



REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ – UECE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA
Av. Paranjana, nº 1700 – *Campus* do Itaperi – CEP: 60740-000 Serrinha
Fortaleza – Ceará – Brasil. Fone: (85) 3292-7413



ANA CYBELE PEIXOTO DE ANDRADE

**ÁLCOOL E CRACK: OS DESAFIOS À PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE**

FORTALEZA
MARÇO- 2014

ANA CYBELE PEIXOTO DE ANDRADE

ÁLCOOL E *CRACK*: OS DESAFIOS À PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família, Nucleadora Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família, modalidade Profissional.

Área de Concentração: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Patrícia Pereira Morais

FORTALEZA
MARÇO - 2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Estadual do Ceará
Biblioteca Central Prof. Antônio Martins Filho
Bibliotecário responsável – Francisco Welton Silva Rios – CRB-3/919

A553a Andrade, Ana Cybele Peixoto de
 Álcool e *crack*: os desafios à produção do cuidado na atenção primária à saúde / Ana Cybele Peixoto de Andrade . -- 2014.
 CD-ROM. 108 f. : il. (algumas color.) ; 4 ¾ pol.

 “CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm)”.

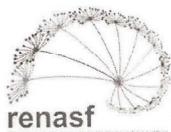
 Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fortaleza, 2014.

 Área de Concentração: Saúde da Família.

 Orientação: Prof.^a Dr.^a Ana Patrícia Pereira Moraes.

 1. Atenção primária à saúde. 2. Saúde mental. 3. Abuso de substâncias psicoativas. 4. Drogas lícitas. 5. Drogas ilícitas. I. Título.

CDD: 362.29



REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE FAMÍLIA- Renasf
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ- UECE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA – MPSF
Av. Paranjana, nº 1700 – Campus do Itaperi – CEP: 60740-000 Serrinha
Fortaleza – Ceará – Brasil. Fone: (85) 3292-7413



FOLHA DE AVALIAÇÃO

Título da dissertação: **ÁLCOOL E CRACK: os desafios à produção do cuidado na atenção primária à saúde.**

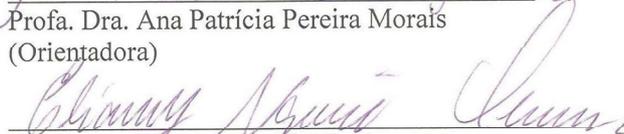
Nome da Mestranda: **Ana Cybele Peixoto de Andrade.**

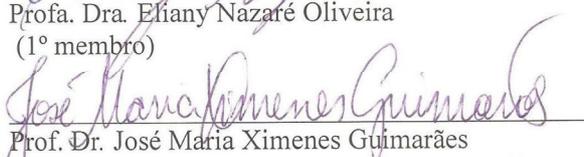
Nome do Orientador: **Profa. Dra. Ana Patricia Pereira Moraes.**

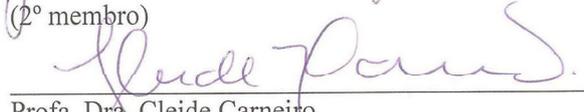
DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA- MPSF/Renasf, COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE DA FAMÍLIA, ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA.

BANCA EXAMINADORA:


Profa. Dra. Ana Patricia Pereira Moraes
(Orientadora)


Profa. Dra. Eliany Nazaré Oliveira
(1º membro)


Prof. Dr. José Maria Ximenes Guimarães
(2º membro)


Profa. Dra. Cleide Carneiro
(Suplente)

Data da defesa: 24/03/2014

*Aos profissionais da Estratégia de Saúde da Família, usuários abusivos
de drogas e seus familiares.*

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, que me conduziu por este caminho.

A minha orientadora, Prof.^a **Dr.^a Ana Patrícia**, por suas contribuições a pesquisa, por ser esta pessoa simples e amiga, principalmente por sua calma, contendo meus vários momentos de angústia e ansiedade. Obrigada.

A meu amigo e mestre, Prof. **Dr. José Maria**, por haver acreditado no meu projeto ainda no curso de Especialização e por ter me incentivado no decorrer de todo o mestrado. Professor, eu não teria conseguido sem seu apoio. Enquanto vida tiver, agradeço!

Aos meus pais, **Raimundo Arrais e Maria Edeuza**. Meu Deus! A estes não tenho nem palavras, são meu porto seguro, exemplo de cuidado integral, amor incondicional, dedicação.

A minha irmã, **Ana Raquel**; e sobrinha, **Ana Isa** amores ternos.

A todos **meus amigos do mestrado**, por terem compartilhado comigo reflexões e as experiências no trabalho na Estratégia Saúde da Família; em especial a **Ana Paula, Herta Ribeiro, Joyce de Deus, Lizaldo Maia, Roberta Alves**, por terem me dado o prazer de conviver de maneira mais próxima.

Aos professores do mestrado, pelo apoio, dedicação, delicadeza, respeito, atenção - por terem conduzido tão bem os famosos encontros do PBL.

À **Claudia**, pela dedicação a nossa turma, apoio e presteza.

Aos meus amigos da vida, em especial a **Alexandre Diniz**, que me acompanha desde quando este mestrado ainda era apenas um sonho. Obrigada, amigo, pelo incentivo e a força!

A amigas da equipe NASF, **Lucivânia Sales, Marcicleide Mota e Nívea Nobrega**, por terem me acompanhado com amor nesta caminhada.

Aos profissionais das equipes Saúde da Família e do NASF, por haverem contribuído para esta pesquisa.

*O que se opõe ao descuido e ao
descaso
é o cuidado.
Cuidar é mais que um ato;
é uma atitude.
Portanto,
abrange mais que um momento de
atenção.
Representa uma atitude de
ocupação,
preocupação,
de responsabilização
e de envolvimento afetivo com o
outro.*

LEONARDO BOFF

RESUMO

Andrade, Ana Cybele Peixoto. **ÁLCOOL E CRACK**: os desafios à produção do cuidado na atenção primária à saúde. 2014. 108f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2014.

O uso abusivo de substâncias psicoativas constitui na sociedade brasileira atual um sintoma de uma crise que é transversal, ensejando a necessidade de uma rede de cuidados que desenvolva ações contínuas de saúde, com fundamento na lógica da reforma sanitária e psiquiátrica, para o acompanhamento integral de quem faz uso prejudicial de álcool e outras drogas. A Estratégia de Saúde da Família assume, no cuidado desta população, o papel de acolhimento, formação de vínculo, buscando a responsabilização compartilhada com uma equipe multiprofissional e atenção secundária. Este estudo tem por objetivo analisar as concepções e a produção do cuidado aos usuários abusivos de álcool e *crack* e seus familiares, desenvolvida pelas equipes da atenção primária que atuam na Estratégia de Saúde da Família. Esta é uma pesquisa com abordagem qualitativa, realizada em seis unidades de atenção primária à saúde do Município de Fortaleza-Ceará, com 26 profissionais destas unidades. A análise do material empírico, entrevistas e observação, originaram dois eixos teóricos analíticos: as concepções de cuidado e a produção do cuidado ao usuário abusivo de álcool e *crack*. Os resultados possibilitaram identificar o fato de que os profissionais desenvolvem suas ações segundo implicação pessoal no cuidado do usuário abusivo de álcool e *crack* e seus familiares, demonstrando fragilidade na organização do processo de trabalho das equipes, assim como nas políticas públicas do Município, no que se refere à organização de uma rede de cuidado que garanta uma atenção integral ao usuário abusivo/dependente de drogas. Recomenda-se então, que cada unidade de atenção primária conte com uma equipe multiprofissional, assim como com ações de matriciamento e um contínuo processo de educação permanente, que promova a capacitação dos profissionais para realização de intervenções, com fundamento nas políticas públicas, tendo como produto projetos de intervenções constituídos com base na dinâmica do seu território de atuação.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Saúde Mental. Abuso de Substâncias Psicoativas.

ABSTRACT

Andrade, Ana Peixoto Cybele. **Challenges in the provision of primary care for alcohol and crack addicts in Northeastern Brazil**. 2014. 109f. Dissertation (Professional Master in Family Health). Center for Health Sciences, State University of Ceará, Fortaleza, 2014.

Addiction to psychoactive substances is reaching epidemic proportions in all walks of Brazilian society. This has created a need for a primary care network providing continuous and integral care for alcohol and drug addicts in accordance with the logic of current reforms in health and psychiatry. The Family Health Strategy is a port of entry and bonding for many addicts in which responsibility for the patient is shared between an interdisciplinary team and secondary-level care services. The purpose of this qualitative study was to analyze the concepts and provision of care for patients with alcohol and crack addiction and their families by primary care teams within the framework of the Family Health Strategy in Fortaleza (a state capital in Northeastern Brazil). Twenty-six health professionals from six primary care facilities were interviewed. Using content analysis, two analytical axes were identified: concepts of care and the provision of care for alcohol and crack addicts. The interviewees reported providing care for patients and their families according to their personal concepts of care, indicating a poor level of team work and the absence of public policies capable of sustaining a network of integral care for alcohol and crack addicts. Based on our findings, we suggest the introduction in each primary care facility of an interdisciplinary team, participatory and interdisciplinary health care planning, and permanent education, including training for interventions appropriate for the local context and in harmony with public policies.

Key words: Primary care. Mental health. Abuse of Psychoactive Substances.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 01:	Quantitativo de UAPS, Equipes Completas da ESF e NASF distribuídas por secretarias regionais. Fortaleza, out/ 2013	55
QUADRO 02:	A rede assistencial em saúde mental pública municipal de Fortaleza	56
QUADRO 03:	Definição da UAPS, por bairro de maior apreensão de drogas ilícitas, em cada secretaria regional. Fortaleza, jul/ 2012	57
QUADRO 04:	Funcionários das Unidades de Atenção Primária à Saúde selecionadas em cada secretaria regional. Fortaleza, set/ 2012	59
QUADRO 05:	Caracterização geral dos participantes	105
QUADRO 06:	Caracterização da amostra, por participante	106
QUADRO 07:	Recortes dos núcleos de sentido	65
QUADRO 08:	Categorias gerais de análise	66
QUADRO 09:	Concepções de cuidado ao usuário abusivo de álcool e <i>crack</i> .	66
QUADRO 10:	Modelo de atenção e produção do cuidado aos usuários abusivos de álcool e <i>crack</i>	66
QUADRO 11:	Definição da categoria: Concepções de cuidado ao usuário abusivo de álcool e <i>crack</i>	67
QUADRO 12:	Razões para o uso abusivo de drogas	68
QUADRO 13:	Cuidado prestado aos usuários abusivos de álcool e <i>crack</i> na atenção primária à saúde	72
QUADRO 14:	Definição da categoria: Modelo de atenção e produção do cuidado aos usuários abusivos de álcool e <i>crack</i>	76
QUADRO 15:	Ações desenvolvidas direcionadas ao tema “uso abusivo de álcool e <i>crack</i> ”	77
QUADRO 16:	A (des) responsabilização e seus condicionantes	80
QUADRO 17:	Fluxo dos usuários abusivos de álcool e <i>crack</i> na APS.	85

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ACS	Agentes comunitários de saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS i	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CENEST/SSPDS	Central de Estatística da Secretaria de Segurança Pública em Defesa Social
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CT	Comunidades terapêuticas
EACS	Equipe do Agente Comunitário de Saúde
eCR	Equipes dos Consultórios na Rua
EqSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONGs	Organizações não governamentais
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PEAD	Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas
PND	Política Nacional sobre Drogas
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RD	Redução de danos
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Droga
SR	Secretarias Regionais
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SMES	Sistema Municipal Saúde-Escola
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAA	Unidade de Acolhimento de Adulto

Uai	Unidade de Acolhimento infantojuvenil
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UPAs	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 APROXIMAÇÕES CONCEITUAIS	20
2.1 MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE: PRODUÇÃO DO CUIDADO AOS USUÁRIOS ABUSIVOS DE ÁLCOOL E <i>CRACK</i> .	20
2.2 O USO DE ÁLCOOL E DROGAS ILÍCITAS COMO UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA.	35
2.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO ARTICULADORA DA REDE DE CUIDADO AO USUÁRIO ABUSIVO DE ÁLCOOL <i>CRACK</i> .	47
3 PERCURSO METODOLÓGICO	54
3.1 TIPO DE ESTUDO	54
3.2 CENÁRIO DA PESQUISA	55
3.3 UNIVERSO DA PESQUISA E PARTICIPANTES	57
3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	59
3.5 PROCEDIMENTOS	60
3.5.1 Procedimentos éticos	60
3.5.2 Procedimentos para a coleta de dados	61
3.5.3 Caracterização dos participantes	63
3.6 MÉTODO DE ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	64
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	67
4.1 CONCEPÇÕES DE CUIDADO AO USUÁRIO ABUSIVO DE ÁLCOOL E <i>CRACK</i> .	67
4.1.1 Razões para o uso abusivo de drogas	67
4.1.2 Cuidado prestado aos usuários abusivos de álcool e <i>crack</i> e seu familiar na atenção primária à saúde.	71
4.2 MODELO DE ATENÇÃO E PRODUÇÃO DO CUIDADO	75
4.2.1 Ações desenvolvidas direcionadas ao tema “uso abusivo de álcool e <i>crack</i>”.	76
4.2.2 Modos de organização do cuidado: (des) responsabilização e seus condicionantes.	78
4.2.3 Caminhos percorridos pelos usuários abusivos de álcool e <i>crack</i>: articulação e (des) articulação na gestão do cuidado.	83
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
REFERÊNCIAS	95
APÊNDICE	101
APÊNDICE A ROTEIRO DE ENTREVISTA	102
APÊNDICE B TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	103

APÊNDICE C QUADRO 05 CARACTERIZAÇÃO GERAL DOS PARTICIPANTES	105
APÊNDICE D QUADRO 06 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA POR PARTICIPANTE	106
ANEXOS	108
ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	109

1 INTRODUÇÃO

A segunda metade dos anos 1970 e a década de 1980 foram marcadas por lutas reivindicando mudanças do setor saúde no Brasil, desenvolvidas pelos movimentos de reforma sanitária e de reforma psiquiátrica. Os formuladores de políticas públicas do Brasil, neste período, receberam intensa influência de políticas internacionais. Na área da atenção primária destaca-se a declaração de Alma-Ata (1978), enquanto na saúde mental tem ressaltado a psiquiatria democrática italiana (LANCETTI; AMARANTE, 2009; ANDRADE *et al.*, 2004).

Segundo Gama e Campos (2009, p. 113),

a declaração de Alma-Ata definiu que a Atenção Primária à Saúde focalizaria os principais problemas da comunidade nos níveis preventivos, reabilitativo e de promoção à saúde, integrada com os níveis de saúde e construída de forma coletiva com os outros profissionais de saúde.

No âmbito da reforma sanitária, propunha a implantação de um sistema de saúde orientado pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade, tendo por diretrizes a descentralização, regionalização, hierarquização e participação social, primando, assim, pela qualidade, humanização e resolubilidade do cuidado. Com efeito, amplia-se a concepção de saúde, a qual passa a ser entendida não apenas como a ausência de doenças. Assim, são incorporadas ao conceito de saúde as questões relacionadas aos fatores psicológicos, sociais, políticos, econômicos e ambientais, pois todos estes exercem influências direta e indireta sobre a saúde da pessoa. Nesse sentido, a VIII Conferência Nacional de Saúde - CNS, que aconteceu em 1986, enuncia a saúde como:

Em sentido mais abrangente, a saúde é resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado de formas de organização social, da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (PUSTAI, 2004, p. 71).

Esse conceito foi incorporado à Constituição Federal de 1988, que, no seu artigo 196, institui a saúde como um direito de todos e dever do Estado. Em 1990, o Sistema Único de Saúde - SUS foi regulamentado pela Lei 8080, que transformou a lógica da saúde pública brasileira.

Com o SUS, Atenção Primária à Saúde – APS passou a ser uma das portas de entrada do sistema, a gerenciar os encaminhamentos, a coordenar e integrar o trabalho nos diversos níveis de atenção e acompanhar, de maneira longitudinal, a saúde do sujeito e de toda a família durante a vida.

Por outro lado, o estabelecimento do SUS possibilitou a efetiva implantação do ideário da reforma psiquiátrica. Com efeito, os hospitais psiquiátricos passam a ser criticados do ponto de vista ideológico, político, sanitário e, principalmente, prático, pois há rupturas conceituais. Na busca de superação do modelo biomédico, manicomial, foi proposta a implementação de um modelo substitutivo, caracterizado pela constituição de uma rede de serviços articulada no território, a qual possibilita a reinserção social e o exercício da cidadania do portador de transtorno mental, por meio de sua articulação e circulação na cidade.

Efetivamente, então, o cuidado às pessoas com sofrimento mental e aos drogadictos passou a ser desenvolvidos nos bairros, na família e na comunidade. O movimento da reforma psiquiátrica propõe uma rede de cuidado na busca da desinstitucionalização destas pessoas, sugerindo serviços, como: centros de atenção psicossocial - CAPS, residências terapêuticas, ambulatorios de saúde mental, leitos em hospital geral, centros de convivência e atendimento na Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2003b).

Desse modo, prima-se pelo estabelecimento de uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico, na qual o CAPS ocupa lugar estratégico na coordenação das políticas de saúde mental, na execução de cuidados, na articulação com a rede de serviços, inclusive com a atenção primária. Assim, entre as suas funções, está a de oferecer suporte em saúde mental à atenção primária, supervisionando e capacitando os profissionais, responsabilizando-se pela organização da demanda e da rede de cuidado; surge como dispositivo estratégico para a organização da rede de atenção em saúde mental (BRASIL, 2004c). A reforma psiquiátrica prima para que ações de saúde mental sejam oferecidas, também, na atenção primária.

Como forma de organizar os serviços da Atenção Primária à Saúde, foi implantado, em 1994, o Programa de Saúde da Família - PSF, assumindo a responsabilidade pela atenção integral e contínua à saúde da família, inserida em um território definido; ampliando as redes de apoio social; possibilitando a análise dos aspectos socioculturais na saúde-doença; dando ênfase à promoção da saúde; abrindo espaço para distintas disciplinas e áreas de conhecimento, assim como para a participação comunitária na definição de finalidades e meios de trabalho sanitário.

Em virtude de seu potencial para a transformação das práticas sanitárias, possibilitando a reorientação do modelo de atenção, o programa foi eleito como estratégia para a organização da atenção primária, buscando com isto produzir repercussões positivas na

saúde. Operam no cotidiano dos sujeitos os princípios doutrinários do SUS - universalidade, integralidade e equidade - assim como os princípios organizativos - acessibilidade, resolutividade, regionalização, descentralização, hierarquização e participação social. (VASCONCELOS; PASCHE, 2009).

O foco da atenção é o coletivo, compreendendo que a pessoa está inserida em uma família assentada em determinado território e em certo grupo populacional. As ações são desenvolvidas no cotidiano da vida da cidade, nos bairros, nos locais onde as pessoas vivem, trabalham e se relacionam (LANCETTI; AMARANTE, 2009). Embora o foco seja no coletivo, há, também, espaço para a atenção individual, imprescindível na estruturação do serviço.

A saúde, uma vez compreendida como fenômeno multidimensional, provoca mudança nas práticas exercidas pelos seus profissionais, que passam a atuar na lógica da corresponsabilidade do cuidado; envolvendo família, a comunidade e o atendimento especializado, entre outros dispositivos da rede de assistência.

De 2001 em diante o Ministério da Saúde concedeu mais ênfase às questões relacionadas à saúde mental na atenção primária, pois adota estratégias para ampliar o acesso mais facilitado e rápido ao cuidado, o que inclui o uso, abuso e dependência de álcool e outras drogas, como o *crack*.

O programa Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento, diferencia o usuário abusivo do dependente de drogas. Na avaliação dos padrões de consumo, inclui a frequência do uso da substância, a quantidade de tempo que a pessoa usa em função da droga, o nível de controle após o início do uso, a quantidade do uso da substância para ter o efeito esperado, comprometimento das relações sociais, familiares, de emprego, os danos causados à saúde física e mental. Considera como dependentes as pessoas que expressam três ou mais dos sinais e sintomas no último ano (SENAD, 2009b).

O uso abusivo de substâncias psicoativas muda segundo as condições socioculturais da conjuntura, assim como a frequência do seu uso e os tipos consumidos. Cada período traz uma maneira particular de compreensão deste fenômeno no âmbito da concepção sobre saúde e doença.

Foi na segunda metade do século XX que a droga deixou de ser um elemento de integração, passando a constituir elemento de doença social, de desintegração (PRATTA,

2009). A drogadição na sociedade industrializada pode ser percebida como sintoma de uma crise transversal, que transita pela dimensão familiar, social, individual e econômica.

O entendimento sobre o usuário de substâncias psicoativas, que alteram estados de consciência e modificam o comportamento, deixa de ser visto como desvio de caráter e passa para o âmbito do transtorno mental, não sendo abordadas apenas questões orgânicas, mas também psicológicas, sociais, políticas, econômicas, legais e culturais, que interferem neste fenômeno; além de suas consequências físicas, psíquicas e sociais, já que a dependência provoca mudanças acentuadas na interação da pessoa com seus familiares, afetando suas relações sociais e até mesmo profissionais.

A Organização Mundial de Saúde - OMS, em 2001, passou a defender a ideia de que a dependência química seja tratada simultaneamente como uma doença médica crônica e também um efeito do problema social (OMS, 2001).

A sociedade brasileira hoje tem como problema de saúde pública o uso nocivo de substâncias psicoativas. Tanto o usuário, assim como sua família, passam por situações de adversidades e/ou riscos significativos que favorecem o desgaste da sua condição de saúde física, psíquica e emocional. Segundo Gama e Campos (2009), 8% da população brasileira necessitam de atendimento regular por transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Edward MacRae (2007) acentua ser necessário voltar a atenção para drogas lícitas, como o álcool, estabelecendo maior controle da produção e comercialização, pois seu uso problemático, altamente lucrativo, impõe à sociedade uma carga global de agravos indesejáveis e altamente dispendiosos, sendo também responsável pela maioria dos problemas relacionados aos psicoativos em geral. Conforme Barros e Pillon (2006), o ônus do abuso do álcool é responsável por 1,5% das mortes e 3,5% de anos de vida ajustados por incapacidade.

Partindo da compreensão de que o usuário abusivo de drogas está em situação de sofrimento físico e psíquico intenso, atingindo não só sua vida, mas também a de sua família, amigos, comunidade, trabalho, é que se torna necessária uma rede de cuidados para dar conta desta conjunção de problemáticas.

Entende-se, com efeito, o cuidado como: “(...) uma interação entre dois sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade.” (AYRES, 2004a, p. 74)

Objetivando uma articulação entre os serviços especializados de saúde mental e a atenção primária, a Coordenação da Saúde Mental e a Coordenação da Gestão da Atenção

Primária publicaram circular conjunta, estabelecendo algumas diretrizes de aproximação, destacando-se o apoio matricial da saúde mental às equipes da atenção primária e a formação dos profissionais de saúde e a inclusão da saúde mental no sistema de informações da atenção primária. Restou entre linhas a aposta no acolhimento da atenção primária, no estabelecimento de vínculos com este usuário, incentivo à responsabilização compartilhada dos casos, combatendo a lógica do encaminhamento (BRASIL, 2003b).

No ano de 2006, foi aprovada a Lei n. 11.343, que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD, suplantando a legislação vigente há trinta anos, que se mostrava obsoleta e sem acordo em relação aos avanços científicos na área e as transformações sociais.

Assim, trabalhar o assunto do uso abusivo de drogas exige um conjunto de ações específicas em diversas áreas. No âmbito da saúde, envolve a melhoria do tratamento em si, no caso da dependência já instalada, como a promoção à saúde e prevenção do seu uso, mediante intervenções: a) universais - destinada à população em geral, causando impacto no coletivo; b) seletivas - atingindo grupos em situação de vulnerabilidade; e c) indicativas - para pessoas que fazem uso abusivo de drogas psicoativas (BARROS, 2007).

É na busca pela reabilitação psicossocial que atua a Estratégia de Saúde da Família - ESF, proporcionando um cuidado continuado, em que os usuários podem ressignificar seus sintomas e sofrimentos no próprio território, que é o lugar onde acontecem as tramas de sua vida. De tal modo, a saúde mental é um dos seus eixos.

Com origem no cotidiano de profissional da saúde, na atenção primária, como psicóloga de uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, do Município de Fortaleza, que atuava no território de três Centros de Saúde da Família, foi que se observou tanto nos atendimentos individuais, como nos grupos terapêuticos, nas visitas domiciliares, assim também no trabalho desenvolvido nas escolas da rede municipal de abrangência do território destas unidades de saúde a presença constante de sofrimento de familiares em decorrência do uso nocivo de substâncias psicoativas, principalmente álcool e *crack*, por parte de algum membro da família. O uso de álcool ocorrendo, predominantemente, entre as pessoas na idade adulta, enquanto o *crack* sucede entre os adolescentes.

Os usuários que traziam esta demanda eram sempre encaminhados pela equipe da Saúde da Família, principalmente agentes comunitários de saúde - ACS e enfermeiras. Percebendo-se que o foco destas diversas atividades não era a problemática do uso abusivo de drogas, mas que, muitas vezes, na prática profissional cotidiana, é expresso como “pano de

fundo” do adoecimento, questionou-se como estava ocorrendo o cuidado ao usuário de substância psicoativa, principalmente álcool e *crack*, pela Estratégia de Saúde da Família.

Surgiu, então, a necessidade de ampliar o debate acerca das ações orientadas para prevenção, tratamento e redução dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial de álcool e *crack*, o que se considerou ser uma possibilidade de contribuir para reflexão crítica do cuidado desenvolvido, dos processos de trabalho, bem como para melhorar a qualidade da atenção.

Desta forma, o presente estudo teve por objetivo analisar as concepções e a produção do cuidado aos usuários abusivos de álcool e *crack* e seus familiares desenvolvidas pelas equipes de atenção primária que atuam na Estratégia de Saúde da Família no Município de Fortaleza, identificando os modelos da atenção à saúde que subsidiam as práticas destes profissionais, conhecendo como estes profissionais vêm se percebendo e atuando na produção do cuidado aos usuários abusivo de álcool e *crack* e seus familiares, e identificando se a organização do sistema de saúde possibilita aos profissionais da Estratégia de Saúde da Família a promoção de um cuidado integral ao usuário abusivo de álcool e *crack*.

Assim, esta pesquisa pode trazer contribuições significativas para os profissionais da APS, para os usuários abusivos de drogas e seus familiares, pois o conhecimento apreendido poderá proporcionar uma ressignificação do cuidado, não focado apenas no dependente químico, mas também na família, nas relações interpessoais, na comunidade, nas redes de cuidado; repercutindo na Estratégia de Saúde da Família do Município de Fortaleza, na medida em que oferece elementos capazes de despertar uma nova estratégia de atuação integral a este sujeito e ao seu familiar. É ainda importante salientar que, para a comunidade científica, poderá ampliar a compreensão da rede de cuidados dos usuários abusivos de drogas e seus familiares no nível da atenção primária.

