 2009). Logo, é importante destacar a existência de um viés social e histórico na constituição de aspectos do imaginário coletivo das participantes articulados neste primeiro campo de sentido afetivo-emocional. Desconsiderar tal viés poderia conduzir a uma culpabilização improcedente e improdutiva.

### 6.2.2 “Do maldito ao não-dito”

O segundo campo de sentido afetivo-emocional é organizado a partir da crença de que o tema “álcool e outras drogas” é essencialmente “difícil”, “maldito”, pois abordá-lo gera incômodos, incertezas e angústias entre as participantes. Isso o qualifica como um tabu, de forma que as mesmas claramente evitam a discussão e a reflexão a respeito, possivelmente com o intuito de evitar eventuais sentimentos negativos que poderiam emergir em caso contrário. Inclusive as participantes aparentemente se deixam influenciar por uma máxima que pode ser resumida da seguinte forma: “já que o álcool e as outras drogas são causadoras de tantos problemas, é melhor até não falar sobre isso”. É nesse sentido que se pode propor que, no imaginário coletivo das participantes, as SPAs transitam do maldito ao não-dito.

No último encontro do grupo psicanalítico de discussão, as participantes relataram que, a princípio, não avaliaram positivamente a possibilidade aventada pela pesquisadora de desenvolver grupos semelhantes em outras unidades de saúde, pois experimentaram sentimentos de medo e tensão nos primeiros encontros devido à temática em pauta. O Relato 13 o ilustra. Inclusive duas participantes mencionaram que, em um primeiro momento, tiveram a impressão de que a pesquisadora ou o grupo eram “chatos” (Relato 14 e Relato 15, respectivamente).

Relato 13: “*Que bom que você escolheu esse PSF pra poder dialogar com a gente, apesar de que em um primeiro momento a gente achou que ia ser ruim, mas foi bom, as dinâmicas foram muito boas*” (ACS 4)

Relato 14: “*Na verdade eu achava chato começar, mas depois...*” (ACS 1)

Relato 15: “*Não, foi legal, no início foi estressante... Mas foi só no primeiro momento... na hora que eu te vi eu falei: ‘oh, mulher chata!’ [risos] ... depois foi light...*” (ACS 2)

Como já mencionado, em consonância com a posição epistemológica adotada no presente estudo, não seria adequado supor que os dados existiriam como tais independentemente da pesquisadora, da observadora-participante e do orientador, posto que foram construídos em uma situação interpessoal. E, conforme d’Allonnes (2004), toda situação interpessoal é o lugar de fenômenos transferenciais-contratransferenciais. O Relato 15 e o Relato 16, assim, podem ser considerados indicadores do estabelecimento de uma transferência inicialmente negativa entre parte das participantes e a pesquisadora. Por outro lado, as sensações vivenciadas pela pesquisadora no decorrer dos encontros do grupo revelavam as reverberações dessa transferência. O mesmo se pode afirmar a propósito dos registros da observadora-participante, como se vê nos excertos a seguir.

Exerto 3: “*Aline questiona se a dependência química é um problema de saúde ou uma falha de caráter. Elas falam sobre ser um tema que gera medo. Durante esse grupo eu tive muita dificuldade de fazer anotações, muitas vezes elas ficaram incompletas, eu sentia como se o clima de falar sobre isso [sobre o uso de drogas] fosse tão difícil, perigoso e que deveria ser escondido e então porque eu estaria anotando sobre aquele assunto tabu? Perdi muitos detalhes e me sentia muito cansada*”

Exerto 4: “Aline fala sobre a dificuldade de conversar e escutar sobre as necessidades dos usuários de drogas e fala sobre a dificuldade de falar sobre o assunto. ACS 2. suspira, ACS 4 parece cansada. Silêncio. Sinto desesperança. Angústia. Olho no rosto delas e sinto elas pensando: ‘Nossa! Trabalho nosso cuidar dessas pessoas? Isso não! Não quero saber! Deixa isso pra lá’. É como se elas tivessem que encarar a questão dos usuários de drogas como um problema de responsabilidade da saúde e delas, mas elas não querem ter que lidar com isso, e preferem que as coisas continuem funcionando como tem sido feito, sem terem que chegar perto disso, encaminhando e pronto”

Possivelmente a transferência assumiu esse aspecto negativo inicial tendo em vista que a pesquisadora propôs a abordagem de um tema “maldito” e estimulava a superação dos não-ditos das participantes durante os encontros do grupo. Porém, a pesquisadora tomou o cuidado de não ofertá-las um novo caminho, previamente construído, ou seja, não oferecer-lhes passos a serem seguidos indiscriminadamente, o que a colocava no lugar de alguém que causa certa angústia ao incentivar a reflexão. Essa transferência aparentemente se transformou pouco a pouco à custa da utilização da racionalização enquanto mecanismo de defesa. Ocorre que a racionalização levou as participantes a admitirem a existência de razões lógicas para aceitarem a participação no grupo, em que pese o fato de o mesmo tratar de um tema “maldito” e, logo, despertar angústia.

Talvez também devido à utilização da intelectualização enquanto mecanismo de defesa – sobretudo para preservar a existência de não-ditos – as participantes em diversos momentos do grupo assumiram uma postura bastante pragmática, solicitando da pesquisadora respostas prontas para as mais complexas questões associadas ao uso/abuso de álcool e outras drogas. Inclusive para algumas delas, tais cobranças também eram hetero-dirigidas, posto que

certas participantes pareciam se culpabilizar nos momentos em que não conseguiam apresentar respostas dessa natureza. Os relatos 16, 17 e 18 são emblemáticos desse conjunto de proposições. Justamente por esse motivo a pesquisadora, enquanto facilitadora do grupo, sentiu, por diversas vezes, a necessidade de reforçar que o grupo não era um espaço de julgamentos, mas, sim, de partilha e reflexão, e que seu papel não era o de oferecer respostas prontas, como se fosse detentora de um saber que as participantes não possuíam.

Relato 16: *“Eu penso que antes de, assim, você fazer esse trabalho com nós, você podia ter dado mais informação para nós, para gente ficar mais orientado, sabe? Porque, assim, eu vi que hoje nós não conseguimos atingir o seu objetivo de hoje, assim, o que você queria pegar hoje, você não conseguiu! Eu acho assim, podia ter, tipo dado mais, porque nós, para ser sincero, sobre essa área mesmo, a gente não tem muito assim, uma palestra, oferecido assim pela prefeitura, orientando mais, como a gente fazer essas...porque é uma área muito difícil pra gente.... abordar, eu acho difícil!”* (ACS 3)

Relato 17: *“É melhor não falar nada, porque senão acabo falando besteira...”* (ACS 6)

Relato 18: *“Eu não sei se era isso que você queria ouvir, mas é isso que penso!”* (ACS 4)

Diante do exposto, é possível propor a existência de um ciclo vicioso: não se fala sobre o tema “álcool e outras drogas” porque o mesmo é ”maldito”, o que perpetua o desconhecimento a respeito e restringe alternativas para o enfrentamento das questões a ele

relacionadas. Por sua vez, o desconhecimento provoca o desconforto do não-saber e o sentimento de impotência que dele decorre, o que por fim, também provoca medo de julgamento e reprovação pelo próprio desconhecimento, o que certamente torna o tema mais angustiante do que o é de fato.

