

## Percepções do Cuidado aos Usuários de Drogas por Agentes Comunitários de Saúde\*

Community Healthcare Agent's Perceptions About the Care of Drug Users

Bárbara Cristina de Assis Melo<sup>I</sup>

Júlia Inácia Vieira Assunção<sup>II</sup>

Marcelo Dalla Vecchia<sup>III</sup>

### Resumo

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) fazem parte da equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) e são elos entre comunidade e equipe. Buscou-se compreender sua atuação no cuidado a usuários de álcool e outras drogas em um município de Minas Gerais, a partir de entrevistas individuais não estruturadas com estes profissionais. Recorreu-se à análise de conteúdo como referencial teórico para análise do material empírico. Foram delimitados quatro núcleos temáticos, abarcando centralmente as ideias de medo e preconceito em relação ao usuário; sofrimento familiar devido ao uso; desconhecimento da Rede de Atenção Psicossocial; e percepção de insuficiência na atuação profissional. Constatou-se, dentre outros aspectos, a relevância da Educação Permanente envolvendo os ACS amparada pela perspectiva da redução de danos.

**Palavras-chave:** Agentes comunitários de saúde; Estratégia saúde da família; Álcool e outras drogas.

### Abstract

Community Health Agents (CHA) that integrates the health care team of Family Health Strategy (FHS) are considered a bond between the community and the healthcare team. The present article aimed at the comprehension of CHA's practices in the healthcare of alcohol and other drugs users at a city of Minas Gerais, Brazil, through the accomplishment of individual unstructured interviews. Content analysis was the theoretical framework to approach the data. Four main issues were identified including mostly the ideas of fear and prejudice towards the user; family suffering related to the consumption; Psychosocial Care Network's unknowing; and the perception of an insufficient professional practice. acting. It is noticed the urgency of continuing education involving CHAs supported by harm reduction perspective.

**Keywords:** Community health agents; Family health strategy; Alcohol and other drugs.

<sup>I</sup> Barbacena, Minas Gerais

<sup>II</sup> Ritópolis, Minas Gerais

<sup>III</sup> Departamento de Psicologia

## INTRODUÇÃO

Desde os primórdios da humanidade as drogas se fizeram presentes em diversos contextos e com diferentes finalidades. Seja para fins terapêuticos, recreativos ou religiosos, é possível identificar em todo o mundo culturas que se serviam e se servem dos psicoativos, variando-se o tipo de uso e o papel que eles desempenham (Escohotado, 2004). É a partir dessa necessidade de encarar a presença das drogas na sociedade e superar certa idealização acerca da possibilidade de seu banimento da vida social que vai se pautar a perspectiva da Redução de Danos (RD).

Conforme afirma Fernandes (2009, citado por Andrade, 2011), a RD se constitui como uma política de saúde que tem como objetivo reduzir os danos e os riscos relacionados ao uso de drogas, respeitando-se a liberdade de escolha do indivíduo de querer ou não cessar o consumo. Uma vez que tem como princípio norteador o resgate à cidadania do usuário de drogas

e o respeito aos direitos humanos, as práticas da RD estão em conformidade com a reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial.

Tenório (2002) aponta que a cidadania deve ser colocada enquanto “valor fundante e organizador” (p. 28) da Reforma Psiquiátrica, pois esta se caracteriza como um campo heterogêneo, um movimento que vai exigir tanto um novo paradigma clínico quanto traz em seu cerne a luta política pelos direitos sociais das pessoas em sofrimento mental. Com efeito, a abordagem da pessoa com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas que se pautem estritamente ora pela questão médica, ora pela questão jurídica precisa ser repensado.

O autor aborda, ainda, o papel das comunidades terapêuticas (CT) que vigoraram no Brasil entre o final da década de 1960 e início da década de 1970 com a pretensão de ser uma das soluções para a questão da lógica manicomial. Contudo, a retirada do usuário do meio social em que vive, preconizada pelo modelo de atenção difundido pelas CTs, é um aspecto criticado

\*Apoio: Fapemig

pelo movimento da reforma psiquiátrica, que propõe o tratamento em base comunitária, “incorporando-se à prática psiquiátrica aquilo que tradicionalmente era considerado ‘extraclínico’” (Tenório, 2002, p. 40).

Desse modo, a despeito da histórica negligência da saúde pública brasileira pelo menos até o início deste terceiro milênio no que tange às políticas públicas sobre álcool e outras drogas (Andrade, 2011), em 2003 o Ministério da Saúde propõe a Política Nacional Para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (PAIUAD), assumindo “o desafio de prevenir, tratar e reabilitar os usuários, segundo a Lei 10.216/01, marco legal da Reforma Psiquiátrica Brasileira” (Pinho, Oliveira, & Almeida, 2008, p. 83).

Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) torna-se referência para o acolhimento, atendimento e tratamento das pessoas que vivem problemas devidos ao uso de álcool e outras drogas. Logo, sendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) o motor principal da Política Nacional de Atenção Básica e para o acolhimento às demandas em saúde mental – incluindo-se aí as pessoas com problemas com álcool e outras drogas – previsto em lei para ocorrer também nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), é fundamental a integração de ações de RD na ESF como meio para equacionar a questão (Andrade, 2011).

