

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ATENÇÃO À SAÚDE DOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E  
OUTRAS DROGAS NA CONCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**Joze Karlem da Silva Teixeira**

**Santa Maria, RS, Brasil**

**2016**

# **ATENÇÃO À SAÚDE DOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NA CONCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS**

**Joze Karlem da Silva Teixeira**

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Enfermagem**.

**Orientadora: Profa. Dra. Marlene Gomes Terra**  
**Coorientadora: Profa. Dra. Jael Maria de Aquino**

**Santa Maria, RS, Brasil**

**2016**

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

DA SILVA TEIXEIRA, JOZE KARLEM  
ATENÇÃO À SAÚDE DOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS  
NA CONCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS / JOZE KARLEM DA SILVA  
TEIXEIRA.- 2016.  
94 p.; 30 cm

Orientador: MARLENE GOMES TERRA  
Coorientador: JAEL MARIA DE AQUINO  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-  
Graduação em Enfermagem, RS, 2016

1. Atenção à Saúde 2. Usuários de Drogas 3. Transtornos  
Relacionados ao Uso de Substâncias 4. Profissionais de  
Saúde I. GOMES TERRA, MARLENE II. DE AQUINO, JAEL  
MARIA III. Título.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

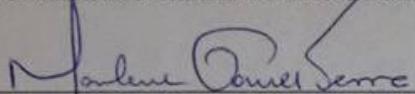
**A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação de  
Mestrado**

**ATENÇÃO À SAÚDE DOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E  
OUTRAS DROGAS NA CONCEPÇÃO DOS  
PROFISSIONAIS**

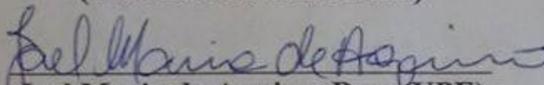
Elaborada por  
Joze Karlem da Silva Teixeira

como requisito parcial para obtenção do grau de  
Mestre em Enfermagem

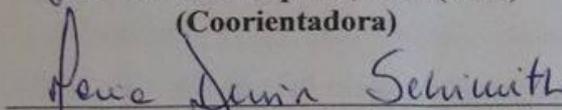
**COMISSÃO EXAMINADORA:**



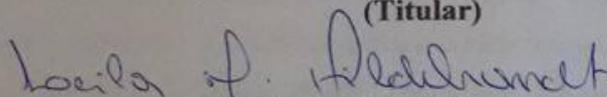
**Marlene Gomes Terra, Dra. (UFSM)  
(Presidente/Orientadora)**

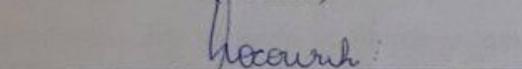


**Jael Maria de Aquino, Dra. (UPE)  
(Coorientadora)**



**Maria Denise Schimith, Dra. (UFSM)  
(Titular)**

  
**Leila Mariza Hildebrandt, Dra. (UFSM, Campus Palmeira das Missões)  
(Titular)**

  
**Sheila Kocourek, Dra. (UFSM)  
(Suplente)**

Santa Maria, 24 de Junho de 2016

## AGRADECIMENTOS

*Percebi nessa minha jornada que fui sempre muito bem acompanhada, mesmo frente a diversas dificuldades, nunca me senti só. Todo o apoio que recebi me manteve em pé.*

*Primeiramente agradeço a Deus por ter me possibilitado mais essa conquista e por ter iluminado todas as minhas decisões durante esse percurso.*

*Ao meu pai Erli e minha mãe Maria que admiro e amo muito, que me educaram, ensinaram-me valores, honestidade, dignidade, bem como a respeitar ao outro. Meus amores eternos.*

*Ao Dayson meu fiel companheiro, paixão da minha vida. A pessoa que sempre me motivou a nunca desistir. Não tenho palavras para agradecer toda a dedicação, compreensão, carinho, apoio e amor. Essa conquista é nossa!*

*A minha irmã Claudia, mulher brava e guerreira, que amo muito.*

*Aos meus amados sobrinhos João Vitor e João Pedro por me proporcionarem momentos de descontração e alegria. Vocês são lindos e admiráveis!*

*A minha sogra Celma, grande mulher, pessoa maravilhosa, uma segunda mãe, que sempre me auxiliou em todos os sentidos.*

*Ao meu sogro Darci por toda ajuda nesses momentos de muito estudo e pouco dinheiro.*

*As minhas cunhadas, Darcyane e Karol, que admiro e confio. Obrigada por todo o apoio, torcida e incentivo!*

*A minha amiga e orientadora Profa. Dra. Marlene Gomes Terra, a qual tenho muito carinho! Agradeço a Deus por ter-lhe colocado no meu caminho, pela confiança que depositou em mim, bem como pelo carinho, amor, dedicação e preocupação que sempre teve comigo e, principalmente, por ter respeitado o meu tempo. “De coração, muito obrigada!”*

*A minha coorientadora Profa. Dra. Jael Maria de Aquino, pelas considerações realizadas na minha Dissertação e, também pelos momentos de conversas agradáveis. Foi muito bom ter lhe conhecido. Aos demais membros e amigas que compõem a banca examinadora de defesa do Mestrado Profa. Dra. Maria Denise Schimith, Profa. Dra. Sheila Kocourek e Profa. Dra. Leila Hildebrandt.*

*Ao Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Família e Sociedade (GP/PEFAS), por todo conhecimento que me proporcionou.*

*A todos os amigos que fiz durante minha trajetória na Universidade Federal de Santa Maria. E, as eternas amigas, peço que não deixem o tempo e a distância apagar as nossas*

*amizadas. Em especial: Raíssa Ottes Vasconcelos, Valquíria Toledo de Souto, Keity Laís Siepmann Soccol, Daiana Foggiato de Siqueira, Cristiane Trivisiol da Silva e Mariane da Silva Xavier.*

*A todos os colegas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), que compartilharam desse momento.*

*A todos os Professores do PPGEnf da UFSM, vocês foram essenciais para o meu aprendizado durante o Curso de Mestrado. Também, ao Secretário do Programa Girlei Dario Zemolin Teixeira, pela sua dedicação e atenção.*

*À Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), instituição de ensino que me propiciou realizar um Mestrado Acadêmico gratuito por meio do recebimento de Bolsa Demanda Social da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).*

*Aos Professores e Colegas do Centro Regional de Enfrentamento ao Crack e outras drogas da Região Centro do Rio Grande do Sul por me propiciar crescimento e qualificação profissional.*

*A todos os Profissionais do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) pelo acolhimento e contribuição para o desenvolvimento desta pesquisa. Muito obrigada pela confiança e apoio.*

*Aos participantes da pesquisa, que se disponibilizaram a participar da minha pesquisa e compartilharam as suas vivências. Agradeço pela atenção e confiança na minha formação profissional.*

*As minhas novas colegas e amigas da Residência Multiprofissional de Saúde Mental da UNISINOS, Porto Alegre/RS.*

*A todas as pessoas que foram mencionadas e as não foram mencionadas, mas que, contribuíram de modo direto ou indireto para a construção e êxito desta pesquisa.*

*“O meu muito obrigada o todos”!*

## RESUMO

Dissertação de Mestrado  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem  
Universidade Federal de Santa Maria

### ATENÇÃO À SAÚDE DOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NA CONCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS

**AUTORA: ENFA. MDA. JOZE KARLEM DA SILVA TEIXEIRA**  
**ORIENTADORA: PROF<sup>a</sup> DR<sup>a</sup> MARLENE GOMES TERRA**  
**COORIENTADORA: PROF<sup>a</sup> DR<sup>a</sup> JAEL MARIA DE AQUINO**

Data e Local da Defesa: Santa Maria, 24 de Junho de 2016.

As drogas sempre acompanharam a humanidade, porém com o passar dos tempos, o uso dessas substâncias passou da esfera ritualística para o de busca de prazer. A droga passou a ser vista como um grande problema e passa a ser pesquisado para que se compreenda o problema e o modelo de atenção à saúde a ser seguido. Nesse sentido, tem-se como objetivos: apreender as concepções de profissionais de saúde que cuidam usuários de drogas de Centro Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS Ad) em um município do interior do Estado do Rio Grande do Sul, sobre a atenção à saúde nesse espaço; analisar os elementos que influenciam as concepções dos profissionais de saúde em relação à atenção à saúde dos usuários de drogas em CAPS Ad; e, identificar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre as políticas públicas relacionadas ao uso de álcool e outras drogas vigentes no Brasil. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, descritivo, realizada em dois CAPS Ad, de um município do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. A coleta dos dados ocorreu no período de março a junho de 2015, por meio de entrevista semiestruturada desenvolvida de modo individual e gravada, com 15 profissionais de saúde que são os servidores públicos municipais e da Residência Multiprofissional em Saúde. As entrevistas foram transcritas e analisadas pela Análise temática. Da análise emergiram três categorias: Concepções dos Profissionais de Saúde em relação à atenção à saúde dos usuários de drogas em CAPS Ad; Elementos que influenciam as concepções dos profissionais de saúde em relação à atenção à saúde dos usuários de drogas; Questões que cansam e Frustram os profissionais de saúde em relação aos usuários. Foram respeitados os aspectos éticos das pesquisas com seres humanos, conforme a Resolução N<sup>o</sup> 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. Os resultados evidenciaram que alguns profissionais da saúde trabalham pautados na lógica da abstinência, enquanto outros estão mais voltados a Redução de Danos. Eles compreendem o lugar que a droga ocupa na vida dos usuários e que perpassa transversalmente por questões sociais. Também, compreendem que as Políticas Públicas seriam resolutivas se fossem como se propõem a ser. Os profissionais expressaram como fatores dificultadores do processo da atenção a saúde, a falta de investimento financeiro nos serviços, a falta de profissionais e o adoecimento dos mesmos; a descontinuidade no trabalho devido a trocas de profissionais, secretários municipais de saúde e de coordenadores; e, almejam um maior comprometimento por parte da gestão em saúde. Conclui-se enfatizando a importância de estimular o diálogo entre os diferentes núcleos da saúde.

**Palavras chave:** Atenção à Saúde. Usuários de Drogas. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias. Profissionais de Saúde.

## **ABSTRACT**

Master Dissertation  
Post-Graduation Program in Nursing  
Federal University of Santa Maria

### **HEALTH CARE TO THE ALCOHOL AND OTHERS DRUGS USERS, IN PROFESSIONAL'S CONCEPTION**

**AUTHOR: ENF<sup>a</sup> MD<sup>a</sup> JOZE KARLEM DA SILVA TEIXEIRA**

**ADVISOR: PROF<sup>a</sup> DR<sup>a</sup> MARLENE GOMES TERRA**

**CO-ADVISOR: PROF<sup>a</sup> DR<sup>a</sup> Jael Maria de Aquino**

Date and location of the Defense: Santa Maria, June 24th, 2016

Drugs have always accompanied humanity, but with the passage of time, the use of these substances passed from ritualistic scope for the search for pleasure. The drug was seen as a major problem and becomes researched in order to understand the problem and the model of health care to be followed. In this direction, the objectives are: learn the concepts of health professionals who care for drug users of CAPS Ad in a city in the interior of Rio Grande do Sul State, on health care in this space; analyze the elements that influence the conceptions of health professionals in relation to health care of drug users in CAPS Ad; and identify the knowledge of health professionals on public Politics related to the use of alcohol and other drugs current in Brazil. Data collection occurred from March to June 2015 through semi-structured interview developed individually and recorded, with 15 health professionals who are municipal employees and the Multidisciplinary Residency in Health. The interviews were transcribed and analyzed by thematic analysis. From Analysis three categories emerged: Conceptions of health professionals in relation to health care of drug users in Caps Ad; Elements that influence the conceptions of health professionals in relation to health care of drug users; Issues that tire and frustrate health professionals in relation to users. The ethical aspects of research involving human beings were respected, according to Resolution No. 466 of 2012 of the National Health Council. The results showed that some health professionals work guided by the logic of withdrawal, while others are more concerned with harm reduction. They understand the place that the drug plays in the life of the users and that permeates across by social issues. Also, they understand that public policy would be if they were resolving how they aim to be. The professionals expressed as complicating factors of the health care process, the lack of financial investment in services, lack of professionals and the sickness of the same; discontinuity at work due to professional exchanges, municipal health secretaries and coordinators; and crave a greater commitment on the part of health management. It concludes by emphasizing the importance of promoting dialogue between the different groups of health.

**Descriptors:** Health Care. Drug users. Substance-Related Disorders. Health professionals.

## **LISTAS DE SIGLAS**

AB - Atenção Básica  
ABS- Atenção Básica de Saúde  
BVS - Biblioteca Virtual de Saúde  
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial  
CAPS Ad - Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas  
CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior  
CE - Conselho de Entorpecente  
CD - Compact Disc  
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa  
COMEN - Conselho Municipal de Entorpecentes  
CONEN - Conselho Estadual de Entorpecentes  
CONFEN - Conselho Federal de Entorpecentes  
CRR - Centro Regional de Referência de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas  
ESF - Estratégia de Saúde da Família  
GAP - Gabinete de Projetos  
HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana  
MEDLINE - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online  
MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental  
NAPS - Núcleos de Atenção Psicossocial  
NEPS - Núcleo de Educação Permanente  
P - Profissional  
LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde  
RD - Redução de Danos  
RO - Redução da Oferta  
SPA - Substância Psicoativa  
SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas  
SUS - Sistema Único de Saúde  
SP - Substância Psicoativa  
SMSSM - Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria  
SIE - Sistema de Informações para o Ensino  
TCC - Trabalho de Conclusão de Curso  
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
UDI - Usuários de Drogas Injetáveis  
UFMS - Universidade Federal de Santa Maria  
UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	21
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	26
<b>2.1 CONTEXTO HISTÓRICO EM RELAÇÃO AO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.</b> .....	26
<b>2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE RELACIONADAS ÀS DROGAS</b> .....	29
<b>2.3 A ATENÇÃO À SAÚDE A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS</b> ....	31
<b>2.4 PAPEL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE PRESTAM ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS</b> .....	34
<b>3 PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	36
<b>3.1 TIPO DE ESTUDO</b> .....	36
<b>3.2 Cenário do estudo</b> .....	37
<b>3.3 Aproximação e ambientação no campo</b> .....	37
<b>3.4 Participantes do estudo</b> .....	38
<b>3.5 Coleta de dados</b> .....	38
<b>3.6 Análise e interpretação dos Dados</b> .....	39
<b>3.7 Aspectos éticos</b> .....	40
<b>4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO</b> .....	42
<b>4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO</b> .....	42
<b>4.2 CONCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM RELAÇÃO À ATENÇÃO À SAÚDE DOS USUÁRIOS DE DROGAS EM CAPS AD</b> .....	43
<b>4.2.1 O problema é a Droga?</b> .....	43
<b>4.2.2 Políticas Públicas relacionadas ao uso de Álcool e outras Drogas</b> .....	47
<b>4.2.3 Trabalhando em consonância com a Política Nacional de Humanização</b> .....	53
<b>4.3 ELEMENTOS QUE INFLUENCIAM AS CONCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM RELAÇÃO À ATENÇÃO À SAÚDE DOS USUÁRIOS DE DROGAS.</b> .....	62
<b>4.3.1 Fatores que potencializam a atenção à saúde aos usuários de drogas</b> .....	62
<b>4.3.2 Fatores que restringem à atenção a saúde aos usuários de drogas</b> .....	64
<b>4.3.3 A fragilidade da interlocução da gestão municipal com os serviços de saúde mental</b> .....	68
<b>4.4 QUESTÕES QUE CANSAM E FRUSTRAM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM RELAÇÃO AOS USUÁRIOS</b> .....	72
<b>4.4.1 Cansaço e Frustrações dos profissionais</b> .....	72
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	76
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	78
<b>APÊNDICES</b> .....	86
<b>APÊNDICE A</b> .....	87
<b>ENTREVISTA</b> .....	87
<b>APÊNDICE B</b> .....	88
<b>APÊNDICE C</b> .....	90
<b>ANEXO</b> .....	91

# 1 INTRODUÇÃO

As drogas sempre acompanharam a humanidade e, desde os primórdios, todas as sociedades produziram algumas substâncias que promoviam alterações do estado da consciência dos seres humanos. Com o passar dos tempos, o uso dessas substâncias passou da esfera ritualística de transcendência, para a de busca de prazer, alívio imediato de algum desconforto físico ou psíquico, bem como, para atender a pressão social (BESSA, 2010). Com isso, o uso de drogas\* passou a ser vista como um problema e a dependência a ela como uma doença. O que em séculos passados era compreendido como normal, hoje começa a ser preocupante. O uso descontrolado de drogas passa a ser pesquisado cada vez mais para que se entenda essa situação e o modelo de atenção à saúde a ser seguido.

Embora hoje, permaneçam nas políticas brasileiras modelos distintos de atenção à saúde aos usuários de álcool e outras drogas, existem diversos enfrentamentos a serem vencidos, pois no Brasil as políticas sobre álcool e outras drogas tiveram, inicialmente, um caráter de repressão em relação ao uso e ao usuário. Essa ideia está pautada na concepção da doença e do proibicionismo, o que promove um modelo de atenção que cultiva estigmas e rótulos por parte da sociedade, dificultando o acesso dos usuários de drogas, bem como de seus familiares aos serviços de saúde. Essa política, por muito tempo tem sido trabalhada na perspectiva da redução da oferta (RO) e da segurança, com ações pautadas no combate ao consumo das drogas. Essa atenção à saúde está focada na lógica da abstinência (abstenção ao uso de drogas), ou seja, busca alcançar incessantemente o ideal de uma sociedade protegida do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas (BRASIL, 2005a).

Entretanto, outra política orienta para à atenção integral a saúde aos usuários de álcool e outras drogas que direciona para um modelo de atenção pautada na singularidade dos usuários, em que a abstinência não é o único objetivo a ser alcançado. Além disso, quando se trata de prestar atenção à saúde das pessoas, os profissionais necessitam aprender a respeitar as escolhas que os usuários realizam. As práticas de atenção à saúde precisam levar em conta às diversidades, acolhendo sem julgamentos a cada situação e, estimulando sua participação no cuidado (BRASIL, 2003).

A atenção à saúde referida acima, está voltada a perspectiva da Redução de Danos (RD). Esta trabalha no reconhecimento da subjetividade de cada usuário na perspectiva de

---

\* No presente texto, a palavra “drogas” refere-se a “álcool e outras drogas”.

buscar estratégias voltadas para uma melhor qualidade e defesa da sua vida. A RD procura ofertar a inclusão social e aumentar a autonomia dos usuários, estimulando a coresponsabilização com o seu tratamento e fortalecendo o vínculo com os profissionais de saúde (BRASIL, 2003). O marco da RD é a Política de Atenção ao Usuário de Álcool e outras Drogas, criada em 2003. Essa política destaca que a atenção à saúde aos usuários de Álcool e outras drogas deve ocorrer em conjunto entre as redes dos serviços, devendo articular ações com os diferentes setores, ou seja, de assistência social, da educação, trabalho e justiça entre outros (HENSCHERL; ROSA; NISHIMURA, 2012).

Com relação aos dois diferentes olhares das políticas de atenção ao usuário de álcool e outras drogas, justifica-se o interesse por essa temática, que surgiu no decorrer da minha formação acadêmica no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), RS, quando tive a oportunidade de conhecer dois serviços distintos de atendimento a usuários de drogas. Nesses serviços, foi possível identificar os dois modelos de atenção, em que alguns profissionais adotavam a RO, ainda focado na abstinência e, outros aderiam à RD realizando uma sistematização das necessidades a serem atendidas, associando ao meio cultural e à comunidade a qual os usuários estavam inseridos.

Soma-se a isto, a vivência como bolsista no Projeto de Extensão do Centro Regional de Referência de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas (CRR) da UFSM de 2012 a 2014, que vem realizando cursos na perspectiva da formação permanente de profissionais que atuam nas redes de atenção à saúde e de assistência social com usuários de crack e outras drogas e seus familiares. No decorrer dos cursos acompanhou-se distintas discussões dos participantes em relação às drogas ilícitas e lícitas. Foi possível observar a divergência de opinião dos participantes relacionadas às políticas de atenção à saúde aos usuários de álcool e outras drogas. Identificou-se que os participantes, especialmente os profissionais da saúde tanto da atenção hospitalar quanto da atenção básica e Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPS Ad), não tinham clareza sobre os modelos seguir: se a política que está pautada na abstinência e RO, ou, a política que preza pela RD, aspectos sociais e culturais.

Ainda, como acadêmica, tive a oportunidade de acompanhar as discussões acerca da temática no seminário sobre o cuidado a usuários drogas e suas famílias em que os estudantes do 5º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem traziam as suas concepções em relação às drogas e quais os modelos de atenção à saúde seguir. Dessa maneira, houve compartilhamento de diferentes opiniões entre eles, pois quando se trata de seus familiares, identifica-se que os mesmos aderem predominantemente pela abstinência e, em se tratando dos usuários que são atendidos no serviço, eles conseguem atender priorizando a RD.