É importante destacar que as participantes referem que a existência de não-ditos sobre o tema “álcool e outras drogas” é vivenciado junto às famílias assistidas pelas mesmas. Afinal, algumas delas afirmaram que, em muitos casos, as famílias não conversam a respeito e escondem o eventual fato de um de seus entes fazer uso de SPAs, principalmente devido ao sentimento de vergonha. Além disso, admitiram que encontram grandes dificuldades para abordar o tema nas visitas domiciliares que realizam, a não ser que seja introduzido pela família. Os Relatos 19, 20, 21 e 22 ilustram tais posicionamentos e foram apresentados, respectivamente, no primeiro, no segundo, no quarto e no segundo encontros do grupo. Portanto, a exemplo do que já evidenciado no primeiro campo de sentido afetivo-emocional anterior, em que se discutiu a tendência de as participantes assumirem como pré-requisito para qualquer tratamento o reconhecimento da dependência por parte do próprio sujeito, as mesmas entendem que a família apontar a existência de um usuário entre os seus entes se afigura como uma condição indispensável para a discussão do assunto, ainda que tal fato seja de conhecimento de toda a comunidade.

Relato 19: “*eu sinto que eles esconde muita coisa, então assim, se o paciente ou a família não contar pra gente, não tem como...*” (ACS 4)

Relato 20: “*Quando a gente chega em uma casa para fazer um cadastro, né? Quantos filhos você têm? Adolescente e tal, estuda? O que que ele faz? Trabalha? Ela não vai*

*falar: ‘o meu filho é usuário de drogas, ele rouba’. Não, claro que não, mãe nenhuma vai falar isso pra gente, né? Eles têm vergonha...’* (ACS 7)

Relato 21: “*É difícil, porque a gente depende da família contar, às vezes a gente fica sabendo pelos vizinhos, mas como é que vai falar? Se não quer contar para mim eu....*” (ACS 3)

Relato 22: “*Como que a gente vai tocar lá na ferida da pessoa se a pessoa não quer?*” (ACS 6)

Certamente não se pode desconsiderar que muitas famílias e muitos usuários efetivamente evitam o tema “álcool e outras drogas”, até mesmo porque, conforme Silveira e Moreira (2006) e Burgierman (2011), em nossa sociedade ainda persistem muitos preconceitos e estigmas em relação às SPAs. Todavia, o que parece se estabelecer entre as participantes e a comunidade em que as mesmas atuam é uma espécie de “pacto de silêncio” respaldado na seguinte máxima: “eles não querem falar sobre isso, então nós não podemos fazer nada”. E trata-se de um movimento prejudicial, pois conduz à exclusão dos usuários no que tange aos potenciais cuidados em saúde que poderiam ser oferecidos aos mesmos, como se pode depreender a partir dos relatos 23, 24 e 25, apresentados, respectivamente, no segundo, no quarto e no sétimo encontros do grupo.

Relato 23: “*Na minha área também tem um que está preso e era usuário, e eu sei, mas parece que a pessoa nem não existe, a família não fala!*” (ACS 7)

Relato 24: “*porque assim, a gente tem o contato com o paciente, a gente sabe que ele usa, conversa com ele, a dificuldade é abordar o assunto, porque se ele começar, tudo bem a gente... né? Mas a gente começar...tocar no assunto! Ai é difícil...*” (ACS 3)

Relato 25: “*Quando o paciente é assim [psicótico], a família se abre com nós, pede ajuda, agora, quando é droga, eles escondem, eles não querem contar, a gente sabe...mas assim, eles não querem falar!*” (ACS 3)

Inclusive ressalte-se que, neste aspecto, os resultados obtidos no presente estudo são compatíveis com aqueles reportados por Silva (2012) em um estudo no qual a autora constatou que um grupo de profissionais de saúde de nível superior assumia um posicionamento que implicava na renúncia aos usuários de álcool e outras drogas. Porém, no presente estudo os dados sugerem que o “pacto de silêncio” é motivado principalmente pelo medo que parte das participantes parece sentir dos usuários e/ou dos traficantes da comunidade. E certamente esse sentimento, derivado da crença na existência de uma periculosidade inerente, sobretudo, ao universo das drogas ilícitas, influencia o imaginário coletivo das participantes a ponto de levá-las a abertamente afirmar que estabelecer qualquer aproximação – para além da aproximação geográfica determinada pela inserção das mesmas na comunidade – com tal universo é expor-se a um risco iminente, como ilustra o Relato 26. Porém, tal linha de raciocínio será aprofundada no terceiro campo de sentido afetivo-emocional

Relato 26: “*Para nós, que moramos no bairro, que visitamos as casas, a gente não pode ficar insistindo com as pessoas, porque é perigoso até para nós*” (ACS 7)

### 6.2.3 Culpados ou vítimas?

O terceiro e último campo de sentido afetivo-emocional é organizado a partir da crença na existência de uma associação direta entre o uso de álcool e outras drogas, sobretudo drogas ilícitas, e a criminalidade. O Relato 27 e o Desenho 3, ao qual se refere o relato em questão<sup>13</sup>, o exemplificam. Porém, a crença em tal associação, ressalte-se, também está presente em vários segmentos da sociedade, de acordo com Conte, Oliveira, Henn e Woff (2007), de forma que não se trata de uma exclusividade da subjetividade grupal das participantes.

Relato 27: “*Ao chegar na casa de um garoto, que a gente não pode revelar o nome aqui, ele estava saindo com a televisão, aí aqui, gente, aqui é a televisão, ele tá segurando aqui no meio, viu? [participante exibe o desenho] Aqui ele tá saindo de casa e já tava saindo com a televisão, e eu cheguei e fiquei olhando a cena [...] e eu perguntei a ele o que que ele ia fazer com aquela televisão, né? E ele falou que ia trocar por uma droga, e aí acabou ...”* (ACS 1)

---

<sup>13</sup> Optou-se por veicular aqui o relato apresentado pela participante quando da realização do inquérito durante a aplicação do Desenho-Estória com Tema, e não a estória tal como registrada por escrito pela mesma, uma vez que o relato foi considerado mais detalhado e, portanto, mais proveitoso para fins de análise.



Desenho 3: “Acontece”

O que parece próprio do imaginário coletivo das participantes é uma oscilação no que tange à associação das SPAs à criminalidade, pois as mesmas em alguns momentos as qualificaram como “entidades dominadoras”, que tornariam imperativo aos usuários ações criminosas, ao passo que, em outros momentos, sugeriram que entendem o consumo como o reflexo de falhas de caráter e tendências transgressoras. Tal oscilação pode ser depreendida no Relato 28, também apresentado pela participantes responsável pelo Relato 27 e igualmente no primeiro encontro, por ocasião da realização do inquérito durante a aplicação do Desenho-Estória com Tema.