2 APROXIMAÇÕES CONCEITUAIS

2.1 MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE: PRODUÇÃO DO CUIDADO AOS USUÁRIOS ABUSIVOS DE ÁLCOOL E *CRACK*.

No intuito de entender a realidade da atenção à saúde ao usuário abusivo de álcool e *crack*, busca-se identificar quais as formas de cuidado delineiam este campo determinado historicamente pelo contexto sócio-político-econômico. Compreende-se, assim, que estas formas de cuidado estão inseridas em modelos de atenção à saúde e que produzem implicações conceituais e técnicas.

Todo sistema vigente em cada período tem como fundamentação um modelo. Na perspectiva de Paim (2008), é visto como modelo por significar uma representação simplificada da realidade onde se retêm e se destacam seus traços fundamentais, mas que é algo sempre parcial, visto que não comporta as variações individuais, razão pela qual não é algo único e exemplar, não pode ser visto como uma norma que todos devem seguir, mas possui princípios, fundamentos, lógicas e uma razão de ser.

Ayres (2009, p. 12) entende por noção de modelo de atenção à saúde “a convergência de horizontes entre os diversos discursos acerca de modos de operar e gerir as tecnologias de atenção à saúde de indivíduos e populações”.

Esses autores acreditam que, embora os modelos deem um norte às técnicas em saúde, estas jamais são completamente moldadas por eles, pois é no âmbito do que fazer e do como fazer que as técnicas vão se readaptando, diversificando o seu uso, evidenciando tensões, limites que levam a uma requalificação e busca de novas técnicas e conceitos, e, na medida em que sucessos são alcançados na convergência entre diversos discursos, são produzidos novos modelos.

É neste sentido que serão abordados os modelos de atenção à saúde predominante e algumas propostas alternativas no Brasil e o modo como cada um interfere na construção de modelos de tratamento¹ ou cuidado do usuário abusivo de álcool e *crack*. Importante é considerar a visão no contexto histórico de cada modelo que o profissional tem sobre saúde, fatores relacionados ao uso das drogas, possibilidades de intervenção na situação saúde/doença, pois isto implica diretamente a escuta às pessoas, na forma de vê-las e na construção do plano terapêutico.

¹Segundo Loyola (2008, p. 1094), “cuidar é garantir a manutenção da vida e tratar é intervir na doença. O ideal é que ocorram simultânea e complementarmente”.

Dentre os modelos de intervenção que orientam os serviços de tratamento e cuidado para usuários/dependentes de drogas, Schneider (2010) e Moraes (2008) destacam os modelos médico, jurídico-moral, psicossocial e sociocultural.

No Brasil, desde o último século, dois modelos de atenção à saúde convivem de forma contraditória e complementar - modelo médico hegemônico e o sanitarista (PAIM, 2008).

✓ **O modelo médico hegemônico** expressa, como traços fundamentais, o individualismo; saúde/doença na lógica de mercadoria; ênfase no biologismo; descontextualização do sujeito; tratamento com base na “medicalização”; medicina centrada na cura; estímulo aos procedimentos (exames, laboratórios); não há controle social nem participação popular e exprime sérios limites em relação a efetividade, equidade e necessidades prioritárias em saúde. A saúde é compreendida como ausência de doenças. Tem, entre suas formas de intervenção, o modelo médico-assistencial privatista.

Este modelo representou grande avanço no que se refere a aceleração e ampliação do poder da diagnose; aumento de eficácia, eficiência, precisão e segurança de muitas das intervenções, assim como uma brevidade maior no tratamento; melhora do prognóstico e qualidade de vida dos pacientes em uma série de agravos. Houve também grande aumento de especialidades, o corpo passou a ser cada vez mais segmentado em órgãos e funções, isto na busca de maior qualificação e eficácia.

O tratamento aqui se orienta por modernas tecnologias científicas, pela grande quantidade de exames complementares; por aparelhos de intervenção, análises, diagnósticos e procedimentos terapêuticos cada vez mais caros; assim como produtos farmacêuticos. Segundo Boff (2012), era o cuidado com os meios. Há desatenção para com aspectos psicossociais do adoecimento. O saber popular é substituído pelo científico em nome de uma medicina mais globalizadora e eficaz.

A assistência é direcionada à demanda espontânea, o foco do tratamento é a cura da doença, o paciente ocupa uma posição passiva e é o médico quem determina e direciona o caminho a ser seguido. Predomina a prática médico-liberal (GUIMARÃES, 2012).

Seu objeto tem sido identificado como a doença ou o doente: seu agente, o médico, sobretudo o especialista, complementado pelos paramédicos; seus meios de trabalho são tecnologias médicas; e as formas de organização são as redes de serviço, com destaque para hospitais. (TEIXEIRA, 2012, apud PAIM, 2008, p. 557).

Este modelo fundamenta-se na Medicina flexneriana, reforma médica operada nos Estados Unidos desde 1910, por Abraham Flexner. O Relatório Flexner, conhecido como um

marco da Medicina científica, enfatiza a pesquisa biológica e a especialização médica como principais suportes da Medicina, trazendo, dentre suas principais características, o individualismo, a tecnificação, a ênfase nos aspectos curativos e o hospital como seu principal local para diagnósticos e tratamentos. Em razão dos avanços da Microbiologia e da identificação de agentes infecciosos, há mudança do eixo de compreensão das doenças dos fenômenos sociais e históricos para a Biologia. O enfoque populacional perde terreno para o indivíduo, que passou a ser praticamente o único objeto da prática médica (COELHO, 2010).

No Brasil, este modelo influenciou profundamente a formação dos profissionais e a lógica do serviço durante décadas, não sendo representativo somente no setor privado, reproduzindo-se, também, no público.

Na década de 1970, a drogadição era vista como doença crônica e recorrente, de fundo genético, biológico e/ou neuroquímico (SCHNEIDER, 2010). O tratamento para os usuários abusivos e dependentes de álcool e outras drogas se voltava para abstinência total, sem possibilitar outras estratégias de enfrentamento ao problema. Trabalham tendo como princípio a “tolerância zero”, estabelecem um abismo entre nenhum uso e qualquer uso, não distinguem os diferentes usos e as dimensões distintas e danos associados aos variados padrões de uso de drogas. Esta proposta de abstinência ainda é predominante no Brasil e no Mundo, segundo Petuco (online).

A noção de consumo e dependência como patologia biologicamente determinada é o princípio fundamental do modelo médico. As intervenções são realizadas em perspectiva comportamental, terapia cognitivo-comportamental, prevenção a recaídas, reabilitação etc. A compreensão deste modelo é de que

[...] sendo a dependência uma doença incurável, a única intervenção que pode ser feita é na direção de controlar o comportamento, já que não será possível superar o problema ou resolver as contradições que levam à relação abusiva com as drogas, pois a pessoa será sempre um doente. Para tanto, o dependente tem de passar a sua vida em estado de alerta em relação às drogas, evitando qualquer ambiente ou pessoa eliciadora do mesmo, evitando o uso, ainda que social. (SCHNEIDER, 2010, p. 694).

Nesse modelo, o hospital é o recurso terapêutico que se destaca; o usuário abusivo de drogas era submetido a longos períodos de internação, a estigmatização, provocando o dilaceramento dos vínculos familiares e sociais decorrentes da segregação, a perda da sua identidade e dignidade.

As questões sociais do uso abusivo das drogas são transformadas em biológicas. Com isto, isenta de responsabilidade todo o sistema social e joga a culpa no usuário, seja inculcando a ideia de que foi ele quem se deixou corromper pela droga, seja dizendo que ele

não pode se curar por ser uma doença crônica e recorrente. Dessa forma, a sociedade, e até mesmo o usuário, acreditam nesta ciência, de matriz positivista, cujos interesses representam uma determinada classe social.

Seguindo a mesma compreensão do modelo médico, está o modelo jurídico-moral, que exprime ênfase nos aspectos morais, criminais e de doença. O paradigma unicausal, saúde compreendida como ausência de doenças, baseado no modelo hospitalocêntrico ou nos tratamentos morais, facilitou a disseminação da ideia da abstinência como saída única para o tratamento do usuário abusivo e dependente de drogas. Esta crença está em sintonia com o discurso jurídico-político proibicionista de eliminação das drogas da sociedade, por se constituírem em um risco à saúde e à segurança da pessoa e da sociedade (ALARCON E JORGE, 2012).

As ações são direcionadas ao setor da segurança, que atua numa perspectiva punitiva e restritiva, na legislação antidrogas, na repressão à demanda, cujo efeito é a repressão ao usuário, entendendo este como cúmplice do traficante, e na repressão da oferta, declarando guerra ao narcotráfico na busca de uma sociedade sem drogas, tendo como modo de ação a penalização e a justiça terapêutica.

Com esta percepção, as informações são pautadas no amedrontamento, remetendo ao apelo moral, há persuasão dos sujeitos à abstinência. O *slogan* “Diga não às drogas”, tão divulgado pelos meios de comunicação, traduz bem os programas proibicionista marcados pela visão maniqueísta do problema. A guerra é contra o usuário estigmatizado como uma pessoa causadora da violência urbana e da desordem familiar.

A racionalidade típica do modelo jurídico-moral é a teológica, a qual entende a drogadição como um desvio dos valores religiosos ou morais. “O consumo de drogas configura um problema moral, uma prática delituosa cujo enfrentamento consiste no encarceramento dos imorais/criminosos” (ALVES, 2009, p. 2311). A terapêutica consiste em o usuário assumir seus erros, retornar a viver uma vida regrada, de respeito ao seu semelhante, voltando-se para a espiritualidade.

Esta lógica de tratamento é encontrada, principalmente, em clínicas, grupos de ajuda mútua e comunidades terapêuticas.

Compreende-se que tanto o modelo médico como o jurídico-moral tem por base o modelo médico hegemônico, atrelado no autoritarismo da proibição do consumo das drogas, seja pelo tratamento ou pelo encarceramento. Os episódios de recaídas ou reincidências vivenciados pelos usuários implicam censuras e recriminações; a alta exigência em torno da

abstinência torna os espaços de saúde pouco acolhedores. Estes modelos tendem a prejudicar o atendimento integral e pouco se comprometem com o nível de saúde da população.

✓ **O modelo sanitário** utiliza-se da combinação das disciplinas biológicas e da epidemiologia; as ações são concentradas em certos agravos e riscos, grupos populacionais; as intervenções são focadas em campanhas (vacinação, controle de epidemias, erradicação de endemias) ou programas (controle de tuberculose, saúde da criança, saúde da mulher, controle do tabagismo etc.), vigilância sanitária e vigilância epidemiológica, sem se preocupar com os determinantes mais gerais da situação de saúde. Fortalece uma administração vertical, com coordenadores nas esferas nacional, estadual e municipal - onde as decisões sobre o planejamento das ações chegam aos serviços de saúde de forma individualizada, fragmentada, desintegrada, e, na maioria das vezes, autoritária. Com base neste modelo, foram criados o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS e o Programa de Saúde da Família - PSF, dentre outros.

O PACS e o PSF alcançaram grande ampliação na década de 1990. Inicialmente, eram vistos como programas especiais dirigidos à população em situação de vulnerabilidade social e econômica, como políticas focalizadas; posteriormente, ampliou seus objetivos, buscando desenvolver ações básicas de saúde no território, dando ênfase às atividades educativas, prevenção de riscos e agravos específicos, identificando os fatores determinantes do processo saúde-doença, possibilitando a formação de vínculo entre a população e os serviços de saúde, contribuindo no processo de ensinar a população a cuidar da sua saúde.

A concepção de cuidado passa aos poucos a tomar outra dimensão, pois se antes existiam o sujeito (profissional) e o objeto (doença), sendo o primeiro quem direcionava o caminho do tratamento, com o movimento da reforma sanitária, o cuidado começou a ser entendido como algo compartilhado.

O cuidado aqui envolve a preocupação atenta com vários fatores implicados na saúde-doença. A saúde é entendida como um conceito positivo e multidimensional, ganhando espaço a responsabilização, a coordenação do cuidado e o acompanhamento no processo de cura e/ou controle. O cuidado, então, é voltado para o sujeito (BOFF, 2012).

Este período é marcado pela crítica às experiências manicomial, tornando imprescindível a desconstituição dos saberes e prática asilares; abrindo espaço para a atuação multiprofissional.

Neste paradigma, os aspectos relacionados ao contexto social na constituição da dependência às drogas são considerados, porém o social é visto no sentido de: influência do

ambiente, influência das más companhias, problemas de educação, estrutura familiar etc.; associados às questões da personalidade, como: dificuldade de lidar com o sofrimento ou frustração, fuga da realidade, comorbidade de outros transtornos mentais, forma de lidar com problemas emocionais, sexuais e psicológicos. Desta forma, reserva ao termo ambiente uma visão biologizada da vida social; a culpabilização é deslocada do sujeito para o ambiente social, as relações familiares, a cultura; isto sendo abordado numa perspectiva anistórica e não dialética, servindo para referendar a concepção subjetivista, moralista e “psicopatologizante” que predomina no modelo biomédico.

Assim, segundo Schneider (2010, p. 692), “a visão hegemônica que aparece subjacente à concepção biopsicossocial da dependência de drogas é assim, ao mesmo tempo, subjetivista, psicopatologizante, ora organicista, ora ambientalista”.

A meta dos tratamentos aos usuários abusivos de drogas continua sendo a abstinência, utilizando técnicas de enfoque psicodinâmico ou comportamental, ou técnica de dinâmica de grupo na busca da modificação do comportamento do usuário e de suas inter-relações. Consideram que é dever do usuário livrar-se das drogas, nem que para isto tenha que sacrificar parte de sua vida social. O imperativo é a interrupção do uso sob quaisquer circunstâncias, sem considerar no contexto de vida daquele sujeito a função que a droga ocupa naquele momento.

O modelo psicossocial de compreensão sobre o uso de drogas é permeado por princípios do modelo médico, os quais se superpõem numa perspectiva de complementaridade em muitos serviços de saúde, afirma Schneider (2010).

Ainda hoje há presença destes modelos em alguns lugares no Brasil: o Governo do Rio de Janeiro, desde 2000, sustenta um projeto de intervenção sanitária na pasta da Assistência Social, e não da Saúde, com gerência de organizações não governamentais - ONGs, onde predominam as comunidades terapêuticas – CT, de cunho religioso, em sua maioria ligadas a religiões protestantes, para gerir a contratação e administração de recursos humanos, com projetos terapêuticos baseados nos próprios interesses; assim é também no Governo do Rio Grande do Sul, que adotou a abordagem da justiça terapêutica, com vistas à aplicação de penas previstas aos usuários de drogas ilícitas mediante sua inserção em tratamentos a serem ministrados por uma equipe multiprofissional (médicos, psicólogos, assistentes sociais, entre outros) no sentido de se tornarem auxiliares do direito na condução e aplicação do procedimento (ALARCON E JORGE, 2012).

Schneider (2010, p.695) assinala que “o modelo hegemônico de atenção à dependência de drogas mescla o médicopsiquiátrico com o psicossocial e o jurídico-moral, sustentando-se em uma síntese de racionalidade metafísica, teológica e científica”.

✓ **Propostas Alternativas**

Foi após a edição da Carta Magna de 1988, e da criação do Sistema Único de Saúde, que as condições para definir novas estratégias de cuidado aos dependentes químicos começaram a se consolidar, pelo menos na esfera pública.

Como efeito das lutas da reforma sanitária e psiquiátrica, questionando a situação de saúde da população brasileira do período, marcado pelo descaso à saúde pública e mercantilização da produção e consumo de serviços de saúde, a década de 1990 consolidou as propostas por um sistema de saúde público, universal e igualitário, inclusive tendo garantida a participação popular em sua gestão.

Paim (2008) destaca entre as propostas alternativas aos modelos de saúde: a oferta organizada, distritalização, ações programáticas de saúde, vigilância da saúde, Estratégia de Saúde da Família, acolhimento, promoção da saúde e cidade saudável.

A principal confluência entre estas propostas é a superação do modelo assistencial privatista, deslocando o foco da doença para a produção de saúde, fundamentando-se na perspectiva da integralidade da atenção à saúde. Guimarães (2012) destaca algumas diferenças, haja vista os fundamentos filosóficos e teóricos que embasam o conteúdo de cada proposta: o modelo em defesa da vida e o de ações programáticas privilegia a mudança no espaço microinstitucional por meio da reorganização dos processos de trabalho; já o modelo de promoção da saúde busca desencadear mudanças macropolíticas, referentes a formulação e implementação de políticas, extrapolando, inclusive, a circunscrição dos sistemas de saúde. No campo intermediário, situam-se as propostas de vigilância da saúde e a da Estratégia de Saúde da Família, que, enfatizando os aspectos técnicos e organizacionais do conjunto de práticas de saúde, tem como referência a noção de integralidade.

Estas propostas tentam conciliar o atendimento à demanda e às necessidades na perspectiva da integralidade da atenção, algumas dando mais ênfase à efetividade e ao êxito técnico, enquanto outras conferem destaque ao sucesso prático e à humanização dos serviços.

O êxito técnico diz respeito a relações entre meios e fins para o controle do risco ou do agravo à saúde, delimitados e conhecidos pela biomedicina. O sucesso prático diz respeito ao sentido assumido por meios e fins relativos às ações de saúde frente aos valores e interesses atribuídos ao adoecimento e à atenção à saúde por indivíduos e populações. (AYRES, 2007, p.54).

A Estratégia de Saúde da Família foi o redimensionamento do Programa de Saúde da Família, vinculado ao modelo sanitário, buscando mudança no padrão assistencial no sentido da reorientação do processo de trabalho, da Atenção Primária à Saúde - APS como ordenadora das redes de atenção à saúde - RAS e coordenadora do cuidado. Abre espaços para implementação de ações intersetoriais de promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida da população da sua área de cobertura.

O trabalho é na perspectiva da clínica ampliada, capaz de reconhecer a singularidade do sujeito e suas múltiplas dimensões – biológica, psicológica, social, cultural, espiritual e política.

Segundo Moraes (2008), pautados nos aspectos da reforma psiquiátrica, a compreensão do usuário como cidadão implica na necessidade da organização social, que, além de ser compreendido nos seus aspectos biopsicossociais, é também visto como sujeito político.

O cuidado assume lugar privilegiado nas práticas de saúde, pois suas intervenções podem levar à reconstituição de intersubjetividade, na medida em que o principal deixa de ser o que se pretende atingir e as formas de alcançar, e passa a ser a experiência que une o conteúdo da primeira ao objetivo da segunda, conforme Ayres (2000). Isto implica haver espaço para reflexão e negociação sobre os meios e fins da assistência à saúde. É neste espaço de ressignificação, de encontro, que o cuidado assume um eixo político de emancipação humana como horizonte ético.

É esta nova expressão de cuidado que ganha cada vez mais espaço entre os profissionais de saúde, assumindo intencionalmente o cuidado ético-consciente como atitude, como projeto de vida: uma forma de viver, de ser, de se expressar. É no ato cuidar e ser cuidado que o ser humano garante sua humanidade; é neste jogo dinâmico da vida, passivo e ativo, que o homem constrói sua trajetória de ser humano no tempo, no espaço e na história (BOFF, 2012).

O fundamental é, pois, então a superação do modelo de tratamento marcado pela exclusão social, ganhando ênfase o cuidado como arte, trazido por Boff (2012), que compreende arte no sentido de ser produção de um autor, pois é ele que dá sentido ao que está vivenciando, e é direcionada a um apreciador - profissional de saúde - e ambos, juntos e implicados, dão sentido ao que é vivenciado, situado assim o cuidado sob um paradigma novo de relacionamento entre sujeitos, com a natureza, com a espiritualidade.

Ayres (2004a) chama a atenção ao lugar destacado e determinante que a tecnociência passou a ocupar na arte da assistência, e pontua que há muita tecnologia científica e pouca arte na Medicina contemporânea. Acentua que é na arte que a tecnociência se transfigura, é neste lugar que a terapêutica ganha seu real sentido, que é o interesse pela vida, e o sujeito objeto de intervenção é, também, e sempre, objeto de conhecimento.

O setor da saúde passou a propor abordagens mais flexíveis e educativas, entendendo saúde como qualidade de vida, respeito aos direitos das pessoas, utilizando como meio de atingir seus objetivos os dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada, o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - CAPS ad e estratégias de abordagens redução de danos – RD. Estes dispositivos fundamentam suas ações, assumindo uma responsabilidade territorial da sua área de abrangência, articulando as redes de assistências à saúde mental aos demais setores da saúde, visando ao controle e não à abstinência total ao uso e abuso das drogas (ALARCON E JORGE, 2012).

Com a implantação do Sistema Único de Saúde - SUS o Governo brasileiro passou a buscar uma sintonia possível entre os setores da saúde e da segurança, tendo como fundamentação os princípios da reforma sanitária e psiquiátrica. Firmou-se, então, a Política Nacional sobre Drogas - PND, em 2005.

[...] a nova política PND enfatizou o consenso saúde/segurança, propondo como orientação geral a promoção de estratégias e as ações de redução de danos voltadas para saúde pública e direitos humanos, realizadas de forma articulada inter e intrasetorial, visando à redução dos riscos, das consequências adversas e dos danos associados ao uso de álcool e outras drogas para o usuário, a família e a sociedade. (ALARCON E JORGE, 2012, p. 79).

O modelo sociocultural de entendimento sobre a relação do usuário com uso da droga concebe a drogadição como fruto das contradições sociais, econômicas e ambientais e sua intervenção é realizada no contexto do usuário de droga. Acredita-se que a pessoa tem direito ao uso de substâncias psicoativas, a ênfase dessa concepção é modificar o padrão de uso da substância, intervindo nas determinantes sociais que levam ao uso abusivo, visando ao controle dos danos gerados pelo abuso das substâncias, mas não necessariamente sua abstinência total. Tem uma ênfase nas ações preventivas. Parte do princípio do respeito aos direitos do cidadão e do acesso aos cuidados de saúde integral para os usuários de drogas. Esse modelo aparece de forma bem mais expressiva na estratégia de redução de danos - RD, segundo Schneider (2010).

A promoção de estratégias de RD tem um caráter inovador, pois é a primeira vez na história moderna que a atenção ao usuário de drogas é vista como problema complexo,

devendo ser abordado mediante de estratégias múltiplas e singulares. As intervenções são realizadas no contexto do usuário de drogas. Iniciou o desenvolvimento de iniciativas que envolvem a corresponsabilização e autonomia da população, como uma prática eminentemente ética, no sentido do comprometimento com o ser, com a possibilidade de escuta das diferenças, dos seus modos de viver, de sentir e de estar na vida (FONSECA, 2012).

A política da RD compreende o usuário como parceiro vivo e em devir. A relação profissional-usuário desdobra-se com suporte no interesse espontâneo e ativo pelo que o outro é, visando a auxiliar o usuário no cuidado das consequências de seus comportamentos, sem jamais rotulá-lo, e traz para sociedade a possibilidade do diálogo sobre as necessidades, desejos, direitos e deveres das pessoas que usam drogas.

O objetivo das ações de RD não tem a abstinência como meta, mas o empoderamento do sujeito de atitudes responsáveis em face ao comportamento de risco, com vistas a minimizar as consequências adversas do consumo de drogas; nesta perspectiva, é o usuário quem decide sobre suspensão do uso das drogas junto com a equipe que o acompanha. Não é algo imposto num projeto terapêutico construído sem a sua participação. A RD envolve ações que utilizam de novas tecnologias de intervenção que têm por base estratégias educativas para a autonomia.

Dentre as várias tecnologias de intervenções criadas em conjunto, profissional e usuário, podemos destacar os contratos que vão do uso controlado da substância que a pessoa normalmente utiliza, até as terapias de substituição de drogas que produzem risco maior a sua saúde.

Nos casos de uso controlado, trabalha-se uma escala decrescente de risco, normalmente associados à via de utilização ou a quantidade, para que o dependente perceba uma gradação de mudanças. Pequenos passos que levam o usuário a sair de uma forma descontrolada de uso, para um uso mais seguro e menos danoso para sua saúde. (FONSÊCA, 2012, p. 21).

Assim o cuidado é direcionado ao usuário, compreendido como um cidadão que tem liberdade nas suas escolhas, que, mesmo não deixando de usar droga, tem garantido o seu acompanhamento; respeitando as singularidades. O foco é na prevenção do dano, é naquelas pessoas que continuam a usar drogas e a proposta é de busca de controle e autocuidado, de reforço aos vínculos saudáveis da sua vida. Há permanente incentivo ao protagonismo e à autonomia do sujeito. É a busca pela preservação da vida, é criar condições concretas de possibilidade de vida, mesmo quando a abstinência não pode ainda ser alcançada.

A flexibilidade no contrato entre o profissional da RD e o usuário facilita o acesso às informações e orientações, estimula a ida ao serviço de saúde, promovendo o estabelecimento de vínculos, resultando em propostas diversificadas com o usuário e sua rede social de apoio.

A política da redução de danos representa uma estratégia em saúde pública que questiona consensos preestabelecidos em torno de quem usa drogas, reconhece várias relações de uso, compreende este sujeito em sua totalidade, fazendo parte de um contexto social e culturalmente constituído, onde a busca da ressignificação da sua existência é fortalecida pela superação da relação distante profissional-usuário, ganhando espaço uma relação dialógica e, principalmente, está em acordo com os princípios fundamentais da democracia e da cidadania.

Atualmente, se veem ações dos governos de alguns estados brasileiros na contramão das políticas públicas defendidas nas décadas anteriores, com a implantação do que é chamado de internação compulsória para usuários de *crack*, estes sendo levados, sem sua livre escolha e sem avaliação previa de um médico, às comunidades terapêuticas com viés religioso, mas patrocinadas pelo Estado.

A internação contra a vontade do paciente já estava prevista na Lei da Reforma Psiquiátrica 10.216 nos art. 8º e 9º, (BRASIL, 2001), estabelece que a internação voluntária ou involuntária somente seja autorizada por médico registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado onde se localize o estabelecimento; no caso da internação psiquiátrica involuntária, o responsável técnico do estabelecimento, no qual tenha ocorrido internação, tem um prazo de 72 horas para comunicar ao Ministério Público Estadual, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta; e a internação compulsória é determinada pelo juiz competente com base em casos específicos de crime ou intenção em cometê-lo, considerando as condições de segurança, a salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários de instituições psiquiátricas. A novidade é que este procedimento está sendo adotado não caso a caso, mas como uma política de saúde pública.

Destaca-se, portanto que a denominação de internação compulsória está sendo usada de forma equivocada, pois não traduz o que está acontecendo nestas cidades, principalmente Rio de Janeiro e São Paulo, onde recolhem pessoas que se encontram usando drogas nas ruas, em áreas específicas, e as levam para uma instituição, sem uma ordem judicial e sem terem cometido crime que justifique ameaça a si, a outro e à sociedade. O que está acontecendo se aproxima bem mais de internação involuntária coletiva, mas até mesmo esta expressão fica inadequada, portanto estas pessoas não passam por um critério mais

específico de avaliação psiquiátrica, em que é analisado caso a caso e há a presença de familiares que requisitam o tratamento. Para Amarante (2013), este tipo de ação se aproxima bem mais de um ato policial do que jurídico e médico.