Além disto, no final da graduação realizou-se um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), cujo objetivo foi compreender a percepção dos usuários de drogas que frequentam um CAPS Ad, acerca da legalização de drogas ilícitas e a repressão das lícitas. As drogas lícitas são compreendidas como aquelas comercializadas de forma legal, podendo ou não estar submetida a algum tipo de restrição. Como por exemplo, o álcool que é proibido à venda para pessoas menores de 18 anos e as drogas ilícitas são aquelas proibidas por lei, como por exemplo, crack, cocaína, entre outras (TEIXEIRA, 2013).

O estudo supracitado mostrou que a droga lícita, na percepção dos usuários é aquela que ocasiona maior dano à saúde, sendo considerada a porta de entrada para outros tipos. Os achados evidenciaram que para atender as necessidades dos usuários, é preciso compreender que para alguns o modelo de atenção voltado para a abstinência é o mais adequado, enquanto para outros é o da RD que trará melhores resultados (TEIXEIRA, 2013).

Atualmente, como mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM, houve a possibilidade de atuar na disciplina da Docência Orientada, com a professora orientadora, no serviço de saúde que atende a esses usuários. Assim, juntamente com os acadêmicos do 5º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem e profissionais do serviço, foi possível ampliar os olhares sobre as percepções e os modelos de atenção que eles estão direcionando o cuidado.

Aliado a isso, em buscas realizadas em dissertações e teses no Portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), no ano de 2014, um estudo de revisão integrativa de literatura apresentado ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), evidenciou que a inserção dos profissionais que prestam atenção aos usuários de álcool e outras drogas é precária, existindo uma carência de trabalhar ações e atividades de RD. Outra situação apontada é a influência sofrida na troca de gestão, seja estadual ou municipal, ocorrendo rupturas de parcerias em projetos, causando descontinuidade no atendimento (ROOS, 2011).

Outro estudo mostrou que as concepções acerca da atenção à saúde dos usuários de álcool e outras drogas pelos profissionais de saúde de nível superior que atuam em Estratégia de Saúde da Família (ESF), ainda estão apoiadas em um modelo tradicional e moralista (SILVA, 2012). Também, que os profissionais das ESF, não apresentam conhecimento técnico suficiente para diagnosticar e manejar os casos que chegam ao serviço. Não tendo conhecimento sobre as necessidades desses usuários, utilizam a medicação como principal forma de intervenção, encaminhando-os para os hospitais psiquiátricos. Destaca-se que os

profissionais das ESF desconhecem às políticas públicas de atenção à saúde dos usuários de álcool e outras drogas vigentes no Brasil (LIMA, 2009).

Ainda, em uma busca realizada na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) em artigos, nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e, Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), no ano de 2014, evidenciou-se nos estudos realizados com enfermeiros que os mesmos visualizam os usuários de drogas como delinquentes, doentes, manipuladores, sem limites e responsáveis por sua doença. Entretanto, perceberam também que os usuários são vítimas das desigualdades sociais (SPRICIGO; ALENCASTRE, 2004; VARGAS *et al.*, 2013).

Diante desse contexto, torna-se relevante realizar estudos que busquem ampliar essa discussão, pois o tema ainda carece de publicações com ênfase nos modelos de atenção adotados pelos profissionais de saúde. Ainda, pela divergência que existe entre as Políticas Públicas de Saúde, que adotam diferentes discursos, o que mostra algumas fragilidades e dificuldades. Também, pela questão de o tema das drogas fazer parte da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, do Ministério da Saúde, que sinaliza como uma das prioridades de ações, as estratégias de prevenção e RD para uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas (BRASIL, 2015).

Assim, diante das evidências que apontaram a necessidade de se estudar sobre o tema, apresenta-se como **objeto deste estudo:** atenção à saúde dos usuários de álcool e outras drogas na concepção dos profissionais de saúde nos CAPS Ad de um município do Estado do Rio Grande do Sul.

Tem-se como **questão de pesquisa:** qual a concepção de profissionais da saúde que cuidam usuários de drogas em CAPS Ad acerca da atenção a saúde nesse espaço? E, como **objetivos:** apreender as concepções de profissionais de saúde que cuidam usuários de drogas de CAPS Ad em um município do interior do Estado do Rio Grande do Sul, sobre a atenção à saúde nesse espaço; analisar os elementos que influenciam as concepções dos profissionais de saúde em relação à atenção à saúde dos usuários de drogas em CAPS Ad; e, identificar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre as políticas públicas relacionadas ao uso de álcool e outras drogas vigentes no Brasil.

Nesta perspectiva, a partir dos resultados desta pesquisa, almeja-se fornecer subsídios para contribuir com o crescimento do conhecimento que está sendo produzido na área da saúde mental em especial na área de dependência química, assim como, nas pesquisas que vêm sendo realizadas no Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e

Sociedade, na linha direcionada às Políticas e práticas de cuidado na saúde mental e dependência química das pessoas, famílias e sociedade.

No que diz respeito especificamente à enfermagem, esta pesquisa buscou elementos que fossem capaz de auxiliar na atenção à saúde dos usuários que perpassasse pela relação com os enfermeiros. Além disto, torna-se importante elucidar as concepções dos profissionais de saúde dos CAPS Ad, pode-se instigar rodas de conversas com vistas a realizar o planejamento e desenvolvimento de estratégias e implementação de mudanças para as ações, que sejam voltadas as reais necessidades dos usuários de drogas, bem como, de reforçar ações de atenção a saúde aos usuários de álcool e outras drogas nos CAPS Ad.

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

Este capítulo tem por finalidade apresentar: o contexto histórico das drogas, os Centros de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas, as políticas públicas de saúde relacionadas às drogas e o papel dos profissionais de saúde que prestam atenção aos usuários de álcool e outras drogas.

### **2.1 CONTEXTO HISTÓRICO EM RELAÇÃO AO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.**

Ao explanar o contexto histórico das drogas, é preciso compreender que droga, refere-se a qualquer substância psicoativa (SP), capaz de provocar alguma alteração nas funções psíquicas e comportamentais dos seres humanos (SENAD, 2010). Assim sendo, o termo droga originou-se da palavra *droog*, que significa folha seca, pois a maioria dos fármacos tinha base de vegetais. Na atualidade, a medicina considera droga qualquer SP capaz de modificar a função dos organismos vivos, resultando em mudanças fisiológicas ou de comportamento (CEBRID, 2003; CARLINI et al., 2010).

As drogas e os seres humanos são elementos inseparáveis, pois sempre se utilizou e seguramente se utilizará drogas. Entretanto, o que poderá se diferenciar é a regulação das drogas em diferentes culturas, em que uma cultura o uso pode ser reprovado e, em outra poderá ser consentido. Em se tratando da regulação do uso, essa era condicionada mediante normas e convenções socialmente aceitas dentro de um contexto sociocultural específico (ALVES, 2009).

Historicamente falando das drogas, especificamente do álcool, o mesmo é considerado a primeira droga lícita conhecida pela humanidade, produzido pela fermentação ou destilação de vegetais, como por exemplo, a cana-de-açúcar. Registros arqueológicos revelam que os primeiros indícios de consumo de álcool na humanidade ocorreram aproximadamente 6000 anos a.C. Percebe-se, assim, que o consumo vem desde a antiguidade, até os dias atuais. As bebidas como o vinho e a cerveja tinham um teor alcoólico relativamente baixo, porque seu processo de produção era exclusivamente de fermentação (JUSTIÇA, 2007). A cerveja para o povo egípcio era uma bebida valorizada, pois os trabalhadores das pirâmides recebiam-na como principal forma de pagamento (GRUPO CULTURAL, 2008).

Mais tarde, na Idade Média, iniciou-se com os povos árabes, o processo de destilação. Nesse período, a bebida destilada passou a ser considerado remédio para quase todos os tipos de doenças, pois quando consumida, as preocupações desapareciam quase que imediatamente e, aliviavam-se as dores. Surgiu então a pinga, a vodca e o uísque que significavam “água da vida”. Assim sendo, a partir da revolução industrial, percebe-se um acentuado aumento na oferta desse tipo de bebida. Esse fato veio a contribuir para o aumento do consumo e, conseqüentemente, um acréscimo no número de pessoas que passaram a apresentar algum tipo de problema em decorrência do uso do álcool (JUSTIÇA, 2007).

Em relação ao tabaco, também uma droga lícita, originou-se no povo indígena, sendo utilizado por eles a 1000 anos a.C, em seus rituais e em cerimônias religiosas, com objetivo de contemplar, purificar, proteger e fortalecer os instintos guerreiros. Os indígenas acreditavam que o tabaco tinha o poder de predizer o futuro (CEBRID, 2003). Nessa planta, descobriu-se a nicotina, um alcalóide que passou a ser utilizado para produzir o fumo (SENAD, 2010).

A planta do tabaco chegou ao Brasil, provavelmente por migração de tribos tupi-guaranis. Logo, a partir do século XVI, o uso atingiu a Europa, introduzido por um diplomata Francês vindo de Portugal, que cicatrizou uma úlcera no pé, até então incurável. A seguir, o tabaco atingiu Ásia e África no século XVII e, no século seguinte surgiu à moda de aspirar rapé. Para a fabricação do rapé, o tabaco era triturado, e armazenado em caixinhas, sendo utilizado para atribuições medicinais, como exemplo disso, a rainha da França o utilizava para aliviar as suas enxaquecas. Foi entre os anos de 1840 e 1850, que surgiu os primeiros homens e mulheres fumando cigarros, porém somente após a primeira guerra mundial em 1914 a 1918, que o consumo se expandiu (CEBRID, 2003).

A partir do século XX, que o cigarro teve seu uso banalizado e conseqüente aumento no número de pessoas fumantes, influenciadas pela propaganda de marketing que foi intensa naquela época. O cigarro era visto como sinônimo de *glamour* nos cinemas, sendo utilizado como objeto de autoafirmação para os adolescentes. Apenas recentemente, o tabaco teve seu uso reconhecido como problema de saúde pública, com conseqüências não apenas ao fumante, mas também as pessoas que estão no seu convívio (FIOCRUZ, 2003). Diz-se problema de saúde pública, pois pode ser prevenido, ocasiona morbidade e mortalidade, sofrimento pela condição de saúde e, ainda tem tratamento eficaz e efetivo disponível na Rede de Atenção à Saúde (COSTA; VICTORA, 2006).

Em se tratando das drogas ilícitas, o ópio foi à primeira a ser conhecida. Logo, surgiu a maconha que se originou na Ásia Central entre os séculos VIII ou VI a.C. (QUEIROZ,

2008). A maconha ou *cannabis sativa* como se denomina cientificamente, é conhecida pelo menos há 5.000 anos, pois suas fibras eram utilizadas como matéria-prima para tecidos e papeis de boa durabilidade e qualidade, sendo também utilizada como medicamento em diversos contextos e épocas culturais em diferentes países. Existem relatos do século XVI na história portuguesa, de que a maconha teria o poder de tornar as cortesãs mais risonhas e preparadas para o amor. No século XX, década de 50, a maconha passou a ser considerada uma droga ilegal, ou seja, ilícita na maioria dos países. (FIOCRUZ, 2003).

No Peru e na Bolívia, o uso da coca teve início como um meio de pagamento para que os trabalhadores das minas e do campo resistissem às agressões da natureza, da altitude e do trabalho. Esta forma de exploração ainda persistiu em alguns locais até 40 anos atrás. Sabe-se que em diferentes países andinos, a folha da coca é mastigada, pois alivia o cansaço e a sensação de fome (CRUZ; MACHADO, 2010).

É a partir da folha da coca, ou seja, a “*Enythroxilon coca*”, que se extrai a cocaína, pó branco refinado, que pode ser utilizado na forma aspirada ou diluído em água para uso endovenoso. Esse uso endovenoso é mais recente, iniciou na segunda metade do século XIX, antes disso, era utilizada como chá (FIOCRUZ, 2003).

Também, no século XIX, fatos interessantes aconteceram, como anúncios em jornais ingleses que mostravam crianças felizes e narravam o quanto às pastilhas com cocaína eram boas. Nesse mesmo período, um psiquiatra já se utilizava da cocaína e a receitava para seus pacientes, inclusive para a sua esposa que acabou adquirindo dependência da droga. (QUEIROZ, 2008). Foi então, no século XX, nos anos de 70 e 80, que o uso da cocaína aumentou consideravelmente no Brasil (FIOCRUZ, 2003).

Com relação ao Crack, o mesmo surgiu em bairros pobres e marginalizados de Miami, Nova York e Los Angeles, sendo obtido da pasta base da cocaína, água e bicarbonato de sódio que em forma de pedras, são fumados em cachimbos. Nos anos de 1990, o uso do crack surgiu no Brasil, mais especificamente em São Paulo, sendo detectado nas ruas por redutores de danos que já atendiam os usuários de drogas injetáveis. Primeiramente, o crack atingiu uma faixa de usuários atraídos pelo preço reduzido em relação ao da cocaína (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2012).

Com relação a esse contexto histórico é importante ressaltar que a criminalização das drogas surgiu a partir da Revolução Industrial. A indústria necessitava de trabalhadores que fossem extremamente produtivos e que conseguissem trabalhar no mínimo 12 horas por dia e algumas drogas, como o ópio, por terem efeitos letárgicos, prejudicavam essa jornada de trabalho (MACHADO, 2010).

Destaca-se que a criminalização, portanto, não decorreu dos prováveis efeitos prejudiciais das drogas para saúde da população, mas sim por interesses econômicos. As indústrias careciam de pessoas capazes de trabalhar exaustivamente, por longas jornadas de trabalho, o que, em consequência do uso do ópio, que causava sonolência, estava sendo prejudicado. Além dos interesses econômicos, a criminalização também foi relacionada com a necessidade de se criar modelos morais e de se associar o uso de drogas a grupos marginalizando e perigosos (MACHADO, 2010).

Essa breve revisão mostra que, desde os primórdios da humanidade até o século XXI, as drogas vêm sendo utilizadas e que o uso das mesmas, que inicialmente estava ligado a rituais e adversidades, foi aos poucos sendo incorporado pelas culturas como uma mercadoria e influenciada pelo comportamento da população de consumo. Foram muitos os propósitos pelos quais as drogas foram utilizadas pela humanidade, dentre eles: aproximar-se de Deus, integrar-se em uma coletividade, mostrar *status* social, fugir das preocupações, das tensões, da depressão e sentir-se mais feliz. Além disso, a falta de perspectiva de vida por parte dos jovens, a ânsia por experimentar o diferente, o isolamento e a perda dos vínculos afetivos e sociais acabam contribuindo para uma sensação de vazio existencial que propicia o uso de drogas como estratégia de enfrentamento para essas dificuldades (NIEL; SILVEIRA, 2011).

## 2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE RELACIONADAS ÀS DROGAS

O uso de drogas tornou-se um preocupante problema de saúde pública, com repercussão na sociedade, pela relação entre consumo e agravos sociais decorrentes desse. Inicialmente, a guerra às drogas se arraigou, no Brasil, através do Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão, que era vinculado ao Ministério da Justiça. Logo, depois do ano de 1980, surgiram o Conselho de Entorpecente (CE), Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN), Conselho Estadual de Entorpecentes (CONEN), Conselho Municipal de Entorpecentes (COMEN). Essas instâncias contribuíram para conduzir a discussão sobre a temática de álcool e outras drogas, focada na repressão e na abstinência. Destaca-se que durante esse período as ações governamentais eram pautadas essencialmente na redução da oferta das drogas e restringiam-se ao campo jurídico criminal (GARCIA; LEAL; ABREU, 2008).

Nesse período, a saúde pública brasileira não estava se preocupando devidamente com o problema relacionado à prevenção e tratamento dos transtornos associados ao consumo de

drogas. Existia uma lacuna na política pública de saúde, em que a questão das drogas estaria sendo deixada para as instituições de justiça, segurança pública e para a religião (BRASIL, 2005b).

No decorrer dos tempos, com o aumento do consumo de drogas, houve a necessidade de intervenções governamentais, por meio de elaboração e implementação de políticas públicas. Ao longo da história, dentro desse contexto, surgiram dois modelos de atenção à saúde direcionada aos usuários de drogas: o primeiro, o proibicionismo e redução da oferta, trabalhando na lógica da abstinência; o segundo, a RD pautando a atenção dentro da subjetividade dos usuários (LIRA, 2012).

O primeiro modelo que se abordará aqui é o proibicionismo, que consiste em um conjunto de leis e políticas que se baseia na repressão e redução da oferta da droga, e tem como objetivo o combate às drogas, partindo de um modelo moral/criminal, pautado/centrado na doença, que vê o consumidor como um doente que precisa de tratamento e reabilitação. Nenhum padrão de consumo é tolerado, o que poderá se tornar uma barreira para as pessoas que sofrem em decorrência do uso de álcool e outras drogas quando forem em busca de ajuda (ALVES, 2009).

Neste modelo, buscou-se atingir o ideal de constituição de uma sociedade protegida do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas, garantindo ações focadas na redução da oferta, visando atuar de maneira repressiva contra as drogas. Também, buscou conscientizar a sociedade sobre os prejuízos sociais e as implicações negativas causadas pelo uso indevido de drogas (BRASIL, 2005a).

O segundo modelo é o da Política de RD que teve origem na Inglaterra, nos anos de 1926, em que os médicos ingleses prescreviam suprimentos regulares de opiáceos aos dependentes dessas drogas. Entretanto, foi somente no início da década de 1980, na Holanda, que os princípios da proposta da RD passaram a ser sistematizados em forma de programas. Isso ocorreu, por iniciativa de uma associação de usuários de álcool e outras drogas, que efetivou a proposta de combate a uma epidemia de hepatite B entre os usuários de drogas intravenosas (UDI) (SODELLI, 2010).

A partir disso, o sistema de saúde da Holanda seguiu o programa de RD e começou a distribuir seringas para evitar que elas fossem compartilhadas e, com isso, diminuir a transmissão de doenças entre os UDI (SODELLI, 2010). Já no Brasil, a RD iniciou em Santos (SP), no ano de 1989 quando foi identificado um alto índice de transmissão do vírus da imunodeficiência humana (HIV), transmissão essa, que se relacionava diretamente ao uso compartilhado de drogas injetáveis (PASSOS; SOUZA, 2011).

Destaca-se, então, que a RD vem se fortalecendo em todo o mundo como uma boa estratégia da prevenção e promoção da saúde, possibilitando uma abordagem mais próxima da realidade de cada usuário, com ênfase na sua subjetividade (PASSOS; SOUZA, 2011). Além disto, o programa de RD tem por objetivo diminuir os efeitos negativos decorrentes do uso de drogas (SODELLI, 2010).

Outra questão visível na política pública de RD, é que ela parte do pressuposto de que o consumo de drogas é inseparável do ser humano e, assim, quase que impossível de ser extinto por definitivo. Assim sendo, baseia-se na ideia de que a melhor forma de enfrentar o fenômeno das drogas é diminuir os problemas que surgem ou poderão surgir em decorrência do uso (BRASIL, 2003).

Portanto, têm-se dois modelos de atenção a saúde aos usuários de drogas, em que uma abordagem é a de redução de danos, que poderá contribuir para a atenção tanto individual como coletiva. E, a outra que preconiza o modelo proibicionista, focando no controle do consumo de drogas, e que poderá acarretar no distanciamento do sentido de prevenção e promoção da saúde.

### 2.3 A ATENÇÃO À SAÚDE A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

A partir do ano de 1978, começaram a se efetivar os movimentos sociais pelos direitos das pessoas com transtornos mentais no Brasil. Surgiu, nesse período, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que buscava a melhoria da assistência no Brasil e denunciava a situação precária dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005b).

A partir disso, começaram a ser identificadas e denunciadas às violências sofridas nos manicômios, a mercantilização da loucura, o predomínio de uma rede privada de assistência. Passou-se, então, a criticar o saber psiquiátrico e o modelo hospitalocêntrico da assistência prestada às pessoas com algum tipo de transtorno mental. Foi no II Congresso Nacional do MTSM em Bauru, São Paulo, no ano de 1987, que se adotou o lema “Por uma sociedade sem manicômios” (VIEIRA *et al.*, 2010).

O MTSM contribuiu para que, em 2001, fosse homologada a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, Lei 10.216. Esta traz um novo redirecionamento ao modelo assistencial prestado às pessoas, antes centrado no hospital psiquiátrico, para um baseado em serviços substitutivos. Isto significa a necessidade dos profissionais da saúde repensarem as suas práticas a partir da pessoa como centro da promoção à saúde. Para tanto, é essencial respeitar as pessoas quanto as suas diferenças, promover a reabilitação psicossocial da

pessoa em sofrimento psíquico, pensar o cuidado tecido em rede, no território, com vistas a transformações nas dimensões legais e culturais (LUCENA; BEZERRA, 2012). Isto será alcançado com o apoio efetivo dos serviços de saúde, da família, da comunidade, da sociedade civil e do Estado, os quais necessitam desenvolver ações em conjunto no intuito de promover a reabilitação do usuário (SÁ; OLIVEIRA, 2005-2007).

