



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

**LUCAS QUEIROZ SUBRINHO**

**PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA SOBRE O CUIDADO AO CONSUMIDOR DE DROGAS**

**JEQUIÉ/BA**

**2016**

**LUCAS QUEIROZ SUBRINHO**

**PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA SOBRE O CUIDADO AO CONSUMIDOR DE DROGAS**

Dissertação de mestrado 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: Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

ORIENTADORA: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Edite Lago da Silva Sena.

**JEQUIÉ/BA**

**2016**

Q3p Queiroz Subrinho, Lucas.

Percepção dos enfermeiros da estratégia de saúde da família sobre o cuidado ao consumidor de drogas / Lucas Queiroz Subrinho.- Jequié, 2016.

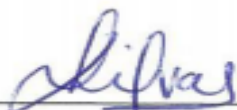
99f.

(Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, sob orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Edite Lago da Silva Sena)

Rafaella Cância Portela de Sousa - CRB 5/1710. Bibliotecária – UESB - Jequié

## FOLHA DE APROVAÇÃO

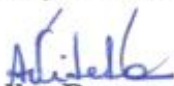
SUBRINHO, Lucas Queiroz. **Percepção dos Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre o Cuidado ao Consumidor de Drogas.** 2016. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Área de Concentração: Política, Planejamento e Gestão em Saúde. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié/BA.



Edite Lago da Silva Sena- Orientadora e Presidente da Banca  
Doutora em Enfermagem. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)



**Prof. Dr. Diyane de Vargas**  
Doutor em Enfermagem - Universidade de São Paulo



**Prof.ª Dr.ª Alba Benemérita Alves Vilela**  
Doutora em Enfermagem e Saúde - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

## **DEDICATÓRIA**

---

**A Deus**, que sempre se faz presente em minha vida, dando-me graça, sabedoria e força de vontade para lutar e conquistar todos os objetivos que almejo.

## **DEDICATÓRIA**

---

**À minha mãe, *Maria Juelice*, sempre presente,**  
ensinando-me os valores da vida, como  
humildade, sinceridade e honestidade.

## AGRADECIMENTOS

---

A **DEUS**, por seu amor e sua presença marcante em todos os momentos de minha vida. Tenho consciência que tudo que consegui, e que conseguirei, em minha vida, devo agradecer ao Senhor, pois nunca sei o que tens planejado para mim, porém, tenho ciência que o Senhor conhece as intenções de meu íntimo, meus medos e minhas necessidades, por isso tenho plena confiança em ti, Senhor, pois sei que reservas o melhor para meu futuro.

A **MARIA JUELICE**, minha mãe e pai, que vem me criando com todo amor e carinho, mesmo enfrentando tamanhas dificuldades ao longo de sua vida. Quero que saiba que agradeço a Deus todos os dias pela mãe que você é para mim, ensinando-me a viver e respeitar o próximo. Saiba que, através de sua simplicidade e força de vontade, você faz com que eu me dedique cada dia mais, em busca de meus objetivos e de uma vida melhor para senhora.

À minha professora, orientadora e amiga, **EDITE LAGO DA SILVA SENA**, por sempre ter confiado em meu potencial, incentivando-me desde a graduação no campo da pesquisa, distribuindo palavras de incentivos nos momentos difíceis, em um período de importantes mudanças em minha vida. Eternamente grato por me apresentar esse mundo maravilhoso da fenomenologia, que me possibilitou perceber o mundo com um olhar singular. À senhora, minha grande gratidão!

A **VANESSA THAMYRIS CARVALHO**, grande amizade que cultivei durante o curso de Mestrado. Companheira para todos os momentos, em especial, na empreitada de Compreender Merleau-Ponty compartilhando seu conhecimento comigo.

A **CARINE**, **HIGOR** e **PROF<sup>a</sup> PATRÍCIA** pela grande ajuda nos momentos finais desse desafio.

Aos colegas de trabalho do Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes, em especial, a enfermeira **KÁSSIA ROSSETO** e a **PROF<sup>a</sup> LÉIA DAMASCENO** pela compreensão e apoio na conciliação entre trabalho e mestrado.

A todos do **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde**, especialmente a **prof.<sup>a</sup> Alba Vilela** e a **prof.<sup>a</sup> Adriana Nery**, pela seriedade e pelo compromisso com que coordenam o Programa, e pela sensibilidade apresentada durante minha formação. Levarei ambas como exemplo de docentes, pelo resto de minha vida.

A todos os **colegas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde**, acredito que, direta ou indiretamente, cada um de vocês tem sua contribuição na produção do meu estudo, através das vivências que tive com todos.

**Aos enfermeiros, profissionais da Escola Técnica do SUS de Vitória-ETSUS e diretores do Comitê Gestor de Diretores das Unidades de Saúde (Coger)**, que colaboraram para a realização da minha pesquisa. Obrigado pela atenção e compromisso, pois sem a vossa participação, esse estudo não seria possível.

À **Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (Fapesb)**, pela concessão de bolsa durante um período do Mestrado.

Enfim, agradeço a **TODOS** que sempre acreditaram em mim e que colaboraram para construção desse estudo. Muito obrigado!



*[...] o cuidado somente surge quando a existência de alguém tem importância para mim. Passo então a dedicar-me a ele; disponho-me a participar de seu destino, de suas buscas, de seus sofrimentos e de seus sucessos, enfim, de sua vida (Leonardo Boff, 1999).*

## RESUMO

A Reforma Psiquiátrica no Brasil mobilizou o início da construção de uma rede de atenção à Saúde Mental, que hoje engloba diversos dispositivos, dentre eles a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Nos diversos eixos temáticos abordados na Saúde Mental incluiu-se o consumo de drogas, que se faz presente independente de raça, credo ou condição socioeconômica. O panorama sugere que os profissionais atuantes na Unidade Básica de Saúde (UBS) desenvolvam o cuidado ao consumidor de drogas com base no planejamento e na implementação de ações no campo da saúde mental, o que exige capacitação e engajamento, em especial dos enfermeiros. O estudo objetivou compreender como os enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família percebem o cuidado aos consumidores de drogas nas Unidades Básicas de Saúde. Trata-se de um estudo fenomenológico, em Maurice Merleau-Ponty, que contou com a participação de oito Enfermeiros atuantes nas UBS de uma capital do sudeste do Brasil, cujas descrições vivenciais foram produzidas por meio da entrevista fenomenológica. As descrições produzidas foram submetidas à técnica Analítica da Ambiguidade, que possibilita encontrar no texto a essência das falas, suspendendo as teses de que as coisas já são em si mesmas. As teses percebidas deram origem a dois manuscritos: *Responsabilização sobre o cuidado ao consumidor de drogas na unidade básica de saúde: estudo fenomenológico*; e, *O impacto da percepção humana no cuidado ao consumidor de drogas*. Os resultados revelam que situações como violência, disputa entre traficantes e a construção de um “mundo das drogas” ainda estão presentes na percepção dos profissionais e, ao mesmo tempo em que contribuem para a construção de uma relação de vítima e culpado, impossibilitam a construção de novas práticas de cuidado ao consumidor de drogas. O estudo apresenta a Clínica Ampliada e a Redução de Danos como estratégias para desenvolver o cuidado a esse público.

**Descritores:** Drogas Ilícitas. Cuidado. Saúde Mental. Estratégia de Saúde da Família. Filosofia em Enfermagem.

## ABSTRACT

The psychiatric reform in Brasil mobilized the beginning of the construction of a mental care attention net, that includes today many devices, like the Family's Health Strategy (FHS). On the multiple thematic axis studied by the Mental Health, is included the use of drugs, that is present independently from the breed, creed or socioeconomic condition. This panorama requires, from the professionals working at the Basic health units, development of care with the drug user, planning and applying actions on the mental health field, which requires capacity building and engagement, especially from the nurses. The study sought comprehending how the nurses on the Family's Health Care understand the care to the drug consumers at the Basic Health units. This is a phenomenological study, on Maurice Merleau-ponty, with participation of eight nurses that work on the Basic health units of a capital on the Brazilian southeast, which the living descriptions were produced by a phenomenologic interview. The produced descriptions will be submitted to the Ambiguity analysis technic, allowing to find on the text the essence of the speech, suspending the theory that the things already are on themselves. The perceived theories gave origin to two manuscripts: Responsibility about the drug user's care in primary health care: a phenomenological study and the human perception impact on the drug user's care. Concluded that situations like violence, battles between drug dealers and the building of a "drug world" are still present on the professionals perception, making the care with drug users harder and building a relation of victim and guilty, what makes the construction of new health actions to this population almost impossible. The study introduces the extended clinic and the damage reduction as strategy to develop the care.

**Descriptors:** Illegal Drugs. Care. Mental Health. Family Health Strategy. Philosophy, Nursing.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 01 – Modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial no Brasil.....pag. 22

Quadro 02 – Componentes geridos pela rede municipal de atenção psicossocial de Vitória-ES.....pag.

36

Figura 01 – Mapa da Regionalização de Saúde em Vitória-ES 2010-2013.....pag.

37

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**AB** – Atenção Básica

**CAPS** - Centros de Atenção Psicossocial

**CAPSAD**- Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas

**CEP** - Comitê de Ética e Pesquisa

**CONAD** - Conselho Nacional Antidrogas

**ESF** - Estratégia/ Equipe de Saúde da Família

**ETSUS** – Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde

**MS** - Ministério da Saúde

**NAPS** – Núcleo de atenção Psicossocial

**NIH** - *National Institute on Drug Abuse*

**OMS** - Organização Mundial da Saúde

**PND** - Política Nacional sobre Drogas

**PPGES** – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde

**PSF** – Programa de Saúde da Família

**RAPS** – Rede de Atenção Psicossocial

**RD** – Estratégia de Redução de Danos

**SUS** - Sistema Único de Saúde

**TCLE** -Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UBS** – Unidade Básica de Saúde

**UESB** -Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

## SUMÁRIO

<b>1. A DELIMITAÇÃO DO TEMA.....</b>	<b>14</b>
<b>2. A RELAÇÃO DIALÓGICA EM BUSCA DO IMPENSANDO .....</b>	<b>19</b>
2.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA .....	19
2.2 CONSTRUÇÕES ALTERNATIVAS À POLITICA DE GUERRA ÀS DROGAS .....	24
2.3 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O FENÔMENO DO CONSUMO DE DROGAS .....	28
<b>3 FENOMENOLOGIA: A RETOMADA DA FILOSOFIA COMO CIÊNCIA RIGOROSA.....</b>	<b>31</b>
<b>4 CAMINHO PERCORRIDO PARA A COMPREENSÃO DAS VIVÊNCIAS.....</b>	<b>35</b>
4.1 NATUREZA DO ESTUDO.....	35
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO .....	35
<b>4.3 APROXIMAÇÃO DO CENÁRIO DE ESTUDO .....</b>	<b>39</b>
4.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	40
4.5 ESTRATÉGIA UTILIZADA PARA A PRODUÇÃO DAS DESCRIÇÕES VIVENCIAIS .	40
4.6 ESTRATÉGIA UTILIZADA PARA A COMPREENSÃO DOS VIVIDOS .....	41
4.7 ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO.....	42
<b>5. A PERCEPÇÃO HUMANA NO CUIDADO AO OUTRO .....</b>	<b>44</b>
5.1 MANUSCRITO 1: RESPONSABILIZAÇÃO SOBRE O CUIDADO AO CONSUMIDOR DE DROGAS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: ESTUDO FENOMENOLÓGICO .....	45
5.2 MANUSCRITO 2: O IMPACTO DA PERCEPÇÃO HUMANA NO CUIDADO AO CONSUMIDOR DE DROGAS .....	64
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A EXPERIÊNCIA DO INCONSTRUTO .....</b>	<b>83</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>85</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>90</b>
APÊNDICE A –Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	91
APÊNDICE B – Temas norteadores da entrevista fenomenológica .....	94
<b>ANEXOS .....</b>	<b>95</b>
ANEXO A – Parecer consubstanciado do comitê de ética em pesquisa .....	96
ANEXO B – Declaração viabilidade da Sec. Municipal de Saúde de Vitória .....	99

## 1. A DELIMITAÇÃO DO TEMA

O atual modelo brasileiro de atenção à saúde foi conquistado por meio de movimentos sociais, dentre eles, o pela Reforma Sanitária, nascida no meio acadêmico, em meados da década de 1970. A proposta de reforma foi, posteriormente, adotada pelos profissionais da saúde e demais segmentos sociais, o que culminou, após anos de mobilização, na lei 8.080/90, que regulamenta no território nacional as ações e serviços de saúde público e privado em busca da promoção, proteção e recuperação da saúde (BEDIN; SCARPARO, 2011; BRASIL, 1990).

Contemporânea ao “movimento sanitário”, com identidade própria, surge a Reforma Psiquiátrica Brasileira, em favor da mudança no modelo de gestão e atenção à Saúde Mental, com a proposta de substituir os hospitais psiquiátricos por redes de atenção à saúde mental, de modo a garantir os direitos das pessoas com transtorno mental. Elucida-se, com isso, a noção do Sistema Único de Saúde (SUS) como rede construtora de um importante operador conceitual que se encontra presente em ambos os campos de atuação (SILVA; ZAMBENEDETTI; PICCININI, 2012).

A Reforma Psiquiátrica pode ser vista como um processo complexo, dado a variedade de atores, instituições e forças envolvidos na desinstitucionalização da atenção em Saúde Mental, por meio da quebra do paradigma manicomial, que segregava e estigmatizava o portador de transtorno mental (YASUI, 2010). Diversas das produções deste movimento se deram a partir de experiências inovadoras, que buscaram ir para além dos muros da loucura, trazendo estratégias que sempre se atualizam, como a Redução de Danos e as Residências Terapêuticas, empregadas no cuidado ao consumidor de drogas (CLEMENTE; LAVRADOR, 2013).

Com a consolidação do SUS, que ocorreu ao longo dos anos, programas foram criados para suprir a necessidade da comunidade e alcançar à municipalização da saúde, como o Programa Saúde da Família (PSF). Implantado em 1994, foi proposto para substituir a forma tradicional de prestação da assistência por um modelo de Atenção Básica com enfoque na universalidade, na integralidade e na igualdade previsto nas políticas públicas; posteriormente, o PSF foi denominado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), considerada uma das mais bem-sucedidas iniciativas brasileiras em saúde das últimas décadas, ao voltar-se a

grupos humanos (usuário e família) e à integração intersectorial (MOIMAZ et al., 2012).

Dentre os vários eixos temáticos abordados na Saúde Mental, integrante da ESF, se insere o consumo de drogas, sempre presente na humanidade, independentemente de raça, credo ou momento histórico e com finalidades como alívio da dor ou inclusão social, sendo consumida em rituais, eventos comemorativos ou solitariamente que poderiam ou não levar a um prejuízo, necessitando de um cuidado profissional (MUNIZ, REICHEL, NEVES, 2010).

O cuidado, foco central da ação em Enfermagem, implica em dedicar-se ao outro, praticar a empatia, compreender as demandas ou sofrimentos do usuário do serviço (BOFF, 2004). Ao promover o cuidado, o profissional auxilia os usuários a buscarem os sentidos da vida e a desenvolverem o cuidado de si e o cuidado do próximo, o que representa uma atitude de responsabilização e envolvimento afetivo com o outro (SILVA et al, 2005). Por isso, o cuidado somente surge quando o outro tem importância para mim (BOFF, 2004).

Essas características são primordiais para o cuidado baseado na atenção psicossocial, nova forma de cuidar que evidencia o sujeito como semelhante, e desconstrói o lugar específico da loucura, representado, anteriormente, pelo manicômio (CLEMENTE; LAVRADOR; RAMANHOLI, 2013). Hoje, a Saúde Mental não está engessada em um serviço específico, pois ela deve permear a rede de todos os serviços de saúde, por meio do Acolhimento e da Clínica Ampliada, em busca da construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) (BRASIL, 2009; 2010a; 2010b), e do entrelaçamento intersubjetivo entre seres que cuidam e seres cuidados (SILVA et al, 2005).

Nessa perspectiva, os profissionais que integram a ESF são fundamentais no planejamento e na implementação das ações de Saúde Mental, em especial no que se refere ao consumo de drogas, por estarem presentes na interseção de diversos dispositivos. Com isso, são exigidos capacitação e engajamento do profissional, para que seja possível identificar, precocemente, os problemas e aplicar as devidas intervenções. Contudo, a inclusão da questão do consumo de drogas nas práticas de saúde é um desafio aos enfermeiros da ESF, uma vez que esses possuem um contato mais prolongado com o usuário dos atendimentos, porém, parecem não saber lidar com as singularidades e as demandas específicas de um consumidor de drogas (MUNIZ; REICHEL; NEVES, 2010; BARROS; PILLON, 2006).



O interesse em realizar este estudo emergiu da percepção do significativo papel que o enfermeiro da ESF pode exercer no campo da Saúde Mental, sobretudo no cuidado ao consumidor de crack, álcool e outras drogas, com ênfase na Redução de Danos, na reabilitação psicossocial e na reinserção do consumidor no contexto do território no qual ele convive. No entanto, em minha vivência com os profissionais, tem-se desvelado a resistência em incluir o cuidado desse consumidor no conjunto das práticas cotidianas de saúde da ESF, contrariando os princípios da universalidade e da integralidade do cuidado, preconizados pelo SUS, o que faz jus à realização de uma pesquisa, a fim de desvelar possíveis fatores contributivos para essa resistência.

O meu despertar para a Saúde Mental ocorreu a partir de um conjunto de vivências proporcionadas pela minha passagem pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Uesb), campus de Jequié-Bahia, como graduando de Enfermagem. Iniciei minhas atividades nessa área no ano de 2010, ao fazer parte do Grupo de Estudos e Pesquisa “loucos por cidadania”. Posteriormente, em 2012, cumpri as disciplinas acadêmicas de Enfermagem em Atenção à Saúde Mental e Planejamento em Enfermagem, nas quais, respectivamente, adquiri conhecimento acerca da Saúde Mental e das políticas de saúde existentes em nosso país.

Essas vivências foram somadas à minha experiência como bolsista do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET Saúde Mental *Crack, álcool e outras drogas* e do projeto *Produção de cuidado na rede de atenção à saúde mental na perspectiva da prevenção e enfrentamento da dependência do crack, álcool e outras drogas*, nos quais realizei atividades de pesquisa e extensão no campo da saúde mental, tendo desenvolvido algumas produções científicas, como a *Percepção de Conselheiros de Saúde Acerca da Participação Social no Contexto da Prevenção do Uso de Drogas* e o trabalho monográfico intitulado *Articulação entre Centro de Atenção Psicossocial e Estratégia de Saúde da Família*.