O agente comunitário de saúde (ACS) tem papel estratégico na equipe de Saúde da Família (eSF), e sua atuação é regulamentada pela Lei n. 11.350, de 5 de outubro de 2006. Sua atividade possibilita ampliação da escuta e do acolhimento, apresentando maior facilidade na produção de vínculos com os usuários da rede (Dalla Vecchia & Martins, 2009). Em outra oportunidade, estes autores explicitaram que entre as concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de Saúde da Família (eSF) acerca de sua própria atuação, duas merecem destaque: o acolhimento enquanto recurso terapêutico e a “constituição de vínculos, responsabilização e continuidade nos cuidados em saúde” (Vecchia & Martins, 2009, p. 189). Aponta-se para a necessidade de atenção continuada e do uso da conversa como recurso terapêutico às pessoas com transtornos mentais, uma vez que se faz presente a ideia ampliada do processo saúde-doença, “incluindo dimensões psicossociais e os determinantes da condição de vida da população” (p. 190).

Assim, neste estudo, identificou-se que os trabalhadores da rede trazem a ideia de que é necessária uma diversidade de recursos, para além da consulta e da medicação, para possibilitar o cuidado integral à saúde. A atenção à saúde mental da equipe, que se encontra por vezes sobrecarregada, bem como a necessidade de

se trabalhar com a família, também foram enfocadas. Aparece, também, a noção de que a pessoa em sofrimento mental deve ser tratada como qualquer outro cidadão para que seja possível uma relação de confiança e construção de vínculos entre ela e o trabalhador. Desse modo, é importante que os profissionais tenham espaço na formação, tanto inicial quanto continuada, para refletirem acerca dos estigmas sociais relacionados às pessoas em sofrimento mental e não reproduzirem práticas pautadas no senso comum, ainda marcado pelo preconceito.

A literatura envolvendo especificamente a atuação do ACS junto a usuários de álcool e outras drogas é ainda escassa. Contudo, cotejando-se o que vem sendo produzido sobre a temática álcool e outras drogas, os apontamentos do estudo supracitado permitem destacar aspectos extensivos às pessoas com problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas: o sofrimento da família e o preconceito, legitimado por ideias de senso comum (Habimorad & Martins, 2013; Silveira, Soares, Noto & Ronzani, 2013). Não obstante, os agravos à saúde física fazem-se potencialmente presentes. Assim, considera-se que os ACS são atores fundamentais na garantia integral dos direitos à saúde do usuário de álcool e outras drogas, tal qual preconiza o SUS, considerando-se sua potencialidade na constituição de vínculos e acompanhamento longitudinal.

Dado este contexto, o presente trabalho teve como objetivo investigar a percepção do ACS acerca de sua própria atuação profissional no cuidado a usuários de álcool e outras drogas em uma cidade do interior de Minas Gerais. A partir disto, pretende-se contribuir para clarificar as necessidades e potencialidades no trabalho das equipes de Saúde da Família, no geral, e dos ACS, em específico, na atenção a este público. A escuta dos ACS acerca da temática possibilita elucidar os empecilhos na atenção básica no acolhimento de situações nas quais já ocorre um comprometimento da qualidade de vida em decorrência do uso de álcool e outras drogas. Além disto, também possibilita aquilatar o âmbito da prevenção de modo mais abrangente, tendo em vista ser esta uma das premissas básicas da atenção primária à saúde.

## MÉTODOS

Foram realizadas entrevistas individuais não estruturadas com oito ACS que atuavam na área de abrangência de quatro equipes distintas da ESF em um município do interior do estado de Minas Gerais. As quatro áreas correspondiam àquelas onde a atenção às pessoas com problemas com álcool e outras drogas era uma questão

central para a produção das ações assistenciais. Para a escolha destas áreas tomou-se como base territórios priorizados à época para as intervenções do Consultório na Rua em funcionamento no município.

O itinerário percorrido para se chegar aos sujeitos entrevistados foi o seguinte: o gestor municipal da atenção primária em saúde indicou uma equipe da ESF de cada uma das quatro regiões priorizadas no estudo. Subsequentemente, o responsável pela equipe foi consultado para indicar dois ACS cujas microáreas de abrangência contemplassem um alto número de famílias acompanhadas com pessoas vivendo problemas em decorrência do uso de álcool e outras drogas.

Os ACS foram previamente contatados e esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e, em seguida, consultados acerca do interesse em contribuir com o estudo. Não houve negativa para a participação e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, documento em que ficam ressaltadas as providências referentes ao sigilo e confidencialidade das informações fornecidas no ato da entrevista. Todas as entrevistas foram registradas em gravador digital e, em seguida, transcritas. O protocolo de pesquisa de número 012/2012 foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Campus Sede da Universidade Federal de São João del-Rei.

A coleta de dados foi realizada no primeiro semestre de 2013 pela primeira autora do presente artigo, então graduanda em Psicologia. Os dias e horários foram previamente agendados de acordo com a disponibilidade dos ACS. Todos os oito encontros individuais com a entrevistadora foram realizados durante o horário de serviço, nas respectivas unidades de funcionamento da ESF. A entrevista se iniciava com a seguinte questão: 'Como é, para você, atuar junto de pessoas que tem problemas pelo uso de álcool e outras drogas?'. Esta consistiu na única pergunta previamente formulada, de modo que as intervenções da entrevistadora foram mínimas, apenas para retomar o objetivo do estudo, quando se identificavam divagações no discurso do entrevistado.

Entrevistas não estruturadas são um instrumento de coleta de dados central nas pesquisas qualitativas, especialmente as de caráter exploratório, como é o caso do presente trabalho. Nesta modalidade de entrevista, o objetivo é considerar os significados que os entrevistados atribuem às suas experiências, respeitando-se, na análise, a fidelidade e a lógica por eles trazida no discurso (Fontanella, Campos, & Turato, 2006).