Somado a isso, foi necessário pensar a criação de estratégias que seriam utilizadas para a efetivação da Reforma Psiquiátrica. E, com a Portaria N° 3.088, de 23 de dezembro de 2011, foi estabelecida a reabilitação e a reinserção social dos usuários da rede de atenção psicossocial por meio de acesso a moradia solidária, ao trabalho e, com isso, a renda. Assim, a portaria tem a finalidade de criar, ampliar e articular os serviços com vista a assistir a saúde dessas pessoas (BRASIL, 2011a).

Nessa perspectiva, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), homologada pela Portaria N° 3.088, de 23 de dezembro de 2011, para o cuidado ao usuário é constituída pelos seguintes serviços: Atenção Básica de Saúde com equipes para atender populações específicas como a de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório e a de Consultório na Rua; Centros de Convivência; Atenção Psicossocial Especializada; Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Residencial de caráter transitório como as Unidades de Recolhimento e Serviços de Atenção em Regime Residencial; Atenção em Hospital Geral com leitos especializados; Serviço Hospitalar de Referência; Serviços Residenciais Terapêuticos como estratégias de desinstitucionalização do usuário; e, reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011a).

Além desses dispositivos, há os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), como referência na atenção no contexto do cuidado. O primeiro CAPS no Brasil foi criado na cidade de São Paulo no ano de 1987 e, iniciou um importante processo de intervenção no ano de 1989. A intervenção teve repercussão nacional, evidenciando a possibilidade de se constituir uma rede de cuidados substitutivos aos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005b). Desde então, o país tem investido na reestruturação de redes de serviço que fossem então substitutivas aos manicômios. (VIEIRA *et al.*, 2010). Os CAPS são distribuídos em modalidades de atenção em CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i, CAPS Ad e CAPS Ad III (BRASIL, 2002).

O CAPS I tem por propósito atender pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais graves e persistentes e também poderá atender as necessidades decorrentes do uso de drogas de todas as faixas etárias, quando somente existir esse, para municípios com população superior a 20.000 habitantes. O CAPS II atende pessoas com sofrimento e/ou transtornos

mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas, dependendo da organização da rede de saúde local, para atender municípios com população superior a 70.000 habitantes. O CAPS III atende pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais graves e persistentes. Realiza atenção contínua, funcionando 24 horas diárias, feriados e finais de semana, indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes. O CAPS I atende crianças e adolescentes com prioridade para sofrimento e transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de drogas. Atende a municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes (BRASIL, 2002).

Os CAPS Ad foram criados a partir do ano de 2002 pela Portaria GM/MS Nº 336/02 com o objetivo de oferecer atendimento a pessoas (adultos, crianças e adolescentes) que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada e também comunitária (BRASIL, 2002). Indicado para municípios ou regiões com população com mais de 70.000 habitantes. Os mesmos atendem nos diferentes níveis de cuidado: intensivo (diariamente), semi-intensivo (de duas a três vezes por semana) e não-intensivo (até três vezes por mês) (BRASIL, 2008).

O CAPS Ad III atende a todas as faixas etárias que necessitem de assistência contínua, com necessidades decorrentes do uso de drogas. Esse serviço poderá conter no máximo 12 leitos para observação (a regulação dos leitos é realizada pela equipe do serviço). Funciona durante as 24 horas do dia, inclusive finais de semana e feriados, em regiões ou municípios com população superior a 200.000 habitantes (BRASIL, 2011a). A permanência de uma mesma pessoa no acolhimento noturno do CAPS Ad III fica limitada há 14 dias, no período de um mês (BRASIL, 2002). Esse CAPS é o ponto na Atenção Psicossocial da Rede e poderá constituir-se como referência regional, conforme a implantação pactuada pela Comissão Intergestores Regional (CIR) desde que previsto no plano de Ação da Região de Saúde ou em instrumento equivalente. Além disto, o CAPS III é retaguarda para grupo populacional de 200 a 300 mil habitantes (BRASIL, 2012a).

Nessa perspectiva, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS tem por finalidade a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde a essas pessoas. Em seu Art. 2º apresenta as diretrizes para o funcionamento da RAPS, que entre outras se refere ao respeito a pessoa, garantindo a autonomia e a liberdade especialmente no que tange a garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e atenção humanizada sob a lógica interdisciplinar e centrado nas suas necessidades buscando a construção do projeto terapêutico singular. Para

tanto, é necessário reconhecer os determinantes sociais da saúde e desenvolver atividades no território, que permita a inclusão social visando o exercício de sua cidadania (BRASIL, 2011a).

#### 2.4 PAPEL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE PRESTAM ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

No cotidiano dos profissionais da saúde que prestam atenção aos usuários de drogas, às vezes, o trabalho não é tarefa fácil. Os usuários, por vezes, encontram-se frágeis, solitários, com dor, debilitados, lúcidos ou não, e com diferentes necessidades. Frente a esse contexto, é importante avaliar o uso de drogas e os usuários, em uma relação em que as dimensões humanas sejam consideradas. Para isso, faz-se necessário ver como o usuário se relaciona com as drogas e não a droga em si. Pois, as oportunidades de atenção apropriada a saúde não podem ser perdidas em decorrência dos preconceitos, estigmas e discriminação por parte dos próprios profissionais (RONZANI; NOTO; SILVEIRA, 2014).

Assim, é importante salientar que compete aos profissionais de saúde apoiar, auxiliar e fornecer suporte aos usuários de álcool e outras drogas e, também às suas famílias, para que essas consigam compreender e enfrentar o dia-a-dia e às questões que as envolvem (SOCCOL *et al.*, 2014). Para que seja possível realizar esse suporte de maneira adequada, é indispensável o envolvimento dos profissionais de saúde, por meio de uma relação de ajuda e de compreensão, assim como do desenvolvimento de aptidão para realizar uma escuta sensível, com afeto e respeito (SOCCOL *et al.*, 2013). Também, vale destacar a importância de fortalecer a relação de vínculo entre profissionais e usuários, pois o mesmo aparece como um fator básico para a efetivação de atenção adequada e transformadora (RONZANI; NOTO; SILVEIRA, 2014).

Para transformar essa realidade, na qual, por vezes, a assistência ao usuário está sendo prejudicada, torna-se necessário a realização de capacitações para os profissionais de saúde. Ainda, para pensar atenção de qualidade é preciso que os profissionais de saúde se preocupem em atender aos usuários, visando aumentar as possibilidades de melhora da sua saúde (GABATZ *et al.*, 2013).

Entretanto, para que isso ocorra, existe necessidade de mais qualificação profissional, a fim de compreender como se concretiza a atenção à saúde e o acolhimento a usuários de drogas com resolutividade (CORTES *et al.*, 2014). Vale destacar a importância de discutir

com todos os profissionais de saúde a respeito das políticas públicas voltadas à atenção à saúde dos usuários de álcool e outras drogas, pela riqueza da troca de saberes e práticas comuns a todos, possibilitando reflexões que despertem o senso crítico e maior criatividade para a realização das práticas.

Deste modo, os profissionais de saúde, ao estabelecerem vínculo com os usuários, passam, também, a ser corresponsáveis pelos caminhos a serem construídos por eles e pelas vidas que a eles se ligam, como por exemplo, as de suas famílias. Porém, ainda existem impedimentos para atender ou encaminhar as pessoas que apresentam complicações decorrentes do consumo de álcool e outras drogas, principalmente pela falta de conhecimento apresentada pelos profissionais de saúde, sobre os vários sintomas gerados pelo uso de álcool e outras drogas. Também, por haver uma visão negativa do usuário e de suas expectativas de evolução frente ao problema, impedindo uma atenção mais produtiva (BRASIL, 2004a).

Assim, torna-se oportuno para essa Dissertação de Mestrado em Enfermagem buscar elementos que possam auxiliar a atenção à saúde dos usuários que perpassa pela relação com os enfermeiros. Além disto, o planejamento e desenvolvimento de estratégias e implementação de mudanças para as ações, que sejam voltadas as reais necessidades dos usuários de drogas, bem como de reforçar ações de atenção à saúde aos usuários de drogas nos CAPS Ad. Também, discutir a concepção dos profissionais de saúde sobre a atenção a saúde prestada aos usuários de drogas, por considerar-se o potencial de transformação que existe na interação entre os profissionais de saúde, ao permitirem-se refletir.

Nessa perspectiva, os enfermeiros e os demais integrantes da equipe multiprofissional na atenção aos usuários possuem um potencial para reconhecer os problemas relacionados ao uso de drogas, bem como desenvolver ações de cuidado. Salienta-se que o profissional enfermeiro é um agente indispensável no processo da transformação e participação na implantação de programas e projetos de promoção de saúde, prevenção do uso drogas e integração social.

### 3 PERCURSO METODOLÓGICO

Neste capítulo apresenta-se o percurso metodológico utilizado para o desenvolvimento do presente estudo, sendo descritos o tipo de estudo, cenário, participantes, coleta de dados análise e interpretação dos dados e aspectos éticos.

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo exploratória e descritiva. É qualitativa, pois considera a singularidade do sujeito; é capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade, como sendo essenciais as relações, as ações e estruturas sociais, compreendidas como construções humanas significativas. Possui um caráter social que necessita ser registrado por meio da historicidade do sujeito respeitando as suas especificidades culturais. Possibilita mostrar os processos sociais pouco explorados de determinados grupos e propicia a construção de novos conceitos e categorias no processo investigativo (MINAYO, 2010). Também, possui algumas características como a de ser flexível e buscar a compreensão de um todo (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

É exploratória porque visa investigar, desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias com a finalidade de formular problemas pesquisáveis e operacionalizáveis. É descritiva, pois descreve os fatos presentes no campo e as características de determinado grupo ou fenômeno, bem como suas atitudes e crenças relacionadas ao objeto do presente estudo (GIL, 2008).

Nessa perspectiva, essa abordagem aumenta a familiaridade do pesquisador com o ambiente, exigindo que se envolva intensamente, pois permanece por um tempo mais longo no cenário de pesquisa, bem como solicita uma análise contínua dos dados produzidos. Além disto, o pesquisador precisa planejar sua entrada em campo, tendo em vista as várias circunstâncias a serem consideradas como, por exemplo, a seleção do local, a identificação dos participantes principais que poderão proporcionar acesso a dados importantes, o tempo disponível para o estudo e somente se entra em campo quando o contexto social, do lugar e das intenções humanas for melhor entendido (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A abordagem qualitativa foi escolhida em virtude de apreender as concepções de profissionais de saúde que cuidam usuários de drogas de CAPS Ad em um município do interior do Estado do Rio Grande do Sul, sobre a atenção à saúde nesse espaço.

### **3.2 Cenário do estudo**

O estudo foi desenvolvido em dois CAPS Ad de um município com uma população de 276.108 pessoas, situado no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil (IBGE, 2010). Estes locais foram selecionados por serem serviços de saúde que prestam assistência a pessoas em sofrimento psíquico decorrente do uso de álcool e outras drogas, com vistas a diminuir as internações psiquiátricas e, articulando-se com a rede de serviços da comunidade favorecendo a reinserção dos indivíduos na sociedade. E, por existirem apenas esses dois CAPS Ad na cidade.

Os CAPS Ad prestam atendimento a usuários de álcool e outras drogas com idade superior a 12 anos e o atendimento é realizado por territorialidade, ou seja, cada serviço atende diferentes territórios (bairros) da cidade. Com relação a isso, para guiar os profissionais de saúde, em cada um desses serviços há um mapa dos territórios que compete a cada um dos CAPS Ad, que constam todos os bairros da cidade e identifica qual serviço é o responsável por prestar atendimento a determinada região. Estes serviços contam com uma ampla estrutura física onde são realizadas atividades como: consulta clínica, consulta psiquiátrica, atendimento psicológico, atendimento do serviço social, atendimento de enfermagem, escuta terapêutica individual, grupos terapêuticos, grupos de familiares, oficinas, acolhimentos, entre outros.

### **3.3 Aproximação e ambientação no campo**

Inicialmente, apresentou-se para os profissionais dos CAPS Ad o projeto de pesquisa em uma reunião de equipe buscando deixá-los informados tanto em relação à pesquisadora quanto ao tema e objetivos. Posteriormente, a pesquisadora buscou estabelecer vínculo junto aos profissionais que atuam nos cenários do estudo. A aproximação teve a finalidade de a pesquisadora ir se ambientando no campo de pesquisa com os profissionais de saúde dos CAPS Ad. Para isso, a mesma participou dos grupos e de todas as atividades realizadas por eles, durante o período que antecedeu a coleta de dados.

Assim, a aproximação e a ambientação pode ser compreendida como momento importante para um trabalho de pesquisa qualitativa, pois pode-se identificar a existência de diversas particularidades, conhecer as limitações e as vantagens dos serviços (RIBEIRO; AZEVEDO; TURATO, 2013).

### 3.4 Participantes do estudo

Os participantes deste estudo foram 15 profissionais de saúde dos CAPS Ad. Um dos serviços conta com um quadro de 12 profissionais de saúde que são servidores públicos municipal: dois médicos (um psiquiatra e um clínico), duas psicólogas, um assistente social, uma enfermeira, uma fisioterapeuta, dois técnicos em saúde mental, dois técnicos em enfermagem e uma redutora de danos. Há, também, nesse serviço os profissionais da Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, que se somam ao quadro de servidores com oito profissionais: residentes do segundo ano (um psicólogo, dois assistentes sociais, uma enfermeira) e residentes do primeiro ano (uma enfermeira, duas psicólogas, um assistente social). Já o outro CAPS Ad tem um quadro de 11 profissionais de saúde que são servidores públicos municipal: dois médicos (um psiquiatra e um clínico), dois psicólogos, uma assistente social, uma enfermeira, três técnicos em saúde mental e dois profissionais redutores de danos.

Aqueles que demonstraram interesse em participar e que atenderam aos **critérios de inclusão**: ser profissional da saúde, servidor municipal ou Residente Multiprofissional em Saúde, que estivessem atuando nos CAPS Ad durante o período da coleta de dados. E, como **critérios de exclusão**: os profissionais de saúde que estivessem em licença para tratamento à saúde e licença à maternidade no período da coleta de dados. Assim, foram combinados os dias e horários disponíveis de cada um.

### 3.5 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu no período de março a maio de 2015, por meio da técnica de entrevista semiestruturada (APÊNDICE A). Por ter um apoio claro na sequência das questões, a entrevista semiestruturada facilita a abordagem e, assegura que os pressupostos sejam abordados na conversa (MINAYO, 2014).

Para tanto, foi realizado um sorteio entre os dois CAPS Ad a fim de iniciar a coleta de dados. Sendo, que após o sorteio foi entrevistado um participante do CAPS Ad sorteado e, em um segundo momento um participante do outro e, assim sucessivamente até que, conforme Turato (2010), houvesse a saturação dos dados, ou seja, as informações começassem a se repetir.

Nas entrevistas, os participantes discorreram sobre a temática proposta do estudo, que foi registrada por meio de um gravador digital e realizada individualmente com os profissionais de saúde, em uma sala que foi reservada antecipadamente nos CAPS Ad de maneira a salvaguardar a confidencialidade e privacidade dos participantes. O tempo de duração das entrevistas ocorreu de acordo com cada um dos participantes.

Deste modo, foram realizadas as seguintes **questões**: fale-me como é para você cuidar dos usuários de drogas no CAPS Ad? Como você vê o trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde na atenção a saúde aos usuários de drogas no CAPS Ad? O que você pensa sobre as Políticas de Atenção a Saúde de pessoas usuárias de álcool e outras drogas em tratamento no CAPS Ad?

### 3.6 Análise e interpretação dos Dados

A análise de dados foi realizada pela Análise Temática da Proposta Operativa de Minayo (2014), que se encontra sustentada pela corrente filosófica do materialismo dialético, a qual se estabelece a partir dos aspectos socioculturais. Essa análise caracteriza-se: o primeiro momento, **fase exploratória**, compreende o mapeamento e as determinações fundamentais da pesquisa. Trata-se do contexto sócio histórico do grupo social em questão; e o segundo momento, denomina-se de **interpretativo**, pois consiste no "ponto de partida e no ponto de chegada" de qualquer pesquisa, representando "o encontro com os fatos empíricos", sendo necessário procurar nos relatos dos informantes "o sentido, a lógica interna, as projeções e as interpretações", existindo uma significação cultural própria do grupo e uma vinculação mais abrangente (MINAYO, 2014, p. 355).

A **fase interpretativa** é constituída em etapas: a ordenação dos dados e a classificação dos dados e análise final. A primeira, **ordenação dos dados** (organização dos dados), consiste na etapa que engloba a transcrição do material obtido por meio das técnicas de coleta dos dados, releitura do material, organização dos relatos em determinada ordem, o que já supõe um início de classificação. A segunda, **classificação dos dados** (categorização), é constituída pelas seguintes etapas: **leitura horizontal e exaustiva dos textos**, que consiste no primeiro

contato entre o pesquisador e o material de campo, e se dá por meio de leituras flutuantes, que permite ao pesquisador apreender as estruturas de relevância e as ideias centrais; e, a **leitura transversal**, em que o pesquisador separa temas, categorias ou unidades de sentido, junta as partes semelhantes, busca perceber as conexões entre elas, e guarda em códigos; e a terceira, **análise final** (relação entre o material e o quadro teórico), são confrontados os dados obtidos com o referencial teórico; e o relatório, que finaliza a apresentação dos resultados da pesquisa (MINAYO, 2014).

### 3.7 Aspectos éticos

Para o desenvolvimento da pesquisa, foram respeitados os preceitos da bioética e ética em pesquisa com seres humanos de acordo com a Resolução CNS Nº 466, do Conselho Nacional de Saúde de 2012. A autorização para a realização da pesquisa foi solicitada junto ao Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Santa Maria. Após, foi registrado no Sistema de Informações para o Ensino (SIE), no Gabinete de Projetos do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFSM. Posteriormente, o protocolo do projeto de pesquisa foi registrado na Plataforma Brasil e na sequência avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Maria.

A coleta de dados foi realizada após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) sob o Nº 981.656 (ANEXO A). Para desenvolvimento da pesquisa foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi apresentado para assinatura dos participantes antes da coleta das informações, ficando uma cópia com o participante e outra com o pesquisador. Além do TCLE, as pesquisadoras também assumiram o compromisso ético pelo Termo de Confidencialidade o qual foi garantido o anonimato e o caráter confidencial sendo assinado por elas.

Nesse sentido, a pesquisadora protegeu os direitos dos participantes envolvidos na pesquisa quanto à autonomia, privacidade, equidade, benefícios e riscos. Os participantes da pesquisa receberam informações a respeito do objeto, o objetivo e os procedimentos da PESQUISA de forma clara para que eles pudessem ter autonomia, ou seja, a liberdade de participação e o direito de desistência em qualquer etapa da pesquisa. Também, foram esclarecidos antes de responderem as questões das entrevistas, garantindo-lhes o anonimato e o sigilo de suas informações.

Para tanto, a pesquisadora responsabilizou-se de utilizar os dados e os materiais coletados para a presente pesquisa, bem como será realizado um banco de dados. Os profissionais foram convidados a participar de modo voluntário e informados acerca dos aspectos éticos que envolviam a pesquisa. Eles tiveram o direito de escolha mesmo após ter aceitado participar da pesquisa, poderiam em qualquer etapa, desistirem. Nesse sentido, destaca-se que houve a desistência de alguns participantes, que por algum motivo, não revelado por eles, resolveram não participar.

Os profissionais foram identificados pela letra 'P' por ser a letra inicial da palavra profissional seguida de um número (P1, P2, P3 e assim sucessivamente) para garantir o sigilo à identidade, o anonimato. Ainda, foram informados que as entrevistas seriam gravadas para posteriormente serem transcritas. Entretanto, se eles desejassem a entrevista não seria gravada e, nesse caso, a pesquisadora iria solicitar a permissão para realizar registro de suas informações por escrito.

Os participantes não obtiveram **benefícios** diretos, pois esta pesquisa irá contribuir para a atuação dos profissionais de saúde nos CAPS Ad, bem como auxiliar nas reflexões acerca das políticas públicas nesta área para consolidá-las efetivamente. Em relação a **riscos**, poderia ocorrer algum desconforto psicológico pelo fato de os participantes recordarem de algum fato que os sensibilizaram em suas vidas como profissionais. Neste caso, se fosse seu desejo, a pesquisadora encerraria a entrevista e, também orientaria, caso desejar, a buscar apoio em um serviço que tivesse profissionais da área da saúde que fosse da sua escolha. Salienta-se que não houve em nenhum momento, **despesas** para os participantes e nem compensação financeira relacionada a sua participação. Se existisse qualquer despesa adicional, ela seria absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Os dados da pesquisa ficarão guardados por um período de cinco anos em *compact disc* (CD), junto a pesquisadora responsável em um armário fechado e chaveado na sala 1445, 4º andar do Centro de Ciências da Saúde (prédio 26) da UFSM e os participantes poderão ter acesso a eles para esclarecer quaisquer dúvidas. Após esse período, serão destruídos.

Nessa perspectiva, aponta-se como contribuições da pesquisa, a partir da divulgação dos resultados, a promoção de novos estudos que aprofundem a discussão da temática sobre drogas. Além disso, uma melhor compreensão desse contexto por parte dos profissionais de saúde no intuito de poder ampliar o universo de cuidados para a necessidade e realidade dos usuários de drogas.