Todas as vivências me proporcionaram conhecer como se estrutura a rede de atenção à Saúde Mental, suas políticas e evolução ao decorrer das décadas. Todavia, muitos pensamentos me inquietaram, ao ver que muitos ideais defendidos na teoria não eram avistados em prática no município de Jequié, como por exemplo, a constituição de rede articulada entre os serviços de Saúde Mental e de Atenção Básica.

Parte de minhas inquietações foram respondidas ao realizar meu trabalho monográfico, me conduzindo à reflexão mais aprofundada da real estruturação em rede dos serviços de saúde no município. Contudo, ao finalizar o estudo, os resultados despertaram-me à investigação de uma possível debilidade no preparo dos profissionais de saúde das UBS para atender a demanda de Saúde Mental, cuja confirmação evidenciaria uma indiferença do importantíssimo papel da ESF como base para atendimento dessa demanda.

Percebo a necessidade de a ESF integrar enfermeiros que saibam lidar com as demandas da área de Saúde Mental, uma vez que, cotidianamente, compartilham conhecimentos, liderança e tomadas de decisão com os demais componentes da equipe, pelo fato de exercerem a função gerencial em diversas UBS, bem como por produzir cuidado junto aos usuários nos vários programas que agregam as ações de saúde da unidade.

Posteriormente, com a mudança de residência para o município de Vitória-ES, suscitou-me o questionamento se a política de Saúde Mental é mais integrada à ESF em uma cidade de Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS) superior ao município de Jequié, podendo ser observada pelas práticas dos seus profissionais quanto pela articulação entre serviços (BRASIL, 2011).

Assim, percebi a necessidade da retomada das discussões sobre o tema, conservando o mesmo referencial teórico utilizado por toda minha experiência como pesquisador, a fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty, porém, agora em um outro cenário e objetivo, aflorados nas vivências de pesquisas anteriores, que possibilitaram a abertura ao novo e à desconstrução de teses, mediante a compreensão.

Diante do exposto, o presente estudo apresenta a seguinte **questão norteadora**: Como os enfermeiros que atuam na Estratégia de Saúde da Família percebem o cuidado aos consumidores de drogas nas Unidades Básicas de Saúde do município de Vitória-ES? Para responder a essa questão, estabelecemos como **objetivo geral**: compreender como os Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família percebem o cuidado aos consumidores de drogas nas Unidades Básicas de Saúde.

O estudo mostra-se relevante à medida que busca ampliar a produção do conhecimento sobre o cuidado em Saúde Mental no contexto atual, em que se faz

necessário o redimensionamento das ações, na perspectiva da efetivação de uma rede integrada e articulada de dispositivos, onde a ESF constitui o núcleo básico de recepção das demandas por cuidado de saúde, no domínio do território. Nesse contexto, o enfermeiro tem sido o profissional-chave, tanto no exercício da função gerencial das Unidades Básicas de Saúde (UBS), como na articulação das ações junto aos demais componentes da equipe, orientação e supervisão dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), assim como, na produção do cuidado junto aos usuários, família e comunidade.

A relevância eleva-se pelo fato de a pesquisa focar na produção do cuidado no contexto do consumo de álcool e outras drogas, o que trará resultados referentes à percepção de enfermeiros, que atuam no cotidiano da ESF e de seu território de inserção, acerca de como veem o atendimento e o cuidado aos consumidores de drogas, o que implica na consolidação Rede de Atenção Psicossocial (Raps) do município.

## 2. A RELAÇÃO DIALÓGICA EM BUSCA DO IMPENSANDO

O ponto de início para a discussão sobre a noção de rede de atenção em Saúde Mental situa-se em dois campos distintos e complementares: a Reforma Psiquiátrica Brasileira e o Sistema Único de Saúde. Ao mesmo tempo em que o SUS propõe a criação de redes de serviços articuladas, a Reforma Psiquiátrica se pauta na substituição dos hospitais psiquiátricos por redes de atenção à Saúde Mental, mostrando que ambos possuem a valorização da articulação em rede com os demais serviços (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2008).

Esta revisão de literatura foi realizada por busca de artigos indexados nas bases de dados científicos, tais como: Scielo, Medline, Lilacs e Pubmed. O recorte temporal teve como prioridade as publicações dos últimos 16 anos, devido ao marco legislativo da promulgação da lei 10.216/01, que oficializou a mudança de paradigma na assistência ao paciente com transtorno mental. Além disso, livros, legislações, teses, dissertações e materiais indicados por especialistas na temática foram considerados para a construção desta revisão, com fins de aporte ao referencial teórico-filosófico e ao campo legislativo.

Todos os materiais foram lidos na íntegra, no período de 2013 a 2016, categorizados e analisados do ponto de vista crítico. Os descritores utilizados na pesquisa dos artigos foram Drogas Ilícitas, Estratégia de Saúde da Família e Saúde Mental. Os documentos relevantes ao estudo foram organizados nas seguintes categorias: A reforma psiquiátrica brasileira; Construções alternativas à política de guerra às drogas; A Estratégia de Saúde da Família e o fenômeno do consumo de drogas.

### 2.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

Movimento originado na década de 1970, no meio acadêmico, a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) criticava o modelo de assistência à saúde mental instituído, que era centrado no hospital psiquiátrico e na terapêutica de exclusão social e estigmatização da pessoa com transtorno mental. No período em questão, estava instituído no Brasil o regime de Ditadura Militar, caracterizado por um Estado autoritário e que recriminava ações de mobilização social, como o movimento da luta

anti-manicomial e, sua precursora, a Reforma Sanitária Brasileira (BEDIN; SCARPARO, 2011).

Com o decorrer da década de 1970, a insatisfação da população aumentava, e agora com mais um fator, a crise do “milagre econômico”, que provocou a ampliação das discussões políticas e trouxe um imenso desejo da população pela busca da redemocratização do país e da construção de um novo pensamento no setor saúde (SHIKASHO, 2012).

Como fomento ao sentimento de insatisfação, a experiência de desinstitucionalização em psiquiatria da cidade italiana de Trieste trouxe inspiração e motivação ao movimento brasileiro, que lutava pela quebra de paradigmas caracterizados pela opressão, domínio, roubo de identidade e de vidas subjetivas. Concernente à Reforma Psiquiátrica, temos a I Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, com o lema “*Por uma sociedade sem manicômios*” e a Declaração de Caracas, em 1990. Ambas defendem a proteção dos direitos humanos e a cidadania dos portadores de transtornos mentais (BRASIL a, 2005).

Nesse ambiente de mobilizações e de busca por mudanças, surge, no município de São Paulo, em 1987, o Centro de Atenção Psicossocial (Caps) Prof. Luiz Rocha Cerqueira, primeira experiência de atenção psicossocial no Brasil. Em conjunto com o Núcleo de Atenção Psicossocial (Naps) de Santos-SP, criado em 1989, foram produtores de estratégias inovadoras no campo da saúde, ao desospitalizar os pacientes com transtornos mentais e inseri-los no meio familiar, mostrando que era possível construir uma rede substitutiva aos hospitais psiquiátricos (LAVRADOR; RIBEIRO, 2015; CORDEIRO; OLIVEIRA; SOUZA, 2012).

Quando consolidada a redemocratização do país, no final da década de 1980, os Naps santistas constituíram-se como a principal referência na implantação de serviços substitutivos aos manicômios, por agregarem características excepcionais, tais como territorialização, atendimento 24 horas/dia e articulação com os demais dispositivos de saúde municipal (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006). Com a nova estratégia de dispositivos substitutivos, as limitações observadas no tratamento ambulatório-hospital poderiam ser superadas, principalmente, no que se resume a reabilitação social (LAVRADOR; RIBEIRO, 2015).

Iniciativas bem-sucedidas, como o Naps, fizeram com que as novas políticas do Brasil pós-ditadura apoiassem a criação de processos substitutivos no cuidado ao usuário com transtorno mental e, posteriormente, ao consumidor de drogas, como o

Projeto de Lei (PL) do deputado federal Paulo Delgado, iniciado no Congresso Nacional em 1989, que almejou assegurar a atenção ao portador de transtorno mental e a extinção progressiva dos manicômios no país. O ensejo do PL foi alcançado apenas em 6 de abril de 2001, com sua sanção na Lei nº 10.216, tornando-se um marco, ao oferecer e privilegiar o tratamento em serviços de base comunitária, com vistas à recuperação e à reinserção social-familiar, como visto no Caps (BRASIL, 2001; NOGUEIRA; FARIAS, 2007).

Os Caps, atualmente, estão dispostos na Portaria 336GM/2002, com a previsão de desenvolver ações no acolhimento e atendimento às pessoas com transtornos mentais, inclusive os decorrentes do consumo de drogas. O Caps deve se caracterizar como um espaço onde exista a participação social e familiar no tratamento, além de sempre respeitar a autonomia do usuário, agregando ao serviço as características de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de saúde (BRASIL, 2004).

Contudo, nem todos os Caps criados após 1989 conseguiram incorporar essas características importantes, que tornavam a experiência de Santos e de São Paulo tão bem-sucedidas, dificultando o conhecimento aprofundado do território e a aproximação com a comunidade pelos profissionais, nas práticas atuais (BARROS; NICÁCIO; AMARANTE, 2005). Assim, por sua proximidade com famílias e comunidades, as equipes de ESF se apresentam como um recurso estratégico para contornar essa fragilidade que alguns Caps apresentam, ao auxiliar no enfrentamento de importantes problemas de saúde pública, como os agravos vinculados ao consumo de álcool e outras drogas, e diversas outras formas de sofrimento psíquico.

A ESF e o Caps, integrantes da rede de cuidado em Saúde Mental, são alguns dos dispositivos criados após as grandes mudanças nas Políticas de Saúde brasileiras, executadas nos últimos 20 anos, ao seguir diretrizes de descentralização na busca da integralidade, das ações preventivas e da participação comunitária (MELLO; FUGUERATO, 2009). Nessa evolução, o usuário dos serviços de Saúde Mental, que tinha como única alternativa o hospital, passou a contar com serviços comunitários, tais como Caps, Residências Terapêuticas (RT), Programa de Volta para Casa, Consultórios de Rua e Saúde Mental na Atenção Básica, sendo a internação hospitalar o último recurso no tratamento de transtornos mentais (GONCALVES et al, 2012).

Os Caps, dispositivos de referência da rede, são nomeados em Caps I, Caps II, Caps III, Capsi, Capsad e Capsad III (BRASIL, 2011). Eles se diferenciam tendo por base seu porte, sua capacidade de atendimento, seu perfil de usuário atendido e seu perfil populacional do município em questão. Esse último fator flexibiliza a implantação de dispositivos em municípios que não possuam os demais requisitos, como aqueles pequenos de fronteira ou de rota de tráfico. A população de Vitória-ES, por exemplo, conta com unidades de Caps II, CAPSad III e Caps infantil (BRASIL, 2005; ROSA; VILHENA, 2012; VITÓRIA, 2015).

**Quadro 1 – Modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial no Brasil**

<b>Dispositivo</b>	<b>Perfil atendido</b>	<b>Capacidade</b>	<b>População</b>
<b>Caps I</b>	Transtornos mentais severos e persistentes (dias úteis)	240 pessoas/mês	20.000 a 50.000 habitantes
<b>Caps II</b>	Transtornos mentais severos e persistentes (dias úteis)	360 pessoas/mês	50.000 a 200.000 habitantes
<b>Caps III</b>	Transtornos mentais severos e persistentes (24 horas/dia, todos os dias e feriados).	450 pessoas/mês Possui até cinco leitos de observação	Acima de 200.000 Habitantes
<b>Capsad</b>	Adultos, crianças ou adolescentes com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (dias úteis).	250 pessoas/mês	Acima de 70.000 Habitantes

<b>Caps AD III</b>	Adultos, crianças ou adolescentes com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (24 horas/dia, todos os dias e feriados).	Possui até 12 leitos de observação	Acima de 200.000 Habitantes
<b>Capsi</b>	Crianças e adolescentes com transtorno mentais	180 pessoas/mês	Acima de 200.000 habitantes

**Fonte:** elaboração própria, com base na Portaria GM 3088/11

Desse modo, ao articular o conceito de integralidade no campo da Saúde Mental, concluímos que ela não é restrita a instituições tradicionais, ao contrário, se integra a um universo mais amplo, que inclui o Caps, a ESF, o território, a equipe de referência e a família, entre outros dispositivos do território, o que torna o avanço da rede de cuidado à Saúde Mental diretamente dependente dos serviços oferecidos por cada município, no campo da saúde coletiva (BALLARIN et al., 2011).

Em 2005, os programas voltados para a assistência ao consumidor de droga ganharam um reforço com a Política Nacional sobre Drogas (PND), que traz o ideal de construção de uma sociedade protegida do consumo de drogas ilícitas e do consumo indevido de drogas lícitas, além de garantir o direito ao tratamento adequado a todas as pessoas com problemas relacionados ao consumo de drogas, através de uma rede de assistência integrada e intersetorial, que concentra esforços para o tratamento de usuário de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2006).

Diante do exposto, vemos que essa política demonstra consistência teórica, porém, sua implementação enfrenta empecilhos na integração dos processos de trabalho e na relação multiprofissional dos atuantes na rede, inclusive na ESF. Isso acaba por gerar obstáculos à produtividade da Saúde Mental na Atenção Básica, o que torna os resultados aquém do esperado (GONÇALVES et al, 2012; MELLO, 2009).



Ressalta-se que, pelo momento político, social e econômico no qual foi iniciada a Reforma Psiquiátrica (crise econômica, governo ditatorial e aprisionamento da loucura), nos chama a atenção que esse movimento não se resume apenas na reestruturação do modelo assistencial em busca de condições dignas de tratamento. A Reforma é um processo em constante construção, nos campos jurídico, político, social e cultural, que ainda não alcançou o ideal almejado, quando do seu início, na década de 1970.

## 2.2 CONSTRUÇÕES ALTERNATIVAS À POLITICA DE GUERRA ÀS DROGAS

O terreno fértil para mudanças provocadas pelo movimento de Reforma Psiquiátrica não ficou restrito apenas às pessoas com transtornos mentais, mas também abrangeu o fenômeno do consumo de drogas, devido à relação do desenvolvimento de transtornos mentais decorrentes do consumo de crack, álcool e outras drogas (SANTOS; OLIVEIRA, 2012).

Ao analisar novamente o contexto histórico, para compreendermos o fenômeno drogas, encontramos no cenário nacional, na década de 1980, um país com o fracasso do “milagre econômico”, representado por inflação elevada, crescimento das grandes cidades, marginalização populacional representada pelas favelas, aumento da pobreza e elevação do desemprego, o que levou a uma crescente violência urbana e ao fortalecimento de um mercado ilícito (PASSOS; SOUZA, 2011).

Observamos o tráfico de drogas ganhar relevância nacional e internacional, em que favelas e periferias passaram a desempenhar importante papel, por sofrerem de forma mais incisiva com o declínio político e econômico brasileiro. Esse panorama veio reforçar a tese construída em torno do consumo e do tráfico de drogas: ação de população pobre e marginalizada, atrelada à violência.

Contudo, a questão do consumo de drogas esteve presente desde os primórdios da humanidade, exercendo fascínio e, ao mesmo tempo, medo na sociedade. O consumo, no decorrer dos séculos, foi utilizado para diversos fins, desde inserção em grupos sociais (tribos), recreação ou adesão em determinada classe social favorecida, como acontecia no Egito (COSTA, 2008; MINAYO; DESLANDES, 1998).

No Brasil, a ética do consumo de drogas sempre foi debatida, tendo a predominância do discurso de criminalização e de medicalização, o que levou a criação de leis que favoreciam a concepção médico-psiquiátrica desse consumidor como um doente que deveria ser internado em hospitais psiquiátricos, na maioria das vezes, de forma compulsória (SANTOS; OLIVEIRA, 2012).

Com esse panorama jurídico-político, não eram observadas ações de tratamento à saúde da população que consumia drogas, exceto nos casos dos infratores das leis vigentes, que eram “tratados” de forma compulsória nos hospitais psiquiátricos, algo similar ao que ocorria com os pacientes com transtornos mentais no Renascimento, momento histórico em que os loucos eram colocados em um barco, denominado *Nau dos Loucos*, e deixados à própria sorte. Porém, consumidores de drogas eram postos em prisões denominadas hospitais psiquiátricos, na esperança da cura improvável, mas que libertava, instantaneamente, a sociedade da droga.

O posicionamento brasileiro era influenciado, fortemente, pela conduta internacional, tanto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) quanto pela Organização das Nações Unidas (ONU), com concepções repressivas de combate ao consumo e ao tráfico de drogas, alicerçadas nos ideais dos norte-americanos (SANTOS; OLIVEIRA, 2012).

O ideal norte-americano é baseado no discurso moral do Movimento de Temperança para a “Guerra às Drogas” – presente oficialmente nos Estados Unidos da América (EUA) em 1972, com a chancela do então presidente Richard Nixon –, em que dizer não às drogas é condição indispensável para que o consumidor tenha direito a iniciar o tratamento (TEXEIRA; LOMBA, 2010; RODRIGUES, 2012). Em contraste, temos o Modelo Psicossocial, no qual o sujeito não é o único responsável por sua relação com a substância, pois podem coexistir fatores biológicos, psicológicos ou sociais, e a recaída é um erro aceitável no percurso do tratamento (TEXEIRA; LOMBA, 2010).

Essa política, que segue até hoje nos EUA, não vem obtendo bons resultados na redução do consumo de drogas, e cria um falso dualismo entre países consumidores e países produtores de drogas, pois os EUA, um dos maiores consumidores de drogas, são, também, um dos maiores produtores (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2015). Com a persistência do foco somente na substância droga, a política norte-americana não vislumbra mudanças

em seu horizonte, pois deixa de considerar a subjetividade intrínseca no consumo de drogas.