Este modelo de tratamento lembra a lógica higienista do início do século XX, no Brasil, quando as ações do governo eram voltadas para vigilância dos portos, saneamento das cidades, controle de grandes epidemias e das endemias que assolavam o País, fazendo-o na forma de campanhas sanitárias, que tinham a marca do autoritarismo e pareciam mais estratégias militares do que ações de promoção à saúde. Por sua vez, isto levou a mobilizações populares, como foi a “revolta das vacinas”, no Rio de Janeiro (COELHO, 2010).

Naquele período, o Estado restringia sua atuação na assistência hospitalar a doenças que poderiam trazer impacto, não apenas para a pessoa em si, mas também para a população, como hanseníase, tuberculose e os ditos loucos.

As comunidades terapêuticas estão, portanto, ocupando o mesmo lugar dos espaços asilares, pois

[...] passam a ser considerados como espaços nos quais aparecem as relações de dominação daquele que exerce seu papel “terapêutico” e de “adestramento” sobre um cidadão subitamente tornando sem direitos, abandonado a arbitrariedade institucional. Essa identificação esta no cerne das ações de desinstitucionalização, características da reforma psiquiátrica. Institucionalizar alguém tornou-se, em outras palavras, o artifício utilizado para anular uma subjetividade até fazê-la o seu correlato lógico (ou seja, torná-la mero objeto), como aquele que sem liberdade, apenas sofre a ação de um outro: sendo esse outro, justamente, a própria instituição. (ALARCON; JORGE, 2012, p. 73)

É nesta mesma lógica de segregação que as comunidades terapêuticas tratam o problema do uso abusivo de drogas - marcadas pela ruptura do usuário com os laços afetivos e sociais, sendo impedida qualquer comunicação com o mundo externo. Constitui mais uma prática social, tendo em vista que, em sua maioria, há poucos profissionais da área da saúde com seus saberes técnicos-científicos, pois o que prevalece são religiosos e usuários “convertidos”, que fundamentam suas práticas em princípios morais e religiosos.

Consoante o Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas, em 2011, um conjunto de práticas de desrespeito à cidadania e à subjetividade do usuário internado é realizado nas comunidades terapêuticas. Foram destacados: violação de correspondências e privacidade, violência física, exposição à situação de humilhação, imposição de credo, exigências de exames clínicos, inclusive do anti-HIV, desrespeito a orientação sexual, revista constrangedora de familiares, entre outras.

O trabalho realizado pelos internos nestas comunidades visa a combater o ócio, limitar a liberdade e submeter-se a uma ordem, sem direito a remuneração, chegando a receber o mesmo nome utilizado nos hospícios - laborterapia.

Assiste-se no País um debate na disputa pela hegemonia das políticas sobre drogas, marcadas por projetos ético-políticos distintos, onde fica implícita a concepção de saúde, do uso de drogas, de mercado; se, de um lado, estão agentes de movimentos históricos que lutam pelo fortalecimento das políticas públicas voltadas para saúde pública, o outro é representado, em sua maioria, por uma bancada evangélica, presente no Parlamento, que pressiona por investimentos públicos para unidades não governamentais, representadas pelas comunidades terapêuticas e hospitais particulares (LIMA; TAVARES, 2012).

Assim, fica bem claro que os modelos de atenção aos usuários de álcool e outras drogas não se dá de forma linear e única. Ao mesmo tempo, coabitam vários modelos, sendo praticados nas várias instâncias dos serviços prestados a esta população.

Para fins desta pesquisa, considerando os princípios da reforma sanitária, da reforma psiquiátrica, assim como da estratégia da redução de danos, toma-se o conceito de cuidado, da autoria de Ayres, por se deter as tecnologias assistenciais de saúde, abordando o cuidado no encontro terapêutico propriamente dito.

Cuidado como um constructo filosófico, uma categoria com a qual se quer designar simultaneamente, uma compreensão filosófica e uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, isto é, uma interação entre dois sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para esta finalidade. (AYRES, 2004b, p. 74).

Esta ideia de cuidado aponta para princípios e procedimentos que recobram algo importante no cuidado ao usuário de álcool e *crack* que consiste em ouvir mais, pois é pelo relato que se compreende o lugar assumido pela droga na vida daquele sujeito, qual o seu sentido; ver mais consiste no olhar mais atento ao que o corpo esta falando, que muitas vezes não pode ver verbalizado; tocar mais, não só como busca de doença física, mas de aproximação, de sentir-se acolhido.

Assim, ouvir mais, ver além do estereótipo e tocar como aproximação facilitam a formação do vínculo, que, por sua vez, favorece a chance de oportunidades de encontros menos ou mais capazes de favorecer intersubjetividades mais ricas, plurais e produtoras de compartilhamentos.

O usuário tanto se sente como é compreendido como sujeito, promovendo o seu envolvimento, o do profissional, da família e da comunidade, com a responsabilização mútua

pela produção do cuidado, implicando o compromisso com a busca da resolubilidade, esta não sendo entendida como busca da abstinência, mas como um jeito particular como sujeito constitui sua vida de forma mais saudável.

A produção do cuidado buscada com a efetivação da política de redução de danos vai ao encontro do que Ayres (2007) chama de projeto de felicidade - projeto não no sentido de definição de tarefas, recursos e prazos para atingir um objetivo, mas como algo que implica uma compreensão do passado, presente, futuro, que envolve experiências com seus significados e que são constantemente resignificadas, implicando também intersubjetividade e interação, que dão nova dimensão ao que já foi vivido ou, pelo menos, a reapropriação da existência comum. Felicidade como sentido último de toda práxis, que nunca esgota suas exigências e potencialidade no alcance de estados ou condições materiais e espirituais. A experiência de felicidade é uma constante busca por mais experiências ou, pelo menos, por sua preservação.

Na medida em que o sujeito percebe na sua vida cotidiana experiências que representem sofrimentos, dores, limitações, como em alguns casos de uso compulsivo e abusivo de drogas, isto pode levar à busca de outras experiências de felicidade, que lhe é negada na forma em que está vivendo, provocando neste sujeito o desejo de alguma transformação. Isto remete a interações, à dialética individual-coletivo, social-pessoal, público-privado; projeto de felicidade é o que move e identifica as pessoas em seu existir concreto.

Desta forma acredita-se que,

[...] para a construção do Cuidado, tão importante quanto investir na reflexão e transformação relativas às características das interações interpessoais nos atos assistenciais e a partir deles, é debruçar-se, uma vez mais e cada vez mais, sobre as raízes e significados sociais dos adoecimentos em sua condição de obstáculos coletivamente postos a projetos de felicidade humana e, de forma articulada, da disposição socialmente dada das tecnologias e serviços disponíveis para sua superação. Nesse sentido, julga-se de fundamental relevância, na produção sobre o Cuidado, a articulação de iniciativas teóricas e práticas que vinculem os cuidados individuais a aproximações de corte sócio-sanitário. (AYRES, 2004a, p. 27).

Em relação aos modelos de atenção à saúde e seus desdobramentos, o desafio é a busca permanente de melhor sintonia entre as tecnologias e a abordagem ao usuário abusivo de drogas, com a possibilidade de para tornar realidade uma atenção integral, justa e humanizada, enfatizando as diversas necessidades, individuais e coletivas, considerando os aspectos socioculturais do território e a subjetividade de cada pessoa.

2.2 O USO DE ÁLCOOL E DROGAS ILÍCITAS COMO UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA.

Ao longo da história, encontram-se inúmeros registros do uso de drogas no cotidiano. Os relatos históricos referem-se a esse uso ligado a dois fatores: durante rituais religiosos, para os êxtases de aproximação com a divindade, e no alívio de sofrimento psíquico diante dos dilemas da vida.

Desta forma, o uso das drogas não representava, em geral, uma ameaça à sociedade, pois seu uso estava relacionado aos rituais, costumes e valores coletivos, sem a presença de estudos científicos sobre seus efeitos negativos.

Foi com a aceleração dos processos de urbanização e industrialização, bem como de uma nova ordem médica, no século XIX, que o uso e abuso de vários tipos de drogas passaram a ser problematizados. O controle saiu da esfera religiosa para a da Biomedicina, inicialmente nos grandes centros urbanos dos países mais desenvolvidos do ocidente. Uma das consequências disto foi o fato de desde então, o enfoque sobre a questão, que antes priorizava aspectos mais de ordem moral e religiosa, passou a se concentrar nos aspectos farmacológicos (McRAE, 2007).

Na década de 1960, a epidemia da AIDS e de outras doenças transmissíveis pelo sangue, começou a receber maior credibilidade do enfoque biopsicossocial, a influência do contexto sociocultural do uso de drogas passou a ser objeto de pesquisas mais amplas.

Dados do Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime (UNODC) apontam que, no mundo todo, cerca de 200 milhões de pessoas – quase 5% da população entre 15 e 64 anos – usam drogas ilícitas, pelo menos, uma vez por ano. (SENAD, 2010a, p. 115).

No Brasil, grande parte da população faz uso de algum tipo de substância lícita, como álcool, tabaco e medicamentos com finalidades diferentes (aliviar a dor, baixar a ansiedade; reduzir a sensação de cansaço, de depressão; obter prazer; entre outras). Das substâncias de uso ilícito, a maconha, a cocaína e os solventes são as mais utilizadas, conforme levantamento realizado pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Droga-SENAD, em 2001 e 2005.

Dentre os motivos que levam as pessoas a buscarem alterações da percepção, do humor, das sensações e de busca de novos prazeres, são situados fatores multidimensionais.

Segundo estudos da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD, em parceria com Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, sobre o perfil da população usuária de

crack e outras formas similares no Brasil, ocorrido entre o final de 2011 e junho de 2013, em que foram entrevistadas 7381 pessoas, quando questionadas sobre os motivos que as levaram ao uso de *crack*/similares: 58,3% disseram ter sentido vontade ou curiosidade de ter o efeito da droga; 29,2% por perdas afetivas / problemas familiares / violência sexual; 26,7% por pressão dos amigos; 8,8% vida ruim, sem perspectivas; 1,6% perda do emprego/fonte de renda; 1,3% preço barato (SENAD, 2013a).

A curiosidade de usar a droga, associada ao seu fácil acesso, ressalta a importância de políticas preventivas ao risco associado ao uso, mesmo que experimental, e de promoção à saúde.

Algumas drogas são legalmente aceitas e comercializadas, como é o caso do álcool, no Brasil, onde é a droga lícita mais consumida, mesmo provocando sofrimento para o sujeito e sua família e importante dano à saúde, ao social e à economia, tanto da pessoa, como da família e do Estado.

Estudo realizado em 2006, pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD em parceria com a Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD), da Universidade Federal de São Paulo, verificou em uma amostra de 1.152 adultos brasileiros que faziam uso do álcool, 45% tinham problemas decorrentes de beber, no momento da pesquisa ou no passado, sendo 58% homens e 26% mulheres. (SENAD, 2010a, p. 96).

Segundo Edward MacRae (2007), é necessário voltar a atenção para drogas lícitas, como o álcool, estabelecendo maior controle da produção e comercialização, pois seu uso problemático, altamente lucrativo, impõe à sociedade uma carga global de agravos indesejáveis e altamente dispendiosos, sendo também responsável pela maioria dos problemas relacionados aos psicoativos em geral. Conforme Barros e Pillon (2007), o ônus do abuso do álcool é responsável por 1,5% das mortes e 3,5% de anos de vida ajustados por incapacidade, situando o controle do uso de álcool como uma das prioridades de saúde pública.

Ao analisarmos os dados relativos ao ano de 2012 (DATASUS, 2012), decorrentes da internação em hospitais públicos por problemas vinculados ao uso de álcool e outras drogas psicoativas, pode-se perceber a magnitude dos custos para o SUS.

Tabela 1: Morbidade hospitalar no SUS – Transtornos mentais decorrentes do uso de álcool e outras substâncias psicoativas. Brasil, 2012.

Morbidades – CID-10	Valor Total	% Gastos
Transtornos mentais e Comportamentais decorrentes do uso de álcool.	6.440.916,75	40%
Transtornos mentais e Comportamentais decorrentes do uso de outras substâncias psicoativas.	9.661.412,07	60%
Total do Gasto Anual	16.102.328,82	

(Fonte: DATASUS, MS).

Estes números não incluem os gastos com os tratamentos ambulatoriais, tão pouco com as internações e outras formas de tratamento de doenças indiretamente provocadas pelo consumo do álcool e outras drogas psicoativas, como as que atingem os aparelhos digestivo e cardiovascular, câncer (principalmente hepático e de estômago), deficiências nutricionais, doenças do feto e recém-nato da mãe usuária de drogas, doenças neurológicas, agravamento de outros transtornos psiquiátricos, assim como os agravos decorrentes de acidentes (industriais e automobilísticos) e situações de violência.

O comércio de drogas, tanto lícitas como ilícitas, indica a sua grande penetração no mundo; em relação às drogas ilícitas, dados mostram que [...] consumidores gastam cerca de 150 bilhões de dólares na compra de drogas por ano. Tais valores já refletem o poder que representa este comércio; [...] demonstrando com clareza o quantitativo cada vez maior de pessoas que no seu cotidiano fazem uso de drogas. (BARROS; PILLON, 2007, p. 656).

No Brasil, na década de 1990, houve o surgimento e o crescimento rápido de consumo de outra droga, esta ilícita, o *crack*. Droga derivada da cocaína, originada principalmente das regiões dos Andes, sendo a Bolívia, o Peru e a Colômbia seus principais produtores.

No século XIX, a planta da coca foi levada para a Europa, onde identificaram a substância que provocava seu efeito, sendo chamada de cocaína. Desde então, o pó branco extraído da folha da coca é utilizado por consumidores por meio de inalação nasal - injetada, quando dissolvido em água e aplicado na veia - ou fumado, quando, com a modificação do seu processo de fabricação, produz a merla, a pasta da coca e o *crack*.

Este, por ser fumado, atinge o cérebro quase que imediatamente, provocando uma sensação de prazer intenso, no entanto é também rapidamente eliminado do organismo, produzindo a interrupção da sensação de bem-estar, seguida por imenso desprazer e grande vontade de utilizar a droga, gerando um comportamento compulsivo de busca de usar

novamente. Por ter baixo preço, fortalece o comportamento de uso intenso e de aumento da fissura entre os que usam *crack*.

Segundo dados da pesquisa sobre a Estimativa do número de usuários de *crack* e/ou similares nas Capitais do Brasil (SENAD, 2013b), realizada em 2012, com aproximadamente 25.000 pessoas residentes nas capitais do País e no Distrito Federal, a estimativa da população que utilizou a droga por pelo menos 25 dias nos últimos seis meses, com idade a partir dos 18 anos, foi de 370 mil usuários, sendo que os usuários de *crack* e/ou similares correspondem a 35% dos consumidores de drogas ilícitas nas capitais do país.

Os dados expressam que o consumo do *crack* se propaga de maneira mais intensa entre adultos, que passam parte expressiva do seu tempo em situação de rua, e no interior do País.

Diferentemente do álcool, o *crack* provoca efeitos nocivos bem mais rápidos no organismo. Após uma só dose, altera o funcionamento dos pulmões, coração e sistema nervoso central. O uso do *crack*, frequentemente, leva à diminuição do sono e reduz a vontade de se alimentar, provocando o emagrecimento e o esgotamento físico, assim como prejudica as habilidades cognitivas, o que interfere na adesão ao tratamento e enfrentamento de situações de risco.

Assim, o consumo de substâncias psicoativas sendo estudado sob a óptica científica, ganhou características de doença, provocando a necessidade de se estabelecerem novas estratégias para o tratamento. Surgiu a demanda da organização de serviços que cuidassem desta população.

Desta forma, o uso abusivo e a dependência do álcool e outras drogas passam a ser contemplados em termos de saúde pública, tornando necessárias políticas que promovam e fortaleçam ações, não só de prevenção, mas também para a promoção da saúde, envolvendo uma política intersetorial e recursos institucionais do setor público e privado, mobilização da sociedade, de forma a promover uma responsabilização múltipla.

Em 1998, o Brasil consolidou uma política nacional específica sobre o tema da redução da demanda² e da oferta de drogas³. O então Conselho Federal de Entorpecentes foi

² Redução da demanda: ações referentes à prevenção do uso indevido de drogas lícitas e ilícitas que causem dependência, bem como aquelas relacionadas com o tratamento, a recuperação, a redução de danos e a reinserção social de usuários e dependentes.

³ Redução da oferta: atividades inerentes à repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas. As ações contínuas de repressão devem ser promovidas para reduzir a oferta das drogas ilegais e/ou de abuso, pela erradicação e apreensão permanentes destas produzidas no país, pelo bloqueio do ingresso das oriundas do exterior, destinadas ao consumo interno ou ao mercado internacional e pela identificação e desmantelamento das organizações criminosas.

transformado em Conselho Nacional Antidrogas, tendo sido, também, criada a Secretaria Nacional Antidrogas, com a missão de coordenar a Política Nacional Antidrogas, por meio da articulação e integração do Governo com a Sociedade. Assim, em 2002, por meio de Decreto Presidencial nº 4.345, de 26 de agosto, foi instituída a Política Nacional Antidrogas (SENAD, 2010a).

Com o realinhamento a atualização da política, embasada em dados epidemiológicos atualizados e cientificamente fundamentados, foi posteriormente substituído o termo “anti” por “sobre”, ficando assim a Política Nacional sobre Drogas, que tem a proposta de conduzir, de forma planejada e articulada, ações voltadas à redução da demanda e da oferta de drogas.

Com o objetivo de sistematizar o cuidado do usuário e dependente de álcool e outras drogas, o Ministério da Saúde criou em 2002 os centros de atenção psicossocial de álcool e outras drogas - CAPS ad. Segundo a Portaria nº 336/GM (2002), o CAPS ad é um serviço de atenção ambulatorial diária, voltada para o atendimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso e da dependência de substâncias psicoativas, com capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial local no âmbito de seu território e/ou do módulo assistencial. Além de ser uma unidade terapêutica especializada, também é responsável pelo gerenciamento da demanda e da rede de instituições de atenção a usuários de álcool e drogas de sua região. Incumbe-se ainda, da supervisão e da capacitação das equipes de atenção primária, serviços e programas de saúde mentais locais.

Em 2003, foi publicada a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas. Segundo essa política, o Ministério da Saúde assume de modo integral e articulado o desafio de prevenir, tratar, reabilitar os usuários de álcool e outras drogas como um problema de saúde pública, atendendo as propostas recomendadas na III Conferência Nacional de Saúde Mental, em dezembro de 2001.

Esta política enfatiza em suas propostas a necessidade de estruturação e fortalecimento da rede de assistência com base territorial, abrangendo os serviços de saúde, cultura e sociais disponíveis na comunidade, com ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários, considerando que a oferta de cuidados deve ser baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada, devidamente articulados à rede assistencial em saúde mental e ao restante da rede de saúde (BRASIL, 2003a).

Propõe a sistematização das intervenções junto aos usuários abusivos e dependentes de drogas que vivem em contexto de vulnerabilidade e que não desejam parar o

uso das drogas. Inicia-se, oficialmente, o trabalho do Ministério da Saúde com a estratégia da redução de danos como busca de ampliar o acesso e as ações dirigidas a uma população historicamente desassistida do contato com o sistema de saúde.

As ações de redução de danos iniciaram-se em 1992, no Município de Santos, SP. No final da década de 1980, este Município apresentou alta taxa de prevalência⁴ de usuários de drogas injetáveis com HIV.

Redução de Danos -RD constitui uma estratégia de abordagem dos problemas com as drogas que não parte do princípio que deve haver imediata e obrigatória extinção do uso de drogas, seja no âmbito da sociedade, seja no caso de cada indivíduo, mas que formula práticas que diminuem os danos para aqueles que usam drogas e para os grupos sociais com que convivem. (SENAD, 2010a, p. 176).

A abordagem de profissionais treinados para atuar seguindo a lógica da redução de danos possibilita ao usuário a não exposição a situações de risco, proporciona uma aproximação com as instituições e a possível formação de vínculos de confiança. A estratégia da RD tem sua base na tolerância, afasta intervenções autoritárias, preconceituosas, julgamentos morais sobre os comportamentos relacionados ao uso de substâncias e às práticas sexuais. A diversidade é contemplada ao compreender que cada pessoa estabelece uma relação particular com as substâncias e que a utilização de abordagens padronizadas, como pacotes prontos e impostas, para todos é ineficaz e excludente.

No ano de 2006, foi aprovada a Lei nº 11.343, que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD, suplantando a legislação vigente há trinta anos, que se mostrava obsoleta e em desacordo em relação aos avanços científicos na área e as transformações sociais.

Esta lei traz a compreensão de que os usuários e dependentes de droga não devem ser apenados com privação de liberdade, e sim devem ser oferecidas oportunidades de “reflexão” sobre o próprio consumo, objetivando uma ressocialização por meio de penas alternativas, como advertência, prestação de serviços à comunidade e medida educativa.

Concomitante à mudança na legislação brasileira sobre drogas, outras políticas, nos diversos setores, foram sendo implantadas. O setor saúde acompanha as mudanças socioculturais do período, reformulando sua compreensão sobre saúde-doença; recebe influência de políticas internacionais e, no âmbito da saúde mental, incorpora os princípios da reforma psiquiátrica.

⁴ Prevalência_ Pode ser definida como a relação entre o número de casos conhecidos de uma dada doença e a população exposta. (ROUQUAYROL, 2009, p. 332).

Na área da saúde, a ação pública é orientada pela Lei nº 10.216, de 2001, ao definir claramente, que o tratamento visará, como finalidade permanente, à reinserção social do paciente em seu meio e que, quando necessária, internação será realizada, de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer e outros. (BRASIL, 2001).

Assim, a lógica terapêutica é ampliada e ressignificada. Se antes o hospital psiquiátrico era o recurso terapêutico mais utilizado para o tratamento do dependente químico, tendo como objetivo primordial abstinência completa, estas reformas trazem consigo ampliação e reformulação das propostas de cuidado.

O Ministério da Saúde, com a Portaria nº 1.190, 04 de junho de 2009, instituiu o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas no Sistema Único de Saúde - PEAD (2009-2010), cujo objetivo é ampliar o acesso aos serviços de saúde, melhorar e qualificar o atendimento oferecido pelo SUS às pessoas que usam álcool e outras drogas por meio de ações de rua.

As diretrizes deste Plano são: o direito ao acesso ao tratamento; o respeito e promoção dos direitos humanos e da inclusão social; a redução da lacuna assistencial; o enfrentamento do estigma; a garantia do cuidado em rede, no território, e de atenção de base comunitária; a qualificação das redes de saúde; enfoque multidisciplinar e intersetorial; a adoção da estratégia de redução de danos e do reconhecimento de determinantes sociais de vulnerabilidade, risco e padrões de consumo, priorizando ações para crianças, adolescentes jovens moradores de rua em situações de vulnerabilidade e risco (BRASIL, 2009a).

O PEAD estimula o fortalecimento do componente de saúde mental/álcool e outras drogas nas equipes de Saúde da Família e nos núcleos de apoio à saúde da família - NASF, mediante indicação de que sejam incorporados profissionais capacitados no cuidado de usuários abusivos e dependentes de álcool/drogas às novas equipes dos NASF nos municípios prioritários estabelecidos pela portaria. O município de Fortaleza- Ceará está entre estes.

O Consultório de Rua é proposto como estratégia do PEAD, sendo incluído, também, em 2010, no Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e outras Drogas, na busca de melhorar e qualificar o atendimento oferecido pelo SUS às pessoas que usam álcool e outras drogas por meio de ações de rua.

Foi instituído pela Presidência da República o Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e outras Drogas, Decreto 7.179, de 20 de maio de 2010, tendo como objetivos à

prevenção do uso, o tratamento e a reinserção social de usuários e enfrentamento do tráfico de drogas ilícitas.

Este Plano orienta no sentido de que as ações sejam executadas de forma descentralizada e integrada, em todas as esferas públicas, de forma a promover a intersetorialidade, a interdisciplinaridade, a integralidade, a participação da sociedade civil e o controle social. Visa à articulação permanente entre as políticas e ações de saúde, assistência social, segurança pública, educação, desporto, cultura, direitos humanos, juventude, entre outros, em consonância com os pressupostos, diretrizes e objetivos da Política Nacional sobre Drogas (BRASIL, 2010b).

Com a Portaria nº 3.088, de 23 dezembro de 2011, o Ministério da Saúde criou a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde; cujos objetivos gerais são: ampliação e promoção do acesso nos diferentes níveis da atenção à saúde e a garantia da articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2011a).

Esta rede é constituída pela atenção: primária à saúde, psicossocial especializada, urgências e emergências, residencial de caráter transitório, hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, estabelecendo como competência das unidades primárias de saúde:

Serviço de saúde constituído por equipe multiprofissional responsável por um conjunto de ações de saúde, de âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver a atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (BRASIL, 2011a, p. 4).

A unidade da Atenção Primária à Saúde, como ponto da Rede de Atenção Psicossocial, tem, portanto, responsabilidade no cuidado das pessoas com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas. Conta para isto com as equipes de Consultório de Rua, do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, assim como, quando necessário, com os demais pontos da rede.

O Consultório de Rua tem por objetivo a oferta de ações de promoção, prevenção e cuidados primários no espaço da rua, seguindo os princípios: do respeito às diferenças, da

promoção de direitos humanos e da inclusão social, do enfrentamento do estigma, das ações de redução de danos e da intersetorialidade. (BRASIL, 2010c)

Este trabalho surge como resposta à pouca procura e difícil acesso à rede de saúde por parte da população usuária de álcool e outras drogas em situação de rua, especialmente as crianças, adolescentes e jovens, e o predomínio de ofertas de cuidado baseadas na abstinência como objetivo exclusivo.

O papel destes trabalhadores/profissionais é estabelecer vínculo de confiança com estas pessoas que não buscam a rede de saúde e social por temerem o estigma e a rejeição, favorecendo o desenvolvimento do trabalho, que busca a adesão aos cuidados básicos de saúde.

Com a Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011, as equipes do Consultório de Rua, que eram ligadas à Coordenação Nacional de Saúde Mental, passaram a ser denominadas de equipes dos consultórios na rua - eCR, sendo uma modalidade de equipe de Atenção Primária. Esta mudança ocorreu no sentido de ampliar as abordagens dos variados tipos de demandas e necessidades de saúde da população em situação de rua. (BRASIL, 2011b).