## 4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO

Neste capítulo serão apresentados os resultados desta pesquisa provenientes das informações das entrevistas com os profissionais de saúde dos CAPS Ad. Inicialmente, será apresentada a caracterização dos participantes do estudo.

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram da pesquisa 15 profissionais dos dois serviços, sendo esses: duas assistentes social, dois técnicos de enfermagem, um fisioterapeuta, dois técnicas de saúde mental, quatro psicólogos, um médica, duas enfermeiras e uma Psiquiátrica. Sendo seis solteiros, oito casados e um separado e, idade entre 24 e 61 anos. Desses, somente um profissional do sexo masculino. Destaca-se também o tempo de atuação dos profissionais nos serviços varia entre um e oito anos de atuação. Com relação à formação específica em área de saúde mental apenas três profissionais tinham especialização na área.

Na sequência, os resultados estão organizados em três categorias com os temas que emergiram: Concepções dos Profissionais de Saúde em relação à atenção à saúde dos usuários de drogas em CAPS Ad (O problema é a droga? Políticas Públicas relacionadas ao uso de Álcool e outras Drogas; Trabalhando em consonância com a Política Nacional de Humanização); Elementos que influenciam as concepções dos profissionais de saúde em relação à atenção à saúde dos usuários de drogas (Fatores que potencializam à atenção a saúde aos usuários de drogas; Fatores que restringem à atenção a saúde aos usuários de drogas; A fragilidade da interlocução da gestão municipal com os serviços de saúde mental); e, Questões que cansam e frustram os profissionais de saúde em relação aos usuários (Cansaço e Frustrações dos profissionais).

CATEGORIAS	Temas
Concepções dos Profissionais de Saúde em relação à atenção à saúde dos usuários de drogas em CAPS Ad	- O problema é a droga? - Políticas Públicas relacionadas ao uso de Álcool e outras Drogas. - Trabalhando em consonância com a Política Nacional de Humanização.
Elementos que influenciam as concepções dos profissionais de saúde em relação à atenção à saúde dos usuários de drogas	- Fatores que potencializam à atenção a saúde aos usuários de drogas. - Fatores que restringem à atenção a

	saúde aos usuários de drogas. - A fragilidade da interlocução da gestão municipal com os serviços de saúde mental.
Questões que cansam e frustram os profissionais de saúde em relação aos usuários	- Cansaço e frustrações dos profissionais

Quadro1 - Desdobramentos das categorias e temas

## 4.2 CONCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM RELAÇÃO À ATENÇÃO À SAÚDE DOS USUÁRIOS DE DROGAS EM CAPS AD

Esta categoria é formada pelos temas: o problema é a droga? As Políticas Públicas relacionadas ao uso de Álcool e outras Drogas; e, Trabalhando em consonância com a Política Nacional de Humanização.

Para introduzir a discussão do tema aqui proposto, salienta-se que o uso de drogas é milenar, pois tem sido utilizada por diferentes povos e culturas em distintos contextos históricos. Isto significa que a droga sempre foi usada pela humanidade seja em rituais religiosos, lazer, seja como cura na antiguidade, entre outros fins terapêuticos. Entretanto, com o decorrer dos anos esse uso foi se modificando para outros fins, como: a busca de prazer, alívio imediato de questões psíquicas e físicas, bem como atender a pressão social. E, a partir disso, que se inicia a visualizar a relação entre o uso de droga e os problemas sociais decorrentes desse, que é recente (GABATZ *et al*, 2013).

### 4.2.1 O problema é a Droga?

Este tema vem passando por diversas discussões na atualidade. Neste contexto de discussão tem-se a abstinência que é a renúncia por completo a satisfação de um desejo ou vontade de usar determinada droga, ou seja, é a abstenção do uso de drogas (SENAD, 2010). Esta concepção foi visível no depoimento abaixo, pois é possível perceber a dificuldade que o usuário tem em manter-se em abstinência e recai. Assim, é atribuída a abstinência como única alternativa.

*A gente acha que o paciente vai conseguir manter a abstinência e quando vê ele recai [...] a gente como profissional assim quando o paciente recai fica bem, bem chateado porque tem que começar tudo de novo. (P2)*

Destaca-se que nesse depoimento se visualiza a abstinência como uma única possibilidade de atenção a saúde dos usuários de drogas. Com relação a isso, um estudo contrapõe essa ideia da abstinência como exclusiva possibilidade de tratamento evidenciando que o mais provável é que se perda o foco principal da atenção em saúde, que é o usuário (FORTESKI; FARIA, 2013). Entretanto, no decorrer dos depoimentos dessa pesquisa poderá se identificar que os profissionais de saúde reconhecem que a abstinência por si só, é um objetivo bastante incoerente de se buscar. Pois, os mesmos procuram realizar um cuidado tão amplo, quanto à amplitude das questões que permeiam as drogas.

*Mas eu procuro atender todas as esferas dele, todos os problemas assim que ele está passando naquele momento, para tentar fazer com que ele volte a conviver em sociedade, que ele volte a conviver com a droga, com o álcool de uma maneira não sei se dá para dizer saudável, sadia. Eu vou mais ou menos por essa linha, não sei se está certo ou não. (P5)*

Os profissionais de saúde buscam cada vez mais atender as necessidades dos usuários. Pode-se identificar nesse depoimento uma visão mais ampliada de que as pessoas, nas mais distintas sociedades fazem e provavelmente continuarão fazendo uso de drogas. E que uma alternativa poderá ser a RD, que procura compreender a pessoa, sua singularidade e a sua relação com a droga e, não somente no individual, mas também no coletivo e social (CRUZ, 2011). Trabalhar na perspectiva da RD é entender que o melhor caminho a se trabalhar em relação às drogas não é decidir ou definir pelos usuários qual o comportamento correto ou mais adequado. E sim, juntos construir possibilidades de escolhas (SODELLI, 2010). No depoimento, a seguir, o profissional, expressa:

*Então, se a gente tiver, sempre nessa ideia de que alguém que chega aqui e quer parar de usar e quero ficar em abstinência para o resto da vida e a qualquer preço, se a gente for olhar só para isso vai ser frustrante [...] Enquanto, que a proposta da Redução de Danos para o álcool e drogas, é uma redução de danos ampliada e onde a abstinência também é uma possibilidade. (P6)*

Destaca-se que no caso da RD, a abstinência também poderá ser uma meta a ser alcançada, porém se trata de uma meta pactuada com os usuários e não de uma regra imposta pelos profissionais de saúde (PASSOS; SOUZA, 2011). Então, a RD tem como objetivo um

olhar ampliado e pautado em realizar intervenções singulares, buscando a diminuição do uso da droga, ou a substituição por outra que cause menos agravos à saúde ou até mesmo a abstinência, se o usuário assim desejar (MAYER *et al.*, 2013).

A RD é uma estratégia de abordagem dos problemas com as drogas que não tem como principal objetivo extinção obrigatória ou imediata do uso das drogas seja em âmbito individual ou coletivo. E sim, formular práticas que diminuam os danos para os usuários e, grupos sociais envolvidos com as mesmas (CRUZ, 2011). O depoimento, a seguir, demonstra essa estratégia:

*Não quer dizer que eles deixem de usar. Alguns sim estão em abstinência, mas a maioria fica um, dois anos e tem uma recaída ou dois, três meses e tem uma recaída. Mas, na verdade é um uso que não chega a prejudicar a vida deles como prejudicava antes e, isso aí, para mim já é uma vitória [...]. (P11)*

A recaída nesse contexto significa que a pessoa voltou a fazer uso de algum tipo de droga, após estar por um período de tempo em abstinência (SENAD, 2010). No depoimento do profissional de saúde acima, identifica-se que após esse período em abstinência, mesmo quando o usuário recaí, esta não chega a prejudicar a sua vida. Deste modo, compreende-se que a droga única e isoladamente não é o problema. Estudo evidencia que os impactos sociais decorrentes do uso de drogas sim, podem ser problemas e preocupações sociais (SANTOS; OLIVEIRA, 2012).

*Nessa percepção de que a questão de álcool e outras drogas ela vai para além da substância e, ela é muito mais de âmbito social [...] do que a dependência química. (P1)*

Os problemas relacionados com as drogas, às vezes, acabam sendo visto como desvios das normas sociais e não como manifestações dos problemas sociais (TORCATO *et al.*, 2013). Sendo assim, é preciso ampliar os olhares para além das drogas, pois assim, é possível realizar a atenção adequada e condizente com as necessidades dos usuários. E, nesse contexto, as drogas e as questões sociais, elas caminham lado a lado, não podendo ser desconsideradas.

*Tu vais percebendo, tu vais tendo contato com a realidade que é bem triste, a questão do contexto social (moradia, é alimentação, é família, é direitos sociais e direitos humanos). Não é tanto a substância. A droga não é o grande problema. O grande problema é a realidade social dessas pessoas. Tem muitos usuários que chegam aqui para o acolhimento*

*que tu tem vontade de sentar e chorar junto com eles, pelas histórias que eles te trazem, porque tu ficas meu Deus! Mas, o que esse cara vai fazer além de fumar crack. Às vezes, é uma questão de sobrevivência. (P11)*

Percebe-se que o contexto social dessas pessoas é um dos problemas existentes a ser considerado. Se elas não tiverem condições mínimas de sobrevivência, a vida poderá ser difícil. Ainda, conforme Torcato *et al.*, (2013) refere que não se pode dissociar o uso de drogas a sofrimentos consequente da falta de acesso a bens materiais, de cidadania, a valores sociais, entre outros. Para os autores é preciso levar em consideração a história de vida dos usuários.

*Tem a questão social, ela (droga), tem a questão familiar, tem a questão da saúde tem, enfim que tem inúmeros atravessamentos, assim, que são coisas que não é nada fácil de tu lidar [...] uso de drogas são sintomas de problemas maiores e a gente só fica na questão da droga, então é complicado. (P4)*

*(...) tem todo o aspecto social, que é bem difícil, pacientes [...] desempregados, pacientes de rua, pacientes já sem família (família não apoia), onde o prognóstico, assim, é bem ruim. (P12)*

As drogas geram, para os usuários, algumas dificuldades, como: a falta de apoio dos familiares, o desemprego e, por vezes, encontrarem-se em situação de rua. E isto pode gerar diferentes peculiaridades, demanda para os profissionais de saúde darem conta na atenção. Entretanto, são necessidades que não dependem somente das políticas de saúde e, sim, de outras políticas sociais, por exemplo, da justiça, da educação, do bem-estar social, da segurança, entre outras (PEREIRA; VARGAS; OLIVEIRA, 2012). O que é evidenciado no depoimento, abaixo.

*Questão da gestão, ela devia envolver todas as secretarias, porque a dependência química ela não é um problema só de saúde. Quando chega na saúde a doença já está instalada, quer dizer muitas outras áreas poderiam atuar para evitar que se chegasse, porque é muito uma questão social. (P13)*

Corroborando com o depoimento acima, identifica-se a necessidade de uma série de articulações intersetoriais para suprir essas demandas (PEREIRA; VARGAS; OLIVEIRA 2012). No entanto, necessita-se aprimorar as políticas públicas para que se consiga articular os

serviços sociais essenciais: saúde, assistência social, educação, habitação, justiça, cultura, obras, segurança, entre outros. Isto porque é necessário estruturar-se para trabalhar de forma integrada e, coerente com a reinserção social (GANEV; LIMA, 2011).

*Eu sempre dei ênfase para a questão da reinserção social e muito pouco para as drogas.  
(P15)*

Para entender a reinserção social, é interessante compreender duas das principais dimensões que levam a exclusão social nesse contexto das drogas. A primeira, é a auto-exclusão, que acontece a partir do usuário para consigo mesmo. E, a outra, é a exclusão social propriamente dita, ou seja, o usuário acaba se distanciando das condições mínimas de vida: trabalho, educação, moradia, saúde, entre outros. Entende-se, assim, que o processo de reinserção social precisa começar desde o primeiro atendimento do usuário, pois é um processo contínuo e de longa duração, que demanda um trabalho interdisciplinar e qualificado dos profissionais dos serviços (GANEV; LIMA, 2011).

Também, a reinserção social é uma das prioridades da Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2003). Desse modo, destaca-se a importância de promover ações de reinserção social, que tenham sentido para os usuários e que seja plausível na sua realidade.

Em suma, observou-se posicionamentos pautados na lógica da abstinência e outros na lógica da RD. A maioria dos profissionais da saúde acredita que a assistência aos usuários deve ser prestada a partir da lógica da RD, que busca compreender o usuário, sua singularidade, sua relação com a droga, procurando construir junto com eles uma melhora na sua vida. E, acreditam que a droga isoladamente não é o problema. Afirmam que deve se investir nas questões sociais dessas pessoas, pois o uso de drogas para alguns usuários pode ser uma válvula de escape para enfrentar os problemas sociais que eles vivenciam.

#### **4.2.2 Políticas Públicas relacionadas ao uso de Álcool e outras Drogas**

Propõe-se aqui uma abordagem sobre as Políticas Públicas relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, buscando discutir a percepção dos profissionais de saúde sobre as mesmas.

*Eu não tenho muita, assim, lido muito sobre essas questões das políticas. (P2)*

*Essas políticas existem, só que muitas vezes o que acontece é que os profissionais não estão a par dessas políticas [...] tem alguns profissionais que não tem muito conhecimento dessas políticas. (P10)*

*(...) não vejo que as políticas, a política[...] de atenção ao usuário de álcool e outras drogas é conhecida por todos da equipe. A gente até tenta trazer algumas discussões de políticas públicas nos grupos de estudos, mas existe uma resistência muito grande (risos) nos grupos de estudos de alguns determinados profissionais trabalharem nos textos [...] e, muitas vezes, alguns dos profissionais não tem muito interesse nisso assim, em estar se atualizando, em estar conhecendo, porque fica meio que enraizado nas práticas de anos. (P15)*

Diante desses depoimentos, percebe-se que ainda existe pouco conhecimento por parte de alguns profissionais de saúde no que diz respeito às Políticas Públicas relacionadas a saúde dos usuários de drogas. Mesmo trabalhando nesse contexto, o conhecimento é frágil para lidar com as questões das drogas (SCHNEIDER; LIMA, 2011) tendo em vista que, as Políticas Públicas de atenção integral à saúde aos usuários de drogas, devem nortear o cuidado aos mesmos (BRASIL, 2004b). Todavia, mesmo alguns profissionais reconhecendo que não estão a par do que preconiza a Política, destaca-se, a seguir, no depoimento de P5 que houve a sensibilização do profissional ao identificar a sua fragilidade em relação ao tema.

*Eu te digo que eu sou bem leiga ainda nessas políticas. Eu me vejo com bastante dificuldade de associar teoria e prática [...] Eu acabo me voltando muito mais para a prática aqui. E, daqui a pouco eu até estou fazendo alguma coisa contra a política [...] Eu vou ir atrás das políticas que eu me vi bem frágil nesse ponto. (P5)*

Visualizou-se por parte do profissional uma dificuldade de associar teoria e prática, porém, as mesmas são indissociáveis. Esta questão instiga a pensar o que está acontecendo com as disciplinas específicas dessa área nos cursos da graduação, que parecem não estarem sendo satisfatórias. Isto merece atenção especial, pois há necessidade de reestruturação das disciplinas ou carga horária teórico-prática maior (BRASIL, 2004a).

Os profissionais nos serviços de saúde precisam melhorar sua compreensão para construção do conhecimento teórico/prático. Para isso, devem investir em si mesmos, se atualizando e capacitando constantemente e, com isso, estimulando seu senso crítico-reflexivo capaz de produzir mudanças positivas. E, em se tratando de mudanças, ou seja, transformações nas práticas de atenção, não têm como deixar de fora a Política Nacional de

Educação Permanente em Saúde (EPS), que se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformação das práticas profissionais. Ela é de suma importância, por acontecer no cotidiano dos profissionais, pois ela é realizada a partir dos problemas enfrentados nos serviços. Além disso, propõe que os processos de educação dos profissionais de saúde aconteçam a partir das necessidades do serviço (BRASIL, 2009).

Entretanto, nem sempre é possível suprir essas necessidades. Nos depoimentos, abaixo, identifica-se a objeção entre as teorias sobre as Políticas Públicas relacionadas ao uso de Drogas que, na prática, existem dificuldades de implementação. Os profissionais alegam que, no papel, elas são perfeitas e elaboradas por pessoas com conhecimento, porém almejam que a atenção funcione adequadamente e que chegue até o usuário.

*Pensadas e postas nos manuais elas são perfeitas (riso) a questão toda está em não acabar o gás antes de a política chegar ao usuário [...] tu abres o site do Ministério da Saúde, isso é perfeito [...] os planos, os projetos em si são muito bons, eles são pensados por gente muito boa. (P7)*

*Eu acho que tem muitas coisas positivas, muitas coisas boas com relação às políticas que existem, já pelos [...] pelo que são trazidas pelo Ministério da Saúde para essa área de álcool e outras drogas, para a área de dependência química. Porém, como se sabe no Brasil as coisas são muito bonitas no papel, mas na prática elas não funcionam como deveriam funcionar. (P13)*

Neste sentido, para que as Políticas Públicas relacionadas ao uso de Drogas sejam colocadas em práticas, necessita-se realizar ações intersetoriais. Nota-se uma deficiência de estratégias que promovam a relação entre os profissionais dos diferentes setores por meio da comunicação, interação e compartilhamento de conhecimentos em torno de objetivos em comuns (FERNANDES; CASTRO; MARON, 2013). É de consenso de alguns profissionais que é complexo por em prática o que preconiza a Política, uma vez que não se consegue sistematizar dentro dos serviços.

*Eu acho que na teoria são ótimas e se a gente pudesse seguir exatamente como está na teoria seria muito bom, mas a gente não consegue, a gente não consegue, não tem. A gente não consegue estruturar essas políticas, sistematizar dentro do nosso serviço. (P8)*

*É, eu vejo que na escrita ela é muito linda, muito perfeita, mas na hora da gente botar em prática é bem complicado [...]. Então, na Lei, a política ela existe. Ela (a política) é bonita no papel, mas assim, quando vai se aplicar é bem difícil. (P14)*

Identificou-se que não há controvérsias no que diz respeito ao que está no papel, ou seja, as políticas são perfeitas. Porém, questiona-se: porque não se consegue colocá-las em prática? O depoimento, a seguir, traz com relação a isso, uma questão importante que é a inexistência de fiscalização dessas políticas nos serviços.

*O problema é justamente é que [...] aí não anda, aí impera mesmo [...] as políticas existem [...] mas, é muito complicado [...] o que elas sejam realmente seguidas. São coisas que não funcionam porque não há fiscalização. (P12)*

Neste contexto, para que isso aconteça, isto é, que as políticas funcionem na prática será necessário mais atenção dos serviços. Salienta-se que faz parte das competências dos Conselhos de Saúde Nacional, Distrito Federal, Estadual e Municipal fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações, assim como, dos serviços de saúde, cabendo encaminhar as denúncias, quando identificadas aos respectivos órgãos responsáveis. Além disto, a fiscalização das ações realizadas a saúde é de suma importância, por ser a melhor maneira de saber se as necessidades da população local estão sendo realmente atendidas (BRASIL, 2010).

Também, percebe-se a dificuldade de implementação das questões relacionadas com a municipalização, que é preconizada pelo SUS como forma de dar autonomia para os municípios gerir o seu recurso em prol de uma melhor atenção. A municipalização é uma estratégia onde o Município torna-se o principal responsável pela saúde da sua população, tendo a responsabilidade de administrar os seus recursos (SUS, 2004). No entanto, na prática isso parece que não acontece, como refere o depoimento a seguir:

*Eu não posso dizer que ela é uma política boa, quando ela não faz o que ela se propõem. (P3)*

*Então, isso no papel ele está posto, está muito claro [...] mas, na prática é uma dificuldade da gente implementar. Então, a gente engatinha muito nessa questão de municipalização que é outra coisa que no papel está bonito e na prática ainda é uma coisa que está muito engessada. (P4)*

Identifica-se no depoimento que na prática a municipalização não se efetiva. A mesma foi preconizada e desenhada pelo SUS, como uma forma de organizar e gerir a assistência à saúde. Ainda, é tida como um ponto bastante positivo, por conhecer as necessidades de elaboração de planos locais, ou seja, dos municípios, para a saúde da sua população, sendo uma condição importante para o desenvolvimento dos territórios (CORIOLANO et al., 2010).

Por essa razão, em qualquer tempo e em qualquer sociedade, deve haver uma coerência entre a situação de saúde e o sistema de atenção à saúde prestada. Quando essa coerência se rompe, como ocorre, fica difícil de prestar uma assistência de qualidade e instala-se uma crise nos sistemas de atenção à saúde (MEDINA *et al.*, 2014). Salienta-se a importância de um olhar crítico e atento para as necessidades da população, e não somente o que convém a gestão ou o que ela considere.