No Brasil, o consumo de crack e outras drogas, antes restrito a grandes centros urbanos, hoje está presente em todo o território, o que torna o país um dos maiores consumidores de cocaína no mundo (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2015). Pode-se compreender a expansão do consumo de drogas através das políticas impostas no passado recente, que visavam práticas de combate a esse consumo, centradas em ações médicas e medidas coercitivas, nos moldes do programa ideológico americano de combate à droga e repressão a quem a consome (PACHECO, 2013). Ou seja, as ações eram voltadas à droga, objeto inanimado, deixando de reconhecer a complexidade do fenômeno e potencializando a estigmatização do usuário, tal qual acontecia ao paciente com transtorno mental, antes da reforma psiquiátrica.

As políticas antidrogas, defendidas até início dos anos 2000 pela lei 6.368/76 e pelo Conselho Nacional Antidrogas (Conad), que delibera a Secretaria Nacional Antidrogas, refletem até hoje no comportamento da sociedade perante o consumidor de drogas. Ainda observamos repercussões midiáticas que retomam o consumidor como ser perigoso, improdutivo, fora da lei, que necessita de internação involuntária para não trazer prejuízo aos demais componentes da sociedade (ALVES; SILVA; COSTA, 2012).

Contrastante à Constituição Federal de 1988, que garante o direito individual de liberdade, temos a lei 6.368/76, com o totalitarismo no contexto do consumo de drogas, característico do período ditatorial em seu ápice. Inicialmente, essa visão também era compartilhada pelo Conad, com seu caráter militarista, por meio da *Política Nacional antidrogas* (PASSOS; SOUZA, 2011).

Somente em 2005 começamos a observar um alinhamento no discurso do Conad com o Ministério da Saúde, esse último preconizador de um tratamento multiprofissional com assistência à família, e a construção de estratégias de Redução de Danos (BRASIL, 2002). Com a publicação da *Política para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras drogas*, elaborada pelo Ministério da Saúde, houve a culminância do reconhecimento, pelo Conad, do fenômeno drogas como um problema de saúde pública, o que exigiu a coexistência do tratamento, reabilitação e reinserção social do consumidor, previstos, a partir desse momento, na Política Nacional sobre Drogas (BRASIL, 2005).

Alternativas ao discurso de “guerra às drogas” começam a ser fortalecidas no Brasil, com ambas as políticas. Como ações, podem ser citadas a Redução de Danos, Rede de Atenção Psicossocial, capacitação profissional, distinção de consumo e tráfico de drogas, entre outras englobadas no modelo de atenção biopsicossocial.

Com a nova maneira de cuidar do consumidor de drogas, temos na Estratégia de Redução de Danos (RD) uma grande ferramenta para concretizar o idealizado nas políticas. A estratégia de RD pode ser definida como conjunto de ações que visam controlar as consequências negativas associadas ao consumo de drogas (lícitas e ilícitas), respeitando a singularidade do consumidor, ao não pregar abstinência como fator primordial para ser aceito no serviço de saúde (PACHECO, 2013). Com seu início na Holanda de 1960, para controle do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), a RD busca respeitar a autonomia do consumidor de drogas e tem como principal objetivo reduzir os danos que a substância possa vir a causar à sua saúde (DANTAS, CABRAL, MORAES, 2014).

No Brasil, temos a criação do primeiro Programa de Redução de Danos (PRD) na Casa de Saúde Anchieta, localizada em Santos-SP, três anos antes da criação dos Naps, em alinhamento com a Reforma Sanitária e Psiquiátrica brasileira. Como na Europa, a iniciativa santista, inicialmente, era voltada ao controle de DST/AIDS, pois o município possuía altos índices de pacientes portadores do vírus HIV (PASSOS; SOUZA, 2011).

Os entraves existentes hoje, ao se trabalhar a Redução de Danos, também eram presenciados em 1989, porém de forma mais feroz, tanto pela contradição jurídica da Lei 6368/76, quanto pela fragilidade a qual perpassava a democracia brasileira. Felizmente, vê-se hoje uma estratégia de RD cada vez mais permeável nos dispositivos de saúde que atuam em rede como a Raps, outra alternativa de cuidado ao consumidor de drogas que envolve diversos dispositivos

A Raps, instituída pela Portaria 3088/11 do MS, é voltada para pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Os componentes dessa rede incluem dispositivos das Atenções Básica, Psicossocial Especializada, Urgência e Emergência, Residencial de caráter transitório, Hospitalar, além de Estratégias de desinstitucionalização e de Reabilitação Psicossocial (BRASIL, 2011).

Na atualidade, nota-se que a maneira de ver, de abordar e de tratar o consumidor de drogas sofre mudanças e aperfeiçoamentos no campo da saúde. Ações que antes limitavam-se a internações em hospitais psiquiátricos, hoje são vistas como obsoletas, e cedem espaço para serviços como o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (Caps-ad) e a ESF, serviços que devem possuir ações articuladas para o tratamento e reabilitação do consumidor, além do respeito à autonomia e à singularidade do mesmo (BRASIL, 2011).

Apesar da criação de um serviço específico para abordar o fenômeno consumo de drogas, autores destacam que a resposta da esfera municipal não foi a contento para a complexidade fenomenológica em questão, pois, de 2005 para 2011, as internações por sofrimento mental, relacionadas ao consumo de drogas, subiram de 7,4% para 18%, em conjunto com a diminuição das Estratégias de RD (ALVES; SILVA; COSTA, 2012; PACHECO, 2013).

Alguns estudos, ao tentarem compreender quais entraves limitam as ações voltadas ao consumidor de drogas, elucidam como justificativas a incapacidade dos municípios em gerir as ações da estratégia de RD, devido à cultura inadequada e ao conhecimento insuficiente para expansão da RD. Porém, o fator decisivo para atual realidade encontrar-se-ia na falta de articulação entre o serviço Caps-ad e a ESF, em conjunto com a resistência dos profissionais da UBS em atender a essa demanda (ANDRADE, 2011).

Em último ponto, a resistência em atender a essa demanda, bem como praticar a RD, é instaurada pela forte relação sócio-histórica de estereótipo de doente e criminoso associado ao consumidor de drogas. Ao deparar-se com um usuário do serviço, que faz consumo de drogas, porém que não quer abster-se da substância, ou apenas diminuir seu consumo, o profissional que atua na lógica moralista se vê sem abordagem a essa demanda (PASSOS; SOUZA, 2011). Com essa realidade, vê-se a importância de preparar os profissionais e de fortalecer dispositivos para uma abordagem alternativa à “guerra as drogas”.

### 2.3 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O FENÔMENO DO CONSUMO DE DROGAS

Com uma proposta de ampliar a atenção centrada no indivíduo para a família, tornando-a uma unidade de ação programática de saúde, a ESF se consolidou no

Brasil como a porta de entrada preferencial para o atendimento aos usuários no âmbito do SUS, oferecendo serviços mais resolutivos, integrais e humanizados, centrados na intersectorialidade, na participação da comunidade e no controle social (MOIMAZ et al., 2012; BRASIL b, 2010). Assim, por essa proximidade com famílias e comunidades, as equipes da ESF apresentam-se como um recurso estratégico para o enfrentamento de importantes problemas de saúde pública, como os agravos vinculados ao consumo de crack, álcool e outras drogas, e diversas outras formas de transtorno mental.

Considerando as afirmações acima, observamos que a consolidação da ESF trouxe a criação de vínculos de corresponsabilidade entre profissional-comunidade, dando ao profissional que trabalha nesse local a possibilidade de conhecer o ambiente em que o usuário está inserido e provocar mudanças nesse meio, com o decorrer do tempo, ao buscar soluções para os problemas mais agravantes da região local, desde que o profissional esteja dedicado e tenha habilidade pessoal para isso (MUNIZ; REICHEL; NEVES, 2010; BARROS; PILLON, 2006).

Com o cuidado ao consumidor de drogas não poderia ser diferente, pois compromisso e habilidades pessoais também são atributos essenciais que facilitam observar e perceber as necessidades, as carências, os problemas do consumidor e os fatores que o levaram ao consumo de drogas. Isso promove a criação de um vínculo de confiança com o usuário do serviço e, por conseguinte, o sucesso no seu tratamento, tornando o profissional da ESF um ser importantíssimo ao consumidor de drogas (MUNIZ; REICHEL; NEVES, 2010).

Para um atendimento humanizado e o fortalecimento do vínculo de confiança, diversos instrumentos podem ser utilizados, como, por exemplo, a proposta de Clínica Ampliada, em consonância com a construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS). A Clínica Ampliada busca contornar a prática de redução dos usuários dos serviços a um diagnóstico (o alcoolista, o diabético), para se trabalhar de forma holística (BRASIL, 2007).

A ampliação dessa clínica favorece o cuidado integral em Saúde Mental na ESF, ao considerar o sujeito contextualizado e suas singularidades (JORGE; DINIZ; LIMA; PENHA, 2015). Uma vez que o usuário do serviço não se limita a expressar queixas de doenças, é necessária a criação de vínculo para compreender a baixa adesão do paciente ao tratamento. Por exemplo, o profissional, ao cuidar, deve

avaliar aspectos sociais, econômicos, familiares, biológicos, psicológicos e sociais (JORGE; DINIZ; LIMA; PENHA, 2015).

Como instrumento devolutivo dessa nova maneira de praticar a clínica, as equipes dos serviços que compõem a Raps devem centrar na construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), instrumento elaborado a partir das vivências adquiridas na consulta do profissional-consumidor/família e o compartilhamento vivencial com os demais membros da equipe, por meio do estudo de caso (CARVALHO, MOREIRA, RÉZIO, TEXEIRA, 2012). O PTS acaba por favorecer a criação de um plano conjunto com a participação de equipe, de usuários e de familiares.

Todavia, mesmo com tantos fatores favoráveis à Saúde Mental na ESF, descritos na literatura, as ações de Saúde Mental na Atenção Básica ainda são descritas como aquém do esperado (GONCALVES *et al*, 2012). Uma das hipóteses para que essa realidade ocorra, dá-se por parte dos profissionais não verem as ações de Saúde Mental como integrantes à ESF, mas uma demanda extra ao serviço.

Contudo, documento da OMS destaca que não se deve encarar a Saúde Mental como uma nova demanda para os serviços de Atenção Básica, mas sim, como elemento que contribui para a ampliação da efetividade nesse nível de atenção (OMS, 1990). Outros países que abordam a atenção psicossocial em suas ações de Saúde Mental possuem estratégias próprias para viabilizar o cuidar em Saúde Mental na Atenção Básica, o equivalente à ESF no Brasil, por meio de treinamento de equipes, da disponibilidade de psicotrópicos e de atividades comunitárias, tendo como *feedback* reduções em internações e aumento na reinserção social (JORGE; DINIZ; LIMA; PENHA, 2015; SHIM; RUST, 2013).

Com isso, fica claro que a promoção das ações em Saúde Mental na atenção básica, como a UBS, é de extrema importância, para que se possa ampliar a entrada do consumidor na rede pública, ao acolhê-lo e tratá-lo em um serviço que, provavelmente, é o dispositivo de saúde mais próximo de sua residência. Ações que busquem a reflexão desse cuidado do consumidor de drogas, integrado na ESF, possibilitam o fortalecimento da Saúde Mental na Atenção Básica.

### **3 FENOMENOLOGIA: A RETOMADA DA FILOSOFIA COMO CIÊNCIA RIGOROSA**

O nascimento da fenomenologia configurou-se como uma tentativa de resgatar a idealização clássica de ciência e do estabelecimento da filosofia como ciência rigorosa ocupando-se com questões produtoras de conhecimento substitutivas ao “o que são vividos” pela “como se mostram os vividos”, porquanto para a fenomenologia o fenômeno não se constitui como objeto definido, mas como aquilo que é a partir de si mesmo (SENA, 2011).

Para satisfazer o objetivo do estudo, optamos por utilizar a abordagem fenomenológica de Maurice Merleau-Ponty, pois o objeto a ser compreendido é a percepção humana no sentido de ultrapassar os discursos objetivistas, o qual sustenta, desde de o século XVII, de que o mundo e as coisas são em si mesmas, outrora a tradição grega de conhecimento produzido na comunicação do corpo e mundo por meio dos sentidos (SENA, 2011).

Para os gregos, fazer ciência era compreender e captar a unidade dos fenômenos em que cada ocorrência se interligasse e transparecesse uma unidade, algo como o todo na parte e a parte no todo. Contudo, essa maneira de ver a ciência foi sendo substituída pelas especializações, com as partes sobrepujando o todo, em que os sentidos passaram a ser captados por instrumentos de geometria analítica ao invés de se atualizarem no corpo (SENA, 2006).

Com a construção da racionalidade moderna, possível pelo Renascimento, emergiram duas maneiras de ver a produção do conhecimento: o objetivismo de Galileu Galilei (1564-1642) e o subjetivismo de René Descartes (1596-1650). Na primeira, conhecer é representar, ou seja, o conhecimento pode ser apreendido com o auxílio de instrumentos matemáticos; enquanto na segunda, investigar como ocorre a representação ou conhecimento supera a importância de representar, pois o simples ato de representar pressupõe que há um real fora da representação, então, para Descartes, investigar o processo do conhecimento é deveras mais importante que o simples representar (SENA, 2011).

Ambas tradições percebem o conhecimento como algo com espaço definido, seja no objeto ou no sujeito. Contudo, nenhuma delas preocupa-se em compreender como o vivido se mostra à percepção. Essa preocupação só veio ser refletida a partir



do século XIX com Husserl e sua perspectiva de construção do conhecimento pela intersubjetividade.

Edmund Husserl (1850-1938), matemático e filósofo alemão, questiona a dicotomia de objetivismo e subjetivismo. Para ele, o conhecimento e a consciência do mundo estão sempre ligados a *alguém*, descartando a ideia de conhecimento centrado no objeto; quanto ao subjetivo é argumentado que ele não pode ser um mundo interior à parte, mas sim relacionado ao mundo que temos consciência (MATTHEWS, 2011).

Os fenômenos psíquicos são efetivamente intuídos pelos sujeitos, mas sempre na relação com o mundo. Para Husserl, o conhecimento está em definir as essências que, por sua vez, são reveladas na relação do homem com o mundo e com seu semelhante por meio da existência (SENA, 2011). No campo da pesquisa, seria como se um pesquisador ao realizar um estudo, carregasse consigo, de maneira irrefletida, uma experiência prévia e, ao chegar ao campo, vivenciasse uma realidade que o fará ao final do estudo outro ser com novos conceitos e apresentando a realidade como ela é, e não apenas como ela deveria ser.

A fenomenologia constitui um conhecimento relacional, que não está no sujeito (subjetivismo) ou na natureza (objetivismo). Eles existem para o *outro*, sendo uma unidade que comporta os vividos, não o conhecimento, pois esse se encontra na intersubjetividade, na busca do que as coisas são na experiência (SENA, 2006). Com a fenomenologia, Husserl torna-se base para uma geração de filósofos franceses, dentre eles Maurice Merleau-Ponty.

Merleau-Ponty (1908-1961), escritor e filósofo francês, amigo de Jean-Paul Sartre, estudou filosofia na École Normale Supérieure (ENS) onde, por meio de seus professores, teve seu primeiro contato com a fenomenologia de Edmund Husserl, tendo estudado a fundo os escritos do alemão, nos Arquivos da Universidade de Louvain, sobre a nova corrente filosófica. Além de Husserl, podemos citar, como influências do pensamento merleau-pontyano, o filósofo alemão Hegel e a psicologia das formas (Gestalt) (MATTHEWS, 2011).

O pensamento merleau-pontyano avança em relação ao de Husserl, uma vez que ele considera que não é possível chegar à essência da consciência em virtude de suas ambiguidades que a torna inapreensível, contrariando Husserl que defende a ideia que as essências se atualizam como objetividades, caracterizadas como sínteses intelectuais. Alguns pesquisadores chegam a abordar que em seus últimos

escritos Merleau-Ponty não faz mais a fenomenologia husseliana, mas uma Ontologia Fenomenológica da Experiência (MATTHEWS, 2011; MERLEAU-PONTY, 2011).

A ideia de redução fenomenológica de Husserl não deve ser tomada como uma retirada de total envolvimento com o mundo pois, adverte Merleau-Ponty, isso é impossível, já que cada um possui diferentes experiências com o mundo e que ambas só fazem sentido quando contrastadas, e só têm sentido no mundo (MATTHEWS, 2011). A redução tem que ser vista como um afrouxamento de laços que nos pendem aos objetos. Na perspectiva do filósofo francês, a fenomenologia é uma combinação de uma forma de subjetivismo com o objetivismo em busca de descrever nossa existência no mundo, daí vem a ontologia da experiência (MERLEAU-PONTY, 2011).

Alguns podem dizer que a fenomenologia nega o valor da ciência, contudo, como Merleau-Ponty expõe em suas palestras, o que está sendo atacado é o dogmatismo de uma ciência que acha possível obter um conhecimento absoluto (MERLEAU-PONTY, 2011). Quanto a ciência, a fenomenologia não busca questionar a seriedade dessa, mas nos fazer pensar que há um mundo real além da moldura científica clássica com questões importantes e percepções que estendem o alcance da visão de mundo científica (MATTHEWS, 2011).

As noções formuladas pelo filósofo foram fundamentais para a construção de importantes pensamentos políticos-metodológicos, inclusive no Brasil. O método de alfabetização de Paulo Freire é um exemplo, a formação de hábito desenvolvida por Merleau-Ponty possibilitou ao educador a concepção de como alfabetizar adultos, especialmente àqueles de classes populares. Na área da psicologia e psicanálise, o filósofo, é visto como referência, especialmente por seus estudos na experiência da percepção do *outro* (SILVA; MÜLLER, 2015).

O tema central da fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty e a percepção humana, uma vez que sua preocupação e ocupação consistiram em descrever o modo como os fenômenos desvelam-se à experiência perceptiva que envolve dois mundos interligados: o sensível e o cultural (MERLEAU-PONTY, 2011). A dimensão do sensível satisfaz na relação, no contato com o outro, na expressão de sentimentos e compartilhamento de conhecimento, enquanto o mundo cultural engloba o simbolismo das relações sociais envolvendo reflexão e linguagem (SENA et al., 2010).

Devido ao entrelaçamento do mundo sensível com o cultural, o discurso fenomenológico em Merleau-Ponty chama a atenção para a percepção do ponto de vista de quem a vive. A maneira que o *outro* vive a percepção é ambígua, pois ele experimenta o mundo em si e, diante do julgamento social, para si, inseridos em um mundo (SENA, 2006). O filósofo rompe com as dicotomias sujeito-objeto, consciência-mundo, homem-natureza, e faz ver que a percepção acontece na relação dialógica, e reforça o conhecimento produzido na intersubjetividade.

