



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA



DEPARTAMENTO DE SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

**PERCEPÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE O
CUIDADO NO CONTEXTO DO CONSUMO DE DROGAS**

BÁRBARA SANTOS RIBEIRO

**JEQUIÉ/BA
2017**

BÁRBARA SANTOS RIBEIRO

**PERCEPÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE O
CUIDADO NO CONTEXTO DO CONSUMO DE DROGAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, área de concentração em Saúde Pública, para apreciação e julgamento da Banca examinadora.

Linha de pesquisa: Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde.

Orientador(a): Dsc. Edite Lago da Silva Sena

**JEQUIÉ/BA
2017**

Ribeiro, Bárbara Santos.

R367 Percepção de Agentes Comunitários de Saúde sobre o
cuidado no contexto do consumo de drogas/Bárbara Santos
Ribeiro. - Jequié, UESB, 2017.

113 f: il.; 30cm. (Anexos)

Dissertação (Programa de Pós-graduação em Enfermagem e
Saúde), UESB,2017. Orientadora: Dsc. Edite Lago da Silva Sena

IBEIRO, Bárbara Santos. Percepção de Agentes Comunitários de Saúde sobre o cuidado no contexto do consumo de drogas. 2017. Dissertação de mestrado – programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Universidade Estadual do sudoeste da Bahia. Jequié.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Edite Lago da Silva Sena

Profª Drª Edite Lago da Silva Sena – Orientadora e Presidente da Banca.
Doutorado em Enfermagem. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Marlene Gomes Terra

Profª Drª Marlene Gomes Terra
Doutorado em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria

Darci de Oliveira Santa Rosa

Profª Drª Darci de Oliveira Santa Rosa
Doutorado em Enfermagem. Universidade Federal da Bahia

Ao **pai celeste**, pelo dom da vida e por todas as graças a mim
concedidas.

*Ao meu pai **Marivaldo (in memoriam)**, que deixou exemplos de
garra, de coragem, de determinação, de força de vontade e de
amor pela vida. Lembrar de você, do seu sorriso, de sua alegria,
das suas graças, é uma constante em minha vida. Sei que
intercedes por mim. Amor eterno...*

*À razão de todas as minhas buscas e força motivadora para
vencer, **mãe Célia**. Desejo intensamente conseguir retribuí-la pela
dedicação e cuidado prestados a mim em toda a minha existência.
Amo-te!*

*Aos melhores avós do mundo, **Valdivino e Dolores**, poemas da
minha vida, tão presentes e insubstituíveis em minha criação.
Nada do que eu fizer será suficiente para retribuir o cuidado
prestado desde a minha infância até os dias atuais.*

AGRADECIMENTOS

Ao recordar-me a trajetória do mestrado emergem figuras de pessoas especiais que participaram dessa caminhada. Assim, não posso deixar de agradecer-los.

*À minha **grande e amada família**, incansáveis em me incluir nas suas orações.*

*A **Danizio Ramos**, por ser mais que um namorado, mas também meu melhor amigo, meu cuidador. Sou muito grata a ti por toda a paciência e por sempre estar tão presente em todos os momentos da minha vida. Sei que nunca vê dificuldades para fazer todas as minhas vontades. Amo-te!*

*À professora **Dsc. Edite Lago da Silva Sena** pela acolhida generosa, paciência e prontidão a me orientar. Muito obrigada por permitir-me conhecer a fenomenologia, que mais do que uma matriz teórica, tornou-se para mim uma filosofia de vida.*

*À profissão **Enfermagem** pelas lições de humildade, estímulo ao amadurecimento como ser humano e pelas possibilidades ofertadas de enxergar o próximo como a si mesmo.*

*Aos participantes da pesquisa, **Agentes Comunitários de Saúde**, pela disponibilidade e generosidade com que compartilharam suas vivências e enriqueceram o estudo. Sem vocês a pesquisa não seria possível!*

*Às minhas queridas amigas, irmãs e companheiras de caminhada, **Érica, Eliane e Maria Lydia, Carine e Patrícia**, pelo carinho, pelo cuidado, pela solidariedade e pela rede de amor que me envolveram. Obrigada por nunca desistirem de mim.*

*Às minhas queridas colaboradoras, **Maria Lydia, Stela e Virna**, que dedicaram tempo auxiliando na produção das descrições vivenciais.*

A todos os colegas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da UESB (PPGES/UESB), turma 2015-I e 2016-II, por compartilharem comigo vivências tão enriquecedoras e contribuírem para a minha formação.

*Às minhas amigas **Débora, Daiana, Tiele, Gisele**, que mesmo estando longe fisicamente, nunca me deixam.*

*À **Patrícia Anjos**, por possibilitar-me perceber a beleza e o encantamento que há na Saúde Mental.*

*A **Lucas Queiroz, Sâmia de Carlis e Vanessa Thamyris** pela revisão da dissertação e por me permitirem a coexistência ao longo dos estudos sobre fenomenologia.*

*Ao Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental: **Loucos por Cidadania** pelos momentos de cooperação e aprendizagem informal.*

Ao Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde (SINDI-ACS), na pessoa de José Florêncio Neto, pelo acolhimento e receptividade.

*Às professoras **Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira e Marlene Gomes Terra** por todas as contribuições na etapa de qualificação.*

*Às professoras **Darci de Oliveira Santa Rosa e Marlene Gomes Terra**, por prontamente aceitarem nosso convite para compor a banca de sustentação da dissertação.*

Aos docentes e funcionários que compõem o PPGES/UESB. Admiro a simplicidade e seriedade que cada um de vocês conduz o programa. Muito me orgulho da instituição onde me graduei e concluo o mestrado.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB), pela concessão de bolsas para o mestrado.

Sou feita de retalhos.

Pedacinhos coloridos de cada vida que passa pela minha e que vou costurando na alma.

Nem sempre bonitos, nem sempre felizes, mas me acrescentam e me fazem ser quem eu sou.

Em cada encontro, em cada contato, vou ficando maior...

Em cada retalho, uma vida, uma lição, um carinho, uma saudade...

Que me tornam mais pessoa, mais humana, mais completa.

E penso que é assim mesmo que a vida se faz: de pedaços de outras gentes que vão se tornando parte da gente também.

E a melhor parte é que nunca estaremos prontos, finalizados...

Haverá sempre um retalho novo para adicionar à alma.

Portanto, obrigada a cada um de vocês, que fazem parte da minha vida e que me permitem engrandecer minha história com os retalhos deixados em mim. Que eu também possa deixar pedacinhos de mim pelos caminhos e que eles possam ser parte das suas histórias.

E que assim, de retalho em retalho, possamos nos tornar, um dia, um imenso bordado de "nós".

Cora Coralina

RESUMO

Estudo fundamentado na fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty que teve como objetivo compreender a percepção de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) sobre o cuidado no contexto do consumo de drogas. Para a produção das descrições vivenciais foram realizados no primeiro semestre do ano de 2016 três encontros de Grupo Focal, com sete ACS do município de Jequié, Bahia, Brasil. A compreensão das descrições ocorreu à luz da analítica da ambiguidade, técnica que permite categorizar dados empíricos de estudos qualitativos, especialmente, aqueles fundamentados na fenomenologia merleau-pontyana. O estudo tem aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CEP/UESB), sob o parecer nº 1.163.911 e CAAE nº 46610515.6.0000.0055. Os resultados são apresentados sob a forma de dois manuscritos: *Vivências de Agentes Comunitários de Saúde e o cuidado no contexto do consumo de drogas*; e *Im (potencialidade) dos Agentes Comunitários de Saúde no cuidado relacionado ao consumo de drogas*. Os manuscritos revelam que a percepção dos ACS acerca da do cuidado relacionado ao consumo de drogas se exprime de forma ambígua, apontando dificuldades e potencialidades encontradas no cotidiano para tal prática. O estudo propõe novas perspectivas para compreender a ineficiência do cuidado por parte dos ACS, o que poderá sensibilizar comunidade acadêmica, profissionais de saúde e gestores públicos para a elaboração de estratégias que potencializem a prática desses trabalhadores.

Descritores: Agentes Comunitários de Saúde. Transtornos relacionados ao uso de substâncias. Drogas ilícitas. Políticas Públicas. Filosofia em Enfermagem.

ABSTRACT

A study based on the phenomenology of Maurice Merleau-Ponty, whose objective was to understand the perception of Community Health Agents (CHA) about care in the context of drug use. For the production of descriptive descriptions, three meetings of the Focal Group were held in the first half of 2016, with seven ACS from the municipality of Jequié, Bahia, Brazil. The understanding of the descriptions occurred in the light of the analytic of ambiguity, a technique that allows us to categorize empirical data from qualitative studies, especially those based on the merleau-pontyana phenomenology. The study was approved by the Committee of Ethics in Research with Human Beings of the State University of Southwest of Bahia (CEP / UESB), under the opinion nº 1,163,911 and CAAE nº 46610515.6.0000.0055. The results are presented in the form of two manuscripts: Experiences of Community Health Agents and care in the context of drug use; And Im (potentiality) of the Community Health Agents in the care related to drug use. The manuscripts reveal that the perception of CHW about drug-related care is expressed ambiguously, pointing out the difficulties and potentialities encountered in daily life for this practice. The study proposes new perspectives to understand the inefficiency of care by the ACS, which may sensitize the academic community, health professionals and public managers for the elaboration of strategies that enhance the practice of these workers.

Keywords: Community Health Agents. Disorders related to the use of substances. Illicit drugs. Knowledge, Attitudes and Practice in Health. Philosophy in Nursing.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

CAPS – Centros de Atenção Psicossocial

CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas

CNPQ - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

DECS – Descritores em Ciências da Saúde

ESF - Estratégia de Saúde da Família

GF- Grupo Focal

ICICT - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PET-SAÚDE – Programa de Educação para o Trabalho em Saúde

PEAD - Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e à Prevenção em Álcool e outras Drogas

PPGES - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde

RD – Redução de danos

SUS - Sistema Único de Saúde.

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UESB - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

UNODC – United Nations Office on Drugs and Crime

SUMÁRIO

1 DESVELANDO O FENÔMENO EM ESTUDO	13
2 O “ESTADO DA ARTE” E A BUSCA DO IMPENSADO	20
2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL PARA O CUIDADO NO CONTEXTO DO CONSUMO DE DROGAS	21
2.2 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O CUIDADO NO CONTEXTO DO CONSUMO DE DROGAS	25
2.3 O TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E SEU POTENCIAL PARA O CUIDADO NO CONTEXTO DO CONSUMO DE DROGAS	27
3 REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO QUE ILUMINOU O ESTUDO: A FENOMENOLOGIA DE MAURICE MERLEAU-PONTY	32
3.1 DA FENOMENOLOGIA DE EDMUND HUSSERL À ONTOLOGIA DA EXPERIÊNCIA DE MERLEAU-PONTY	32
3.2 A VIVÊNCIA DO CORPO PRÓPRIO	35
4 TRILHANDO PASSOS PARA A COMPREENSÃO DO VIVIDO	37
4.1 NATUREZA DO ESTUDO	37
4.2 CENÁRIO DAS DESCRIÇÕES VIVENCIAIS	38
4.3 ENTRADA NO CAMPO PARA A PRODUÇÃO DAS DESCRIÇÕES VIVENCIAIS	39
4.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO	41
4.5 PRODUÇÃO DAS DESCRIÇÕES VIVENCIAIS	43
4.6 COMPREENSÃO DAS DESCRIÇÕES VIVENCIAIS À LUZ DA ANALÍTICA DA AMBIGUIDADE	47
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	49

5 OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E O CUIDADO NO CONTEXTO DO CONSUMO DE DROGAS: UMA EXPERIÊNCIA AMBÍGUA DO CORPO PERCEPTIVO	51
MANUSCRITO 01: VIVÊNCIAS DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E O CUIDADO NO CONTEXTO DO CONSUMO DE DROGAS	52
MANUSCRITO 02: IM (POTENCIALIDADE) DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO CUIDADO RELACIONADO AO CONSUMO DE DROGAS	70
6 A INAPREENSÃO DA PERCEPÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	89
REFERÊNCIAS	92
APÊNDICES	102
ANEXOS	110

1 DESVELANDO O FENÔMENO EM ESTUDO

O mundo é aquilo mesmo que nós nos representamos, não como homens ou como sujeitos empíricos, mas enquanto somos todos uma única luz e enquanto participamos do Uno sem dividi-lo (MERLEAU-PONTY, 2014, p.7).

A prática do consumo de drogas é universal e milenar. Desde a pré-história substâncias psicoativas são utilizadas para um grande leque de finalidades, seja no seu emprego lúdico, com fins estritamente prazerosos, até o desencadeamento de estados de êxtase místico/religioso. De grande importância também tem sido seu uso para fins curativos, seja no bojo de práticas religiosas tradicionais, seja no contexto médico-científico da atualidade (GABATZ *et al.*, 2013; MACRAE, 2010).

É considerada “droga” qualquer substância que, ao ser introduzida, inalada, ingerida ou injetada no organismo, provoca mudanças fisiológicas e de comportamento (GONÇALVES, 1998). Durante muito tempo considerou-se como droga apenas as substâncias psicoativas proibidas, e ignoravam-se as permitidas, como a cafeína, o álcool, o tabaco e medicações. Atualmente, sabe-se que tanto as substâncias lícitas (permitidas) quanto as ilícitas (proibidas) são “drogas”, concepção que pode variar de acordo com a cultura de cada povo (GABATZ *et al.*, 2013).

O contexto contemporâneo, também conhecido como “era da globalização”, tem influenciado diretamente nos padrões para o consumo de drogas. Encontramo-nos inseridos em um cenário onde enfatiza-se os valores da instantaneidade, os prazeres imediatos e a descartabilidade de itens, criando uma cultura do “aqui”, do “agora” e do “descartável”. Significa mais viver intensamente o instante para, em seguida, jogar fora não só os bens consumidos, mas também descartar valores, estilos de vida, relacionamentos, apego a lugares, às pessoas e aos modos adquiridos de agir e de ser (SCHNEIDER; FLASH, 2014).

Nesse contexto de intensas mudanças e adaptação aos padrões sociais, o ser humano vivencia sentimentos de incapacidade, insatisfação e angústia, pois há uma valorização do ter em detrimento do ser, da cultura do corpo com seus padrões de beleza que nem sempre se consegue alcançar, e da busca por soluções rápidas para os problemas (BAUMAN, 2009).

Na medida em que as drogas alteram as funções do Sistema Nervoso Central, produzem sensações de prazer, respondendo, de certa maneira às exigências do contexto sócio cultural contemporâneo, pois oferecem em seus efeitos, uma resposta imediata e muito intensa a quem as consome. Quando cessam os efeitos da droga, o sujeito é surpreendido por uma nova necessidade de consumo, o que lhe estimula procurar por novas doses (SCHNEIDER; FLASH, 2014).

Destarte, a necessidade cada vez maior de vivenciar as sensações de bem-estar, relaciona-se à compulsão pelo consumo de drogas na contemporaneidade. Os efeitos proporcionados pela substância, ainda que seja uma falsa doação de sentido, preenche por alguns instantes, o vazio existencial (SCHNEIDER; FLASH, 2014).

Diante dessa compreensão, optamos por utilizar ao longo do estudo a expressão “consumo habitual de drogas” ao invés de “uso de drogas” ou “dependência química”. Tal escolha parte da compreensão de que dentro do conjunto de mercadorias que respondem às necessidades de acumulação capitalista, encontram-se também as drogas lícitas ou ilícitas, o que coloca o usuário na condição de consumidor, lhe sendo atribuída condição diversa da de “desviante” (CORDEIRO, SOARES, 2015).

Entretanto, o padrão de consumo das drogas que ocorre na contemporaneidade vêm sendo percebido como um grave problema social, já que está relacionado às primeiras causas *mortis* evitáveis, ao cenário da violência urbana, aos conflitos psicossociais e as ausências no trabalho (SCHNEIDER, FLACH, 2014). Por conta da magnitude e expansão do consumo, as drogas também são responsáveis por déficits significativos para a saúde pública (GABATZ *et al.*, 2013).

De acordo com o último Relatório Mundial sobre Drogas divulgado pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime - UNODC, cerca de 5% da população adulta, ou seja, 250 milhões de pessoas entre 15 e 64 anos, consumiram algum tipo de droga no ano de 2014. Destas, 29 milhões evoluíram com transtornos relacionados às drogas (UNODC, 2016).

No Brasil, são relevantes os impactos do consumo de drogas nos indicadores de mortalidade e de morbidade da população, apesar das informações padecerem de subnotificações (SOUZA *et al.*, 2013). Em 2007, a taxa brasileira de mortalidade relacionada ao consumo de drogas foi 4,3 por 100.000 habitantes (90% destas mortes

estão associadas ao consumo de álcool), sendo superior a países como Argentina, Chile e Estados Unidos (CRUZ, 2009). Logo, percebemos que o novo padrão para o consumo de drogas traz grande impacto econômico e social, que tem recaído sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2004).

A preocupação com as repercussões sociais do consumo habitual de drogas motivou o Ministério da Saúde a reconhecê-lo como um problema de saúde pública e investir em políticas públicas para orientar a produção do cuidado nesse contexto, o qual dentre elas destacam-se: a Política Nacional para a Atenção Integral a usuários de Álcool e outras Drogas; o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e à Prevenção em Álcool e outras Drogas – PEAD; e a Portaria nº 3.088 que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para o cuidado em Saúde Mental, inclusive os casos de sofrimento decorrentes do consumo de drogas (BRASIL, 2004; 2009; 2011a).

Por orientarem o cuidado em saúde, também consideramos oportuno citar a Política Nacional sobre Drogas da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; a Lei 11.343 que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas; e o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas” (BRASIL, 2005; 2006a; 2010).

Apesar de suas particularidades, os dispositivos legais apresentados nos parágrafos anteriores preconizam a responsabilidade compartilhada entre os diversos segmentos do governo e da sociedade, tanto para a redução da demanda (prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social) quanto para a redução de danos decorrentes do consumo. Ademais, recomendam que o cuidado às pessoas que fazem consumo de habitual de drogas deva ocorrer no contexto comunitário, respeitando a história de vida e as singularidades de cada sujeito (BRASIL, 2004; 2005; 2006a; 2009; 2010; 2011a).

Outra determinação consiste na inclusão de alguns serviços articulados em uma rede de cuidados no território do consumidor de drogas, pactuando com: dispositivos comunitários (igreja, espaços de lazer, grupos de amigos, grupos de ajuda mútua, instituições comerciais, entre outros); centros especializados, tais quais os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Hospitais-Dia, os hospitais gerais, comunidades terapêuticas, ambulatórios, serviços de emergência, clínicas especializadas, casas de apoio e serviços de Atenção Básica (BRASIL, 2011a).

Nesse cenário, a Atenção Básica, representada principalmente pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), fundamenta-se no território como uma das principais categorias de estratégia espacial para a implementação do SUS, onde deve ocorrer a responsabilização das equipes por uma população definida, de modo a garantir atenção integral e contínua à saúde (BRASIL, 2012a).

Um dos grandes diferenciais na proposta da ESF consiste na presença de um importante trabalhador em sua equipe: o Agente Comunitário de Saúde (ACS). Justificamos esta afirmativa pela condição paradoxal dos ACS, ou seja, são ao mesmo tempo integrantes da equipe de saúde e residentes da comunidade, o que lhes permite conhecer as vulnerabilidades e necessidades do território onde atua, bem como suas potencialidades, condição que facilita o vínculo com a população adscrita (LANCETTI, 2014; GUANAES-LORENZI; PINHEIRO, 2016).

Antônio Lancetti (2014), em seu livro “Clínica Peripatética”, discute sobre uma clínica praticada fora dos *settings* tradicionais (a exemplo de hospitais psiquiátricos ou consultórios) com pessoas que não se adaptam a protocolos convencionais. Trata-se de um cuidado que os profissionais praticam em movimento na comunidade, deambulando, seguindo os fluxos territoriais e utilizando as relações interpessoais do cotidiano.

Nessa perspectiva, o autor discorre que a condição paradoxal do ACS permite a promoção do cuidado em Saúde Mental utilizando-se da clínica peripatética. Na medida em que deambulam na comunidade, esses trabalhadores se inserem no ambiente doméstico, íntimo e no território existencial das pessoas, o que lhes permite ter maiores encontros com a realidade local e maior conhecimento das necessidades de saúde da população. Além de que, em seu cotidiano de trabalho, promovem ações solidárias na comunidade e tecem fios de redes microssociais de alto poder terapêutico (LANCETTI, 2014).

O interesse para o desenvolvimento de estudos voltados ao cuidado no contexto do consumo de drogas ocorreu-nos a partir da retomada de vivências oportunizadas pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), ao longo do processo de formação profissional como Enfermeira.

O primeiro espaço de nossa experiência ocorreu no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS ad) do município de Jequié, Bahia, que

corresponde a um dos campos de prática da disciplina Enfermagem em Atenção à Saúde Mental. As aulas práticas nesse serviço oportunizaram-nos conhecer o cotidiano das pessoas que vivenciam o consumo habitual de drogas, assim como, escutar os seus principais medos, perspectivas, anseios, sonhos e dificuldades enfrentadas para a reinserção social.

Paralelamente, durante dois anos consecutivos, de 2012 a 2014, integramos o Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Mental: Loucos por Cidadania, cadastrado no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), e atuamos como bolsista do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde /Crack, Álcool e outras Drogas (PET-Saúde Mental).

Nesses grupos pudemos desenvolver atividades de pesquisa e extensão voltadas para o cuidado ao consumidor de drogas, tanto no CAPS ad, como também, em outros cenários sociais que estão envolvidos na rede de atenção psicossocial do município, a exemplo de escolas, centros de referência, universidade, centros de saúde, entre outros.

Em alguns momentos, reconhecendo que a ESF consiste em um dispositivo de cuidado que deve estar “entrelaçado” à rede de atenção psicossocial, buscamos articular com a equipe desse serviço, a fim de incluí-lo em nossa programação de atividades. Infelizmente, na maioria das tentativas de aproximação, pudemos perceber a resistência dos profissionais que compõem a equipe de saúde, principalmente dos ACS, para participarem de atividades relacionadas ao cuidado no contexto do consumo de drogas, causando-nos sentimento de frustração e insatisfação frente à situação.