O referencial teórico utilizado para a análise das informações de pesquisa foi a análise de conteúdo, cuja finalidade é produzir inferências com base no

conteúdo objetivo de documentos (Campos, 2004). A análise realizada no presente trabalho dividiu-se em três etapas, seguindo a indicação de Bardin (1994). A primeira etapa consistiu na *pré-análise* do material, em que foram feitas várias leituras não-sistemáticas das entrevistas transcritas com vistas à apreensão das ideias e significados de uma forma global. A segunda etapa consistiu na *exploração do material*, em que se deu a codificação, sistematização e categorização dos documentos, sendo delimitados, neste processo, quatro núcleos temáticos. Na terceira e última etapa se deu o *tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação*, sob a luz da revisão da literatura acerca das práticas profissionais relacionadas aos cuidados voltados às pessoas com problemas com álcool e outras drogas na APS na perspectiva da RD.

Com base neste percurso, foram delimitados quatro núcleos temáticos: (a) *o medo e a insegurança em abordar usuários de álcool e outras drogas*; (b) *o comprometimento da dinâmica familiar do usuário em decorrência do problema com o uso de álcool e outras drogas*; (c) *desconhecimento do ACS acerca do funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)*, e (d) *a percepção de limitações na atuação junto de famílias com problemas com álcool e outras drogas*.

## RESULTADOS

Cinco mulheres e três homens foram entrevistados, entretanto, a entrevista de um dos homens foi descartada por problemas técnicos da gravação. Assim, sete entrevistas foram objeto de análise, sendo cinco mulheres e dois homens. Todos se declararam católicos; três se declararam negros, dois se declararam brancos e os outros dois, pardos. A idade média dos ACS entrevistados foi de 31 anos. Quanto ao estado civil, três entrevistados eram casados, três eram solteiros e um era divorciado. Quanto à escolaridade, cinco possuíam ensino médio e os outros dois concluíram o ensino superior. A renda familiar mensal variou de 339 a 900 reais por pessoa. Apenas uma entrevistada nunca exercera outra profissão a não ser a de ACS. O tempo de serviço como ACS variou de três a nove anos.

### *O medo e a insegurança em abordar usuários de álcool e outras drogas*

É recorrente nas falas a ideia de que o usuário de drogas é agressivo e violento, de forma que o ACS se esquive, ainda que não explicitamente, do contato com estas pessoas, sob a justificativa de se resguardarem de um

possível mal que estes poderiam lhe causar. Essa temática ganha respaldo no estudo sobre preconceito de Crochík (2006), em que o autor explicita que “não vemos a pessoa que é objeto de preconceito a partir dos diversos predicados que possui, mas reduzimos esses diversos predicados ao nome que não permite a nomeação: judeu, negro, louco, etc.” (p. 20). Desse modo, o usuário de drogas passa a ser reduzido unicamente à sua condição de ‘drogado’, em detrimento de tantos outros predicados: seu gênero, sua classe social, seu estado civil etc.

Além disso, “a essa particularidade que assume a característica preponderante da vítima do preconceito são associados outros atributos fixos que se constituem em estereótipos” (Crochík, 2006, p. 20), o que leva a uma associação irrefletida e generalizada do usuário de drogas como sendo insociável e perigoso. Vale pontuar que esta associação irrefletida não se constitui especificidade do modo como o ACS concebe este fenômeno, mas se faz presente em toda a sociedade de consumo (Baudrillard, 1970/2011). Em um meio regido pela urgência, em nome da alta produtividade, o tempo destinado à reflexão e convívio com o outro passa a ser secundarizado, o que referenda a lógica necessária para que uma relação com as coisas e as pessoas seja regida pelo imperativo do consumo.

Não obstante, Crochík (2006) aponta que o reconhecimento da fragilidade, a reflexão e o autoconhecimento são práticas dissociadas da economia capitalista, que preza sempre pela força e pelo imediatismo. Assim, a oportunidade de refletir sobre os preconceitos, na contemporaneidade, não tem espaço para ser cogitada. Sem circunstâncias que favoreçam a problematização de uma visão estereotipada, o ACS relatou seu medo de abordar usuários de drogas, o que pode ser conferido na fala da Entrevistada 4:

*Ah, a gente fica com um pouco de receio, né? Até porque eles... Assim, quando eles estão sob o efeito do álcool e da droga eles... Se tornam pessoas assim, totalmente diferentes do que... Quando está sem nada, né? Então a gente fica assim, com um pouco de receio, porque... É... Pode vir, te... Te gerar algum problema ali.*

Além disso, foi recorrente nas entrevistas a fala de que outras pessoas, como outros profissionais da saúde, a vizinhança ou os próprios familiares do usuário de drogas também se preocupam com a segurança do ACS neste contexto, conforme o seguinte relato da Entrevistada 4:

*Na área que eu atuo, as pessoas excluíram a... essas duas casas. [...] Não procuram eles pra ajudar, quando você fala que vai fazer visita lá, eles já ficam assim, ‘você vai mesmo?’, ‘você tem coragem de ir?’, ficam assim, com medo da gente ir lá, entendeu?*

Esta recorrência remete à teoria do bode expiatório, conforme aponta Crochík (2006). De acordo com esta teoria, adota-se uma atitude de desprezo e conseqüente evitamento do contato com um grupo social frágil, que é responsabilizado pelas mazelas sociais. Desse modo, a necessidade de afastamento do usuário de drogas, bem como sua culpabilização pela violência social, seriam mecanismos utilizados pela sociedade para tamponar as desigualdades de direitos e oportunidades inerentes ao modo vigente de reprodução e produção da vida social.