Esta vertente do conhecimento constitui a base teórica de nosso estudo, a qual permitiu compreender que a percepção sempre se mostra em perfil e, por isto, se trata de uma experiência ambígua. Por conseguinte, entendemos que a produção do conhecimento consiste em uma vivência contínua que o configura, ao mesmo tempo, como inacabado e eterno.

## **4 CAMINHO PERCORRIDO PARA A COMPREENSÃO DAS VIVÊNCIAS**

### **4.1 NATUREZA DO ESTUDO**

Considerando que a pesquisa apresenta como tema a “Percepção dos Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família Sobre o Cuidado ao Consumidor de Drogas”, optamos por realizar um estudo de abordagem fenomenológica fundamentado no referencial teórico-filosófico de Maurice-Merleau-Ponty. A opção justifica-se pela característica do objeto de estudo, desvelar experiências perceptivas, o que envolve vivências da dimensão sensível, e escapa a qualquer tentativa de mensuração e repousa na compreensão da percepção humana, foco das obras de Merleau-Ponty.

Merleau-Ponty nos leva à reflexão de que todo conhecimento procede de uma relação, uma vez que o homem não consiste em um ser solipse, mas em um contexto de intersubjetividades (MERLEAU-PONTY, 2011). Desse modo, entendemos que foi por meio da relação dialógica com os enfermeiros da ESF que as descrições vivenciais do estudo foram produzidas; estas, se mostraram como ambiguidades e revelaram objetividades demonstradas nos resultados da pesquisa.

Considerando que, por ser produzido por meio da intersubjetividade, o conhecimento é infinito, jamais conseguiríamos chegar à sua totalidade, à verdade absoluta sobre as coisas, de modo que utilizamos estratégias metodológicas essenciais para a sistematização dos vividos e melhor compreensão destes. Neste sentido, a seguir, apresentamos a descrição dos elementos metodológicos do estudo: cenário do estudo; participantes do estudo; estratégias utilizadas para produção das descrições vivenciais (informações) e compreensão dos vividos.

### **4.2 CENÁRIO DO ESTUDO**

Cenário é definido como um recorte espacial que corresponde a um recorte teórico, em busca de satisfazer o objetivo da investigação, ao aproximar o pesquisador daquilo que se deseja conhecer (MINAYO, 2010). Os cenários que propiciaram a intersubjetividade e a produção das descrições vivenciais, denominado de dados em estudos naturalistas, foram as Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Vitória, Espírito Santo, Brasil.

O município, com a territorialização da saúde, está dividido em seis regiões, a saber: Centro, Santo Antônio, Forte São João, São Pedro, Maruípe e Continental,

com um total de vinte e nove UBS, das quais, vinte e três unidades possuem a ESF (RODRIGUES; MOREIRA, 2012; OLIVEIRA; FRECHIANI; SILVA; MACIEL, 2009; VITÓRIA, 2010).

**Figura 1.** Mapa da Regionalização de Saúde em Vitória-ES 2010-2013



Fonte: Plano Municipal de Saúde de Vitória-ES (Saúde 2010-1013)

Dentre as regiões de saúde, foram escolhidas oito UBS que compõem a região de saúde de Maruípe, todas elas com a presença da ESF (VITÓRIA, 2010). A UBS é um dos dispositivos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (Raps), que, composta por uma equipe multiprofissional, possibilita o acesso à atenção psicossocial da população em geral (BRASIL, 2011).

A escala de funcionamento dessas UBS prevê atendimento ao público de segunda a sexta-feira em regime diverso podendo chegar de 07h às 22h, de acordo com a demanda local e abrangência do serviço (VITÓRIA, 2010). Elas contam, normalmente, com uma equipe formada por enfermeiro, médico, dentista, psicólogo, assistente social, farmacêutico, técnico e/ou auxiliar de enfermagem de enfermagem, assistente administrativo, vigilante patrimonial e auxiliar de serviços gerais (VITÓRIA, 2010).

A escolha da UBS como cenário de pesquisa foi justificada pela Portaria 3.088/2011, que prevê esse dispositivo como componente da Atenção Básica em

Saúde importante para ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, conjuntamente com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), os Consultórios na Rua e os Centros de Convivências (BRASIL, 2011). Abaixo apresentamos um quadro com os dispositivos previstos na Raps presentes no município de Vitória.

**Quadro 02** – Componentes geridos pela rede municipal de atenção psicossocial de Vitória-ES

<b>Componentes</b>	<b>Dispositivos de cuidado</b>	<b>Dispositivos presentes em Vitória</b>
<b>1. Atenção Básica</b>	1.1 Unidades Básicas de Saúde	29 unidades
	1.2 Equipes de Atenção Básica para situações específicas	Inexistente
	1.2.1 Equipes de Consultório na Rua	02 equipes
	1.2.2 Equipe de Apoio aos Serviços do Componente Residencial de Caráter Transitório	Inexistente
	1.3 Centro de Convivência	Inexistente
	1.4 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf)	08 Equipes
<b>2. Atenção Psicossocial Especializada</b>	2.1 Centros de Atenção Psicossocial (Caps)	
	2.1.1 Caps I	Não se aplica
	2.1.2 Caps II	01 Centro
	2.1.3 Caps III	01 Centro
	2.1.4 CAPSad	Inexistente
	2.1.5 CAPSad III	01 Centro
	2.1.6 Caps Infantil	01 Centro

<b>3. Atenção Urgência e Emergência</b>	3.1 SAMU	01 Base do SAMU de gerência estadual
	3.2 Sala de Estabilização	Inexistente
	3.3 Pronto Atendimento (PA)	02 PAs
	3.4 Hospitais	Inexistente
	3.5 Unidades Básicas de Saúde	Vide 1.1
	3.6 Centros de Atenção Psicossocial	Vide 2.1
<b>4. Atenção Residencial de caráter transitório</b>	4.1 Unidade de Acolhimento	Inexistente
	4.2 Serviços de Atenção em Regime Residencial	Inexistente
	4.2.1 Comunidades Terapêuticas	Existem no município, porém a prefeitura não possui parceria.
<b>5. Atenção Hospitalar</b>	5.1 Enfermaria em Hospital Geral	Inexistente
	5.2 Serviço Hospitalar de Referência–Curta Permanência	Inexistente
<b>6. Estratégias de desinstitucionalização</b>	6.1 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)	01 SRT municipal 02 SRT estaduais
	6.2 Programa de Volta para Casa	Inexistente
<b>7. Reabilitação Psicossocial.</b>	7.1 Iniciativas de geração de trabalho e renda	Inexistente

Fonte: elaboração própria com base na portaria GM 3.088/11 e pesquisa de campo.

O município não possui gestão plena em saúde, com isso a gerência de unidades próprias hospitalares, inclusive as de referência, não são de responsabilidade da gestão municipal (BRASIL, 1996). As enfermarias em Hospital

Geral estão presentes apenas na Rede Estadual, assim como os contratos com as Comunidades Terapêuticas.

O critério para seleção da Região de Maruípe, com suas oito UBS, deu-se pela estrutura da ESF em todas as unidades, além da presença de dois serviços voltados ao cuidado aos consumidores de drogas, a saber: Programa de Atenção ao Alcoolista (PAA), do Hospital Cassiano Antônio Moraes (Hucam), onde são realizados atendimento ambulatorial a pessoas em consumo abusivo de álcool; e, o Caps-ad, serviço específico para o cuidado, atenção integral e continuada às pessoas em consumo de crack, álcool e outras drogas que, apesar de estar localizado no território do Forte São João, é um serviço de referência aos dispositivos presentes em Maruípe.

Com isso, partimos do pressuposto de que a presença dos dispositivos de cuidado à consumidores de drogas facilitaria a percepção da Raps pelos enfermeiros, possibilitando, aos participantes, produções de descrições vivenciais relevantes e concisas ao objetivo do estudo.

#### 4.3 APROXIMAÇÃO DO CENÁRIO DE ESTUDO

Todas as pesquisas produzidas na cidade Vitória, antes de serem realizadas o primeiro contato com o campo, devem ser submetidas para apreciação da Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde Profª Ângela Maria Campos da Silva (ETSUS-Vitória). Assim, no mês de fevereiro de 2015, foi submetido à ETSUS, mediante protocolado 9369/2015, o projeto de mestrado aprovado na banca de qualificação e no Comitê de Ética e Pesquisa da Uesb (ANEXO A) obtendo parecer favorável para execução da pesquisa emitido no dia 23 de julho de 2015 (ANEXO C) sendo condicionada à devolução dos resultados em forma de CD e/ou apresentação oral para a Secretaria Municipal de Saúde ao final da pesquisa.

Após aprovação, foi realizado a primeira etapa de entrada no cenário de pesquisa, por meio de contato com o coordenador do Comitê Gestor de Diretores das Unidades de Saúde (COGER), composto por profissionais responsáveis em administrar as UBS no município. Ao apresentar o projeto, o coordenador prontamente reservou um momento na pauta da próxima reunião do comitê, que ocorreu em uma das UBS da região de Maruípe, para que fosse compartilhada, a intenção da pesquisa, com os demais membros. Nesse encontro foi realizado a



apresentação em *PowerPoint* centrando no objetivo e metodologia a ser empregada, obtendo total apoio dos presentes para sua realização.

Com o apoio do comitê houve a divulgação do projeto nas Unidades. O momento seguinte se deu no diálogo direto com os profissionais de Enfermagem, que preenchessem os requisitos de inclusão da pesquisa, para serem convidados a participarem do estudo, tendo 100% de aceitação dos convites. Todos optaram em participarem do estudo em seu ambiente de trabalho em horário agendado.

#### 4.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo foram oito enfermeiros, um de cada unidade da ESF, da região de Maruípe, do município de Vitória-ES, sendo dois homens e seis mulheres. A opção de realizar a pesquisa com esses participantes emergiu do fato de esses profissionais se relacionarem, em seu processo de trabalho cotidiano, com pessoas que consomem drogas, devendo realizar o cuidado pensando em estratégias que envolvam não somente a UBS, mas também os diferentes dispositivos no território em questão. Sendo assim, faz-se de grande importância escutar esses profissionais acerca da sua percepção em relação ao consumo de drogas.

Estabelecemos como critério de inclusão dos participantes: ser enfermeiro da ESF e trabalhar há, pelo menos, seis meses na UBS, ao considerar que esse constitui um intervalo de tempo suficiente para que o profissional adquira vínculo com os usuários do serviço ou conhecimento mínimo do território.

#### 4.5 ESTRATÉGIA UTILIZADA PARA A PRODUÇÃO DAS DESCRIÇÕES VIVENCIAIS

A estratégia utilizada para a produção descrições vivenciais (informações) foi a entrevista fenomenológica, modalidade de entrevista que procura promover uma abertura à escuta e à construção da confiança, tão necessária para o desvelamento do vivido pelo ser humano por meio de um movimento de compreensão (SANTOS et al., 2014). O pesquisador deve atentar-se aos diversos modos de mostrar-se do entrevistado, às linguagens verbal e não verbal (PAULA et al., 2014).

As questões utilizadas para nortear o estudo foram as seguintes: Fale como você vê a questão do consumo de drogas no município de Vitória-ES.

Fale como você vê o consumidor de drogas e suas necessidades. Discorra sobre o papel da Unidade Básica de Saúde no contexto do cuidado. Discuta sobre as potencialidades e limitações em cuidar de uma pessoa que consome drogas. Fale o que o enfermeiro pode realizar para produzir cuidado às pessoas que consomem drogas nas Unidades de Saúde, tanto individualmente quanto em equipe.

As entrevistas foram realizadas no primeiro semestre de 2015, com duração média de 25 minutos cada; todas foram gravadas, com o consentimento prévio do entrevistado. As descrições vivenciais produzidas foram transcritas e submetidas à técnica *Analítica da Ambiguidade*, que possibilita a compreensão de achados de estudos fenomenológicos ou outras abordagens qualitativas cujo foco seja a percepção humana (SENA et al., 2010).

#### 4.6 ESTRATÉGIA UTILIZADA PARA A COMPREENSÃO DOS VÍVIDOS

Para a análise das descrições vivenciais produzidas foi utilizada a técnica *Analítica da Ambiguidade*, desenvolvida por Sena (2006), com base na teoria da intersubjetividade de Maurice Merleau-Ponty (2011), técnica a partir da qual se busca encontrar no texto o sentido essencial subjacente, suspendendo as teses de que as coisas já são em si mesmas (SENA, 2006; SENNA et al., 2010).

Ao utilizar essa técnica, enquanto líamos as descrições vivências presentes nas transcrições, fomos arrebatados por um sentimento que nos era próprio e nos prendia, ao nos deparar com um olhar que interrompeu nossa trajetória perceptiva, transportando-nos a um mundo que nos era estranho, mas ao mesmo tempo familiar. Nesse momento, nos esforçamos para trazer o que era irrefletido à reflexão e articulá-lo a um pensamento, sendo, finalmente, lançado ao exterior como um objeto percebido (SENA, 2006).

A fenomenologia merleau-pontyana considera que as vivências são experiências perceptivas dinâmicas e contraem as ambiguidades de quem a vive em um campo fenomenal, permitindo o entrelaçamento entre sentimento e reflexão. Em decorrência dessas características, as vivências não podem ser explicadas, pois são experiências perceptivas – ou seja, só podem ser explicadas do ponto de vista de quem as vive (SENA et al., 2010, 2011). Assim, nesse estudo, de abordagem fenomenológica, utilizamos a *analítica da ambiguidade* para buscar compreender as vivências, e, não, para explicá-las.

Para trazer o irrefletido à reflexão, pela *Analítica da Ambiguidade* e consequente categorização, utilizamos o seguinte roteiro: transcrição das gravações das entrevistas, na íntegra; organização das transcrições em forma de textos; realização de leituras exaustivas das transcrições, buscando compreender e descrever as vivências e identificar as ambiguidades expressas a partir da fala e; efetivação das objetivações, passagem do pólo pré-reflexivo ao reflexivo (CARVALHO, 2010; SENA *et al*, 2006, 2010).

Com a *Analítica da Ambiguidade*, a análise das transcrições torna-se cuidadosa e permite transparecer as vivências e as ambiguidades com as quais os participantes se identificam como corpo próprio (SENA, 2006). Essa ação pode ser comparada a uma pessoa que admira uma paisagem, na qual, para se perceber uma figura, faz-se necessário olhar o contorno desta em específico, fechando, consequentemente, o olhar às demais formas do fundo (SENA *et al.*, 2010).

#### 4.7 ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO

Esta pesquisa constitui-se em um subprojeto que foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Uesb, como emenda de um projeto maior, intitulado *Produção de cuidado na rede de atenção à saúde mental na perspectiva da prevenção e enfrentamento da dependência de crack, álcool e outras drogas*, sob protocolo nº 111/2011 e CAAE: 0088.0.454.000-11.

O estudo atendeu ao disposto na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, no que se refere à pesquisa com seres humanos. Sendo assim, antes de realizar as entrevistas, apresentamos aos participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), elaborado com uma linguagem clara e objetiva, de modo a deixar claro como a pesquisa seria realizada, sua justificativa, o objetivo proposto, os possíveis benefícios, finalidade, o direito de recusa em participar ou de se retirar do estudo a qualquer momento, a confidencialidade das informações e o anonimato das identidades dos (as) participantes. Para melhor entendimento, lemos o TCLE entrevista, esclarecemos as dúvidas e, logo após, iniciamos as entrevistas.

Para manter o anonimato dos participantes, utilizamos nomes de pintores da Arte Moderna que corresponde o período do final do século XIX até a metade do século XX e envolve estilos como o cubismo e o futurismo, entre estes Cézanne,

que é conhecido como “Pai da arte moderna”. Além de Paul Cézanne, foram utilizados codinomes dos seguintes pintores da arte moderna: Émile Bernard, Eugène Boch, Henri Matisse, Pablo Picasso, Georges Braque, Vincent Van Gogh e Juan Gris. Todos influenciados pelo movimento da arte moderna.

Para Merleau-Ponty, os pintores desse movimento faziam o mesmo tipo de trabalho que os fenomenologistas, pois a pintura comunica aos outros a experiência subjetiva do pintor (MATTHEWS, 2010).

## 5. A PERCEPÇÃO HUMANA NO CUIDADO AO OUTRO

Apresentamos nessa seção os resultados e as discussões do estudo em forma de dois manuscritos, conforme as normas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, para obtenção do título de mestre. Ambos manuscritos estão formatados segundo as normas das revistas científicas selecionadas para submissão e foram produzidos respeitando o objetivo do estudo: compreender como os enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família percebem o cuidado aos consumidores de drogas nas Unidades Básicas de Saúde.

Neste sentido, o primeiro manuscrito intitulado de *A percepção do outro e o diálogo para o cuidado ao consumidor de drogas* aborda o descuido em Saúde Mental quando se estabelece uma relação de vítima e culpado entre profissional e consumidor de drogas. O segundo manuscrito, com o tema *O impacto da percepção humana no cuidado ao consumidor de drogas*, debate o medo intrínseco no cuidado ao consumidor de drogas como desafio inclusão desse grupo nas Unidades Básicas de Saúde.

## 5.1 MANUSCRITO 1: RESPONSABILIZAÇÃO SOBRE O CUIDADO AO CONSUMIDOR DE DROGAS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: ESTUDO FENOMENOLÓGICO

Este manuscrito será submetido à Revista Eletrônica de Enfermagem e seguiu as instruções para autores, disponíveis no link: <<https://www.fen.ufg.br/revista/docs/normas.html>> acessado em junho de 2016.

**RESPONSABILIZAÇÃO SOBRE O CUIDADO AO CONSUMIDOR DE DROGAS  
NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: ESTUDO FENOMENOLÓGICO**

**Lucas Queiroz Subrinho.** Enfermeiro. Acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, nível Mestrado, pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB. Jequié (BA), Brasil. e-mail: lucas.q.subrinho@gmail.com.

Endereço: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde. Avenida Moreira Sobrinho, s/n, Jequiezinho. Jequié/BA. CEP: 45.206-190. e-mail: lucas.q.subrinho@gmail.com.

**Edite Lago da Silva Sena.** Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professora Titular da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB e docente do quadro permanente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da UESB. Jequié (BA), Brasil. e-mail: editelago@gmail.com.