Relato 28: “eu falei: ‘gente, isso é uma doença’, na hora, né? Que eu vi ele, sabe? Mas, assim, eu não falei pra ele não ir, não falei pra ele...sabe? Até porque você não sabe a reação da pessoa, porque quando ele já tá bem, né?! Bastante drogado ele pega o que vê na frente, por isso que existe os roubos, os assaltos por aí à mão armada, essas coisas assim, então, sabe? Eu, sabe, eu só falei pra ele assim: ‘sua mãe tá em casa? Ele falou assim: ‘não’, sabe? E a porta continuou aberta, né? Então

*assim, eu me senti, falei: ‘Ai meu Deus, o que eu poderia tá fazendo pra ajudar esse garoto?’ (ACS 1)*

Como consequência, os usuários de drogas, a exemplo daquele representado no Desenho 3, tendem a ser vistos ora como culpados e ora como vítimas pelas participantes. Porém, dentre os diversos sentimentos que poderiam ser suscitados nesse contexto, o temor parece prevalecer entre as mesmas. E tal sentimento conduz à paralisia, como ilustra o Relato 28, uma vez que, no momento em que o garoto afirma que seu objetivo é vender a televisão para comprar drogas, encerra-se qualquer possibilidade de diálogo.

Um segmento específico do relato em questão, no qual a participante afirma que “*por isso* [ por causa das drogas] *que existe os roubos, os assaltos por aí à mão armada, essas coisas assim*”, sintetiza um argumento frequentemente utilizado para justificar políticas repressivas voltadas à temática “álcool e outras drogas”, as quais recaem tanto sobre aqueles que cometem crimes quanto sobre aqueles que não o fazem. Argumentos dessa natureza ensejam o pânico social em relação aos supostos riscos associados ao uso de SPAs e se alinham à ideologia proibicionista, de forma que muitas vezes enseja o desrespeito aos direitos individuais que todos temos como cidadãos (Karam, 2009).

Por outro lado, ao reduzir o consumo de SPAs a um mero desdobramento de tendências transgressoras, as participantes revelam o engajamento em julgamentos morais que distinguem um “certo” e um “errado”, sendo que o “certo” equivaleria à abstinência. Esse tipo de entendimento é empregado pelas mesmas para sustentar a defesa de ações punitivas a serem desenvolvidas junto aos usuários. Os Relatos 29, 30 e 31, apresentados no quinto encontro do grupo, consubstanciam essa linha de raciocínio.

Relato 29: “*Eu acho assim: se a pessoa faz coisa errada, um dia vai pagar, né? E eu acho que paga é aqui, não adianta, não tem outro lugar para pagar...se você fez coisa errada ou você vai para a cadeia ou você vai para o caixão, né? Ninguém quer que seja assim, né? Mas infelizmente a vida é assim...Porque eles [os usuários] não têm amor, eles não têm consciência, eles não pensam na própria família deles...é isso... ”*

(ACS 5)

Relato 30: “*Eu já acho que deveria ter uma droga que usou...morreu! Aí ninguém ia querer usar”* (ACS 6)

Relato 31: “*É... então, todo jeito faz mal para todos né? Então eu acho que não deveria ser, não ser liberado, devia por mais regra! Para diminuir, no caso, o pessoal que usa... porque senão eu vou estar incentivando ”* (ACS 2)

Outro momento em que a associação entre o uso de álcool e outras drogas e a criminalidade ficou bastante evidente ocorreu no terceiro encontro do grupo, no qual foi realizada a “Dinâmica da divisão da sociedade”, pois a participante que estava com o rótulo “drogada” foi conduzida pelas demais para o lugar da sala em que se encontrava colado o cartaz “cadeia”, sinalizando que este seria o “local” da sociedade mais adequado para a mesma. Nenhuma das demais retirou a participante em questão deste local. Apenas ao fim da dinâmica, outra participante, que estava com outro rótulo, solicitou realizar um remanejamento, de forma a levar a “drogada” ao “PSF”. Todavia, esta participante o fez conforme ilustram o Excerto 5 e o Relato 32.

Excerto 10: “*Voltamos para a cozinha, Aline fala com a ACS 4 sobre ela ter ficado*

*incomodada e querer me trocar de lugar, ela fala que queria “porque nem sempre o usuário é criminoso”. A ACS 7 concorda com a ACS 4, as ACSs falam que poderiam ter levado o “drogado” no “PSF”, no “hospital” e na “escola” também, mas esse é o primeiro momento em que elas pensam sobre isso, e eu sinto que elas estão apenas racionalizando e formulando um discurso, pois o que elas realmente pensam e acreditam é que o usuário de drogas tem que estar preso, pois os outros dois grupos circularam pelos espaços, mas o “drogado” foi direto para a “cadeia”, uma colocou-o nesse lugar imediatamente, as outras concordaram e nunca mais olharam para ele no momento da dinâmica, parece-me uma questão quase indiscutível para elas”*

Relato 32: “*Pelo que a gente aprendeu na aula passada [no encontro anterior do grupo], eu acho que o certo é ela ficar aqui! Nem sempre o usuário é criminoso*” (ACS 4)

Ou seja: o Relato 32 revela que a possibilidade de alteração do “lugar” do “drogado” pode ser concebida apenas diante das discussões realizadas em encontros anteriores do grupo. Todavia, sinalizando dificuldade em considerar tal possibilidade algo realmente viável, ainda no terceiro encontro do grupo houve um debate sobre a legislação brasileira, por meio do qual foi enfatizado que a mesma, apesar de ainda criminalizar o uso de drogas, atualmente propõe penas alternativas à prisão para usuários. Ocorre que as participantes se posicionaram contrárias às penas alternativas, inclusive no que tange às drogas lícitas, sustentando que a legislação encerra certa garantia de impunidade, como se vê nos Relatos 33, 34, 35 e 36.

Relato 33: “*Eu acho que tem o cigarro e o álcool também, se for para prender, tem que prender todo mundo.*” (ACS 4)

Relato 34: “*Devia prender todo mundo e levar os usuários para tratamento*” (ACS 7)

Relato 35: “*Depois dessa lei todo mundo é usuário, os traficantes sumiram, agora todo mundo é usuário!*” (ACS 6)

Relato 36: “*Agora é assim, a polícia prende, a lei solta*” (ACS 3)

Abordando um outro ponto desta questão, é preciso salientar que a crença de que o “local” da sociedade mais adequado para usuários de álcool outras drogas é a “prisão” aparentemente alimenta o medo e este, por sua vez, a retroalimenta. O sentimento de medo por parte das participantes no contexto da assistência a tal população foi reportado pelas mesmas diversas vezes. E a inserção na comunidade, que é típica do trabalho da ACS e destacado como diferencial no que tange ao potencial de ação em saúde mental por autores como Lancetti e Amarante (2009), foi apontado pelas participantes como fator de vulnerabilidade, conforme o Relato 37 e o Relato 38.