As eCR, sempre que necessário, contam com as instalações das unidades de Atenção Primária à Saúde do seu território, desenvolvem ações compartilhadas e integradas a estas equipes de Saúde da Família, ao CAPS, aos serviços de urgência e emergência e a outros pontos de atenção à saúde, conforme a necessidade do usuário. Desempenham suas atividades no território de forma itinerante e, dentre estas atividades, estão a busca ativa e o cuidado aos usuários de álcool, *crack* e outras drogas.

O trabalho se caracteriza por ser multiprofissional, com os seguintes profissionais de saúde: enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, médico, agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem e técnico em saúde bucal.

As equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família tem a responsabilidade, dentre outras, do Apoio Matricial⁵ e cuidado compartilhado junto às equipes de Saúde da Família às quais estão vinculadas, incluindo o suporte ao manejo de situações relacionadas ao sofrimento ou transtorno mental e aos problemas relacionados ao uso de *crack*, álcool e outra drogas.

A implantação da Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012, possibilitou a universalização das equipes NASF para todos os municípios do Brasil. Na modalidade NASF

⁵ Apoio Matricial - consiste no apoio às equipes de referência, visando a superar os encaminhamentos, onde tanto aos serviços de referência/especializados quanto os outros profissionais, que estão mais próximos do usuário, participam da construção do projeto terapêutico. Trabalha, assim, tanto no âmbito técnico, pois realizam o atendimento junto à equipe de referência, como no pedagógico, abordando o problema estudado sob diversos olhares, proporcionando as equipes de referência a incorporarem novos conhecimentos (BRASIL, 2004a).

3 deverá estar vinculado a, no mínimo uma e a, no máximo duas Equipes de Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais), agregando-se de modo específico ao processo de trabalho destas, configurando-se como equipe ampliada.

Em dezembro de 2011, o governo federal brasileiro lançou oficialmente o “Programa Crack, é possível vencer”, contemplando responsabilidades dos Ministérios da Saúde, da Justiça e do Desenvolvimento Social, cujos eixos são: prevenção, cuidado e autoridade.

O Programa “Crack, é possível vencer” estabelece ao Governo Federal a responsabilidade de disponibilizar aos governos municipais, estaduais e do Distrito Federal diretrizes técnicas e financiamento para construir, fortalecer e qualificar a rede de serviços de saúde e assistência social aos usuários de drogas e aos seus familiares, segundo as necessidades do seu território, para o desenvolvimento de ações articuladas para enfrentamento do problema, dando ênfase à educação e à garantia dos direitos. Em suas diretrizes, dá ênfase: à equidade, à ampliação dos serviços, à estruturação de uma Rede SUS capacitada para o atendimento, à reinserção social e ao apoio integral aos usuários e familiares.

A estes gestores caberá a instalação de instâncias da gestão integrada que, por meio de comitês, articulem ações nas áreas de segurança, saúde, assistência social, educação, entre outros, com finalidade de planejamento, execução e avaliação das ações.

O eixo Cuidado estabelece que a rede de serviços de saúde e assistência trabalhe “para acolher usuários e familiares, respeitando sua autonomia e singularidade, e ofertar cuidado necessário a cada caso, tomando a defesa da vida e da redução dos danos à saúde como princípio”. (BRASIL, 2011c, p. 7). Também estabelece que os serviços, de saúde, de assistência social e das organizações privadas, como os das comunidades terapêuticas, devem ser articulados no sentido de garantir o cuidado integral e de longo prazo. Assim, também, dá ênfase à oferta de capacitações e à formação para o conjunto de trabalhadores destas redes.

A rede de assistência à saúde pode ser composta pelos serviços: Consultório na Rua, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, CAPS III ad 24 hs, CAPS i, enfermarias especializadas, Unidade de Acolhimento de Adulto - UAA, Unidade de Acolhimento Infantojuvenil - Uai, Comunidades Terapêuticas e outras instituições, segundo as dimensões e a necessidade de atendimento dos municípios.

Na descrição dos serviços prestados parte de cada ponto da rede, destaca-se o fato de que tanto nos CAPS AD 24 h como nos CAPS i, o público de crianças, adolescentes e jovens até 25 anos de idade com necessidades em decorrência do uso de álcool, *crack* e outras drogas pode ser atendido, respeitando as orientações do Estatuto da Criança e do Adolescente. O esclarecimento deste ponto é muito importante para os trabalhadores envolvidos com tema e à sociedade, pois conhecer os pontos da rede que podem contar favorece cuidado integral destas crianças e jovens.

A meta é que, ao final de 2014, as redes de atenção à saúde, a assistência social e as ações de prevenção nas escolas tenham sido ampliadas, fortalecidas e, sobretudo, integradas, aumentando e melhorando sua capacidade de acolhimento aos usuários de drogas e apoio a familiares; que estas redes contem com profissionais de saúde, educação, assistência social, lideranças comunitárias capacitadas no tema e com programas de prevenção nas escolas em execução (...). (BRASIL, 2011c, p.5)

O tema “É possível vencer” deixa entre linhas o caráter de luta e guerra às drogas, onde, de um lado, está a sociedade “limpa, em ordem e equilíbrio”, enquanto estão do outro os usuários “doentes, violentos e criminosos”. Isto explica a existência do eixo Autoridade e dá margem às ações de alguns governos, buscando “limpar” os espaços públicos com a política da internação compulsória. (VOLCOV; VASCONCELLOS, 2013).

A alternativa a medidas isoladas e de pouca eficácia terapêutica, como a internação compulsória, é a constituição de uma Rede de Atenção à Saúde Mental, coordenada pelos centros de atenção psicossocial - CAPS. A experiência brasileira demonstra a efetividade dessa estratégia, a qual decorre, fundamentalmente, da criação de vínculo entre a pessoa/família que está sendo acompanhada e a equipe de saúde. O trabalho centrado na atenção psicossocial estimula o sujeito ao resgate da autoestima e do seu reconhecimento como cidadão.

A gestão municipal de Fortaleza, Ceará, em abril de 2013, instituiu o Comitê Gestor para planejar, implementar, monitorar e divulgar, as ações relacionadas ao programa "*crack*, é possível vencer". (FORTALEZA, 2013)

Este Comitê é constituído pelos representantes das seguintes secretarias e coordenadorias: Coordenadoria de Políticas sobre Drogas; Coordenadoria Especial de Políticas para Juventude; Secretaria Municipal de Saúde; Secretaria Municipal de Educação; Secretaria Municipal do Trabalho, Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Secretaria Municipal de Cidadania e Direitos Humanos; Secretaria Municipal de Segurança Cidadã; Secretaria Municipal de Cultura; Instituto de Planejamento de Fortaleza; Secretaria Municipal de Esporte e Lazer.

Dentre as competências e diretrizes do Comitê Gestor Municipal, para o favorecimento de um cuidado integral ao usuário do *crack* e seu familiar, existe a garantia da integração das ações do programa nas diversas áreas; organização do fluxo de atendimento integrado da rede municipal de serviços de atenção ao usuário de drogas e seus familiares; integração das redes de prevenção, cuidado e segurança, para atendimento ao usuário de drogas e suas famílias; e oferta de atenção especial às crianças e aos adolescentes, considerando as vulnerabilidades físicas e psicológicas inerentes à fase de desenvolvimento infantojuvenil, bem como as consequências pelo uso de drogas neste período da vida.

No Município de Fortaleza, foi também instituído, pela Lei nº 9747, de 04 de março de 2011, o dia 12 de agosto como o Dia D de Combate ao Consumo de *Crack*, no data do Dia Internacional da Juventude. Fica o Poder Público municipal autorizado a promover, nesta data, ações de promoção ao combate ao *crack* envolvendo a sociedade e as entidades afetadas (FORTALEZA, 2011).

Desta forma, percebe-se que políticas públicas intersetoriais estão sendo criadas e implementadas na busca de melhor lidar com os problemas decorrentes do uso abusivo de álcool e drogas, sendo estabelecido como desafio a consolidação destas políticas no cotidiano das ações dos profissionais, de forma permanente e consistente, para efetivação de um novo modelo de atenção que compreenda, antes de tudo, o usuário como um cidadão.

2.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO ARTICULADORA DA REDE DE CUIDADO AO USUÁRIO ABUSIVO DE ÁLCOOL E *CRACK*.

O movimento da reforma sanitária, vivenciado, desde a segunda metade da década de 1970, trouxe para o Brasil mudanças na compreensão do que é saúde e nas práticas de atenção e assistência.

Com a regulamentação do Sistema Único de Saúde as ações de saúde passaram a ser municipalizadas, assegurando oferta de serviços o mais perto possível de onde mora o cidadão; o acolhimento, nos diversos momentos da atenção; a vinculação com a população do seu território; a responsabilização e a capacidade resolutiva. A Atenção Primária à Saúde assume o lugar de principal porta de entrada e centro de comunicação das redes de atenção à saúde - RASs, coordenando os fluxos e contrafluxos do Sistema de Atenção à Saúde.

As ações da APS são realizadas com origem no trabalho em equipe, abrangendo tecnologias de cuidado e gestão, envolvendo os diversos agentes, sempre tendo por base um território adscrito, pelo qual assumem responsabilidade sanitária.

Na qualidade de coordenadora do cuidado e ordenadora da organização das RASs, a Atenção Primária deve cumprir algumas funções, dentre as quais: a de acompanhar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das redes públicas, comunitárias e sociais; e a de reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, de forma que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades dos usuários. (BRASIL, 2011c)

O que caracteriza uma atenção primária forte é ser o primeiro nível assistencial com capacidade de resolução da maior parte dos problemas de saúde, em tempo oportuno, com acessibilidade e garantia da continuidade. Isto implica trabalho em rede intersetorial⁶ e interdisciplinar⁷. Esta, com base na formação de vínculos, busca pela continuidade do cuidado, em um determinado território, entender de maneira compartilhada com os profissionais de áreas diversas de conhecimento, o contexto pessoal, social, cultural, econômico, para desenvolver práticas cotidianas que garantam maior resolubilidade.

Na visão sistêmica, todos os pontos são redes de relações em si, e fazem parte das redes mais abrangentes. Nesta perspectiva, as relações entre os pontos da rede são

⁶ A intersetorialidade constitui uma concepção que deve informar uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços, para garantir um acesso igual dos desiguais. (JUNQUEIRA, 2000, p. 42).

⁷ Interdisciplinaridade consiste em relações entre diversos saberes orientados para uma prática, para a solução de problemas de saúde. (JUNQUEIRA, 2000, p. 41).

fundamentais, pois “a realidade é percebida como uma rede de relações, interconectada por concepções e modelos, na qual nenhuma parte é fundamental.” (JUNQUEIRA, 2000, p.38).

O Ministério da Saúde entende Rede de Atenção à Saúde como conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente e com variados configurações tecnológicas, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde, com base territorial. (BRASIL, 2011c, 2011d). Estabelece que a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços da atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde, estando as Redes de Atenção à Saúde compreendidas no âmbito de uma região de saúde, ou de várias delas.

O fluxo do usuário nesta rede e entre os diversos pontos de atenção das várias configurações tecnológicas deve ser estabelecido pela gestão municipal, segundo a Política Nacional da Atenção Básica (2011c), de forma a assegurar garantir a integralidade do cuidado na assistência à saúde.

A rede de cuidado é entendida por Franco (2006) como o fluxo estabelecido pelos próprios trabalhadores, no âmbito da sua micropolítica, em busca de atender a um determinado projeto terapêutico; o cuidado vai se produzindo na rede que se formou no trabalho vivo, vai além da submissão às ordens e normas impostas, permite a elaboração criativa de fluxos de conexão dos trabalhadores entre si e com outras unidades de saúde dos diversos níveis de atenção.

Isso faz com que qualquer membro de uma equipe possa fazer suas conexões com outros trabalhadores e disparar “linhas de cuidado” em diferentes direções, promovendo um autocontrole da rede de cuidados que vai se esboçando a partir daí. A possibilidade de captura dessa rede depende do grau de sujeição que os próprios trabalhadores se impõem, pois o trabalho vivo em ato lhes dá grande possibilidade de criação e invenção na ação cotidiana de produção do cuidado. (FRANCO, 2006, p. 07).

Assim, a integralidade na atenção à saúde implica que a rede constitua um plano individual, ato voltado para atenção individual e no plano sistêmico, onde se garante a integralidade das ações na rede de serviços (PINHEIRO, 2001). A atenção individual, quando vista sob o critério da micropolítica do processo de trabalho, revela atos sincronizados de trabalhadores em relação entre si e com o usuário, configurando, nesse cenário, uma microrrede de alta potência para o cuidado.

Para uma melhor Atenção Integral à Saúde, é necessária uma Rede de Atenção à Saúde organizada, que dê conta de um cuidado planejado e capaz de prever suas necessidades, o que exige a implantação um modelo de atenção, cujas as condições crônicas também sejam privilegiadas.

A Estratégia de Saúde da Família nasce como alternativa ao modelo da atenção médica especializada, o qual centra suas atenções em eventos agudos de saúde, pretendendo assim reorganizar a Atenção Primária à Saúde, seguindo os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde.

A Estratégia de Saúde da Família assume a responsabilidade de: prestar uma atenção integral e contínua centrada no sujeito e na família inserida em seu território; ampliar as redes de apoio social; possibilitar a análise dos aspectos socioculturais no processo saúde-doença, dando ênfase à promoção da saúde e prevenção de agravos; abrir espaço para distintas disciplinas e áreas de conhecimento, assim como para a participação comunitária na definição de finalidades e meios de trabalho sanitário.

Atua no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde/doença da população. (BRASIL, 2007, p. 22).

Inserida na rede de cuidado, a Estratégia Saúde da Família provoca mudança nas práticas exercidas por seus profissionais, pois eles passam a atuar na lógica da corresponsabilização do cuidado, assumem o papel de equipe de referência, em que um grupo com variadas formações atuam juntos em uma unidade de saúde, buscando, via comunicação ativa, uma resolução compartilhada do problema, que envolve: a família, a comunidade, o atendimento especializado, entre outros dispositivos da rede de saúde e assistência possibilitando uma atenção integral e contínua, “o que se busca é construir a responsabilidade de pessoas por pessoas.” (BRASIL, 2009c, p. 11).

A inclusão do Núcleo de Apoio à Família na APS fortalece a proposta de uma atenção multiprofissional e interdisciplinar junto à ESF, na medida em que apoia, de modo dinâmico e interativo, como retaguarda especializada, as equipes de referência.

Partindo da compreensão de que existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença. “(...) todo problema de saúde é também – e sempre – mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde” (BRASIL, 2003b, p.03), nesse sentido é que as equipes da Estratégia Saúde da Família constituem o recurso estratégico na articulação e no enfrentamento aos agravos vinculados às diversas formas de sofrimento psíquico.

A Organização Mundial da Saúde – OMS, em suas recomendações, dá ênfase ao provimento do tratamento dos transtornos mentais na própria atenção primária, por ser este

um passo importante para melhorar o acesso dos usuários aos serviços de saúde e por considerar que muito dos problemas podem ter resolubilidade nesse nível de atuação.

Entre os problemas de saúde mental, estão o uso, o abuso e a dependência de álcool e outras drogas, como o *crack*. A OMS, em 2001, estabelece que

[...] a dependência química deve ser tratada simultaneamente como uma doença médica crônica e como um problema social. Pode ser caracterizada como estado mental e, muitas vezes, físico que resulta da interação entre um organismo vivo e uma droga, gerando uma compulsão por tomar a substância e experimentar seu efeito psíquico e, às vezes, evitar o desconforto provocado por sua ausência. Não basta, portanto, identificar e tratar os sintomas, mas sim, identificar as consequências e os motivos que levaram à mesma, pensando o indivíduo em sua totalidade, para que se possa oferecer outros referenciais e subsídios que gerem mudanças de comportamento em relação à questão da droga. (PRATTA; SANTOS, 2009, p. 208).

Segundo a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD (2009b), o uso abusivo corresponde a um padrão de consumo que tenha causado dano real à saúde física ou mental do usuário, sem que os critérios para dependência sejam preenchidos. Dependência, por sua vez, é um conjunto de sinais e sintomas, como compulsão para consumir a substância; dificuldade de controle de início e término e níveis de consumo; síndrome de abstinência com a falta e diminuição da substância; evidências de tolerância em que há abandono progressivo de prazeres e interesses alternativos em favor do uso da substância; e persistência no uso, mesmo com evidências claras das consequências nocivas ao seu organismo. Para um diagnóstico de dependência, é necessária a presença de três ou mais destes sinais e sintomas no último ano.

O cuidado do usuário abusivo de drogas na Atenção Primária à Saúde segue a mesma lógica da rede de cuidado: base territorial, articulação com a rede de assistência, intersetorialidade, atuação transversal, estabelecimento de vínculos, acolhimento, atendimento multiprofissional e interdisciplinar, promoção à cidadania e construção da autonomia do usuário e seu familiar.

Todas essas evidências contribuíram para transformar a rede de atenção primária em um importante centro diagnóstico, motivador e terapêutico para os dependentes químicos. Os casos de menor complexidade podem ser tratados por médicos generalistas capacitados para a aplicação de intervenções breves. No entanto, é importante que a unidade básica de saúde seja apoiada por um ambulatório especializado. (MARLATT, 1999, p.126).

O Apoio Matricial favorece a integração da saúde mental à Atenção Primária à Saúde, em que as razões do cuidado são colaborativas, a comunicação entre os profissionais vai muito além dos encaminhamentos, referências e contratransferências por escrito. A

relação entre as duas equipes, a de referência e a matricial, constitui outro arranjo organizacional e nova metodologia do trabalho em saúde que favorece a efetivação da clínica ampliada e de uma interação dialógica entre as especialidades profissionais; além de assegurar maior eficácia e eficiência ao trabalho em saúde, investindo no fortalecimento da autonomia do usuário/família (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

As equipes do NASF e CAPS ad têm, entre suas atribuições, o de oferecer este suporte especializado aos profissionais da Estratégia de Saúde da Família no cuidado do usuário abusivo de álcool e *crack* e seu familiar, favorecendo a (re)constituição de novas estratégias de atenção e assistência na elaboração de projetos terapêuticos singulares que sejam articulados com suporte nas particularidades de cada sujeito.

Segundo pesquisa SENAD (2013a), 78,9% dos usuários afirmaram querer tratamento para o uso de drogas e que, entre os entrevistados que acessaram os serviços ofertados pela rede pública e suplementar, nos últimos 30 dias antecedentes à pesquisa, os mais procurados foram: Posto/Centro de Saúde / Ambulatórios/ Unidades de Pronto Atendimento - UPAs, com 20,2%; já em relação aos serviços para tratamento ambulatorial da dependência química, o CAPS ad foi o mais acessado, ainda que por apenas 6,3% desses usuários.

Aproximadamente 20% dos pacientes tratados na rede primária bebem em um nível considerado de alto risco, pelo menos fazendo uso abusivo do álcool. Estas pessoas têm o primeiro contato com os serviços de saúde por intermédio de clínicos gerais. Apesar disso, estes pouco detectam a presença de acometimento por tal uso, o que tem repercussão negativa sobre as possibilidades de diagnóstico e acompanhamento. Observa-se que, no geral, o foco da atenção está voltado para as doenças clínicas decorrentes da dependência - que ocorrem tardiamente - e não para a dependência subjacente (BRASIL, 2003b, p. 17).

Estes dados deixam clara a necessidade da ampliação e fortalecimento dos equipamentos da rede de saúde e social para o cuidado integral do usuário abusivo de álcool e outras drogas. É do saber de todos que o sistema assistencial ainda não dá conta desta demanda, privilegia quem já apresenta padrão de dependência, e este público não constitui a maior parte da população de consumidores. É necessário, então focar, também, em pessoas que fazem uso abusivo, como tentativa de evitar consequências diretas / indiretas da falta de acesso a práticas de cunho preventivo ou da ausência de sua efetividade.

O período médio entre o primeiro problema decorrente do uso de álcool e a primeira intervenção voltada para este é de cinco anos; a demora em iniciar o tratamento e a

sua inadequação implica o maior comprometimento da saúde. Dentre inúmeros fatores que influenciam sobre a ineficácia da assistência disponível, está a crença de que os pacientes raramente se recuperam, sendo um fator decisivo para esta crença a falta de um currículo que aborde o uso de álcool e drogas, de forma minimamente suficiente, nas faculdades formadoras dos profissionais da saúde (BRASIL, 2004b).

Na busca de uma literatura específica sobre a atenção aos usuários abusivos de álcool e outras drogas na Atenção Primária à Saúde, constatou-se que há pouca produção científica.

Dentre as pesquisas encontradas, destacam-se a de Barros e Pillon, realizada junto a profissionais da APS na cidade de Araçatuba- SP, em 2007, e a de Rozani *et al*, efetuada no Estado de Minas Gerais, em 2012. Esses estudos apresentam como ponto comum o fato de profissionais das ESF reconhecerem a importância da assistência aos usuários de drogas na APS, porém relatam várias dificuldades no cotidiano do cuidado, o que provoca pouca ajuda efetiva, sendo necessárias estratégias que apontem para a resolubilidade e eficácia das ações. Para isto, sentem a necessidade de engajamento dos gestores na implementação de tais estratégias e capacitação dos profissionais para as práticas preventivas ao uso de álcool e drogas.

Pesquisa de Schneider e Lima (2011), realizada em um município de médio porte de Santa Catarina, em relação às propostas de intervenção das equipes de ESF na problemática do uso abusivo de álcool e outras drogas, foi destacada a administração de psicofármacos como principal método de atenção ao problema, sendo seguido por orientações gerais dadas sobre o problema, visando a ensinar atitudes positivas dos usuários em direção a um comportamento de abstinência. Esta terapêutica remete ao modelo biomédico, tradicionalmente sustentado na “medicalização” dos problemas psicossociais.

A necessidade de maior reflexão teórico-metodológica, por parte dos profissionais da Atenção Primária à Saúde, sobre o tema do abuso e dependência das drogas, foi apontada nas possíveis contribuições da pesquisa realizada por Crives e Dimenstein (2003), em um ambulatório do Centro de Saúde de Pirangi, na cidade de Natal/RN, assim como uma revisão sobre os objetivos terapêuticos, justifica o fato de que a pouca fundamentação teórica reflete em uma terapêutica que busca na abstinência a única solução.

Ponto comum encontrado nas pesquisas é a fragilidade na formação dos profissionais da APS: equipe de Saúde da Família - EqSF e NASF, que até pouco tempo era focada predominantemente no modelo de atenção individual, com ênfase na doença e não na

saúde, com ações voltadas ao tecnicismo, com pouca ou nenhuma orientação quanto às questões relacionadas ao consumo abusivo de drogas.

Partindo desta inquietação, questionou-se, com base na realidade do Município de Fortaleza- Ceará, se este profissional, em sua prática, no seu território, recebe suporte da rede de assistência. Aqui tem ênfase a gestão, rede de assistência da saúde mental, assistência social, redes sociais, entre outras, e se assume realmente o papel de articulador e coordenador da rede de cuidado para dar conta da atenção integral ao usuário abusivo de drogas e sua família, tendo como fundamentação a nova lógica da saúde, estabelecida pelas políticas públicas que regulamentam o País.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DO ESTUDO

Este é um estudo de natureza analítico-descritiva, tendo em vista as características do objeto de estudo que buscou descrever o cotidiano do cuidado nas UAPS e analisar, por via das opiniões emitidas por um grupo de profissionais da ESF, como estes se percebiam e como estavam atuando como parte integrante do processo e sua inserção na teia das relações de cuidado.

Desta forma, caracteriza-se como um estudo de campo, por buscar um aprofundamento das questões propostas sobre suas concepções e a produção do cuidado aos usuários abusivos de álcool e *crack* e seus familiares, relacionadas a um grupo específico, no caso os profissionais da ESF, e suas interações (GIL, 2011).

3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado no Município de Fortaleza, no Estado do Ceará. Este município encontra-se dividido administrativamente em seis secretarias regionais - SR, onde em cada uma há uma Coordenadoria Regional de Saúde responsável pela gestão da rede de serviços de saúde, com objetivo de organizar a rede de cuidado garantindo à população acesso aos serviços da Atenção Primária, da rede especializada (Atenção Secundária) e a assistência hospitalar (Atenção Terciária).

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde - SMS de Fortaleza, em outubro de 2013, o Município contava com 255 equipes da ESF e com 117 equipes de agente comunitários de saúde - EACS, garantindo a cobertura, com equipes completas, de 37,9 % de sua população.

No período estudado, o Município de Fortaleza contava com 91 Unidades de Atenção Primária à Saúde - UAPS, compostas por equipes completas da ESF, EACS e NASF, sendo distribuídos pelas secretarias regionais da seguinte forma:

Quadro 01: Quantitativo de UAPS, Equipes Completas da ESF e NASF distribuídas por secretarias regionais. Fortaleza, out/ 2013

	SR I	SR II	SR III	SR IV	SR V	SR VI	Total
UAPS	12	11	16	12	20	20	91
EqSF	36	30	35	30	60	64	255
EACS	10	14	25	11	23	34	117
NASF	02	03	01	02	01	03	12

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde (dez/2013).

Em Fortaleza, com a mudança da gestão municipal, os profissionais que formavam as equipes NASF foram afastados, e algumas destas vagas foram preenchidas por profissionais que tinham realizado uma seleção pública no ano anterior, ficando muitas equipes sem profissionais ou incompletas. Assim, este Município diminuiu consideravelmente o número de equipes, pois em dezembro de 2012 eram 30, comprometendo a cobertura dos territórios.

A nova gestão criou uma Coordenadoria de Políticas sobre Droga, vinculada ao Gabinete do Prefeito com *status* de Secretaria Municipal, composta por equipe interdisciplinar que tem como objetivo garantir os direitos humanos e promover uma política intersetorial sobre drogas, articulando as redes de prevenção, cuidado e reinserção social para promoção da atenção integral aos usuários, familiares e rede social implicada.

A rede de cuidado pública municipal ao usuário abusivo e dependente de drogas, segundo a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, é constituída atualmente por 18 equipamentos de saúde.

Quadro 02: A rede assistencial em saúde mental pública municipal de Fortaleza

Serviços	Secretaria Regional – SR						Total
	I	II	III	IV	V	VI	
CAPS Geral II	01	-	01	01	01	01	05
CAPS Geral III 24 hs	-	01	-	-	-	-	01
CAPS ad	-	-	01	01	01	01	04
CAPS ad III 24 hs	01	01	-	-	-	-	02
CAPS i	-	-	01	01	-	-	02
Unidade de Desintoxicação Hospitalar - Santa Casa de Misericórdia		01					01
Hospital Psiquiátrico de Messejana						01	01
Centro Integrado de Referência sobre Drogas				01			01
Unidade de Acolhimento Dr. Silas Munguba					01		01

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde e Coordenadoria de Políticas Públicas sobre Drogas (dez/2013).

O Município tem convênio com 20 comunidades terapêuticas, sendo 11 para adultos homens e 09 para mulheres e crianças.

Outro serviço disponível é a Central de Atendimento, recurso de comunicação gratuita que presta serviço à população em relação à problemática das drogas a qual, também funciona 24h. Presta esclarecimentos, apoio e também faz encaminhamento para a rede de cuidado municipal.