Ao término da graduação, a Saúde Mental continuou despertando-nos interesse, instigando-nos a intensificar os estudos na área. Assim, no segundo semestre do ano de 2014, submetemo-nos à seleção para o mestrado acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES/UESB) um projeto com enfoque nas *políticas públicas para o cuidado no contexto do consumo de drogas e a percepção dos ACS*.

Com a aprovação no PPGES, demos continuidade ao projeto, e aprofundando os estudos na área, compreendemos que a percepção acerca do cuidado é ambígua por se tratar de um processo intercorporal que possibilita o surgimento de diferentes perfis, como resultado de um diálogo constante entre o mundo da vida (sentimentos) e o mundo

da cultura (linguagem), os quais constituem polos da natureza humana. Assim, transcendeu-nos a ideia de que a experiência do ACS no cuidado relacionado ao consumo de drogas revela inúmeros perfis que constituem modalidades de uma mesma experiência (MERLEAU-PONTY, 2014; SENA, 2006).

Ao realizarmos uma revisão de literatura, percebemos uma lacuna no conhecimento científico de estudos fenomenológicos que se proponham a discutir a percepção de ACS sobre o fenômeno “consumo de drogas”. Os trabalhos que versam sobre o tema, geralmente, trazem uma visão objetivista acerca do assunto, apontando que a insuficiência na formação profissional, concepções sobre as drogas permeadas por estereótipos e o processo de trabalho desgastante da Atenção Básica como fatores responsáveis pelo descuido dos profissionais frente à questão (ALVES; PERES, 2015; CORDEIRO; SOARES, 2015; SILVEIRA; MARTINS; RONZANI, 2009; OLIVEIRA; MCCALLUM; COSTA, 2010).

A identificação da lacuna no conhecimento científico reafirmou nossa inquietação, levando-nos a refletir sobre as ambiguidades experimentadas pelos ACS ao depararem-se diante das situações em que acontece o consumo habitual de drogas, conduzindo-nos a seguinte questão norteadora: como os Agentes Comunitários de Saúde percebem o cuidado no contexto do consumo de drogas? A fim de responder a questão estabelecemos como objetivo do estudo: **Compreender a percepção de Agentes Comunitários de Saúde sobre o cuidado no contexto do consumo de drogas.**

Na perspectiva de alcançar o objetivo proposto, e considerando tratar-se de um estudo vivencial, ocorreu-nos optar por um estudo fenomenológico, visto que esta abordagem permite descrever o modo como o cuidado relacionado ao consumo de drogas se mostra para os ACS. Entre os clássicos da fenomenologia, escolhemos para dar sustentação ao estudo o referencial teórico-filosófico de Maurice Merleau-Ponty, que se caracteriza, fundamentalmente, pela compreensão de que a percepção humana constitui um processo intencional que sempre se revela de forma ambígua (MERLEAU-PONTY, 2014).

A relevância do estudo para a ciência, e em especial para a área da Saúde Mental, consiste em preencher lacunas do conhecimento referente ao cuidado no contexto do consumo de drogas. Além disto, os resultados propõem uma nova perspectiva para

compreensão da relação entre ACS e usuários da ESF que fazem o consumo habitual de drogas, o que poderá fomentar a elaboração e implementação de ações que visem potencializar o trabalho desse profissional frente o tema em questão.

2 O “ESTADO DA ARTE” E A BUSCA DO IMPENSADO

Tudo aquilo que sei do mundo, mesmo por ciência, eu o sei a partir de uma visão minha ou de uma experiência do mundo sem a qual os símbolos da ciência não poderiam dizer nada (Merleau-Ponty, 2014, p.3).

Para o filósofo Merleau-Ponty existe um silêncio adormecido nas palavras, que é justamente a possibilidade de adicionar-lhes novas falas (MERLEAU-PONTY, 2014). A luz deste pensamento, efetuamos uma revisão de literatura, buscando identificar uma lacuna, um impensado, um perfil velado a partir do qual pudéssemos construir um estudo capaz de somar ao vasto conhecimento científico sobre o cuidado relacionado ao consumo habitual de drogas.

Assim, a fim de identificar lacunas na produção do conhecimento científico, efetuamos uma busca de artigos completos, disponíveis gratuitamente nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com publicações compreendidas entre os anos de 2006 a 2016 (últimos dez anos), com o objetivo de incluir nesta revisão apenas pesquisas realizadas após a publicação da Lei nº 11.350, responsável pelo reconhecimento do ACS como profissional de saúde (BRASIL, 2006b).

A busca ocorreu com a utilização dos seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), separadamente e conjugados pelo AND: *Drogas ilícitas, Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias, Agentes Comunitários de Saúde e Políticas Públicas*. Excluímos teses, dissertações, monografias e trabalhos que não estivessem disponibilizados em língua portuguesa devido ao objetivo da pesquisa restringir-se a âmbito nacional.

Também revisamos documentos oficiais, legislação e livros que versam sobre o cuidado no contexto do consumo de drogas, o que possibilitou a construção de três categorias temáticas, a saber: “Políticas Públicas no Brasil para o cuidado no contexto do consumo de drogas”; “Estratégia de Saúde da Família como dispositivo para o cuidado no contexto do consumo drogas”; e “O trabalho do Agente Comunitário de Saúde e sua potencialidade para o cuidado no contexto do consumo de drogas”.

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL PARA O CUIDADO NO CONTEXTO DO CONSUMO DE DROGAS

Ao longo da história, o debate acerca do consumo de drogas esteve centrado nas causas e na natureza de tais condições, relacionando a prática à criminalidade e a imoralidade (BRASIL, 2004). Em meio a estigmas e preconceitos, as pessoas que fazem o consumo têm ficado entre o manicômio e o presídio, ocupando o lugar do louco e do transgressor da lei, ambos excluídos pela sociedade e rotulados ora como doentes, ora como delinquentes, situação que também contribui para o sofrimento das famílias (ROSENSTOCK; NEVES, 2010).

No Brasil é relativamente recente a história da criação de políticas públicas direcionadas ao cuidado em saúde do consumidor habitual de drogas. Ainda nas primeiras décadas do século XX, a prática esteve conectada às questões de segurança do que às de saúde pública, tendo como enfoque a repressão em detrimento da prevenção (MACHADO; BOARINI, 2013).

Até a década de 1980, o consumo de drogas ilícitas não foi considerado uma questão de saúde pública; tampouco o consumo de álcool, considerado droga lícita, porém, é importante lembrar que seu consumo já era responsável por um dos mais altos índices de internação nos hospitais psiquiátricos (RESENDE, 1987).

Inicialmente, as políticas públicas sobre drogas no Brasil foram construídas em uma perspectiva de proibição e criminalização do consumo, ou seja, a partir do modelo de atenção denominado “proibicionismo”, que consiste em um conjunto de leis e normas baseadas na redução e repressão da oferta da droga, que confere importância secundária às intervenções de prevenção. Criminaliza o tráfico, o consumo e o consumidor, e tem como objetivo o combate às drogas a partir do tratamento moral/criminal com o encarceramento do indivíduo (ALVES, 2009; BRASIL, 2004; SODELLI, 2010).

Nessa premissa, nenhum padrão de consumo é tolerado, o que se torna um obstáculo para as pessoas em consumo de drogas que necessitam de cuidados. Além disso, representa uma barreira ao acesso às instituições de saúde, repercutindo na garantia de direitos sociais de cidadania e de tratamento adequado (ALVES, 2009).

A lacuna existente na saúde pública em relação à assistência aos consumidores de drogas favoreceu a expansão das Comunidades Terapêuticas, modalidade de atendimento de cunho religioso e não governamental que se estende até os dias atuais, reforçando a manutenção do cuidado com o consumidor de drogas fora do setor público de saúde (ALVES, 2009; MACHADO; MIRANDA, 2007).

Em uma perspectiva diferente, surgiu a estratégia intitulada de “Redução de Danos (RD)”, proposta inicialmente por países europeus sob a forma de política preferencial. Esse modelo considera que o consumo de drogas sempre existiu e sempre existirá na humanidade, não havendo a possibilidade de erradicar a prática, portanto, foca na redução da demanda em detrimento da redução de oferta, além de traçar estratégias direcionadas à redução dos riscos e prejuízos a elas relacionados (MACIEL; VARGAS, 2015; SODELLI, 2010).

No Brasil, a RD teve início em 1989 na cidade de Santos, estado de São Paulo, quando a Casa de Saúde Anchieta, devido à grande prevalência do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) em consumidores de drogas injetáveis, começou a distribuir seringas e agulhas para as pessoas que faziam consumo de drogas por via endovenosa (SANTOS; SOARES; CAMPOS, 2012).

Porém, essa ação foi proibida pelo Ministério Público por entendê-la como estímulo ao consumo de drogas, o que postergou a implantação da política no país para a década de 1990 (ANDRADE, 2011). Por conta do predomínio da ideologia proibicionista de drogas, o Brasil ficou pelo menos 10 anos em atraso para a introdução da RD, em relação aos países europeus (MACIEL; VARGAS, 2015).

Com efeito, o marco da RD no Brasil ocorreu no ano de 2004, quando o Ministério da Saúde criou a “Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas”, influenciada pelos ideais da Reforma Psiquiátrica e pelos princípios do SUS. Essa política preconizou os direitos das pessoas que consomem drogas e dos seus respectivos familiares, ao propor que o cuidado deva operacionalizar-se articulado nas redes de serviços de saúde e nas redes sociais dos usuários, ao incluir ações com setores como: assistência social, educação, trabalho e justiça (BRASIL, 2004).

Como alternativa à abstinência e ao proibicionismo, a RD é muito mais do que o simples fornecimento de seringas e de agulhas. Ela compreende a inclusão social dos

marginalizados pelo consumo de drogas, o ensino do autocuidado aos consumidores, a educação e a promoção da saúde, a distribuição de condom para prevenir as doenças sexualmente transmissíveis, o incentivo à vacinação contra Hepatite B e Tétano, a acessibilidade às ações e aos serviços de saúde, e a orientação na substituição de drogas por outras menos prejudiciais (FONSECA, 2012).

Todas essas atividades são praticadas colocando o cidadão como protagonista no cuidado à sua saúde, respeitando a sua escolha, apesar de reconhecer os riscos inerentes ao consumo das drogas. Ressaltamos que a RD não é contra a abstinência de drogas, porém na inatingibilidade desse ideal, dialoga com o consumidor outra forma de consumo, a menos prejudicial possível que a pessoa possa alcançar (CRUZ, 2011).

Em 2005, o Conselho Nacional Antidrogas aprovou a Política Nacional sobre Drogas, que reforçou as propostas da Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas, dispôs sobre aspectos da RD e estabeleceu diretrizes para a prevenção; tratamento; recuperação e inserção social relacionadas ao consumo de drogas (BRASIL, 2005).

Todavia, conforme advertem Peres e Silva (2014), é preciso destacar que a “Política Nacional Sobre Drogas” ainda guarda resquícios da “Política Nacional Antidrogas”, de 2001, a qual se caracterizava por um marcante vértice repressivo. O novo documento, ainda em vigência, em muito converge com o precedente, inclusive apresentando seu pressuposto básico com redação semelhante: “buscar, incessantemente, atingir o ideal de construção de uma sociedade protegida do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas” (BRASIL, 2005, p. 2).

O termo “proteção” sugere uma ideia de periculosidade que, apoiada em premissas moralizantes, enquadra o consumo de álcool e outras drogas como um comportamento desviante. Ou seja, a “Política Nacional Sobre Drogas” e a “Política do Ministério da Saúde” se apoiam em racionalidades distintas (ALVES; PERES, 2015).

Para além disso, tanto a “Política Nacional Sobre Drogas” quanto a “Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas” são orientadas pela lógica da RD, mas esta se diferencia daquela por adotar uma concepção mais ampliada, pautada na liberdade de escolha do indivíduo e não no julgamento moral do mesmo, de forma que não estabelece a interrupção do consumo como único objetivo (SOUZA;

KANTORSKI, 2007). Ressalte-se ainda que a política do Ministério da Saúde, visando devolver as pessoas que fazem o consumo de drogas o lugar de cidadão, reforça o direito de acesso universal e integral à saúde conquistado com a implementação do SUS (ALVES; PERES, 2015).

Desde os anos que seguiram a criação da Política Nacional sobre Drogas, a estratégia de RD vem conquistando espaço no âmbito das políticas públicas do país. Em junho do ano de 2009, com o progressivo aumento e visibilidade do consumo de crack no Brasil, o Ministério da Saúde lançou o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e à Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD) (ANDRADE, 2011).

O PEAD foi direcionado aos 100 maiores municípios brasileiros, com mais de 250 mil habitantes, todas as capitais e sete municípios de fronteira que foram selecionados, totalizando 108 municípios. O plano busca alcançar, prioritariamente, crianças, adolescentes e jovens em situação de grave vulnerabilidade social, por meio das ações de prevenção, promoção e tratamento dos riscos e danos associados ao consumo prejudicial de drogas. Para atingir os objetivos, foram previstos quatro eixos de atuação: ampliação do acesso aos serviços, qualificação dos profissionais, articulação intra/intersectorial, bem como a promoção da saúde e dos direitos das crianças e adolescentes, além do enfrentamento do estigma (BRASIL, 2009)

Em 2010, ainda com resquícios do modelo proibicionista, a criação do “O Plano Crack” - Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, coordenado pelo Ministério da Justiça e desenvolvido em parceria com outros ministérios, propôs o desenvolvimento de ações integradas envolvendo três frentes de atuação: prevenção, cuidado e segurança pública para o combate do narcotráfico (BRASIL, 2010).

Apesar das limitações e dos vestígios do modelo proibicionista nas políticas públicas do país, percebemos que a estratégia da RD pode ser uma alternativa viável no cuidado as pessoas que fazem o consumo habitual de drogas. Para tanto, é recomendada uma mudança das práticas dos profissionais de saúde para atender as novas políticas públicas que abordam sobre o cuidado ao consumidor de drogas.

2.2 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O CUIDADO NO CONTEXTO DO CONSUMO DROGAS.

A ESF como componente da Atenção Básica, é caracterizada pelo desenvolvimento de um conjunto de ações de promoção e de proteção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação, orientada pelos princípios da acessibilidade, do vínculo, da responsabilidade, da humanização, da participação social e da coordenação do cuidado (BRASIL, 2012a).

A operacionalização desses princípios possibilita uma relação de longa duração entre a equipe de saúde e a população adscrita, independente da presença ou ausência de problemas de saúde, o que é denominado “cuidado longitudinal” (VIDAL; MOTTA; SIQUEIRA-BATISTA, 2015).

Em uma perspectiva histórica, a proposta de criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) surgiu em paralelo com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF). Ambos respondem, de certo modo, ao processo de redemocratização no país que, no âmbito da saúde, teve como marcos a Reforma Sanitária e a tentativa de viabilizá-la por meio da criação do SUS (JUCÁ; NUNES; BARRETO, 2009).

Ao propor a construção de uma rede de cuidados para as pessoas que vivenciam problemas decorrentes do consumo de drogas, de base comunitária, regida pelos princípios do SUS, a atual política do Ministério da Saúde considera a importância e a centralidade da Atenção Básica (COELHO; SOARES, 2014).

Nessa perspectiva, a articulação da Atenção Básica a uma rede substitutiva de cuidados à Saúde Mental tem se estabelecido como uma diretriz para a consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira, visando garantir a centralidade da atenção em dispositivos de base comunitária territorial e a superação da iatrogenia da assistência hospitalocêntrica (VECCHIA; MARTINS, 2009).

Por esse motivo, a ESF constitui um elo importante na identificação e acompanhamento dos casos de sofrimento mental. As políticas públicas em nosso país preconizam que profissionais dos CAPS e da ESF deverão trabalhar conjuntamente em referência e contra-referência por meio da ferramenta de Apoio Matricial (JUCÁ;

NUNES; BARRETO, 2009; VECCHIA; MARTINS, 2009; BALLARIN; BLANES; FERIGATO, 2012).

Com o Apoio Matricial, a lógica de encaminhamento entra em desuso em benefício de uma responsabilização compartilhada em que é oferecido suporte técnico-pedagógico e retaguarda assistencial especializada às equipes de referências cuja, na Saúde Mental, correspondem as equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) (WETZEL *et al.*, 2014).

Dessa maneira, o cuidar em saúde é baseado na criação de vínculo entre atores envolvidos e população e da corresponsabilização do cuidado dos usuários e familiares entre os serviços. Para que esse cuidado ocorra é necessário a modificação da lógica do processo de trabalho da transferência de responsabilidades para a do compartilhamento (BALLARIN; BLANES; FERIGATO, 2012).

As equipes desses serviços têm sido desafiadas a atuarem na lógica do compartilhamento, a exemplo dos problemas decorrentes do consumo habitual de drogas, que apresenta alta prevalência na população em geral. Na medida em que o cadastramento da clientela em base territorial é um dos princípios operacionais da gestão do processo de trabalho na ESF, o vínculo, a integralidade e a continuidade do cuidado tendem a gerar um confronto cotidiano dos profissionais atuantes neste nível de atenção com o público em questão (VECCHIA; MARTINS, 2009).

Os Programas de Atenção Básica em Saúde, cuja principal estratégia é a ESF, apesar de sua expansão, ainda apresenta cobertura inferior a 20% em algumas grandes cidades brasileiras. Dentre estas, pouquíssimas incluem o cuidado ao consumo de drogas em suas atribuições (ANDRADE, 2011). A baixa cobertura constitui um problema para os CAPSad, pois eles dependem muito da articulação com a ESF e da inclusão de ações de RD no território (BRASIL, 2005; ANDRADE, 2011).

Além da baixa cobertura, algumas das características da ESF justificam as suas dificuldades de integrar ações de RD em suas práticas cotidianas: 1) a ênfase na Atenção Básica à saúde no Brasil é ainda recente e apresenta uma estrutura organizacional em construção; 2) os profissionais de saúde desta estratégia sentem-se intimidados em ter que lidar com questões relacionadas ao consumo de drogas, seja pelo desconhecimento dos fatores biopsicossociais relacionados ao seu consumo, reproduzindo preconceitos

do senso comum acerca dos seus usuários, seja pelo medo de exposição profissional à violência do tráfico; 3) os preconceitos quanto à legitimidade das práticas de RD, ainda alimentam a resistência às mesmas, apesar delas fazerem parte do SUS (ANDRADE, 2011).

Diante do exposto, percebemos que os princípios e diretrizes que orientam o trabalho no âmbito da Atenção Básica, permitem que este dispositivo constitua um grande aliado para o cuidado no contexto do consumo de drogas. No entanto, a baixa cobertura da ESF, aliado a resistência dos seus profissionais para exercerem tal prática, consiste em um grande enfrentamento a ser superado pelas políticas públicas.

2.3 O TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E SEU POTENCIAL PARA O CUIDADO NO CONTEXTO DO CONSUMO DE DROGAS

A inserção do ACS no cenário brasileiro ocorreu com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no Estado do Ceará, em 1987, que consistiu em uma estratégia abrangente de saúde pública. Posteriormente, foi estendido para toda a região Norte e Nordeste, e, em 1991, ampliou-se pelo país (FERREIRA *et al.*, 2009).

O PACS teve como objetivo melhorar a capacidade da população em cuidar de sua saúde, por meio de informações e conhecimentos transmitidos pelos agentes às populações rurais, às periferias urbanas e ao grupo materno-infantil (BRASIL, 1994). Desde então, o ACS passou a se revelar como um trabalhador de saúde, representando um mediador entre a comunidade e a equipe de saúde (FERREIRA *et al.*, 2009).

A partir de 1994, começaram a se formar as primeiras ESF, a princípio implantada como um programa, e posteriormente, ampliado como uma estratégia, priorizando ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde dos indivíduos e da comunidade de forma integral e contínua (BRASIL, 2011b).

Um importante diferencial na criação da ESF consistiu na inserção do ACS como um integrante insubstituível da equipe. Com a criação da ESF, determinou-se que cada equipe de saúde fosse composta por, no mínimo, 1 (um) médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, 1 (um)

enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, 1 (um) auxiliar ou técnico de enfermagem e um quantitativo de ACS suficiente para cobrir 100% (cem por cento) da população cadastrada (BRASIL, 2012a).

Para o cálculo da população adscrita deve-se considerar que cada ESF deve ser composta por no máximo 12 (doze) ACS, e a cada ACS cabe o papel de se responsabilizar por uma micro área com um máximo de 750 (setecentos e cinquenta) pessoas (BRASIL, 2012a).

A profissão do ACS foi reconhecida apenas em 2006 pela Lei nº 11.350, com exercício exclusivamente no âmbito do SUS. No mesmo ano, a Emenda Constitucional nº 51 previu a contratação desse profissional por meio de processo seletivo público (VIDAL; MOTTA; SIQUEIRA-BATISTA, 2015). Desse modo, o ACS foi reconhecido como profissional de saúde, sendo-lhe atribuído o exercício de atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas de acordo com as diretrizes do SUS (BRASIL, 2006b).

Entre as principais atribuições do ACS, estão: (1) Trabalhar com adscrição das famílias residentes na micro área definida; (2) Cadastrar todas as pessoas de sua micro área e manter os cadastros atualizados; (3) Orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; (4) Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; (5) Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, mantendo como referência a média de uma visita mensal por família; (6) Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita; (7) Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco; e (8) Estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, acompanhamento dos problemas de saúde e das condicionalidades de programas voltados para a transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantados pelo governo federal, estadual ou municipal (BRASIL, 2012a).

Para o exercício da profissão, o ACS deverá preencher os seguintes requisitos: ser aprovado em concurso público; residir na área da comunidade em que atuar, desde a data da publicação do edital do processo seletivo público; haver concluído, com aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada; haver concluído o ensino fundamental (BRASIL, 2006b).

O fato de residir e trabalhar na mesma comunidade, permite ao ACS estabelecer uma relação de acolhimento e vínculo junto às famílias com as quais atua, e a partir desse vínculo, se torna possível a criação de um elo entre a comunidade e a equipe de saúde, sendo o vínculo, geralmente, reconhecido pela comunidade (COSTA; SPINELLI, 2011; MARZARI; JUNGES; SELLI, 2011).

No ano de 2013, o Curso de Formação em Saúde Mental (Crack, Álcool e outras drogas) do Projeto Caminhos do Cuidado, reconheceu no trabalho do ACS uma potência terapêutica que pode ser utilizada na produção do cuidado em Saúde Mental. Desse modo, em conjunto com Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, os ACS foram escolhidos para compor o público alvo da capacitação. A meta de alcance do projeto foi oferecer formação em Crack, Álcool e outras drogas para a totalidade dos ACS distribuídos por todos os estados e regiões do país. Atualmente o projeto encontra-se em fase final e teve como organizadores as instituições Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), por intermédio do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica (ICICT); o Grupo Hospitalar Conceição; a Rede de Escolas Técnicas do SUS; e o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013).