Entretanto, a exclusão e o afastamento de grupos-alvo de preconceito funcionam também como uma defesa individual (Crochík, 2006). Manter-se distante de uma realidade que até se pode reconhecer como injusta, mas com a qual não se sabe lidar, evita o enfrentamento de uma situação angustiante, de quem teme, portanto, uma identificação com a fragilidade do outro. Isso nos leva, conseqüentemente, a considerar os processos de produção dos grupos-alvo como bodes expiatórios.

Para elucidar que a produção do bode expiatório se processa em um nível social, com expressão individual, é oportuna a discussão do conceito de *pânico moral* (Machado, 2004). Segundo Cohen (1987, citado por Machado, 2004), o pânico moral se constitui a partir de fenômenos recorrentes na sociedade nos quais um grupo de pessoas, certo episódio ou determinada condição são vistos como uma ameaça aos valores e interesses sociais. Nesse contexto, a mídia, enquanto veículo de circulação da informação, exerce o papel de aliada na legitimação do fato enquanto ameaça. Isso favorece certa construção da imagem social do usuário de *crack* que circula em cenas de uso das grandes cidades como uma pessoa desprovida de vontade própria e completamente absorta pelo consumo compulsivo da droga (Romanini & Roso, 2012). Dessa forma, a mídia vai além de seu objetivo pretensamente informativo e dá uma interpretação reducionista aos fatos, calcada em estereótipos, com vistas a atender certos interesses. Em decorrência da construção do pânico moral, segundo Machado (2004), “daí resulta uma imagem demonizada do grupo desviante, que o retrata como atípico e anormal, em contraste com uma imagem idealizada e hiper-normativa do pano de fundo social” (p. 62).

*O comprometimento da dinâmica familiar do usuário em decorrência de problemas devidos ao uso de álcool e outras drogas*

Os ACS entrevistados relataram casos em que os filhos dos usuários de drogas foram retirados da convivência doméstica pelo Conselho Tutelar devido à negligência dos pais (perda do pátrio poder); notaram adoecimento físico dos próprios usuários em decorrência do uso prejudicial de álcool e outras drogas; registraram adoecimento físico e mental dos familiares; indicaram perceber falta de cuidados pessoais (higiene precária) do usuário de álcool e outras drogas; e que ocorre mudança na rotina da casa onde este reside, bem como na sua relação com os familiares, havendo demanda por internação e, inclusive, verbalizações de seus familiares sobre o desejo pela morte do mesmo. A Entrevistada 3 destacou o envolvimento com as drogas como disparador destes problemas

*A família não tem hora pra dormir, tem medo de sair de casa e deixar um quarto aberto, não sabe se vai voltar e vai encontrar uma televisão no lugar que deixou, né? Não tem... Liberdade para chegar em casa e deixar uma carteira em cima de uma mesa... Então, assim, eu acho que... O efeito [ênfatisa] dessa droga acaba com a pessoa que está usando? Acaba. Mas a família acaba também.*

No que tange às relações familiares, estas podem consistir em possível fator de proteção, no caso de relações positivas de afeto, fomentando a auto-estima, as atitudes responsáveis tanto para consigo quando para os demais familiares e o reconhecimento de limites. Por outro lado, quando as relações intrafamiliares são conflitantes, podem ser fonte de sentimentos de rejeição, de negligência física e afetiva e de violência doméstica, atuando como fator de risco para o estabelecimento de uma relação de uso prejudicial com as drogas (Caldeira, 1999).

No caso do adolescente, a busca por vivenciar novas experiências e testar seus limites, se envolvendo em atividades de risco, pode levá-lo a colocar-se em uma situação de vulnerabilidade para o consumo de drogas. Não obstante, é usual que na adolescência se manifestem ações de transgressão, como forma de contestação dos valores familiares, na tentativa de afirmar sua independência. Além disso, uma vida ociosa, com falta de lazer e oportunidades para praticar esportes; ter amigos que consomem drogas; e a frustração e angústia

por estarem cientes das limitações de seu cotidiano, em função de baixa condição socioeconômica, são também fatores que podem predispor o envolvimento do adolescente com as drogas (Caldeira, 1999).

Bernardy e Oliveira (2010) acrescentam que a cultura do uso de drogas no meio familiar funciona como facilitadora para que o jovem inicie o consumo, destacando-se a presença de drogas lícitas como o álcool, o tabaco e os psicofármacos na maioria dos lares. Para além de simplesmente facilitar o acesso do jovem a essas drogas, muitas vezes seu consumo é até incentivado, uma vez que a mídia associa tais drogas à ideia de prestígio social, felicidade e solução de problemas (Bernardy & Oliveira, 2010).

Práticas comuns nas festas e encontros de família, tais como molhar a chupeta da criança na espuma da cerveja, e permitir que o adolescente menor de idade beba na companhia dos pais, atuam como rituais de iniciação do jovem ao consumo de tais drogas. Estimativas apontam que os prejuízos à saúde, sociais e econômicos decorrentes do uso de drogas tornadas lícitas (álcool, tabaco, solventes e psicofármacos) podem ser até dez vezes maiores do que os decorrentes das drogas ilícitas (Ministério da Saúde, 2003).