*Então, se aquela gestão (Municipal) preconiza com prioridade outras coisas, ela não consegue olhar para aquela outra política com atenção total e essas políticas, percebo as políticas de enfrentamento relacionadas ao álcool e drogas. Elas (as políticas) são muito, ainda existem muitas questões truncadas, como a questão de preceitos da [...] sociedade de ter realmente (...) uma visão mais fechada [...] questões de internações uma visão [...] mais conservadora, uma visão ainda que está longe de ser o que a Reforma Psiquiátrica lutou [...] e está realmente indo muito contra o que se batalha tanto nessa Reforma Psiquiátrica assim, esse processo de desinstitucionalização que a gente tanto lutou, a gente, eu digo, os profissionais num momento em que isso não está acontecendo e cada vez mais está se trabalhando para se institucionalizar as pessoas, torná-las doentes e torná-las realmente dependentes de alguma patologia, um CID. (P1)*

Visualiza-se questões que influenciam diretamente na qualidade da atenção a saúde como, o preconceito, que ainda é bastante acentuado na sociedade. Identifica-se, ainda, uma visão distorcida e estigmatizada sobre os usuários de drogas, ou seja, uma visão contrária ao que preconiza a Reforma Psiquiátrica. É importante lembrar que a Reforma Psiquiátrica possibilitou ter um olhar diferenciado, favorecendo o cuidado humanizado e individualizado aos usuários. Contudo, esse vai além dos aspectos da saúde, devendo considerar todos os âmbitos que perpassem a vida dos usuários, propiciando a sua autonomia. Com relação a isso, tem-se a desinstitucionalização que foi a principal alternativa para se destruir as práticas dos manicômios e, com isso, permitiu um cuidado em liberdade e uma maior autonomia dos usuários (GUEDES *et al.*, 2010).

*Eu acho que as nossas políticas já têm algumas coisas que estão meio defasadas, meio que não foram reajustadas digamos assim, por exemplo, quanto mais fora, quanto mais desinstitucionalizado o usuário melhor! Então, assim, eu acho que ainda esta amadurecendo essas questões, que existem essas falhas nas políticas onde tu diz que tu tens que manter o teu usuário quanto mais dentro de uma unidade como o CAPS! (P9)*

*Eu acho que a questão da atenção ao usuário de substâncias psicoativas se tu fores pegar o que diz nos manuais do Ministério, o que diz na legislação, é muito bonito. Prevê a questão da singularidade, prevê a questão da importância do território, prevê a questão da redução de danos. Tudo isso já está incorporado! O problema é que isso é muito distante do que se vive na prática. É muito difícil de implementar, é muito difícil a aplicação das políticas, barram na realidade que a gente está, nas condições de trabalho que a gente tem. (P11)*

Como se identifica nos depoimentos, acima, os manuais do Ministério da Saúde são bem formulados e preconizam as reais necessidades da população, tais como: a singularidade, a importância de trabalhar nos territórios e a redução de danos. Porém, a questão, é como colocar em prática essas ações, pelas diversas dificuldades encontradas nos serviços. Dificuldades essas, que decorrem da falta de materiais, de dinheiro, de profissionais o que, por diversas vezes, impede à realização de uma atenção à saúde com qualidade. Para que o processo de atenção à saúde se concretize na prática, não basta apenas estarem escritos nos manuais de saúde, depende de um sólido conjunto de ações desenvolvidas pelos serviços de saúde, em conjunto com a comunidade e os usuários e, com isso, se obter melhores condições de saúde voltadas as reais necessidades da população (VAZ; CUNHA; OLIVEIRA, 2011). No entanto, as coisas ainda parecem distantes do ideal, como se identifica no depoimento abaixo:

*Existe um abismo entre a teoria e a prática as políticas públicas e as políticas públicas no serviço. Eu acho que algumas coisas de políticas públicas são aplicadas aqui e são discutidas e se visualiza, mas no geral muito pouco são aplicadas. (P15)*

Visualiza-se no depoimento, acima, a dissociação entre a teoria e a prática. Estas deveriam andar juntas, pois é importante lembrar que um profissional não se constitui apenas de teoria, embora seja importante. Ele vai se constituindo como profissional na relação existente entre a teoria e a prática. Com relação a isso, estudo mostra que a indissociabilidade entre estes campos possibilita a construção de ações conjuntas entre as formas de arquitetar e organizar o trabalho em saúde (BRASIL, 2010 b). A seguir, o depoimento traz justamente a Portaria nº 3.088 de 2011, que visa articular as Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) (BRASIL, 2011a).

*Eu acho que no papel não falta, não falta escrito que garanta, que garanta direitos, não [...] o que falta é isso ser operacionalizado [...] que deveria já estar impactando, a 3.088 que é de 2011. Falta política? Não! Falta é dispositivo e mobilizar essa rede, fazer com que ela funcione. (P6)*

A RAPS tem a finalidade de criação, ampliação e articulação dos pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de drogas, no âmbito do SUS. Destaca-se que fazem parte dessa rede: Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atendimento Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de desinstitucionalização, Reabilitação Psicossocial. Identifica-se que todos esses serviços fazem parte da RAPS, o que teoricamente deveria dar suporte para todos os usuários, em todos os níveis de complexidades (BRASIL, 2011a).

Com relação ao exposto, fica claro nas discussões que as Políticas Públicas relacionadas ao uso de Álcool e outras Drogas no papel são muito boas, bem elaboradas e, teoricamente, teriam que dar suporte às necessidades dos usuários. Entretanto, os profissionais alegam que ainda têm entraves a serem vencidos, tanto por parte deles quanto da sociedade. Isto se deve por ser ainda uma sociedade conservadora dificultando que a Reforma Psiquiátrica se efetive de fato. Além disto, existe a necessidade de alguns profissionais aprofundarem seus conhecimentos em relação às políticas. Ainda, existem, dificuldades nos serviços de saúde em relação à falta de condições de trabalho em que eles se deparam no cotidiano. Isto poderá ser algumas das questões de desmotivação enfrentadas pelos profissionais de saúde para realizarem a assistência.

#### **4.2.3 Trabalhando em consonância com a Política Nacional de Humanização**

A seguir, emergem as questões de saúde relacionadas ao trabalho em consonância com a Política Nacional de Humanização a partir da percepção dos profissionais de saúde. Para estes, a Atenção Básica (AB) é a porta de entrada dos serviços de saúde e exerce papel fundamental no atendimento aos usuários realizando o primeiro acolhimento. Este é a recepção do usuário pelos profissionais de saúde, desde a sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que expresse suas preocupações, angústias, garantindo-lhe atenção de forma resolutiva. Ainda, realiza a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando for necessário (BRASIL, 2006a). Assim, os profissionais de saúde que exercem suas ações na AB têm o papel fundamental de acolher, amenizar e solucionar os problemas decorrentes de saúde dos usuários.

*A questão do acolhimento na Atenção Básica (importância). (P6)*

Esse acolhimento na AB poderá ser resolutivo, por esse usuário ser atendido no território, sem que ele precise se deslocar para outro local. Então, o acolhimento é um instrumento que possibilita aos profissionais de saúde ter um olhar integral do usuário. Um bom acolhimento por parte dos profissionais de saúde aos usuários certamente renderá um vínculo e, assim, possivelmente compreensão das reais necessidades deles. Quanto mais os profissionais de saúde conhecer os usuários na sua integralidade, mais dinâmico e resolutivo será o atendimento.

Destaca-se que um dos pilares da AB é o princípio da integralidade, que se baseia em ações de promoção, prevenção de agravos e recuperação da saúde dos usuários. A integralidade possibilita uma visão singular do sujeito, considerando o seu contexto histórico, familiar, social e ambiental em que está inserido. E, ao mesmo tempo, se dá tanto no individual, como também no coletivo (SOUZA *et al.*, 2012). A AB constitui-se em um espaço privilegiado para o acolhimento das necessidades dos usuários de drogas, por meio de intervenção capaz de romper com o modelo manicomial. Os profissionais de saúde precisam preparar-se para realizar um atendimento básico de saúde, reduzir os danos e prestar um atendimento integral, buscando evitar as possíveis internações (RIBEIRO *et al.*, 2010).

*Tem que apostar realmente na vida na comunidade [...] melhorar ampliar o cuidado da Atenção Básica, assim com ações ali, que possam até dar conta e que não precise de uma ação secundária que são os CAPS. (P1)*

Entende-se a AB como os espaços onde ocorre ou deveria acontecer majoritariamente o primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde, bem como ter capacidade para a resolução de parte dos problemas de saúde. A AB caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (LAVRAS, 2011).

Assim, é relevante que os profissionais sejam capacitados constantemente para atender aos usuários de drogas. E, nesse contexto, destaca-se, a importância da Educação Permanente nos serviços de saúde, a fim de dar suporte a esses trabalhadores. A Educação Permanente é uma estratégia essencial para a reformulação das práticas de atenção, visto que o processo de

aprendizagem tem natureza participativa e tem como eixo fundamental o cotidiano dos serviços de saúde (BRASIL, 2005c). Isto é evidenciado, a seguir:

*Seria interessante que nós tivéssemos nas unidades de saúde, profissionais capacitados na saúde mental para dar esse apoio. O paciente não precisava, por exemplo, vir ao CAPS a primeira vez, vai na Unidade Básica e tem um primeiro atendimento lá. (P2)*

O primeiro atendimento ao usuário de drogas deveria ser realizado na AB e, se necessário, encaminhado a um serviço de atenção secundária como, os CAPS. Porém, mesmo se encaminhado a um serviço especializado, não exclui a responsabilidade da AB por esse usuário, devendo haver diálogo entre essas instâncias. É necessário, trabalhar em articulação com os serviços de saúde, discutindo práticas de cuidado que sejam resolutivas para assegurar a continuidade e integralidade na assistência.

A continuidade e integralidade da atenção possibilita percepção abrangente do sujeito, considerando seu histórico de vida, social, familiar e ambiental em que está inserido (SOUZA et al., 2012). Ainda, isso deve se dar de forma intersetorial, pois, as práticas de promoção da saúde referem-se a necessidade de desenvolver ações intersetoriais para potencializar a resolutividade da atenção a saúde. Nesta perspectiva, a intersetorialidade é entendida como uma estratégia para resolver ou minimizar problemas que ultrapassam o âmbito de atuação de um só setor (SILVA et al., 2014).

A intersetorialidade passou a ser um dos requisitos para a implementação das políticas setoriais, visando sua efetividade por meio da articulação entre as instituições e de saberes. Assim, a intersetorialidade pode trazer ganhos para a comunidade, abrindo olhares para a superação da fragmentação na atenção e articulação das políticas públicas (NASCIMENTO, 2010).

Neste contexto, destaca-se a importância da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), para atender aos usuários de drogas em sofrimento e/ou com demandas decorrentes dos transtornos mentais. Constitui a RAPS a Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Estratégica, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização, Estratégias de Reabilitação Psicossocial. Todos esses serviços juntos compõe uma Rede de Atenção à Saúde que busca realizar ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde (BRASIL, 2011a).

Nessa perspectiva de proporcionar assistência integral aos indivíduos, justifica-se a importância da inserção dos profissionais dos serviços secundários nos serviços de atenção primária, uma vez que, os mesmos estão dando suporte especializado para a AB.

*Tu tens que ter um olhar biopsicossocial, espiritual. Aquela coisa toda, coisas que eles não tinham tempo de fazer e, funcionava. E, é isso que a gente está tentando enquanto apoiadora nas Estratégias de Saúde da Família, fazer com que eles tenham esse olhar um pouquinho diferenciado sobre a saúde mental do paciente. (P9)*

Dessa forma, enquanto apoiadores dos serviços primários, os profissionais com experiência em saúde mental, em especial com usuários de drogas, buscam auxiliar e abrir possibilidades de atenção para esses usuários na atenção básica. Deste modo, eles podem realizar acompanhamento e atendimento no território, sem que precisem acessar outros serviços, quando não for necessário.

Esse apoio ao qual se refere aqui se trata do matriciamento, ou apoio matricial, que é um suporte realizado por profissionais de diversas áreas especializadas, oferecido a uma equipe interdisciplinar com a finalidade de ampliar e qualificar as ações das UBS. O matriciamento é uma modalidade de produzir saúde, onde duas ou mais equipes de saúde, em um processo de construção compartilhada, produzem propostas de intervenção aos usuários (BRASIL, 2011b).

*Então, aonde um profissional faz matriciamento do serviço, as trocas são muito maiores, a gente consegue estabelecer uma rede, porque a gente faz esse matriciamento lá. A gente também pensa com essas estratégias que outros serviços a gente poderia acionar quando tem algum caso. Aqui também quando tem pacientes dessas unidades, a gente já contata, já troca, já vê como é que ele está lá, se ele é atendido na unidade, se tem gente que visita. Então, isso é bem legal! (P6)*

*O matriciamento é uma conquista, de estar exercitando matriciamento, de estar acompanhando. (P11)*

Esse acompanhamento se estabelece quando a equipe de referência da UBS sente a necessidade de apoio por parte de profissionais da área de saúde mental para abordar e dirigir um caso que demande, por exemplo, o esclarecimento do diagnóstico, tanto para o usuário quanto para a sua família, a estruturar um projeto terapêutico. Oferece suporte na realização de grupos de usuários de drogas e seus familiares. Ainda, quando a equipe de referência

perceber a necessidade de apoio dos profissionais de matriciamento para auxiliar na resolução de problemas, tanto em relação as suas tarefas quanto nas dificuldades relacionadas às relações pessoais ou em situações difíceis do cotidiano do processo de trabalho (BRASIL, 2011b).

*O grupo de matriciamento, se organizou, está indo nas unidades, de acordo com as suas possibilidades. Estão tentando (os profissionais) fazer esse link, estão tentando fazer esses contatos com os outros serviços, não só com a Unidades Básica, estão tentando ir lá na unidade para dar um apoio matricial, para dar ajuda. (P13)*

*Acho que é isso, da possibilidade da equipe por ser uma equipe mínima, a equipe não consegue fazer matriciamento, que é colocado como uma possibilidade de tratamento de levar esse usuário de novo para o território [...] (P14)*

Conforme os depoimentos, acima, o apoio matricial acontece de acordo com as possibilidades dos profissionais de saírem do serviço, pois eles trabalham com uma equipe mínima de profissionais. Esta situação tem dificultado que os profissionais de saúde saiam para realizar o matriciamento. Além disto, percebe-se a necessidade de ampliar-se o número de equipes de matriciamento. Essa fragilidade decorre das atuais equipes que realizam o apoio matricial, pois não estão conseguindo oferecer o apoio necessário a todos profissionais no que se refere ao treinamento, acompanhamento e suporte (AZEVEDO; FILHA, 2012).

Com relação ao acompanhamento relacionado diretamente ao usuário, sabe-se que é importante que este seja realizado na sua comunidade, que o usuário permaneça no seu território, sem que necessite o afastamento do convívio com a sua família e comunidade, trabalhando a prevenção e proteção da saúde no seu contexto de vida.

*[...] interações que pudesse trabalhar na comunidade, no território. Olhar aquele usuário como um todo e não como um portador de uma doença. (P1)*

*Então, tem toda a parte da comunidade, esses trabalhos junto à comunidade, a parte de prevenção e promoção de saúde, o regaste da cidadania [...] (P6)*

Todas as pessoas têm direito a atendimento e de preferência no seu território. Os profissionais de saúde da AB devem atuar diretamente com a população no seu território. Para tanto, não devem se restringir a estrutura física da AB. Isto porque se identifica que as necessidades de saúde se revelam com o convívio no coletivo, nas visitas domiciliares, ou

seja, no território dos usuários. Assim, essas necessidades identificadas e acolhidas no território, poderão ser suscetíveis a ações (BRASIL, 2012b). As necessidades referidas de saúde podem ser traduzidas e entendidas pelos profissionais de saúde como a demanda, manifestada pelos usuários, por ações e serviços de saúde (GONDIM *et al.*, 2011).

*Eles estão no território e, é lá que a gente tem que conseguir lidar com eles, trabalhar com eles (usuários de drogas). Só que isso ainda é um sonho em muitos municípios e tal. A gente precisaria estar trabalhando no território, no campinho de futebol da comunidade. (P11)*

O trabalho realizado pelos profissionais da atenção básica, por ser ofertado no território, possibilita o conhecimento das reais necessidades daquele local e tem potencial para ofertar cuidado que seja resolutivo. Têm-se algumas possibilidades como, por exemplo, o cuidado com a família em visitas a domicílio, fortalecimento da rede de apoio (família e usuário), no encaminhamento para grupos (terapêuticos ou não), entre outros.

Entretanto, para conseguir atendimento a esses usuários é importante que os profissionais tenham olhar ampliado sobre o uso de drogas. Ainda, carece a compreensão do contexto em que o uso ocorre no âmbito coletivo. Para isso, é preciso pensar alternativas junto à equipe de quais atividades culturais e de lazer o bairro oferece, assim como, as possibilidades de realizar projetos intersetoriais (BRASIL, 2012b).

Para melhorar a realidade da saúde pública, é imprescindível que os profissionais de saúde que atuam na comunidade estejam dispostos a ouvir os usuários que se encontram em situação de desamparo, não necessariamente de saúde, mas em questões sociais difíceis na sua vida. E, nesse contexto, prioriza-se a escuta, pois se tem a possibilidade de realizar um trabalho atento e minucioso direcionando-se o diálogo para atender as demandas do sujeito.

*Quem sabe tu passas numa escuta e conversa (fala sobre um atendimento realizado) com um colega meu, porque de repente tu vieste porque está precisando conversar. (P3)*

*A escuta psicológica que é legal [...]. (P6)*

*Eu gostava de escutar a história que eles traziam. Eu aprendia muito com eles, fazer um trabalho com o usuário de forma bem carinhosa, bem acolhedora [...]. (P10)*

A escuta auxilia na identificação de problema ou situações que podem não ser aparente, mas no decorrer da conversa, diversas vezes, o usuário parece não querer falar nada, e de repente, quando inicia um diálogo, até mesmo sobre outro assunto, acaba que ele se abre,

confiando no profissional e traz a sua real inquietação. Mas, para que isso aconteça o profissional precisa estar disposto a escutar.

Entretanto, para escutar, o profissional de saúde não pode estar adoecido. Sabe-se que profissionais de saúde adoecidos podem ser um obstáculo para a efetivação da realização da assistência inviabilizando uma boa escuta em prol do estabelecimento de um vínculo que se reverta em benefícios a quem é atendido (BROTTO; DALBELLO-ARAÚJO, 2012).

*Para ti chegar sentar com um usuário e fazer uma escuta de qualidade tu precisa estar bem. Isso é fundamental! Ninguém escuta ninguém tendo questões suas para trabalhar. Isso quer dizer, que tem que estar sempre sorrindo? Não, mas não pode estar, por exemplo, adoecido [...] e tu vê o quão importante escutar o usuário a partir da singularidade dele. Não é nem das necessidades! É do que ele gosta! Do que dá prazer para ele! (P11)*

Compreende-se que somente conhecendo a realidade em que os usuários se encontram será possível planejar e realizar ações que façam sentido e que sejam efetivamente apropriadas ao seu contexto de vida. Com relação a isso, uma questão importante é a relação do encontro entre profissional de saúde e o usuário, por meio da escuta, interesse, construção de confiança. Isso possibilita conhecer a singularidade, o contexto, os modos de viver desses usuários e, com isso, amplia o raciocínio do profissional sobre as ações a ofertar (FEUERWERKER, 2014).

*[...] e que sim a gente vai escutar o sofrimento daquela pessoa e tentar achar uma estratégia para diminuir, amenizar, substituir, cessar, enfim, mas trabalhar junto com o usuário e a sua demanda. Inserindo a família, inserindo a sociedade. (P1)*

*A gente possibilita muito, assim, para esse usuário. Porque o usuário quando ele chega aqui ele é escutado, ele é ouvido. (P14)*

Destaca-se que a escuta está dentro da proposta da Política Nacional de Humanização (PNH), em que é enfatizada a sua importância para a formulação e concretização de vínculo possibilita maior resolutividade dos problemas apresentados pelos usuários que buscam assistência. Com uma escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores às necessidades dos usuários, é possível garantir o acesso oportuno desses usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde (BRASIL, 2013).

Porém, essa escuta deve se estender aos seus familiares que convivem diariamente com os usuários de drogas e, necessitam de reorganização na sua estrutura, pois, precisam

cuidar desse familiar, cabendo aos profissionais de saúde prestar orientação nessa assistência (SOCCOL *et al.*, 2014). Nesse contexto, destaca-se que a escuta realizada por um profissional, é uma tecnologia leve de prestar a atenção à saúde que envolve as relações como diálogo, acolhimento e vínculo (MAYNART *et al.*, 2014).