Em uma perspectiva diferente, a literatura tem revelado outros perfis relacionados ao trabalho do ACS na medida em que, permite identificar uma série de situações que parecem caracterizar certa sobrecarga de trabalho em vários âmbitos (ROSA; BONFANTI; CARVALHO, 2012).

A exigência de residir no próprio ambiente de trabalho faz com que os ACS não tenham horário de trabalho definido e realizem, por vezes, atividades não normatizadas, demonstrando diferenças entre o trabalho prescrito e o real, o que acarreta sobrecarga de atividades (SANTOS; DAVID, 2011). Durante o desenvolvimento de suas atividades, atuam como educador, como mediador entre a população e o sistema de

saúde e como conselheiro, muitas vezes ajudando as pessoas a resolverem problemas pessoais e conflitos familiares (SIMÕES, 2009).

No seu cotidiano, deparam-se com a população insatisfeita com o serviço de saúde, em condições de higiene, trabalho e moradia precárias e com baixa escolaridade o que dificulta o entendimento das orientações fornecidas. Além disso, sofrem com o baixo reconhecimento profissional, com a contradição entre o trabalho prescrito nos manuais e os seus reais afazeres no cotidiano, com a vulnerabilidade para violência física e moral, sobrecarga psíquica e queixas físicas. Como a maioria das pessoas, ainda vivenciam seus próprios problemas como a dupla jornada de trabalho, problemas familiares e econômicos (SIMÕES, 2009; SANTOS; DAVID, 2011).

No que se refere as limitações para o cuidado no contexto do consumo de drogas, a literatura aponta que os ACS ainda apresentam um déficit em sua formação, que pode ser verificada mediante a falta de conhecimento sobre a lógica da RD. Ademais, ainda trazem consigo os pré-julgamentos em relação as drogas, ao consumo e aos consumidores, o que implica diretamente na promoção do cuidado (ALVES; PERES, 2015; SILVEIRA; MARTINS; RONZANI, 2009; OLIVEIRA; MCCALLUM; COSTA, 2010).

A ineficiência no cuidado promovido pelo ACS relacionado ao consumo de drogas, é influenciada por estes trabalhadores ocuparem a posição mais baixa na relação hierárquica estabelecida na ESF; terem um precário respaldo frente a equipe e a comunidade; receberem baixos salários; serem inseguros quanto a formação; vivenciarem a escassez tecnológica e de outros recursos no trabalho; e a todo o tempo serem cobrados a alcançar metas de produtividade (CORDEIRO; SOARES, 2015).

Em maio de 2016, a publicação da Portaria nº 958 representou um grande retrocesso no que se refere à desprecarização do trabalho na Atenção Básica. Nela determinou-se que os ACS poderão ser contratados de maneira complementar, não sendo exigido sua presença obrigatória na equipe mínima da ESF. A medida foi vista como “contramão” de um dos principais fundamentos da PNAB, que é ser um novo modelo de atenção, apoiado na medicina comunitária, no território (BRASIL, 2016).

Não obstante seja considerada uma potencialidade no trabalho dos ACS para a promoção do cuidado no contexto do consumo de drogas, percebemos que estes

enfrentam grandes conflitos no cotidiano da ESF. A convivência com os problemas da população e as dificuldades do serviço público repercutem diretamente na qualidade de vida e do trabalho desses atores sociais, influenciando negativamente no cuidado da população adscrita.

3 REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO QUE ILUMINOU O ESTUDO: A FENOMENOLOGIA DE MAURICE MERLEAU-PONTY

Não podemos permanecer nesta alternativa entre não compreender nada do sujeito ou não compreender nada do objeto. É preciso que reencontremos a origem do objeto no próprio coração de nossa experiência, que descrevamos a aparição do ser e compreendamos, como paradoxalmente há, para nós, o em si (MERLEAU-PONTY, 2014, p.109).

Em conformidade com as questão norteadora e com o objetivo do estudo, optamos pela fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty para sustentar o estudo. Desse modo, ao longo desta secção, não pretendemos recapitular “todas” as noções formuladas pelo filósofo, nem seria útil tentá-la, mas sim, discutir sobre o núcleo central do seu pensamento na esperança de facilitar ao leitor a compreensão do estudo.

3.1 DA FENOMENOLOGIA DE EDMUND HUSSERL À ONTOLOGIA DA EXPERIÊNCIA DE MERLEAU-PONTY

Merleau-Ponty desenvolveu seu pensamento sob influência de algumas teorias, a exemplo do marxismo de Hegel, da psicologia da forma ou Gestalt, das tradições filosóficas ocidentais de Descartes e Kant, entre outras. Porém, a influência mais significativa foi a do movimento fenomenológico iniciado por Edmundo Husserl no final do século XIX (MATTHEWS, 2010).

Husserl estudou matemática e filosofia, sendo o primeiro filósofo a preocupar-se com a criação de um método que pudesse dar conta de descrever como o vivido se mostra à experiência perceptiva. Seu principal objetivo era retomar o ideal clássico de ciência dos gregos, cuja característica principal consistia em reconhecer a unidade dos fenômenos e restabelecer a filosofia como uma ciência rigorosa (SENA, 2006; SENA *et al.*, 2011).

A concepção grega começou a ser questionada a partir do século XVII com a emergência do pensamento moderno e criação dos instrumentos matemáticos. A ideia de que conhecer significava atualizar algo no corpo por meio dos sentidos, não mais conseguia se sustentar, o que resultou na relativização da percepção sensível. Dessa

maneira, surgiram duas tradições científicas: a objetivista e a subjetivista (SENA *et al.*, 2011).

A lógica objetivista originada por Galileu, afirmava que o real poderia ser apreendido pelos instrumentos da matemática, estando o conhecimento localizado nos objetos, em uma lógica naturalista. Por outro lado, a tradição subjetivista, que surgiu com René Descartes, acreditava existir um real fora da representação, ou seja, o saber estava localizado no próprio homem, a partir de uma lógica psicologista (MATTHEWS, 2010). Para o filósofo,

Descartes e sobretudo Kant desligaram o sujeito ou a consciência, fazendo ver que eu não poderia apreender nenhuma coisa como existente se primeiramente eu não me experimentasse existente no ato de apreendê-la; eles fizeram aparecer a consciência, a absoluta certeza de mim para mim, como a condição sem a qual não haveria absolutamente nada, e o ato de ligação como o fundamento do ligado (Merleau-Ponty, 2014, p.4).

Nesse dualismo que a fenomenologia ganha destaque, visando à superação da dicotomia objetividade *versus* subjetividade, propondo um novo olhar em relação à produção do conhecimento, ou seja, aquele que ocorre como resultado da relação dialógica, na engrenagem de minhas experiências com as suas (MERLEAU-PONTY, 2014). Assim, a aquisição mais importante da fenomenologia foi sem dúvida ter unido o extremo subjetivismo ao extremo objetivismo em sua concepção de mundo.

Seguindo a tradição husserliana, Merleau-Ponty introduz a perspectiva de que a construção do conhecimento ocorre na intersubjetividade, sem delimitação de um espaço definido. Trata-se de retornar ao mundo vivido, ou seja, ao mundo dos sentimentos, aquém do mundo objetivo, restituindo à coisa sua fisionomia concreta, reencontrado os fenômenos em um sistema eu-outro-coisas no seu estado nascente (MERLEAU-PONTY, 2014; SENA, 2006; SENA *et al.*, 2011).

Husserl ainda propôs o sentido de temporalidade, em que a noção de campo é substituída pela noção de consciência como um processo temporal, que corresponde à forma originária da intencionalidade operativa. Mais tarde, Merleau-Ponty desenvolve a noção de coexistência a partir da ideia husserliana de temporalidade em que, a todo o momento, através da experiência perceptiva, contraímos no presente um horizonte de passado e outro de futuro, constituindo uma vivência de campo ou vivência do *corpo*

próprio (MERLEAU-PONTY, 2014). Esta seria a ideia de campo fenomenal ou mundo da vida, no qual estamos inseridos como ambiguidades (SENA, 2006; SENA *et al.*, 2010; SENA *et al.*, 2011).

O *corpo* próprio em Merleau-Ponty, embora envolva atividades fisiológicas do corpo psicofísico, não é o correlativo dele, corresponde à vivência da temporalidade, na qual, cada um de nós constitui um “eu posso”, ou seja, uma possibilidade de tornar-se *outro eu mesmo* (MERLEAU-PONTY, 2014).

Sob a óptica do filósofo, o tempo deixa de ser uma linha, para se transformar em uma rede de intencionalidades, tornando-se uma experimentação do fluir da consciência, que a cada vivência retoma uma vivência antiga de forma modificada, desvelando vários perfis (SENA, 2006; SENA *et al.*, 2011). O método fenomenológico consiste exatamente em descrever o que se mostra por meio da intencionalidade, e essa operação envolve duas etapas: a redução eidética, evento que impõe a suspensão de teses, culturalmente, constituídas; e a redução transcendental, que corresponde à experiência de construir algo novo, tornando um outro (MERLEAU-PONTY, 2014).

O processo intencional opera por intermédio da intersubjetividade, no qual a vivências sensível (imaneente, irrefletida, impessoalidade) se entrelaça à experiência sócio cultural (reflexão, razão, pessoalidade) e produzem essências; estas, por sua vez, resultam na produção de um objeto transcendente, que constitui uma unidade que é universal, visto que há uma identidade daquele que produz com aquilo que é produzido (SENA, 2006).

Logo, a percepção humana ocorre no emaranhado do mundo da vida, que está relacionada com a impessoalidade, ou seja, com o impensado, com os sentimentos que são comuns a todos os homens; com o mundo da cultura, que relaciona-se com a pessoalidade, com a reflexão, com a linguagem que o homem constrói a partir das relações estabelecidas em sociedade. Assim, “falar da percepção do ponto de vista de quem a vive é o mesmo que discorrer sobre a experiência do corpo próprio” (MERLEAU-PONTY, 2014; SENA, 2006).

3.2 A VIVÊNCIA DO CORPO PRÓPRIO

Evoluindo nos estudos sobre a fenomenologia merleau-pontyana, foi oportuno adentrar no tema do corpo próprio e suas cinco dimensões; *corpo habitual*, *corpo perceptivo*, *corpo falante*, *corpo sexuado* e *corpo do outro*, esboçadas por Sena (2006), através da leitura das obras de Merleau-Ponty, especialmente “Fenomenologia da Percepção” e “A prosa do Mundo”.

Iniciamos discutindo sobre o *corpo habitual*, que se revela a nós de forma não deliberada, independentemente de nossa vontade. Não é algo que se repete, é sempre um evento extraordinário e criativo, é a percepção que flui no tempo de maneira renovada. Embora seja algo que retomamos, é sempre novo e não consiste na repetição de uma experiência vivida (ANDRADE, 2012)

Para Merleau-Ponty, o hábito se impõe a nós sem que possamos decidir ou escolher e só o percebemos quando, por exemplo, “perdemos” pois, muitas vezes, não damos conta dessa existência habitual e de seu remanejamento e renovação. Nosso corpo tem seu mundo, ou compreende seu mundo, sem precisar representar-se, sem reduzir-se a uma função objetivante (MERLEAU-PONTY, 2014).

No que tange ao *corpo perceptivo*, observamos que se trata de um sistema em ação orientado por um não saber de si, que movimenta o corpo na atualidade e envolve a intencionalidade motora que necessitamos para que o objeto da percepção se revele para nós. Desconhecendo o que procura, o corpo transcende em direção ao futuro, como um lançar-se para além de si rumo às possibilidades (MERLEAU-PONTY, 2014; SENA, 2006).

Toda vez que nos envolvemos com algo que nos possibilite avançar no conhecimento, em alguma compreensão, e isso nos leva a uma expressão, a uma interação, estamos então exercendo o nosso *corpo falante* (SENA, 2006; MERLEAU-PONTY, 2012; 2014).

Sendo assim, o *corpo falante* abre possibilidades à criatividade e a experiência de tornar-se um outro eu-mesmo, o que nos impõe a utilização dos diversos cenários da nossa vida para exercê-lo. O autor exemplifica a vivência do *corpo falante* fazendo a seguinte reflexão: “o objeto mais familiar parece-nos indeterminado enquanto não

encontramos seu nome, porque o próprio sujeito pensante está em um tipo de ignorância de seus pensamentos enquanto não os formulou para si ou mesmo disse ou escreveu (MERLEAU-PONTY, 2014, p. 241)”.

No pensamento merleau-pontyano, *o corpo sexuado* não relaciona-se à “genitalidade”, mas ao desejo de satisfação na vida, de desenvolver os diversos papéis sociais com prazer. Logo, a vivência da “sexualidade” nos ocorre a todo instante, irrefletidamente, consistindo na maneira como reagimos às demandas do outro, cuja origem é desconhecida, mas se refere às atitudes de aceitação ou de recusa ao autoerotismo, que são experiências de comunicação com o outro e, portanto, experiências sexuais (SENA, 2006, ANDRADE; SENA; JESUS, 2014; MERLEAU-PONTY, 2014).

A noção de *corpo do outro*, retoma a ideia de abertura para *o outro eu mesmo*, o que ocorre como uma experiência de coexistência (SENA, 2006). Nessa dimensão, a autora enfatiza o pensamento merleau-pontyano de que eu e o outro encontramos-nos em um nível de comunicação intersubjetiva na qual nós espelhamo-nos ou iluminamo-nos mutuamente através da experiência da fala que é sempre criativa. À medida que nos diferenciamos, vemos no outro um outro nós mesmos. Um e o outro vê no nós, um outro eu mesmo (MERLEAU-PONTY, 2012, SENA, 2006).

A relação entre eu e outrem, meu pensamento e o seu formam um, a fala torna-se uma operação comum da qual nenhum de nós é o criador, pois, sendo construída coletivamente, abre possibilidade para experimentarmos a coexistência através de um mesmo mundo (MERLEAU-PONTY, 2014; SENA *et al.*, 2011).

4 TRILHANDO PASSOS PARA A COMPREENSÃO DO VIVIDO

Todo a o universo da ciência é construído sobre o mundo vivido, e se queremos pensar a própria ciência com rigor, apreciar exatamente seu sentido e seu alcance, precisamos primeiramente despertar essa experiência do mundo da qual ela é a expressão segunda (MERLEAU-PONTY, 2014, p.3).

4.1 NATUREZA DO ESTUDO

Por tratar-se de uma pesquisa que partiu de uma experiência vivencial e que se ocupou em compreender a percepção de ACS, encontramos no referencial teórico-filosófico de Maurice Merleau-Ponty fundamentação teórica adequada e pertinente para sustentação. O autor se dedicou a fazer uma fenomenologia voltada à percepção humana, valorizando-a como uma porta que abre horizontes onde o saber se instala.

A fenomenologia apresenta-se como modalidade de pesquisa qualitativa, neste sentido, possibilita olhar as coisas como elas se manifestam; descrever o fenômeno sem explicá-lo, sem analisá-lo, não tendo a preocupação de buscar relações causais; está voltada a mostrar e não a demonstrar, para descrever com rigor, pois através dela é que se pode chegar à essência do fenômeno (TERRA *et al.*, 2006).

Segundo a Fenomenologia da Percepção não podemos separar o sujeito do mundo percebido visto que, existe uma relação viva daquele que percebe com seu corpo e com seu mundo. Por isso, a percepção não é como um acontecimento que se pode aplicar a teoria de causalidade, mas a cada momento, se apresenta como uma recriação ou uma reconstituição do mundo (MERLEAU-PONTY, 2014).

Desse modo, o mundo se apresenta sempre em perfil, como em uma relação figura-fundo, em que o desvelar da figura vela o fundo e o desvelar do fundo pode revelar inúmeras figuras, ou seja, o sentir e o refletir não são vistos simultaneamente, mas compõem uma unidade, que faz ver a ambiguidade das coisas, dos homens e do mundo (MERLEAU-PONTY, 2014).

4.2 CENÁRIO DAS DESCRIÇÕES VIVENCIAIS

O estudo foi desenvolvido no município de Jequié, Bahia, Brasil, durante o primeiro semestre do ano de 2016. Com pouco mais de 151 mil habitantes, o município é considerado como um dos mais populosos da Bahia, localiza-se na região sudoeste do estado e possui uma área territorial de 2.969 Km² (IBGE, 2010).

Pelos princípios norteadores da NOAS-SUS 2002, o município se encontra em gestão plena dos serviços de Atenção Básica, e também vincula aos seus serviços de média e alta complexidade à gestão estadual (BRASIL, 2002). Assim, no que se refere à estrutura operacional, o município dispõe de uma rede de assistência pública de saúde composta por serviços estaduais e municipais.

Dentre os serviços estaduais podemos mencionar 01 (um) hospital regional que mantém em funcionamento 1 (um) Anexo Psiquiátrico, sendo referência para aproximadamente 30 municípios circunvizinhos; 1 (um) Centro de Referência em Doenças Endêmicas; e 1 (uma) base de apoio do Núcleo Regional de Saúde - Sul (JEQUIÉ, 2015).

Na rede de saúde de média complexidade, o município oferece os seguintes serviços: 1 (um) Central de Regulação de Leitos; 1 (um) Centro Regional de Referência de Saúde do Trabalhador (CEREST); 1 (um) Núcleo Municipal de Prevenção e Reabilitação (NUPREJ); 1 (um) Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); 1 (um) Centro de Referência em Saúde Sexual; 1 (um) Centro de Atenção Psicossocial Guito Guigó (CAPS II); 1 (um) Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS-ad); 1 (uma) Farmácia Popular; 1 (um) Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (JEQUIÉ, 2015).

A rede básica presta serviços de atenção primária à saúde da população e está distribuída de forma a cobrir as áreas urbanas e rurais do município. Assim, constitui-se uma rede composta por 19 (dezenove) Unidades de Saúde da Família (USF), as quais abrigam 28 (vinte e oito) equipes de ESF e 19 (dezenove) Equipes de Saúde Bucal; 17 (dezessete) Postos de Saúde (sendo 2 deles localizados na zona urbana e 15 em zona rural); 4 (quatro) Unidades Básicas de Saúde do modelo tradicional (UBS), 1 (uma) Unidade Móvel para atendimento médico, 9 (nove) equipes do Programa de Agentes

Comunitários de Saúde (PACS) e ainda 1 (uma) Unidade do Programa de Saúde Prisional (JEQUIÉ, 2015).

Tratando-se do atendimento em Saúde Mental, no ano de 2013, um ambulatório instalado no Anexo Psiquiátrico que durante anos atendeu pessoas do município com sofrimento mental foi desativado. Desde então, os atendimentos ambulatoriais passaram a ocorrer nas UBS e CAPS, reforçando a necessidade dos profissionais da Atenção Básica se responsabilizarem pelos casos de sofrimento mental das suas respectivas áreas.

4.3 ENTRADA NO CAMPO PARA A PRODUÇÃO DAS DESCRIÇÕES VIVENCIAIS

4.3.1 Primeiro momento

Inicialmente sentimos a necessidade de conhecer o quadro estrutural e organizativo dos ACS do município de Jequié-BA. Assim, no mês de outubro do ano 2015, procuramos o Departamento de Assistência à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, portando uma carta de encaminhamento emitida pelo PPGES/UESB (ANEXO A) a fim de buscar as referidas informações.

Desse modo, nos foi fornecido um relatório de Atenção Básica informando que o município dispunha de 372 (trezentos e setenta e dois) ACS, distribuídos entre as Equipes de Saúde das USF e do PACS (JEQUIÉ, 2014). Porém, fomos alertados pela coordenação do departamento que as reuniões na Secretária de Saúde reunindo os profissionais de nosso interesse não eram frequentes, o que nos incentivou a pensar em algum outro espaço que oportunizasse-nos a aproximação com a maioria dos ACS.

4.3.2 Segundo momento

Cientes de que na Secretária de Saúde o encontro de todos os ACS não seria frequente, no mês de novembro do ano de 2015, transcendeu-nos a ideia de solicitar auxílio ao Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde (SIND-ACS) para aproximarmos-nos do público alvo.

Dos 372 (trezentos e setenta e dois) ACS do município, 342 (trezentos e quarenta e dois) estão afiliados ao SIND-ACS, assim, compreendemos que neste espaço teríamos maiores possibilidades de encontrá-los reunidos. O SIND-ACS no município de Jequié-BA é atuante, realiza assembleias quinzenalmente, e tem como principal objetivo a luta em prol dos interesses da categoria.

Durante a visita fomos muito bem acolhidos, sendo-nos oportunizado um espaço de tempo em uma das assembleias para apresentação do projeto de pesquisa, assim como, explicar a possível relevância do seu desenvolvimento para o contexto acadêmico e para a assistência em Saúde Mental.

No mês de dezembro, fomos informados pelo SIND-ACS sobre uma confraternização onde estariam presentes grande parte dos afiliados; aproveitamos a oportunidade para fazer-nos presentes e abordar os ACS aleatoriamente para informar sobre a nossa intenção de desenvolver o estudo.

Considerando como **critérios de inclusão** - estar em pleno exercício da profissão – e como **critérios de exclusão** - estar em período de licença médica, licença a maternidade, afastamento administrativo ou indisponibilidade no período para a produção das descrições vivenciais (coleta das informações) – distribuímos convites personalizados para que participassem do estudo (APÊNDICE A).

Com os 20^a (vinte primeiros) que mostraram interesse, recolhemos telefone para contato. Como a proposta para produção das descrições vivenciais era a técnica do GF, que deve ser aplicado com no mínimo 6 (seis) e máximo 15 (quinze) participantes, consideramos o contato dos 20 (vinte) ACS suficiente (TRAD, 2009).

Nesse momento de aproximação com os participantes, já percebemos os trabalhadores inquietos frente a complexidade que entorna o fenômeno do consumo de drogas, e como consideravam difícil serem cuidadores neste contexto.

Acreditamos que esta tenha sido uma boa estratégia para ingresso no campo, pois permitiu-nos aproximar dos participantes do estudo, estabelecer relações de vínculo e confiança, elementos de grande importância para a realização de estudos fenomenológicos.