Para o presente estudo, foi escolhido como local da pesquisa uma UAPS em cada Secretaria Regional. Para isto, foram usados os dados da Central de Estatística da Secretaria de Segurança Pública em Defesa Social - CENEST/SSPDS sobre a apreensão do *crack* por bairros no Município de Fortaleza, no mês de julho de 2012, isto por se entender que onde há uma forte apreensão há mercado e há consumo.

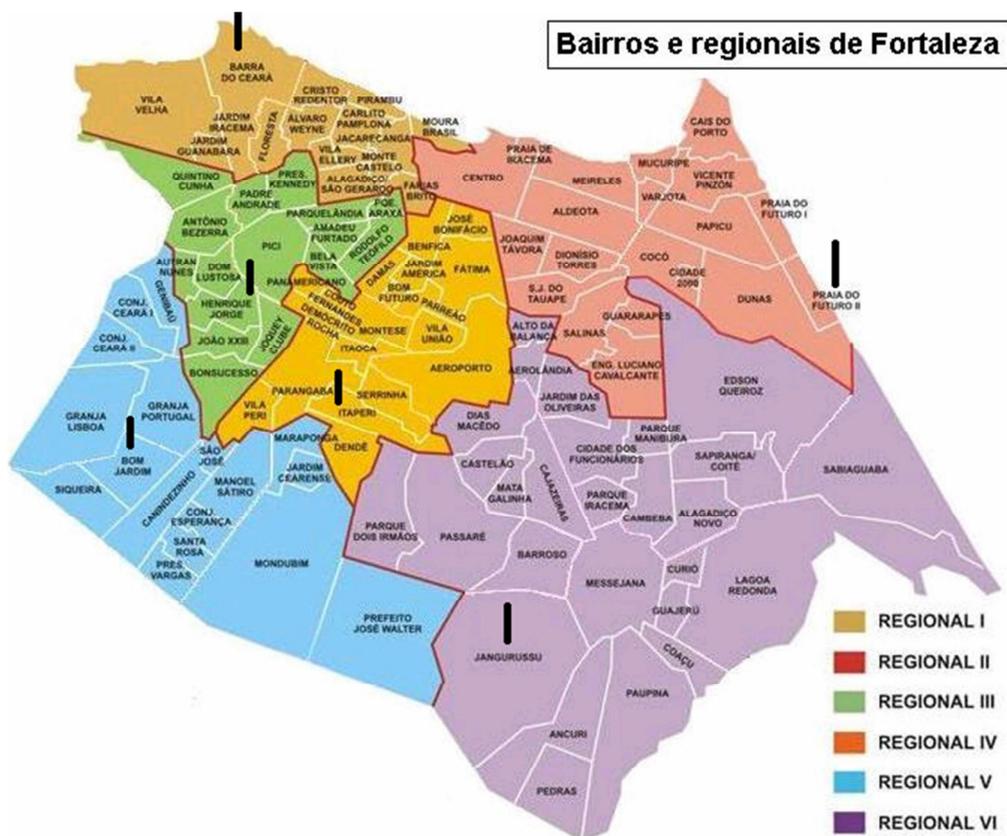
3.3 UNIVERSO DO ESTUDO E PARTICIPANTES

Após a definição do bairro com maior apreensão de drogas ilícitas em cada SR, com suporte dos dados do CENEST/SSPDS, delimitou-se como campo de pesquisa a UAPS de referência daquele bairro.

Quadro 03: Definição da UAPS, por bairro de maior apreensão de drogas ilícitas, em cada secretaria regional. Fortaleza, jul/ 2012

SR	UAPS	Bairro
I	Lineu Jucá	Barra do Ceará
II	Frei Tito	Dunas foi o bairro selecionado, mas por não ter uma unidade de saúde dentro de sua área, foi selecionada a mais próxima, que fica no bairro Praia do Futuro.
III	José Sobreira Amorim	Henrique Jorge
IV	Projeto Nascente	Itaperi
V	Argeu Herbster	Bom Jardim
VI	Evandro Ayres de Moura	Jangurussu

Figura 01: Mapa de Fortaleza dividido por Secretarias Regionais.



Estão com destaque (|) os bairros onde se localizam as UAPS selecionadas como campo de estudo.

Fonte: SMS/APLAN (GEO)

Para inclusão dos participantes no estudo, demarcou-se como critérios gerais, ter mais de seis meses vinculados(as) a unidade, como profissional da equipe, aceitar participar da pesquisa e ter disponibilidade de tempo para a entrevista. Como específico de cada grupo, ficou assim delineado:

GRUPO I- todas equipes de Saúde da Família da UAPS, que contavam com médico e enfermeiro, foram representadas por um destes profissionais;

Grupo II - representado por um profissional do NASF, vinculado à saúde mental (psicólogos e terapeutas ocupacionais), em cada UAPS; quando a equipe não contava com estes profissionais, solicitou-se a participação de um profissional de outra categoria que desenvolvesse ações junto aos usuários abusivos de drogas (álcool e *crack*) e/ou seus familiares.

Assim, participaram da pesquisa 26 profissionais, sendo 23 do Grupo I - EqSF e 03 do Grupo II - NASF.

As UAPS no momento da pesquisa estavam com seu quadro funcional composto segundo o Quadro 04.

Quadro 04: Funcionários das Unidades de Atenção Primária à Saúde selecionadas em cada SR. Fortaleza, set/ 2012.

Profissionais/ Trabalhadores	UAPS de cada SR					
	SR I	SR II	SR III	SR IV	SR V	SR VI
Médico(a) _ Eq. SF	04	04	03	05	03	05
Enfermeiro(a) _ Eq. SF	04	04	03	05	03	05
Enfermeiro(a)_ (EACS)	-		01	-	02	02
Dentistas _ Eq. SF	02	04	03	05	05	05
Dentistas Especialista	-	-	-	03	-	-
Agente Comunitário de Saúde	36	13	28	19	42	45
Auxiliar e Técnico de Enfermagem	05	03	06	05	07	05
Auxiliar e Técnico de Higiene Dental	03	02	03	07	05	04
Médico(a) Especialista (20 hs)	-	-	01	-	01	-
Enfermeiro(a) 20 hs	-	-	01	01	-	-

Fonte: Gestão da unidade.

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu por meio da pesquisa de campo, nos meses de agosto e setembro de 2013, na qual foi utilizada a técnica da entrevista semiestruturada e gravada com profissionais da EqSF e do NASF. Foi seguido um roteiro (Apêndice 01) dividido por:

1. Perfil do entrevistado - contendo dados de identificação (nome; sexo; formação acadêmica, ano; pós-graduação, área; tempo de atuação na ESF; cargo/função que ocupa na unidade;

vínculo empregatício; carga horária semanal e tempo no cargo na referida unidade); e 2. questões orientadoras sobre o cuidado aos usuários de álcool e *crack* na ESF, onde foram abordados a percepção sobre uso abusivo, modelo de atenção, práticas de cuidado, relação com a gestão municipal, matriciamento e redes de cuidado na atenção à saúde.

Conforme Minayo (2010), a entrevista semiestruturada obedece a um roteiro, a uma sequência de questões, o que possibilita ao entrevistado discorrer sobre o tema proposto, facilitando a abordagem e garantindo ao pesquisador que os pressupostos foram abordados.

Para Minayo (2009, 2010), a relevância da entrevista para a pesquisa está no fato de ela constituir um instrumento privilegiado de coleta de informações, pois utiliza a fala, sendo que, por meio desta, é possível apreender, entre outras coisas, o sistema de valores, as normas e as condições estruturais em que não só o entrevistado está inserido, mas o grupo ao qual ele pertence, revelando a capacidade de a fala ser um mecanismo de representatividade.

A segunda técnica utilizada foi a observação simples, com registro em diário de campo, por meio de visitas às unidades de saúde, a fim de observar a dinâmica do trabalho - rotina, atividades realizadas, relações sociais, entre outros aspectos. As informações, quando anotadas em um diário de campo, possibilitam o registro das impressões pessoais, dos resultados de conversas informais, das observações de contradições entre falas e comportamentos dos interlocutores quanto aos pontos estudados, dentre outros aspectos. Segundo Minayo (2010), permite o vínculo entre os fatos e suas representações; desvenda as contradições entre normas e regras e as práticas vividas no cotidiano do que está sendo observado.

A observação das ações promovidas pelos profissionais nas unidades de saúde e no território ficou bastante prejudicada, em grande parte, em decorrência de os profissionais relatarem não terem ações direcionadas ao cuidado do usuário abusivo de álcool e *crack* e seu familiar; em apenas duas unidades, acompanhou-se a atuação de duas equipes relacionadas a este tema. Com uma equipe conheceu-se o território da sua área de cobertura, onde o profissional falou sobre a dinâmica da vida daquela comunidade e sua relação com aquelas pessoas, e acompanhou-se um atendimento a um grupo de adolescentes; em outra unidade, realizou-se uma visita à residência de um adolescente que estava sendo acompanhado pela equipe Saúde da Família e por um profissional do NASF.

3.5 PROCEDIMENTOS

3.5.1 Procedimentos éticos

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará - UECE, conforme o Protocolo nº 305.471, em 10/06/2013 (Anexo 01), de acordo com as normas que regulamentam a pesquisa com seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde- Ministério da Saúde, Resolução nº 466/ 2012.

Essa resolução trata-se de diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, neste caso, o envio e/ou recebimento de dados e informações coletadas para a segregação nos resultados da pesquisa.

O Comitê avaliou a pertinência do estudo, a coerência entre os objetivos e a metodologia, os riscos e benefícios aos quais os participantes ficam expostos, o instrumento utilizado como roteiro da entrevista semiestruturada e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE para os profissionais da ESF (Apêndice 02).

Segundo Polit, Beck, Hungler (2004), o relatório de Belmonte articulou três princípios éticos principais, nos quais se baseiam os padrões de conduta ética em pesquisa: princípio de beneficência (defende o sujeito acima de tudo, não causar dano); princípio de respeito à dignidade humana (inclui o direito à autodeterminação – os sujeitos têm o direito de decidir, voluntariamente, se querem ou não participar de um estudo, o direito à revelação completa - abrange os direitos que as pessoas têm de tomar decisões autorizadas a cerca de sua participação em um estudo); e o princípio da justiça (inclui o direito que têm os sujeitos de tratamento justo, além do direito à privacidade).

No momento da entrevista, respeitando as normas estabelecidas pela referida Resolução, solicitou-se a todos participantes que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Este Termo esclarece aos participantes os objetivos da realização da pesquisa, assegura a isenção de quaisquer gastos materiais e/ou financeiros, garante o direito ao sigilo de sua identidade e anonimato das informações, assim como o direito de interromper em qualquer momento a sua colaboração com a pesquisa, caso sinta necessidade, sem que isso implique qualquer prejuízo à sua pessoa; esclarece sobre os riscos da pesquisa relacionados a possíveis constrangimentos a respeito de algumas questões a serem respondidas; e, quanto aos seus benefícios, garante a permissão do participante para que se use e publique posteriormente

o conjunto dos dados revelados, em artigos, revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos sobre o assunto.

3.5.2 Procedimentos para a coleta de dados

Após qualificação do projeto de pesquisa no Mestrado Profissional em Saúde da Família, da nucleadora UECE, dirigiu-se à Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, para solicitar a autorização da Coordenação do Sistema Municipal Saúde Escola – SMSE a realização da pesquisa nas UAPS. Com a posse da citada autorização, cadastrou-se a pesquisa na Plataforma Brasil, direcionando-a para apreciação do Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará.

Após aprovação da pesquisa pelo Comitê, dirigiu-se às Coordenadorias de Saúde em cada SR, com uma reprodução do projeto, autorização da SMSE e cópia da aprovação pelo Comitê para entrega-las às responsáveis técnicas pela educação permanente e comunicar o início da pesquisa nas unidades de saúde.

O contato inicial nestas unidades se dava com os gestores de saúde locais, que apresentavam os profissionais e, logo após, se decidia se aquele profissional atendia aos critérios da pesquisa.

A categoria profissional mais entrevistada foi da Enfermagem. O acesso a estes profissionais era mais fácil, pois os médicos, muitas vezes, não estavam presentes à unidade no momento da visita e, quando estavam, tinham muitos atendimentos, dificultando até o contato inicial.

Encontrou-se dificuldade em entrevistar alguns profissionais, que, embora tenham agendado, não compareciam, ou diziam que a entrevista não poderia ser mais naquele dia, reagendando o encontro. Apenas um profissional, mesmo após ter sido esclarecido sobre o objetivo da pesquisa, se recusou a participar, ao passo que outros dois não puderam porque estavam estarem com problemas familiares, tendo que se ausentar da unidade. O outro profissional da equipe, entretanto, concordou em participar.

A maior dificuldade foi relacionada ao NASF que, em três unidades, ou não possuía nenhum profissional ou estava na unidade havia menos de seis meses.

Após o contato inicial com a apresentação do objetivo da pesquisa, a entrevista era agendada para dia e horário segundo a disponibilidade do profissional. No dia e horário

agendado, era lido, junto com o profissional, o TCLE, detalhando os objetivos, e era assinado o termo. Só então se dava início à entrevista.

As entrevistas se deram de forma individualizada, com a autorização para serem gravadas, ocorrendo no local de trabalho dos participantes, em horários de menor fluxo de usuários, no período de agosto e setembro de 2013.

Outra dificuldade encontrada foi o movimento de greve dos enfermeiros, que aconteceu em setembro de 2012. Chegou-se a entrevistar uma enfermeira no local onde estava agendada uma reunião do movimento grevista; realizou-se esta entrevista em um lugar reservado, assegurando o sigilo das informações.

Buscou-se, na medida do possível, a realização das entrevistas em ambientes mais reservados, com o objetivo de não prejudicar a coleta dos dados, registrados por gravador digital. Foi assegurada ao participante, todavia a liberdade de interromper a entrevista caso fosse necessário, o que de certa forma aconteceu, sem prejuízo para a coleta de dados.

As entrevistas seguiram um roteiro semiestruturado, com informações sobre o perfil do entrevistado e só após eram realizadas as questões norteadoras sobre a produção do cuidado do usuário abusivo de álcool e *crack* na Estratégia de Saúde da Família.

As entrevistas foram transcritas na íntegra por um profissional. Após a transcrição, ouviram-se todas as entrevistas, tendo-se anotado as considerações necessárias.

Para resguardar a identidade dos participantes, os entrevistados foram codificados, segundo a ordem, por grupos, categorias profissionais e ordem de realização da entrevista.

3.5.3 Caracterização dos participantes

Os participantes, no momento da pesquisa, tinham idade variando de 25 a 65 anos, com média 39 anos de idade. As categorias profissionais foram representadas no Grupo I por oito médicos e 15 enfermeiros. O maior número de entrevistas com enfermeiros se deu pela facilidade de encontrar estes profissionais nas unidades e pela facilidade de acesso. Quanto ao NASF foram entrevistados três profissionais, sendo dois psicólogos e um assistente social. 16 dos profissionais tinham acima de dez anos de formados, mas, encontramos quatro profissionais, sendo dois do Grupo I e dois do Grupo II, contando menos de um ano de atuação na ESF. O vínculo empregatício fragilizado está representado por oito dos profissionais, sendo 100% dos profissionais do NASF e cinco profissionais do Grupo II. Outro dado que demonstra fragilidade no vínculo com o território é o fato de que nove profissionais trabalhavam nas unidades de seis a nove meses. Quanto a pós-graduação, um

profissional do Grupo I estava cursando doutorado em Saúde Pública e três profissionais, sendo um do Grupo II e dois do Grupo I cursando mestrado. Importante é salientar que cinco profissionais não tinham curso de pós-graduação ainda concluído, dos quais três faziam parte do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica - PROVAB e um profissional estavam cursando especialização para área específica de sua formação. No Quadro 05, consta a Caracterização Geral dos Participantes (Apêndice 03) e no Quadro 06 a Caracterização da Amostra por Participante (Apêndice 04).

Os participantes do estudo foram identificados segundo Grupos I e II: Grupo I (GI), para profissionais da EqSF e do Grupo II (GII) para os profissionais do NASF. Por profissão (M) médico(a), (E) enfermeiro(a), (A.S) assistente social e (P) psicólogo(a); e por ordem numérica seguindo a realização da entrevista.

3.6 MÉTODO DE ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

O método utilizado nesta pesquisa para a sistematização e categorização dos dados, de forma a proporcionar a organização e análise dos relatos, foi a análise de conteúdo, numa perspectiva crítico-reflexiva, com ênfase em eixos temáticos, proposta por Minayo (2009, 2010), que consiste em encontrar os núcleos de sentido presentes na comunicação.

A análise de conteúdo, ao longo da história, passou por polaridades, pois alguns autores defendiam a perspectiva quantitativa da técnica, ressaltando a frequência dos conteúdos do tema, e outros postulavam a perspectiva qualitativa, valorizando a presença ou ausência de um conteúdo ou fragmento de mensagem. Esta polaridade abre espaço para uma proposta compreensiva para análise das falas que vai além dos conteúdos manifestos, busca sentido além das aparências e objetiva a análise dos significados do que está sendo comunicado (MINAYO, 2009).

Como ensina Minayo (2010), essa análise relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados; assim, faz a articulação do discurso com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural e produção da mensagem, permitindo apreender a realidade por meio do conteúdo manifesto e latente, em busca da objetivação do conhecimento.

Para operacionalização da análise de conteúdo, os teóricos defendem sua objetividade, trabalhando com regras preestabelecidas e diretrizes claras, de forma que qualquer investigador possa replicar os procedimentos, e sua sistematização, em que os conteúdos possam ser ordenados e integrados em categorias.

Conforme ressalta Minayo, a análise dos dados deve seguir alguns passos operacionais, que possibilitam a relação entre o material empírico encontrado e o referencial teórico adotado, sempre buscando dar conta dos objetivos que norteiam o estudo. Assim, para operacionalização do método os passos a seguir delineados foram observados.

1. **Ordenação dos dados** - é realizado um mapeamento de tudo o que foi obtido no trabalho de campo. Compõe esse momento a transcrição das gravações das entrevistas, leitura compreensiva do material selecionado, organização dos relatos e dos dados da observação, de forma que o *corpus* do estudo dê conta de responder pelos objetivos do trabalho.

2. **Classificação dos dados** - consiste em organizar as informações em conjuntos de categorias, com apoio em pressupostos teóricos do estudo. Permite a aproximação com os significados manifestos e latentes do discurso do participante, de forma que possam ser constituídos os núcleos de sentido.

Para esta classificação, foi utilizada a análise temática, que consiste “(...) em descobrir os *núcleos de sentido* que compõe uma comunicação, cuja *presença* ou *frequência* signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado” (MINAYO, 2010, p. 316). Divide-se em três etapas.

1ª etapa - Foi realizada leitura flutuante e exaustiva das entrevistas, objetivando o recorte dos núcleos de sentido, com suporte nas ideias centrais contidas nas falas dos entrevistados. Os dados foram agrupados em um quadro, possibilitando o confronto das convergências e divergências dos núcleos de sentido de cada entrevistado, resultando em uma síntese horizontal, de forma que os conteúdos foram recortados e agrupados para facilitar a construção das categorias gerais de análise (ver Quadro 07).

Quadro 07: Recortes dos núcleos de sentido dos 26 entrevistados.

Núcleos de Sentido		Entrevista (1)	Entrevista (2) ...	Entrevista (26)	Ideias Centrais
Percepção sobre o uso abusivo de álcool e <i>crack</i>					
Percepção sobre o cuidado do usuário de álcool e <i>crack</i> e seu familiar na APS					
Cuidado prestado ao usuário e a seu familiar na Atenção Primária	Fluxo do usuário e seu familiar na equipe				
	Atividades desenvolvidas para este público				
Condicionantes para efetivação do cuidado					
Relação com as redes de atenção para o cuidado do usuário de álcool e <i>crack</i> e seu familiar					

2ª etapa - Consistiu na exploração dos núcleos de sentido, quando foi realizada a codificação dos dados, mediante de recortes, contagem, classificação, agregação e enumeração, permitindo atingir uma representação do conteúdo capaz de esclarecer acerca das características do objeto. Neste momento, foram priorizados os recortes mais relevantes para o estudo, buscando-se encaixá-los em eixos temáticos, tendo-se sempre como referência os objetivos, as questões norteadoras e o referencial teórico da pesquisa. Assim, foram elaboradas as categorias gerais de análise (ver Quadro 08).

Quadro 08: Categorias gerais de análise

Categorias gerais de análise
Concepções de cuidado ao usuário abusivo de álcool e <i>crack</i> .
Modelo de Atenção e Produção do Cuidado ao usuário abusivo de álcool e <i>crack</i> .

3ª etapa _ Momento em que foram definidas as subcategorias empíricas, eleitas com base na releitura das entrevistas, onde as informações foram agrupadas pela repetição presente nas falas, ou mesmo por ser algo representativo, no sentido de possibilitar a

compreensão e a interpretação os dados mais significativos do objeto em apreensão (ver Quadro 09 e Quadro 10).

Quadro 09: Concepções de cuidado ao usuário abusivo de álcool e *crack*

Categoria	Subcategoria
Concepções de cuidado aos usuários abusivos de álcool e <i>crack</i> .	Razões para o uso abusivo de drogas.
	Cuidado prestado aos usuários abusivos de álcool e <i>crack</i> na Atenção Primária à Saúde.

Quadro 10: Modelo de atenção e produção do cuidado aos usuários abusivos de álcool e *Crack*.

Categoria	Subcategoria
Modelo de atenção e produção do cuidado aos usuários abusivos de álcool e <i>crack</i> .	Ações desenvolvidas direcionadas ao tema: uso abusivo de álcool e <i>crack</i> .
	Modos de organização do cuidado: (des) responsabilização e seus condicionantes.
	Caminhos percorridos pelos usuários abusivos de álcool e <i>crack</i> : articulação e (des) articulação na gestão do cuidado.

3. **Análise final** - Tratamento dos resultados e interpretação: constitui a análise propriamente dita; momento em que se procurou estabelecer articulações entre os dados empíricos e o referencial teórico da pesquisa, fazendo a análise das informações obtidas nas etapas anteriores, propondo inferências, resultando nas interpretações, tendo sempre como norte os objetivos da pesquisa, resultando no relatório final.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 CONCEPÇÕES DE CUIDADO AO USUÁRIO ABUSIVO DE ÁLCOOL E *CRACK*.

A categoria **Concepções de Cuidado aos Usuários Abusivo de Álcool e Crack** discute a cerca da conceituação teórica que os profissionais têm sobre o tema. Envolve as possíveis vulnerabilidades que levam ao início e à permanência do uso e o entendimento sobre a APS ser um ponto da rede de cuidado deste usuário.

Em uma perspectiva conceitual, constatou-se que os profissionais elaboram suas concepções com origem no cotidiano de suas práticas, de vivência pessoal e do que é divulgado pela mídia, porém demonstraram pouca fundamentação teórica científica sobre o tema, o que implica diretamente a abordagem do profissional e em sua terapêutica.

O Quadro 11 exprime o desdobramento da 1ª categoria geral de análise em duas subcategorias, e os seus elementos de análise, constituídos com base no agrupamento dos conteúdos enfatizados pelos entrevistados.

Quadro 11: Definição da categoria: Concepções de cuidado ao usuário abusivo de álcool e *crack*.

Categoria	Subcategoria	Elementos de Análise
4.1. Concepções de cuidado aos usuários abusivos de álcool e <i>crack</i> .	4.1.1 Razões para o uso abusivo de drogas.	Acesso às drogas
		Políticas públicas
		Dinâmica familiar
		Emoções e autoafirmação
	4.1.2 Cuidado prestado aos usuários abusivos de álcool e <i>crack</i> e seu familiar na Atenção Primária à Saúde	O não cuidado.
		Articulação com o CAPS ad
Condicionantes para cuidado		

4.1.1 Razões para o uso abusivo de drogas

Os determinantes apontados pela sociedade como fatores que produzem vulnerabilidades para a procura e permanência no uso das drogas, seja lícita (como o álcool) ou ilícita (como o *crack*) são constituídas historicamente, mudando segundo o contexto sócio-político, econômico e cultural do período e da forma como se estabelecem as relações sociais. Os relatos dos profissionais entrevistados apontam: fácil acesso às drogas; falta de políticas públicas que permitam ao cidadão a uma perspectiva melhor de vida; dinâmica familiar;

emoções e autoafirmação, como fase de vida relacionada à adolescência e busca do ser humano por sensações prazerosas.

Estão no Quadro 12 os elementos de análise associados às razões que favorecem o uso abusivo de drogas, sendo a falta de políticas públicas a dimensão mais abordada.

Quadro 12: Razões para o uso abusivo de drogas

Razões	Trechos das Entrevistas
Políticas públicas	<i>“Creio que aí vai uma falta de estruturação no nível social, falta de trabalho, falta de uma referência social, de programas educativos, de uma educação de qualidade, de uma saúde de qualidade, são vários problemas envolvidos que levam a esse descontrole no uso abusivo de álcool e drogas.”</i> (GI – E 05).
Dinâmica familiar	<i>Eu acho que é desestruturação familiar. Os pais hoje não tão se enquadrando mais no papel de pai e mãe, eles tão delegando a escola o papel da educação do filho e aí realmente a falta da base familiar, da educação familiar, da educação doméstica que ta levando as pessoas a entrarem nesse mundo.</i> (GII – P 02)
Acesso às drogas	<i>“Eu entendo que seja a facilidade. Ela ta em todo canto, em toda esquina.”</i> (GI-E 14).
Emoções e autoafirmação	<i>“Eu acho em primeiro lugar, pensando na adolescência ou até na criança, é uma questão de curiosidade, e depois ela descobre a sensação de prazer”.</i> (GI – E 12). <i>“(…) essa falta de afirmação que o adolescente tem, dá essa necessidade de se autoafirmar”.</i> (GI – E 03)

Em pesquisa da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD, 2013a), sobre o Perfil da população usuária de *crack* e outras formas similares no Brasil, ocorrida do final de 2011 a junho de 2013, os entrevistados, quando questionados sobre os motivos que os levaram ao uso de *crack*/similares, associaram: 58,3% a ter vontade ou curiosidade de sentir o efeito da droga; 26,7% por pressão dos amigos; 29,2% por perdas afetivas, problemas familiares, violência sexual; 10,4% a vida ruim e perda do emprego e 1,3% ao preço baixo.

Portanto a visão que o profissional tem sobre o que leva ao início do uso não corresponde ao que foi encontrado na pesquisa da SENAD, (2013) onde apenas 10,4% associam a possíveis problemas relacionados às políticas públicas.