Relato 37: “*Não, eu acho que é uma coisa boa para estar ajudando as pessoas, assim, a gente fica com medo mesmo, né?! O medo eu acho que vai ser difícil de acabar, mas, assim, você tendo força de vontade, às vezes você consegue né? Mas o medo é mais!*”(ACS 5)

Relato 38: “*Mas assim, esse negócio é meio complicado, porque a gente mora no bairro, então na hora de fazer as visitas, a gente está em duas, três, mas um belo dia você se depara sozinha, e aí? Entendeu? Não é que você vai hoje e depois ‘tchau’!*

*Que você só vai dar as caras acompanhada, um belo dia você vai estar sozinha”*

(ACS 6)

Ressalte-se que, no que tange ao medo, a licitude das SPAs parece ser determinante para as participantes. Ocorre que as mesmas experimentam certa persecutoriedade por entenderem que a comunidade compreenda a atividade profissional que desempenham como uma “trabalho de denúncia” frente às práticas inadequadas realizadas naquele território. Os Relatos 39, 40, 41 e 42, apresentados no quarto encontro do grupo, o ilustram. A propósito, é válido mencionar que ACSs que participaram de outros estudos também reportaram sentimentos semelhantes. Não obstante, parece razoável propor que as participantes do presente estudo talvez se sintam dessa forma por estarem se relacionando com a comunidade de modo vertical, reivindicado o papel de portadoras de conhecimentos técnicos em saúde que devem ser repassados e fiscalizados, tal qual já fora evidenciado no estudo de Galavote, Prado, Maciel e Lima (2011).

Relato 39: “É igual mãe que tem criança e às vezes deixa atrasar as vacinas, aí a gente vai e pede para olhar o cartãozinho de vacina, muitas delas [...] ‘não tem nenhuma atrasada, não’... (ACS 4)

Relato 40: *A gente fala: 1então pega lá que eu quero ver’, porque documento é documento, né?* (ACS 6)

Relato 41: “Aí tá, beleza, aí você pega e tá atrasada, aí chega uma certa hora, ou algum vizinho não sei, vai e fala daquela criança, aí o Conselho [Tutelar] vai lá, acontece do Conselho tomar aquela criança, vai achar que foi a gente...” (ACS 4)

Relato 42: “*Porque assim, a gente fica com medo da pessoa ficar chateada com a gente, alguma coisa assim, tipo, partir alguma denúncia e ele desconfiar da gente né?*”(ACS 3)

Os Relatos em questão evidenciam que a persecutoriedade das participantes é um fenômeno generalizado. Contudo, as mesmas destacara que, com relação aos usuários de álcool e outras drogas, principalmente com drogas ilícitas, existem agravantes devido à periculosidade que lhes é atribuída, como se vê no Relato 43 e no Relato 44. Diante do exposto, é possível concluir que, aparentemente mais do que ausência de capacitação por parte das participantes ou da ausência de desejo por parte dos usuários, o que enseja maiores dificuldades à oferta de cuidados em saúde a tal população é uma indisponibilidade marcante, a qual, por sua vez, é determinada, sobretudo, pelo medo.

Relato 43: “*Os drogados têm mais maldade de vingança, e se tiver alguma denúncia vão logo pensar que foi a gente*” (ACS 6)

Relato 44: “*Porque a gente ainda estar oferecendo uma coisa boa para eles e eles quererem retribuir com o mal? Uai, porque eu acho que quando a pessoa, o usuário, ele não raciocina muito bem não, ele não vai entender que você está ali, ele vai entender que você está querendo intrometer na vida dele e quem é você para intrometer na vida dele?*” (ACS 6)

### 6.3 As drogas tornadas ilícitas e a desassistência aos usuários

Com o intuito de complementar a exploração dos três campos de sentido afetivo-emocional capturados no *corpus*, considerou-se relevante abordar as implicações subjetivamente estabelecidas pelas participantes entre a licitude – ou ausência de – das SPAs e a assistência em saúde oferecida aos usuários. Ocorre que tais implicações aparentemente são determinantes no imaginário coletivo das mesmas, na medida em que podem, inclusive, permear a dimensão afetivo-emocional inconsciente de suas condutas profissionais frente a essa população. Porém, é preciso esclarecer que o presente segmento do texto se afigura como uma espécie de adendo, de forma que não se trata de um novo campo de sentido afetivo-emocional, até mesmo porque não encerra uma linha de significação adicional.

Feito esse esclarecimento, é válido reforçar que, em diversos momentos do grupo, se tornou evidente a tendência à adoção, por parte das participantes, de uma “distância de segurança” frente às pessoas que fazem uso de SPAs. Esse “cuidado”, na subjetividade grupal, se justificaria diante dos riscos decorrentes da suposta associação do consumo de álcool e outras drogas, sobretudo drogas ilícitas, com a criminalidade. E o que se deflagrou neste microcosmo – o espaço do grupo – pode ser considerado a reprodução do que se assiste no macrocosmo, ou seja, na sociedade como um todo. Afinal, historicamente se construiu o pânico social no que tange à questão das drogas, pois somos cotidianamente educados para temer as SPAs e aquele que as utilizam.

Os reflexos simbólicos da transformação histórica de certas SPAs em drogas ilícitas se fazem perceber no imaginário coletivo da sociedade como um todo. Os encontros do grupo realizado com as participantes do presente estudo o evidenciam, bem como colocam em relevo os importantes prejuízos na assistência em saúde prestada aos usuários que podem emergir como desdobramento da ilicitude. Deve-se admitir que, como já mencionado

anteriormente, no campo das políticas públicas sobre a questão do álcool e outras drogas, não há um posicionamento unívoco. Ao contrário, na atualidade existem profundas ambivalências, as quais repercutem, sobretudo, no imaginário coletivo dos profissionais de saúde. Tais ambivalências podem ser constatadas no conflito que se estabelece entre movimentos proibicionistas e anti-proibicionistas, o qual muitas vezes se dá não apenas nas políticas públicas, mas também nos posicionamentos individuais.

Os movimentos proibicionistas são frutos da chamada “guerra contra as drogas”, cujo objetivo principal reside em erradicar totalmente a produção, a comercialização e o uso de SPAs ilícitas. Esta questão também já foi discutida anteriormente, inclusive enfatizando-se a ineficácia do proibicionismo para o enfrentamento da questão das drogas, posto que, embora se justifique sob o pretexto de preservar a saúde e a vida, o que se observa na prática é que se trata de uma ideologia promotora de violências, estigmas e mortes. É nesse sentido que Karam (2009) sustenta que

Essa “guerra”, como já pude ressaltar, não é uma “guerra apenas contra as drogas”, dirigindo-se, sim, como quaisquer guerras, contra pessoas, aqui contra as pessoas dos produtores, distribuidores e consumidores das substâncias e matérias primas proibidas [...] O agigantamento do poder punitivo passa a se moldar por um parâmetro bélico, acrescentando às ideias sobre o “criminoso” – tradicionalmente visto como “delinquente”, o “mau”, o “outro” – e o seu papel de “bode expiatório” o ainda mais excludente perfil do “inimigo”, a “não pessoa” a quem são negados direitos reconhecidos aos demais indivíduos (p. 5).

A autora suprmencionada apresenta uma análise detalhada acerca da legislação brasileira sobre drogas, bem como dos tratados internacionais, cujo principal expoente é a Convenção de Viena de 1988, que estabelece o objetivo de “um mundo sem drogas”. Nesse movimento, destaca o caráter utópico de tal objetivo diante da relação histórica da humanidade com SPAs. Além disso, assevera também que atualmente se atribuiu às drogas o título de “maior inimigo público”, sendo que, assim, sob o pretexto de proteção da segurança e saúde pública, uma gama de direitos individuais dos usuários é desrespeitada de variadas formas, como por meio da construção de leis abusivas no que tange às penalizações pelo uso, por exemplo. O fato de que, no Brasil, a pena para o tráfico de drogas é maior do que a destinada àqueles que cometem homicídios é emblemática.