O vínculo é entendido como uma relação interpessoal entre profissionais de saúde e usuários, que se estabelece com o decorrer do tempo, caracterizada por confiança e responsabilidade (VIEGAS; PENNA, 2012) que é compreendido como um fator positivo para a atenção, como referem os profissionais:

*Apostar no vínculo [...] porque a gente sabe que nas nossas relações é mais fácil a gente efetivar alguma coisa quando a gente tem esse vínculo, quando a gente tem essa troca esse feedback, assim, sabe o que está acontecendo de construir o plano junto com ele. (P1)*

*[...] tem um vínculo com o serviço são esses os usuários que demonstram alguma qualidade de vida. (P11)*

Nesse sentido, outro fator que beneficia a criação do vínculo é o deslocamento do atendimento dos profissionais de saúde para o âmbito da residência dos usuários, aproxima e estabelece uma relação de confiança entre o usuário e o profissional (VIEGAS; PENNA, 2012). Sendo importante a relação de confiança entre ambos para a realização do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Este é compreendido como uma estratégia de cuidado organizada por meio de ações desenvolvidas e articuladas por uma equipe multiprofissional e considerando as necessidades, singularidade e contexto em que os usuários estão inseridos (BOCCARDO *et al.*, 2011). Entretanto, a seguir os profissionais expressam:

*[...] como a gente mata o PTS [...]. (P4)*

*Para pensar nos PTS de cada paciente, de como estar tirando um pouco do CAPS, porque senão tu estás trazendo uma estrutura manicomial, só muda o do hospital para o CAPS. Mas, a partir do momento que tu encapsula as pessoas tu, tu tem que pensar em coisas fora e não só dentro do CAPS. (P15)*

Os depoimentos dos profissionais mostram a necessidade dos usuários saírem dos CAPS para que não haja uma dependência, caso contrario, eles estariam apenas substituindo os manicômios de lugar. Afirma-se a necessidade de vislumbrar possibilidades e estratégias de atenção para além dos CAPS. Portanto, a noção de projeto remete a um plano-ação, em desconstrução institucional, que engloba uma visão global da situação social existencial e de

saúde do usuário, bem como dos meios operacionais susceptíveis de responder a sua demanda, que não necessariamente necessite estar dentro dos CAPS (PINTO, *et al.*, 2011).

*É uma forma diferente de viver da minha (usar drogas). Isso é um exercício que tu tens que fazer aqui, para tu poder construir um PTS com o usuário que ele realmente consiga dar conta. Não adianta nada eu oferecer tais e tais atividades se para ele não faz sentido nenhum. E, isso, a gente ainda tem muito que evoluir. (P11)*

*A gente tentar pensar o PTS deles para fora do CAPS. Mas, a gente não tem muitas possibilidades e claro que eu acredito que o tratamento não é só o uso de medicação ou vir até o CAPS e fazer grupos. É estar, assim, inserindo esse usuário em mercado de trabalho. (P14)*

Atualmente, é possível identificar que a organização do PTS faz parte da rotina dos profissionais nos serviços de saúde dos CAPS. O PTS é compreendido como um processo contínuo e integrado de ações voltadas à satisfação das necessidades e produção de autonomia, bem como, de inclusão social dos usuários com seus familiares e sociedade (BOCCARDO *et al.*, 2011). Auxilia os usuários a recuperarem a sua autoestima e motivação para que consigam colocar-se novamente no mundo do trabalho. Ainda, o PTS incorpora a noção interdisciplinar que acolhe as opiniões de várias especialidades e de diferentes profissões, em que são acordadas as ações possíveis para melhorar as condições de saúde dos usuários (PINTO, 2011). Nesse sentido, destaca-se que os grupos terapêuticos auxiliam bastante nessa questão de motivação, autoestima e socialização.

*Então, habitualmente o paciente que eu acompanho, eu sempre tento vincular ele pelo menos numa participação num grupo na semana aqui dentro do CAPS. Porque esse olhar do coordenador do grupo para mim, no meu cuidado é muito importante. Ah, o meu paciente está bem, olha o paciente está agitando, acho que ele está perdido [...] eu engancho ele num grupo operativo. (P7)*

*Acho que para os usuários é muito importante participar de grupos. (P15)*

Os grupos são vistos como uma possibilidade de observar melhor os usuários, ver como eles passaram os últimos dias e tem como objetivo gerar reflexões sobre diversos temas e com isso, criar uma rede de apoio, compartilhando entre os usuários. Ainda, auxilia aos profissionais a aliviar os sentimentos de solidão e isolamento social (ALVAREZ *et al.*, 2012).

A partir das discussões, percebe-se que os profissionais de saúde buscam prestar a assistência em consonância com a PNH, pois eles priorizam oferecer suporte especializado

aqueles da ABS. Isto tem sido desenvolvido por meio do matriciamento, pois eles identificam a necessidade de atuação nos territórios. Além disto, os profissionais dos CAPS buscam realizar escuta com responsabilidade e que seja resolutiva.

### 4.3 ELEMENTOS QUE INFLUENCIAM AS CONCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM RELAÇÃO À ATENÇÃO À SAÚDE DOS USUÁRIOS DE DROGAS.

Esta categoria é formada pelos temas: fatores que potencializam à atenção a saúde aos usuários de drogas; fatores que restringem à atenção a saúde aos usuários de drogas; e, a fragilidade da interlocução da gestão municipal com os serviços de saúde mental.

#### 4.3.1 Fatores que potencializam a atenção à saúde aos usuários de drogas

Nesse contexto, se abordará questões que segundo os profissionais de saúde são fatores que fomentam a assistência à saúde, o que se identifica nos depoimentos, a seguir.

*O pessoal se mobiliza bastante, comprando coisas para as oficinas poderem funcionar, tentando inovar, criar daqui, ajeitar de lá [...] (P4)*

*[...] e tu vê um paciente se recuperar e conseguir emprego ou voltar a estudar, se inseri em família. Daí isso é muito bom, vale a pena. (P12)*

Os profissionais de saúde estão sempre buscando novas possibilidades para tentar realizar um atendimento melhor aos usuários. E referem satisfação ao ver que o seu trabalho está sendo produtivo, quando veem os usuários se reinserindo na família, trabalhando e socializando novamente. Como se sabe, a Política Nacional sobre Drogas (2003) protege a garantia da recuperação e reinserção social dos usuários e propõem que na fase de recuperação se busque promover ações como: reinserção familiar, ocupacional e social aos mesmos.

Com o mesmo direcionamento, se destaca que a concretização dessas ações é o que potencializa a assistência para que eles consigam ter uma melhor qualidade de vida. Ainda, se visualiza a seguir, que a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) também exerce um papel importante nessa atenção. A RMS é uma modalidade de pós-graduação, que se caracteriza pela formação que acontece no serviço, sendo supervisionada por profissionais

capacitados que trabalham nos serviços (preceptores) em regime de dedicação exclusiva ao serviço de saúde (BRASIL, 2006b).

*[...] acho que foi muito importante essa vinda da Residência (Multiprofissional em Saúde) para nos auxiliar assim no serviço, não só, não como força de trabalho, mas com o conhecimento que eles trazem. O conhecimento acadêmico e tal e novas propostas, novas maneiras, tanto a psicologia como a enfermagem, acho que é importante para o crescimento da equipe. (P2)*

*E eu acho que a Residência (Multiprofissional em Saúde) com os estagiários vieram a agregar muito porque a gente está em constante aprendizado com eles, é outra percepção, é outra vivência e isso eu acho que agrega. (P5)*

*[...] no caso da Residência (Multiprofissional em Saúde) está nos ajudando, está trazendo mão de obra também. Mas em contrapartida, a gente também está tendo que se obrigar a isso, a poder caminhar em direção de um de um objetivo em comum que é a política. Então, a gente se obriga a fazer isso porque se a gente não abre espaço, a gente fica muito fechado, muito só no nosso trabalho e aí não consegue ver essas outras coisas. (P8)*

Isto é fundamental que seja observado, identificar que os profissionais residentes estão fazendo a diferença para os serviços de saúde. Eles contribuem com o conhecimento acadêmico que tem e realizam trocas entre teoria e prática com os profissionais concursados dos serviços, enriquecendo o atendimento prestado aos usuários. É com uma visão de contribuição para a atenção a saúde que se investe nesse regulamento e financiamento de programas de residência multiprofissional, justamente para potencializar e possibilitar formação de profissionais, quanto para contribuir com a mudança nos serviços (BRASIL, 2006b).

Visualizam também que abrir espaço para os residentes no serviço de saúde enriquece a atenção nas diferentes formas, auxiliando principalmente para que os profissionais do serviço não se fechem no seu saber, estando aberto para trocar, apreender e compartilhar. Outro fator, bastante positivo para potencializar a atenção aos usuários de drogas é justamente o compartilhar, o trabalhar junto como refere o profissional, a seguir:

*Hoje, a gente quer trabalhar junto com a coordenação da atenção básica e nas unidades também, no matriciamento para que a atenção básica [...] veja que saúde mental é problema também da atenção básica. (P6)*

Corroborando com isso, destaca-se o matriciamento, pois fortalece a construção e concretização da rede de assistência à saúde, tornando-a mais capacitada e efetiva,

desenvolvida pelos profissionais dos serviços. O mesmo consiste em uma estratégia que promove a interlocução entre os diferentes serviços da rede de saúde e tem como objetivo organizar o processo de trabalho e aumentar a resolutividade das equipes de APS. Nesse aspecto, os profissionais especialistas apoiam os profissionais da AB, discutindo casos clínicos e os capacitando para a atenção (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011).

O depoimento de P6 traz uma síntese de como realmente deveria acontecer a atenção aos usuários de drogas, ou seja, todos precisam trabalhar juntos. Isto significa que profissionais residentes, profissionais concursados dos serviços, as unidades básicas de saúde, bem como de outros serviços de saúde necessitam estar sintonizados com a Rede. Isso certamente é um dos principais fatores que potencializa a atenção à saúde, o trabalho compartilhado e o trabalho em rede.

#### **4.3.2 Fatores que restringem à atenção a saúde aos usuários de drogas**

A atenção em saúde aos usuários de droga exige uma boa articulação entre os profissionais das várias formas de atenção e assistência social, as quais, os usuários recorrem para suprir as suas demandas. Todavia, as tentativas para que se articulem de fato os dispositivos de cuidado necessários à atenção a saúde parecem não ser fácil, tanto pelo fato dos serviços se encontrarem bastante fragmentado em seu fluxo, como pela falta de existência dos mesmos.

*A ausência de dispositivo de saúde que poderia estar realmente auxiliando uma melhora de vida e de promoção de saúde e não tem e ai a gente faz o que? A gente cruza os braços! [...] falta realmente inserir esses dispositivos [...] como consultório da rua. Então, tem isso assim, essa fragilidade de implementar todos os dispositivos para se cuidar. (P1)*

*A gente não tem equipe suficiente. A gente não tem consultório de rua. A gente não tem [...] carro para visita, vamos ter carro para fazer território (risos) [...] Realmente, a rede é muito precária [...] a própria rede já está fragilizada, a gente não tem todos os dispositivos que a lei preconiza. (P11)*

São fatores que limitam a atenção aos usuários de drogas, a falta de profissionais nos serviços e a falta de carro para fazer visitas domiciliares, quando necessário. Destaca-se que esses são dispositivos fundamentais para a atenção. Outros dispositivos importantes são os Consultórios de Rua que foram instituídos pela Política Nacional da Atenção Básica, em 2011, com o objetivo de ampliar o acesso da população de rua aos serviços de saúde,

buscando ofertar atenção integral à saúde para esses usuários. Além disso, busca atender essa população que se encontra em situação de vulnerabilidade e, muitas vezes, com os vínculos familiares interrompidos ou desgastados (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014).

Os Consultórios de Rua se constituem como um importante dispositivo na rede de Saúde Mental para ofertar ações de promoção, prevenção e cuidados primários no espaço da rua. Procura diminuir o vazio que existe na atenção à saúde voltada para as pessoas usuárias de drogas em situação de rua (TONDIN; NETA; PASSOS, 2013). Pode-se visualizar, nos depoimentos acima, que na prática, os Consultórios de Rua não se efetivaram e, essa falta de dispositivos acaba restringindo a atenção à saúde.

Entretanto, não é somente a falta de dispositivos de cuidado como os Consultórios de Rua que limitam a atenção à saúde aos usuários de drogas, existem outras barreiras na atenção que não dependem de estruturas físicas. Essas, também partem da vontade individual de cada profissional dos serviços, para atender a esses usuários.

*[...] tem que ter todo um comprometimento dos funcionários das unidades e, às vezes, a gente encontra dificuldades com os profissionais de lá. As pessoas, às vezes, têm uma visão muito, muito preconceituosa com dependência química ou com alcoólatra. Ah, o fulano bebe! Então, não é paciente para nós. Então, vai para o CAPS. Mas, tem pacientes que podem ser atendidos na unidade. (P2)*

*[...] só que daí tu não tem para onde encaminhar [...] tu não tens um serviço que possa te dar apoio e a rede de atenção básica está muito carente na parte de saúde mental e a demanda está crescendo muito [...] Eu vejo falta comunicação da rede, às vezes, tu tens um caso que tu precisa encaminhar e o pronto socorro lá não recebe porque como é que vai deixar um paciente assim da psiquiatria junto com os meus normais. Eu já ouvi isso! (P5)*

*A gente não consegue vislumbrar ele (usuário de drogas) dentro dessa rede. Porque a rede não dá conta desse usuário porque é usuário de substância. (P14)*

Alguns profissionais de saúde demonstram preconceito que, por vezes, é acentuado e acaba limitando ou até mesmo impedindo que prestem atenção à saúde aos usuários de drogas. Segundo Ronzani; Noto; Silveira (2014), uma das razões que interfere diretamente na atenção a saúde aos usuários de drogas é o preconceito, o estigma, o usuário é visto como violento e único responsável pela sua condição.

O preconceito por parte dos profissionais de saúde, pode ser, às vezes, justificado pelo fato do uso de drogas não ser visto como problema de saúde e sim como falta de caráter do

usuário. Essa postura dos profissionais da saúde acaba restringindo as possibilidades de acesso e de acolhimento para as pessoas que apresentam problemas pelo uso de drogas. Destaca-se que o preconceito e a discriminação com os usuários de drogas afetam negativamente a qualidade da assistência oferecida nos serviços de saúde, podendo criar barreira na busca por ajuda (RONZANI; NOTO; SILVEIRA, 2014).

Essa barreira pode dificultar, não somente o acesso dos usuários de drogas aos serviços, como também de comunicação entre os profissionais da saúde, como se identifica nos depoimentos a seguir em que os mesmos referem que não existe rede de atenção.

*A questão da rede não estar interligada também [...] dificuldade das equipes não estarem completas, às vezes, a gente não consegue fazer um link com a atenção básica [...] Não existe rede de saúde. Não existe outro suporte para esse usuário. (P3)*

*Mas, assim, é a deficiência da rede [...] ser assim, de tu conseguires trabalhar em rede de forma correta sabe. Então, tu fica [...] tu tem muita descontinuidade nas tuas [...] no teu fazer assim no dia a dia, no teu processo de trabalho, o teu processo, às vezes [...] tu tenta montar um processo de trabalho junto com a tua equipe, mas tu não consegue trabalhar intersetorialmente de forma adequada. E, isso, acaba prejudicando o nosso atendimento. (P9)*

A descontinuidade das ações no atendimento aos usuários de drogas é tida como um fator negativo na atenção à saúde. Ainda, os usuários parecem não estar aderindo a AB como primeira atenção e sim utilizando serviços secundários que são os CAPS AD, como primeira alternativa. Como isso, se identifica que o fluxo não está funcionando como deveria, ou seja, primeiro os usuários deveriam ser atendido na AB e, somente se necessário, encaminhado para os serviços de atenção secundarias e, logo depois, quando possível, voltar a ser atendidos na AB. Porém, percebe-se que o grande desafio esta realmente na construção de uma rede integrada, que consiga articular suas práticas, visando garantir ações de qualidade e de integralidade nas suas práticas de atenção à saúde (LAVRAS, 2011).

*Então, toda vez que acontece de chegar e tem chegado bastante paciente como um risco de suicídio grande, que ao avaliar a gente observa que é caso para gente mandar para um serviço de urgência, é uma dificuldade conseguir [...] só se chamarem o SAMU ali, e levar da rua, porque se o serviço chama não vem. (P6)*

*Mas, elas poderiam usar menos o serviço (CAPS Ad). E, elas continuam acessando até pela falha, eu acho da rede básica, que não é uma falha. Mas, é um problema estrutural da rede básica. Não tem uma estrutura adequada para atender essa demanda que já poderia*

*ter retornado. Ela deveria vir da rede básica, passar pelo serviço e retornar para a rede básica. Só que ela vem, às vezes, de vários outros serviços. Não só da rede básica e permanece, não volta e a gente absorva tudo isso. Então, fica pesada a máquina, fica cansativa, fica difícil. (P13)*

E, em se tratando das dificuldades encontradas na atenção a saúde, destaca-se a dificuldade de trabalhar articulado com Rede de Atenção à Saúde, segundo o depoimento de P6, que se um serviço necessitar de suporte do outro, sua solicitação poderá não ser atendida. Isto é uma contradição ao que é preconizado na Portaria n. 4.279, do Ministério da Saúde. Esta definiu que a Rede de Atenção à Saúde deve ser um sistema organizativo de ações e serviços de saúde que, integradas por meio de sistemas de apoio, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010 c).

Entretanto, para que se concretize essa atenção integral precisam-se organizar os serviços e, principalmente, extinguir a fragmentação da Rede de Atenção à Saúde manifesta de diversas formas. Como a exemplo, a fragilidade de articulação entre gestão do sistema e a gestão do serviço e a desarticulação entre os serviços de saúde. Também, entre as práticas desenvolvidas por profissionais de um ou mais serviços, voltadas para um mesmo indivíduo (LAVRAS, 2011).

*Eu acho que é uma gestão desorganizada, já tivemos [...] a gente sabe que tem dificuldades [...] nunca estive tão desorganizado como está agora! Eu acho que em função da troca, até de secretários, porque a nossa secretaria da saúde vem trocando desde que está esse prefeito. Acho que trocou já oito vezes de secretário de saúde ou mais até, não sei. Mas, então, essa troca, aí vem uma troca do secretário, vem a troca dos CC's (cargo de confiança) [...] troca dos coordenadores de política. Então, tudo isso, tu não consegue ter uma gestão assim como é que eu vou te [...] sistematizada. (P8)*

Para que se consiga uma melhoria a atenção à saúde dos usuários de drogas necessita-se, em primeiro lugar, vencer os preconceitos que alguns profissionais têm em relação a prestar assistência a esses usuários de drogas. É preciso ter continuidade e organização na assistência, ter os dispositivos de cuidado em pleno funcionamento e, conseguir trabalhar em rede com os serviços.

Alguns dos fatores que potencializam as dificuldades para a efetivação da atenção à saúde é a descontinuidade do trabalho, a falta de profissionais e todas essas questões de trocas que vêm acontecendo, como troca de secretários, de coordenadores, entre outros. Todos esses

são fatores que restringem à atenção a saúde aos usuários de drogas precisam ser revistos e superados.

#### 4.3.3 A fragilidade da interlocução da gestão municipal com os serviços de saúde mental

Inicia-se aqui uma discussão no sentido de buscar entender as dificuldades que os profissionais de saúde encontram com relação a trabalhar com a gestão. É possível visualizar nos depoimentos abaixo que a gestão não busca trabalhar em conjunto com os profissionais dos serviços de saúde, ou seja, não se engaja nas demandas dos serviços, para atender as necessidades de saúde dos usuários. Segundo estudo, existe uma falta de empenho por parte dos gestores o que compromete a assistência à saúde prestada pelos profissionais dos serviços (RAMALHO et al., 2014). Existe uma necessidade concreta de avanços na gestão da saúde, como se identifica, a seguir.

*Percebe-se que a maior dificuldade não é trabalhar com os usuários, a situação de vulnerabilidade, a situação de desorganização em função do uso. A maior dificuldade é trabalhar com a gestão realmente, por esses déficits, essas questões de que cansam a gente e ir à reunião, a gente tentar construir uma reunião de cogestão[...] ai tem uma coordenação que não faz, não ajuda no sentido, não pensa junto, não se engaja, junto com movimento mais coletivo. (P1)*

A gestão, muitas vezes, deixa a desejar o suporte que deveria dar aos profissionais de saúde. Tanto com relação ao apoio administrativo, quanto à questão de repasse de recursos financeiros para os serviços. É oportuno destacar que cabe à gestão garantir a sustentabilidade dessas ações de saúde nos serviços (RAMALHO et al., 2014).

Ainda, a gestão deve ter um olhar capaz de identificar os fatores necessários para a realização das ações de saúde, que não podem estar descolados do contexto social no qual o usuário está inserido. A partir do seu contexto emerge os elementos determinantes e explicativos de necessidades de saúde dos mesmos (GONDIM et al., 2011). No depoimento de P2 se observa certo descomprometimento com as atividades e ações, por parte da gestão.