**Contribuições individuais de cada autor**

Lucas Queiroz Subrinho: Participou da concepção e do planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica.

Edite Lago da Silva Sena: Participou da concepção e do planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica.

## RESUMO

O estudo objetiva compreender como os Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família percebem o cuidado aos consumidores de drogas nas Unidades Básicas de Saúde. Fundamenta-se na fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty e foi realizado na cidade de Vitória (ES), Brasil. A produção das descrições vivenciais ocorreu em 2015 com a participação de oito enfermeiros, mediante entrevista fenomenológica. As descrições foram submetidas à técnica Analítica da Ambiguidade, que permitiu estabelecer a categoria: *relação de vítima e culpado e o (des)cuidado ao consumidor de drogas*. Compreendemos o consumo de drogas como fenômeno complexo que necessita da criação de vínculo entre profissional e consumidor para que haja cuidado efetivo. É necessário o fortalecimento de práticas que visem à autonomia e ao empoderamento, em substituição àquelas sedimentadas na perspectiva moralista, para alcançar a corresponsabilização pelo cuidado aos sujeitos na rede de atenção psicossocial.

**Descritores:** Cuidados de Enfermagem; Saúde Mental; Desinstitucionalização; Filosofia em Enfermagem

## ABSTRACT

The study aims to understand how the nurses of the Family's Health Strategy comprehend the care with drug users at the Health's Basic Units. It is substantiated in Maurice Merleau-Ponty's phenomenology; accomplished in Vitória (ES), Brazil. The experience's production happened in 2015 with participation of eight nurses, by using a phenomenological interview. The descriptions of the lived experiences were submitted to the Ambiguity Analysis method, enabling the perception of the categorie: *victim and guilty relation and the careless with the drug users*. Understood the use of drugs as a complex phenomenon that requires creation of a link between professionals and consumers in order to establish an effective attention. It's necessary to fortify the new practices that seek autonomy and empowerment, replacing the ones sedimented in a moralistic perspective, for achieving the co-responsibilization for the subject's care on the attention's psychosocial net.

**Keywords:** Nursing Care. Mental Health. Deinstitutionalization. Philosophy, Nursing.



## INTRODUÇÃO

O presente modelo de atenção à saúde, conquistado por meio de movimentos como o da Reforma Sanitária e o da Reforma Psiquiátrica, nasceu no meio acadêmico na década de 1970 e levou à reformulação na maneira de se pensar a prevenção, a promoção, a reabilitação e a participação social no campo da saúde, especificamente na atenção básica e na saúde mental, como vemos nas leis 8.080/90, 8.142/91 e 10.216/02<sup>(1)</sup>.

Na saúde mental, essas conquistas levaram ao processo de desinstitucionalização da pessoa com transtorno mental e dos consumidores de drogas<sup>(2)</sup>. Por meios de propostas substitutivas, o hospital psiquiátrico cedeu espaço aos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad), às Unidades Básicas de Saúde (UBS), às Residências Terapêuticas, entre outros serviços<sup>(3)</sup>.

Esses dispositivos foram idealizados para se criarem espaços que possibilitassem aos profissionais e usuários dos serviços de saúde a vivência de uma nova maneira de cuidar no campo da saúde mental, pautada na superação do paradigma marcado pela segregação e estigmatização, que ocasionava a invisibilidade do consumidor de drogas na sociedade e o seu descuido nos dispositivos de saúde.

Com a portaria 3.088/11, a UBS obteve destaque entre os dispositivos de cuidado integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), uma vez que se tornou uma extensão das ações em saúde mental na busca por substituir o modelo asilar e operar na lógica teórica e prática de reabilitação psicossocial já realizada pelo CAPSad, na perspectiva da promoção da cidadania, autonomia e interação social dos consumidores de drogas<sup>(4-5)</sup>. Contudo, a restituição da cidadania é um desafio em nosso país, pois requer mudança em toda a abordagem que envolve profissionais, comunidade e consumidores de drogas e suas famílias para retirar o foco da droga<sup>(5)</sup>.

Percebemos que a segregação e a estigmatização, que ainda se perpetuam em nossa sociedade, são fomentadores do descuido no campo da atenção à saúde relativo ao consumo de drogas, em que o profissional vivencia experiências que impõem sentimentos ambíguos, classificados como "bons" ou "ruins", que refletem diretamente no cuidado ao usuário dos serviços, no caso deste estudo, o consumidor de drogas. Porque o cuidado implica dedicar-se ao outro, ao compreender suas demandas e seus sofrimentos, tem-se uma atitude de responsabilização<sup>(6-7)</sup>.

No contexto das UBS, o cuidado é a ação central da Enfermagem, cujos profissionais constituem peças-chave dessas unidades. Eles têm como foco principal contribuir para que os usuários sejam capazes de desenvolver o cuidado de si, maneira do próprio ser estruturar-se e dar-se a conhecer<sup>(8)</sup>. O exercício da Enfermagem é de auxiliar na busca desse autocuidado<sup>(5)</sup>, todavia, vemos que, no fenômeno consumo de

drogas, sentimentos ambíguos podem dificultar o ir e vir do cuidado nas relações entre profissional e consumidores.

Considerando que o Enfermeiro tem o cuidado como essência e prioridade em sua formação e em suas ações técnicas e gerenciais<sup>(8-9)</sup>, e que esse cuidado deve se estender, de forma igualitária, a todas as pessoas, o presente estudo teve o objetivo de compreender como os enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família (ESF) percebem o cuidado aos consumidores de drogas nas UBS.

Como se trata de um estudo acerca da percepção humana, julgamos procedente fundamentá-lo em um referencial teórico-filosófico que permite compreender a produção vivencial resultante do encontro intersubjetivo entre o pesquisador e os participantes da pesquisa, o que envolve o entrelaçamento de experiências perceptivas. Para tanto, optamos pela abordagem fenomenológica de Maurice Merleau-Ponty, que consiste em uma nova maneira de empreender investigações científicas distintas das perspectivas naturalistas, que visam à explicação factual. A perspectiva merleau-pontyana visa à descrição dos fenômenos tais quais se mostram à percepção<sup>(10-11)</sup>.

Deste modo, o estudo fenomenológico abriu-nos possibilidade para perceber a complexidade que entorna o fenômeno consumo de drogas, tanto no cuidado quanto na relação do consumidor com a droga. Com este olhar, buscamos compreender as descrições vivenciais produzidas com os participantes do estudo da forma como se desvelaram à nossa percepção, diferentemente dos estudos naturalistas, que buscam a objetividade e a explicação dos fatos como coisas que já são em si mesmas.

Considerando a complexidade que entorna o fenômeno consumo de drogas, acreditamos ter sido fundamental a realização deste estudo de natureza fenomenológica, uma vez que permitiu compreender, de forma aprofundada, as descrições dos participantes, fornecendo informações vivenciais relevantes ao planejamento e à produção de cuidados, tanto na perspectiva promocional da saúde, quanto no que refere à redução de danos, por meio de medidas psicossociais.

Embora o estudo tenha sido realizado com Enfermeiros, profissionais que atuam no cotidiano da ESF em articulação com uma equipe multiprofissional, percebemos que os resultados do estudo não dizem respeito apenas às práticas de Enfermagem, tampouco só podem ser aplicadas na realidade da UBS; de fato, os achados deste estudo ampliam-se a todos os profissionais que no seu dia a dia têm contato com pessoas que consomem drogas de forma habitual.

## **METODOLOGIA**

O estudo segue a abordagem fenomenológica, na perspectiva de Maurice Merleau-Ponty, que, fundamentado em Edmund Husserl, desenvolveu seu pensamento sob a

orientação de que a produção do conhecimento acontece na experiência dialógica e intersubjetiva. Maurice Merleau-Ponty ocupou-se, primordialmente, em estudar a percepção humana, compreendendo-a a partir do ponto de vista de quem a vive<sup>(10)</sup>.

O estudo foi realizado nas UBS da cidade de Vitória, Espírito Santo, Brasil, em oito unidades que compõem uma das região de saúde do município, todas elas com a presença da ESF<sup>(12)</sup>. A UBS é um dos dispositivos que forma a Raps, que, composta por uma equipe multiprofissional, possibilita o acesso à atenção psicossocial da população em geral<sup>(4)</sup>.

Participaram da pesquisa oito enfermeiros, um de cada unidade de saúde, sendo dois homens e seis mulheres. A aproximação foi possível com o apoio da Escola Técnica e Formação de Saúde (ETSUS) de Vitória-ES, e do Comitê Gestor de Diretores das Unidades de Saúde (Coger), para os quais foram apresentadas a proposta de pesquisa e a metodologia a ser empregada, para que fosse avaliada a viabilidade de execução, a fim de que pudessemos solicitar a adesão dos profissionais da UBS.

Após esse momento, foi feito o contato direto com as Unidades e selecionado um profissional Enfermeiro que expressasse interesse em participar da pesquisa e tivesse disponibilidade. Na oportunidade, esclarecíamos as dúvidas sobre o estudo e agendávamos um momento para a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a realização da pesquisa.

Optamos pela entrevista fenomenológica, com cinco questões norteadoras, como técnica para produzir as descrições vivenciais, pois a entendemos como uma técnica que possibilita a interação entre o participante e o pesquisador, ao favorecer que esse último relacione timbre de voz, expressão facial e falas do participante ao externar suas vivências sobre o tema, o que facilita, na fase da análise, a suspensão de ideia e conceitos sustentados como verdades que, nos estudos fenomenológicos, são chamadas de teses, e buscamos identificar expressões ambíguas que sempre se mostram nas descrições vivenciais, como característica própria da percepção humana.

As entrevistas foram realizadas no primeiro semestre de 2015, com duração média de 25 minutos cada. As cinco questões norteadoras utilizadas foram: Fale como você vê a questão do consumo de drogas no município de Vitória-ES; Fale como você vê o consumidor de drogas e suas necessidades; Discorra sobre o papel da unidade de saúde no contexto do cuidado; Discuta sobre as potencialidades e limitações em cuidar de um consumidor de drogas; Fale o que o enfermeiro pode realizar para produzir cuidado ao consumidor de drogas nas Unidades de Saúde, tanto individualmente quanto em equipe.

Posteriormente, as descrições vivenciais produzidas foram submetidas à técnica *Análítica da Ambiguidade*, que busca organizar os dados empíricos com base na teoria da intersubjetividade humana de Merleau-Ponty. Este considera que vivências são

experiências complexas e dinâmicas da percepção humana, e contraem as ambiguidades que entrelaçam o sentimento e a reflexão<sup>(10)</sup>.

O pesquisador, ao utilizar a *Analítica da Ambiguidade*, traz o irrefletido à reflexão e o articula em um pensamento, exteriorizando-o como um objeto percebido<sup>(13)</sup>. No presente estudo foram constatadas as seguintes teses: ***falta de capacitação para cuidar do consumidor de drogas na atenção básica e consumidor de drogas como resistente às ações de saúde.***

Para trazer o irrefletido à reflexão, foi necessário: organizar as transcrições em forma de textos; realizar leituras exaustivas dos textos, buscando compreender e descrever os fenômenos que se desvelaram, e identificar as ambiguidades expressas nas falas; efetivar as objetivações, passagem do polo pré-reflexivo ao reflexivo<sup>(13-14)</sup>.

Para manter o anonimato dos participantes, seus nomes foram substituídos por pintores da arte moderna, que corresponde ao período do final do século XIX até a metade do século XX e envolve estilos como o cubismo e o futurismo, tendo Paul Cézanne como o "Pai da arte moderna". Para Merleau-Ponty, amante da pintura, os pintores desse movimento faziam o mesmo tipo de trabalho que o fenomenologista, pois a pintura comunica aos outros a experiência subjetiva do pintor, assim como a fenomenologia busca a essência das coisas<sup>(11)</sup>.

O estudo atende ao disposto na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde no que refere à pesquisa com seres humanos e conta com a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, protocolo nº **111/2011** e CAAE: 0088.0.454.000-11.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Com base na fenomenologia da percepção de Maurice Merleau-Ponty, que fundamenta a *Analítica da Ambiguidade*, buscamos compreender as descrições vivenciais dos participantes acerca da produção do cuidado no contexto do consumo de drogas. À semelhança da observação de uma imagem de ilusão ótica, que conduz a um olhar figura-fundo, a leitura minuciosa das descrições permitiu-nos perceber elementos que apontam para uma possível resposta à questão fundamental da pesquisa: como os enfermeiros da ESF percebem o cuidado aos consumidores de drogas nas UBS?

Assim, o olhar figura-fundo conduziu-nos à reflexão de que cuidado em foco pode estar ocorrendo no contexto de uma relação que envolve vítimas (trabalhadores de saúde que atuam nas UBS) e culpados (aqueles que consomem drogas habitualmente), a exemplo do que aparece na descrição de uma participante, referindo-se ao usuário como: *Um paciente muito difícil de se trabalhar, pois, mesmo ficando na internação, ele sai ótimo, na outra semana ele volta acabado, destruído, como se aquele período que ele passou lá não resolvesse de nada, então, assim, ele é um paciente que você trabalha e*

*não vê retorno [...] Para fazer educação em saúde é meio difícil, pois eles praticamente não aderem, antigamente existia uma melhor adesão, hoje em dia eles não aderem, é mais difícil (Bernard).*

Esse discurso nos remete à tese, propagada socialmente, de que o consumidor de drogas é uma pessoa problemática e de difícil adesão ao tratamento, o que, a nosso ver, constitui barreira à produção do cuidado. A tese consiste em um discurso que se sustenta como verdade, uma convicção. Ora, se toda convicção implica uma prisão, há o risco de os trabalhadores de saúde não vislumbrarem possibilidades de cuidado e, por conseguinte, não investirem na criação de estratégias para a sua efetivação.

Neste sentido, os trabalhadores de saúde podem manter-se, irrefletidamente, imersos no universo naturalizado da culpabilização, tendo como consequência o (des)cuidado. Ou seja, reconhecem a necessidade de cuidado do usuário, afirmam trabalhar para fazê-lo acontecer, porém, ao perceberem este usuário como não responsivo à produção do cuidado (“não vê retorno”), podem caracterizá-lo como culpado pelo insucesso do tratamento. Assim, os trabalhadores ocupariam, talvez, o lugar da vítima.

Compreendemos que o julgamento de culpado ou de vítima no fenômeno consumo de drogas pode ser uma antecipação, sob influência do mundo cultural, da percepção da figura (consumidor) pelo observador (profissional)<sup>(15)</sup>. Contudo, essa antecipação pode ameaçar o cuidado em Saúde Mental ao fortalecer estigmas sociais, como o da abordagem ao consumidor de drogas sem retornos positivos.

No contexto da abordagem merleau-pontyana, o ser humano opera em dois domínios: o reflexivo (pensar) e o irrefletido (sentir). A nosso ver, as atitudes de vitimização e culpabilização podem ocorrer em ambos os domínios, o que não nos torna competentes para fazer juízo e situá-las no plano racional ou irracional<sup>(10)</sup>.

Classificar um ato ou pessoa nessa dualidade depende da perspectiva a que se é observada. Só é possível compreender o sentido das coisas quando percebemos a nossa invasão sobre o outro e a do outro sobre nós<sup>(15)</sup>. O que cabe a nós, na perspectiva fenomenológica, é notar as ambiguidades inerentes à percepção humana, mediante a intersubjetividade com os participantes do estudo, tanto pela relação dialógica no processo de entrevista, como pela leitura primorosa das descrições construídas com eles.

Em outra perspectiva, um participante destaca a necessidade de compreender o fenômeno do consumo de drogas como algo complexo: *Eu vejo um sujeito complexo, que tem particularidades, que tenho que entender e respeitar o sofrimento além de apoiá-lo (Matisse)*. Vemos que, dentre as particularidades do cuidar do consumidor de drogas, o profissional poderá presenciar reações inesperadas ao tratamento, tais como a permanência do consumo, o absenteísmo e as recaídas. A ocorrência desses perfis pode

reforçar o argumento de que o tratamento é falho e sem retornos, como foi pontuado por **Bernard**.

Para compreender os comportamentos inesperados e desconstruir a relação de vítima e culpado, é necessário que o Enfermeiro perceba que todo *outro* pode tornar-se *um outro eu mesmo*, como defende Merleau-Ponty, uma vez que somos círculos *quase* concêntricos e, como tal, há uma pequena diferença que nos faz singulares<sup>(15)</sup>. A coexistência entre o “nós” é o que possibilita compreendermos melhor o outro. Em outras palavras, enquanto o profissional não vê o igual existente entre ele e o usuário – ser humano, dotado de sentimentos e pertencente a um meio sociocultural –, estará mais sucessível à dualidade da tese suspensa para contornar as dificuldades em lidar com a questão abordada neste estudo. Ou seja, continuará focando na abstinência<sup>(16)</sup>.

A espera do profissional pela abstinência é um dos desejos expressos no tratamento baseado no moralismo, em que o sujeito é o único responsável por seus problemas sociais, seu desenvolvimento na dependência e seu comportamento violento, e, caso ocorra a recaída, ele se torna o culpado<sup>(17,18)</sup>. Observamos a confirmação do discurso moral quando o participante diz: *Eu acho que é o próprio paciente aceitar que é usuário e que precisa se tratar; a partir desse momento ele vai levar o tratamento mais a sério (Picasso)*. Na fala, ele atribui o insucesso do cuidado à atitude do usuário em não admitir que consome a droga de forma habitual e que necessita de cuidados. A nosso ver, confirma-se a relação vítima e culpado no contexto do cuidado, sendo, nesse caso, o usuário culpado pelo insucesso no tratamento, devido à falta de vontade em, realmente, abster-se da droga.

A persistência na abstinência pode trazer um comportamento de desconfiança, caracterizado por um vínculo enfraquecido entre profissional e usuário. Arriscamo-nos a dizer que o simples fato de se ter conhecimento de que o sujeito faz consumo habitual de drogas consideradas ilícitas já cria uma barreira que favorece o distanciamento, como exposto na descrição a seguir: *Eu acho que os usuários de drogas, só por serem usuários, já são meio que tachados, então, às vezes, quando eles chegam na unidade de saúde, os profissionais já ficam meio com pé atrás, mas eu acho que a necessidade dele vai além da necessidade física (Bernard)*.