Outro ônus social das drogas tornadas ilícitas à sociedade se evidencia quando da delimitação de “populações matáveis”. O delegado da Polícia Civil do Rio de Janeiro Orlando Zaccone problematiza tal fenômeno ao asseverar que certas mortes provocadas por ações policiais são consideradas justificáveis quando as vítimas apresentam histórico de envolvimento com o tráfico de drogas. Ocorre que, uma vez atribuído às drogas o lugar social de principal “inimigo público”, se tornam legítimas ações violentas, paradoxalmente para restaurar a paz e segurança pública. Nas palavras do delegado, que também é secretário-geral brasileiro da *Law Enforcement Against Prohibition*

No Brasil, de acordo com dados da Anistia Internacional, em 2011, só nas cidades do Rio de Janeiro e São Paulo, se matou mais do que em todos os países que têm pena de morte autorizada. Todas essas mortes provocadas por ações policiais pelo sistema penal têm como marca de legitimidade a condição do morto como traficante. Então, esta guerra produz letalidade, encarceramento em massa de pessoas que são as mais vulneráveis do extrato

social. É uma guerra injusta e há muito tempo incentivada, apoiada e produzida pelo Estado brasileiro<sup>14</sup>.

Para além dos dados concretos da violência que esta “guerra contra as drogas” provoca, é possível pensar em suas ressonâncias simbólicas, que não parecem menos violentas simbolicamente. Quando o Estado e órgãos públicos como as polícias elegem uma linha de ação bélica frente às drogas, e posteriormente a mídia as divulga de forma alarmista e espetacular, ressoa na sociedade a crença de que esta é uma guerra a ser lutada por todos, como se houvesse um inimigo contra o qual todos estão convocados a se posicionar no *front* de batalha. E o que se observa cotidianamente é que a maior parte da população responde de forma assertiva a este conclave, pois as ações de repressão, independente do nível de violência utilizada, tendem a ser amplamente apoiadas, sendo que as mortes noticiadas eventualmente são celebradas como conquistas de guerra.

Todavia, quando se aborda a questão das drogas e se pensa em estratégias violentas de enfrentamento, a proposta recai também, e principalmente, sobre as pessoas que estão envolvidas neste contexto, sejam elas produtoras, distribuidoras ou usuárias. Isso oferece um contorno complexo à situação, e fomenta o surgimento da figura do usuário enquanto mera vítima de um terrível mal. A este são reservados sentimentos de piedade, ao passo que aos produtores e distribuidores restam os sentimentos negativos, como a indignação e a raiva. E a piedade conduz a tentativas de salvação que também podem ser violentas, ao passo que não respeitam os direitos individuais de escolha e autonomia do cidadão e motivam ações repressivas e proibitivas.

Porém, nem mesmo a legislação ou a sociedade como um todo conseguem tornar clara a distinção entre usuários e traficantes. Isso porque tal divisão encerra um evidente

---

<sup>14</sup> A entrevista em questão se encontra disponível no site <http://www.brasildefato.com.br/node/12844#.UYqjLFBYswY>

maniqueísmo, parecendo ser apenas mais uma ficção criada pelos expoentes da “guerra contra as drogas” no afã de conquistar maior número de simpatizantes da causa. Karam (2009) busca desconstruir esse maniqueísmo que o sistema criminalizador e proibitivo tenta propagar, sendo que, em sua argumentação, se resplada na lógica de mercado e do próprio sistema capitalista vigente em nossa sociedade

Ouvem-se, até mesmo, indignadas manifestações contra o fato dos “traficantes explorarem o vício” dos compradores de suas mercadorias. Ora, em uma formação social capitalista, em que o lucro há de ser o objetivo essencial de qualquer empreendimento empresarial, por que haveria de exigir que produtores e fornecedores de substâncias psicoativas se abstivessem de lucrar, em atenção ao bem-estar de consumidores? Aliás, por que essa indignação não se transfere para os produtores e comerciantes de bebidas? Ou, por que as atividades das indústrias farmacêuticas, que extraem lucros da doença, não são objetos de indignação? Ou, ainda, atividades de banqueiros, extraindo lucro das dificuldades econômicas de quem deve recorrer a empréstimos, até mesmo para poder ter um lugar onde morar? (p. 43).

O que é importante destacar é que todo este estado de coisas parece acirrar os conflitos daqueles que se propõe ou se veem diante da necessidade de oferecer assistência em saúde às pessoas que fazem uso de SPAs. Especificamente entre as participantes do presente estudo, isso ficou claro nos encontros do grupo. Toda a carga moral agregada ao tema, a qual transpareceu durante os debates, tem levado as mesmas a experimentar grande dificuldade de abertura no encontro com tal população. Afinal, a partir do momento em que todos são

convidados a ocupar a posição de soldados na “guerra contra as drogas”, e na medida em que o uso de certas SPAs é criminalizado na realidade brasileira, o posicionamento frente aos usuários tende a ser o de fiscalização, denúncia e reparação. E tal posicionamento, como se pode constatar, permeia o imaginário coletivo das participantes acerca da questão “álcool e outras drogas”. Porém, trata-se de uma situação que incorre em diversos riscos, já que transgressores não admitem fiscalizadores e denunciadores próximos. Assim, a desassistência se constrói como uma saída plausível..

A dessassistência e o estabelecimento de uma “distância de segurança” que a sustenta, por sua vez, perpetua o desconhecimento acerca do tema. Logo, criam-se condições favoráveis para a idealização de ações que, na maior parte das vezes, não fazem sentido para os usuários. Ou seja: trata-se de um sistema meticulosamente articulado para fracassar. Mas é interessante observar que este sistema busca respaldar-se no objetivo de proteção da saúde pública. Entretanto, a ilicitude relega à clandestinidade a produção de certas SPAs, o que de antemão impede qualquer controle de qualidade das mesmas e potencializa o risco de agravos à saúde. A criminalização do uso também repercute sobre as condições em que o mesmo se dá, muitas vezes em situações precárias de higiene e de maior exposição à difusão de múltiplas doenças (Karam, 2009).

Em síntese: os preconceitos relacionados ao uso de SPAs e alimentados pelo discurso criminalizador, além de distanciar os profissionais de saúde dos usuários, também dificulta a busca, por parte dos mesmos, de assistência em saúde quando esta se faz necessária. Outra consequência é o isolamento social e a marginalização desta população, o que sem dúvida pode acarretar sofrimento psíquico e possível aumento da demanda e abuso de SPAs. Diante do exposto, torna-se imperativo a reflexão acerca de novos modelos, mais racionais e menos moralistas, para o enfrentamento da questão do uso/abuso de álcool e outras drogas, visto que a ilicitude e a o proibicionismo não apenas têm se mostrado ineficazes, mas também

promotores de outros problemas. Os resultados do presente estudo o ilustram de variadas formas, na medida em que se observou o estabelecimento de um marcante distanciamento por parte das participantes em relação aos usuários.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da captação dos campos de sentido afetivo-emocional denominados (1) “Os passos no caminho das pedras”; (2) “Do maldito ao não-dito” e (3) “Culpados ou vítimas?”, os resultados reportados fornecem elementos para a compreensão do imaginário coletivo de ACSs de uma unidade da ESF em relação à temática do uso/abuso de álcool e outras drogas, de modo que se pode propor que o presente estudo atingiu seu objetivo. Não obstante, é preciso salientar que as opções metodológicas privilegiadas – principalmente o recurso a um grupo psicanalítico de discussão como *locus* para a construção dos dados – proporcionaram a exploração de diversos eixos de análise, sendo que a leitura interpretativa do *corpus* preteriu alguns deles em detrimento de outros possíveis. Tal recorte se fez necessário diante do grande volume de dados construídos e foi determinado, sobretudo, pela implicação da pesquisadora com a temática do estudo.