4.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido com 7 (sete) Agentes Comunitários de Saúde, integrantes de diferentes equipes de saúde do município de Jequié-BA, em Regime Estatutário, com uma jornada de trabalho de 40 (quarenta) horas semanais.

O número de participantes foi definido no processo de produção das descrições vivenciais (coleta das informações), sendo que, no mês de janeiro do ano de 2016, entramos em contato com os 20 (vinte) ACS que mostraram interesse em participar voluntariamente do estudo, a fim de acordar uma data, horário e local em comum para o encontro de GF, porém, apenas 7 (sete) confirmaram disponibilidade para estar presente no momento definido para realização dos encontros de GF.

Dos ACS que participaram da pesquisa, 4 (quatro) são do sexo masculino e 3 (três) do sexo feminino, com idades entre 30 (trinta) e 56 (cinquenta e seis) anos, tempo de exercício da profissão variando de 8 (oito) a 19 (dezenove) anos. Com relação ao nível de escolaridade, 6 (seis) possuem nível médio e apenas 1 (um) ensino superior completo. Quanto a religião 5 (cinco) declararam ser católicos e 2 (dois) evangélicos. Em relação a situação marital, 3 (três) informaram manter união estável e 4 (quatro) vivem sem companheiro. Todos possuem filhos.

No que se refere as capacitações, todos declararam ter participado de cursos com abordagem sobre o cuidado no contexto do consumo de drogas ao longo do exercício profissional, sendo unânime, a participação no projeto Caminhos do Cuidado.

A fim de assegurar o anonimato, os participantes foram identificados pela abreviação da palavra Agente Comunitário de Saúde (ACS), seguida de um número (ACS 1, ACS 2, ACS 3...).

A seguir apresentamos o Quadro 1, em que pode ser observado as principais características sócio demográficas dos participantes. Estas informações foram obtidas mediante aplicação de um roteiro para caracterização dos participantes (APÊNDICE B).

ACS	Sexo	Idade	Situação marital	Escolaridade	Filhos	Crença religiosa	Tempo de exercício da profissão	Curso específico na área álcool e outras
ACS 1	Masculino	49	União estável	Ensino médio	2	Evangélico	11 anos	Caminhos do cuidado e outros oferecidos pela SMS
ACS 2	Masculino	43	Sem companheiro	Ensino superior	1	Católico	19 anos	Caminhos do cuidado, SUPERA e outros oferecidos pela SMS
ACS 3	Masculino	30	União estável	Ensino médio	1	Evangélico	10 anos	Caminhos do cuidado e outros oferecidos pela SMS
ACS 4	Feminino	49	Sem companheiro	Ensino médio	3	Católica	19 anos	Caminhos do cuidado e outros oferecidos pela SMS
ACS 5	Feminino	56	União estável	Ensino médio	3	Católica	19 anos	Caminhos do cuidado e outros oferecidos pela SMS
ACS 6	Feminino	43	Sem companheiro	Ensino médio	3	Católica	8 anos	Caminhos do cuidado e outros oferecidos pela SMS
ACS 7	Masculino	49	Sem companheiro	Ensino médio	3	Católico	10 anos	Caminhos do cuidado e outros oferecidos pela SMS

Quadro 1: Caracterização dos Agentes Comunitários de Saúde que participaram do estudo (Jequié, Bahia, Brasil, 2016).

Fonte: Elaborado pela autora, Jequié 2017.

* SMS: Secretária Municipal de Saúde.

** SUPERA: Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento.

Ressaltamos que, por se tratar de um estudo fenomenológico, o número dos sujeitos pesquisados não é o mais relevante, e sim, a profundidade da análise e a discussão a respeito dos depoimentos obtidos, o que permitirá, inclusive, fazer generalizações. Isso porque buscamos a descrição do que se desvela da natureza sensível, dimensão que faz com que a humanidade tenha um igual. Em outras palavras, consideramos que o mundo não existe só para nós, mas para tudo que nele acena e, desse modo, o mundo dos sentimentos é potencialmente vivido por todos (MERLEAU-PONTY, 2012).

4.5 PRODUÇÃO DAS DESCRIÇÕES VIVENCIAIS

4.5.1 A técnica do Grupo Focal

Dentre as diversas estratégias para a produção das descrições vivenciais em pesquisa qualitativa, optamos pelo Grupo Focal (GF), técnica que favorece o diálogo e a intersubjetividade, condições fundamentais para pesquisas de abordagem fenomenológica.

O GF consiste em uma discussão grupal, baseada na comunicação e na interação, com vistas a reunir informações detalhadas sobre um tópico específico (sugerido por um pesquisador, coordenador ou moderador do grupo). Esta técnica busca colher informações que possam proporcionar a compreensão de percepções, crenças, atitudes sobre um tema, produto ou serviços (KITZINGER, 2000).

Os participantes quando envolvidos na discussão em grupo, ouvem as opiniões dos outros antes de formar as próprias e, constantemente, mudam de posição, ou fundamentam melhor sua opinião inicial (TRAD, 2009). Logo, a técnica coaduna com o pensamento fenomenológico de Merleau-Ponty, pois no momento em que ouvem as diferentes opiniões, os participantes vivenciam a temporalidade e se tornam “outros”, revelando um claro processo de intersubjetividade.

Os participantes de um GF devem apresentar certas características em comum que estão associadas à temática central em estudo. O grupo deve ser, portanto, homogêneo em termos de características que interfiram radicalmente na percepção do

assunto em foco. Recomenda-se que os participantes sejam selecionados dentro de um grupo de indivíduos que convivam com o assunto a ser discutido, e que tenham profundo conhecimento sobre a temática em discussão (BARBOUR; KITZINGER, 1999; BARBOR, 2009).

A literatura retrata algumas divergências em relação ao número de participantes para compor o GF, que varia de 6 (seis) a 15 (quinze), e quanto à duração, que deve variar entre 90 (noventa) e 110 (cento e dez) minutos (TRAD, 2009).

Para Barbour (2009), tanto em termos de moderação de grupos e em termos de análise de transcrições, um máximo de 8 (oito) participantes geralmente já é desafiador o bastante. Os requisitos do pesquisador de identificar vozes individuais, buscar clarificações e explorações a mais sobre quaisquer diferenças nas perspectivas fazem grupos maiores, se não impossíveis, e excessivamente demandantes para moderar e analisar. Em termos de um número mínimo, a autora sugere que é perfeitamente possível realizar um GF com 3 (três) ou 4 (quatro) participantes (BARBOUR, 2009).

O GF deve ter 1 (um) moderador, que além da organização e planejamento dos encontros, é o responsável por conduzir a dinâmica grupal, de modo que as discussões não percam o foco sobre os interesses do estudo. Deve também haver 1 (um) observador para auxiliar o moderador desde a etapa do agendamento até o momento da efetivação do GF, que pode intervir na reunião a fim de buscar esclarecimentos de falas colocadas, como também deve registrar o comportamento dos participantes (TRAD, 2009; BARBOSA, 2012).

Com o grupo formado, oficializa-se o combinado de participação. Este momento chamado de *contrato grupal* é fundamental para estabelecer um compromisso ético bilateral pois, compreende assumir regras básicas de convivência, facilitando a interação grupal e o comprometimento recíproco entre moderador, observador e participantes (BARBOSA, 2012).

O roteiro de questões para nortear a discussão nos grupos deve conter poucos itens, permitindo certa flexibilidade em sua condução, com registro de temas não previstos, mas relevantes. Convém estruturar o roteiro de tal modo que as primeiras questões sejam mais gerais e mais “fáceis” de responder. Esta estratégia visa a incentivar a participação imediata de todos. Gradativamente vão sendo inseridos os tópicos mais

específicos e polêmicos, bem como questões suscitadas por respostas anteriores. Devem ser evitadas questões que se iniciem com a expressão “por que”, as quais podem deixar os participantes numa situação muito defensiva, admitindo o lado “politicamente correto” da questão (TRAD, 2009).

4.5.2 A aplicação da técnica de Grupo Focal

No presente estudo, ocorreram 3 (três) encontros de GF, tendo cada um deles duração média de 2 (duas) horas, realizados no primeiro semestre do ano de 2016, período vespertino, em uma sala ampla, climatizada e reservada da UESB, que contaram com a participação de 7 (sete) ACS, 1 (uma) moderadora (própria pesquisadora), e 1 (uma) observadora. Vale ressaltar que, para a realização dos 3 (três) encontros preocupamo-nos em ser norteados por um planejamento prévio (APÊNDICE C).

Nas reuniões as cadeiras foram dispostas em círculo, ao redor de uma mesa contendo água, chá e café, de tal modo que houve um contato face a face entre cada um dos envolvidos, o que facilitou a participação e interação grupal.

No **primeiro encontro**, realizado em 25 de janeiro do ano de 2016, observamos que os participantes chegaram um pouco introspectivos, mas com satisfação e expectativa para participarem da pesquisa, fato que motivou a moderadora e a observadora. Inicialmente, após acomodar os participantes em cadeiras posicionadas em forma de círculo, realizamos um agradecimento pela prontidão e disponibilidade para participarem voluntariamente da pesquisa. Seguimos apresentando a pesquisadora, a observadora, a proposta da pesquisa, assim como, sua possível relevância social e acadêmica.

Posteriormente, apresentamos aos participantes o Termo de Consentimento de Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE D), que após analisarem e concordarem com seu conteúdo, assinaram juntamente com a pesquisadora. A seguir, foram realizadas algumas pactuações a fim de firmar o *contrato grupal* como: tempo de duração do grupo, cuidados com uso do celular, e colaboração de todos os participantes do grupo para as discussões.

Conforme planejamento prévio (APÊNDICE C), a proposta de discussão do primeiro encontro foi precedida por um fragmento da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a usuários de Álcool e Outras Drogas. Em seguida apresentamos a questão que norteou o primeiro encontro: Como você percebe o cuidado no contexto do consumo de drogas na Estratégia de Saúde da Família?

O **segundo encontro** foi realizado em 02 de fevereiro do ano de 2016, quando foi proposto a discussão da questão: “Qual o papel do ACS no desenvolvimento de ações voltadas para o cuidado no contexto do consumo de drogas?”

Chamou-nos a atenção durante os dois primeiros encontros a retomada de sentimentos de medo, preocupação e ansiedade vivenciados pelos participantes relacionados ao consumo de drogas, o que dificulta a produção do cuidado. Deste modo, consideramos necessário realizar um terceiro encontro para melhor esclarecerem os enfrentamentos vivenciados para o cuidado.

Assim, em 14 de abril do ano de 2016, ocorreu o **terceiro e último encontro**, sendo possível aos participantes discutirem com maior profundidade sobre as dificuldades e potencialidades vivenciadas pelo ACS para o cuidado no contexto do consumo de drogas.

Cabe salientar que em todos os encontros houve uma participação efetiva dos ACS, demonstrando interesse, motivação e necessidade de falar sobre o tema proposto. Foi um espaço onde todos tiveram a oportunidade de expor seu ponto de vista, trazendo situações reais experienciadas no contexto de trabalho, o que proporcionou ao estudo uma riqueza de descobertas e retomadas vivenciais.

Por intermédio de um gravador, registramos as discussões dos três encontros, com preservação do anonimato de cada participante envolvido na pesquisa. Em seguida, as narrativas e discussões foram transcritas na íntegra, o que nos permitiu evoluir para a etapa de compreensão das descrições vivenciais.

4.6 COMPREENSÃO DAS DESCRIÇÕES VIVENCIAIS À LUZ DA ANALÍTICA DA AMBIGUIDADE

Para a compreensão das descrições vivenciais recorreremos a técnica *analítica da ambiguidade*, desenvolvida por Sena (2006) para a compreensão de achados em pesquisas fundamentadas na Fenomenologia da Percepção de Maurice Merleau-Ponty, assim como, na compreensão de outros estudos de abordagem qualitativa cujo foco seja a percepção humana, uma vez que, esta sempre se mostra de forma ambígua (SENA, 2006; SENA *et al.*, 2010).

A perspectiva desta técnica é de que, enquanto estamos lendo as descrições vivenciais, sentimos algo que nos é próprio, somos arrebatados por uma experiência inédita que nos traz ao presente, um mundo que nos é estranho, mas ao mesmo tempo, parece-nos familiar (SENA *et al.*, 2010). Para a autora, nesse instante nos esforçamos para converter o irrefletido à reflexão e articular um pensamento a ser objetado, lançado ao exterior como percebido.

A aplicação da *analítica da ambiguidade* se assemelha à experiência de observação de uma tela em que, para percebê-la é preciso fechar o olhar às demais figuras e fixar somente no contorno da figura que se quer ver. Este processo é o que ocorre em todos os momentos de nossas vidas, ele acontece espontaneamente, de forma irrefletida e impensada. Portanto, as vivências dos participantes foram considerados como figuras, entendendo que estas são vistas sempre em perfis, trazem consigo um fundo, que ao entrar no foco do olhar possibilitarão a descoberta de outras figuras (SENA, 2006; SENA *et al.*, 2010).

Assim, na compreensão das descrições vivenciais, seguimos todos os passos propostos pela técnica, a saber:

- 1) Dadas as descrições vivenciais, organizar textos com a transcrição das gravações na íntegra.
- 2) Realizar leituras exaustivas do material partindo das prerrogativas que se seguem:

- Trata-se de um estudo fenomenológico e, como tal, busca descrever as vivências, e, não explicá-las;
- As vivências são ocorrências de campo, isto é, por se constituírem experiências perceptivas, acontecem em um campo fenomenal, que tem a ver com nossa inserção no mundo da vida, que é a percepção do ponto de vista de quem a vive;
- A vivência da percepção apresenta-se como uma experiência ambígua, assim sendo, envolve duas dimensões: o ser bruto – um não saber de si ou consciência pré-reflexiva; e o espírito selvagem – consciência reflexiva, domínio da linguagem, onde se instala o universo de significações (MERLEAU-PONTY, 2000);
- A experiência ambígua se mostra a partir de depoimentos, que revela fenômenos, ou seja, o mundo aparece para nós parcialmente, porém, arrasta consigo um hábito, isto é, um horizonte de passado que retomamos em nossa vivência perceptiva;

3) Contudo, a leitura do material deverá fluir livremente, deixando que os fenômenos se mostrem em si mesmos a partir de si mesmos; o que significa dizer que o pesquisador vive sua experiência perceptiva durante a leitura e nesta ele se reconhece como generalidade intercorporal. Com isto, corrobora-se que um estudo fenomenológico sempre parte de uma vivência e que o conhecimento constitui-se a partir da interação com o outro.

4) Após a leitura exaustiva do material, convencendo-se de que as ambiguidades são inúmeras, visto tratar-se de uma experiência perceptiva que se insere em um campo fenomenal, deverão ser efetivadas objetivações.

Durante todo o processo de análise buscamos suspender as teses de que as coisas são em si mesmas, fazendo ver essências e ambiguidades que se refletiram na percepção do ACS sobre o cuidado no contexto do consumo de drogas. Ressaltamos que a percepção se mostrou em perfil arrastando consigo outros perfis.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CEP/UESB), sob o parecer nº 1.163.911 e CAEE Nº 46610515.5.0000.0055 (ANEXO B). Na sequência, entramos no campo da pesquisa e buscamos aproximação dos prováveis participantes.

Para assegurar o anonimato, a confidencialidade das descrições vivenciais e a utilização das informações somente para fins científicos, utilizamos o TCLE (APÊNDICE D), atendendo assim a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/CNS (BRASIL, 2012b), que se refere às diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas envolvendo seres humanos.

O TCLE foi elaborado em duas vias de igual teor, contendo todas as informações referentes ao desenvolvimento da pesquisa em linguagem clara e objetiva. Também continha esclarecimentos acerca das dúvidas que poderiam surgir no transcorrer da pesquisa, bem como da participação voluntária ou desistência em qualquer momento sem constrangimento ou prejuízo da autonomia.

No primeiro encontro para a produção das descrições vivenciais, antes de iniciarmos o GF, entregamos a cada participante as duas vias do TCLE. Na oportunidade, informamos que a participação no estudo ocorreria mediante participação no GF, que seria gravado por intermédio de gravador digital, e posteriormente, as falas seriam transcritas na íntegra para propiciar a compreensão do fenômeno em estudo.

Seguimos apresentando os **benefícios** da pesquisa, ressaltando que os resultados contribuirão com a formulação de políticas e o planejamento de ações de cuidado em Saúde Mental, na perspectiva da promoção da saúde e prevenção do uso de álcool e outras drogas, por profissionais capazes de pautar seu processo de trabalho na reflexão-ação-reflexão, e na construção coletiva de possibilidades de enfrentamento dos problemas e necessidades de saúde da população de Jequié-BA, assim como, de outras localidades.

E, quanto aos **riscos**, comunicamos sobre o possível desconforto por ter a rotina alterada para participação em reuniões de grupo e/ou outras atividades com a equipe pesquisadora, no entanto, tal desconforto não traria nenhum risco ou dano à integridade

física, mental ou de qualquer outra natureza aos sujeitos da pesquisa. Ainda assim, em caso de eventuais danos advindos da pesquisa, as pesquisadoras se responsabilizariam e tomariam as devidas providências para corrigi-los ou ressarcir os prejudicados.

O documento ainda esclareceu que a **socialização dos resultados** ocorrerá mediante publicação de artigos científicos em revistas e/ou periódicos da área da saúde, apresentação de trabalhos em eventos nacionais e internacionais, congressos, fóruns, serviços de Atenção Básica, SIND-ACS, entre outros espaços coletivos.

Após estarem cientes de todas essas informações e terem suas dúvidas esclarecidas, os participantes concordaram em participar do estudo e assinaram as duas vias do TCLE, ficando uma com as pesquisadoras e a outra com o participante.

Também consideramos oportuno informar que o desenvolvimento da pesquisa ocorreu mediante autorização do Departamento de Assistência à Saúde da Secretária de Saúde do município de Jequié-BA, que disponibilizou aos serviços onde os ACS participantes da pesquisa atuam, autorização para participarem do estudo (ANEXO C).

5 OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E O CUIDADO NO CONTEXTO DO CONSUMO DE DROGAS: UMA EXPERIÊNCIA AMBÍGUA DO CORPO PERCEPTIVO

As coisas não são, portanto, simples objetos neutros que contemplamos diante de nós; cada uma delas simboliza e evoca para nós uma certa conduta, provoca de nossa parte reações favoráveis ou desfavoráveis (...) (MERLEAU-PONTY, 2004b, p.23).

Não obstante considerarmos que a percepção é sempre dinâmica e instável, procuramos estabelecer objetivações a fim de apresentar os resultados encontrados. Desse modo, nesta secção da dissertação, dedicamo-nos a apresentar os resultados da dissertação sob a forma de dois manuscritos, em atendimento às normas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde para obtenção do título de mestre. Os manuscritos foram elaborados de acordo com as normas dos periódicos escolhidos para a submissão e têm como finalidade contemplar o objetivo do estudo.

5.1 MANUSCRITO 01: VIVÊNCIAS DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E O CUIDADO NO CONTEXTO DO CONSUMO DE DROGAS

Este manuscrito será submetido à *Revista Latino-Americana de Enfermagem* e foi elaborado conforme as instruções do tópico *preparo do artigo*, disponível no link: <<http://rlae.eerp.usp.br/public/files/preparo-do-artigo.pdf>> acessado em 30 de outubro de 2016.

Vivências de Agentes Comunitários de Saúde e o cuidado no contexto do consumo de drogas

RESUMO

Objetivo: compreender a percepção de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) sobre o cuidado no contexto do consumo de drogas. **Método:** estudo fenomenológico em Maurice Merleau-Ponty realizado com sete ACS, no primeiro semestre do ano de 2016, em um município de médio porte do estado baiano. As descrições vivenciais foram produzidas mediante três encontros de Grupo Focal e compreendidas a partir da técnica analítica da ambiguidade.

Resultados: a vivência dos ACS mostrou-se como uma experiência ambígua e conflituosa, pois, apesar de terem passado por cursos de capacitação e estarem conscientes sobre o dever de cuidar dos usuários que consomem drogas, são tomados por um sentimento de medo que desencoraja o cuidado do público em questão, na tentativa de promover o cuidado de si.

Conclusão: somente a oferta de capacitações aos ACS não é capaz de superar a realidade e transformar as práticas de cuidado no contexto do consumo de drogas, pois os sentimentos relacionados ao fenômeno antecedem a formação profissional e influenciam no desenvolvimento das práticas de cuidado.

Descritores: Transtornos Relacionados ao uso de Substâncias. Drogas ilícitas. Agentes Comunitários de Saúde. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. Filosofia em Enfermagem.

Keywords: Related Disorders use of substances. Illicit drugs. Community Health Agents. Knowledge, Attitudes and Practice in Health. Philosophy in Nursing.

Descriptores: Trastornos relacionados con el uso de sustancias. Drogas ilícitas. Los agentes de salud comunitarios. Conocimientos, Actitudes y Prácticas. Filosofía en Enfermería.

Introdução

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) se propõe a priorizar atenção comunitária aos problemas de saúde da população, principalmente a alguns grupos considerados como de risco ou vulneráveis. No entanto, observa-se que algumas práticas de saúde não têm sido tão efetivas, especialmente no que concerne ao cuidado às pessoas que consomem drogas ⁽¹⁾.

Diante desse contexto, o Enfermeiro que geralmente exerce a função de coordenador da ESF, necessita atentar para os problemas que ocorrem na comunidade em decorrência do consumo habitual de drogas e a partir de então, se dispôr a desenvolver ações de cuidado frente à problemática.

Atrelado ao trabalho do Enfermeiro, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) pode contribuir significativamente para a promoção do cuidado nesse contexto pela sua condição paradoxal, ou seja, são ao mesmo tempo membros da comunidade e integrantes da equipe de saúde. Justamente nessa “paradoxalidade”, que emerge o potencial dos ACS para o cuidado em Saúde Mental⁽²⁾.

O cuidado promovido pelos ACS acontece fora dos consultórios, ocorre à medida que deambulam na comunidade, se inserem no ambiente doméstico, íntimo e no território existencial das pessoas, o que lhes permite ter maiores encontros com a realidade local e maior conhecimento das necessidades de saúde da população. Ademais, em seu cotidiano de trabalho, promovem ações solidárias e tecem fios de redes microssociais de alto poder terapêutico⁽²⁾.