De outra perspectiva, é importante ressaltar que a influência familiar é uma entre tantas outras determinantes nesse processo, devendo-se ter cautela para que a família não seja a única ou a responsável central pelo problema (Caldeira, 1999). Desse modo, se por um lado aponta-se que a família tem um papel ativo, seja para o enfrentamento do problema quando já existente (Trad, 2010), seja como importante fator de proteção (Caldeira, 1999), por outro ficou evidente nos relatos dos ACS entrevistados a ideia de que a família é vítima do familiar com problemas decorrentes do uso de álcool e drogas, justificando-se o comprometimento da dinâmica familiar em função da sua presença. Essa aparente simplificação da relação entre a família e o usuário de álcool e outras drogas desconsidera o papel ativo da família na situação, o que pode dificultar a implementação de estratégias nela centradas (Trad, 2010).

*Desconhecimento do ACS acerca do funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)*

Quando os ACS opinaram acerca do que considerariam ser um tratamento adequado para o usuário de álcool e outras drogas, não demonstraram conhecimento acerca da RAPS. Defenderam-se formas de acolhimento da demanda que vão de encontro à proposta da RD, bem como uma falta de conhecimento

do serviço que é prestado pelos dispositivos de atenção ao usuário de álcool e drogas na rede, conforme se manifesta, por exemplo, no seguinte trecho da fala da Entrevistada 2:

*Agora, se toda... Se todas as internações fossem assim, compulsórias, eu acho que ia dar certo, mas é muito difícil. É muito difícil. Eu acho que daria certo! Porque a pessoa indo por livre e espontânea vontade, vai, sei lá, deve dar uma fissura lá, que vai chegar um dia que ela vai falar assim: 'Não, sei lá, deixa eu ir embora.' E eles, né? Você não acha? Ao menos que tinha [sic] muita boa vontade mesmo.*

O discurso da abstinência se pauta por um posicionamento político proibicionista e tem como meta fazer guerra às drogas, objetivando criminalizar a economia do tráfico como estratégia imprescindível para vencer as drogas ilícitas como problema social (Alves, 2009; Andrade, 2011; Passos & Souza, 2011). Além disso, o modelo da abstinência considera a dependência de drogas uma “patologia biologicamente determinada” (p. 2311), cujo tratamento, pautado por uma perspectiva médico-biologicista, tem como única meta aceitável que o dito ‘dependente químico’ se mantenha totalmente abstinente do uso de álcool e outras drogas.

Já na abordagem da RD, embora se compreenda que a abstinência possa vir a ser o desfecho desejável para algumas pessoas, o foco está “na adoção de estratégias para minimizar os danos sociais e à saúde relacionados ao consumo de drogas, mesmo que a intervenção não produza uma diminuição imediata do consumo” (Alves, 2009, p. 2313). A abordagem da RD considera que o usuário pode estabelecer diversas relações com as drogas, podendo seu consumo variar: “recreacional, medicinal, nocivo, compulsivo” (Sodelli, 2010, p. 643). Portanto, não se deve classificá-las *a priori* como substâncias malélicas, conforme esclarece Sodelli (2010), fazendo-se necessário que o indivíduo seja o centro do tratamento, para se entender a relação que ele estabelece com as drogas. Somente a partir de então seria possível formular projetos terapêuticos singulares, considerando-se as especificidades de cada caso.

Nas entrevistas realizadas com os ACS identificou-se recorrentemente a ideia de que o indivíduo consome substâncias psicoativas por uma espécie de predisposição pessoal e de que bastaria ter ‘força de vontade’ para cessar o uso, apresentando-se também a internação compulsória como estratégia supostamente efetiva para o tratamento de usuário de álcool e outras

drogas. Desse modo, percebe-se que as falas dos ACS convergem, predominantemente, com o modelo de abstinência, indo de encontro à abordagem da RD. Conforme consta na Portaria 3.088, de 2011, que 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, a RD se constitui como diretriz para o funcionamento da RAPS, estando a ESF explicitamente incluída como parte das ações de atenção básica à saúde mental.

*A percepção de limitações na atuação junto de famílias com problemas com álcool e outras drogas*

Nas entrevistas, os ACS relataram o que consideram poder fazer no que se refere às famílias acrescentando que julgam sua atuação insuficiente. Queixaram-se de falta de capacitação na temática de álcool e outras drogas; buscavam outros meios para aprender algo sobre o tema, na tentativa de suprir a carência de capacitação, bem como relatos de aprendizado por ‘experiência no dia-a-dia’; relatavam evitar a comunicação entre os ACS sobre os casos de álcool e outras drogas por considerarem antiética a exposição do caso a outras pessoas; expressavam dificuldades em discernir sua atividade profissional da relação pessoal que têm com os moradores da micro-área de abrangência sob sua responsabilidade, relatando o comprometimento emocional decorrente desta situação. A sensação de impotência pode ser conferida na seguinte fala:

*Ai é por isso que eu te falei: é difícil. O que é que a gente vai fazer? Não é complicado? [silêncio] É difícil. Eu, na verdade, fico sem saber o que fazer, por que eu não sou médica, eu não sou psicóloga. Às vezes, a gente nem sabe orientar. Eu apenas encaminho.*