Dessa forma, opto por retomar nestas Considerações Finais a primeira pessoa do singular para reforçar que, como já mencionado nas Palavras Iniciais, meu percurso profissional e acadêmico me auxiliou a construir uma relação afetiva e ideológica significativa com a temática do uso/abuso de álcool e outras drogas, sobretudo com os cuidados em saúde nesse contexto. Certamente por conta dessa relação, no desenvolvimento do grupo experimentei uma série de sensações, as quais oscilaram da raiva, nos momentos em que se deflagrou a desassistência e um conjunto de preconceitos – presentes na sociedade em geral – acerca dos usuários, à esperança, quando foi observada a emergência de um interesse sincero por parte das participantes em buscar uma maior compreensão sobre o assunto.

Entendo que se faz necessário destacar as sensações que experimentei tendo em vista que reconhecê-las permitiu a identificação de um resultado do presente estudo que talvez não pudesse ser vislumbrado com clareza de outra forma. Trata-se da delimitação de um possível

caminho a se construir com profissionais de saúde, e não apenas ACSs, para na perspectiva da sensibilização em relação à temática do uso/abuso de álcool e outras drogas. Ocorre que o grupo psicanalítico de discussão proporcionou às participantes acolhimento, escuta generosa e empatia, o que parece ter favorecido a criação conjunta de um espaço de confiança no qual fantasias, preconceitos, medos e desejos puderam encontrar vazão, ainda que parcial. Nesse sentido, recomenda-se o emprego de grupos psicanalíticos de discussão como *locus* para a construção de dados em estudos posteriores sobre o assunto, principalmente com outros profissionais de saúde, bem como para o desenvolvimento de práticas voltadas à sensibilização em relação à temática do uso/abuso de álcool e outras drogas.

Apesar das aspirações acadêmicas, me identifico como uma profissional da assistência e militante das propostas do SUS e da lógica de redução de danos. Mas não apenas por esse motivo, e sim principalmente pela experiência decorrente da realização do presente estudo, tenho a convicção de que as políticas públicas sobre álcool e outras drogas poderão se efetivar apenas por meio da afetação singular dos profissionais de saúde. O fato é que foi construído um distanciamento histórico entre “as pessoas de bem” e tudo aquilo que envolve as questões relacionadas às drogas devido, sobretudo, ao pânico social já mencionado. Sendo assim, a criação de espaços acolhedores para os profissionais de saúde discutir o assunto sem julgamentos se fazem muito importantes para que os mesmos possam entrar em contato com suas crenças, questioná-las e quiçá modifica-las, construindo, como consequência, uma nova relação tanto com a temática das drogas quanto com as pessoas que de alguma forma estão envolvidas com as mesmas, sejam elas traficantes, usuários ou profissionais de saúde que se prestam a oferecer um cuidado não coercitivo.

Mais especificamente, as reflexões empreendidas no presente estudo também poderão auxiliar no trabalho da psicologia na Estratégia Saúde da Família, enquanto profissional responsável pelo matriciamento em Saúde Mental da equipe. Afinal, apontam para um

caminho que pode ser trilhado no desenvolvimento de ações possíveis. Contudo, é preciso salientar que o presente estudo, como qualquer outro que tenha privilegiado uma abordagem qualitativa, não subsidia generalizações estatísticas, mas sim naturalísticas, sendo que, para tanto, exige do leitor associações entre os resultados ora reportados e suas próprias experiências e estudos sobre o assunto. Além disso, um outro limite do presente estudo foi determinado pela escassez de pesquisas que tratam do trabalho desempenhado por ACSSs no campo da saúde mental e, principalmente, junto a usuários de álcool e outras drogas. Tal fato restringiu as possibilidades de cotejamento dos resultados obtidos a partir de sua confrontação com aqueles reportados por outros estudos com os quais este estabelece intersecções.

## REFERÊNCIAS

- Aiello-Vaisberg, T. M. J. (1999). *Encontro com a loucura: Transicionalidade e ensino da psicopatologia*. Tese de livre docência. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP.
- Aiello-Vaisberg, T. M. J., Montezi, A.V., Tachibana, M., & Zia, K. P. (2011). A gravidez precoce no imaginário coletivo de adolescentes. *Psicologia: Teoria e Prática*, 12 (1), 85-96.
- Araújo, M. R. N., & Assunção, R. S. (2004). A atuação do Agente Comunitário de Saúde na promoção da saúde e na prevenção de doenças. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57 (1), 18-25.
- Barros, M. M. M. A., Chagas, M. I. O., & Dias, M. S. A. (2009). Saberes e práticas do agente comunitário de saúde no universo do transtorno mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14 (1), 227-232.
- Benevides, R., & Passos, E. (2010). Afinal, é possível uma outra política de drogas para o Brasil? In: Lima, E., Ferreira, J. L & Aragon, L. E. (Orgs.), *Subjetividade contemporânea: Desafios teóricos e metodológicos* (pp. 61-70). Curitiba: CRV.
- Bleger, J. (1989). *Psicologia da conduta*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bornstein, V. J., & Stotz, E. N. (2008). Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: Uma revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13 (1), 259-268.

Brasil. Presidência da República. Gabinete de Segurança Institucional. Secretaria Nacional Antidrogas. (2001). *Política Nacional Antidrogas*. Brasília: Autor.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2001). *Guia prático do Programa Saúde da Família*. Brasília: Autor.

Brasil. Ministério da Saúde. (2001). *Relatório final da oficina de trabalho para discussão do plano nacional de inclusão das ações de saúde mental na atenção básica*. Brasília: Autor.

Brasil. Ministério da Saúde. (2003). *Política para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas*. Brasília: Autor.

Brasil. Conselho Nacional Antidrogas. Gabinete de Segurança Institucional. (2005). *Política Nacional sobre Drogas*. Brasília: Autor.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. (2006) *Portaria nº 648*. Brasília: Autor.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. (2009). *Portaria nº 1.190*. Brasília: Autor.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2010). *Abordagens terapêuticas a usuários de cocaína/crack no Sistema Único de Saúde*. Brasília: Autor.

Burgierman, D. R. (2011). *O fim da guerra: A maconha e a criação de um novo sistema para lidar com as drogas*. São Paulo: Leya.

Cavalcante, C. M., Pinto, D. M., Carvalho, A. Z. T., Jorge, M. S. B. & Freitas, C. H. A. (2011). Desafios do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Promoção da Saúde*, 24 (2), 103-108.

Cardoso, A. S., & Nascimento, M. C. (2010). Comunicação no Programa Saúde da Família: O agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15 (1), 1509-1520.

Conoletti, B., & Soares, C. B. (2005). Programas de prevenção ao consumo de drogas no Brasil: uma análise da produção científica de 1991 a 2001. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 16 (9), 115-129.