Assim, ao planejar as estratégias de cuidado, é importante que o Enfermeiro estabeleça relações dialógicas com os ACS, se proponha a ouvi-los e leve em consideração as demandas que são identificadas por eles. A partir dessa dinâmica relacional, o trabalho da enfermagem pode tornar-se mais resolutivo e transformador, refletindo de maneira positiva no cuidado das pessoas que fazem o consumo habitual de drogas.

No entanto, a deficiência na formação de recursos humanos para atuar no contexto do consumo de drogas vêm sendo discutida de maneira expressiva na literatura nacional ^(1, 3-6) e internacional ⁽⁷⁻⁹⁾. Mais especificamente no âmbito da Atenção Básica, estudos evidenciam que o despreparo dos profissionais compromete o cuidado do público em questão, o que ressalta a necessidade das propostas de capacitação ^(1, 3-6).

Diante do exposto, fomos motivados a refletir sobre as ambiguidades que entornam o processo de cuidar das pessoas que fazem o consumo habitual de drogas. Tal proposição tem fundamento na fenomenologia do filósofo Maurice Merleau-Ponty, que nos permite pensar que, ao deparar-nos com situações relacionadas ao consumo de drogas, acontece um movimento ininterrupto entre o sensível e o objetivo, o impessoal e o pessoal, a intuição e a linguagem, o mundo perceptivo e o mundo cultural, ou seja, tratam-se de perfis que constituem modalidades de uma mesma experiência, de um mesmo cuidado ⁽¹⁰⁾. Essa ambiguidade também se faz presente no modo de ser dos ACS em relação ao saber e ao fazer no contexto do cuidado.

Nessa perspectiva, emergiu a seguinte questão de pesquisa: como os ACS percebem o cuidado no contexto do consumo de drogas? E, tem como objetivo: compreender a percepção de ACS sobre o cuidado no contexto do consumo de drogas.

Com o presente estudo não temos a pretensão de desconstruir as evidências disponíveis na literatura, mas sim trazer à discussão uma nova possibilidade de conhecimento relacionado a ineficiência na promoção do cuidado relacionado ao consumo de drogas por parte dos ACS, o que servirá como um novo aporte teórico-filosófico para o planejamento de ações em saúde.

Metodologia

Pesquisa fenomenológica fundamentada no referencial teórico-filosófico de Maurice Merleau-Ponty. Para este filósofo, a percepção não corresponde a um ato psíquico, mas sim ao campo de revelação do mundo, que é o campo de experiência, onde sujeito e objeto fundem-se

e nenhum discurso clássico consegue expressar de forma precisa o que a percepção exatamente é, ou seja, segundo o ponto de vista de quem a vive efetivamente ⁽¹⁰⁾.

A pesquisa foi desenvolvida com base na percepção de ACS, servidores em um município de médio porte do estado da Bahia, Brasil, que possui Gestão Plena da Atenção Básica. Para a aproximação dos participantes, solicitamos auxílio ao Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde (Sind-ACS), por constituir-se em um espaço onde teríamos maior possibilidade de encontrá-los reunidos.

Desse modo, foi-nos oportunizado, em uma das reuniões do sindicato, distribuir convites personalizados aos ACS, utilizando como critério de inclusão estar em plena atividade da profissão. E, como critérios de exclusão, ACS em período de licença médica, licença à maternidade e afastamento administrativo.

Com os vinte primeiros que mostraram interesse, recolhemos telefone para contato. Posteriormente, contatamos-lhe a fim de acordar data, horário e local para a produção das descrições vivenciais, porém, apenas sete confirmaram presença.

Para tanto, realizamos no primeiro semestre do ano de 2016 três encontros de Grupo Focal com os ACS, em uma sala reservada da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), tendo cada um deles duração média de 2 horas. Os encontros também contaram com a participação de uma moderadora e uma observadora.

Para nortear as discussões no grupo utilizamos as seguintes questões norteadoras: 1) Como você percebe o cuidado no contexto do consumo de drogas na ESF? 2) Qual o papel do ACS no desenvolvimento de ações voltadas para o cuidado no contexto do consumo de drogas? 3) Quais as principais dificuldades e/ou potencialidades que o ACS dispõe para promover o cuidado no contexto do consumo de drogas?

Todos os encontros foram gravados por intermédio de um gravador digital e transcritos na íntegra. A fim de garantir o sigilo e confidencialidade, a identidade dos participantes foi

preservada por meio da codificação “ACS”, seguida de um número correspondente à sequência de participação na pesquisa.

De posse das descrições vivenciais, recorreremos a técnica *analítica da ambiguidade*, estratégia metodológica desenvolvida para a compreensão dos achados em pesquisas fundamentadas na fenomenologia merleau-pontyana, assim como, em outros estudos de abordagem qualitativa cujo foco seja a percepção humana, considerando que esta sempre se exprime de forma ambígua ⁽¹¹⁾.

Desse modo, todos os passos propostos pela técnica foram contemplados, a saber: 1) transcrição das vivências gravadas e organização em forma de textos; 2) realização de leituras exaustivas, com base na prerrogativa de que por tratar-se de um estudo fenomenológico, buscase descrever vivências, ocorrências de campo e não, explicá-las; 3) deixar que os fenômenos se mostrem em si mesmos a partir de si mesmos, o que significa dizer que o pesquisador vive sua experiência perceptiva durante a leitura e nesta se reconhece como generalidade intercorporal; 4) objetivação em categorias.

A compreensão das vivências mediante aplicação da técnica, ocorreu sob a perspectiva de que, enquanto se lê as descrições vivenciais, há o esforço para converter o irrefletido à reflexão e para articular um pensamento a ser objetivado, lançado ao exterior como objeto percebido. Nessa perspectiva, experimentamos a intersubjetividade a partir do olhar figura-fundo, ou seja, a cada vez que desfocávamos o olhar do contorno de uma figura, avistávamos outras, corroborando a ambiguidade inerente a percepção humana e a incapacidade de se estabelecer conceitos e definições ⁽¹¹⁾.

O desenvolvimento da pesquisa obedeceu as determinações da Resolução Nº 466/ 2012 do Conselho Nacional de Saúde⁽¹³⁾ que trata sobre a pesquisa com seres humanos, sendo aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa da UESB (CEP/UESB), sob o Parecer Nº

1.163.911. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados e discussão

Os ACS que atuaram como participantes da pesquisa são funcionários efetivos do município, sendo três mulheres e quatro homens, com idades entre 30 e 56 anos. Destes, seis informaram possuir mais de dez anos no exercício da função. Todos declararam ter participado de capacitações com abordagem sobre drogas, de modo que, foi unânime a participação no projeto “Caminhos do Cuidado” no ano de 2013; que consistiu em uma iniciativa do Ministério da Saúde, em parceria com outras instituições da área, com o objetivo de promover para os ACS de todo o país formação em saúde mental com ênfase em crack, álcool e outras drogas⁽¹³⁾.

Os momentos utilizados para a aproximação do campo de pesquisa, acrescido da relação dialógica proporcionada pelos encontros de Grupo Focal, possibilitaram a interação e criação do vínculo entre pesquisadores e participantes, aspectos que favoreceram a intersubjetividade. Nesta perspectiva, ocorreu-nos categorizar os resultados como “Vivências do Agente Comunitário de Saúde no Contexto das Drogas: entre o Autocuidado e o Descuido”.

Vivências do Agente Comunitário de Saúde no contexto das drogas: entre o autocuidado e o descuido

A relação dialógica com os ACS, à luz do pensamento merleau-pontyano, permitiu-nos compreender que ao mesmo tempo em que o ACS se vê na incumbência de cuidar de “todos” os usuários da ESF de maneira igualitária, é surpreendido por um sentimento de recusa, que o motiva a diferenciar as pessoas que consomem drogas daquelas que não consomem, como revela a descrição seguinte:

Quem consome drogas tem direito de ser tratado como qualquer outro cidadão, mas as vezes fazemos diferenciação. Se tem uma usuária da ESF chego na casa dela e oferto os serviços do posto de saúde, mas, se é uma usuária que consome drogas, talvez eu não me sinta com aquela mesma responsabilidade de falar a mesma coisa. Então, na condição de profissional, independente de consumir drogas ou não, tenho que chegar e apresentar todos os serviços de saúde que são disponibilizados. (ACS 3).

Na descrição é possível perceber que a nível da reflexão, o ACS 3 compreende a necessidade de adotar o princípio da universalidade em suas práticas de cuidado. Logo, salienta a obrigatoriedade do ACS atuar de forma equânime na comunidade, oportunizando para toda a população adscrita acesso aos serviços de saúde, inclusive, para as pessoas que consomem drogas. De fato, o princípio da universalidade mencionado pelo participante corresponde a uma determinação da Constituição Federal de 1988 ⁽¹⁴⁾ e da lei 8.080 ⁽¹⁵⁾, que regulamentam o Sistema Único de Saúde (SUS) no país, devendo ser adotado nas práticas de cuidado.

No entanto, apesar de demonstrar conhecimento sobre a importância de sua participação no processo do cuidado, evidenciamos no ACS a expressão da ambiguidade que é inerente à percepção humana. Na prática, o discurso teórico parece se desconstruir, dando lugar à dificuldade de atuar nesse contexto.

Quando o ACS 3 diz “*quem consome drogas tem direito de ser tratado como qualquer outro cidadão, mas as vezes fazemos essa diferenciação*”; e “*se é uma usuária que consome drogas, talvez eu não me sinta com aquela mesma responsabilidade*”, observa-se um distanciamento entre discurso e prática, o que revela um conflito entre sentir e pensar, refletir e agir.

Diante do exposto, percebemos claramente a ambiguidade no discurso do participante, pois, se por um lado reconhece que é seu dever informar ao usuário que faz consumo de drogas sobre os serviços oferecidos na unidade de saúde, contribuindo para a promoção do cuidado, por outro lado, também revela que na práxis, ainda que irrefletidamente, o que aparece é a dificuldade para cuidar do público em questão. Desse modo, o fato de ser consumidor de drogas

parece ser condição necessária para desmotivar o ACS a corresponsabilizar-se pelo cuidado em saúde.

O cuidado constitui a base da existência humana e excede a concepção de um momento de atenção, zelo ou desvelo. Corresponde a atitude de ocupação, preocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o outro, que se propõem a correr riscos, a potencializar encontros e construir projetos de vida mais autônomos ⁽¹⁶⁻¹⁸⁾.

Mediante tal conceituação, concebemos que, mesmo o ACS reconhecendo seu papel de colaborar na promoção do cuidado no contexto do consumo de drogas, ainda assim, este profissional é tomado pelo sentimento de recusa que lhe impede de ocupar-se com a saúde do público em questão, o que vai de encontro com a noção de cuidar. Desse modo, o ACS pode promover o descuido, mesmo que de forma irrefletida.

Ao serem abordados sobre o fenômeno “consumo de drogas”, os participantes ainda retomaram discursos que implicam a pessoa que faz o consumo à condição de imoralidade, depravação, violência e problema de segurança pública, conforme corroboram as descrições:

Também penso que tem que ser uma coisa voltada para a segurança pública, porque além do agente trabalhar em uma área insalubre, trabalhamos com periculosidade muito grande por causa da situação das drogas. (ACS 2).

Tem gente que me diz que hoje é cultura usar droga! Os valores morais se foram, os valores familiares. (ACS 5).

Sempre falo na minha comunidade: feliz do pai que tem um filho que não usa droga, não entrou no caminho torto. (ACS 7).

Mas afinal, se os ACS reconhecem a obrigatoriedade de serem equânimes no atendimento em saúde, por quais motivos intimidam-se frente às pessoas que vivenciam o consumo habitual de drogas? Se estão cientes das necessidades de saúde dessas pessoas, por que não conseguem protagonizar o cuidado? Por que os ACS descuidam ao invés de cuidar?

À luz do pensamento de Merleau-Ponty, qualquer tentativa de responder precisamente às indagações ora apresentadas estará fadada ao insucesso, visto que, o sentimento de “recusa”

que motiva o ACS a negligenciar o cuidado aos consumidores de drogas consiste em um fenômeno que se mostra a nós sempre em perfil, ou seja, trata-se de um evento que ocorre de forma não deliberada.

Além de que, quando nos referimos ao discurso do outro, não explicamos, mas compreendemos, pois ele se manifesta de forma prodigiosa, já que tudo o que tem valor para nós como seres, somente acontece tendo acesso, diretamente ou não, a nosso campo, “aparecendo no balanço de minha experiência, entrando em meu mundo” ⁽¹⁹⁾.

Nessa perspectiva, se considerarmos que a percepção humana ocorre pelo entrelaçamento da experiência sociocultural (pessoalidade, racionalidade) com a vivência sensível (impessoalidade, sentimentos), dimensões que são constitutivas da natureza humana, vejamos a seguir como o referencial teórico do filósofo contribui de forma especial na compreensão do vivido ⁽¹⁰⁾.

Ao recapitularmos a história perceberemos que, durante muitos anos, as sociedades visualizaram o consumo de substâncias psicoativas como um ato imoral, o que motivou vários países a empregarem, a partir do século XIX, medidas de intervenção com foco na repressão, no proibicionismo e no discurso de “guerra às drogas” ⁽²⁰⁾.

Da mesma maneira, por muitos anos, o Brasil relacionou o consumo prioritariamente ao setor de segurança e não ao setor de saúde, tendo como enfoque a repressão em detrimento do cuidado em saúde. Na década de 1970, a disseminação de políticas proibicionistas no país, subsidiou a cultura da criminalização e a crença social de que a opção pelo consumo representava uma escolha de conotação moral, portanto, passível de punição ⁽²¹⁾.

Com efeito, somente a partir do ano 2000, é que as políticas públicas de saúde reconheceram a histórica lacuna assistencial no contexto do consumo de álcool e outras drogas. Desde então, a capacitação permanente dos profissionais da área tem sido uma prioridade, capacitando não apenas aqueles que atuam em Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras

Drogas, mas também, os que se encontram nas demais unidades assistenciais do SUS, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e a ESF ⁽²²⁾.

No entanto, percebemos que a imagem do consumo de drogas construída historicamente, que associa a prática à condição de imoralidade, tornou-se uma tradição no imaginário social, sendo transmitida entre as gerações, o que reforça o pensamento merleau-pontyano de que, no universo cultural, teses são incorporadas e mobilizam sentimentos e condutas humanas ⁽¹⁰⁾. Logo, a vivência sensível dos ACS parece ser influenciada pela tese de que as drogas estão associadas à indecência, à violência e à criminalidade.

Nesse universo cultural, a mídia exerce papel de destaque, a partir da exibição de noticiários que relacionam as drogas às práticas de furto, de violência e de tráfico, valorizando aspectos negativos do consumo e ajudando na construção do preconceito e do estigma em relação aos consumidores ⁽²³⁾.

Os encontros de Grupo Focal também consistiram em um espaço onde os ACS tiveram a oportunidade de compartilhar vivências sobre o contexto de vulnerabilidade a que estão expostos. O que parece ocorrer é que, as condições adversas que vivenciam no ambiente de trabalho, tendo que presenciar no cotidiano situações de violência e conflitos decorrentes do narcotráfico, contribuem para reforçar a tese de que a droga está associada à perversão e à imoralidade, assim como evidenciam as descrições:

Um outro dia me deu medo só porque eu cheguei em uma casa, [...], tinha um cidadão de 17 anos que me perguntou: você é agente de saúde? Você vai pegar informações que sou usuário, sou traficante? Eu sou traficante, e daí? Me mostrou a arma. [...]. Naquele dia eu fiquei com medo, uma arma, ele me ameaçou! (ACS 1).

Eu e a Enfermeira já fomos ameaçadas, não estávamos falando sobre drogas, mas ele era usuário de drogas, bem violento! Então assim.... eu visito as casas, mas não toco em assunto de drogas. (ACS 4).

Em relação ao medo também, na minha área tem uma mãe de um usuário que ela defende com unhas e dentes. Um dia de tanto usar, teve overdose [...], precisaram trazer rápido para o hospital. Tempos depois, em um dia de atendimento, uma outra mãe chegou e perguntou para ela: foi verdade que precisaram levar seu filho

às pressas para o hospital? Ela respondeu: Lá em casa tem um porrete e uma faca amolada para quem está falando isso! Então se tocamos no assunto do filho com ela, nós que vamos receber isso! (ACS 5).

Lá tem um usuário de drogas que fala forte, fala que sabe da saúde, que não adianta ninguém ficar levando medicação para ele, fico com medo, não chego nem na porta. (ACS 6).

Nas descrições vivenciais o ACS 1 e a ACS 4 retomaram momentos em que foram ameaçados de violência física por consumidores de drogas. Na mesma perspectiva, a ACS 5 e a ACS 6 revelaram o constrangimento em ter que propor ações de cuidado e sofrer algum tipo de agressão. Na intersubjetividade, compreendemos que essas experiências reforçam o sentimento de medo, desmotivam os profissionais e os impedem de protagonizar o cuidado a todo o público que consome drogas.

As descrições também fizeram ver que os ACS culpabilizam a gestão pública de saúde por não lhes garantir cobertura e proteção para atuarem como cuidadores no território.

O governo diz que o ACS tem que intervir, tem que adentrar, mas não nos protege! Então, se o ACS for fazer o trabalho sozinho, ele vai ser logo vítima. (ACS 1).

Se a gente for se meter na vida deles (consumidores de drogas), seremos vitimados, e infelizmente, a secretaria de saúde não nos garante nenhuma segurança, se a gente morrer, morreu, acabou! Sempre falo, é claro que temos que fazer nossa parte, mas tem coisas que não podemos nos envolver, principalmente quando tem droga e traficante. (ACS 5).

Em meio a intersubjetividade do Grupo Focal, à medida que cada participante retomava seus vividos e buscava justificativas para a experiência do sentir medo, permitia ao outro a vivência da temporalidade, do aqui e agora. Desse modo, também apareceu no domínio da linguagem o medo de ser vítima durante algum conflito envolvendo policiais e traficantes.

O que se mostra na retomada de vivências dos ACS é que se predispor para promover o cuidado aos usuários que consomem drogas significa colocar-se em situação de vulnerabilidade e exposição a riscos.

Eu vejo que é difícil para nós profissionais de saúde trabalhar com o tema drogas, porque se a polícia vai na área fazer uma busca, eles pensam que foi o agente de saúde que fez a denúncia, porque adentramos nas casas, sabemos tudo o que acontece por ali. (ACS 1).

Tenho uma experiência bem recente, estava em uma casa que mora um rapaz que além de usuário é traficante, e aí ele me contando que a polícia tinha ido à casa dele e achou maconha. Nesse dia fiquei receioso da polícia chegar e eu estar lá, vai saber que eu sou Agente Comunitário de Saúde? Na verdade é um medo que está acontecendo geral, inclusive com os outros colegas (ACS), de ser abordado pela polícia, ser vítima em alguma confusão, ter um tiroteio, e de repente a bala nos atingir. (ACS 2).

Não obstante todos os participantes terem passado por cursos de capacitação para atuarem frente as pessoas que fazem o consumo de drogas, inclusive, do projeto Caminhos do Cuidado ⁽¹³⁾, observamos que, ainda assim, sentem-se intimidados para o cuidado a esse segmento populacional. Então, é útil pensarmos que o negligenciamento das questões referentes às drogas no âmbito da ESF não se restringe à falta de formação profissional ou desconhecimento da problemática, assim como propõe a literatura ^(1, 3-9).

Os resultados nos permitem compreender que se trata de uma questão bem mais ampla e complexa que entorna o fenômeno em estudo. A retomada das teses construídas historicamente que vinculam o consumo de drogas à condição de imoralidade, associada a experiência dos ACS no território, onde presenciam no dia-a-dia episódios de violência e criminalidade, parecem desmotivá-los para o cuidado ao consumidor de drogas.

Assim, ratificamos que a fenomenologia não nos permite explicar o fenômeno, mas compreender que os participantes vivenciam simultaneamente as duas naturezas da percepção humana, que vão da experiência sensível à existência; esta impõe ao ACS o saber sociocultural, através do qual apreenderam que as pessoas que consomem drogas possuem necessidades de saúde, mesmo tendo sido vistas anteriormente apenas como um problema de segurança pública. Portanto, uma vez sendo profissionais da saúde, os ACS apreenderam do dever de promover o cuidado aos consumidores de drogas, porém também existe nesses profissionais a vivência de

sentimentos, que acontece espontaneamente, desvelando outro perfil, o qual mostra o descuido desses usuários da ESF como uma tentativa de se proteger e promover o cuidado de si.

Diante do dualismo apresentado notamos que, para o ACS, somente a aquisição de conhecimentos não parece ser capaz de superar a realidade e transformar as práticas de cuidado aos usuários da ESF que consomem drogas, pois os sentimentos relacionados à comunidade antecedem à formação profissional, influenciando no desenvolvimento das práticas de cuidado.

Levando em consideração que os ACS representam importantes sujeitos intervenientes na atuação em saúde, é interessante ofertá-los condições que os permitam ter satisfação para o trabalho. Sabendo que o SUS prevê ações na área da saúde do trabalhador, os gestores locais podem desenvolver, junto a esses trabalhadores, ações que minimizem ou reduzam o sofrimento advindo das condições de trabalho ⁽²⁴⁾.

Portanto, coadunamos com a ideia de que aqueles que estão envolvidos com as políticas públicas de saúde precisam perceber as condições de vulnerabilidade que expõem os ACS diariamente aos riscos. A partir de então poderão propor estratégias de proteção e solidariedade, na perspectiva da promoção do cuidado desses trabalhadores, o que poderá fortalecê-los e encorajá-los para atuar no cuidado de outros sujeitos que fazem o consumo habitual de drogas.

Considerações finais

Ao pensarmos sobre a omissão dos ACS no que se refere ao cuidado no contexto do consumo de drogas, não podemos vê-la apenas como uma consequência da falta de formação profissional para atuar na área. Essa concepção tem sido reforçada pela literatura, porém a análise das descrições dos ACS mediante o exercício perspectivo do olhar figura-fundo, mostramos outros perfis, desvelando outros desafios que precisam ser superados no tocante ao cuidado dos usuários que consomem substâncias psicoativas.

Não obstante todos os ACS do estudo terem participado de cursos com abordagem sobre drogas, ainda assim, retomaram sentimentos ambíguos relacionados ao fenômeno. O que parece ocorrer é que a nível da personalidade, os participantes são conscientes de que são trabalhadores de saúde e, portanto, precisam atuar de forma equânime na comunidade, oportunizando à toda população adscrita atendimento em saúde, inclusive, aos consumidores de drogas.