A barreira parece ser em relação à droga em si, e essa visão do profissional pode ser tão objetificada a ponto de dificultar que ele perceba o usuário como sujeito social inserido em um mundo comum. O vínculo entre o profissional e o usuário do serviço, que seria estabelecido sem que ambos tivessem que decidir, não se materializa.

Quando o centro do cuidado é o usuário, como sujeito social, e não o “drogado”, o “dependente químico”, isto favorece o estabelecimento do vínculo e o entrelaçamento com ele. Como exemplo prático, Merleau-Ponty nos descreve, na obra *A Prosa do Mundo*, o episódio de um homem dormindo ao ar livre que, ao despertar, recolhe seu chapéu do

chão para proteger-se do sol. Com o realizar do movimento, ao observá-lo percebe que ele e seu chapéu constituem círculos *quase* concêntricos, uma vez que seu sol é também dele, e que ele (o chapéu) sente o seu calor, assim como ele (o homem) sente<sup>(15)</sup>. Assim, o filósofo destaca o entrelaçamento entre o homem, seu semelhante e as demais criaturas, o que deve ser reconhecido na experiência do cuidado, independentemente do tipo de sofrimento que se pretende aliviar.

O profissional, ao persistir no discurso da moral, terá maior dificuldade em estabelecer esse vínculo, justamente, por não perceber o seu mundo igual ao daquele usuário que vivencia o consumo habitual de drogas, o que o priva, no exemplo citado anteriormente, de sentir alívio à fadiga pela simples ação do semelhante em se equipar com um chapéu frente ao sol quente ou do outro se sentir cuidado por uma simples escuta qualificada.

O discurso moral é baseado no Movimento de Temperança para a Guerra às Drogas, presente nos Estados Unidos da América (EUA). Nele, o consumidor de drogas tem como única opção dizer “não às drogas” para iniciar o tratamento. Em contraste, temos o Modelo da Atenção Psicossocial, no qual o sujeito não é o único responsável por sua relação com a droga, já que fatores biológicos, psicológicos e sociais devem ser considerados e avaliados na relação, e a recaída é um erro aceitável no itinerário terapêutico<sup>(18)</sup>.

Um serviço que funciona segundo a lógica moralista transforma o consumidor em vítima. Considera que ele adia a procura de ajuda técnica devido ao medo de ser denunciado à polícia ou ao estigma por parte dos profissionais, conforme desvelado na descrição de **Bernard**. Uma abordagem que garanta o diálogo, como a psicossocial, é primordial, pois possibilita a experiência intersubjetiva entre profissional e usuário e, com isto, experiência do outro eu mesmo (transcendência)<sup>(15)</sup>.

A abordagem psicossocial inspira a atuação com a estratégia de Redução de Danos (RD). Com seu início na Holanda de 1960, para controlar a epidemia do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), a estratégia busca respeitar a autonomia do sujeito e tem como principal objetivo reduzir os danos que a droga pode vir a causar à saúde dele<sup>(19-20)</sup>. A concepção de autonomia aqui se refere ao respeito à singularidade de cada ser e não apenas ao permitir ao outro seguir o que achar melhor para si<sup>(21)</sup>.

Compreendemos que a RD consiste em uma nova perspectiva de cuidado com o consumidor de drogas, irrestrita à abstinência. Experiências como a holandesa são replicadas ao longo dos anos pelo mundo, com o mesmo sucesso, a exemplo do Canadá e da China<sup>(19,22)</sup>.

Não obstante os benefícios evidenciados com a aplicação da estratégia de RD, além do reconhecimento do direito de todo usuário de acesso aos cuidados de saúde, o estudo revelou a preocupação dos participantes quanto ao seu preparo para o atendimento,

conforme podemos observar na descrição seguinte: *Eu vejo o usuário de drogas como uma pessoa que necessita de atendimento em geral, do cuidado com sua saúde em geral como outros. Porém, não me sinto preparada para atender especificamente a uma queixa nesse sentido* (consumo de drogas) **(Braque)**.

Nesta perspectiva, entendemos que, se não há um cuidado prestado, existe um descuido. Os profissionais possuem conhecimento da demanda, porém, por diversos motivos, indagam-se sobre seu preparo para o cuidado e apresentam discursos como: trata-se de usuário resistente às ações, o tratamento é falho, não há capacitação específica para cuidar de forma adequada. Profissionais preparados com habilidades teórico-práticas para lidar com o fenômeno foi uma das dificuldades apresentadas por estudos anteriores<sup>(23)</sup>, e entendemos que esse preparo é essencial para um cuidado com qualidade.

Contudo, contrastamos as justificativas com a fala de um dos próprios participantes, que argumenta sobre o dever do profissional de mostrar-se *sensível à existência daqueles* [consumidores de drogas] *que têm a necessidade de uma intervenção, não só no uso da droga, mas de uma abordagem mais intensiva. Embora alguns vivam muito bem com o consumo dessa substância, com uma vida cotidiana normal, um processo perfeito, complexo junto com suas famílias, com sua vida secundária* **(Matisse)**.

Para o Enfermeiro produzir o cuidado ao usuário em questão, é importante o domínio do conhecimento teórico sobre o tema droga, todavia, vemos com maior valor a sua percepção de saúde, que considere o cuidado humano sob a perspectiva da integralidade. Em relação aos danos ao organismo decorrentes dos efeitos de drogas, que o usuário seja atendido como um semelhante que está vivenciando uma situação de sofrimento e necessita de ajuda. E essa ajuda deve ser proporcionada respeitando a autonomia, a dignidade e a singularidade da pessoa.

Entendemos que, caso o profissional não esteja capacitado para abordar de forma aprofundada sobre o consumo de drogas, seja por uma singularidade do consumidor em não ver a droga como uma doença, ou por não ter um aporte teórico-prático proveniente de qualificação, ele poderá desenvolver o cuidado às outras necessidades do usuário. O que não é admissível é abster-se do cuidado culpando o outro ou justificando-se.

Ao desenvolver essa prática, consoante a estratégia de RD, o profissional estará apto a perceber a singularidade do outro como essência para a compreensão e o exercício do cuidado. Abordamos no estudo a desconstrução de que todo consumidor de drogas é incapaz de participar das escolhas de seu tratamento, pois isso é desrespeitar a singularidade presente em cada um, em razão de, apesar de sermos regidos pelas mesmíssimas leis da física e da química, apresentamos comportamentos diversos<sup>(10)</sup>.



O filósofo e médico francês Georges Canguilhem defende que comportamentos diversos existem pois a vida não pode ser deduzida somente a partir de leis físicas e químicas, sendo necessário partir do próprio vivente para possibilitar a compreensão sob uma ótica subjetiva, permeada pela história singular de cada indivíduo<sup>(21)</sup>. O pensamento converge com Merleau-Ponty, que vai além ao considerar a intersubjetividade, uma relação entre o mundo, o outro e o si mesmo, que possibilita uma unidade própria de experiência<sup>(10)</sup>.

Nenhum de nós vive uma existência inteiramente solitária, mesmo com o desejo de se isolar, dependemos do reconhecimento da realidade de outras pessoas, pois somos ser-no-mundo e como tal fazemos conexão com tudo a nossa volta<sup>(11)</sup>. Para compreender o consumo de drogas, deve-se levar em consideração a relação com os seres e as emoções envolvidas, pois o consumo de algo é sempre feito por alguém. Com isso, o enfermeiro precisa, primeiramente, compreender esse ser-no-mundo, em vez de acreditar que o cuidado é possível apenas após uma capacitação.

A fenomenologia defende que o comportamento humano não precisa, necessariamente, de explicações físicas ou químicas para ser compreendido<sup>(11)</sup>. Para compreender por que alguém chora, não basta descrever mecanismos cerebrais desencadeados por reações, tais descrições não nos apresentam com a devida clareza a diferença entre chorar de alegria ou de tristeza. É necessário avaliar as emoções e a situação presente, já que o mundo em que me vejo é um composto de objetos e cultura<sup>(10)</sup>.

Entendemos que o consumo de drogas implica outras necessidades, como desvelou **Bernard**, pois é uma prática em que a pessoa não desenvolve apenas uma relação com a droga, tampouco somente consigo mesmo. Reações químicas da droga podem ignorar a natureza intencional do consumo, como um motor de um carro que explica o movimento dele, mas não a direção que o veículo tomará<sup>(10-11)</sup>.

De fato, se o profissional deseja ter um consumidor de drogas mais ativo e aderente ao tratamento, é necessário que ele compreenda o fenômeno e promova a mudança de comportamento nos diversos níveis de cuidado com a utilização de técnicas e habilidades interpessoais<sup>(17)</sup>. Entendemos que não deve existir uma relação de rivalidade entre duas pessoas, tal como o culpado e a vítima, mas uma relação entre seres por meio da fala e escuta<sup>(16)</sup>.

O profissional na *práxis* não deve se restringir à abordagem sobre o consumo, mas sim aprimorar as relações para compreender as singularidades envolvidas no fenômeno da droga. Essa compreensão implica sermos capazes de compartilhar algo com o outro que estamos tentando compreender; em outras palavras, exige sermos capazes de ver o mundo do ponto de vista do usuário como vemos o homem utilizando o chapéu para se proteger do sol<sup>(10)</sup>. Algo que só é possível com a atenção psicossocial.

Nesse contexto, o enfermeiro deve realizar o cuidado, ao mesmo tempo, de forma individual e coletiva, como já é praticado nas diversas fases de vida humana, a exemplo do acompanhamento pré-natal ou do crescimento e desenvolvimento da criança<sup>(24)</sup>. Como cuidados, incluímos a Consulta de Enfermagem, as visitas domiciliares, os grupos de apoio, as ações educativas e, até mesmo, simples procedimentos, como a troca de um curativo. Todas as ações sempre com foco no cuidado integral, em que a institucionalização e o tratamento moralista não tenham lugar.

Com o novo paradigma de assistência, o foco deixou de ser a droga e reconfigurou-se no sujeito-social, contudo, assim como ocorre no cuidado da pessoa com transtorno mental, este novo panorama é um desafio para os profissionais, pois implica transformar saberes e reorganizar bases teóricas e práticas na assistência; inventar novos instrumentos para produzir saúde<sup>(25)</sup>.

Nas descrições vivenciais, conseguimos perceber como essa assistência poderia ser desenvolvida, como a seguir: *Ela [consumidor de drogas] irá cuidar das questões gerais de saúde geral, até mesmo no agendamento de consultas. Ofertar o cuidado e analisar quais são as necessidades dessas pessoas. Periodicamente ser acompanhada por, pelo menos, um dos profissionais da equipe de saúde da família para manter o vínculo com o serviço (Braque).*

Assim, a nosso ver, o enfermeiro que atua na ESF deve conhecer a população e trabalhar sempre em equipe multiprofissional. A melhor ferramenta para se conhecer e, a partir disso, se identificar com o outro é a Consulta de Enfermagem. Entretanto, vemos que ela não é praticada com a frequência que se deveria: *Eu acho que nós enfermeiros ainda pecamos muito em não desenvolver a Consulta de Enfermagem. Temos condição e demanda muito forte para se trabalhar a questão do autocuidado com esses sujeitos, campo de atuação importantíssimo que a enfermagem acaba abrindo mão. Nas intervenções, nos diagnósticos de Enfermagem, o próprio olhar a pessoa em sua maneira integral, acaba que a gente fica muito preso a questões gerenciais e administrativas. Algumas questões restritas, mais pertinentes ao saber e atuação da enfermagem, a gente acaba abrindo mão. Com isso, só se conhece a consulta médica, só se conhece consulta do psicólogo, só se conhece a consulta do dentista e a consulta de enfermagem se perde nesse contexto, acho que isso é uma coisa fundamental, uma coisa importante, que a gente tem condição realizar e de maneira excelente (Bernard).*

O profissional deve perceber os desafios que as práticas sedimentadas imputam no cuidado e deve procurar alternativas para aperfeiçoar sua maneira de cuidar do consumidor de drogas. Para Merleau-Ponty, somos sujeitos incorporados, isto é, nossas opções passadas estão "sedimentadas" em nosso corpo, o que torna a mudança de hábitos, como o "ficar com o pé atrás" quando um consumidor procura a UBS, difícil, porém, não impossível<sup>(10)</sup>.

Novas estratégias no cuidar necessitam, indispensavelmente, da modificação no processo de trabalho das equipes da ESF<sup>(25)</sup> e dos demais dispositivos que compõem a Raps, para a coparticipação do cuidado. O cuidar é mais que uma ação de zelo ou atenção, corresponde à responsabilização e ao desenvolvimento afetivo com o outro<sup>(6)</sup>. Percebemos que a responsabilização do cuidado com o consumidor de drogas na UBS é uma mudança de prática profunda na rotina dos profissionais, uma vez que estão acostumados a trabalhar em uma abordagem moralista.

Desta forma, estratégias que busquem a construção de novas práticas de cuidado devem ser planejadas com a sensibilidade de que os resultados mais palpáveis poderão não se mostrar no agora, mas a médio e longo prazos, pois é necessário o fortalecimento de laços entre os profissionais do dispositivo de cuidado, o usuário que busca atendimento e o território onde ambos estão referenciados, além da desconstrução de práticas sedimentadas.

Não obstante, evidenciamos que, soma-se aos enclaves em construir novas práticas no cuidado ao consumidor de drogas nas equipes de ESF, a fragilidade da Raps no estado do Espírito Santo. A nosso ver, a quantidade reduzida de CAPSad e a política do Gabinete do Governo do Estado de incentivo às Comunidades Terapêuticas (CT) podem contribuir para o insucesso no cuidado do consumidor de drogas e fortalecer a tese de uma população de difícil adesão<sup>(26)</sup>.

O estado do Espírito Santo ocupa a 24ª posição dentre os 26 estados brasileiros quanto à cobertura de Caps/100 mil habitantes, com a proporção de 0,46 Caps; ressalta-se que desde o ano de 2012 não há acréscimo na equivalência<sup>(27)</sup>. Os números demonstram a dificuldade em se realizar a estratégia de matriciamento nas UBS, posto que o dispositivo que poderia auxiliar as UBS na construção de novas práticas encontra-se subdimensionado. Aqui, vemos os profissionais do serviço vítimas de um Estado que tende ao trabalho na abordagem moral.

As CT são criticadas, pois, na maioria das vezes, oferecem apenas o enclausuramento da pessoa, na ausência de uma ação mais efetiva e eficaz do Estado<sup>(28)</sup>. A "solução" acaba por enfraquecer o empoderamento prestado pelo CAPSad e pela ESF, descaracterizando os dispositivos como serviços de referência, porquanto a CT, na maioria das situações, é uma instituição religiosa que baseia o tratamento na abordagem moralista, visando à abstinência.

Vê-se a dualidade na abordagem do consumidor de drogas, de um lado, um serviço como o CAPSad, articulador da rede, com a proposta de redução de danos e atenção psicossocial; do outro lado, uma política estadual que, em função da fragilidade da Raps, reforça o discurso moralista da abstinência total, e, caso esta não seja alcançada, o tratamento é dado como falho<sup>(29)</sup>.

Embora a maioria dos participantes do estudo tenha destacado limitações no cuidado do usuário em foco, ouvimos narrativas como a seguinte: *Não fiquei olhando para ela [gestante] como uma pessoa à margem, uma pessoa que não precisasse de um cuidado tipo "ah ela já escolheu o caminho dela, então deixa para lá", não! Eu tratei ela como uma pessoa que precisava, como uma pessoa como gente, entende? E com muito carinho, e eu acho que isso cativou ela bastante e ela acabou fazendo [pré-natal], não veio todas as vezes, porque às vezes eu acho que ela usava muita droga a noite, mas deu para dar uma acompanhada nela, deu para fazer um ultrassom, deu para fazer alguma coisa com ela (Boch).*

A percepção de culpado ou de vítima só traz o incentivo ao estigma da pessoa como um ser frágil, ou delinquente, ao classificar sua relação com a droga, exclusivamente, como um hábito anormal<sup>(30)</sup>. Merleau-Ponty diria que esse discurso apenas gera confusão ao tomar as coisas de um modo equivocado sem considerar a experiência que o sujeito realiza com a droga, ao pôr de lado vivências familiares, sociais, econômicas e políticas desse ser<sup>(10)</sup>. Se estivéssemos em busca de um culpado, a desestrutura da rede seria um argumento mais plausível do que o profissional ou o consumidor de fato.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo fundamentado na fenomenologia merleau-pontyana permitiu a expressão das vivências dos participantes como dinâmicas experiências perceptivas, que se revelaram de forma ambígua. Ao analisá-las, percebemos que as coisas são mais do que elas nos apresentam, comprovando a ideia de que elas não são em si mesmas.

Os resultados desvelaram que a pessoa que consome drogas habitualmente drogas é vista como problemática e de difícil adesão ao tratamento, fortalecendo o discurso social, que dificulta o cuidado desse usuário na UBS e alimenta a busca por um culpado pelo insucesso do tratamento, se baseado na abstinência. Constatamos a presença de uma política estadual que, devido ao número reduzido de CAPSad, pode potencializar o discurso pautado na abstinência e centrado nas CT.

Consideramos como estratégias que podem ser desenvolvidas nas UBS para reverter esse sentimento de impotência diante do consumidor de droga e o fortalecimento de vínculos as seguintes: criação ou manutenção de grupos de Educação em Saúde; fortalecimento do discurso da Redução de Danos por meio da capacitação da equipe; empoderamento do usuário em foco; criação de vínculo, ao fortalecer a Visita Domiciliar, ou seja, ir até o usuário, mostrar-se como serviço presente, não somente como um serviço focado na droga, mas que os profissionais da UBS estão disponíveis para acolher qualquer demanda respeitando sua autonomia.

Acreditamos que, com essas estratégias, a escuta, o acolhimento, a ética e a autonomia serão fortalecidos, favorecendo o resgate da cidadania e do respeito ao consumidor de drogas. Esperamos que com esse estudo possa haver a valorização da intersubjetividade na abordagem ao usuário, pois acreditamos que isso poderá ressignificar a percepção dos profissionais no cuidado, ao facilitar uma atenção psicossocial para a rotina das UBS.