Este trecho corrobora a existência de um hiato entre o que é previsto enquanto atuação do ACS, conforme preconizado na Política Nacional de Atenção Básica, e o que realmente tem sido operacionalizado na atuação destes profissionais (Bornstein & Stotz, 2008; Gomes, Cotta, Mitre, & Cherchiglia, 2010). A proposta para o ACS é que ele seja um trabalhador *sui generis*, de modo que a sua atuação transcenda as atividades vistas tradicionalmente como pertencentes ao campo da saúde, sendo também de seu escopo a “facilitação do acesso aos direitos de cidadania de forma geral” (Bornstein & Stotz, 2008, p. 263). Essa perspectiva seria facilitada pela identidade comunitária,

uma vez que a Lei que institui a profissão apresenta como um dos requisitos a atuação profissional que o ACS resida na área da comunidade em que irá atuar (Lei n. 11.350, 2006). Desse modo, espera-se que esse profissional tenha como especificidade a característica de ser um elo, mediando o saber popular construído pela comunidade e o saber técnico dos profissionais de saúde (Bornstein & Stotz, 2008; Gomes et al., 2010; Pereira & Oliveira, 2013).

Todavia, percebe-se que apesar do Programa Saúde da Família (PSF) ter surgido como “estratégia de reorientação do modelo assistencial” (Gomes et al., 2010, p. 1144), substituindo o paradigma biomédico pela noção de saúde consignada pela Lei Orgânica da Saúde, ainda é possível identificar certa predominância na reprodução da lógica flexneriana. Essa distância entre o que é preconizado e o que ocorre na prática evidencia-se ao focalizar a produção de ações de promoção de saúde pelo ACS (Pereira & Oliveira, 2013). Segundo estas autoras, a atuação destes profissionais se encontra engessada pela realidade institucional através da cobrança para o cumprimento de metas pré-estabelecidas que muitas vezes se distanciam da real demanda da população. Assim, percebe-se que a lógica do trabalho em saúde, inclusive do ACS, ainda se encontra presa a práticas prescritivas, voltadas à cura de doenças e cerceada pela perspectiva biomédica.

A partir de tais colocações, e considerando-se a análise das entrevistas realizadas, pode-se afirmar que a atuação do ACS se encontra burocratizada, se distanciando do objetivo de manter um perfil notadamente voltado para as necessidades sociais em saúde da população atendida no território. Tal realidade, consequentemente, dificulta a atuação destes profissionais quando se defrontam com usuários que apresentam problemas com álcool e outras drogas, uma vez que não consideram deter recursos para contribuir com o encaminhamento das demandas por eles apresentadas.

## DISCUSSÃO

A partir dos quatro núcleos temáticos identificados pode-se concluir que o ACS se encontra em uma posição duplamente vulnerável. Primeiramente, porque sua atuação no território coloca a possibilidade de contato com o crime e o tráfico quando se trata de regiões de maior vulnerabilidade social e, consequentemente, com a violência decorrente desta proximidade. Em segundo lugar, a atuação junto de famílias que têm problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas é vivenciada pelos ACS como uma situação de desgaste,

visto que percebem não contribuir suficientemente para encaminhar soluções. Esse sofrimento é ainda maior pelo desconhecimento da complexidade da questão das drogas, pois visões simplistas apontam para soluções reducionistas, reconhecidamente ineficientes, tais como o recurso à internação compulsória generalizada para dependentes de *crack*.

Com vistas a encaminhar uma perspectiva de superação para este quadro, Habimorad e Martins (2013) destacam a necessidade de “efetivação de programas de educação permanente para a capacitação dos profissionais de saúde da rede básica para lidar com a demanda do uso, abuso e dependência de drogas a partir de uma perspectiva de redução de danos” (p. 72). A Educação Permanente em Saúde, neste contexto, deve ser elaborada utilizando-se “métodos de ensino-aprendizagem inovadores, reflexivos, críticos e centrados no educando, cujos objetivos centrais devem ser transformá-los em sujeitos proativos” (Gomes et al., 2010, p. 1154). Desse modo, práticas dos ACS que não se mostram condizentes com a perspectiva para sua atuação na Política Nacional de Atenção Básica, como não oportunizar circunstâncias para a discussão dos casos envolvendo problemas de álcool e drogas com os demais ACS, poderiam ser repensadas e reelaboradas, uma vez que consistem em importantes instrumentos para subsidiar os ACS em sua atuação.

A questão da capacitação para atuação no campo de álcool e outras drogas, bem como os relatos de aprendizado por ‘experiência no dia-a-dia’, possibilita problematizar o papel da discussão de casos. Esta se constitui em um potente recurso formativo quando teórica metodológica e eticamente amparada por estudos e reflexões críticas sobre as políticas públicas. É preciso refletir coletivamente acerca das ‘experiências do dia-a-dia’ apontadas no terceiro núcleo, em especial, quando endossam práticas discriminatórias divergentes com o princípio da garantia dos direitos humanos fundamentais. Isso reafirma a premência da implantação de programas de educação permanente consoantes aos princípios da RD.