*Às vezes, falta apoio da gestão, da administração. Às vezes, a gente tem que fazer coisas assim que dependeria da gestão e, a gente vê que não vai ter resultado, a gente faz por conta, até de tirar dinheiro do nosso próprio bolso para fazer algumas oficinas. (P2)*

*Apoio ruim, péssimo às vezes da gestão (risos) aquela parte da queixa tem coisas que podia funcionar melhor se a gente tivesse (risos) uma parte administrativa melhor [...] a*

*gente teve reunião inter-equipes e a gente chegou a um ponto de dizer: olha, a gente não quer mais reunião de sessão de terapia. A gente quer uma reunião que seja resolutive, que a gente tenha a presença da secretaria da saúde aqui, porque a gente está se queixando para coordenação de saúde mental e não está acontecendo nada. Então, a gente quer a secretaria de saúde presente nessas reuniões para ela entender o que está acontecendo. (P3)*

*Então, às vezes, eu acho que a gestão ela não trabalha junto. (P5)*

*A gestão está péssima [...] sabe o que era para ser bom, acabou sendo muito ruim, para o trabalhador, para as condições de trabalho, para o usuário. (P6)*

Identifica-se que a gestão está pouco colaborativa com os profissionais de saúde, pois os mesmos não estão sendo ouvidos e nem acolhidos pela gestão nas suas solicitações. Esse debate sobre as dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde em trabalhar com a gestão se faz necessário, por ser a gestão responsável pelas funções gestoras dos serviços, desde o planejamento das ações, das estratégias de implantação das ações e, do cotidiano das práticas dos profissionais de saúde e nas escolhas das prioridades (GONDIM *et al.*, 2011).

Entretanto, a prática nos serviços de saúde, fica fragilizada por, muitas vezes, a gestão não cooperar com as demandas e necessidades apresentadas pelos profissionais dos serviços de saúde. Isso se observa quando os mesmos referem que falta apoio, pessoal, estrutura e materiais de trabalho.

*Claro que tem alguns momentos em função de tudo o que a gente passa, das dificuldades de gestão, das dificuldades do próprio serviço, existem algumas falhas (na atenção). Agora, as minhas frustrações são em relação à gestão porque [...] toda essa dificuldade no geral, assim, toda a saúde que a gente está vivendo, falta de pessoal, a questão de estrutura ( condições péssimas), aquele apoio assim, de material (para oficinas) que a gente precisa e a gente não tem, nunca a gente teve assim cem por cento, mas agora a gente tem menos ainda [...] e isso é bem frustrante. (P8)*

*Isso se a gente não se cuida a gente se frustra muito, para mim é uma das questões principais sabe. Hoje, essa nossa falta de um olhar da gestão para as necessidades dos profissionais de saúde de uma forma geral, tanto nos CAPS, quanto nas UBS, quanto nas ESF, de uma forma geral, tu vai às unidades, tu te da vontade de chorar, se tu te descuida, se tu te descuida, assim, te dá vontade de chorar. (P9)*

O trabalho quando é realizado com poucas ou mínimas condições de ser realizado podem frustrar os profissionais de saúde. Sabe-se que esse tipo de problema não é novo, já é

bastante conhecido por eles. Então, questiona-se: porque a gestão não busca resolver ou minimizar a falta de profissionais nos serviços? Melhorar as estruturas físicas que, se encontra em condições ruins? Encaminhar os materiais necessários para a realização das oficinas, que são básicas? Entretanto acredita-se que se faz necessária a contratação de profissionais gestores na saúde que tenham conhecimento aprofundado sobre a área e, que se extingam as indicações políticas para cargos importantes como esse, que necessita de pessoas com qualificação em saúde.

Salienta-se que para se produzir um serviço de qualidade na saúde necessita-se de estrutura física adequada, ter material disponível e da existência de profissionais na gestão qualificados e motivados para realizar essas transformações. Pois, devido à complexidade desse setor, que é a gestão em saúde, é fundamental saberes e habilidades em saúde para o desenvolvimento das atividades necessárias (SCALCO; LACERDA; CALVO, 2010). Identifica-se uma dificuldade para a realização do trabalho quando a gestão não trabalha junto e, não pensa o processo de trabalho junto com o serviço.

*Mas, eu acho que falta da parte da gestão uma [...] porque, assim, nós vamos, muitas vezes, fora do nosso horário de trabalho, horário extra, com carro próprio. Geralmente, a gente não tem um carro para poder fazer essas coisas (visitas domiciliares). Então, tudo é por iniciativa própria. A gente não recebe nenhum auxílio da prefeitura para fazer isso [...] A gestão não se envolve com isso assim. Eles não estão interessados se a gente vai se não vai, se tem grupo, se não tem grupo. (P13)*

*Não tem consultório de rua [...] A gente não tem recursos financeiros [...] não se investe, para nós conseguir materiais para uma oficina terapêutica a gente teve que ficar quase que a meio ano implorando papel, caneta tesoura, coisas que é de serviço básico. É um serviço que não consegue fazer visita domiciliar porque não tem carro ou tem carro uma vez por semana. Se agora acontecesse alguma situação de risco ou de alguma tentativa de suicídio, a gente teria que ligar para a secretária implorar para que o motorista pegasse um carro lá e viesse nos buscar para a gente fazer alguma intervenção, porque se não, é só no dia. A gente tem que combinar assim [...] porque pelo amor de Deus, eu vou te fazer visita só daqui uma semana ou daqui um mês porque não tem como ir antes, porque o serviço não tem carro disponível. (P14)*

Estas são questões bastante difíceis de entender e de relevância para serem discutidas em diferentes espaços. Questiona-se: como se pode gerir um serviço sem ter comprometimento com ele? como um profissional de saúde realiza visita domiciliar sem ter carro para isso? não ter materiais básicos como papel, caneta e tesoura chega a ser uma

anedota. E implorar para a secretária liberar um carro quando existe um risco de suicídio de algum cidadão, é desfazer da saúde no geral.

Dentro das questões básicas para o desenvolvimento de um bom trabalho em saúde, destaca-se a importância do incentivo dos gestores por realizar capacitação e educação permanente para os profissionais de saúde, como descreve P11.

*A gente precisava ter mais investimento da gestão para estar estudando, participando de cursos, participando de palestra, congresso porque é fundamental tu estar em contato com o que vem de novo no conhecimento acadêmico para ti estar implantando [...] não é só questão de boa vontade profissional, não tem verba, não tem investimento da gestão. (P11)*

Percebe-se, neste depoimento, que o profissional identifica a necessidade de estar se qualificando e participando de espaços de discussões. Porém, a gestão parece não contribuir com esse processo de formação. A falta de preparo, o desconhecimento das necessidades dos profissionais de saúde, o descuido com os serviços de saúde são considerados como descaso por parte da gestão com os serviços e, com isso, identifica-se uma necessidade de realização de educação permanente (SANTANA *et al.*, 2012).

O grande desafio é fazer com que a gestão reconheça que existe uma deficiência na formação profissional e que a mesma deve promover modificações nesse sentido, proporcionando espaços de ensino que possam contribuir para um processo formativo dos profissionais de saúde que considere as necessidades da comunidade. Nesse contexto, se reforça a necessidade de fortalecimento dos vínculos entre as universidades e os profissionais dos serviços para que ocorra a integração ensino/serviço (MAGNAGO, 2015).

Em síntese, percebe-se que existe a deficiência de um olhar da gestão para a atenção a saúde dos usuários de drogas. A gestão não se engaja no trabalho com a equipe, não pensa junto com os profissionais dos serviços e essa falta de comprometimento acaba prejudicando a assistência. Os profissionais referem sentirem-se frustrados com a gestão, por várias razões, que perpassam desde falta de verba para comprar materiais para as oficinas que são realizadas nos serviços, como ter que implorar um carro para fazer uma visita domiciliar, mesmo quando existe um risco de suicídio.

Referem que vislumbram por reuniões resolutivas e, com a presença da Secretária de saúde para que as questões tenham possibilidade de se resolver. Ainda, um fator que surge de bastante relevância é a necessidade de contratação de profissionais gestores na saúde que tenham conhecimento aprofundado sobre a saúde e que se extingam as indicações políticas para os cargos importantes como na saúde.

#### 4.4 QUESTÕES QUE CANSAM E FRUSTRAM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM RELAÇÃO AOS USUÁRIOS

Esta categoria é formada pelo tema: Cansaço e frustrações dos profissionais. Nessa os mesmos referem os motivos e as situações que lhes causam cansaço e frustrações.

##### 4.4.1 Cansaço e Frustrações dos profissionais

Ficar cansado após um dia inteiro de trabalho é bastante comum. Mas quando o cansaço começa a ser constante pode-se buscar alternativas para diminuí-lo. Com relação a isso, em diversos locais, os profissionais de saúde trabalham sobrecarregados devido ao excesso de usuários e poucos trabalhadores para prestar assistência, o que às vezes, acaba ficando cansativo (SANTANA *et al.*, 2012).

*[...] a gente cansa de trabalhar com uma questão só (a droga), mas por isso que eu tento, sempre estar modificando dentro do serviço mesmo a minha forma de trabalho para não enjoar tanto, porque, as vezes, a gente cansa. (P8)*

*Agora, é diferente de cuidar de tantos juntos. É cansativo, é maçante, é [...] como é que eu vou te dizer é desafiador porque uma história é diferente da outra, tanto a história pessoal, quanto a história relacionada ao uso (da droga). Às vezes, a gente vê colegas que estão com menos tempo e já estão cansados, outros já estão usando certos escudos pra [...] de proteção para não sofrerem tanto também. (P9)*

*Muitas vezes, por estarem estressados, cansados, adoecidos, eu vejo hoje toda a rede, não só aqui [...] os profissionais adoecidos. A gente sabe de profissionais que estão deprimidos, que tomam medicação, que estão em sofrimento psíquico. (P11)*

Os profissionais de saúde já estão usando escudos para se protegerem de certas questões que podem levá-los ao adoecimento. Percebe-se que cada vez mais pessoas adoecem em decorrência da sobrecarga existente no trabalho, podendo levá-los ao estresse.

Com relação a isso, a integração entre o ambiente de trabalho, o conteúdo do trabalho, a organização, as necessidades e as competências do trabalhador, quando esses são muito cobrados, poderão interferir de forma negativa na saúde do trabalhador, ocorrendo estresses, desconfortos, sofrimento e o adoecimento dos mesmos. Também, muitas vezes, além de acontecer que o trabalhador adoença, existe a tendência de se responsabiliza-lo pelo seu

adoecimento sem que seja considerada as relações de trabalho e o próprio ambiente em que está inserido (SIMÕES; HASHIMOTO, 2013).

*É muito extenuante, é muito desgastante e o funcionário acaba com isso [...] absorvendo uma carga muito negativa, muito grande e adoecendo ou ficando desmotivado ou ficando entristecido ou ficando [...] e acaba ficando desmotivado para fazer o trabalho melhor. (P13)*

Então, quando acontece o adoecimento, por vezes, os trabalhadores ficam sem vontade de estarem no trabalho. Entretanto, o fato é que os profissionais de saúde estão propensos a serem acometidos por problemas físicos e psicológicos vindo a adoecer por vários fatores relacionados ao trabalho (BROTTO; DALBELLO-ARAUJO, 2012).

Cabe refletir sobre as questões que surgiram como fatores que desencadeiam o adoecimento dos profissionais de saúde, em especial aos trabalhadores que atendem usuários de drogas, por ser essa uma atividade bastante extenuante. Os profissionais que prestam atenção a esses usuários, por vezes, começam a criar barreiras para não adoecerem e, mesmo assim, acabam adoecendo. Recebem uma carga bastante negativa e difícil de ser trabalhada, pelas diversas questões que envolvem esse contexto das drogas e, não é somente a droga em si.

Com relação a isso, visualiza-se que trabalhar com usuários de drogas é desafiador em todos os sentidos. Os profissionais vivenciam muitas coisas, é um desafio a cada dia e, os mesmos tem que ser resistentes às frustrações (XAVIER; MONTEIRO, 2013). A seguir, os profissionais de saúde relatam as suas frustrações em relação à atenção à saúde de usuários de drogas.

*Eu fico meio frustrado que algumas ações não tem resultado esperado. (P2)*

*Obviamente, que quando tu trabalhas com drogadição, tu tem que ter uma tolerância muito grande a frustração. (P4)*

*É bastante frustrante em função de algumas expectativas que embora a gente saiba que não deve ter, mas tu sempre tem como profissional da saúde[...] E trabalhar com AD (álcool e drogas) [...] as melhoras que a gente observa não são em termos muito grandes, são melhoras pequenas[...] Então, tem que olhar para ganhos muitos pequenos na vida dessas pessoas. (P6)*

*Porque trabalhar com dependência química tem muito de frustração. O paciente recai, o paciente não adere ao tratamento. Então tu trabalha com a frustração não é como tu trabalhar com [...] o pediatra, por exemplo, dá Amoxicilina e no outro dia a criança*

*baixou a febre, está pulando e cantando, que coisa boa, fiz a mágica, não o trabalho com dependente químico é um trabalho cheio de frustrações, o trabalho com saúde mental em si é [...] daqui um pouco o paciente está recaído ou como eu já vi assim na fala da colega, frustração de ter trabalhado anos com o paciente ai de repente o paciente cometeu o suicídio. Então, são coisas que vão gerando estresse no trabalho e a frustração é a principal delas. (P7)*

*Então, foi bastante frustrante, porque a gente [...] aposta no paciente, ai quando vê o paciente recai e, isso, no início era muito complicado para nós. (P8)*

A partir dos depoimentos percebe-se que atender aos usuários de drogas pode ser, às vezes, frustrante. Os profissionais de saúde referem que o sentimento de frustração no trabalho nessa área da saúde mental, perpassa pelas percepções da pouca resolutividade para os usuários e, por ser uma doença entendida como ausência da cura e a tendência de cronificação dos usuários, esse pode ser um fator que potencialize bastante as frustrações (SANTOS; CARDOSO, 2010). Contudo, tem alguns dos profissionais que conseguem lidar melhor com essas questões. Os mesmos referem que não chegam a se frustrarem porque entendem que a melhora dos usuários é razoavelmente pequena, estatisticamente falando e, assim, não se deixam desmotivar.

*Não chega a ser frustrante [...] porque tu sabe que o índice, assim, é as estatísticas, o percentual de pacientes que tem uma boa evolução é pequeno [...] mas, a gente tem que continuar, tem que tentar motivar os pacientes a cada recaída [...] tentar fazer com que as famílias não tenham uma expectativa tão grande a curto prazo porque a coisa é a longo prazo. (P12)*

*Então, tu tens que estar readaptando para o público. Acho que trabalhar num CAPS Ad é lidar com frustração porque [...] Hoje, a pessoa está bem, ela fica três, quatro meses [...] abstinente e recaí e daí é todo um trabalho que tu tem que construir novamente. (P15)*

Corroborando com o dito, identifica-se que cada ação de cuidado é diferente, nunca é igual e os usuários mudam a cada dia. Ainda, é necessária mudanças na formação dos profissionais que trabalham nas questões das drogas para apreenderem a lidar com as frustrações que são constantes (PRATTA; SANTOS, 2009). Destaca-se que prestar atenção à saúde dos usuários de drogas é discutir continuamente o processo saúde/doença, pois o que serve para um, não serve para outro e, assim por diante. Precisa-se ter claro todo o contexto que envolve esse tema, em que o usuário, a família e a comunidade estão inseridos e buscar

trabalhar da melhor forma possível, buscando minimizar o sofrimento decorrente do trabalho nessa área.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa buscou apreender as concepções de profissionais de saúde que cuidam usuários de drogas de CAPS Ad em um município do interior do Estado do Rio Grande do Sul, sobre a atenção à saúde nesse espaço; analisar os elementos que influenciam as concepções dos profissionais de saúde em relação à atenção à saúde dos usuários de drogas em CAPS Ad; e, identificar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre as políticas públicas relacionadas ao uso de álcool e outras drogas vigentes no Brasil, a qual permitiu conhecer a realidade desse grupo.

Pondera-se que a abordagem qualitativa utilizada foi relevante na condução de pesquisa com os profissionais que cuidam usuários de drogas assistidos em CAPS Ad, pois permitiu maior proximidade para perceber o vivido.

Assim, nas concepções dos profissionais de saúde em relação à atenção a saúde nesse espaço, identificou-se que alguns trabalham pautados lógica da abstinência, enquanto que outros trabalham mais voltados para a RD. Os resultados evidenciaram também, reflexões em relação à singularidade dos usuários e a importância de compreender o lugar que a droga ocupa na vida dessas pessoas, ou seja, que a droga perpassa transversalmente por questões sociais e que esse contexto é mais amplo que a própria droga, isoladamente.

Com relação a isso, para trabalhar essas questões necessita-se de Políticas Públicas eficientes, que segundo os profissionais de saúde, as mesmas como se propõem a ser, seriam resolutivas. Entretanto, na prática dos serviços de saúde existem entraves que precisam ser vencidos, tanto por parte dos profissionais, como pela sociedade. Além das dificuldades de fazer com que a Reforma Psiquiátrica aconteça de fato, existe a dificuldade de “reforma interna do ser”, que se deve fazer fortes investimentos. Atrelado a isso, identificou-se por parte de alguns profissionais, a necessidade de aprofundamento de conhecimento sobre as Políticas Públicas de Saúde referente à população a qual se está cuidando.

Percebe-se que os profissionais de saúde buscam realizar um atendimento de qualidade e que tenha sentido para os usuários. Também, buscam trabalhar em consonância com a Política Nacional de Humanização. Porém, se visualiza como dificultadores do processo da atenção a saúde, a falta de investimento financeiro nos serviços, a falta de profissionais e, o adoecimento dos mesmos, a descontinuidade no trabalho devido a trocas de profissionais, secretários municipais de saúde e coordenadores. Além disto, os profissionais de saúde referiram sentirem-se frustrados por serem desacreditados no seu processo de

trabalho por parte da gestão, que por sua vez, é desorganizada e, muitas vezes, descomprometida.

Um aspecto importante a ser considerado, nesse contexto, perpassa pela maioria dos problemas relatados nesta pesquisa, que é a questão de dificuldade de trabalhar com a gestão de saúde, que segundo alguns profissionais participantes desse estudo, a gestão é um dos fatores que mais dificulta a realização da atenção em saúde.

Considera-se que esta pesquisa contribuirá com os serviços de saúde, especialmente os CAPS ad que foram os cenários de investigação. E, almeja-se proporcionar informações para que os profissionais de saúde possam refletir sobre as ações que podem ser pensadas para atender a essas necessidades relatadas por eles, como por exemplo, de que a droga é mais uma consequência do contexto social dos usuários, do que o próprio problema. E, a partir daí, visualizar possibilidades, juntamente com as equipes multiprofissionais dos serviços. Também, sensibilizar aos gestores de saúde sobre todos esses relatos, para que os mesmos reflitam sobre a importância de dar uma maior atenção aos serviços de saúde mental. Ainda, que os profissionais residentes possam se apoderar mais ainda, para fazer essa mediação entre os serviços e a gestão em saúde. E, todos juntos, possam pensar projetos que abranjam melhoras no que se refere às questões sociais dos usuários.

Destaca-se que o desenvolvimento desta pesquisa apresenta algumas limitações como: a coleta dos dados ter sido realizada no período de férias de alguns residentes e profissionais; a não adesão na pesquisa, por parte de alguns profissionais dos serviços; a dificuldade de sala para realizar as entrevistas; interrupções (batiam na porta ou abriam o que levava o participante a parar de falar ou esquecer o que estava falando).

A partir desses resultados, espera-se estimular rodas de conversa no núcleo de Enfermagem e, entre os diferentes núcleos envolvidos, com vistas a realizar um planejamento e desenvolvimento de estratégias que busque solucionar ou minimizar as dificuldades relatadas nessa pesquisa, potencializando o trabalho multiprofissional e em rede.

Diante disso, sugere-se o desenvolvimento de novas pesquisas para desvelar o porquê de todas essas dificuldades relatadas pelos profissionais dos serviços.

## REFERÊNCIAS

- ALVAREZ, S. Q. et al. Grupo de apoio/ suporte como estratégia de cuidado: importância para familiares de usuários de drogas. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 102-108, 2012.
- ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Rev Panam Salud Publica**, v. 29, n. 2, p. 84-95, 2011.
- ALVES, V. 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, p. 2309 – 2319, 2009.
- AZEVEDO, E. B. de.; FILHA, M. de. O. F. Práticas inclusivas na rede de atenção à saúde mental: entre dificuldades e facilidades. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 5, n. 2, p. 60-70, 2012.
- BESSA, M.A. Contribuição à discussão sobre a legalização de drogas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, p. 632-636, 2010.
- BOCCARDO, A. C. S. et al. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 22, n. 1, p. 85-92, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria/GM Nº 336 de 19 de fevereiro de 2002**. Disponível em:[http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39\\_Portaria\\_336\\_de\\_19\\_02\\_2002.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39_Portaria_336_de_19_02_2002.pdf) < acessado em 29/07/2014.
- \_\_\_\_\_. 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 / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. MS: Brasília, 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. rev. ampl.– Brasília:Ministério da Saúde, 2004b.
- \_\_\_\_\_. Gabinete de Segurança Institucional. **Conselho Nacional Antidrogas**. Política Nacional sobre Drogas. Brasília, 2005a.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. **Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005b. Disponível em :

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)< Acessado em: 03\11\2014>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Documentos preparatórios para 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2005c.

\_\_\_\_\_. Política nacional de humanização da atenção e da gestão do SUS — **material de apoio**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006b.