Porém, ao mesmo tempo em que reconhecem a imprescindibilidade do cuidado no contexto do consumo de drogas, são surpreendidos pelo sentimento de medo que se manifesta na impessoalidade, desencorajando-os a cuidar do público em questão, o que ao nosso ver implica em um descuido irrefletido.

A discussão dos resultados à luz do pensamento merleau-pontyano não permite-nos explicar, mas sim, compreender algumas questões que parecem ser responsáveis pela ocorrência do sentimento de medo. A primeira corresponde à incorporação de teses sociais construídas historicamente que associam o consumo de drogas à condição de imoralidade e marginalidade. A segunda ocorre em consequência do próprio contexto de vulnerabilidade a que os ACS estão expostos, tendo que conviver em meio à violência e conflitos relacionados ao narcotráfico.

Diante dessas questões, compreendemos que o descuido do outro ocorre em consequência do sentimento de medo e corresponde a uma tentativa do ACS se proteger, cuidar de si. Nesta perspectiva, o estudo mostra-se relevante para a área da saúde mental, uma vez que possibilita aos trabalhadores e gestores da área refletirem sobre o contexto de vulnerabilidade a que os ACS estão expostos, o que dificulta o cuidado frente ao consumo de drogas.

Além disso, a compreensão da experiência ambígua do ACS traz subsídios para a Enfermagem, principal responsável pela coordenação de equipes na Atenção Básica, que poderá utilizar desse conhecimento para a elaboração de estratégias de cuidado no contexto do

consumo de drogas, tanto voltadas aos consumidores quanto aos trabalhadores que cuidam na perspectiva da clínica peripatética.

Referências

1. Coelho HV, Soares CB. Practices in primary health care oriented toward the harmful consumption of drugs. *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48 (Esp): 111-9.
2. Lancetti A. *Clínica Peripatética*. 9ª edição. São Paulo: Hucitec; 2014.
3. Souza ICW, Ronzani TM. Álcool e drogas na atenção primária: avaliando estratégias de capacitação. *Psicol estud*. 2012; 17(2): 237-46.
4. Costa PHAC, Mota DCBM, Crunivel E, Paiva FS, Gomide HP, Souza ICW, et al. Capacitação em álcool e outras drogas para profissionais da saúde e assistência social: relato de experiência. *Interface*. 2015; 19(53): 395-404.
5. Vargas D, Duarte FBA. Enfermeiros dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS ad): a formação e a busca pelo conhecimento específico da área. *Texto Contexto Enferm*. 2011; 20 (1): 119-26.
6. Cordeiro L, Soares CB, Oliveira E, Oliveira LC, Coelho HV. Avaliação de processo educativo sobre consumo prejudicial de drogas com Agentes Comunitários de Saúde. *Saúde Soc*. 2014; 23 (3): 897-907.
7. Brown AT, Kolade VO, Staton LJ, Patel NK. Knowledge of addiction medicine among internal medicine residents and medical students. *Tennessee Medicine*. 2013; 106 (3): 31-3.
8. Huggett KN, Westerman GH, Barone EJ, Lofgreen AS. Substance use and dependence education in predoctoral dental curricula: results of a survey of U.S. and Canadian dental schools. *Journal of Dental Education*. 2011; 75(8): 1003-9.
9. Anderson P. Overview of interventions to enhance primary-care provider management of patients with substance-use disorders. *Drug and Alcohol Review*. 2009; 28(5): 567-74.
10. Merleau-Ponty M. *Fenomenologia da percepção*. Tradução: Carlos Alberto Ribeiro de Moura. 4ª edição. São Paulo: Martins Fontes; 2014.

11. Sena ELS, Gonçalves LHT, Granzotto Muller JM, Carvalho PAL, Reis HFT. Analítica da ambiguidade: estratégia metódica para a pesquisa fenomenológica em saúde. *Rev Gaucha Enfer.* 2010; 31(4): 769-75.
12. Brasil. Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* 2012; 12 dez.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC. *Caminhos do Cuidado: caderno do tutor*. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
14. Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.
15. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990.
16. Boff L. *Saber cuidar: ética do homem - compaixão pela terra*. 19ª edição. Petrópolis: Vozes; 2011.
17. Waldow VR. *Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem*. 6ª edição. Petrópolis: Vozes; 2010.
18. Ayres JRCM. *Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde*. 1ª edição. Rio de Janeiro: Cepesc; 2009.
19. Merleau-Ponty M. *A prosa do mundo*. Tradução: Paulo Alves. 1ª edição. São Paulo: Cosac & Naify; 2012.
20. Machado LV, Boarine ML. Políticas Sobre Drogas no Brasil: a Estratégia de Redução de Danos. *Psicol ciênc prof.* 2013; 33 (3): 580- 95.
21. Garcia MLT, Leal FX, Abreu C.C. A política antidrogas brasileira: velhos dilemas. *Psicologia & Sociedade.* 2008; 20 (2): 267-76.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/AIDS. *A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a usuários de Álcool e Outras Drogas*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

23. Bard ND, Antunes B, Roos CM, Olschowsky A, Pinho LB. Estigma e preconceito: vivência dos usuários de crack. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2016; 24 (esp)1-7.
24. Lopes DMQ, Beck CLC, Prestes FC, Weiller TH, Colomé JS, Silva GM. Community Health Agents and their experiences of pleasure and distress at work: a qualitative study. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(3): 633-40.

5.2 MANUSCRITO 02: IM (POTENCIALIDADE) DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA PROMOÇÃO DO CUIDADO RELACIONADO AO CONSUMO DE DROGAS

Este manuscrito será submetido à *Revista Ciência e Saúde Coletiva* e foi elaborado conforme as instruções do tópico *preparo do artigo*, disponível no link: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/instrucoes_pt.pdf> acessado em 30 de outubro de 2016.

Im (potencialidade) dos Agentes Comunitários de Saúde no cuidado relacionado ao consumo de drogas

Im (potentiality) of Community Health Agents in promoting drug-related care

Resumo

O estudo objetivou compreender a percepção de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) sobre o cuidado no contexto do consumo de drogas, à luz do pensamento de Merleau-Ponty, acerca do *corpo próprio*. As descrições vivenciais foram produzidas no ano de 2016, mediante três encontros de Grupo Focal, com sete ACS de um município do estado da Bahia, Brasil; e compreendidas mediante a técnica analítica da ambiguidade. Os resultados mostraram que os participantes vivenciam um sentimento de impotencialidade para cuidarem no contexto do consumo de drogas, motivada por questões amplas e complexas, que variam desde o preconceito até a convivência com o sucateamento da Estratégia de Saúde da Família e à precarização da categoria dos ACS. Conclui-se que, ao se pensar sobre a ineficiência do cuidado nesse contexto por parte dos ACS, é necessário ampliar o olhar em direção as condições de trabalho a que estão submetidos.

Palavras-chave: Transtornos Relacionados ao uso de Substâncias. Drogas ilícitas. Agentes Comunitários de Saúde. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. Filosofia em Enfermagem.

Abstract

The study aimed to understand the perception of Community Health Agents (CHA) about the care in the context of drug use, in the light of Merleau-Ponty's thinking about the body itself. The descriptions were produced in 2016, through three meetings of Focal Group, with seven ACS from a city in the state of Bahia, Brazil; And understood through the analytical technique of ambiguity. The results showed that the participants experience a feeling of impotence to take

care of in the context of drug consumption, motivated by broad and complex issues, ranging from prejudice to living with the scrapping of the Family Health Strategy and the precariousness of the category of ACS. It is concluded that, when thinking about the inefficiency of care in this context by the ACS, it is necessary to widen the gaze towards the working conditions to which they are submitted. **Keywords:** Substance-Related Disorders. Illicit drugs. Community Health Agents. Knowledge, Attitudes and Practice in Health. Philosophy in Nursing.

Introdução

A preocupação com as repercussões sociais do consumo habitual de drogas motivou o Ministério da Saúde (MS) a investir na criação de políticas públicas voltadas à questão. Dentre elas, destaca-se a Política de Atenção Integral a usuários de Álcool e outras drogas, que preconiza a promoção do cuidado comunitário, regido pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e fundamentado em uma lógica transversalizadora¹.

Nessa perspectiva, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) constitui importante dispositivo para o cuidado no contexto do consumo de drogas, pois se trata de um serviço que direciona suas ações com base na integralidade e na abordagem continuada, vendo o sujeito a partir de suas singularidades, no contexto onde vive².

Além disto, insere-se como um importante ator social o Agente Comunitário de Saúde (ACS), trabalhador que, ao mesmo tempo, integra a equipe de saúde e reside na comunidade que abrange a Unidade Básica. Esta condição o permite ter um vasto conhecimento sobre as peculiaridades e necessidades do território, além de favorecer a relação de proximidade com a população, que se caracteriza pela propensão à solidariedade, ajuda mútua e liderança comunitária³.

Logo, na dinâmica relacional que ocorre entre os ACS e a comunidade, desvela-se uma potencialidade para o cuidado em saúde que pode ser empregada como força motriz no

desenvolvimento de práticas transformadoras direcionadas aos usuários que consomem drogas⁴.

Em uma perspectiva diferente, verificamos na literatura estudos que enfocam as dificuldades vivenciadas pelos ACS para cuidar do público em questão. Porém, estes limitam-se a uma abordagem objetivista⁽⁵⁻⁸⁾, sendo inexistente os estudos fenomenológicos que se propõem a investigar o fenômeno.

Sendo assim, uma abordagem fenomenológica acerca da temática se justifica, uma vez que poderá auxiliar de maneira especial na compreensão dos fatores que desmotivam o ACS para protagonizar o cuidado no contexto do consumo de drogas.

Diante do exposto, fomos mobilizadas para desenvolver o presente estudo com a seguinte questão de pesquisa: como os ACS percebem o cuidado no contexto do consumo de drogas? E, como objetivo compreender a percepção de ACS sobre o cuidado no contexto do consumo de drogas, à luz do pensamento de Merleau-Ponty, acerca do *corpo próprio*.

A noção de corpo é discutida pelo filósofo como vivência da temporalidade, à experiência perceptiva, ao próprio, à experiência do *eu posso*, que opera em cinco dimensões: *corpo habitual*, *corpo perceptivo*, *corpo falante*, *corpo sexuado* e *corpo do outro*. No presente estudo, propomos um diálogo entre as descrições vivências dos ACS e as noções de *corpo habitual*, *corpo perceptivo* e *corpo do outro*⁹.

A relevância do estudo consiste, principalmente, em fornecer subsídios teóricos, baseados na experiência cotidiana dos ACS, que poderão contribuir para o planejamento e a implementação de estratégias capazes de potencializar as ações destes profissionais no que refere ao cuidado no contexto do consumo de drogas.

Metodologia

Por se tratar de um estudo vivencial ocorreu-nos a opção de fundamentá-lo no referencial teórico de Maurice Merleau-Ponty acerca da experiência perceptiva. O filósofo resgatou a importância de considerarmos as experiências vividas daquele que pesquisa como parte do processo de fazer ciência ¹⁰.

Merleau-Ponty criticou a “neutralidade científica” e a crença de que a ciência seria capaz de apreender os fenômenos em si mesmos. Argumentava que a ciência adotava um “pensamento de sobrevoo”, quando as questões situacionais não eram consideradas, na ilusão de ser possível a neutralidade do pesquisador. A pesquisa, como qualquer outro fenômeno humano, apenas pode emergir do que ocorre entre pesquisador e mundo ¹⁰⁻¹¹.

Assim, participaram do estudo sete ACS, sendo três mulheres e quatro homens, com idades entre 30 e 56 anos, servidores em um município no estado da Bahia, Brasil. A seleção ocorreu da seguinte forma: recorremos ao Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde (SIND-ACS) onde os ACS do município estão afiliados, apresentamos o projeto de pesquisa e justificamos sua possível relevância social. Assim, foi-nos oportunizado em uma das reuniões do sindicato, a distribuição de convites personalizados a esses profissionais para participarem da pesquisa.

Na entrega dos convites, utilizamos como critérios de inclusão estar em pleno exercício da profissão; e como critérios de exclusão, ACS em período de licença médica, licença à maternidade, afastamento administrativo ou indisponibilidade em participar do estudo.

A produção das descrições vivenciais ocorreu durante o primeiro semestre do ano de 2016, mediante três encontros de Grupo Focal, realizados em uma sala reservada da UESB. Os encontros tiveram duração média de 2 horas; contaram com a participação dos sete ACS, de uma moderadora e uma observadora; e foram subsidiadas respectivamente pelas seguintes questões norteadoras: Como você percebe o cuidado no contexto do consumo de drogas na

ESF? Qual o papel do ACS no desenvolvimento de ações voltadas para o cuidado no contexto do consumo de drogas? Quais as principais dificuldades/potencialidades que o ACS dispõe para promover o cuidado no contexto do consumo de drogas?

Consideramos que o desenvolvimento do Grupo Focal foi apropriado para o referencial teórico-filosófico utilizado no estudo, pois favoreceu a relação dialógica e a intersubjetividade. À medida que cada ACS compartilhava no grupo vivências de cuidado no contexto do consumo de drogas, os demais vivenciavam sua temporalidade e se mobilizavam para enriquecer as discussões.

Todos os encontros foram gravados e transcritos na íntegra para manter a fidedignidade das descrições e, posteriormente, foram submetidos à *analítica da ambiguidade*, técnica elaborada para a análise de relatos em pesquisas fundamentadas na fenomenologia merleau-pontyana, assim como, outras pesquisas qualitativas que possuem como objeto a percepção humana ¹².

A aplicação da técnica se assemelha à experiência de contemplação de uma paisagem em que, para percebermos uma figura, precisamos fechar a paisagem às demais figuras e fixar o olhar no contorno da figura que queremos ver. Este processo ocorre mediante o entrelaçamento de sentimentos e reflexões, espaço em que se instala o universo de significações. Mediante esse imbricamento nascem as objetivações, que consistem em uma transmutação do polo sensível ao pensamento e linguagem ¹².

A pesquisa obedeceu aos princípios e determinações da Resolução Nº 466/2012¹³, de modo que a entrada no campo aconteceu somente após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP/UESB) sob o Parecer nº 1.163.911. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e tiveram a identidade preservada pelas letras ACS, seguidas de números (ACS 1, ACS 2, ACS 3, ...).

Resultados

Durante os encontros de Grupo Focal, os ACS demonstraram saber que o cuidado em saúde direcionado ao consumo de drogas, no âmbito da ESF, deve estar alicerçado por princípios e diretrizes que regem o trabalho na Atenção Básica. Porém, esse conhecimento não mostrou ser suficiente para o cuidado, uma vez que a todo o tempo declararam enfrentar diferentes dificuldades para ser corresponsáveis pela questão, conforme aparece implícito nas descrições:

Precisamos dar mais atenção e não deixar tão discriminados como deixam, eles são muito separados, discriminados, até para nós agentes, a aproximação é difícil. (ACS 6).

No meu trabalho (Agente Comunitário de Saúde), a orientação que dou para um, tenho que levar para todos, independentemente se usa drogas ou não. Às vezes ficamos restringidos, mas não devemos ver o usuário de drogas como uma pessoa diferente, mas sim, como um integrante da sociedade. (ACS 3).

É possível observar que a nível da reflexão, os ACS argumentaram sobre o caráter discriminatório que entorna o fenômeno do consumo de drogas, o que constitui em uma barreira para o cuidado. Logo, consideram a ruptura com o estigma e o preconceito tarefa difícil, mas necessária para a efetivação dos direitos de saúde daqueles que consomem drogas.

Apesar de os ACS terem apresentado esse discurso, o olhar figura-fundo permitiu-nos perceber uma ambiguidade: ao mesmo tempo que defendem a prática do cuidado a todos usuários da ESF, são tomados, involuntariamente, pelo preconceito que os imobiliza a produzir o cuidado.

Quando dizem: “às vezes ficamos restringidos”, e “até para nós agentes a aproximação é difícil”, notamos um sentimento de recusa que dificulta o cuidado desse segmento populacional. Portanto, há um conflito envolvendo o sentir e o pensar, o refletir e o agir.

A ambiguidade também se mostrou quando os ACS destacaram a necessidade da construção de vínculos com a comunidade para o trabalho na Atenção Básica, sobretudo, no que se refere ao cuidado daqueles que consomem drogas de forma habitual. Ou seja, eles reflexivamente reconhecem o mérito do cuidado ao seguimento, não obstante parece que, de forma irrefletida, negam-se à ação cuidativa.

O primeiro passo para cuidar das pessoas que apresentam problemas com drogas é trazê-las para perto de nós, para terem confiança em nós. (ACS 2).

Acho que alguém precisa fazer alguma coisa para que eles (consumidores de drogas) possam confiar em nós (agentes comunitários), porque estamos todos os dias ali na área, não os tratamos mal, então eles precisam ter um pouco mais de confiança nos profissionais de saúde, ter um vínculo maior. (ACS 4).

Tem que arrumar alguma estratégia, um jeito, de colocar esse pessoal para ter mais confiança em nós Agentes Comunitários de Saúde. (ACS 6).

Deste modo, não obstante a construção de vínculos tenha sido considerada pelos participantes como sendo de fundamental importância para o cuidado, as entrelinhas das descrições revelam o distanciamento existente entre ACS e usuários que consomem drogas. A ausência de vínculos que ocorre de forma indeliberada, consiste em limitação para o cuidado, de modo que os participantes não sabem o que fazer, ou agir, para reverterem a situação no sentido da produção do cuidado.

Da mesma maneira, as descrições fizeram ver que não há uma aproximação dos demais profissionais da ESF com o cuidado no contexto do consumo de drogas, revelando a carência na corresponsabilização destes atores sociais frente à problemática.

(...) médicos e enfermeiras poderiam formar grupos para orientar a população sobre as drogas, mas também, se tivessem conhecimento sobre como fazer isso, ou interesse, pois acham que não é o papel deles. Existem médicos que mal olham para cara do paciente, quem dirá fazer grupo para falar de drogas! (ACS 4).

Se você chegar no posto e falar: aquele rapaz é usuário de drogas, estou trazendo porque teve uma overdose! O pessoal da equipe não tem a mesma ética que você tem, de repente, todo mundo fica sabendo. E aí o o usuário fica com aquele pensamento: “confiei no agente e ele me traiu”. (ACS 1).

As ações integradas e a parceria entre os setores foram destacadas como fundamentais para o desenvolvimento de um cuidado efetivo, porém, as tentativas ineficientes de ações neste sentido foram apontadas como empecilhos para o cuidar.

Tínhamos um grupo de adolescentes lá no posto, e hoje a maioria deles são usuários de droga. E por que não demos continuidade ao grupo? Porque não recebemos apoio da Secretaria de Saúde e nem das Escolas. (ACS 2).

Às vezes nos treinamentos sinto a cobrança dos gestores de que devemos mostrar à população quem é o agente. Eu sei que sou um bom agente, mas onde estão os demais serviços da rede para referenciar? Tem coisas que não depende só de mim, ou da ESF, depende de toda uma rede preparada. (ACS 7).

Em uma perspectiva mais abrangente, questões relacionadas ao sucateamento dos recursos humanos na Atenção Básica também foram sinalizadas como impeditivas para o cuidado no contexto do consumo de drogas, como observamos nas descrições:

Temos produzido muitos profissionais capitalistas, isto também tem sido uma grande dificuldade. A pessoa vai trabalhar como um capitalista, não quer transformação no Sistema Único de Saúde, quer apenas ganhar o salário. (ACS 3).

Eles (usuários da ESF que consomem drogas) nunca vão confiar, nem no enfermeiro, nem no médico, até porque enfermeiro e médico mudam muito com as transições de gestão, então, não tem como criar vínculo com a população. (ACS 6).

As condições de estresse e sofrimento no trabalho dos ACS se mostraram como desmotivadoras, o que tem limitado o interesse em desenvolver práticas efetivas e transformadoras, o que influencia negativamente no cuidado ao público em questão.

Quando criaram os Agentes Comunitários de Saúde, nos fizeram muitas propostas de intervenção social e hoje, vemos vários agentes que participaram dessas intervenções com depressão, porque não é fácil você chegar em uma casa, ver as pessoas passando necessidade e você não poder fazer nada. (ACS 1).

Uma vez falei na Secretaria de Saúde que precisavam chegar à área e explicar para a população qual é o nosso papel, porque a população acha que devemos resolver todos os problemas da comunidade. (ACS 5).

Diante dos resultados apresentados, desvelou-se que as dificuldades percebidas pelos ACS para o cuidado no contexto do consumo de drogas são bem amplas, complexas e se mostram como questões ambíguas, ora operando na impessoalidade, afetando a natureza

humana sensível, ora operando na personalidade, atingindo a dimensão reflexiva, que é sociocultural.

Discussão

Mediante o exercício da intersubjetividade presente nos encontros que fizemos com os participantes, e posterior leitura acurada de suas descrições, compreendemos que os ACS compartilharam a ideia de que as práticas de cuidado voltadas ao consumo de drogas precisam estar alicerçadas pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do acolhimento, do vínculo, da responsabilização e da resolubilidade.

Para uma melhor compreensão do leitor, a Figura 1 esquematiza os princípios retomados pelos ACS imprescindíveis para a promoção do cuidado relacionado ao consumo de drogas enquanto prática da Atenção Básica.



Figura 1: Princípios orientadores para o cuidado relacionado ao consumo de drogas segundo a perspectiva dos Agentes Comunitários de Saúde.

Ao retomarmos a Política Nacional de Atenção Básica², perceberemos que os princípios discutidos ao longo dos encontros pelos participantes constituem alguns dos eixos orientadores

para o trabalho em saúde. Uma vez que discutiram sobre alguns dos princípios indispensáveis para o cuidado de toda a população adscrita, incluindo aqueles que fazem o consumo de drogas, depreendemos que há uma potencialidade presente no trabalho dos ACS, que inclusive, pode ser utilizada para o cuidado do público em discussão.

No entanto, essa potencialidade parece não ser enfatizada, pois, a todo o momento se esforçaram em apresentar dificuldades para exercerem o papel de cuidadores. Logo, desvelou-se um outro perfil perceptivo para os participantes do estudo, relacionado aos ACS que vivenciam o sentimento de “impotencialidade” frente ao fenômeno “consumo de drogas”.