O ACS favorece o estabelecimento de um primeiro contato com as famílias moradoras na área de abrangência da equipe da ESF visando atividades de prevenção e auxílio no tratamento, além de identificar necessidades de encaminhamentos, ao passo que a resistência ao contato com pessoas com problemas com álcool e outras drogas pode sustentar a histórica dificuldade de acesso aos serviços de saúde por conta do preconceito e estigma social (Silveira, Soares, Noto & Ronzani, 2013). Como consequência do estigma, o próprio usuário de drogas pode evitar situações sociais,

inclusive a busca por assistência na rede pública de saúde, por temer a exposição a situações vexatórias e constrangedoras. Desta forma, outro ponto que possivelmente apresentaria melhora com a formação continuada, não só do ACS, mas de toda a equipe da ESF, seria em relação à necessidade de investir recursos da equipe na adesão do usuário ao tratamento: acolhimento da agenda do outro, busca ativa, intensificação das visitas domiciliares, apoio aos familiares etc. (Brasil, 2015).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entre 2013 e 2014, o Ministério da Saúde, em aliança com a Fiocruz, Grupo Hospitalar Conceição (RS) e a Rede de Escolas Técnicas do SUS, desenvolveu o Projeto Caminhos do Cuidado (<http://www.caminhosdocuidado.org/>). Seu objetivo foi a formação de todos os ACS do território brasileiro e de um Auxiliar ou Técnico de Enfermagem (ATENf) por eSF para atuar em saúde mental com ênfase em *crack*, álcool e outras drogas. O material empírico desta pesquisa foi coletado anteriormente à operacionalização desta capacitação no município, de modo que o cenário apresentado na análise não abarca a vivência dos profissionais no Projeto. A matriz curricular deste processo formativo contemplou três eixos, cujos pontos a serem trabalhados abordariam as questões delimitadas nos núcleos temáticos analisados no presente estudo como entraves à atuação do ACS. Neste sentido, o Caminhos do Cuidado poderá ter consistido em uma medida positiva para potencializar as atividades na APS no que tange à atenção em saúde mental aos usuários de álcool e outras drogas.

Contudo, é imperioso pontuar a necessidade de mudança na cultura assistencial dos serviços de saúde, que ainda se encontra arraigada a pressupostos flexnerianos, tanto no que tange às formas de abordar os problemas de saúde quanto à organização do serviço. Há uma herança hegemônica do gerencialismo *taylorista*, no qual a necessidade de aumento da produção de procedimentos vai se sobrepor à busca pela melhora da qualidade de vida e da saúde da população enquanto objetivos assistenciais (Oliveira, 2013).

Entende-se que a lógica gerencialista ainda imperante pode estar fazendo denúncia a uma deficiência na execução das políticas em nível da gestão em seus diversos escalões. Portanto, sugere-se que uma das vias de mudança deste grave cenário seja a implantação de projetos que promovam o diálogo entre gestores e profissionais, ao passo que sensibilizem aqueles sobre a necessidade de escuta destes, pelo reconhecimento das reais necessidades que a vivência cotidiana nos serviços

possibilita. Para além de se pensar a aproximação da gestão com a realidade da população, não há como negligenciar as barganhas políticas que imperam em nosso país, que acabam por privilegiar ganhos privados no contexto público, em detrimento do compromisso pelo bem comum. Deste modo, deve-se politizar e fazer manifestar a indignação pela ocupação de pessoas sem qualificação técnica necessária para determinados cargos na gestão das políticas públicas.

Considera-se, ainda a necessidade de apoio matricial para auxiliar as equipes da UBS nesta mudança de perspectiva de trabalho, bem como para desenvolver atividades de cuidado em saúde mental voltadas para a própria equipe, na linha de 'cuidando do cuidador', tendo em vista as dificuldades inerentes à atuação (Oliveira, 2013). Nesta direção, é fundamental a construção de projetos terapêuticos singulares que abranjam a perspectiva da clínica ampliada e humanizada junto de pessoas que vivem problemas decorrentes do uso de drogas, e a consolidação do Consultório na Rua (CR) como dispositivo para potencializar a perspectiva da RD no município.

Para além de promover o cuidado de pessoas vivendo em situação de rua, de forma a garantir o respeito à singularidade da organização cotidiana das identidades que se constituem neste cenário, o CR, enquanto componente da rede de Atenção Básica, atuaria também como uma importante estratégia de prevenção: a proposta itinerante das atividades multiprofissionais do Consultório na Rua potencializaria o diagnóstico das situações de risco no território, possibilitando, assim, a otimização no planejamento do trabalho da equipe (Dalla Vecchia, Lopes & Carbonário, 2016).

Outra medida que se vislumbra enriquecedora para a prevenção em saúde, incluindo-se a prevenção ao consumo problemático de psicoativos, seria a promoção e manutenção de diálogos intersetoriais. Entende-se que para ser alcançada a integralidade do cuidado, faz-se imprescindível o reconhecimento de todos os espaços que os sujeitos ocupam no território e como se apropriam dele. Neste sentido, aponta-se a articulação constante entre os setores da Saúde, Assistência Social, Educação, Justiça e Segurança Pública como um norte a ser considerado.

## REFERÊNCIAS

- Alves, V. S. (2009). Modelo de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Caderno de Saúde Pública*, 25(11), 2309-2319. Recuperado em 11 de janeiro de 2014, de <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v25n11/02.pdf>