A visão dos profissionais sobre os motivos que levam ao uso abusivo de drogas remete diretamente a sua compreensão sobre este fenômeno, que vai do unicausal, em que é atribuído um fator específico ao início do uso, até o multidimensional, ganhando espaço a responsabilização por parte das políticas públicas, os aspectos biológicos, farmacológicos, psicológicos, socioculturais, políticos, econômicos, antropológicos e também legais que interferem neste fenômeno. Portanto, qualquer tentativa de explicação considerando algum

destes aspectos de forma isolada expressa uma visão reducionista do problema e não dá conta de soluções adequadas (SCHNEIDER, LIMA, 2011).

O conteúdo das falas dos participantes permitiu inferir-se os modelos de intervenção adotados pelos profissionais no tratamento e no cuidado do usuário abusivo de drogas e de seus familiares. Segundo Schneider (2010) e Moraes (2008), destacam-se quatro modelos que orientam os serviços médico, jurídico-moral, psicossocial e sociocultural.

Quando o profissional relaciona o início do uso da droga apenas à dinâmica familiar, como fator preponderante, parte da compreensão de que a responsabilidade é da pessoa e seu núcleo familiar. Podem acreditar que: é aquela família que se “desestruturou”, não foi eficiente para criar seus filhos - visão permeada pelo pensamento positivista que remete a intervenção a um discurso moral, cujo foco é na abstinência como meta terapêutica.

Inseridos nesta lógica, estão os relatos que relacionam o uso abusivo de drogas à pobreza:

[...] são pessoas que não apresentam um grau de instrução básico, não tem perspectiva futura de vida, não tem uma mente ocupada para um estudo ou para um trabalho ou para um crescimento social, para um crescimento afetivo familiar [...], eles usam essas substancias como fuga dessas faltas de oportunidades existentes na vida deles. (GI – M 05).

A gente pode citar o exemplo dos Estados Unidos onde eles combatem a droga, na Colômbia e em outros cantos, mas dentro o consumo é grande, e geralmente é, na maioria e não cem por cento, o pessoal desqualificado, pobre, negro que usa esse tipo de substancia, embora tenha na classe mais evoluída, mas é bem menos. Aqui, por exemplo, em Fortaleza a gente vê que realmente são as periferias que estão acabando com os jovens. (GI – M 06).

Embora o estudo da OMS (2001) mostre que as famílias que vivem em situação de exclusão socioeconômica encontram-se em situação de vulnerabilidade aos problemas relacionados ao uso e abuso de drogas, é necessário analisar até que ponto esta associação não serve como fundamento a uma visão preconceituosa, discriminatória e punitiva, tendo em vista que, embora determinada característica esteja presente em uma ocorrência, isto não faz dela, necessariamente, um elemento determinante.

Esta percepção, de alguns dos profissionais, sobre os usuários busca justificar que é a situação de pobreza que induz a problemática do uso abusivo das drogas, a violência e suas consequências, criando inimigos imaginários, contribuindo diretamente para massificação da criminalização da pobreza e dos processos de exclusão social. Acredita-se que a sociedade possa ser livre das drogas com ações que visam reduzir o consumo, a comercialização e a sua distribuição. A intervenção se dá por atuações jurídico-morais.

Nesta mesma linha de compreensão segue a referência à facilidade no acesso às drogas, a qual se fundamenta no tripé droga – pessoa – meio e se refere a influência do meio social nas condições de vida, às características intrínsecas da droga e ao significado que esta ocupa na vida daquela pessoa. Esta compreensão psicossocial, na maioria das vezes, vem pegada a outros modelos, trabalha com a busca de mudanças comportamentais e suas relações, inclusive com a droga, modificando seu padrão de uso, tendo como meta a abstinência.

Aspecto diferenciado foi em relação ao trabalho destes profissionais com adolescentes. Como pensar nos fundamentos e diretrizes da ESF, particularmente na longitudinalidade do cuidado, no aspecto da elaboração do vínculo e responsabilização do cuidado ao longo dos ciclos de vida, e na observação das práticas no território ter percebido que apenas duas equipes de Saúde da Família, dentre as 23 entrevistadas, tinham atividades direcionadas ao público adolescente? Isto também é deixado perceber nas falas, nas quais foram abordadas as características intrínsecas desta fase como algo que os torna vulneráveis ao início do consumo das drogas.

Em Fortaleza, 17,6% da população é de adolescentes (BRASIL, 2010d). Este dado, por si, mostra a importância que ações de saúde direcionadas a esta faixa etária sejam desenvolvidas, considerando suas características. De forma geral, percebe-se poucas ações dos profissionais da ESF voltadas para este público, o que não é característica só do Município de Fortaleza, pois este dado já foi sinalizado por Fonseca e Ozella (2010), em seu estudo, em que atribuem o lugar do não cuidado no cotidiano das equipes de Saúde da Família à visão natural, universal e patológica que estes profissionais têm desta fase da vida.

Portanto, é importante considerar que, entre os próprios usuários (SENAD, 2013), 58,3% apontaram a vontade e a curiosidade de sentir o efeito da droga como fator de aproximação e 26,7% por pressão dos amigos. Ao se considerar o fato de que estes dois aspectos são algo comum na fase da adolescência, poder-se-á concluir com a necessidade do trabalho de prevenção ao risco associado ao uso, mesmo que experimental, e de promoção à saúde, por parte, também, dos profissionais da Atenção Primária à Saúde.

Os profissionais também relacionam a constituição da dependência às drogas à falta de políticas públicas intersetoriais e/ou transeitoriais. Torna-se necessário analisar outros fatores que constituem esta percepção, pois pode estar sendo numa perspectiva anistórica e não dialética, servindo para referendar a concepção subjetivista, moralista e

“psicopatologizante” predominante no modelo biomédico, na medida em que há apenas o deslocamento da culpabilização da pessoa para a sociedade.

Desta forma, concorda-se com Crives e Dimenstein (2003), que analisam o consumo de drogas e as formas de enfrentamento como expressão não apenas das desigualdades sociais historicamente produzidas, mas envolvem uma sociedade que produz vazios, onde imperam o individualismo, o consumismo, a competitividade, e estes vazios perpassam todas classes sociais, levando a diversos tipos de sofrimentos, exigindo terapêuticas que ultrapassem as práticas apenas de cunho curativo e individual, exigindo ações coletivas numa perspectiva de construção da cidadania e de busca de qualidade de vida.

4.1.2 Cuidado prestado aos usuários abusivos de álcool e *crack* e a seu familiar na Atenção Primária à Saúde

Ao serem questionados em relação ao cuidado do usuário de álcool e *crack* e seu familiar na Atenção Primária à Saúde, grande parte dos profissionais demonstrou não conhecer o que as políticas públicas atuais estabelecem como responsabilidade da atenção primária, deixando entre linhas a fragilidade no conhecimento de suas atribuições.

Foi destacada por alguns profissionais a ideia de que a atenção primária não tem condições para realizar este cuidado. As justificativas envolveram a falta de treinamento, identificação com o tema, medicação, segurança, trabalho em equipe multiprofissional.

Já outros acreditam ser a Estratégia Saúde da Família um dos pontos para o cuidado desta população, garantem que isto só é possível quando há trabalho em parceria com CAPS ad. Enquanto isso outros condicionaram o tratamento à busca do usuário pelo serviço e à decisão em deixar de usar a droga, estabelecendo isto como prerequisite para que qualquer ação de saúde seja desenvolvida.

Desta forma, foram definidos como elementos de análise: o não cuidado; a articulação com o CAPS ad; e os condicionantes para cuidado, conforme está no Quadro 13.

Quadro 13: Cuidado prestado aos usuários abusivos de álcool e crack na atenção primária à saúde

Cuidado	Trechos das Entrevistas
O não cuidado	<p><i>“Olha sinceramente não faz parte do programa, assim das atividades básicas do saúde da família, da estratégia que tem aquelas lançadas pelo Ministério e que são os programas básicos, na realidade são mais os CAPS e eu particularmente eu sei que os CAPS são poucos pra atender essa demanda, mas também não concordo que seja feito na atenção primária, não é no saúde da família não (...) a gente tem tantas atividades, porque agora tudo eles jogam pro saúde da família como se a gente não tivesse ..., mas assim, é um mundo, é TB, é Hansen, é diabete, é hipertensão, é o cuidado ao idoso, é o cuidado à criança, as mulheres em todos os ciclos de vida, saúde do trabalhador (...)”</i> (GI – E 10)</p>
Articulação com o CAPS ad	<p><i>“O lugar onde a Estratégia Saúde da Família funciona e que tem o apoio do CAPS funciona bem, mas só a Estratégia Saúde da Família ou só o CAPS aí a gente não caminha muita coisa.”</i> (GI – M 01).</p>
Condição para cuidado	<p><i>“(...) a gente não tem um tempo de ir atrás desse usuário, até porque também se for caso de tratamento um dos primeiros pontos seria que a pessoa quisesse; então a gente não pode também ficar correndo atrás do usuário de crack e de álcool se a pessoa não tem consciência do seu problema e se a pessoa não quer parar de usar, (...). No posto mesmo a gente não tem estrutura pro tratamento, a gente não tem equipe multidisciplinar e a gente acaba encaminhando pro CAPS.”</i> (GI – M 04).</p>

Com a regulamentação do SUS, um conjunto de políticas públicas foi implementado, com o objetivo de oferecer maior promoção da qualidade de vida da população brasileira, garantindo o acesso a uma assistência integral e equidade na saúde, na busca pela consolidação da rede de cuidado que funcione de forma regionalizada, hierarquizada e integrada. Para os usuários de álcool e outras drogas não foi diferente, pois desde 2003, a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas define a atenção primária como lugar de cuidado, com ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários, sempre considerando a oferta de cuidados extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada, devidamente articulada à rede assistencial em saúde mental e ao restante da rede de saúde (BRASIL, 2003a).

A Unidade Primária de Saúde, como ponto da Rede de Atenção Psicossocial, tem entre suas atribuições, desenvolver

[...] um conjunto de ações de saúde, de âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver a atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (BRASIL, 2011a, p. 04).

O programa *Crack*, é possível vencer (BRASIL, 2011c), no eixo cuidado, atribui à rede de serviços de saúde e assistência social o acolhimento dos usuários de drogas e seus familiares, a oferta de cuidado necessário a cada situação, tomando a defesa da vida e da redução de danos como princípio, garantindo, assim, um atendimento integral e contínuo.

Portanto, se acredita que os profissionais que não consideram a atenção primária como ponto da rede de cuidado aos usuários de drogas e de seus familiares não tiveram acesso ao que é estabelecido pelas políticas públicas. Assim, não se percebem como agentes ativos para efetivação destas ações no âmbito do seu território de responsabilização, na busca de um cuidado integral e longitudinal.

Trabalham na lógica do modelo sanitarista, em que teve início o Programa Saúde da Família, em 1994. Este modelo “concentra sua atuação em certos agravos e riscos ou em determinados grupos populacionais, deixando de se preocupar com os determinantes mais gerais da situação de saúde.” (PAIM, 2008, p. 558). As ações dos profissionais são, portanto, direcionadas aos grupos populacionais e as intervenções focadas em programas verticais. Destacam-se os mencionados pelos profissionais entrevistados: controle de tuberculose e da hanseníase, saúde da criança, saúde da mulher, saúde do idoso, saúde do trabalhador.

Ratifica-se esta constatação, quando se verifica que as equipes que trabalham na UAPS que contou com matriciamento em Saúde Mental, equipe de NASF, Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Residência em Medicina de Família e Comunidade demonstraram o reconhecimento sobre a importância de este trabalho ser desenvolvido na atenção primária, mas relacionaram a efetivação do cuidado neste nível de atenção ao apoio do CAPS ad, de uma equipe multiprofissional no território, assim como acesso aos demais pontos da rede de assistência à saúde e social.

Já outros profissionais estabeleceram algumas condições para o atendimento na unidade primária de saúde, entre as se destacam: a vontade de deixar de usar as drogas, a busca pelo tratamento ser feita pelo próprio usuário e ter consciência de seu problema. Esta rigidez dificulta o acesso às informações e orientações de saúde, impossibilitando o estabelecimento vínculos. Remete ao desconhecimento da estratégia da redução de danos que trabalha para que outras possibilidades de vida sejam criadas, mesmo quando a abstinência não pode ainda ser alcançada.

Assim, toma-se como cuidado o encontro terapêutico propriamente dito realizado nas diversas ações de saúde pela interação de dois ou mais sujeitos, intermediada pelos procedimentos do ouvir, do sentir e do ver, bem como pela tecnociência que, por sua vez,

favorecem a constituição de oportunidades de encontros menos ou mais capazes de favorecer intersubjetividades mais ricas, plurais e produtoras de compartilhamentos. Na medida em que a arte transfigura a tecnociência, a terapêutica assume seu verdadeiro sentido, que é o interesse pela vida (AYRES, 2004a, 2004b). Mais do que ação técnica, o ato do cuidado assume intencionalmente a posição ético-consciente como atitude, como projeto de vida: uma forma de viver, de ser, de se expressar (BOFF, 2012).

Nesta lógica, o cuidado ao usuário abusivo de álcool e *crack* e seu familiar na Atenção Primária a Saúde se dá, não no sentido de definição de tarefas, por parte dos profissionais, recursos e prazos para atingir o abandono da droga, mas como algo que implica uma compreensão do significado que aquela droga ocupa na vida daquele sujeito e na sua ressignificação.

4.2 MODELO DE ATENÇÃO E PRODUÇÃO DO CUIDADO AOS USUÁRIOS ABUSIVOS DE ÁLCOOL E *CRACK*

A categoria **Modelo de Atenção e Produção do Cuidado aos Usuários Abusivos de Álcool e Crack** refere-se à prática do profissional desenvolvida no seu território, abordando questões da organização do processo de trabalho da equipe, do suporte encontrado para efetivação das ações e a relação da equipe com a rede de apoio, de forma a garantir a atenção integral.

Os profissionais, quando interrogados sobre as ações que desenvolviam no seu território relacionadas ao tema do abuso e dependência das drogas, referiram: **orientações individuais**, realizadas na consulta clínica e em visitas domiciliares; **atividades desenvolvidas com grupos**, que não tinham como alvo a problemática das drogas, mas este tema era discutido de forma transversal; **atividades desenvolvidas nas escolas** do território, geralmente relacionadas a momentos pontuais; e **não ter atividades** direcionadas a prevenção e ao cuidado das pessoas envolvidas com esta problemática.

A ausência de atividades relacionadas ao cuidado do usuário abusivo e seu familiar na Atenção Primária à Saúde permitiu que se conhecessem os fatores condicionantes, atribuídos pelos entrevistados, que envolvem a (des) responsabilização do cuidado do usuário abusivo de álcool e *crack* e de seus familiares, tendo sido destacados: a **educação continuada** do profissional no sentido do suporte teórico que fundamente as ações de cuidado; o apoio de uma **equipe multidisciplinar**, onde vários olhares possam contribuir e fortalecer o cuidado integral; as **condições pessoais** que interferem diretamente no estabelecimento do vínculo entre este sujeito- profissional e o sujeito-usuário e seu familiar.

A pesquisa também apontou o acesso dos usuários abusivo de álcool e *crack* e seus familiares aos profissionais da ESF e a articulação com outros pontos da rede de cuidado; de forma que constituíram elementos de análise do desdobramento do tratamento/cuidado: **ausência da demanda, encaminhamento** para outros pontos de atenção e **corresponsabilização do cuidado**.

No Quadro 14, é expressa a segunda categoria geral de análise, seu desdobramento em três subcategorias e os elementos de análise que constituíram o agrupamento dos conteúdos presentes na fala dos entrevistados.

Quadro 14: Definição da Categoria: Modelo de atenção e produção do cuidado aos usuários abusivos de álcool e *crack*.

Categoria	Subcategoria	Elementos de Análise
Modelo de atenção e produção do cuidado aos usuários abusivos de álcool e crack	2.1 Ações desenvolvidas direcionadas ao tema: uso abusivo de álcool e crack.	Orientações Individuais
		Atividades com Grupos
		Palestras nas Escolas
		Nenhuma Atividade
	2.2 Modos de organização do cuidado: a (des) responsabilização e seus condicionantes.	Educação Continuada
		Equipe Multiprofissional
		Condições Pessoais
	2.3 Caminhos percorridos pelos usuários abusivos de álcool e crack: articulação e (des) articulação na gestão do cuidado	Ausência da demanda
		Encaminha
		Corresponsabilização do cuidado

4.2.1 Ações desenvolvidas direcionadas ao tema “uso abusivo de álcool e *crack*”

A Estratégia Saúde da Família é considerada por Paim (2008) como proposta alternativa ao modelo sanitário da atenção à saúde. Assume a responsabilidade, entre outras, de dar ênfase à promoção da saúde e prevenção de agravos, onde seus profissionais passam a atuar na lógica da corresponsabilização do cuidado, fundamentando-se na perspectiva da integralidade da atenção à saúde.

Em relação às ações desenvolvidas com o tema do abuso das drogas, os discursos dos profissionais levaram à contraposição deste modelo de atenção à saúde, pois apenas duas equipes realizavam atividades de prevenção de forma regular, e, destas, uma trabalhava com uma equipe multiprofissional e com apoio de outras instituições públicas e de uma organização não governamental. No momento da pesquisa de campo, essa equipe não contava mais com o apoio do NASF.

Com amparo nos discursos dos entrevistados, verificou-se que a maioria das equipes não realizava atividades relacionadas ao tema do uso abusivo das drogas; alguns profissionais afirmaram que abordavam este tema em grupos específicos, como os dos adolescentes e idosos; outros realizavam atividades contingenciais nas escolas do território de abrangência de sua equipe; já outros profissionais davam orientações sobre este tema, quando, em consulta individual, o usuário ou seu familiar relatava estar envolvido com esta

problemática. No Quadro 15, reproduzem-se as falas dos profissionais que constituíram os elementos de análise.

Quadro 15: Ações desenvolvidas direcionadas ao tema “uso abusivo de álcool e crack”.

Ações	Trechos das Entrevistas
Orientações Individuais	<i>É só mesmo a consulta e a orientação assim como deve proceder, o que eles devem fazer, como deve ser, e sempre orientando pra ver se a gente coloca na cabecinha deles que aquilo não é um bom caminho, é mais a parte educativa mesmo mostrando o que o álcool leva e o que a droga leva futuramente. (GI – E11)</i>
Atividades com Grupos	<i>A gente tem o grupo de adolescentes, mesmo não sendo direcionado ao usuário de álcool e crack, mas dentro da consulta integral do adolescentes a gente aborda o uso de álcool e crack e outras drogas, e aqueles que já fizeram uso ou que pretendem e tudo a gente já direciona pras atividades do CUCA. Tem o psicólogo que também a gente encaminha pra poder ter avaliação, a gente acompanha. Tem a SAC que é a Sociedade de Adolescente Cabeça que são cinquenta e oito, e que as normas são: não fumar crack, estudar, não namorar homem que bate em mulher, não mentir pra mim e respeitar a família; não deixa de ser uma atividade de prevenção e de promoção. (GI – M01)</i>
Palestras nas Escolas	<i>(...) os colégios, às vezes, fazem aquela semana cultural e sempre tem a equipe que fica com a parte das drogas, então a gente vai pra fazer aquela parte educativa. Mas isso (...) é pontual, assim como a semana da DST, a semana de combate às drogas, semana de combate de HIV. (GI – E10)</i>
Nenhuma Atividade	<i>Não existe nenhuma atividade voltada pra isso.(...) no ano passado pra gente era mais fácil lidar com esse assunto porque tinha o NASF e duas psicólogas na unidade e a gente acabava encaminhamento essas mães ou essas esposas né pra elas restaurarem a autoestima e terem um equilíbrio pra tratar com esse assunto futuramente.(GI – E 09)</i>

Nas atividades realizadas com grupos, foram encontrados modelos de abordagem a este tema bem diversificados, enquanto a fala citada por (GI – M01) remete a intervenções que buscam fortalecer atitudes saudáveis, com oferta opções esportivo-culturais, trabalhando a autoestima, o fortalecimento do respeito e amor próprio destas adolescentes. Foram também encontradas orientações marcadas pela ênfase nas condições clínicas:

a gente faz orientação em relação ao risco, em relação as complicações e fica dando abertura pra que ele possa se comunicar com a equipe de saúde no caso que ele tenha experimentado, que tenha se viciado e queira sair dessa dependência.(GI – M 03).

No relato dos profissionais, é possível perceber pouca presença de trabalhos com grupos, seja com alunos das escolas da área de abrangência da equipe, seja com pessoas acompanhadas por estes profissionais na unidade de saúde; foi enfatizado o fato de que isto está relacionado à grande demanda por atendimentos clínicos na unidade e à falta de apoio institucional:

A estratégia saúde da família ta sobrecarregada, então nós temos um atendimento, uma demanda reprimida ainda muito grande de atendimento. Então, quando eu saio para fazer um trabalho isso me priva de atendimento... mas às vezes a gente percebe que quando eu digo que vou fazer essa atividade as pessoas não valorizam o que está sendo feita ali. (GI – E 02).

Nas orientações individuais, realizadas nos consultórios, a fala dos entrevistados remete às informações sobre: para onde levar o usuário abusivo, como fazer para conseguir medicações de alto custo e os efeitos das drogas na vida da pessoa a médio e longo prazo, principalmente quando já está sob os cuidados de outras condições crônicas de saúde, como: gravidez, hipertensão, diabetes e tuberculose. Os relatos remetem à ideia da dependência às drogas como doença, cuja as intervenções ocorrem no sentido de controle e mudança de comportamento e de suas inter-relações (SCHNEIDER, 2010).

Assim, percebe-se que as intervenções são voltadas para a abstinência como condição para o cuidado, na lógica do encaminhamento, constituindo-se como barreira à formação do vínculo com os profissionais e os serviços de saúde (PETUCO, online) (PAIM, 2008).

Toma-se para esta pesquisa a afirmação de Schneider (2010), de que coabitam ao mesmo tempo, na mesma cidade e no mesmo serviço de saúde, o modelo psicossocial de compreensão sobre o uso de drogas, permeado por princípios do modelo médico, com propostas da Estratégia Saúde da Família, onde estes modelos se superpõem numa perspectiva de complementaridade.

Assim, trabalhar na Estratégia Saúde da Família não garante por si só a realização de ações intersetoriais de promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida da população da sua área de cobertura e o trabalho numa perspectiva da clínica ampliada, pois outros condicionantes estão implicados neste processo, os quais serão destacados a seguir como fatores de (des) responsabilização apontados pelos entrevistados.

4.2.2 Modos de organização do cuidado: (des) responsabilização e seus condicionantes

É da competência do Governo Federal a responsabilidade de disponibilizar aos estados, municípios e Distrito Federal diretrizes técnicas e financiamento para fortalecer e qualificar a rede de serviços de saúde e assistência social, assim como oferecer capacitações para o conjunto de trabalhadores dessas redes, favorecendo o cuidado longitudinal, integral e com equidade para as pessoas com problemas relacionados ao abuso e dependência às drogas (BRASIL, 2011c).

Tem, assim, o Governo Federal a responsabilidade de buscar parceria com os estados, municípios e Distrito Federal, com vistas a divulgar e capacitar os profissionais segundo as diretrizes do programa “*Crack, é possível vencer*”, possibilitando a melhoria da qualidade de assistência prestada aos usuários abusivos e dependentes de álcool e outras drogas e seus familiares.

No Município de Fortaleza, até o período da pesquisa de campo, foi sinalizada pelos profissionais a falta de capacitação relacionada à temática do uso abusivo e dependência as drogas como fator que desfavorece o cuidado na APS; sendo também apontada a fragilidade de o profissional atuar nesta área sem o apoio de uma equipe multidisciplinar, aqui envolvendo tanto a ausência do NASF como a distância entre os profissionais da APS e os do CAPS ad; já outros profissionais associaram o não desenvolvimento de atividades voltadas para este tema por condições pessoais, como insegurança e medo, não vinculando isto ao usuário, mas a possíveis represálias do traficante da área, história de vida com familiar dependente químico e sobrecarga de atividades no exercício de sua função. No Quadro 16, estão as falas dos profissionais, representativas dos elementos de análise.

Quadro 16: A (des) responsabilização e seus condicionantes.

Condicionantes	Trechos das Entrevistas
Educação Continuada	<p><i>“a maioria dos cursos o profissional sai e vai fazer o curso, ganha título no currículo, mas não sai daquele curso com um projeto de intervenção, de capacitar a equipe, de intervir na comunidade e não é só do crack e das drogas não, curso de tuberculose, curso de amamentação e cada vez escolhe um profissional pra ir, mas ele não faz do curso o produto do curso de intervir na sua comunidade e capacitar a sua equipe, isso não acontece.” (GI – M 01).</i></p> <p><i>“O problema é porque a prefeitura faz isso de uma forma muito discreta porque ela limita, em cada unidade ela manda um médico ou uma enfermeira, então assim, você faz uma capacitação pra um funcionário e deixa seis por fora. Existe, mas ainda de uma forma muito discreta e aí o impacto fica discreto demais, e como você de certa forma só sensibilizou uma parcela pequena, a probabilidade do serviço não fluir é muito grande, porque na verdade existe uma necessidade de uma demanda maior de capacitação e sensibilização dos profissionais”.</i> (GI – E 09).</p>
Equipe Multiprofissional	<p><i>“A gestão anterior teve uma época tipo de alta muito boa, que foi a primeira gestão da Luzianne, que a gente tinha o CAPS trabalhando junto com as equipes, fazendo atividade de matriciamento. A gente preparava e escolhia os casos que eram mais complexos e o pessoal do CAPS vinha até a unidade, vinha até a comunidade, discutia os casos, fazia visitas e faziam Projetos Terapêuticos Singulares, isso aconteceu na primeira gestão.” (GI – M 01).</i></p> <p><i>“(…) o atendimento deles deveria ser, na minha visão, nos centros de atenção psicossociais que são os CAPS (...) Se aqui tivesse pelo menos alguma condição, porque um médico, uma enfermeira generalista, vão ter coisa que vão exigir um tratamento vamos dizer mais especializado, então eu acho que tinha que ter alguns profissionais que só o generalista não daria conta.</i> (GI – E 12).</p>
Condições Pessoais	<p><i>“Você se arrisca não pelo usuário, mas por quem ta por trás dele. Isso aí é o que é a preocupação de trabalhar com o usuário, porque a gente ta tirando o cliente de alguém”.</i> (GI – E 14).</p> <p><i>“não me identifico de forma alguma por problemas pessoais na família, de usuários, e nem me sinto capacitada pra fazer esse tipo de atendimento”.</i> (GI – E 10).</p> <p><i>“(…) a gente tem muita coisa pra fazer, muita coisa, a gente trabalha direto aqui e é muito paciente, é muito hipertenso, diabético, é gestante, é criança que a gente atende, então assim pro enfermeiro é tanta coisa que às vezes eu te juro, quando dizem: Dra. tem um curso, eu não vou, nem pra esse curso porque senão, então assim, é tanta coisa em cima da gente que, a gente é responsável pela vigilância epidemiológica, pelo mapa de tuberculose, pro hipertensão e diabete, por hanseníase por tudo de mapa e dá conta, tem muita coisa em cima da gente e que às vezes a gente fica um pouco longe dessa problemática que ta totalmente presente na nossa área.” (GI- E 01).</i></p>

O sentido usado pelos profissionais para capacitação aproxima-se do conceito utilizado para educação continuada, a qual se constitui no contínuum de educação que se inicia na formação básica e é destinado à atualização e desenvolvimento individual ou de um

grupo para qualificação de sua atuação ante as evoluções técnico-científicas e às necessidades sociais (FARAH, 2003).