## REFERÊNCIAS

1. Bedin DM, Scarparo HBK. Integralidade e saúde mental no SUS à luz da teoria da complexidade de Edgar Morin. **Psicol. teor. prat.** [Internet]. 2011 [acesso em: 02 de Jun. 2015];13(2):195-208. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v13n2/v13n2a15.pdf>.
2. Santin G, Klafke TE. A família e o cuidado em saúde mental. **Barbaroi.** [Internet]. 2012 [acesso em: 02 de Jun. 2015] ; 34:146-160. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-65782011000100009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-65782011000100009&lng=pt&nrm=iso).
3. Silva RAN, Zambenedetti G, Piccinini CA. O Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde no Cuidado com Pessoas que Usam Drogas. Polis e Psique. [Internet]. 2012 [acesso em: 02 de Jun. 2015] ; 02(3): 59-72. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/40320/25629>.
4. Portaria N 3.088 do Ministério da Saúde, de 23 de dezembro de 2011 (BR) [Internet]. 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. Diário Oficial da União. 26 dez 2011. [acesso em: 02 jun 2014]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>.
5. Nasi C, Schneider JF. O Centro de Atenção Psicossocial no cotidiano dos seus usuários. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2011 [acesso em: 02 jun. 2016];45(5):1157-1163. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000500018>.
6. BOFF L. Saber Cuidar: Ética do humano – compaixão pela Terra. 5th ed. São Paulo: Vozes; 2008.
7. Silva LW, Francioni FF, Sena ELS, Carraro TE, Randünz V. O cuidado na perspectiva de Leonardo Boff, uma personalidade a ser (re)descoberta na enfermagem.

- Rev. bras. enferm. [Internet]. 2005 [acesso em: 02 jun. 2016];58(4):471-475. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672005000400018>.
8. Christovam BP, Porto IS, Oliveira DC. Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2012 [acesso em: 02 de Jun. 2016];46(3):734-741. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000300028>.
9. Vale EG, Pagliuca LMF. Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2011 Feb [acesso em: 02 de Jun. 2016];64(1):106-113. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000100016>.
10. Merleau-Ponty M. Fenomenologia da Percepção. 4th ed. São Paulo: Vozes; 2011.
11. Matthews E. Compreender Merleau-Ponty. 1st ed. Petrópolis: Vozes; 2010.
12. Prefeitura Municipal. Plano Municipal de Saúde: 2010-2013. Vitória (Brasil): Prefeitura Municipal de Vitória, 2010, 113 p.
13. Sena ELS, Gonçalves LHT, Granzotto MJM, Carvalho PAL, Reis HFT. Analítica da ambiguidade: estratégia metódica para a pesquisa fenomenológica em saúde. Rev. Gaúcha Enferm. (Online) [Internet]. 2010 [acesso em 02 jun. 2016];31(4):769-775. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472010000400022>.
14. Sena ELS. 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). Florianópolis: UFSC; 2006.
15. Merleau-Ponty M. A prosa do Mundo. 1st ed. São Paulo: Cosac Naify; 2012.
16. Laport TJ, Costa PHA, Mota, DCB, Ronzani TM. Percepções e práticas dos profissionais da atenção primária à saúde na abordagem sobre drogas [Internet]. 2016 [acesso em: 21 jun 2016];32(1):143-150. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15900102-37722016012055143150>.
17. Pinho PH, Oliveira MAF, Claro HG, Pereira MO, Gonçalves RMA, Barbosa GC. A concepção dos profissionais de saúde sobre o dependente de substâncias psicoativas. Journal of Nursing and Health [Internet]. 2010 [acesso em 02 jun. 2016];1(1):51-63. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472010000400022>.
18. Texeira PS, Lomba CPM. O Consumo de Álcool e as Consequências Desse Uso no Adolescente. Rev. Conexão, 2010;7(1): 46-55.

19. Longhurst A, McCann E. Political struggles on a frontier of harm reduction drug policy: geographies of constrained policy mobility. *Space & Polity*. 2016;20(1):109-123.
20. Dantas S, Cabral B, Moraes M. Sentidos produzidos a partir de experiências de bad trip: drogas, prevenção e redução de danos. *Saúde debate* [Internet]. 2014 [acesso em: 02 jun 2016];38(102):539-550. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140050>.
21. Martins A. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. *Interface (Botucatu)* [Internet]; 2004 [acesso em: 02 de jun. 2016];8(14):21-32. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832004000100003>.
22. Ruan Y, Liang S, Zhu J, Li X, Pan SW, Liu Q et al. Evaluation of Harm Reduction Programs on Seroincidence of HIV, Hepatitis B and C, and Syphilis Among Intravenous Drug Users in Southwest China. **Sexually Transmitted Diseases**. 2013;40(4):323-328.
23. Meyers EM, Snyder E. Harm Reduction at its Best: A Case for Promoting Safe Injection Facilities. **University of Ottawa Journal of Medicine**. 2014;4(2):24-27.
24. Costa PHA, Mota DCB, Paiva FS, Ronzani TM. Desatando a trama das redes assistenciais sobre drogas: uma revisão narrativa da literatura. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2015 [acesso em: 02 jun. 2016];20(2):395-406. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015202.20682013>.
25. Barros S, Oliveira MAF, Silva ALA. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2007 [acesso em 02 jun. 2016];41(spe):815-819. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342007000500013>.
26. Portal do Governo do Estado do Espírito Santo. ES inaugura Centro de Acolhimento para Dependentes Químicos [Internet]. 2013 [acesso em: 02 jun. 2016]. Disponível em: <http://www.es.gov.br/Noticias/166148/es-inaugura-centro-de-acolhimento-para-dependentes-quimicos-.htm>
27. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2015, 48 p.
28. Pitta AMF. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2011 [acesso em 02 jun. 2016];16(12):4579-4589. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300002>.
29. Clemente, A. **Cidade e Política sobre Drogas: Desafios da Reforma Psiquiátrica no contemporâneo** [dissertação]. Vitória-ES: Ufes; 2014.

30. Coelho HV. A Atenção ao Usuário de Drogas na Atenção Básica: Elementos do Processo de Trabalho em Unidade de Saúde. (Dissertação). São Paulo: Usp; 2012.



## 5.2 MANUSCRITO 2: O IMPACTO DA PERCEPÇÃO HUMANA NO CUIDADO AO CONSUMIDOR DE DROGAS

Este manuscrito será submetido à Revista Texto e Contexto e seguiu as instruções do tópico *Preparo dos Manuscritos*, disponíveis no link: <<http://www.textoecontexto.ufsc.br/pt/preparo-dos-manuscritos/>>, acessado em junho de 2016.

## **O IMPACTO DA PERCEPÇÃO HUMANA NO CUIDADO AO CONSUMIDOR DE DROGAS<sup>1</sup>**

### **Lucas Queiroz Subrinho**

Enfermeiro. Acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, nível Mestrado, pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB. Jequié (BA), Brasil. e-mail: lucas.q.subrinho@gmail.com.

Endereço: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde. Avenida Moreira Sobrinho, s/n, Jequiezinho. Jequié/BA. CEP: 45.206-190. e-mail: lucas.q.subrinho@gmail.com.

### **Edite Lago da Silva Sena**

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professora Titular da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB e docente do quadro permanente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da UESB. Jequié (BA), Brasil. e-mail: editelago@gmail.com.

### **Autor responsável pela correspondência**

Lucas Queiroz Subrinho

Endereço: Rua Tito Machado, nº 126, casa, Vitória, Espírito Santo, Brasil. CEP: 29.045-175. Telefone: (73) 9 9729-2847. e-mail: lucas.q.subrinho@gmail.com.

### **Contribuições individuais de cada autor**

Lucas Queiroz Subrinho: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada.

Edite Lago da Silva Sena: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada.

---

<sup>1</sup> O artigo trata-se de um recorte da dissertação de mestrado intitulada *Percepção dos Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família Frente ao Cuidado do Consumidor de Drogas*, de autoria de Lucas Queiroz Subrinho, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB, 2016).

## RESUMO

O objetivo deste estudo é compreender como os enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família percebem o cuidado aos consumidores de drogas nas Unidades Básicas de Saúde. Estudo fenomenológico na perspectiva de Maurice Merleau-Ponty, foi realizado em uma capital do sudeste do Brasil com oito participantes, utilizando a técnica de entrevista fenomenológica, sendo as descrições vivenciais submetidas à Analítica da Ambiguidade. O estudo desvelou o medo intrínseco no cuidado ao consumidor de drogas, o que dificulta a inclusão desse grupo nas Unidades Básicas de Saúde, pois os profissionais tendem a associar a violência e a disputa de tráfico ao consumidor de drogas, classificando-o como uma difícil demanda. O discurso é fortalecido com a construção dicotômica do mundo das drogas configurado pela violência, pobreza e disputa de poder. Conclui-se que os profissionais percebem os consumidores de drogas como um grupo difícil de ser trabalhado, provavelmente consequência da Política de “Guerra às Drogas”. A Redução de Danos é um instrumento que favorece o cuidado a esse grupo em uma nova perspectiva ao instrumentar a equipe para reconhecer a complexidade do fenômeno consumo de drogas, que engloba fatores biológicos, psicológicos e sociais. A Clínica Ampliada e o Projeto Terapêutico Singular, que possibilitam incluir a família e fortalecer o vínculo de confiança entre profissional e consumidor de drogas, são importantes práticas para desconstruir a dicotomia do mundo das drogas.

**Descritores:** Cuidados de Enfermagem; Saúde Mental; Drogas; Filosofia em Enfermagem.

## ABSTRACT

The aim of this study is comprehending how the nurses of the Family Health Strategy perceive the care with the drug consumers at the Community Health Center. Phenomenological study on the perspective of Maurice Merleau-Ponty, was realized in a southeast capital of Brazil with eight participants, using the phenomenological interview technique, submitting the descriptions to the Analytic of Ambiguity. The study unveiled the intrinsic fear on the care with the drug consumers, making more difficult to include this group on the Basic Health Units, because the professionals tend to associate the violence and the traffic contest to the the drug consumers, classifying them as a hard demand. The speech is strengthened with the dichotomic construction of the drug world configured by the violence, poverty and power dispute. Concludes that the professionals perceive the drug consumeres as a hard group to be worked with, probably as a consequence of “War on drugs” politics. The Harm Reduction is an instrument that favors the care to this group in a new perspective, instrumentating the team to recognize the complexity of the drug consuming phenomenon, including biological, psychological and social factors. The Wide-spectrum Clinic and the Individual Therapeutic Project, that make possible to include the Family and strengthens the confidence bond between the professional and the drug consumer, are important practices to deconstruct the dichotomy of the drug world.

**Keywords:** Nursing care; Mental Health; Drugs; Philosophy, Nursing

## INTRODUÇÃO

Entre os diversos sentimentos inerentes ao ser humano, neste estudo, destacamos o medo, que consiste em uma emoção básica, com vocabulário imenso e diferentes sentidos, que se manifesta nas situações de ansiedade e angústia.<sup>1</sup> Contudo, o medo também pode ser tomado como uma emoção constituída socialmente, como observamos no campo da Saúde Mental, nesse caso em específico, o medo relacionado ao lidar no âmbito do consumo de drogas.<sup>2</sup>

Dentre os conceitos referentes ao termo “droga”, destaca-se o que versa como toda e qualquer substância externa ao corpo humano que tem o potencial de agir em um ou mais dos sistemas, provocando alterações no funcionamento neuropsicológico.<sup>3</sup> Neste estudo, o termo foi empregado tanto para designar as substâncias consideradas de consumo lícito (cigarro e álcool) como as de consumo ilícito (maconha, *crack* e cocaína).

Como fenômeno presente ao longo da história humana, o consumo de drogas assumiu diferentes significados devido às diversidades socioculturais da população, ora se configurando como evento social, ora como ritual religioso, ou na busca de integração em comunidades, a exemplo do que era praticado no Egito.<sup>4-6</sup> Esta perspectiva nos remete a um olhar multifacetado em relação ao consumo de drogas e não apenas como um fenômeno gerador de medo, uma vez que outrora era visto como um instrumento socializador, podendo despertar outros sentimentos. A droga assume, por essa configuração histórica de diversidades socioculturais, vários significados e finalidades de consumo.

A percepção que se tem hoje sobre o consumo de drogas, provavelmente, foi influenciada pelos primeiros fóruns internacionais sobre drogas, organizados no início do século XX, os quais defendiam a proibição de seu consumo com finalidade “recreativa”, ao mesmo tempo em que o aceitavam para fins terapêuticos, o que impulsionou a construção de modos dicotômicos de se ver o consumo da droga como benéficos ou maléficos.<sup>4</sup>

Assim, o consumo recreativo ganhou *status* de consumo “maléfico” e passou a ser criminalizado em lugar da droga. Essa abordagem construiu um perfil de degradação social do consumidor de drogas, gerador de medo e de desordem social que ainda se faz presente hoje, mesmo após a descriminalização do consumo.<sup>3</sup> O ato de criminalizar o modo de consumo foi reforçado ao longo dos anos, chegando ao seu auge no discurso de “guerra às drogas”.

Criada em 1972, pelo presidente norte-americano Richard Nixon, a política de “guerra às drogas” divide o mundo entre países consumidores e produtores de drogas, e expande a guerra para além das fronteiras dos Estados Unidos da América (EUA). Reforça o

discurso simplista e moralista do consumo de drogas que alimenta, cada vez mais, o medo implícito da população em relação aos consumidores, o que dificulta as ações de saúde.<sup>5</sup>

A “guerra às drogas” ainda apresenta reflexo na atualidade, evidenciado pelas ações de segregação e exclusão social no que se refere ao cuidado aos consumidores de drogas, como é verificado na internação compulsória.<sup>5</sup> Todavia, há outras maneiras de visualizar os vulnerados, desvinculadas do sentimento medo, como é o caso da Estratégia de Redução de Danos, que torna o sujeito protagonista na promoção do cuidado e valoriza tanto seus direitos pessoais quanto sociais.<sup>7-8</sup>

Com o objetivo de desconstruir o paradigma da “guerra às drogas”, foram criados dispositivos comunitários, a exemplo dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad), que consistem em uma nova maneira de cuidar do consumidor de drogas, por meio da redução de danos e da abordagem psicossocial.<sup>8</sup> Seguindo a lógica do cuidado no território, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (Raps), que inclui a Unidade Básica de Saúde (UBS) como um dos vários dispositivos comunitários de promoção do cuidado.<sup>9</sup>

Em nossa prática diária, porém, observamos ainda a dificuldade de inserção do consumidor de drogas nas UBS. Dentre vários empecilhos para o cuidado, a literatura nos apresenta o medo na inter-relação, muitas vezes não expresso no cotidiano, mas que pode ser revelado em comportamentos e ações.<sup>5,7</sup> Entre outros perfis, percebemos que o medo velado pode dificultar a criação de vínculos entre profissionais das Estratégias de Saúde da Família (ESF) e consumidores de drogas, o que pode aumentar, ainda mais, o sentimento de medo do outro.<sup>10</sup>

O presente estudo não se limitou a identificar o sentimento de medo na relação de cuidado na UBS, mas teve como objetivo: compreender como os enfermeiros da ESF percebem o cuidado aos consumidores de drogas nas UBS. O artigo emergiu de um eixo temático que integra os resultados de nossa dissertação de mestrado, cujo aporte teórico-filosófico foi fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty.

Acreditamos que um estudo desta natureza ganha relevância ao ampliar a produção do conhecimento sobre a atenção em saúde mental, com uma nova perspectiva que favorece a compreensão da relação entre consumidor de drogas e profissional de saúde e, com isso, poderá subsidiar a criação de novas abordagens e estratégias no sentido de aproximar a UBS dos usuários e, por conseguinte, tornar a atenção psicossocial e a redução de danos mais presentes nas práticas cuidativas.

## REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO

Optamos por utilizar a abordagem fenomenológica de Maurice Merleau-Ponty para compreender a percepção dos enfermeiros sobre o cuidado aos consumidores de drogas nas UBS. A escolha é justificada pelo objeto a ser compreendido: a percepção humana, que envolve experiências do sensível que possibilitem definir a essência da percepção, indo além da visão do objetivismo.

Merleau-Ponty (1908-1961) foi um escritor e filósofo francês, amigo de Jean-Paul Sartre, que estudou filosofia na École Normale Supérieure (ENS), onde – por meio de seus professores – teve seu primeiro contato com a fenomenologia de Edmund Husserl (1859-1938). Além de Husserl, podemos citar, como influências do pensamento merleau-pontyano, o filósofo alemão Hegel e a psicologia das formas (*Gestalt*).<sup>11</sup>

Edmund Husserl, maior influência de Merleau-Ponty, foi o criador do movimento fenomenológico, uma das principais correntes filosóficas do século XX, que busca esclarecer a natureza do conhecimento por meio do estudo das essências que, para o matemático alemão, são fenômenos psíquicos efetivamente intuídos pelos sujeitos.<sup>12</sup>

Para Husserl, as essências se atualizam como objetividades, caracterizadas como sínteses intelectuais. Nesse sentido, o pensamento merleau-pontyano avançou em relação ao pensamento de Husserl, já que, para aquele, não é possível chegar à essência da consciência, vez que, em virtude da ambiguidade, aquela mostra-se inapreensível; portanto, nos seus últimos escritos, já não faz mais fenomenologia no sentido husserliano.<sup>11-12</sup>

O tema central da fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty passa a ser a percepção humana, uma vez que sua preocupação e ocupação consistiram em descrever o modo como os fenômenos desvelam-se à experiência perceptiva.<sup>12</sup> Nessa descrição, o filósofo busca romper com as dicotomias sujeito-objeto, consciência-mundo, homem-natureza e faz ver que a percepção acontece na relação dialógica e que o conhecimento é produzido na intersubjetividade.

Esta vertente do conhecimento constituiu a base teórica de nosso estudo, a qual permitiu compreender que a percepção sempre se mostra em perfil e, por isso, se trata de uma experiência ambígua. Por conseguinte, entendemos que a produção do conhecimento consiste em uma vivência contínua que o configura, ao mesmo tempo, como inacabado e eterno.