- Andrade, T. M. (2011). Reflexões sobre Políticas de Drogas no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(12), 4665-4674. Recuperado em 10 de janeiro de 2014, de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/15.pdf>
- Bardin, L. (1994) *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Baudrillard, J. (2011). *A sociedade de consumo* (2a ed.). Lisboa: Edições 70. (Original publicado em 1970).
- Bernardy, C. C. F., & Oliveira, M. L. F. (2010). O papel das relações familiares na iniciação ao uso de drogas de abuso por jovens institucionalizados. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(1), 11-17. Recuperado em 11 de janeiro de 2014, de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/a02v44n1.pdf>
- Bornstein, V. J., & Stotz, E. N. (2008). Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. *Ciência e Saúde Coletiva*, 13(1), 259-268. Recuperado em 11 de janeiro de 2014, de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n1/28.pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2015). *Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas: Guia AD*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Recuperado em 17 de dezembro de 2015, de <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/daet/saude-mental>
- Caldeira, Z. F. (1999). *Drogas, indivíduo e família: um estudo de relações singulares*. Dissertação de Mestrado, ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro.
- Campos, C. J. G. (2004). Método de Análise de Conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57(5), 611-614. Recuperado em 10 de janeiro de 2014, de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a19v57n5.pdf>
- Crochík, J. L. (2006). *Preconceito, indivíduo e cultura* (3a ed). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Dalla Vecchia, M., Lopes, F. M., & Carbonário, F. A. (Orgs.). (2016). *A rua em cena: implantação de projetos de redução de danos em Barbacena*. Porto Alegre, RS: Rede UNIDA.
- Dalla Vecchia, M., & Martins, S. T. F. (2009). Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 13(28), 151-164. Recuperado em 07 de dezembro de 2015, de <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n28/v13n28a13.pdf>
- Escotado, A. (2004) *História Elementar das Drogas*. Lisboa: Antígona.
- Fontanella, B. J. B., Campos, C. J. G., & Turato, E. R. (2006). Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não-dirigidas de questões abertas por profissionais da saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(5), 812-820. Recuperado em 20 de fevereiro de 2014, de [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/pt\\_v14n5a25.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/pt_v14n5a25.pdf)
- Gomes, K. O., Cotta, R. M. M., Mitre, S. M., Batista, R. S., & Cherchiglia, M. L. (2010). O Agente Comunitário de Saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas. *Physis*, 20(4), 1143-1164. Recuperado em 11 de janeiro de 2014, de <http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n4/a05v20n4.pdf>
- Habimorad, P. H. L., & Martins, S. T. F. (2013). O abuso e dependência de drogas no território: desafios e limites dos Agentes Comunitários de Saúde de uma Unidade de Saúde da Família. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 8(1), 63-74. Recuperado em 11 de janeiro de 2014, de [http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistalapip/Volume8\\_n1/PPP-8Abstract-Art\\_5.pdf](http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistalapip/Volume8_n1/PPP-8Abstract-Art_5.pdf)
- Lei n. 11.350, de 5 de outubro de 2006. (2011, 6 de outubro). Regulamenta o § 5º do Art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do Art. 2º da Emenda Constitucional no 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, seção 1.
- Machado, C. (2004) Pânico moral: para uma revisão do conceito. *Interacções*, 4(7), 60-80. Recuperado em 21 de fevereiro de 2014, de [www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/download/125/129](http://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/download/125/129)
- Ministério da Saúde (2003). *A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas*. Brasília, DF: Autor.
- Oliveira, G. N. (2013). O projeto terapêutico singular. In: G. W. S. Campos & A. V. P. Guerrero (Orgs.), *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada* (3a ed). São Paulo: Hucitec.
- Passos, E. H., & Souza, T. P. (2011). Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. *Psicologia e Sociedade*, 23(1), 154-162. Recuperado em 11 de janeiro de 2014, de <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23n1/a17v23n1.pdf>
- Pereira, I. C., & Oliveira, M. A. C. (2013). O trabalho do agente comunitário na promoção da saúde: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira*

- de Enfermagem*, 66(3), 412-419. Recuperado em 11 de janeiro de 2014, de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n3/a17v66n3.pdf>
- Pinho, P. H., Oliveira, M. A., & Almeida, M. M. (2008). A reabilitação psicossocial na atenção aos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas: uma estratégia possível? *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35(1), 82-88. Recuperado em 10 de janeiro de 2014, de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832008000700017&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832008000700017&script=sci_arttext)
- Portaria n. 3.088. (2011, 26 de dezembro). Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Romanini, M., & Roso, A. (2012). Mídia e crack: promovendo saúde ou reforçando relações de dominação? *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(1), 82-97.
- Silveira, P. S., Soares, R. G., Noto, A. R., & Ronzani, T. M. (2013). Estigma e suas conseqüências para usuários de drogas. In T. M. Ronzani (Org.), *Ações integradas sobre drogas: prevenção, abordagens e políticas públicas* (pp. 251-270). Juiz de Fora: UFJF.
- Sodelli, M. (2010). A abordagem proibicionista em desconstrução: compreensão fenomenológica existencial do uso de drogas. *Ciência e Saúde Coletiva*, 15(3), 637-644. Recuperado em 11 de janeiro de 2014, de <http://www.scielo.org/pdf/csc/v15n3/v15n3a05.pdf>
- Tenório, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 9(1), 25-59. Recuperado em 19 de fevereiro de 2014, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702002000100003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000100003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt).
- Trad, S. (2010). Princípios e desafios para a integração da família nas políticas de drogas. In L. A. B. Trad (Org.), *Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas* (pp. 179-197). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Vecchia, M. D., & Martins, S. T. F. (2009). Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 183-193. Recuperado em 10 de janeiro de 2016, de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a24v14n1.pdf>

**Endereço para correspondência:**

Marcelo Dalla Vecchia  
 Departamento de Psicologia, Universidade Federal de São João del-Rei, São João del-Rei, Minas Gerais.  
 Praça Dom Helvécio, 74 – DPSIC – Dom Bosco – São João del-Rei/MG  
 CEP 36.301-160. E-mail: [mdvecchia@ufsj.edu.br](mailto:mdvecchia@ufsj.edu.br)

Recebido em 10/09/2016

Aceito em 18/10/2016