Conte, M., Oliveira, C. S., Henn, S. C. & Woff, M. P. (2007). Consumismo, uso de drogas e criminalidade: riscos e responsabilidades. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 27 (1), 94-105.

d'Allonnes, C. R. (2004). Psicologia clínica e procedimento clínico (L. Yazigi, Trad.). In Giami, A. & Plaza, M. (Orgs.), *Os procedimentos clínicos nas Ciências Humanas* (pp. 17-34). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Duarte, L. R., Silva, D. S. J. R., & Cardoso, S. H. (2007). Construindo um programa de educação com agentes comunitários de saúde. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, 23 (11), 439-447.

Emílio, S. A. (2010). O grupo psicanalítico de discussão como dispositivo de aprendizagem e compartilhamento. *Vínculo*, 7 (2), 35-43.

Feneric, S. R. G., Pereira, W. A. B., & Zeoula, F. M. (2004). Saúde mental e programa de saúde da família: Percepções do agente comunitário de saúde. *Psicologia Hospitalar*, 2 (2), 00-00.

Fernandes, W. J. (2000). A importância dos grupos hoje. *Revista da SPAGESP*, 4 (4), 83-91.

Landi Filho, D., Araújo, O. D. S., Cavalcante, R. O., Mendes, S. S., & Miranda Junior, U. J. P. (2009). Redução de Danos e estratégia saúde da família: conhecimento de profissionais de saúde em três regionais do DF/Brasil. *Comunicação em Ciências da Saúde*, 20 (4), 299-306.

Granato, T. M. M., Tachibana, M., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2011). Narrativas interativas na investigação do imaginário coletivo de enfermeiras obstétricas sobre o cuidado materno. *Psicologia & Sociedade*, 23, n. spe., 81-89.

Galavote, H. S., Prado, T. N., Maciel, A. L. N., & Lima, R. C. D. (2011). Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (1), 231-240.

Jorge, J. S., & Corradi-Webster, C. M. (2012). Consultório de rua: Contribuições e desafios de uma prática em construção. *Saúde & Transformação Social*, 3 (1), 39-48.

Karam, M. L. (2009). *Proibições, riscos, danos e enganos: As drogas tornadas ilícitas*. Rio de Janeiro: Lumens Juris.

Lancetti, A. (2007). *Clínica peripatética*. São Paulo: Hucitec.

Lancetti, A. & Amarante, P. (2009). Saúde mental e saúde coletiva. In: Campos, G. W. S., Minayo, M. C. S., Akerman, M., Drumond Junior, M., & Carvalho, Y. M. (Orgs.), *Tratado de saúde coletiva* (pp. 615-634). São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Editora Fiocruz.

Lanzoni, G. M. M., & Meirelles, B. H. S. (2010). Vislumbrando a rede complexa de relações e interações do agente comunitário de saúde. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 11 (2), 140-151.

Machado, A. R. (2006). *Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública: Um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas*. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG.

Machado, A. R., & Miranda, P. S. C. (2007). Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: Da Justiça à Saúde Pública. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 14 (3), 801-821.

Martines, W. R. V., & Chaves, E. C. (2007). Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41 (3), 426-433.

Marzari, C. K., Junges, J. R., & Sellli, L. (2011). Agentes comunitários de saúde: Perfil e formação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (1), 873-880.

Melo, M. B., Brant, L. C., Oliveira, L. A., Santos, A. P. S. (2010). Qualificação de agentes comunitários de saúde: Instrumento de inclusão social. *Trabalho, Educação e Saúde*, 7 (3), 463-477.

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

Minayo, M. C. S. (2012). Análise qualitativa: Teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17 (3), 621-626.

Montezi, A. V., Zia, K. P., Tachibana, M. & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2011). Imaginário coletivo de professores sobre o adolescente contemporâneo. *Psicologia em Estudo*, 16 (2), 299-305.

Neumann, A. P., Cardoso, C., & Oliveira, S. (2011). Experiência da Psicologia na Estratégia Saúde da Família. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31 (4), 869-879.

Nunes, Trad, Almeida, Homem e Melo (2002). O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cadernos de Saúde Pública*, 18 (6), 1639 – 1646.

Peres, C. R. F. B., Caldas Junior, A. L., Silva, R. F., & Marin, M. J. S. (2011). O Agente Comunitário de Saúde frente ao processo de trabalho em equipe: Facilidades e dificuldades. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45 (4), 905-911.

Queiroz, I. S. (2007). Adoção das ações de redução de danos direcionadas aos usuários de drogas: Concepções e valores de equipes do Programa de Saúde da Família. *Pesquisas e Práticas Sociais*, 2 (1), 152-164.

Santos, L. F. B., & David, H. M. S. L. (2010). Percepções do estresse no trabalho pelos agentes comunitários de saúde. *Revista de Enfermagem da UERJ*, 19 (1), 52-57.

Silva, J. A. & Dalmaso, A. S. W. (2002). O agente comunitário de saúde e suas atribuições: Os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, 10 (6), 75-96.

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. Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG.

Silveira, D. X. & Moreira, F. G. (2006). Reflexões preliminares sobre a questão das substâncias psicoativas. In D. X. Silveira & F. G. Moreira (Orgs.), *Panorama atual de drogas e dependências* (pp. 3-7). São Paulo: Atheneu.

Souza, J. & Kantorsky, L. P. (2007) Embasamento político das concepções e práticas referentes às drogas no Brasil. *Revista Eletrônica Saúde Mental, Álcool e Drogas*, 3 (2), 1-16.

Trad, S. (2009). Controle do uso de drogas e prevenção no Brasil: Revisitando sua trajetória para entender os desafios atuais. In Nery Filho, A. (Org.), *Toxicomanias: Incidências clínicas e socioantropológicas*. (pp. 97-112). Salvador: EdUFBA.

Tomaz, J.B.C. (2002). O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, 10 (6), 75-94.

United Nations Oficce on Drugs and Crime (2012). *World Drug Report 2012*. Recuperado em 15 dezembro de 2012, de: [http://www.unodc.org/documents/lpobrazil//Topics\\_drugs/WDR/2012/WDR\\_2012\\_Sumario\\_Executivo\\_PORT.pdf](http://www.unodc.org/documents/lpobrazil//Topics_drugs/WDR/2012/WDR_2012_Sumario_Executivo_PORT.pdf)

Ursine, L. B. , Trelha, C. S., & Nunes, E. F. P. A. (2010). O Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família: Uma investigação das condições de trabalho e da qualidade de vida. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 122 (35), 327-339.

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

**Anexo A****Autorização institucional da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia****DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE**

Declaro estar ciente que o Projeto de Pesquisa “A atenção básica em saúde na assistência a usuários de álcool e outras drogas: o imaginário coletivo de agentes comunitários de saúde”, será avaliado por um Comitê de Ética em Pesquisa e concordar com o parecer ético emitido por este CEP, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Esta Instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Autorizo os(as) pesquisadores(as) Aline Fernandes Alves e Rodrigo Sanches Peres realizarem grupos psicanalíticos de discussão com agentes comunitários de saúde de uma unidade do Programa Saúde da Família, com o intuito de pesquisar o imaginário coletivo destas profissionais acerca da dependência química, utilizando-se da infra-estrutura desta Instituição.