Diante da lacuna na formação universitária e do modelo assistencial proposto pelo SUS para formação de recursos humanos na área da saúde, a formação destes profissionais para o cuidado dos usuários abusivos de álcool e outras drogas, assim como a regulamentação de uma linha de cuidado, podem proporcionar subsídios para que estes profissionais se aproximem desta problemática, numa perspectiva técnico-científica, favorecendo a reorganização do processo de trabalho de sua equipe, de forma que o conhecimento implique a atuação no serviço.

A fragilidade na formação destes profissionais foi apontada nas pesquisas de Schneider e Lima (2011) e Crives e Dimenstein (2003), quando assinalam que a pouca fundamentação teórica sobre o tema do abuso das drogas reflete uma terapêutica que enfatiza o tratamento medicamentoso e intervenções que têm por base orientações no sentido da busca da abstinência como objetivo final, dados também encontrados nesta pesquisa expressos nas discussões do Quadro 12, quando abordados os condicionantes para o cuidado do usuário abusivo de álcool e *crack* e seu familiar na APS.

A precária capacitação por parte da gestão do Município de Fortaleza, relacionada ao tema, está presente na fala dos profissionais, que declararam nunca terem participado de capacitações direcionadas ao tema, assim como jamais buscaram outras fontes de conhecimento.

Alguns profissionais relataram, porém, que, mesmo sem receberem por parte da gestão cursos de qualificação, buscaram informações em artigos científicos e capacitações, sendo o mais destacado o Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamentos, intervenções breves, reinserção social e acompanhamento - SUPERA promovido pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, do Ministério da Justiça, oferecido gratuitamente por meio da parceria com a Universidade Federal de São Paulo e executado na modalidade de educação a distância.

Poucos profissionais afirmaram haver participaram de capacitações oferecidas pelo Município de Fortaleza nos últimos cinco anos, porém as falas dos profissionais (GI – M 01) e (GI – E 09), citadas no quadro 16, demonstram a fragilidade dos processos formativos, tanto em relação ao quantitativo de profissionais envolvidos, como da ausência da responsabilização de levar os conteúdos discutidos para o cotidiano do trabalho da equipe de saúde e da unidade de saúde.

Desta forma, considera-se que, mesmo quando há formação para os profissionais, esta não se traduz necessariamente em trabalhos realizados, portanto o processo de trabalho na saúde é coletivo e não depende exclusivamente do saber individual do profissional para dar respostas aos problemas de saúde da população. Torna-se cada vez mais necessário, não só em relação ao uso abusivo de álcool e *crack*, mas todas as temáticas, um processo educativo centrado no cotidiano do trabalho, onde haja verdadeira integração ensino – serviço, envolvendo toda a equipe de saúde, pessoas da comunidade, familiares, gestores e outros pontos da assistência.

Assim, mais do que uma educação voltada para capacitações individuais que tem um tempo determinado, “torna-se crucial o desenvolvimento de recursos tecnológicos de operação do trabalho perfilados pela noção de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos eles mesmos como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional.” (CECCIM, 2005, p. 163).

Partindo do princípio de que nenhuma profissão de forma isolada dá conta das complexas necessidades que envolvem a saúde, este novo modelo de educação permanente em saúde compreende que a equipe da ESF se capacita, também, no cotidiano onde acontecem as relações de trabalho, tendo para isto o apoio de profissionais de outras categorias e outras instituições, haja vista a maior resolubilidade dos problemas de saúde da população do seu território.

A educação permanente em saúde transcende a educação continuada em si, pois envolve os profissionais da EqSF, do NASF, do CAPS ad, com suporte nos problemas vivenciados no seu território de referência, sem distinção hierárquica entre o educador e o educando, onde os profissionais assumem estes papéis simultaneamente, pois cada sujeito tem seu olhar e contribui com o seu conhecimento técnico, suas experiências e vivências pessoais, ou seja, “ensino-aprendizagem embasado na produção de conhecimentos que respondam a perguntas que pertencem ao universo de experiências e vivências de quem aprende e que gerem novas perguntas sobre o ser e o atuar no mundo.” (CECCIM; FERLA, online).

Com efeito, o trabalho, quando é realizado junto a uma equipe multiprofissional de apoio, proporciona, entre outros aspectos, que vida pessoal, afetos, expectativas e insegurança sejam abordados e cuidados em paralelo as atividades assistenciais desenvolvidas.

É o conhecimento sendo constituído de forma constante e contínua, assim como o suporte emocional para o trato com este tema, onde o foco principal é a relevância social do

estudo desde a ampliação e reorganização do processo de trabalho e o que este produzirá, além da formação pessoal, no exercício do trabalho, onde os saberes técnicos e científicos estão acompanhados das dimensões éticas da vida, do trabalho, do homem, da saúde, da educação e das relações.

4.2.3 Caminhos percorridos pelos usuários abusivos de álcool e *crack*: articulação e (des) articulação na gestão do cuidado.

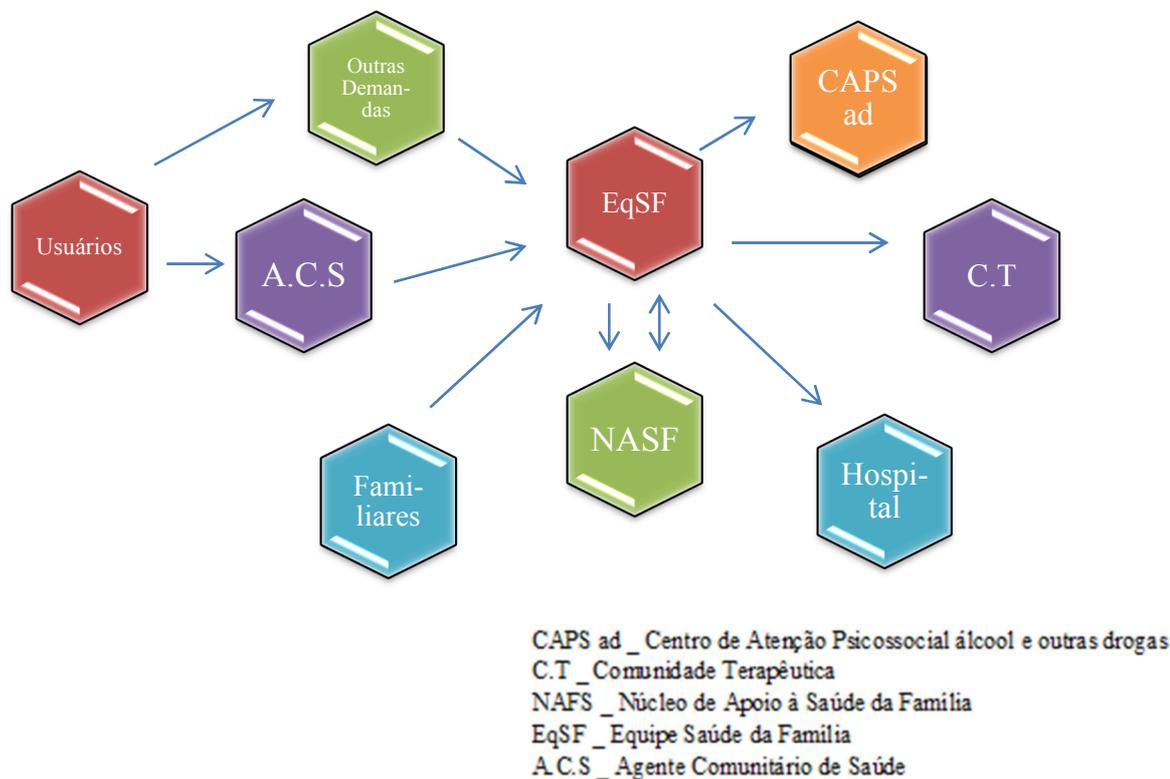
A pesquisa SENAD (2013a) aponta que, entre os serviços ofertados pela rede pública e suplementar, nos últimos 30 dias antecedentes à pesquisa, 20,2% dos usuários de *crack*/derivados buscaram atendimento no Posto/Centro de Saúde / ambulatórios/ unidades de pronto atendimento - UPAs, e que 78,9% dos usuários relataram querer tratamento para o uso de drogas.

A Política Nacional da Atenção Básica (2011c) estabelece que a gestão municipal deve direcionar o fluxo do usuário na Rede de Atenção à Saúde e entre os diversos pontos de atenção. Franco (2006) entende que este fluxo é estabelecido pelos próprios trabalhadores no seu espaço vivo de atuação, em busca de estabelecer um cuidado integral e longitudinal, pois é na formulação do projeto terapêutico do usuário e/ou do seu familiar que vai se constituindo o fluxo de comunicação dos trabalhadores entre si e com outros pontos do cuidado nos diversos níveis da atenção.

No Município de Fortaleza, até o momento da pesquisa de campo, não existia, por parte da gestão, uma diretriz para o cuidado do usuário abusivo de álcool e outras drogas na APS, de forma que o (não) cuidado se constitui na dinâmica de cada equipe da ESF, havendo trabalhos fundamentados por modelos de atenção à saúde diferenciados em uma mesma unidade de atenção primária.

A pesquisa possibilitou conhecer o fluxo destes usuários para serem atendidos pelas equipes da Estratégia Saúde da Família no Município de Fortaleza e quais os seus desdobramentos (Figura 02).

Figura 02: Caminhos do tratamento/cuidado do Usuário Abusivo de Álcool e Crack a partir da APS.



(→) Encaminham (↔) Acompanham o cuidado

Fonte: Elaborada pela autora.

Apresentam-se no Quadro 17, os elementos de análise referentes ao fluxo dos usuários abusivos de álcool e *crack* na APS: a **ausência da demanda**, onde os usuários abusivos de álcool e *crack* buscavam outros pontos da rede de atenção; a lógica do **encaminhamento**, este no sentido da não responsabilização; e, em número expressivamente menor, a **corresponsabilização**, o acompanhamento longitudinal, o cuidado integral deste usuário.

Quadro 17: Fluxo dos usuários abusivos de álcool e crack na APS

Fluxo	Trechos das Entrevistas
Ausência da demanda	<i>“Bom, pra ser bem realista pelo o tempo que eu tou aqui nunca tivemos nenhuma abordagem da família ou mesmo do próprio usuário, (...) eles nunca buscam ajuda aqui na unidade, nem ele e nem os familiares. Não sei se eles também não sabem que eles podem vir buscar ajuda aqui na unidade de saúde ou vão diretamente procurar o CAPS ad pra ter um melhor acompanhamento, eu acho que nem eles talvez sejam orientados a procurar a gente e como aqui a unidade também não está preparada e não tem todo um aparato para dar um acompanhamento de qualidade, um segmento de qualidade nunca chegou nenhum paciente não.” (G I – E 05).</i>
Encaminha	<i>“Olha na minha equipe não chega e quando chega, raramente quando chega a gente geralmente encaminha para o CAPS e não sei se por falta de compromisso da equipe ou porque a gente não quer se envolver, eu não sei, isso aí a gente ainda não conseguiu responder (...) a gente faz o nosso papel de encaminhar e pronto.” (GI – E 13)</i>
Corresponsabilização do cuidado	<i>Normalmente ele não procura por demanda espontânea, porque é muito difícil a pessoa chegar e dizer: “a Dra. eu estou aqui porque eu fumo pedra ou porque eu bebo”, normalmente é o familiar que procura ou via agente de saúde, e por a gente ta na comunidade também a gente já sabe quem ta usando, quem ta usando abusivamente e faz a busca ativa. , convida essas pessoas pra vir pra consulta.(...) mas o usuário buscar ajuda, não vai buscar, principalmente porque o acesso é difícil. (...) deixo a porta aberta pra ele ta tendo contato comigo e com a equipe sem precisar ir pra fila marcar consulta, tira o máximo possível as barreiras de acesso. (GI – M 01)</i>

Torna-se perceptível nas falas o fato de os usuários abusivos e dependentes de álcool e outras drogas não procuravam diretamente a equipe da ESF para este cuidado específico.

[...] o paciente, mesmo ele não nos procura, como a gente tem vários outros programas como a puericultura, e principalmente do pré-natal e da hipertensão e diabetes, é que eu particularmente, não sei se isso é rotina de todas as equipes, mas eu costumo muito perguntar como é que está o seu bem estar, e aí durante essas conversas, durante o acompanhamento às vezes a parceira, às vezes a mãe, relata da dificuldade que ta tendo em casa com esse usuário, mas esse usuário ele não chega a entrar no consultório. (GI – E 09)

Isto ocorre, e embora estes profissionais tenham expressado que, em algum momento do seu trabalho na unidade de saúde, definida pelo estudo, tenham tido contato com esta problemática no seu atendimento, seja pelo próprio usuário ou por seu familiar.

Os agentes comunitários de saúde foram os mais citados pelos entrevistados como ponte entre estes usuários e seu familiar e o atendimento com os profissionais das UAPS, isto por conhecerem de perto as pessoas da sua área de abrangência, pelo fato de nas visitas domiciliares, escutarem não só a queixa da doença, mas também as (pre)ocupações e outros

aspectos que envolvem a saúde do cidadão, saúde no seu sentido ampliado, anunciado desde a VIII Conferência Nacional de Saúde - CNS, em 1986.

Quando estes usuários chegam a ser atendidos por estes profissionais, é marcante o encaminhamento, já no primeiro contato, para outros pontos da Rede de Atenção à Saúde, sendo o CAPS ad da sua regional o mais recomendado. Outros profissionais, além de encaminhar para o CAPS ad, direcionam o cuidado para os profissionais do NASF que apoiam sua equipe, e outros afirmaram, que em razão do estado clínico do usuário encaminharam para o hospital psiquiátrico/comunidade terapêutica.

Eu pelo menos não me sinto capaz de tratar um drogado. (...) já recebi alguns, poucos, muito poucos porque por aí por fora já orientam pra onde ele deve ir, já orientam, então quando ele chega aqui qual é a nossa rotina aqui, consulta normal e encaminhamento para o CAPS ad, não tem outra coisa que a gente faça e se ele tiver num estado grave, num estado deficiente, no caso de agitação aí é encaminhado primeiramente pra emergência, emergência psiquiátrica e lá eles dão o destino. O nosso fluxo aqui é simplesmente esse, não tem como atendê-lo aqui, não da pra ele ficar aqui. (GI – M 06).

Nesta fala, podem ser notadas as barreiras de acesso estabelecidas, mesmo antes do usuário buscar o serviço, pois já é orientado a procurar outros pontos da atenção, e, quando chega a ser atendido pelo profissional da ESF, este encaminha no sentido da não responsabilização pelo cuidado; *caí por terra*, para estes profissionais, em relação ao uso abusivo de drogas, o fato de ser a atenção primária o centro da comunicação entre as redes de atenção à saúde, onde seus profissionais assumem a coordenação dos fluxos do Sistema de Atenção à Saúde.

A comunicação entre a equipe de Saúde da Família e o CAPS ad de referência do seu território foi referida por profissionais de uma UAPS, no sentido de solicitar avaliação do estado de saúde clínico do usuário.

Ta desconfiado que ele ta com TB ou então aquela mulher está séculos sem realizar uma prevenção e ta com uma queixa de dor pélvica, a gente recebe esse encaminhamento (...) a gente acompanha a nossa parte, é uma mulher e precisa fazer planejamento familiar, que precisa fazer a prevenção e vamos fazer os exames dela, então a gente faz a nossa parte de acompanhamento e avaliação geral. (GI – E 10).

Houve a sinalização, por parte dos profissionais de Saúde da Família, do fato de que antes realizavam o tratamento/cuidado do usuário abusivo de álcool e *crack* e seu familiar no território onde mora aquele cidadão, sendo mencionadas ações conjuntas com a equipe NASF do seu território e o vínculo com os profissionais do CAPS ad com ações de matriciamento:

com a gente era maravilhoso (...) uma semana era o CAPS geral e outra semana era o CAPS AD (...) a gente conseguia caminhar com os casos, com o crack principalmente, até trabalhava com a gente a nossa frustração. (GI – M 01).

É importante salientar, no entanto que, no momento da pesquisa de campo, nenhuma equipe de saúde das unidades visitadas contavam com matriciamento em saúde mental, nem relacionado à demanda do CAPS geral, nem a do CAPS ad. Assim, também foram encontradas equipes do NASF em apenas três UAPS e sem estarem com a soma da carga horária dos profissionais em 200 horas, como é previsto pela Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012.

O relato dos profissionais permitiu-se constatar que nem todos tiveram experiências com o matriciamento. Alguns destacaram como algo significativo para o serviço, enquanto outros mencionaram os aspectos negativos. A experiência de matriciamento com o CAPS ad foi sinalizada por uma UAPS; as demais realizaram com o CAPS geral.

[...] o serviço não funcionou, primeiro o psiquiatra não vinha, e uma vez só veio o psicólogo e da outra vez... aí começou, não podia vir porque tava não sei aonde, aí a gente também, aí acabou que nunca mais teve, não funcionou, improdutivo eu perdi o tempo naquele dia que eu fui. (GI – M 06).

O Apoio Matricial vem no sentido de

[...] ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões. (...) Essa metodologia pretende assegurar maior eficácia e eficiência ao trabalho em saúde, mas também investir na construção de autonomia dos usuários. Sua utilização como instrumento concreto e cotidiano pressupõe certo grau de reforma ou de transformação do modo como se organizam e funcionam serviços e sistemas de saúde. (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 400).

Na fala dos profissionais (GI – M 01) e (GI – M 06), citadas anteriormente sobre as experiências com equipes de matriciamento, percebeu-se que, assim como este dispositivo pode ser utilizado para efetivação de uma clínica ampliada e interação dialógica entre profissionais de várias especialidades e os sujeitos do cuidado, os usuários abusivos de álcool e *crack* e seus familiares, no sentido do fortalecimento da sua autonomia, pode também ser percebido como dispositivo que assegura a retaguarda especializada as equipes Saúde da Família, com vistas à capacitação quanto à prescrição adequada para o paciente, em que o médico ou sua ausência assume lugar do foco da atenção.

Após a apresentação dos resultados e discussão do estudo, finalizando essa etapa do trabalho, ressalta-se que, quanto mais os profissionais se distanciam das políticas públicas relacionadas ao novo modelo de Atenção à Saúde, seja por desconhecimento ou por não se identificarem, mais prevalece o modelo biomédico de atenção, que segue a lógica do encaminhamento, este no sentido de “*toma que o filho é teu*”, da referência e contra-

referência escritas em um papel, marcadas pela constituição hierárquica do tratamento, da não responsabilização do cuidado, ou seja, caminham na contramão das diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde e da Estratégia da Saúde da Família.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscou-se com este estudo analisar as concepções e a produção do cuidado aos usuários abusivos de álcool e *crack* e seus familiares desenvolvidas pelas equipes de Atenção Primária que atuam na Estratégia de Saúde da Família, no Município de Fortaleza, identificando os modelos de atenção que fundamentam as práticas dos profissionais, as atividades desenvolvidas pelas equipes direcionadas ao tema e a articulação com outros profissionais e serviços para a gestão do cuidado.

Na qualidade de psicóloga de uma equipe do NASF, presenciou-se de forma constante, um conjunto de relatos referentes ao sofrimento dos usuários das unidades de Atenção Primária à Saúde, a que se estava vinculada, por se ter um familiar envolvido com o consumo abusivo, principalmente do álcool e do *crack*.

Assim, no intuito de conhecer a realidade da atenção à saúde ao usuário abusivo de álcool e *crack* e seus familiares, de modo mais amplo sentiu-se a necessidade de analisar as formas de cuidado desenvolvidas pelos profissionais da ESF e suas implicações conceituais e técnicas.

Para fins desta pesquisa, tomou-se o conceito de cuidado, inserido nas tecnologias assistenciais de saúde, como uma interação de dois sujeitos visando ao alívio de um sofrimento ou alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para esta finalidade (AYRES, 2004b). Assim, compreende-se por cuidado o ato direcionado a outro sujeito, numa atitude proativa, fundamentada por pressupostos teóricos, para a construção conjunta de projetos terapêuticos que favorecem melhor qualidade de vida.

Considerando os objetivos propostos e os pressupostos teóricos adotados, trazem-se os principais resultados obtidos no decorrer do estudo.

O relato dos profissionais sobre os fatores que envolvem o início e a permanência do consumo abusivo do álcool e outras drogas permitiu a aproximação com a ideia que estes profissionais têm a respeito do problema, assim como possibilitou inferir sobre o modelo de atenção à saúde que fundamenta a sua prática quando em contato com esta problemática.

Foi marcante a visão reducionista do problema, em que os profissionais atribuíam a uma só causa, ao início do uso, tendo sido o mais associado à falta de políticas públicas, direcionando o consumo das drogas de forma implícita às pessoas mais carentes, que vivem de certa forma à margem da sociedade de consumo, fazendo, então, a ponte entre consumo de drogas e pobreza. Nesta crença, há o deslocamento da culpabilização do sujeito para a sociedade. As políticas públicas são percebidas como algo distante da sua realidade, não se

percebem como agentes inseridos na rede de cuidado e reforçam a concepção subjetivista, moralista e “psicopatologizante” predominante no modelo biomédico.

Crives e Dimenstein (2003) analisam o consumo de drogas e as formas de enfrentamento como expressão das desigualdades sociais historicamente produzidas, mas que envolve também uma sociedade que produz vazios, marcada pelo individualismo, o consumismo, a competitividade, e estes vazios perpassam todas as classes sociais, levando a diversos tipos de sofrimentos, exigindo terapêuticas que ultrapassem as práticas apenas de cunho curativo e individual.

Um dos aspectos centrais do estudo foi o fato de os profissionais declararem que a atenção primária não tem condições para realizar o cuidado aos usuários abusivos de álcool e *crack*. Quando relacionados especificamente a esta problemática, atribuem a não assistência à falta de treinamento, identificação com o tema, medicação, segurança e trabalho em equipe multiprofissional. Focam a atenção no tratamento, no sujeito já estando na condição de dependência do álcool e *crack*, não vislumbram outras possibilidades de atuação com este tema, demonstrando assim, o desconhecimento do que as políticas públicas estabelecem como responsabilidade da Atenção Primária à Saúde, deixando entre linhas a fragilidade no conhecimento de suas atribuições.

A Rede de Atenção Psicossocial (2011a), assim como o programa “*Crack*, é possível vencer” (2011c), estabelecem a Atenção Primária à Saúde como lugar de acolhimento aos usuários de drogas e seus familiares, a oferta de cuidados necessários, tomando a defesa da vida e da redução de danos como princípio, abrangendo ações de promoção e a proteção da saúde com o objetivo de desenvolver ações, de âmbito individual e coletivo, que garantam a atenção integral e contínua ao usuário abusivo.

Assim, os profissionais entrevistados não se percebem como agentes ativos para efetivação destas ações no âmbito do seu território de responsabilização, direcionam suas ações a grupos populacionais e as intervenções são focadas em programas verticais, entre os quais se destacam os citados pelos profissionais entrevistados: controle de tuberculose e da hanseníase, saúde da criança, saúde da mulher, saúde do idoso, saúde do trabalhador.

A observação e os relatos dos profissionais permitem assinalar que o modelo de atenção presente na atuação destes profissionais ainda está distante do que é esperado da Estratégia de Saúde da Família, no sentido de ser um redimensionamento do Programa Saúde da Família, pois a Estratégia tem como foco o coletivo, sem desconsiderar o sujeito em sua individualidade, onde a atenção integral e contínua implica a corresponsabilização do

cuidado, a ampliação das diversas disciplinas e áreas de conhecimento, promovendo a ampliação das redes de apoio social, possibilitando a análise dos aspectos socioculturais envolvidos no processo saúde-doença, dando ênfase à promoção da saúde e prevenção de agravos, buscando com isto garantir maior resolubilidade e participação social na definição de finalidades e ferramentas de trabalho sanitário; enfim é, a construção cotidiana e no território de um novo modelo de atenção à saúde (PAIM, 2008).

Em relação às ações desenvolvidas com o tema do abuso das drogas, os discursos dos profissionais levam à quase inexistência de ações contínuas referentes à prevenção, ao cuidado/tratamento, redução de danos, promoção à saúde, atividades multiprofissionais e intersetoriais.

Dentre as ações desenvolvidas, a mais citada pelos entrevistados foi a abordagem na consulta individual, porém o tema do abuso/dependência as drogas, em sua maioria, só vinha à tona quando o usuário ou seu familiar relatava estar envolvido com esta problemática.

Partindo da compreensão de que o espaço da escuta é a primeira ferramenta do profissional na formação de vínculo com o usuário e/ou seu familiar, e que é com origem no fortalecimento desta relação que o usuário e/ou seu familiar pode vislumbrar outras possibilidades de olhar para a forma como se movimenta na vida e suas escolhas, além de também ofertar distintas formas de perceber e dar significado aos seus sofrimentos (BRASIL, 2013c), a atenção primária constitui assim lugar privilegiado, tendo em vista sua inserção no território onde a vida real acontece, para estes usuários se vincularem ao sistema de saúde.

O que prevalece, todavia é a prática dos encaminhamentos realizados pelas equipes de Saúde da Família, já no primeiro contato, para a Atenção Secundária, sem que isto enseje uma corresponsabilização do cuidado, em detrimento das ações coletivas que poderiam ser desenvolvidas no próprio território, a construção de projeto terapêutico singular e o enfoque na clínica ampliada e compartilhada. Estes procedimentos acontecem de forma isolada, reforçando o modelo hegemônico do atendimento especializado.

Entre os fatores condicionantes apontados pelos profissionais que implicam o não cuidado aos usuários abusivos de álcool e *crack* na Estratégia Saúde da Família, o mais destacado foi o frágil processo da educação continuada oferecido pela Gestão Municipal, relacionado ao tema do uso abusivo e dependência às drogas. Por sua vez, este vazio não provocou nestes profissionais a busca, seja pessoal, seja em equipe, do conhecimento mediado por ações e reflexões que favorecessem a educação permanente realizada no próprio serviço.

Outro fator destacado foi a ausência de equipes multiprofissionais como suporte. No momento desta pesquisa, nem todas as equipes de Saúde da Família contavam com o apoio técnico e assistencial dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. O Município passava por mudança da gestão, quando havia carência de profissionais para formação da equipe completa em algumas unidades, e, em outras, da equipe como um todo. Os poucos profissionais do NASF encontrados estavam entre seis e oito meses trabalhando no território. De julho de 2009 a fevereiro de 2013, porém, todas as unidades pesquisadas contavam com o apoio de uma equipe NASF. Dessa forma, mesmo quando estas equipes contavam com o apoio multiprofissional, o trabalho com o tema do uso abusivo e dependência às drogas era desenvolvido de forma muito tímida e isolada.