\_\_\_\_\_. Prevenção de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho: **conhecer para ajudar**. Brasília. Secretaria Nacional Antidrogas. Serviço social da indústria, 2008. BRASIL. Prevenção ao uso indevido de drogas. Curso de Capacitação para Conselheiros Municipais. Secretaria Nacional Antidrogas, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde** / Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Tribunal de Contas da União. Orientações para conselheiros de saúde/Tribunal de Contas da União. – Brasília : TCU, 4ª Secretaria de Controle Externo, 2010a.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde Política Nacional de Humanização. **Cadernos Humaniza SUS**. Volume 1. Formação e intervenção Série B. Textos Básicos de Saúde, Brasília, 2010b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 4.279, de 30 de Dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único, 2011a. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)<acessado em 31/10/2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde: Guia prático de matriciamento em saúde mental / Dulce Helena Chiaverini (Organizadora). [et al.]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde: **Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva**, 236 p. 2011b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 130, DE 26 de janeiro de 2012**, que Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. 2012a. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130\\_26\\_01\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html)< acessado em 29/07/2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde. (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II). 2012b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em Saúde** \Ministério da Saúde. Ed. 2ª, 4ª Reimpressão. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2015.

BROTTO, T. C. de A.; DALBELLO-ARAÚJO, M. É inerente ao trabalho em saúde o adoecimento de seu trabalhador? **Rev. bras. Saúde ocup**, São Paulo, v. 37, n. 126, p. 290-305, 2012.

CARLINI, E. L. de A. et al. VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras. 1ª Edição. **SENAD**. Brasília – DF. 2010.

CEBRID. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. **Livreto Informativo sobre Drogas Psicotrópicas**, 2003. Disponível em : <<http://www.cebrid.epm.br/index.php>> Acessado em: 29\10\2014>.

CORIOLOANO, M. W. de L. et al. Vivenciando o processo de municipalização do SUS no município de Juazeiro do Norte (CE). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2447-2454, 2010.

CORTES, L. F. et al. Atenção a usuários de álcool e outras drogas e os limites da composição de redes. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v. 16, n. 1, p. 84-92, 2014.

COSTA, J. S. D; VICTORA, C.G. O que é “um problema de saúde pública”? **Rev Bras Epidemiol**. v. 9, n.1, p. 144-51, 2006.

CRUZ, O.S.; MACHADO, C. Consumo “não problemático” de drogas ilegais. **Revista Toxicodependências**. Edição IDT. V. 16, n. 2, p. 39-47. 2010.

CRUZ, M. S. Redução de Danos, Prevenção e Assistência. **Prevenção ao uso indevido de drogas : Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias**. – 4. ed. – Brasília : Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, 2011.

FERNANDES, A. T; CASTRO, C; MARON, J. **Desafios para implementação de Políticas Públicas: intersetorialidade e regionalização**. Centro de Convenções Ulysses Guimarães Brasília/DF. 2013. Disponível em: <http://consadnacional.org.br/wp-content/uploads/2013/05/025-DESAFIOS-PARA-IMPLEMENTA%C3%87%C3%83O-DE-POL%C3%8DTICAS-P%C3%9ABLICAS-INTERSETORIALIDADE-E-REGIONALIZA%C3%87%C3%83O.pdf>. Acesso: 29 Fev. 2016.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde**: produção. 1ª Edição. Porto Alegre, Editora Rede UNIDA, 2014.

FORTESKI, R.; FARIA, J. G. de. Estratégias de Redução de Danos: um exercício de equidade e cidadania na atenção a usuários de drogas. **Rev. Saúde Públ.**, Florianópolis, v. 6, n. 2, p. 78-91, 2013.

GABATZ, R. I. B. et al. Percepção do usuário sobre a droga em sua vida. **Esc Anna Nery** (impr.), v. 17, n. 3, p. 520-525, 2013.

GANEV, E.; LIMA, W. de. L. Reinserção Social: processo que implica continuidade e cooperação. **Revista Serviço Social & Saúde**. UNICAMP Campinas, v. X, n. 11, 2011.

GARCIA, M. L. T.; LEAL, F. X.; ABREU, C. C. A política antidrogas brasileira. Velhos dilemas. **Psicologia & Sociedade**, Vitória, v. 20, n. 2, p. 257-266, 2008.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ªed. São Paulo: Atlas S.A. 2008.

GRUPO CULTURAL. **As drogas: Educação e Prevenção**. 1 ed. Barueri (SP): Equipe Cultural, 2008.

GUEDES, A. C. et al. A mudança nas práticas em saúde mental e a desinstitucionalização: uma revisão integrativa. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. V.12, n. 3, p. 547-53, 2010.

GONDIM, R. et al. Organização da atenção. In: Gondim R, Grabois V, Mendes Junior WV, organizadores. **Qualificação dos Gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro, 2011. p. 93-120. Disponível em: <<http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=12545&Tipo=B>>. Acesso: 21 Fev. 2016.

HENSCHER, D. L. C.; ROSA, D.; NISHIMURA, A. N. Quando a Política Pública para Álcool e Outras Drogas, no Brasil, contraria o processo de Inovação. **CASI**. Volta Redonda/RJ, 2012. Disponível em: <<http://www.ichs.uff.br/lapsicon/wp-content/uploads/2014/04/Pol%C3%ADtica-p%C3%ABblica-para-drogas-e-modelo-manicomial-no-Brasil-HENSCHER-DE-LIMA-ROSA-e-NISHIMURA.pdf>>. Acesso: 02 jun. 2015.

JUSTIÇA. **Ministério da Justiça do Brasil**. 2007. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?idconteudo=11288&rastro=INFORMA%C3%87%C3%95ES+SOBRE+DROGAS%2FTipos+d e+drogas/%C3%81lcool>. Acesso: 15 out. 2014.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc**. São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.

LIMA, D, S de. **As ações dos profissionais de saúde da atenção básica junto a usuários com problemas decorrentes do uso de álcool e drogas**. 2009. Dissertação (mestrado em Psicologia). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

LIRA, L. S. S. P. **Percepção da equipe da estratégia saúde da família sobre o cuidado às famílias de usuários de drogas**. 2012. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde). Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, 2012.

LONDERO, M. F. P.; CECCIM, R. B.; BILIBIO, L. F. S. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. Interface, Botucatu, v. 18, n. 49, 2014.

LUCENA, M. A.S.; BEZERRA, A. F. B. Reflexões sobre a gestão de processos de desinstitucionalização. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n. 9, 2012.

MAGNAGO, C.; PIERANTONI, C. R. **Dificuldades e estratégias de enfrentamento referentes à gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família, na perspectiva dos gestores locais: a experiência dos municípios do Rio de Janeiro (RJ) e Duque de Caxias (RJ)**. SAÚDE DEBATE | rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 9-17, 2015.

MACHADO, N. B. C. **Usuário ou Traficante? A Seletividade penal na nova Lei de Drogas**. Trabalho publicado nos Anais do XIX Encontro Nacional do CONPEDI realizado em Fortaleza – CE, 2010.

MAYER, R. T. da R.; ALBERTI, A. Z.; SIMONE, A. de. A.; GASPARG, F. L.; MINOZZO, F. Cartilha de Redução de Danos para Agentes Comunitários de Saúde, 2013. Disponível em: [http://www.vivacomunidade.org.br/wp-content/arquivos/cartilha\\_ACS\\_red\\_danos.pdf](http://www.vivacomunidade.org.br/wp-content/arquivos/cartilha_ACS_red_danos.pdf). Acessado em 13/11/2015.

MAYNART, W. H. et al. A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. **Acta Paul Enferm.** v. 27, n. 4, p. 300-3, 2014.

MEDINA, M. G. et al. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família? **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 69-82, 2014.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14<sup>a</sup>. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

NASCIMENTO, S. do. Reflexões sobre a intersetorialidade entre as políticas públicas. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 101, p. 95-120, 2010.

NIEL, M; SILVEIRA, D. X. da. **Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para profissionais de saúde**. 2011.

PASSOS, E. H; SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. **Psicologia & Sociedade**; v. 23, n. 1, p. 154-162, 2011.

PEREIRA, M. O.; VARGAS, D.; OLIVEIRA, M. A. F. de. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** (Ed. port.). Ribeirão Preto, v. 8, n.1, 2012.

PINTO, D. M. et at. Projeto Terapêutico Singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 493-302, 2011.

POLITICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO, PNH. 1ª edição. 1ª reimpressão. Brasília – DF 2013. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf). > Acesso: 29 jan. 2016.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. **Métodos, avaliações e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed. 2004.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. dos. Psicologia: Teoria e Pesquisa. O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: **Interfaces e Evolução**. V. 25, n. 2, p. 203-211, 2009.

QUEIROZ, V.E. **A questão das drogas ilícitas no Brasil**. Florianópolis, 2008.

RAMALHO, M. N. A. et al. Dificuldades na implantação da política nacional de atenção integral à saúde do homem. **Cienc Cuid Saude**, v. 13, n. 4, p. 642-649, 2014.

RIBEIRO, L. M. et al. Saúde mental e enfermagem na estratégia saúde da família: como estão atuando os enfermeiros? **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 2, p. 376-82, 2010.

RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. **O Tratamento do usuário de Crack**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

RIBEIRO, D, V, de, A.; AZEVEDO, R, C, S, de A.; TURATO, E, R. Por que é relevante a ambientação e a aculturação visando pesquisas qualitativas em serviços para dependência química? **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, V. 18, n.6, 2013.

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

ROOS, C. M. **Ações de redução de danos voltadas para usuários de drogas: uma revisão integrativa**. 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

SÁ, R. A. R.; OLIVEIRA, E. N. Reabilitação psicossocial: um enfoque dessa prática na rede de atenção integral à saúde mental de Sobral-CE. **Sanare: Revista de Políticas Públicas de Sobral- CE**. Sobral, v.6, n. 2, p. 49-55, 2005- 2007.

SANTOS, A. F. de. O.; CARDOSO, C. L. Profissionais de saúde mental: estresse e estressores ocupacionais stress e estressores ocupacionais em saúde mental. **Psicol. estud.** Maringá, v.15, n .2, 2010.

SANTOS, J. A. T.; OLIVEIRA, M. L. F. Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico. **J Nurs Health**. Pelotas, v. 1, n. 2, p. 82-93, 2012.

SANTANA, J. C. B. et al. Fatores que influenciam e minimizam os erros na administração de medicamentos pela equipe de enfermagem. **Rev. Enfermagem Revista**. v. 15. n. 01, 2012.

SENAD. **Glossário de álcool e drogas / Tradução e notas**: J. M. Bertolote. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010.

SILVA, W. R. A. (des) **atenção aos usuários de álcool e outras drogas na estratégia da saúde da família: concepções de enfermeiros, médicos e psicólogos.** 2012. Dissertação (mestrado em Psicologia). Universidade Federal de Uberlândia, 2012.

SILVA, K. L. et al. Intersetorialidade, determinantes socioambientais e promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n.11, p. 4361-4370, 2014.

SIMÕES, F. I. W.; HASHIMOTO, F. Adoecimento no trabalho: Um estudo de caso. **Rev. Laborativa**, v. 2, n. 2, p. 73-85, 2013.

SODELLI, M. A abordagem proibicionista em desconstrução: compreensão fenomenológica existencial do uso de drogas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, p. 637-644, 2010.

SCHNEIDER, D, R.; LIMA, D, S, de. 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, p. 168-178, 2011.

SOCOL, K. L. S. et al. O cuidado familiar ao indivíduo dependente de álcool e outras drogas. **Rev Rene**, v.14, n. 3, p. 549-57, 2013.

SOCOL, K. L. S. et al. O cotidiano das relações familiares com indivíduo dependente químico. **Cogitare Enferm**, v. 19, n. 1, p. 116-22, 2014.

SODELLI, M. A abordagem proibicionista em desconstrução: compreensão fenomenológica existencial do uso de drogas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n. 3, p. 637-644, 2010.

SOUZA, M. C. de. et al. Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 452-460, 2012.

SPRICIGO, J, S; ALENCASTRE, M, B. O enfermeiro de unidade básica de saúde e o usuário de drogas - um estudo em Biguaçu-SC. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 12, n. especial, p. 427-32, 2004.

SCALCO, S. V.; LACERDA, J. T. de.; CALVO, M. C. M. Modelo para avaliação da gestão de recursos humanos em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 603-614, 2010.

SUS. **O SUS no seu município: garantindo saúde para todos** / [Ana Lucia Pereira et al.]. - Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

TEIXEIRA, J. K. da. S. **Legalização/Repressão das Drogas: Percepção de Usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas.** Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso). Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2013.

TONDIN, M. C.; NETA, M. da. A. P. B.; PASSOS, L. A. Consultório de Rua: intervenção ao uso de drogas com pessoas em situação de rua. **Rev. Educ. Públ.** Cuiabá, v. 22 n. 49/2 p. 485-501, 2013.

TORCATO, C. E. M. et al. Drogas e Sociedade. **Sau. & Transf. Soc**, Florianópolis, v.4, n.2, p.i-iv, 2013.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico qualitativa: construção Teórica epistemológico, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humana.** 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

VARGAS, et al. Representação social de enfermeiros de centros de atenção psicossocial em álcool e drogas (CAPS AD) sobre o dependente químico. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.17, n.2, 2013.

VAZ, F. C. A.; CUNHA, T. C.; OLIVEIRA, D. C. Dificuldades na implementação das ações em saúde do trabalhador pelo Sistema Único de Saúde. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**, Teresina, v.4, n.4, p. 61-65, 2011.

XAVIER, R. T.; MONTEIRO, J. K. Tratamento de Pacientes Usuários de crack e outras drogas nos CAPS AD. **Psic. Ver.** São Paulo, v. 22, n.1, p. 61-82, 2013.

VIEIRA, J. K. D. S. et al. Concepção sobre drogas: relatos dos usuários do CAPS-ad, de Campina Grande, PB. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**, v. 6, n. 2, p. 274-295, 2010.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. O vínculo como diretriz para a construção da integralidade na estratégia saúde da família. **Rev Rene.** v. 13, n. 2, p. 375-85, 2012.

## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE A**

### **ENTREVISTA**

#### **1 Dados de identificação dos Profissionais**

1.1 Idade

1.2. Sexo ( ) M ( ) F

1.3 Naturalidade (procedência):

1.4 Estado civil:

1.5 Profissão:

1.6 Formação:

Especialização: sim ( ) Em que área?..... não ( )

Mestrado: sim ( ) Em que área?..... não ( )

Doutorado: sim ( ) Em que área?..... não ( )

Quanto tempo atua na profissão:

1.7 Quanto tempo atua com usuário de álcool e outras drogas?

#### **2 Questões orientadoras da entrevista**

2.1 Fale-me como é para você cuidar dos usuários de drogas no CAPS Ad?

2.2 Como você vê o trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde na atenção a saúde aos usuários de drogas no CAPS Ad?

2.3 O que você pensa sobre as Políticas de Atenção a Saúde de pessoas usuárias de álcool e outras drogas em tratamento no CAPS Ad?

## APÊNDICE B

### UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Título da pesquisa: ATENÇÃO À SAÚDE DOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NA CONCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS.**

**Pesquisadora Responsável/Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marlene Gomes Terra

**Pesquisadora autora:** Enfa. Mda. Joze Karlem da Silva Teixeira\*

**Instituição/Departamento:** Universidade Federal de Santa Maria/Departamento de Enfermagem/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

**Telefone e endereço:** (55) 3220-8263 e 3220-8029; Av. Roraima, Centro de Ciências da Saúde, Prédio 26, sala 1305 e 1302; CEP - 97105-970, Santa Maria, RS.

**Locais para coleta de dados:** Centro de Atenção Psicossocial Ad “Caminhos do Sol” e “Cia do Recomeço”.

Prezado(a) Senhor(a):

Eu, Joze Karlem da Silva Teixeira, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, juntamente com a Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marlene Gomes Terra, pesquisadora responsável pela pesquisa "**Atenção á Saúde aos Usuários de Drogas na Concepção dos Profissionais.**", o(a) convidamos a participar como voluntário deste nosso estudo. Justifica-se o mesmo pela importância em elucidar as concepções dos profissionais de saúde dos CAPS Ad e poder fomentar rodas de conversas com vistas a realizar o planejamento e desenvolvimento de estratégias e implementação de mudanças para as ações, que sejam voltadas as reais necessidades dos usuários de drogas, bem como de reforçar ações de atenção à saúde aos usuários de álcool e outras drogas nos CAPS Ad.

Esta pesquisa tem como objetivos: apreender as concepções de profissionais de saúde que cuidam usuários de drogas de CAPS Ad em um município do interior do Estado do Rio Grande do Sul, sobre a atenção à saúde nesse espaço; analisar os elementos que influenciam as concepções dos profissionais de saúde em relação à atenção à saúde dos usuários de drogas em CAPS Ad; identificar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre as políticas públicas relacionadas ao uso de álcool e outras drogas vigentes no Brasil.

Ressalto que antes de aceitar, é importante você compreender, que não é obrigado(a) a participar. A escolha em conversar ou não com a pesquisadora é sua e será respeitada. Mesmo depois de aceitar participar da pesquisa, em qualquer momento poderá desistir.

---

Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM: Av. Roraima, 1000 - 97105-900 - Santa Maria - RS - 2º andar do prédio da Reitoria. Telefone: (55) 3220-9362 - E-mail: cep.ufsm@gmail.com.

A sua participação será por meio de conversa (entrevista) individual, que se realizada em uma sala disponibilizada pelos serviços CAPS Ad “Caminhos do Sol” e “Cia do Recomeço”, conforme seu tempo de disponibilidade. Suas informações serão gravadas em um gravador digital, para que eu possa lhe dar maior atenção, não tendo que anotar. Mas se você preferir, ele não será utilizado.

Comunico que a sua participação na entrevista não representará, a princípio, risco à dimensão física, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual. No entanto, você poderá sentir-se cansado e nervoso, decorrente dessa conversa. Neste caso, se for seu desejo, a pesquisadora poderá encerrar a entrevista e, também poderá orientá-lo, caso desejar, a buscar apoio em serviço que tenha profissionais da área da saúde que seja da sua escolha.

O que você falar será digitado (transcrito) e, após os dados serem analisados a sua fala do gravador será desgravada. Os dados da pesquisa ficarão guardados por um período de 5 anos em *compact disc* (CD), junto a pesquisadora orientadora em um armário fechado e chaveado na sala 1445, 4º andar do Centro de Ciências da Saúde (prédio 26) da UFSM. Após esse período, serão destruídos. Somente a pesquisadora e os orientadores da pesquisa terão acesso à gravação. Posteriormente, essas informações serão organizadas, analisadas, divulgadas e publicadas, sendo a sua identidade preservada em todas as etapas. É importante salientar que nesse período os participantes poderão ter acesso aos mesmos.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão ser divulgadas, apenas, em eventos ou publicações, sem a identificação do seu nome, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. Assim, na divulgação dos resultados, você receberá a letra ‘P’ por ser a inicial da palavra profissional seguida de um número (P1, P2, P3 e, assim sucessivamente) que não necessariamente será a ordem das entrevistas. Assim, ninguém poderá descobrir quem é você e sua identidade ficará protegida.

Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelas pesquisadoras. Fica, também, garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

#### **Autorização**

Eu, \_\_\_\_\_, após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com a pesquisadora, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro para que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício

Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade, bem como de esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo.

Assinatura do voluntário: \_\_\_\_\_

Assinatura do responsável pela obtenção do TCLE: \_\_\_\_\_

Local: Santa Maria/RS\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de 2015.

Uma cópia deste documento será guardada e a outra ficará com o responsável que autorizou a participação na pesquisa. Foi desenvolvido respeitando a Resolução CNS N° 466, do Conselho Nacional de Saúde de 2012.

## APÊNDICE C

### TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

**Título do projeto de Dissertação: ATENÇÃO À SAÚDE DOS USUÁRIOS DE  
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NA CONCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS.**

**Pesquisadora responsável/Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marlene Gomes Terra\*

**Pesquisadora autora:** Mestranda: Enfa. Joze Karlem da Silva Teixeira\*\*

**Instituição/Departamento:** Universidade Federal de Santa Maria/Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSM

**Telefone:** (55) 3220-8263 e (55)3220-8029

**Locais para coleta de dados:** Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas “Caminhos do Sol” e “Cia do Recomeço”.

As pesquisadoras do presente projeto se comprometem a preservar confidencialidade dos dados os quais serão coletados por meio da entrevista e, gravada em um gravador digital com os profissionais de saúde tanto os servidores públicos municipais quanto os da Residência Multiprofissional que atuam nos dois CAPS Ad “Caminhos do Sol” e “Cia do Recomeço”. Para tanto, as entrevistas serão realizadas em uma sala que resguarde a privacidade do participante que estará disponível nos referidos serviços.

Concordam, igualmente, que estas informações somente serão ser divulgadas de forma anônima e, também utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. O material da pesquisa ficará guardado por um período de 5 anos em *compact disc* (CD), sob a responsabilidade da pesquisadora orientadora Prof<sup>a</sup> Dra. Marlene Gomes Terra, em um armário fechado e chaveado na sala 1445, 4º andar do Centro de Ciências da Saúde (prédio 26) da UFSM. Após este período, os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_, e recebeu o número do CAAE \_\_\_\_\_.

Santa Maria, \_\_ de \_\_\_\_\_ 2014.

---

Marlene Gomes Terra  
RG – 1000626968  
SIAPE – 1278314

## **ANEXO**