Dr. Marco Túlio Ferreira  
Médico – Coordenador da Atenção Primária à Saúde  
Secretaria Municipal de Saúde



Marco Túlio Ferreira  
Médico – Coordenador da Atenção Primária à Saúde  
Secretaria Municipal de Saúde

Data: 16/12/2012

## Anexo B

### Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
UBERLÂNDIA/MG



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A atenção básica em saúde na assistência a usuários de álcool e outras drogas: o imaginário coletivo de agentes comunitárias de saúde

**Pesquisador:** Rodrigo Sanches Peres

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 07227812.2.0000.5152

**Instituição Proponente:** Instituto de Psicologia - UFU

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 160.375

**Data da Relatoria:** 07/12/2012

##### Apresentação do Projeto:

Segundo o protocolo, o projeto tem como objetivo compreender o imaginário coletivos de agentes comunicatários de saúde (ACS)acerca da dependência química e temas relacionados, numa realidade de uma unidade do Programa Saúde da Família (PSF), no setor leste de Uberlândia/MG, por intermédio de um procedimento essencialmente psicanalítico.

##### Objetivo da Pesquisa:

O objetivo do protocolo é "compreender o imaginário coletivo das agentes comunicatárias de saúde de um programa saúde da família acerca da dependência química e temas relacionados".

E como objetivos específicos: "compreender o imaginário coletivo das ACS em relação: às substâncias psicoativas; aos usuários de álcool e outras drogas; à prática profissional junto aos usuários de álcool e outras drogas e as políticas públicas que, em tese, devem fundamentar tal prática".

##### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Diz o protocolo que os riscos serão minimizados para a preservação da identidade dos sujeitos da pesquisa. E destaca os benefícios que serão no aprimoramento da assistência aos usuários de álcool e outras drogas.

##### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A estratégia metodológica desta investigação adota a abordagem qualitativa, por intermédio do método psicanalítico, com a intenção de apreender os significados de compreender, interpretar e

**Endereço:** Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica

**Bairro:** Santa Mônica **CEP:** 38.408-144

**UF:** MG **Município:** UBERLÂNDIA

**Telefone:** (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

dialetizar, as conceções, valores, crenças, hábitos, atitudes e opiniões. Apresenta o plano de recrutamento dos sujeitos da pesquisa, com os seus critérios de inclusão e exclusão, e define a amostra em torno de sete sujeitos, conforme o protocolo.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Encontram-se devidamente adequados.

**Recomendações:**

Nenhuma recomendação prevista.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não são identificadas pendências neste protocolo.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Data para entrega de Relatório Final: fevereiro de 2014.

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

**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 da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), 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 requeiram 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 e ANVISA junto com seu posicionamento.

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica		
Bairro: Santa Mônica	CEP: 38.406-144	
UF: MG	Município: UBERLÂNDIA	
Telefone: (34)3239-4131	Fax: (34)3239-4335	E-mail: cep@propp.ufu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
UBERLÂNDIA/MG

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, conforme norma.

UBERLÂNDIA, 30 de Novembro de 2012

---

Assinador por:  
Sandra Terezinha de Farias Furtado  
(Coordenador)

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica  
Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144  
UF: MG Município: UBERLÂNDIA  
Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4335 E-mail: cep@propp.ufu.br

## Apêndice A

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada **“A atenção básica em saúde na assistência a usuários de álcool e outras drogas: o imaginário coletivo de agentes comunitárias de saúde”**, sob a responsabilidade dos pesquisadores Rodrigo Sanches Peres e Aline Fernandes Alves. Nesta pesquisa nós estamos buscando compreender de que forma as agentes comunitárias de saúde de um Programa Saúde da Família compreendem a dependência química e temas relacionados.

Na sua participação, você deverá frequentar sete encontros de um grupo, no qual serão discutidos temas relacionados à dependência química e ao tratamento oferecido a esta clientela, principalmente nas unidades de saúde de atenção primária. Os encontros do grupo terão frequência semanal, cerca de uma hora de duração, ocorrerão em datas e horários a agendar de comum acordo e serão realizados em seu próprio local de trabalho. Os encontros do grupo serão gravados em áudio e posteriormente este material será transcrito para análise. Todavia, após a conclusão da pesquisa todo o material (áudio e transcrição) será descartado.

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

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

O risco desta pesquisa consiste em, por motivos alheios aos pesquisadores, haver a identificação dos participantes. Os benefícios da participação desta pesquisa consistirão na obtenção de subsídios para o aprimoramento da assistência a usuários de álcool e outras drogas, bem como 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 os pesquisadores: Universidade Federal de Uberlândia, fone 34-32182182.

Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos: Universidade Federal de Uberlândia – Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, Campus Santa Mônica – Uberlândia – MG, CEP 38408-100; fone 34-32394131.

Uberlândia, ..... de ..... de 20.....

---

Assinatura dos pesquisadores

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

---

Participante da pesquisa

**Apêndice B**

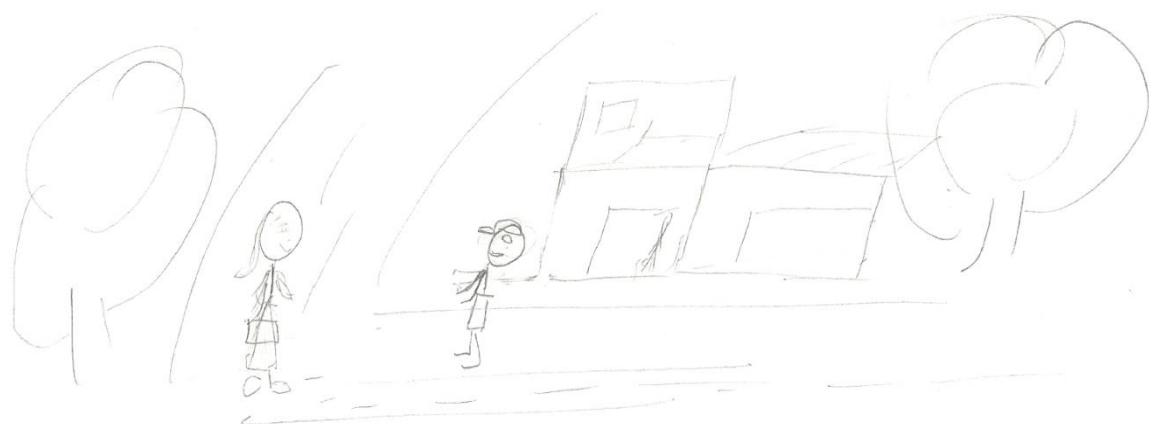
Produções gráficas individuais obtidas a partir da aplicação do Desenho-Estória com Tema



Desenho 4: “*Dê valor à sua vida*”



Desenho 5: “Uma família diferente”



Desenho 6: “Caminho da vida”



Desenho 7: “Bebendo todas”

## Apêndice C

Produção gráfica coletiva obtida a partir da aplicação da “Dinâmica do Zé Drogado”



Legenda: “Se sente só, infeliz e quer uma companheira”, “Bebo para passar o tempo” e “Um dia paro de beber e fumar” (em sentido horário, a partir do balão de diálogo à esquerda)