Na medida em que resgatavam em suas vivências as dificuldades para o cuidado, os participantes vivenciavam o corpo próprio, emergindo o discurso relacionado ao estigma e preconceito que entornam o fenômeno. Discutindo as diferentes concepções, retomaram o imaginário social de que o consumo habitual de drogas se trata de um comportamento desviante. À luz do pensamento de Merleau-Ponty acerca da percepção, esse imaginário social, que retoma um horizonte de passado, constitui uma vivência do *corpo habitual* ⁹.

Apesar de ser considerada uma tarefa difícil, os ACS assumiram que precisam romper com o imaginário, muitas vezes de cunho pejorativo, que trazem consigo, já que, por outro lado, concebem que todo o usuário da ESF, independentemente de consumir drogas ou não, tem direito ao cuidado em saúde.

Desta forma, percebemos a instabilidade vivenciada pelos participantes do estudo. Ao mesmo tempo em que estão convencidos de que precisam vencer o preconceito, o *corpo habitual* retoma a imagem aprendida na convivência sociocultural – o consumo de drogas como um ato imoral – mobilizando-os a omitir-se frente à situação.

A atitude de lançar-se em direção ao futuro, a partir da orientação do *corpo habitual*, corresponde à noção de *corpo perceptivo*, ou seja, é como um movimentar-se em duas perspectivas: de um lado, o corpo procura algo a partir de um passado anônimo, de um não

saber de si, pois “*toda percepção acontece em uma atmosfera de generalidade e se dá a nós como anônima*”. Por outro lado, desconhecendo o que procura, o corpo transcende-se em direção ao futuro, como um lançar-se para além de si rumo às possibilidades⁹⁻¹⁴.

A retomada do *corpo habitual* parece ser vivida não somente pelos ACS, mas também, por todos os outros trabalhadores que compõem a rede de atenção psicossocial, visto que os discursos revelaram um desinteresse geral pela problemática, postergando a responsabilidade compartilhada pelo cuidado.

Não obstante políticas públicas de saúde¹⁵⁻¹⁶ tenham sido formuladas na tentativa de efetivar os direitos dos sujeitos que realizam o consumo de drogas, ainda é evidente a marginalização social que vivenciam. Na prática, os profissionais da área encontram-se impregnados pelo sentimento de recusa, o que lhes impede de construírem relações de vínculo e confiança, imprescindíveis quando se trata do cuidado frente a esse segmento populacional.

Em uma perspectiva diferente, também desvelaram-se como entraves para o cuidado: profissionais de saúde descomprometidos com os princípios do SUS; rotatividade de médicos e enfermeiros nos serviços de saúde que implica na descontinuidade do cuidado; ausência de parcerias intersetoriais; desvalorização do trabalho do ACS e sofrimento por conviver com a vulnerabilidade social da população.

Apesar desses enfrentamentos não serem específicos do processo de trabalho voltado para o fenômeno “consumo de drogas”, compreendemos que correspondem a um contexto que desmotiva o exercício da função. A conjuntura apresentada vai de encontro aos princípios propostos pela Política Nacional de Atenção Básica², e pode acarretar nos ACS o desenvolvimento do sofrimento moral.

O sofrimento moral pode ser concebido como uma situação na qual a pessoa reconhece sua responsabilidade diante das situações problemáticas, julga a forma correta de agir, mas por

impedimentos ou constrangimentos de ordem institucional, ou profissional, sente-se incapaz de adotar uma postura correta, resultando em uma situação de estresse¹⁷⁻¹⁸.

Com novos olhares, notamos que as dificuldades para o cuidado relacionado ao consumo de drogas também são permeadas pela dinâmica de trabalho na ESF e não estão associados somente ao estigma, preconceito, medo da violência e do narcotráfico, que inclusive são apontados por outros estudos⁶⁻⁹ como principais limitadores para o cuidar.

A reflexão dos participantes de que as adversidades do processo de trabalho na ESF constituem-se em uma barreira para o cuidado no contexto do consumo de drogas, lhes permite a vivência do *corpo do outro* - expressão merleau-pontyana que significa tornar-se *um outro eu mesmo*⁹.

Nos escritos de Merleau-Ponty, o *corpo próprio* relaciona-se à vivência da percepção, e esta sempre conduz à experiência do *outro eu mesmo*. Para o autor, a percepção sempre é concebida segundo o ponto de vista de quem a vive, pois a única coisa que se pode objetivar dessa experiência é de que se trata de uma vivência ambígua, em que coabitam duas naturezas: uma que é impessoal (os sentimentos), e a outra que é pessoal (linguagem, o pensamento)^{9,14}.

As descrições dos participantes corroboram essa ambiguidade: ao mesmo tempo em que reconhecem o que é necessário para cuidar dos usuários que consomem drogas, são tomados por uma sensação de impotência frente à questão. A frustração com o processo de trabalho na ESF se sobressai às expectativas de resolubilidade do serviço, resultando no desânimo para implementar práticas cuidativas.

Uma vez que o(a) ACS descredita na ESF, a potencialidade de seu trabalho é atenuada, o que influenciará diretamente no cuidado aos usuários, entre os quais se inserem os que consomem drogas de forma habitual. À medida que o(a) ACS desmotiva-se, abre possibilidade para que “um outro eu” apareça: aquele que não acredita na Atenção Básica, e que é indiferente aos problemas comunitários decorrentes do consumo habitual de drogas.

Diante dessa complexa relação, é importante desenvolver junto aos ACS ações que lhes permitam romper com a visão discriminatória que entorna o fenômeno em questão. Todavia, acreditamos que a mobilização para o cuidado relacionado ao consumo de drogas poderá ocorrer, de modo expressivo, no momento em que os formuladores de políticas públicas reconhecerem as dificuldades que despertam nos ACS o sentimento de impotência, e a partir de então, instituírem melhores condições de trabalho para a classe trabalhadora.

Reiteramos ainda que a mobilização para o cuidar também precisa partir dos demais trabalhadores que compõem a equipe da ESF, uma vez que, se não trabalharem em sincronia com os ACS, a mudança não acontecerá. Também consideramos imprescindível o envolvimento de gestores na construção de uma Atenção Básica comprometida com a coletividade, que oportunize aos ACS exercerem sua função com compromisso social.

Considerações finais

Orientados pela vivência do *corpo próprio*, os ACS transitaram entre o pensamento e a linguagem, a teoria e a prática, a impessoalidade e a pessoalidade, recorrendo a diferentes discursos para posicionar-se frente à temática em discussão.

Ao discutirem sobre a promoção do cuidado no contexto do consumo de drogas, os participantes expressaram sobre a imprescindibilidade de alguns dos princípios que são propostos pela Política Nacional de Atenção Básica, a saber: universalidade, acessibilidade, acolhimento, vínculo, responsabilização e resolubilidade. Diante desse conhecimento apresentado, compreendemos a potencialidade presente no trabalho dos ACS, que pode ser melhor utilizada pelos gestores e equipes de saúde.

Não obstante percebermos a potencialidade para a promoção do cuidado no contexto do consumo de drogas, os ACS se julgaram impotentes frente à questão e incansáveis em sustentar o argumento de que ser corresponsável pela questão não consiste em uma tarefa fácil. Ao

retomarem a vivência do *corpo próprio*, mostraram vivenciar uma desmotivação para o cuidado, influenciada por questões amplas e complexas, que variam desde a associação do consumo à imoralidade, à violência e ao narcotráfico, até a convivência com o sucateamento da ESF e a precarização da categoria dos ACS.

Portanto, propomos com o estudo que a ineficiência dos ACS frente à problemática seja abordada considerando seus diversos enfrentamentos para o exercício da função. Acreditamos que a elaboração e a implementação de políticas públicas que considerem as limitações destes trabalhadores poderão colaborar, de maneira significativa, no cuidado relacionado ao consumo de drogas.

Por fim, compreendendo, a partir da própria fenomenologia, que não alcançamos a percepção dos ACS em sua plenitude, reconhecemos as limitações do artigo e sugerimos o desenvolvimento de outros estudos que possam abranger outras compreensões acerca da temática.

Agradecimentos

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia pela concessão da bolsa de mestrado.

Referências

1. Coelho HV, Soares CB. Practices in primary health care oriented toward the harmful consumption of drugs. *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48 (Esp): 111-9.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

3. Guanaes-Lorenzi C, Pinheiro RL. Is the value of Community Healthcare Agents in Brazil's Family Health Strategy receiving full recognition? *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016; 21 (8): 2537-46.
4. Lancetti A. *Clínica Peripatética*. 9ª edição. São Paulo: Hucitec; 2014.
5. Alves AF, Peres RS. Imaginário Coletivo de Agentes Comunitárias de Saúde sobre Álcool e Outras Drogas. *Psicol Estud*. 2015; 20 (2): 225 - 34.
6. Silveira PS, Martins LF, Ronzani TM. Moralização sobre o uso de álcool entre Agentes Comunitários de Saúde. *Psicol Teor Prát* 2009; 11 (11): 62-75.
7. Oliveira JF, Mccallum CA, Costa HOG. Social representations of Community Health Agents regarding drug use. *Rev Esc Enferm USP* 2010; 44(3): 611-18.
8. Cordeiro L, Soares CB. Work Process in Primary Health Care: action research with Community Health Workers. *Ciênc saúde coletiva* 2015; 20(11): 3581-88.
9. Merleau-Ponty M. *Fenomenologia da percepção*. Tradução: Carlos Alberto Ribeiro de Moura. 4ª edição. São Paulo: Martins Fontes; 2014.
10. Telles TCB, Moreira V. A lente da Fenomenologia de Merleau-Ponty para a Psicopatologia Cultural. *Psicol teor pesqui* 2014; 30(2): 205-12.

11. Merleau-Ponty M. *O olho e o espírito*. Tradução: Maria Ermantina Pereira. 1ª edição. São Paulo: Cosac & Naify, 2004.
12. Sena ELS, Gonçalves LHT, Granzotto Muller JM, Carvalho PAL, Reis HFT. Analítica da ambiguidade: estratégia metódica para a pesquisa fenomenológica em saúde. *Rev Gaucha Enfer*. 2010; 31(4): 769-75.
13. Brasil. Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* 2012; 12 dez.
14. Sena ELS, Carvalho PAL, Lauton MAR, Andrade LM, Jesus IS. Vivência de uma pessoa com câncer em estágio avançado: um olhar segundo a perspectiva de Merleau-Ponty. *Rev Min Enferm*. 2013; 17(3): 635-43.
15. Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União* 2001.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/AIDS. *A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a usuários de Álcool e Outras Drogas*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

17. Barlem E, Lunardi V, Tomaschewski J, Lunardi G, Lunardi Filho W, Schwonke C. Moral distress: challenges for an autonomous nursing professional practice. *Rev Esc Enferm USP* 2013; 47(2): 506-10.

18. Range LM, Rotherdam AL. Moral distress among nursing and non-nursing students. *Nurs Ethics*. 2010;17(2):225-32.

6 A INAPREENSÃO DA PERCEPÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

O movimento da existência em direção ao outro, em direção ao futuro, em direção ao mundo pode recomeçar, assim como um rio degela (Merleau-Ponty, 2014, p. 228).

O estudo consistiu em compreender a percepção de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) sobre o cuidado no contexto do consumo de drogas, sendo que os resultados são apresentados na forma de dois manuscritos, que de certo modo, respondem à questões norteadora e objetivo do estudo.

No primeiro manuscrito - *Vivências de Agentes Comunitários de Saúde e o cuidado no contexto do consumo de drogas* - percebemos que os ACS vivenciam o conflito entre cuidar e descuidar dos usuários da ESF que consomem drogas. Tal compreensão ocorreu mediante o desvelar da seguinte ambiguidade: ao mesmo tempo em que participam de cursos voltados ao cuidado no contexto do consumo de drogas e reconhecem que precisam oportunizar ao público em questão atendimento em saúde; são arrebatados, ainda que de forma não deliberada, por um sentimento de recusa que os desencoraja para o cuidado.

Essa vivência fenomênica que envolve as duas naturezas humanas – personalidade e impessoalidade - parece ser influenciada pela incorporação de teses construídas historicamente que associam o consumo de drogas à imoralidade e marginalidade; e também pelo próprio contexto de vulnerabilidade a que estão expostos, tendo que conviver em meio a violência e conflitos relacionados ao consumo de drogas.

Desse modo, ao discutirmos sobre a omissão dos ACS frente aos problemas comunitários relacionados ao consumo de drogas, não podemos reforçar o discurso presente na literatura que considera tal prática apenas como uma consequência da insuficiente capacitação sobre a temática. Na intersubjetividade, compreendemos que o descuido do usuário que consome drogas também é mobilizado pelo sentimento de medo e ocorre na tentativa do(a) ACS se proteger, cuidar de si.

A experiência do *corpo próprio*, descrita por Merleau-Ponty como a vivência da temporalidade, é apresentada e discutida mais profundamente no segundo manuscrito -

Im(potencialidade) dos Agentes Comunitários de Saúde no cuidado relacionado ao consumo de drogas.

Ao longo dos encontros de GF, os participantes reconheceram princípios que são propostos pela Política Nacional de Atenção Básica para o trabalho em saúde na comunidade, que inclusive, devem ser adotados no cuidado relacionado ao consumo de drogas. À medida que apresentavam esse conhecimento, também pudemos perceber a potencialidade presente no trabalho dos ACS.

Não obstante percebemos a potencialidade para o cuidado, os participantes enumeraram diferentes enfrentamentos no cotidiano de trabalho para atuar na área, o que lhes permite conceber outro perfil, ou seja, a vivência do sentimento de impotencialidade para cuidar das pessoas que fazem o consumo de drogas.

Dentre os principais enfrentamentos responsáveis pelo sentimento de impotência, abordaram a dificuldade em romper com a visão discriminatória retomada pela vivência do *corpo habitual*. Essa retomada põe em ação o *corpo perceptivo*, impedindo a construção de vínculos e a responsabilização pelo cuidado do público em questão.

Ao vivenciarem a temporalidade, também apareceram como limitações, questões relacionadas ao sucateamento da ESF e à precarização do trabalho da categoria, que os conduz à experiência do *corpo do outro*, ou seja, *outro eu mesmo*.

A partir da experiência do *corpo do outro*, a frustração com o processo de trabalho na ESF se sobressai, juntamente com as expectativas de baixa resolubilidade do serviço, resultando no desânimo por parte dos ACS para a implementação de práticas mais eficazes e transformadoras na comunidade. Desse modo, ao passo que desmotivam-se, esses profissionais abrem possibilidade para que “um outro eu” apareça: aquele que não acredita na Atenção Básica e que é indiferente aos problemas comunitários relacionados ao consumo habitual de drogas.

Apesar do estudo ser realizado com 7 (sete) ACS, os resultados podem ser generalizados a outros cenários. Tal afirmação fundamenta-se no princípio de que a experiência perceptiva envolve a vivência da natureza sensível, dimensão que faz com que todo ser humano tenha uma “igualdade”, uma vez que o mundo dos sentimentos é potencialmente vivido por todos os seres humanos.

A relevância do estudo consiste, fundamentalmente, em dar “visibilidade” aos enfrentamentos vivenciados pelos ACS que atenuam a potencialidade para o cuidado no contexto do consumo de drogas. Embora seja preconizado pelas políticas públicas que esses trabalhadores atuem como copartícipes no cuidado, as descrições revelaram situações de vulnerabilidades e precarização do trabalho que desmotivam o interesse desses profissionais pela problemática.

A fim de encorajá-los para a corresponsabilização, sugerimos que os ACS sejam melhor amparados e cuidados pelas políticas públicas, o que poderá mobilizá-los para atuarem como cuidadores de outros sujeitos sociais, dentre eles, os próprios usuários dos serviços que consomem drogas.

Ademais, acreditamos que, quando a comunidade acadêmica, profissionais de saúde e a sociedade em geral perceberem as ambiguidades vivenciadas pelos ACS ao depararem-se frente às situações em que ocorre o consumo de drogas, não reproduzirão discursos naturalizados que atribuem juízo de valor, mas poderão participar da elaboração de estratégias que motivem a categoria.

No que se refere ao exercício da enfermagem, o estudo traz conhecimentos que podem ser inseridos na docência, na pesquisa e no gerenciamento dos serviços de Atenção Básica. No seu cotidiano, o(a) Enfermeiro(a) poderá contar com a potencialidade e experiência do(a) ACS para reorganizar suas práticas, incluindo no rol de ações da ESF o cuidado no contexto do consumo de drogas.

Cientes de que com o presente estudo não esgotamos todas as possibilidades de compreensão da percepção dos ACS, consideramos necessário o desenvolvimento de outros estudos que oportunizem o desvelar de outros perfis acerca da temática.

Por fim, salientamos que o desenvolvimento da dissertação consistiu em uma experiência enriquecedora, permitindo-nos a vivência da intercorporeidade e oportunidade de transcendência. De fato, tornamo-nos um *outro eu mesmo*, não somos mais os mesmos de antes da nossa inserção no campo fenomenal em estudo, nem os participantes.

REFERÊNCIAS

ALVES, A.F.; PERES, R.S. Imaginário Coletivo de Agentes Comunitárias de Saúde sobre Álcool e Outras Drogas. **Psicol. Estud.** Maringá, v. 20, n. 2, p. 225- 34, 2015.

ALVES, V.S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.11, p. 2309-19, 2009.

ANDERSON P. Overview of interventions to enhance primary-care provider management of patients with substance-use disorders. **Drug and Alcohol Review**. v.28, n.5, p.567- 74, 2009.

ANDRADE, L.M. **Percepção de pessoas idosas integrantes de grupos de convivência sobre o viver/envelhecer cidadão**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde) - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié, 2012.

ANDRADE, L.M.; SENA, E.L.S.; JESUS, I.S. A experiência do outro e o vir a ser cidadão idoso. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 35, n.2, p.14-9, 2014.

ANDRADE, T. M. Reflexões sobre Políticas de Drogas no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.12, p.4665-74, 2011.

AYRES, J. R.C.M. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009.

BALLARIN, M.L.G.S.; BLANES, L.S.; FERIGATO, S.H. Apoio matricial: um estudo sobre a perspectiva de profissionais da saúde mental. **Interface**, Botucatu, v.16, n.42, p. 767-78, 2012.

BARBOSA, J.A.G. A utilização do Grupo Focal como método de coleta dados em pesquisa qualitativa na saúde e na enfermagem. **Periódico científico do Núcleo de Biociências. Centro Universitário Metodista Izabela Hendrix**, Belo Horizonte, v.2, n.3, p.38-46, 2012.

BARBOUR, R.S.; KITZINGER, J. **Developing focus group research**. London: Sage, 1999.

BARBOUR, R. **Grupos Focais**. Tradução: Marcelo Figueiredo Duarte. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BARD, N.D. *et al.* Estigma e preconceito: vivência dos usuários de crack. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.24 (esp), p.1-7, 2016.

BARLEM, E.L.D. *et al.* Moral distress: challenges for an autonomous nursing professional practice. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 47, n.2, p.506-10, 2013.

BAUMAN, Z. **Vida Líquida**. 2º ed. Rio de Janeiro: Zahar; 2009.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do homem – compaixão pela terra**. 19º ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Leis, decretos. **Lei n.8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1990.

_____. Fundação Nacional de Saúde. **O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília: Ministério da Saúde; 1994.

_____. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 9 abr. 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a usuários de Álcool e Outras Drogas.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004.

_____. Presidência da República. Gabinete de Segurança Institucional. Conselho Nacional Antidrogas. **Resolução nº3/gsipr/ch/conad, de 27 de outubro de 2005.** Dispõe sobre a Política Nacional sobre Drogas. Brasília (DF): Conselho Nacional Antidrogas, 2005.

_____. Presidência da República. Gabinete de Segurança Institucional. **Lei 11.343, de 23 de agosto de 2006.** Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília (DF), 2006a.

_____. Presidência da República. **Lei nº 11.350, de 05 de outubro de 2006.** 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. Brasília (DF), 2006b.

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

_____. Presidência da República. **Decreto 7.179, de 20 de maio de 2010.** Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Brasília (DF): 2010.

_____. 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 de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488/GM de 21 de outubro de 2011**. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC. **Caminhos do Cuidado: caderno do tutor**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 958 de 10 de maio de 2016**. Altera o Anexo I da Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, para ampliar as possibilidades de composição das Equipes de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BROWN, A.T. *et al.* Knowledge of addiction medicine among internal medicine residents and medical students. **Tennessee Medicine**. v.106, n.3, p.31-3, 2013.

COELHO, H.V.; SOARES, C.B. Practices in primary health care oriented toward the harmful consumption of drugs. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 48 (Esp), p.111-9, 2014.

CORDEIRO, L.; SOARES, C.B. Processo de trabalho na Atenção Primária em Saúde: pesquisa-ação com Agentes Comunitários de Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.11, p.3581-88, 2015.

CORDEIRO, L. *et al.* Avaliação de processo educativo sobre consumo prejudicial de drogas com Agentes Comunitários de Saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v.23, n.3, p.897-907, 2014.

COSTA, N.C.G.; SPINELLI, M.A.S. O 'ser' Agente Comunitário de Saúde na equipe de saúde da família. **Saúde em Debate**, Londrina, v.35, n.91, p.553-62, 2011.

COSTA, P.H.A.C. *et al.* Capacitação em álcool e outras drogas para profissionais da saúde e assistência social: relato de experiência. **Interface**, Botucatu, v.19, n.53, p.395-404, 2015.

CRUZ, M.S. Impacto do uso de drogas na população brasileira: análise de dados epidemiológicos de indicadores – 2001 a 2007. In: DUARTE, P.C.A.V.; STEPLIUK, V.A.; BARROSO, L.P. (Org.). **Relatório Brasileiro sobre drogas**. Brasília: SENAD; 2009. p. 345-57.

CRUZ, M.S. Redução de danos, prevenção e assistência. In: Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. Brasília: Ministério da Justiça/SENAD, 2011, p.155-77.

FERREIRA, V.S.C. *et al.* Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.4, p.898-906, 2009.

FONSÊCA, C.J.B. Conhecendo a redução de danos enquanto uma proposta ética. **Psicologia & Saberes**, Maceió, v.1, n.1, p.11-36, 2012.

GABATZ, R.I.B. *et al.* Users' perception about drugs in their lives. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.17, n.3, p.520-25, 2013.

GARCIA, M.L.T.; LEAL, F.X.; ABREU, C.C. A política antidrogas brasileira: velhos dilemas. **Psicol. Soc.** Porto Alegre, v.20, n.2, p. 267-76, 2008.