Assim como os profissionais sinalizaram sobre o pouco retorno ao serviço dos cursos de capacitações individuais, com tempo determinado, pois em suas vivências não se traduziam, necessariamente, em trabalhos realizados, não é a presença em si de profissionais de outras categorias, como os do NASF, que asseguram ao usuário abusivo de álcool e *crack* e seu familiar o tratamento/cuidado na Atenção Primária à Saúde, e sim o modelo de Atenção à Saúde que fundamenta a prática destes profissionais.

Muito além dos tipos de categorias profissionais envolvidas em um trabalho, o que produz efetivamente um cuidado diferenciado é a constituição de projetos terapêuticos singulares, que tenham por base uma relação dialógica entre os agentes envolvidos, favorecendo uma visão integral de homem e a compreensão do usuário abusivo/ dependente como um ser humano pluridimensional, resgatando-o como cidadão de direitos, protagonista de sua história.

As ações de matriciamento, quando efetivadas tendo por base modelos alternativos de atenção à saúde, trazem mudanças significativas na organização do processo de trabalho da equipe, pois propõem a efetivação de uma clínica ampliada, que busca assegurar maior eficácia e eficiência ao trabalho em saúde, investindo na construção da autonomia do usuário, e no cuidado integral e contínuo (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Assim, tendo em vista os princípios da Estratégia de Saúde da Família, torna-se fundamental o uso de tecnologias que favoreçam o trabalho em equipes, com fundamentação no modelo ampliado de saúde, acolhendo os diversos olhares das distintas categorias profissionais, em que os estudos partam do cotidiano das ações no território, envolvam o conhecimento teórico necessário e retornem para a prática, favorecendo uma ressignificação

da vivência individual, coletiva e institucional, constituindo-se um amplo processo que produza a práxis.

O Município de Fortaleza, até o momento da pesquisa de campo, não havia sistematizado uma diretriz para o cuidado do usuário abusivo de álcool e outras drogas na APS. Toda a regulamentação está presente nas políticas públicas federais.

Embora a Política Nacional da Atenção Básica (2011) estabeleça que compete à gestão municipal definir os fluxos na Rede de Atenção à Saúde e entre os diversos pontos de atenção de várias configurações tecnológicas, de forma a garantir a integralidade do cuidado, foi visualizado por esta pesquisa o fato de que a Rede se organiza segundo a definição de Franco (2006), pois os próprios profissionais constroem os fluxos de acordo com seu conhecimento dos serviços.

Com suporte nas reflexões geradas por este estudo, trazem-se as seguintes recomendações.

→ Necessidade se trabalhar de forma contínua com os princípios e diretrizes da Estratégia de Saúde da Família, assim como com as políticas públicas vigentes sobre o abuso/dependências de álcool e outras drogas, havendo espaço na agenda das equipes e da unidade de atenção primária para estas discussões.

→ Organização de momentos de educação permanente, tendo por base a metodologia da problematização, envolvendo todos os profissionais da equipe de Saúde da Família, assim como os profissionais do NASF.

→ Envolvimento dos trabalhadores, de todas as equipes de saúde da UAPS, da comunidade, dos profissionais das escolas do território, da rede da assistência, para constituir uma comissão que trabalhe a prevenção do uso e o cuidado do usuário abusivo de álcool e *crack*.

→ Ampliação das equipes NASF, de forma que cada Unidade de Saúde de Atenção Primária possa contar com uma equipe multiprofissional.

→ Apoio do CAPS ad mediante de ações de matriciamento no território na unidade de atenção primária.

→ Planejamento de ações envolvendo as equipes de Saúde da Família, NASF, CAPS ad, escolas, centros de referência de assistência social, Conselho de Saúde, gestões, nos diversos setores implicados, para o desenvolvimento de projetos que envolvam os pré-adolescentes e adolescentes em atividades que lhes estimulem a autoestima, ofereçam a socialização e o reconhecimento como cidadão de direitos.

→ Educação permanente, que promova o conhecimento da abordagem e das intervenções dos profissionais da Estratégia Saúde da Família, fundamentadas nas políticas públicas relacionadas ao tema do álcool e outras drogas, e que tenham como produto projetos de intervenções a serem aplicados no território de atuação, sendo avaliados e monitorados mediante constante educação permanente.

Não se pretende com este estudo propor um modelo ideal de atenção integral ao usuário de álcool e *crack* e seu familiar, pois se compreende que o planejamento e as ações de cuidado sucedem no território de atuação de cada equipe, sendo uma dinâmica, permanente, que envolve os diversos agentes.

Espera-se que este estudo possa trazer contribuições significativas para os profissionais da Estratégia de Saúde da Família do Município de Fortaleza e para os usuários abusivos de álcool e *crack* e seus familiares, na medida em que busca oferecer elementos capazes de despertar novas estratégias de cuidado integral. Almeja-se que essas reflexões conduzam a uma resignificação do cuidado, não focado apenas no dependente químico, mas também na família, relações interpessoais, comunidade, redes de cuidado.

REFERÊNCIAS:

- ALARCON, S.; BELMONTE, P. R.; JORGE, M. A. S. O campo da atenção ao dependente químico. IN: ALARCON, S.; JORGE, M. A. S. (Orgs.). **Álcool e outras drogas: diálogo sobre um mal estar contemporâneo**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, cap.03, pp 63-81.
- ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, Nov. 2009.
- AMARANTE, P. Na contramão da internação compulsória. Entrevista concedida a **Informe ENSP**. Depoiment [15/03/21013]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/32156>. Acessado 09/04/2013.
- AYRES, J.R.C.M. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática. *Interfase – Comunic, Saúde, Educ.* Botucatu, v. 4, n. 6, Fev. 2000.
- _____. J.R.C.M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interfase – Comunic, Saúde, Educ.* Botucatu, v.8, n.14, p. 73 – 92, set.2003 – fev. 2004a.
- _____. J. R. C.M. O cuidado e os modos de ser (do) humano e as práticas de Saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 13, n. 3, Dez. 2004b.
- _____. J.R.C.M. Uma concepção hermenêutica de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, Apr. 2007.
- _____. J.R.C.M. **Organização das ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas**. Saúde e Sociedade. São Paulo, v. 18, supl.2, 2009.
- BARROS, M.A., PILLON, S.C. Programa Saúde da Família: desafios e potencialidades frente ao uso de drogas. In: **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n. 01, 2006, p.144 _ 149.
- _____. M.A.; PILLON, S.C. Atitudes dos profissionais do Programa Saúde da Família diante do uso e abuso de drogas. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, dez. 2007.
- BOFF, L. **O cuidado necessário: na vida, na saúde, na educação, na ecologia, na ética e na espiritualidade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012. SUBT. SEM NEGRITO XX
- BRASIL. **LEI Nº 10.216, de 6 de Abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.
- _____. **Portaria/GM nº. 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde - Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde mental e atenção básica** – o vínculo e o diálogo necessários – inclusão das ações de saúde mental na atenção básica. Circular Conjunta n.01/03 de 13/11/2003 – 2003b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: equipe de referência e apoio matricial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**/Ministério da Saúde. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília, 2004c. 84 p

_____. **LEI nº 11.343, de 23 de agosto de 2006**. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção Básica, Departamento de Atenção Básica. Brasília (2007).

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009**. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. 2009a.

_____. Gabinete de Segurança Institucional. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Deteção do uso abusivo e diagnóstico da dependência de substância psicoativas**. 3.ed., Brasília, 2009b, 7 v.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c. (Cadernos de Atenção Básica; n. 27).

_____. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias**. 3.ed., Brasília, 2010a, p. 424.

_____. Presidência da República. **Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010b**. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu comitê gestor e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. **Consultórios de Rua do SUS**. Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Ministério da Saúde/EPJN-FIOCRUZ: Brasília, setembro 2010c, 48 p.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Contagem Populacional, 2010d. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home>. Acesso em: jan. 2014

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011a**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de saúde (SUS).

_____. Portal Brasil. **Crack, é possível vencer**. Enfrentar o crack. Compromisso de todos. Brasília: Governo Federal; 2011b. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/crackepossivelvencer/programa/cartilha>. Acesso em 05.08.13.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2011c.

_____. Presidência da República. Casa Civil. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011d.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012**. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências.

_____. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil**. Brasília: SENAD/FIOCRUZ, 2013a. Disponível em: <http://www.casacivil.gov.br/noticias/perfil-brasil.pdf>. Acesso em: 01/10/2013.

_____. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Estimativa do número de usuários de crack e/ou similares nas Capitais do País**. Brasília: SENAD/FIOCRUZ, 2013b. Disponível em: <http://www.casacivil.gov.br/noticias/estimativa-capitais.pdf>. Acesso em: 01/10/2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

CAMPOS, G.W.S; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(2): 399-407, fev. 2007.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface-comunicação, saúde, educação**, 9(16): 161-178, set. 2004-fev., 2005.

_____, R. B; FERLA, A. A. Educação Permanente em Saúde. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde.** Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>. Acesso em: 02/02/2014

COELHO, I.B. Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais em saúde. In: CAMPOS, G.W.S; GUERRERO, A.V.P. (orgs.). **Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada.** 2ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2010, cap. 04, pp 96 – 131.

CENEST/SSPDS. **Apreensão de crack (em gramas) em Fortaleza** - Julho de 2012. Disponível em: http://www.sspds.ce.gov.br/file_bd?sql=FILE_DOWNLOAD_FIELD_ARQUIVO_DOWNLOAD¶metros=2577&extFile=pdf>. Acesso em 24 ago. 2012.

CRIVES, M.N.S.; DIMENSTEIN, M. Sentidos produzidos acerca do consumo de substâncias psicoativas por usuários de um programa público. **Saúde soc.** São Paulo, v. 12, n. 2, Dec. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902003000200004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 24 dez. de 2013.

DATASUS. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/niuf.def> Acesso em 18/08/2013.

McRAE, E. **Aspectos socioculturais do uso de drogas e políticas de redução de danos.** Disponível em: <http://www.neip.info/downloads/edward2.pdf>. Acesso em 14 abr. de 2012.

FARAH, B. F. Educação em serviço, educação continuada, educação permanente em saúde: sinônimos ou diferentes concepções? **Revista APS**, v.6, n.2, p.123-125, jul./dez. 2003.

FONSÊCA, C.J.B. Conhecendo a redução de danos enquanto proposta ética. **Psicologia & Saberes.** Universidade católica de Pernambuco, 2012, 1(1), pp. 11-36.

FORTALEZA. **Lei nº 9747 de 04 de março de 2011.** Institui o Dia D de Combate ao Consumo de Crack, na forma que indica.

_____. **Decreto nº 13.100 de 05 de abril de 2013.** Institui o comitê gestor municipal para planejar, implementar, monitorar e divulgar, as ações relacionadas ao programa "crack, é possível vencer".

FRANCO, T.B. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde, in PINHEIRO e MATTOS (orgs.), **Gestão em Redes.** Rio de Janeiro, CEPESC-IMS/UERJ-LAPPIS, 2006. Disponível em: http://www.uesc.br/atencaoasaude/publicacoes/redes_na_micropolitica_do_processo_trabalho_-_tulio_franco.pdf. Acesso em: 18 dez de 2013.

GAMA, C.A.P.; CAMPOS, R.O. Saúde mental na atenção básica_ uma pesquisa bibliográfica exploratória em periódicos de saúde coletiva (1997-2007). In: **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental.** Vol.1 N.2, p. 112 – 131, Out./Dez de 2009.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6.ed. São Paulo: Atlas, 2011. XX

GUIMARÃES, J. M. X. **Inovação e gestão em serviços de saúde mental**: incorporação de tecnologias e reinvenção no cotidiano dos Centros de Atenção Psicossocial. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Fortaleza: Associação Ampla de Ensino Superior (Universidade Federal do Ceará, Universidade de Fortaleza, Universidade Estadual do Ceará), 2012.

JUNQUEIRA, L. A. P. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro 34 (6): 35-45, Nov. /Dez. 2000.

LANCETTI, A; AMARANTE, P. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, G.W.S. et. col. (orgs.), **Tratado de Saúde Coletiva**. 2.(XX) ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2009. 615-634 p.

LIMA, R.C.C; TAVARES, P. Desafios recentes às políticas sociais brasileiras sobre as drogas: enfrentamento ao crack e proibicionismo. **Argumentum**. Vitória (E.S), v.4, n.2, p. 6-23, jul./dez. 21012.

LOYOLA, C. M. D. Cuidado Continuado. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (orgs). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, cap.32, pp 1089-1110.

MARLATT, G. A. Redução de danos no mundo: um breve histórico. In: _____. G. A. **Redução de danos** – estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre: Artmed, 1999.

MINAYO, M. C. G. (Org.) et al. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 23.ed. Petrópolis: Vozes, 2009 . 80 p.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12.XXX ed. Revista e aprimorada. São Paulo: HUCITEC, 2010. 406 p.

MORAES, Maristela. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, Fev. 2008.

OMS. Relatório Sobre a Saúde no Mundo. **Saúde Mental**: Nova Conceção, Nova Esperança. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2001.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (orgs). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, cap.15, pp 547-573.

PETUCO, D.R.S. **Redução de Danos** – outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam álcool e outras drogas. Disponível em: <http://denispetuco.com.br/Redu%C3%A7%C3%A3o%20de%20Danos%20%E2%80%93%20outras%20palavras%20sobre%20o%20cuidado%20de%20pessoas%20que%20usam%20%C3%A1lcool%20e%20outras%20drogas.pdf>. Acessado 06/05/2013.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO R.; MATTOS R. A.

(Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção ao cuidado à saúde**. Rio de Janeiro, IMS-UERJ, 2001. p. 65-112.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. **Psic.: Teor. e Pesq.** Brasília, v. 25, n. 2, p. 203-211, jun. 2009.

PUSTAI, O.J. O sistema de saúde no Brasil. In: DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R.J.; et al. **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. 3.ed. Porto Alegre: Artemed, 2004, 69-75 p.

RELATÓRIO da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas realizado pelo Conselho Federal de Psicologia em 2011. Brasília: **Conselho Federal de Psicologia**, 2011.

Resolução nº 466/12 do CNS / MS. Dispõe sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em 11 mar. 2013.

RONZANI, T.M.; MOTA, D.CB.; SOUZA, I.C.W. Prevenção do uso de álcool na atenção primária em municípios do estado de Minas Gerais. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, 2012.

ROUQUAYROL, M.Z. Contribuição da Epidemiologia. In: CAMPOS, G.W.S. et. col. (orgs.) **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. XX ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2009. p. 319-373.

SCHNEIDER, D. R. Horizonte de racionalidade acerca da dependência de drogas nos serviços de saúde: implicações para o tratamento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, Mai 2010.

_____. LIMA, D.S. Implicações dos modelos de atenção à dependência de álcool e outras drogas na rede básica em saúde. **Psico**, Porto Alegre, PUCRS, v. 42, n. 2, pp. 168-178, abr./jun. 2011.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G.W.S. et. col. (orgs.) **Tratado de Saúde Coletiva**. 2.ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2009. 513-562 p.

VOLCOV, K; VASCONCELLOS, M.P. “Crack, é possível vencer” ou é preciso compreender: observações a partir de campanhas publicitárias do governo federal. **Sau. & Transf. Soc.**, Florianópolis, v. 4, n. 2, p.99-105, 2013.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, nº. 1, 2000. 187-192 p.

APÊNDICE

(APÊNDICE A)

ROTEIRO DE ENTREVISTA – Profissional da Atenção Primária à Saúde _ EqSF e NASF

PROJETO DE PESQUISA: ÁLCOOL E CRACK: OS DESAFIOS À PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**PESQUISADORA:** Ana Cybele Peixoto de Andrade**ORIENTADORA:** Prof. dr.a Ana Patrícia Pereira Morais**Entrevista:**

Data: ___/___/2013.

Início: _____ Término: _____

Código: _____

1. PERFIL DO ENTREVISTADO (A):

1.1. Idade (anos): _____

1.2. Sexo: _____

1.3. Formação: _____ Ano: _____

1.4. Pós-graduação: () Sim () Não.

1.5. Em que área? _____ Ano: _____

1.6. Tempo de atuação na ESF: _____

1.7. Cargo/função: _____

1.8. Vínculo empregatício na administração municipal: _____

1.9. Carga horária semanal: _____ 1.10. Tempo no cargo: _____

2. QUESTÕES ORIENTADORAS SOBRE O CUIDADO AO USUÁRIO DE ÁLCOOL E CRACK NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:

2.1. Qual a sua percepção sobre o uso abusivo de álcool e *crack*?2.2. Como você percebe o cuidado do usuário de álcool e *crack* na Atenção Primária à Saúde?2.3. Como se dá o fluxo dos usuários/familiares com problemas de uso abusivo de álcool e *crack* para serem acompanhados pela sua equipe?2.4. Quais as estratégias de cuidado são desenvolvidas por sua equipe na prevenção e na redução dos riscos e danos do uso abusivo de álcool e *crack*?

2.5. Você enquanto profissional vinculado a ESF identifica alguma estratégia da gestão municipal no sentido de oferecer maior resolutividade ao atendimento de usuários /familiares do seu território?

2.6. Como você compreende o matriciamento de saúde mental direcionado ao usuário abusivo de álcool e *crack*?2.7. De que modo o sistema de saúde tem se articulado em rede para atender o usuário de álcool e *crack*?



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ – UECE
MESTRADO PROFISSIONALIZANTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (APENDICE B)

A Pesquisa **ÁLCOOL E CRACK: OS DESAFIOS À PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE** tem como objetivo analisar as concepções e a produção do cuidado desenvolvida pelas equipes da Atenção Primária à Saúde, ESF e NASF, junto a usuários abusivos de álcool e *crack* e seus familiares. Será realizada nos Centro de Saúde da Família: Lineu Jucá, Frei Tito, José Sobreira Amorim, Projeto Nascente, Argeu Herbster e Evandro Ayres de Moura, no município de Fortaleza-Ceará. Tem como pesquisadora Ana Cybele Peixoto de Andrade, aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família, cuja nucleadora é a Universidade Estadual do Ceará, integrante da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF. Esta pesquisa justifica-se pela possibilidade de fomentar a produção acadêmica do cuidado ao usuário abusivo de álcool e *crack* e seus familiares no campo da atenção primária à saúde; de promover reflexão crítica da prática profissional visando fornecer subsídios para sua adequação às políticas públicas vigentes sobre o tema; de buscar a efetivação do cuidado integral ao usuário abusivo de álcool e *crack*, através da articulação intersetorial e transectorial. Para realização do estudo serão realizadas entrevistas semiestruturadas e observação simples do campo empírico. **CONVIDAMOS** você a participar do estudo, assegurando-lhe a isenção de quaisquer gastos materiais e/ou financeiros, o total anonimato e o sigilo das informações fornecidas, buscando respeitar a sua integridade, bem como a liberdade para retirar-se da pesquisa a qualquer momento, como possibilidade de minimizar o risco de constrangimento. Sua participação não é obrigatória e a sua recusa, em participar do estudo, não lhe trará nenhum prejuízo. Caso aceite participar, a sua entrevista será áudio-gravada com auxílio de um gravador, marcada com antecedência, em local e horário determinado por você. As observações serão registradas em diário de campo. As fitas serão transcritas na íntegra. Caso ache necessário poderá ouvir o conteúdo da fita após a gravação e retirar e/ou acrescentar informações. As gravações serão arquivadas pela pesquisadora no período de um ano, após este período serão apagadas. Desse modo, esclarecemos que os riscos da pesquisa estão relacionados ao possível constrangimento a respeito de algumas questões a serem respondidas, enquanto os benefícios serão aos profissionais, usuários e familiares destes serviços, considerando que poderá contribuir para mudanças nas práticas do cuidado. A pesquisadora estará obrigada a suspender a pesquisa imediatamente se perceber algum risco ou dano à sua saúde. Em qualquer momento você poderá solicitar maiores informações sobre o estudo. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identidade. Caso necessite de esclarecimentos ou comunicar desistência, você poderá entrar em contato com a pesquisadora pelo telefone (85) 88457373. Caso concorde em participar do estudo, você assinará este documento e o Consentimento Pós-Informação que também serão assinados pela pesquisadora, ficando esta cópia com você. Desde já, agradecemos a sua colaboração.

 Participante

 Ana Cybele Peixoto de Andrade
 Pesquisadora

Data: ____/____/2013.

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa da UECE:

Av. Paranjana, 1700 _ Bairro Itaperi _ CEP 60.714-903 _ Fortaleza, Ceará.

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____,
concordo em participar da pesquisa *ÁLCOOL E CRACK: OS DESAFIOS À PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE*. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Ana Cybele Peixoto de Andrade sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido o sigilo das informações e que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Fortaleza-CE, ____/_____/2013.

Participante

Ana Cybele Peixoto de Andrade
Pesquisadora

(APÊNDICE C)

Quadro 05: Caracterização geral dos participantes. Fortaleza-Ce, 2013.

Variáveis	Categorias	Frequência
Sexo	Masculino	06
	Feminino	20
Idade	Entre 25 e 27 anos	04
	Entre 30 e 39 anos	11
	Entre 40 e 48 anos	07
	Entre 54 e 57 anos	03
	65 anos	01
Formação	Medicina	08
	Enfermagem	15
	Serviço Social	01
	Psicologia	02
Tempo de Graduação	0 a 2 anos	04
	3 a 6 anos	02
	7 a 10 anos	04
	Acima de 10 anos	16
Realização de Pós-Graduação	Especialização	20
	Mestrado	01
Área da Pós- Graduação	Saúde da Família	10
	Saúde Coletiva	10
	Específica da Formação	15
Regime de Contratação	Estatutário	18
	Celetista	04
	PROVAB	04
Tempo de Trabalho na Unidade	Entre 6 meses e 9 meses	09
	Entre 2 e 7 anos	15
	Acima de 15 anos	02

(APÊNDICE D)

Quadro 06: Caracterização da amostra, por participante. Fortaleza-Ce, 2013.

Participante	Dados
GI- M 01	38 anos, graduada há 12 anos, cursou mestrado, é doutoranda. Atua há 12 anos na E.S.F, estatutária, há 06 anos trabalha na unidade.
GI- M 02	25 anos, graduada há menos de 01 ano. Atua há 06 meses na E.S.F, Provab, há 06 meses trabalha na unidade.
GI- M 03	27 anos, graduado há 02 anos. Atua há 01 ano na E.S.F, Provab, há 06 meses trabalha na unidade.
GI- M 04	35 anos, graduada há 12 anos, é especialista. Atua há 10 anos na E.S.F, estatutária, há 07 meses trabalha na unidade.
GI- M 05	45 anos, graduado há 20 anos, é especialista. Atua há 05 anos na E.S.F, estatutário, há 05 anos trabalha na unidade.
GI- M 06	54 anos, graduado há 08 anos. Atua há 07 anos na E.S.F, estatutário, há 03 anos trabalha na unidade.
GI- M 07	26 anos, graduado há menos de 01 ano. Atua há 06 meses na E.S.F, Provab, há 06 meses na unidade.
GI- M 08	30 anos, graduada há 04 anos. Atua há 02 anos na E.S.F, Provab, há 07 meses trabalha na unidade.
GI- E 01	39 anos, graduada há 16 anos, cursou 3 especializações. Atua há 15 anos na E.S.F, estatutária, há 07 anos trabalha na unidade.
GI- E 02	38 anos, graduada há 13 anos, cursou 2 especializações, é mestranda. Atua há 13 anos na E.S.F, estatutária, há 07 anos trabalha na unidade.
GI- E 03	44 anos, graduada há 13 anos, cursou 3 especializações. Atua há 04 anos na E.S.F, estatutária, há 02 anos trabalha na unidade.
GI- E 04	40 anos, graduada há 18 anos, é especialista. Atua há 15 anos na E.S.F, estatutária, há 07 anos trabalha na unidade.
GI- E 05	37 anos, graduada há 11 anos, cursou 2 especializações. Atua há 11 anos na E.S.F, celetista, há 09 meses trabalha na unidade.
GI- E 06	42 anos, graduada há 07 anos, é especialista. Atua há 07 anos na E.S.F, estatutária, há 03 anos trabalha na unidade.
GI- E 07	48 anos, graduada há 18 anos, cursou 2 especializações. Atua há 15 anos na E.S.F, estatutária, há 07 anos trabalha na unidade.
GI- E 08	33 anos, graduado há 12 anos, é especialista. Atua há 12 anos na E.S.F, estatutário, há 07 anos trabalha na unidade.
GI- E 09	36 anos, graduada há 13 anos, cursou 2 especializações. Atua há 13 anos na E.S.F, estatutária, há 07 anos trabalha na unidade.
GI- E 10	33 anos, graduada há 09 anos, é especialista. Atua há 07 anos na E.S.F,

	estatutária, há 07 anos trabalha na unidade.
GI- E 11	48 anos, graduada há 21 anos, é especialista. Atua há 18 anos na E.S.F, estatutária, há 15 anos trabalha na unidade.
GI- E 12	38 anos, graduada há 15 anos, cursou 3 especializações, é mestranda. Atua há 07 anos na E.S.F, estatutária, há 07 anos trabalha na unidade.
GI- E 13	65 anos, graduada há 42 anos, é especialista. Atua há 18 anos na E.S.F, estatutária, há 18 anos trabalha na unidade.
GI- E 14	56 anos, graduada há 33 anos, é especialista. Atua há 22 anos na E.S.F, estatutária, há 03 anos trabalha na unidade.
GI- E 15	32 anos, graduada há 10 anos, é especialista. Atua há 09 anos na E.S.F, estatutária, há 03 anos trabalha na unidade.
GII- P 01	57 anos, graduado há 02 anos em psicologia e há 32 anos em administração, cursou 2 especializações, é mestrando. Atua há 08 meses na E.S.F, celetista, há 06 meses trabalha na unidade.
GII- P 02	40 anos, graduada há 14 anos, é especialista. Atua há 08 meses na E.S.F, celetista, há 08 meses trabalha na unidade.
GII- A.S 01	25 anos, graduada há 04 anos, é especialista. Atua há 08 meses na E.S.F, celetista, há 06 meses trabalha na unidade.

OBS.: Os participantes do estudo foram identificados segundo Grupos I e II: Grupo I (GI), para profissionais da EqSF e do Grupo II (GII) para os profissionais do NASF. Por Profissão (M) médico(a), (E) enfermeiro(a), (A.S) Assistente Social e (P) Psicólogo(a); e por ordem numérica seguindo a realização da entrevista.

ANEXO

ANEXO A

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: ÁLCOOL E CRACK: OS DESAFIOS À PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.

Pesquisador: ANA CYBELE PEIXOTO DE ANDRADE

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 15253113.0.0000.5534

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 305.471

Data da Relatoria: 10/06/2013