GONÇALVES, E.C. Alguns conceitos referentes à toxicomania. In: BUCHER, R. As drogas e a vida: uma abordagem biopsicosocial. São Paulo: EPU; 1998.

GUANAES-LORENZI, C.; PINEIRO, R.L. Is the value of Community Healthcare Agents in Brazil's Family Health Strategy receiving full recognition? **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n.8, p. 2537-46, 2016.

HUGGETT, K.N. *et al.* Substance use and dependence education in predoctoral dental curricula: results of a survey of U.S. and Canadian dental schools. **Journal of Dental Education**. v.75, n.8, p. 1003-9, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Banco de dados: cidades**. Bahia, 2010. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php> .Acesso em: 13 de outubro de 2016.

JEQUIÉ, Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório do Departamento de Atenção Básica**. Jequié-BA, 2014.

JEQUIÉ, Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Assistência à Saúde**. Jequié-BA, 2015.

JUCÁ, V.J.S.; NUNES, M.O.; BARRETO, S.G. Programa de Saúde da família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.173-82, 2009.

KITZINGER, J. Focus groups with users and providers of health care. In: POPE, C.; MAYS, N. (Org.). **Qualitative research in health care**.2.ed. London: BMJ Books, 2000.

LANCETTI, A. **Clínica Peripatética**. 9.ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

LOPES, D.M.Q. *et al.* Community Health Agents and their experiences of pleasure and distress at work: a qualitative study. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 46, n.3, p.633-40, 2012.

MACHADO, L.V.; BOARINE, M.L. Políticas Sobre Drogas no Brasil: a Estratégia de Redução de Danos. **Psicol. Ciênc. Prof.**, Brasília, v. 33, n. 3, p. 580-95, 2013.

MACHADO, A. R.; MIRANDA, P. S. C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da justiça à saúde pública. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p. 801-21, 2007.

MACIEL, M.E.D.; VARGAS, D. Redução de danos: uma alternativa ao fracasso no combate às drogas. **Cogitare Enferm.** Curitiba, v.20, n.1, p.207-10, 2015.

MACRAE, E. **Aspectos socioculturais do uso de drogas e políticas de redução de danos.** Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Psicoativos [internet]. 2010 [citado 30 out 2016]. Disponível em: <http://www.neip.info/downloads/edward2.pdf>.

MARZARI, C.K.; JUNGES, J.R.; SELLI, L. Agentes Comunitários de Saúde: perfil e formação. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, Supl (1), p.873-80, 2011.

MATTHEWS, E. **Compreender Merleau-Ponty.** Tradução: Marcus Penchel. Petrópolis: Vozes, 2010.

MERLEAU-PONTY, M. **O visível e o invisível.** Tradução: José Arthur Gianotti e Armando Moura D'Oliveira. 4. ed. São Paulo: Perspectiva, 2000.

MERLEAU-PONTY, M. **O olho e o espírito.** Tradução: Maria Ermantina Pereira. São Paulo: Cosac & Naify, 2004a.

MERLEAU-PONTY, M. **Conversas**, 1948. Tradução: Fábio Landa, Eva Landa; revisão da tradução Marina Appenzeller. São Paulo: Martins Fontes, 2004b.

MERLEAU-PONTY, M. **A prosa do mundo.** Tradução: Paulo Alves. São Paulo: Cosac & Naify, 2012.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção.** Tradução: Carlos Alberto Ribeiro de Moura. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2014.

OLIVEIRA, J.F.; MCCALLUM, C.A.; COSTA, H.O.G. Representações sociais de Agentes Comunitários de Saúde acerca do consumo de drogas. **Rev Esc Enferm USP.** São Paulo, v.44, n.3, p.611-18, 2010.

PERES, R. S.; SILVA, W. R. Políticas públicas sobre álcool e outras drogas no Brasil: avanços, retrocessos e perspectivas. In: WINOGRAD, M.; VILHENA, J. (Orgs.), **Psicanálise e clínica ampliada: multiversos.** Curitiba: Appris, 2014, p.87-110.

RANGE, L.M.; ROTHERDAM, A.L. Moral distress among nursing and non-nursing students. **Nurs Ethics**. v.17, n.2, 225-32, 2010.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: COSTA, N.R.; TUNDIS, S. (Orgs.). **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. 3. ed. Rio de Janeiro: Petrópolis, 1987, p.15-74.

ROSA, A.J.; BONFANTI, A.L.; CARVALHO, C.S. O Sofrimento Psíquico de Agentes Comunitários de Saúde e Suas Relações com o Trabalho. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.21, n.1, p.141-52, 2012

ROSENSTOCK, K.I. V; NEVES, M.J. Papel do enfermeiro da atenção básica de saúde na abordagem ao dependente de drogas em João Pessoa, PB, Brasil. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 63, n. 4, p.581-86, 2010.

SANTOS, L.F.B.; DAVID, H.M.S.L. Percepções do estresse no trabalho pelos Agentes Comunitários de Saúde. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p.52-7, 2011.

SANTOS, V. E.; SOARES, C.B.; CAMPOS, C.M.S. A produção científica internacional sobre redução de danos: uma análise comparativa entre MEDLINE e LILACS. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**, Ribeirão Preto, v.8, n.1, p.41-7, 2012.

SENA, E.L.S. **A experiência do outro nas relações de cuidado: uma visão merleau-pontyana sobre as vivências de familiares cuidadores de pessoas com doença de Alzheimer**. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2006.

SENA, E.L.S. *et al.* Analítica da ambiguidade: estratégia metódica para a pesquisa fenomenológica em saúde. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 769-75, 2010.

SENA, E.L.S. *et al.* A intersubjetividade do cuidar e o conhecimento na perspectiva fenomenológica. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 1, p. 181-88, 2011.

SENA, E.L.S. *et al.* Vivência de uma pessoa com câncer em estágio avançado: um olhar segundo a perspectiva de Merleau-Ponty. **Rev Min Enferm**. Belo Horizonte, v.17, n.3, p.635-43, 2013.

SCHNEIDER, D.R.; FLACH, P.M.V. Introdução ao conceito do livro. In: BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. 6. ed. Brasília (DF): SENAD-MJ/NUTE-UFSC, 2014. p. 14-23.

SILVEIRA, P.S.; MARTINS, L.F.; RONZANI, T.M. Moralização sobre o uso de álcool entre Agentes Comunitários de Saúde. **Psicol. Teor. Prát.**, São Paulo, v.11, n.11, p. 62-75, 2009.

SIMÕES, A.R. O Agente Comunitário de Saúde na Equipe de Saúde da Família: fatores de sobrecarga de trabalho e estresse. **Rev. Saúde Pública**, Florianópolis, v.2, n.1, p. 6-21, 2009.

SODELLI, M. A abordagem proibicionista em desconstrução: compreensão fenomenológica existencial do uso de drogas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.3, p.637-44, 2010.

SOUZA, E.R. *et al.* Consumo de substâncias lícitas e ilícitas por policiais da cidade do Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.18, n.3, p.667-76, 2013.

SOUZA, I.C.W.; RONZANI, T.M. Álcool e drogas na atenção primária: avaliando estratégias de capacitação. **Psicol. estud.** Maringá, v.17, n.2, p.237-46, 2012.

SOUZA, J.; KANTORSKY, L. P. Embasamento político das concepções e práticas referentes às drogas no Brasil. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**, Ribeirão Preto, v.3, n.2, p.1-16, 2007.

TELLES, T.C.B.; MOREIRA, V. A Lente da Fenomenologia de Merleau-Ponty para a Psicopatologia Cultural. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 30, n.2, p.205-12, 2014.

TERRA, M.G. *et al.* Na trilha da fenomenologia: um caminho para a pesquisa em enfermagem. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 14, n.4, p. 672- 9, 2006.

TRAD, L.B. Grupos Focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisa de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.777-96, 2009.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). **World Drug Report**. New York: United Nations, 2016.

VARGAS, D.; DUARTE, F.B.A. Enfermeiros dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS ad): a formação e a busca pelo conhecimento específico da área. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v.20, n.1, p.119-26, 2011.

VECCHIA, M.D.; MARTINS, S.T.F. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.183-93, 2009.

VIDAL, S.V.; MOTTA, L.C.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Agentes comunitários de saúde: aspectos bioéticos e legais do trabalho vivo. **Saúde soc**, São Paulo, v.24, n.1, p. 129-40, 2015.

WALDOW, V. R. **Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem**. 6. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

WETZEL, C. *et al.* O matriciamento enquanto dispositivo para o cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. **Rev enferm UFPE on line**. Recife, v.8, n.6, p:1702-8, 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A

CONVITE

Você é Agente Comunitário de Saúde? Sim?

Então você está convidado para participar de um Grupo Focal sobre:

“Percepção de Agentes Comunitários de Saúde sobre o cuidado no contexto do consumo de drogas”



Caso deseje participar, entraremos em contato para planejar uma data, horário e local para o encontro do grupo.

CONTAMOS COM A SUA PRESENÇA!

Organização:



Programa de Pós-graduação
em Enfermagem e Saúde

APÊNDICE B



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE



Título do Projeto: “Percepção de Agentes Comunitários de Saúde sobre o cuidado no contexto do consumo de drogas”.

Mestranda responsável: Bárbara Santos Ribeiro

Orientadora: Edite Lago da Silva Sena

Roteiro para caracterização dos participantes

Agente Comunitário de Saúde (Anonimato): _____

Unidade de Saúde da Família: _____

Informações sócio demográficas

Sexo: () Masculino () Feminino

Idade: _____ Escolaridade: _____

Situação marital: () união estável () sem companheiro

Filhos: () sim. Quantos: _____ () não

Crença religiosa: () sim. Qual: _____ () não

Informações profissionais

Algum curso específico na área da Saúde Mental ()sim ()não

Qual? _____

Tempo de exercício da profissão: _____

APÊNDICE C



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE



Título do Projeto: “Percepção de Agentes Comunitários de Saúde sobre o cuidado no contexto do consumo de drogas”.

Mestranda responsável: Bárbara Santos Ribeiro

Orientadora: Edite Lago da Silva Sena

Planejamento para desenvolvimento dos encontros de Grupo Focal

1º ENCONTRO DE GRUPO FOCAL	
DATA: 25/01/2016	
14:30	<ul style="list-style-type: none"> a) Agradecimento pela participação na pesquisa e boas-vindas; b) Apresentação da moderadora, observadora e explicação de suas funções; c) Explicação do projeto de pesquisa (título, justificativa, objetivo, metodologia e relevância social); d) Exibição das regras para desenvolvimento do Grupo Focal.
14:45	<ul style="list-style-type: none"> a) Apresentação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; b) Pactuações.
15:00	<p>Apresentação e discussão do tema:</p> <p>Segundo a Política de Atenção Integral a usuários de Álcool e outras drogas do Ministério, o consumo de drogas tomou grandes proporções, sendo considerado problema de saúde pública. Nesse contexto, a</p>

	<p>Atenção Básica é convocada a ser corresponsável pelo cuidado frente a problemática.</p> <p>Diante disso questionamos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Como você percebe o cuidado no contexto do consumo de drogas na Estratégia de Saúde da Família?
16:00 as 16:30	<p>a) Momento de lanche e confraternização;</p> <p>b) Agendamento próximo encontro.</p>
<p>2º ENCONTRO DE GRUPO FOCAL</p> <p>DATA: 02/02/2016</p>	
14:30	<p>a) Agradecimento pela participação e boas-vindas;</p> <p>b) Pactuações</p>
14:45	<p>a) Apresentação síntese do encontro anterior</p> <p>b) Apresentação e discussão do tema:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Qual o papel do Agente Comunitário de Saúde no desenvolvimento de ações voltadas para o cuidado no contexto do consumo de drogas?
16:00 as 16:30	<p>a) Momento de lanche e confraternização</p> <p>b) Agendamento próximo encontro</p>
<p>3º ENCONTRO DE GRUPO FOCAL</p> <p>DATA: 14/04/2016</p>	
14:30	<p>a) Agradecimento pela participação e boas-vindas;</p> <p>b) Pactuações</p>

14:45	<p>a) Apresentação síntese dos encontros anteriores</p> <p>b) Apresentação e discussão do tema:</p> <p>Nos últimos encontros que realizamos, percebemos que foi marcante na fala de vocês sentimentos de medo, preocupação e ansiedade relacionados ao fenômeno do consumo de drogas, que constituem em uma barreira para o cuidado. Diante dessa realidade questionamos ao grupo:</p> <p>✓ Quais as principais dificuldades/potencialidades que o Agente Comunitário de Saúde dispõe para promover o cuidado no contexto do consumo de drogas?</p>
16:00 as 16:30	a) Momento de lanche e confraternização

APÊNDICE D

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB
PRGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE



Título do Projeto: “Percepção de Agentes Comunitários de Saúde sobre o cuidado no contexto do consumo de drogas”.

Mestranda responsável: Bárbara Santos Ribeiro

Orientadora: Edite Lago da Silva Sena

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme normas da Resolução
466/2012 do Conselho Nacional de Saúde**

Prezado (a) senhor (a)

Eu, Bárbara Santos Ribeiro, sou discente do Programa de Pós Graduação em Enfermagem e Saúde, nível acadêmico da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) e estou realizando, juntamente com alguns colaboradores, o projeto de pesquisa intitulado **“Percepção de Agentes Comunitários de Saúde sobre o cuidado no contexto do consumo de drogas”**. O objetivo do projeto é compreender a percepção de Agentes Comunitários de Saúde sobre o cuidado no contexto do consumo de drogas.

Participarão do estudo ACS servidores do município de Jequié-BA. Desse modo, convido o (a) senhor (a) a participar como voluntário desta pesquisa, pois contribuirá com a formulação de políticas e o planejamento de ações de cuidado em Saúde Mental, principalmente na perspectiva da promoção da saúde no contexto do consumo de álcool e outras drogas, por profissionais capazes de pautar seu processo de trabalho na reflexão-ação-reflexão, e na construção coletiva de possibilidades de enfrentamento dos problemas e necessidades de saúde da população.

O estudo pode lhe proporcionar o desconforto de ter sua rotina alterada por dispor de tempo para participação de reuniões de grupo e/ou outras atividades com a equipe pesquisadora, no entanto, tal desconforto não trará nenhum risco ou dano à integridade física, mental ou de qualquer outra natureza aos sujeitos da pesquisa. Ainda assim, em caso de eventuais danos advindos da pesquisa, as pesquisadoras serão responsabilizadas e deverão tomar as devidas providências para corrigi-los ou ressarcir os prejudicados.

Se alguma pergunta lhe causar desconforto e/ou incômodo, o (a) senhor (a) poderá deixar de respondê-la. Ao participar desta pesquisa, o (a) senhor (a), não será identificado (a), permanecendo em anonimato e poderá retirar seu consentimento em qualquer momento da pesquisa, sem sofrer nenhum prejuízo. Esta pesquisa também não traz gastos financeiros para o senhor (a), nem qualquer forma de ressarcimento ou

indenização financeira por sua participação. Além disso, sua participação nesta pesquisa não é obrigatória e, caso não deseje participar da mesma, sua vontade será respeitada. Sua participação é voluntária e consistirá em participar nos encontros de Grupo Focal, após assinar este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os resultados da pesquisa poderão ser publicados em revistas e/ou periódicos da área da saúde, porém, o (a) senhor (a), assim como, nenhum outro participante será identificado. A gravação das discussões que acontecerem durante os encontros de Grupo Focal e sua transcrição serão arquivados pelas pesquisadoras por cinco anos.

O (A) senhor (a) pode solicitar esclarecimentos antes, durante e depois da participação na pesquisa. Tais esclarecimentos podem ser obtidos através de Bárbara Ribeiro, pelo e-mail: barbara_ribeiro2@hotmail.com ou telefone: (73) 8818-2410

Em caso de dúvida, o (a) senhor (a) também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CEP/UESB) pelo telefone (73) 35289727, pelo e-mail cepuesb.jq@gmail.com ou no seguinte endereço: Av. José Moreira Sobrinho, S/N - Bairro: Jequiezinho, Jequié – Bahia, no horário de 08:00 às 12:00 horas.

Se desejar aceitar participar da pesquisa, precisará assinar o TCLE em duas vias: uma via ficará com o (a) senhor (a) e a outra ficará sob a guarda das pesquisadoras responsáveis. Somente assim, participará da atividade proposta, cujas respostas serão gravadas.

Desde já agradecemos sua atenção!

_____ - BA, ____ de _____ de _____.

Bárbara Santos Ribeiro
Mestranda pelo Programa de Pós
Graduação em
Enfermagem e Saúde da UESB

Profª Drª Edite Lago da Silva Sena
Orientadora

Participante da pesquisa

ANEXOS

ANEXO A



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
 Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98
 Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde



Of. PPGES nº. 58/2015

Jequié, 03 de Dezembro de 2015

Sr^a. Juliane Caires dos Santos
 Secretária de Saúde de Jequié

Prezada Secretária,

Apresentamos V.S^a. a mestranda Bárbara Santos Ribeiro, orientanda da professora Dr^a. Edite Lago da Silva Sena do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde – PPGES, (Nível de Mestrado e Doutorado), da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB, para autorização da realização da coleta de dados do Projeto de Pesquisa “*Percepção de agentes comunitários de saúde sobre o cuidado no contexto do uso de drogas*”.

Atenciosamente,


 Prof.ª Dr.ª Alba Benemerita Alves Villela
 Coordenadora do Programa de Pós-Graduação
 em Enfermagem e Saúde - PPGES
 UESB - Campus de Jequié

8.22/12/15
 Aterlucia Almeida Macedo
 Assessora do Gabinete
 Sec. Mun. de Saúde de Jequié
 AS 16:30h

ANEXO B

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Percepção de Agentes Comunitários de Saúde sobre o cuidado no contexto do uso de drogas.

Pesquisador: Edite Lago da Silva Sena

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 46610515.6.0000.0055

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.163.911

Data da Relatoria: 28/07/2015

Apresentação do Projeto:

Assim o projeto está resumido: "A Reforma Psiquiátrica vem trazer um novo olhar para o cuidado no contexto do uso de drogas com a inclusão de alguns serviços à rede de atenção ao usuário de drogas e seus familiares, o qual dentre eles merece destaque a Unidade de Saúde da família (USF) que tem como grande diferencial a presença do Agente Comunitário de Saúde (ACS). Nessa perspectiva, o estudo tem como objetivo geral desvelar a percepção de Agentes Comunitários de Saúde sobre a produção do cuidado no contexto do uso de álcool e outras drogas. Para alcançar o objetivo proposto será adotada a fundamentação teórica no referencial de Maurice Merleau-Ponty, sendo que cada USF do município de Jequié-BA será representada

por um ACS que será convidado a participar voluntariamente de uma entrevista fenomenológica para a produção das informações. Os critérios de exclusão serão: ACS em licença médica, licença maternidade, afastamento administrativo e a indisponibilidade em participar do Grupo Focal. Ainda utilizaremos o diário de campo para o registro das observações e inferências sobre o campo, a partir do recurso da memória recente, neste enlace, as técnicas supracitadas se complementaram no auxílio à compreensão do fenômeno em estudo. Para análise das informações será usada a

técnica "analítica da ambiguidade", desenvolvida por Sena (2006), para a compreensão de achados

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n
Bairro: Jequiezinho **CEP:** 45.206-510
UF: BA **Município:** JEQUIE
Telefone: (73)3528-9727 **Fax:** (73)3525-6683 **E-mail:** cepuesb.jq@gmail.com

Atencioso Página 01 de 03

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



Continuação do Parecer: 1.163.911

em pesquisas fundamentadas na Fenomenologia da Percepção de Maurice Merleau-Ponty, assim como, na compreensão de outros estudos com abordagens qualitativas. A coleta de dados será iniciada somente após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da UESB (CEP/UESB). Ademais, todas as etapas do estudo obedecerão à Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata sobre a pesquisa em seres humanos".

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Desvelar a percepção de Agentes Comunitários de Saúde sobre a produção do cuidado no contexto do uso de álcool e outras drogas.

Objetivo Secundário: • Ouvir os Agentes Comunitários de Saúde e relatar suas principais potencialidades e/ou dificuldades para a produção do cuidado no contexto do uso de álcool e outras drogas. • Descrever a percepção de Agentes Comunitários de Saúde sobre o projeto "Caminhos do Cuidado" e seu impacto no cuidado aos usuários de álcool e outras drogas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios são apresentados e contemplam a Res. 466/12.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de interesse para a área de saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos exigidos foram apresentados.

Recomendações:

No TCLE, retirar o espaço para a impressão digital (Será que há algum ACS que não sabe ler e assinar seu nome?).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências éticas impeditivas para a realização da pesquisa.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Em reunião do dia 29/07/2015, a plenária do CEP/UESB aprovou o parecer do relator.

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n
Bairro: Jequezinho CEP: 45.206-510
UF: BA Município: JEQUIE
Telefone: (73)3528-9727 Fax: (73)3525-6683 E-mail: cepuesb.jq@gmail.com

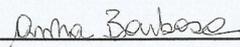
Bealva
Página 02 de 03

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



Continuação do Parecer: 1.163.911

JEQUIE, 29 de Julho de 2015



Assinado por:
Ana Angélica Leal Barbosa
(Coordenador)

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n
Bairro: Jequiezinho CEP: 45.206-510
UF: BA Município: JEQUIE
Telefone: (73)3528-9727 Fax: (73)3525-6683 E-mail: cepuesb.jq@gmail.com

ANEXO C



ESTADO DA BAHIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE JEQUIÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

COMUNICAÇÃO INTERNA Nº 001/2016

Jequié, 05 de Janeiro de 2016.

DO SERVIÇO/SETOR: *Departamento de Assistência à Saúde*

PARA O SERVIÇO/SETOR: UBS/USF

ATT: Aos Coordenadores

ASSUNTO: Autorização de coleta de dados

Prezado (a) Senhor (a):

Venho por meio deste, autorizar a realização de coleta de dados do Projeto de Pesquisa "**Percepção de agentes comunitários de saúde sobre o cuidado no contexto do uso de drogas**", pela mestrandia **Bárbara Santos Ribeiro**, sob orientação da professora Dr^a Edite Lago da Silva Sena do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde – PPGES da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB.

Atenciosamente,

Eduardo Almeida Pecorelli
Diretor Dept. Assistência à Saúde
Decreto nº 14.749

Eduardo Almeida Pecorelli
Diretor do Depto. de Assistência à Saúde
Decreto Nº14.749