## METODOLOGIA

O estudo qualitativo trata-se de um recorte de dissertação de mestrado e segue a abordagem fenomenológica de Maurice Merleau-Ponty, que sustenta a construção do

conhecimento por meio da intersubjetividade. Para o filósofo, as nossas experiências existem no mundo e é nele que se dá o sentido daquilo que vivenciamos. Por isso, para compreendermos a percepção humana, devemos partir do ponto de vista de quem a vive.<sup>13</sup>

O estudo contou com a participação de oito Enfermeiros e foi realizado em oito UBS, de uma das regiões de saúde no município de Vitória, estado do Espírito Santo. Todas as UBS pesquisadas atuam na perspectiva da Estratégia de Saúde da Família (ESF). A escolha do campo é justificada em atenção à Portaria 3.088/2011, que prevê esse dispositivo como um dos componentes da Raps.<sup>9</sup>

As unidades foram selecionadas pelo critério de proximidade territorial com serviços voltados ao cuidado aos consumidores de drogas, tais como: CAPSad, dispositivo articulador da rede e que presta atenção integral e continuada às pessoas em uso de álcool, *crack* e outras drogas; e o Programa de Atenção ao Alcoolista (PAA), do Hospital Cassiano Antônio Moraes (Hucam), que presta atendimento ambulatorial multiprofissional às pessoas em consumo abusivo de álcool.

A aproximação ocorreu por meio da Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde (ETSUS) de Vitória-ES – onde foi solicitada a permissão para contato com os profissionais da UBS – e do Comitê Gestor de Diretores das Unidades de Saúde (Coger), em que foi apresentada a proposta do estudo para que fosse avaliada a viabilidade e posterior divulgação aos profissionais.

As descrições vivenciais se deram em entrevista fenomenológica com cinco questões norteadoras: Fale como você vê a questão do consumo de drogas no município de Vitória-ES; Fale como você vê o consumidor de drogas e suas necessidades; Discorra sobre o papel da Unidade de Saúde no contexto do cuidado; Discuta sobre as potencialidades e limitações em cuidar de um consumidor de drogas; Fale o que o enfermeiro pode realizar para produzir cuidado ao consumidor de drogas nas Unidades de Saúde, tanto individualmente quanto em equipe.

Todas as entrevistas foram realizadas no primeiro semestre de 2015, com duração média de 25 minutos cada. Transcritas a partir das gravações, as falas foram submetidas à técnica *Análítica da Ambiguidade* para organizar os dados empíricos e desvelar o irrefletido à reflexão.<sup>12</sup> Os dados empíricos, chamados aqui de descrições vivenciais, são representados por conhecimento, vivências e pontos de vista dos participantes sobre o tema em questão.

Neste estudo, foram observados os aspectos éticos sobre as pesquisas envolvendo seres humanos dispostos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e conforme a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste

da Bahia, protocolo nº 111/2011 e CAAE: 0088.0.454.000-11. Para manter o anonimato, os nomes dos participantes foram substituídos por designações de pintores.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante nosso estudo, buscamos exercitar a atitude de deixar o ser falar por si e, com o auxílio da *Analítica da Ambiguidade*, suspender as teses constituídas no imaginário social em relação à temática em questão e que se sustentam como se fossem verdades absolutas. Ao falarem sobre suas vivências, percebemos nos enfermeiros a retomada constante da palavra “medo” quando se referiam ao lidar do profissional com o consumidor de drogas, conforme descrição: *os agentes de saúde convidam (os consumidores para a UBS), mas os profissionais têm um pouco de medo, por quê? Porque o morro é perigoso, eles sobem lá com o pé na frente e outro atrás, porque eles ficam rendidos lá dentro, tem história de pessoa que quase morreu lá dentro, teve que entrar em uma casa e deitar no chão. O que acho ruim é isso, o próprio funcionário está com medo, pois o profissional está para trabalhar, não está aqui para morrer (Cézanne).*

Essa relação entre medo e consumo de drogas se faz presente nas descrições dos demais participantes que vivenciam uma realidade parecida, ao trabalharem em Unidades de Saúde em bairro periférico de um município com altos índices de violência, localizado em um país com baixo desempenho educacional.<sup>14-15</sup> O medo relacionado ao cuidar do consumidor de drogas extrapola o domínio apenas das descrições, ele aparece nas ações, às vezes de maneira irrefletida, o que pode implicar descuido, como vemos na expressão seguinte: *Nós não temos muito o que fazer, acabamos fazendo mais a parte de saúde, como no caso da mulher gestante (usuária de crack) que te falei. Se aquela mulher não estivesse grávida, eu não sei se teria abordado ela. Justamente pelo risco, você vai abordar como? Você sabe que ela é olheira do tráfico (E. Boch).*

Para compreender as vivências expressas no diálogo com os participantes, julgamos necessário contextualizá-las na historicidade das políticas sobre drogas no Brasil e no mundo. Em consonância com a abordagem de Merleau-Ponty, entendemos que o presente se atualiza a partir de um horizonte de passado, não obstante este passado não ser, necessariamente, histórico nem determinante de nossos atos no presente; mas ele pode fornecer um contexto para as nossas ações no agora e para refletir e ultrapassar discursos que simplificam a complexidade das *coisas*, no caso, o fenômeno do consumo de drogas.<sup>13</sup>

O Movimento de Guerra às Drogas, instaurado há mais de 40 anos pelo presidente dos EUA, Richard Nixon, veicula a ideia de que o consumo de drogas é um inimigo a ser



combatido por meio de campanha global sem precedentes, com o objetivo de erradicar o consumo de qualquer substância que altere a consciência ou a percepção da realidade.<sup>16</sup> Esse modelo expandiu-se pelo mundo, inclusive no Brasil, que em 1924 já incluía em seu Código Penal “sanatórios para toxicômanos”, locais onde os consumidores de drogas, em vez de receberem tratamento, eram excluídos da sociedade com apoio das oligarquias da época.<sup>17</sup>

O ideal norte-americano, difundido em outras partes do mundo, tem bases na moral do Movimento de Temperança para a “guerra às drogas”; nele, o consumidor só tem a opção de dizer não às drogas para iniciar o tratamento.<sup>18</sup> Esse modelo atuava em duas frentes: na criminalização do consumo e no tratamento focado na abstinência, existindo no Brasil como única opção até a década de 1980, quando se iniciaram as primeiras ações de Redução de Danos.<sup>19-20</sup>

Documentos oficiais, a exemplo dos relatórios do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), mostraram que a tese de “guerra às drogas” fracassou; nações como os EUA não vêm obtendo bons resultados nem mesmo em seus territórios, já que este, por exemplo, é um dos maiores consumidores no mundo. No Brasil, o consumo de *crack* e outras drogas, antes restrito a grandes centros urbanos, hoje está presente em todo o país, tanto que nossa nação é uma das maiores consumidoras de cocaína no mundo.<sup>21</sup>

Além do aumento no consumo, houve a ampliação do encarceramento da população dos EUA, da corrupção e da desestabilização política na América Latina, Ásia e África; tudo isso acrescido do aumento da violência e do desrespeito aos direitos humanos ao redor do mundo.<sup>22</sup> Esse contexto nos remete a vinculá-lo à busca de algo que é inatingível: um mundo sem drogas e, ao que se segue, sem problemas.

Em resumo, vemos uma política direcionada à erradicação da oferta de drogas e à prisão dos traficantes, oferecendo como opções de tratamento aqueles baseados na abstinência. Porém, o consumo de drogas movimenta um mercado, justificativa para optarmos pelo termo “consumidor”, em vez de “usuário de drogas”. Como em qualquer outro mercado, ao se reduzir a oferta sem antes se diminuir a demanda, o preço da mercadoria tende a subir. No caso de outros produtos, poder-se-ia reduzir a sua venda, contudo, no caso das drogas, essa regra não se aplica, uma vez que, devido ao fator de dependência, as drogas são consumidas não importa o quanto elas custem, pois existe uma necessidade pessoal, social e cultural de consumi-las na tentativa de satisfazer desejos e anseios não supridos de outro modo.

Como resultado do aumento do preço, temos, de um lado, o encorajamento para a produção de mais drogas e o recrutamento de mais traficantes e, por outro lado, temos o

consumidor que poderá fazer uso de ações ilegais em busca do dinheiro para adquirir a droga, que incluem o furto ou o roubo.

Ao refletir sobre o ciclo de comércio que gira em torno das drogas, bem como sobre o incentivo da política de “guerra às drogas”, passamos a compreender o conteúdo das descrições dos participantes quando relacionam o consumidor de drogas, e sua comunidade, à violência, à marginalização e ao medo. Neste sentido, vejamos a descrição de um deles referindo-se a sua equipe: *Os agentes de saúde têm medo, eles moram na área, mas ficam trancados dentro de casa. Eles saem para fazer visita com um pé à frente e outro atrás, quando tem polícia eles não sobem (Cézanne).*

Problemas que nós associamos ao consumo de drogas, na verdade, podem ser causados pela guerra contra elas; por exemplo, a elaboração e o consumo de drogas mais fortes, o aumento da violência e do assassinato, e a criação de facções que disputam entre si o negócio lucrativo, gerando mais violência,<sup>22-24</sup> o que proporciona experiências como a destacada na descrição seguinte: *Eu também não vou obrigar a eles subirem com tiroteio lá. Quando o helicóptero começa a rondar aqui, todo mundo fica aqui embaixo, ninguém fica lá em cima (Cézanne).*

Cientes agora da “guerra às drogas”, podemos compreender, com o exemplo real, o porquê de o tempo não ser considerado uma moldura permanente para Merleau-Ponty. Não obstante o processo de mudança nas políticas públicas relacionadas ao tema deste estudo, o discurso e a prática cuidativa nesse campo remetem, constantemente, ao modelo hegemônico proibicionista. O pensamento merleau-pontyano descreve o tempo como um rio, que flui do passado ao presente, e dirige-se ao futuro, e nós, sujeitos, o experimentamos dessa forma. Assim, no presente, temos um duplo horizonte: passado e futuro, ou seja, o que aconteceu está “sedimentado” em nossas ações.<sup>25</sup> Porém, essa afirmação não implica dizer que nosso presente está determinado pelos atos passados, mas sim que o passado gera um contexto de nossas ações.<sup>11</sup>

O sentimento de medo relacionado ao cuidado do consumidor de drogas no contexto atual tem raízes na expansão do consumo de drogas e nas políticas impostas no passado que visavam práticas de combate ao consumo, centradas em medidas coercitivas nos moldes do programa ideológico americano de combate à droga e quem faz consumo dela.<sup>26</sup> Trata-se, portanto, de ações voltadas a um objeto inanimado, que não valoriza a complexidade do fenômeno e potencializa a estigmatização do usuário como acontecia à pessoa com sofrimento mental antes da reforma psiquiátrica.

Será que existe, entretanto, outra perspectiva em que se possa desenvolver o cuidado ao consumidor de drogas sem permitir que se estenda ao presente a tradição de guerra às drogas? Na década de 1980, a Suíça atravessou uma crise em seu sistema público de saúde relacionada ao consumo de drogas, em especial da heroína. Infecções pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e criminalidade crescentes fizeram autoridades daquele país, que possuía uma política de combater a produção e de criminalizar o consumo similar à dos EUA, buscarem uma nova estratégia: a Redução de Danos.<sup>27</sup>

A Redução de Danos é uma estratégia com ações que visam amenizar os danos à saúde associados ao consumo de drogas, a exemplo da transmissão de doenças, tendo como princípio o respeito à singularidade da pessoa, não lhe exigindo a abstinência como fator primordial para aceitá-lo no dispositivo de saúde.<sup>26</sup> Nessa estratégia, considera-se que o consumidor não é o único responsável pelo vínculo que estabelece com a droga, mas que coexistem fatores biológicos, psicológicos e sociais; e a recaída é um acontecimento aceitável no percurso do tratamento.<sup>18</sup>

Com base nessa abordagem, o profissional começa a reconhecer que há diferentes sujeitos, que o outro é singular, que, não obstante tenha vivências iguais às dele, na condição de humano, possui também diferenças socioculturais. O igual constitui o que Merleau-Ponty descreve como coexistência, o universo do sentir; já o diferente se refere ao domínio do pensamento e da linguagem.<sup>13,25</sup>

Embora o profissional e o sujeito que consome drogas de forma habitual coabitem um mesmo mundo, uma mesma sociedade, as descrições revelam que alguns profissionais de saúde parecem vê-lo segundo uma perspectiva dicotômica, como se a pessoa tivesse seu próprio mundo, conforme pode-se perceber a seguir: *tanto o alcoolista, quanto o que usa qualquer outro tipo de droga, o mundo dele é ali, a porta do bar, usando pedra (E. Boch)*. Porém, trata-se de um mundo único experimentado pelos sujeitos de maneiras singulares.

A Suíça seguiu o pioneirismo da Holanda (1960) no controle do HIV e na redução dos danos que as drogas poderiam causar à saúde do consumidor.<sup>24</sup> O governo suíço abriu centros gratuitos de distribuição de heroína, onde eram fornecidas, em conjunto, agulhas limpas e salas seguras para a aplicação, com chuveiros, camas e supervisão médica, e apoio de assistentes sociais, levando à redução de 50% nas taxas de morte por consumo de drogas e por infecção de HIV, queda na taxa de crimes e aumento na reabilitação social.<sup>28</sup>

Em vez de fomentar o comércio da droga pelo foco na proibição, a Suíça buscou adicionar à estratégia de Redução de Danos a tríade prevenção, tratamento e medidas legislativas.

No Brasil, a primeira experiência de Redução de Danos foi iniciada na Casa de Saúde Anchieta, no município de Santos-SP e, como na Europa, era inicialmente voltada ao controle de DST/AIDS em consumidores de drogas.<sup>19-20</sup> Essa estratégia vem lentamente sendo introduzida nos dispositivos de cuidado ao consumidor de drogas em nosso país e, assim, entendemos estarmos vivenciando um momento de transição na maneira de conceber e de praticar o cuidado ao consumidor de drogas.

Nessa perspectiva, se o modelo proibicionista resultou no incentivo à cadeia produtiva, na mobilização do sentimento de medo no contexto do cuidado ao consumidor, na construção da dicotomia mundo social e “mundo das drogas” – configurado pela violência, pobreza e disputa de poder – o modelo da Redução de Danos defende que, na relação da pessoa com a droga, coexistem fenômenos multifacetados e que o cuidado deve ser pautado na valorização da autonomia e do respeito à dignidade dos sujeitos.

No contexto dessa transição paradigmática do cuidado, ainda há dúvida quanto ao melhor modelo de intervenção; ainda se fala em benefícios e/ou malefícios em relação a ambos. Vejamos a descrição a seguir: *da proibição, de quem é dependente e de quem não é dependente. Eu acho que ainda tem muita dificuldade nesse entendimento do que é benefício e do que é malefício, de como se faz esse tratamento, essa abordagem. Nós temos algumas abordagens em nossa cidade de grande sucesso, como a abordagem de rua, o Consultório na Rua, mas ainda fica muito cada um no seu quadrado, e tem que ser articulado para poder ter um trabalho mais efetivo na verdade (Matisse).*

Talvez a dúvida maior não seja sobre qual abordagem se deve utilizar, mas sobre como atuar na perspectiva do modelo psicossocial, com a estratégia de Redução de Danos. Na descrição, dentre as ações proibicionistas, o participante poderia citar o policiamento ou a prisão, mas ele fez referência a um dispositivo consonante à Redução de Danos: o Consultório na Rua. Este dispositivo foi instituído na Política Nacional de Atenção Básica em 2011 e visa ampliar o acesso da população de rua aos serviços de saúde, sendo composto por profissionais de saúde com responsabilidade exclusiva de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua.<sup>29</sup>

A nosso ver, a tendência do profissional à adoção de uma ou de outra abordagem de cuidado é influenciada pela visão que ele tem de ser humano. Aquele que possui maior sensibilidade às relações interpessoais, valoriza a empatia e compreende o cuidado na perspectiva da integralidade humana, decerto adere de forma mais efetiva aos dispositivos psicossociais de cuidado. Todos os nossos aspectos, para Merleau-Ponty, dependem da relação entre nossa posição e a posição em que vemos algo, similar a *alguém* que caminha à

beira-mar e avista um navio a distância, cuja chaminé confunde-se com elementos da floresta ao fundo, porém, em um outro ponto, esse mesmo *alguém* percebe que a chaminé faz parte do navio, exemplo que o filósofo traz em seu livro *Fenomenologia da Percepção*.<sup>13</sup>

Do mesmo modo, o profissional de saúde, a depender de sua percepção de mundo em relação ao consumidor de drogas – seja como um delinquente, cujos laços familiares estão fragilizados, como uma pessoa violenta capaz de provocar-lhe medo ou, por outro lado, como um ser humano que lhe é igual, como cidadão que tem direito a cuidados de saúde de forma digna – vai se utilizar de uma abordagem e ter uma conduta compatível com sua percepção. Ou seja, o lugar onde o profissional se encontra, tanto no campo teórico quanto no prático, vai implicar o modo como ele produz o cuidado, ou na perspectiva proibicionista, ou na psicossocial.

A ideia de percepção que desenvolvemos neste estudo não é aquela defendida no campo da psicologia clássica, como uma coleção de sensações separadas, mas como um todo que se impõe a nós por meio da ação conjunta dos sentidos; por isso, cada parte é influenciada pelo seu lugar no todo. Essa é a ideia sustentada por Merleau-Ponty.<sup>13</sup> Toda a leitura das descrições vivenciais produzidas com os participantes do estudo foi pautada em tal perspectiva, logo, a compreensão que tivemos sobre a percepção deles em relação ao cuidado dos consumidores de drogas no contexto da ESF emergiu desse todo que se desvelou a nós mediante a intersubjetividade que estabelecemos, fazendo uso de nossos sentidos em sua inteireza – a percepção.

Para nós, outro aspecto relevante no contexto do cuidado aos consumidores de drogas é a afinidade do profissional de saúde com o campo da saúde mental. Neste sentido, o interesse pelo cuidado tem um significado pessoal, que extrapola o plano da obrigação, como alguém que possui formação para atuar na área, e também vai além da razão de cunho econômico. Assim, diz-se que as *coisas* ganham significado em nossas vidas, tanto por interesses pessoais (emocionais) – que se enquadrariam no domínio da fenomenologia – quanto por interesses sociais (cognitivo e/ou econômico), que se encaixariam no plano da ciência moderna.<sup>11</sup>

Como nosso envolvimento com o mundo não é apenas cognitivo, mas também afetivo, a vivência de cuidado de um profissional com um consumidor de drogas pode fazê-lo retomar histórias ou circunstâncias vividas em seu contexto familiar ou social, o que implicaria afetamentos pessoais. Assim, sentimentos diversos podem ocorrer no processo de

cuidar, por exemplo, hesitação, medo, constrangimento, ansiedade, angústia, ao mesmo tempo em que surgem interesse, afeto, compensação, entre outros.

Ressaltamos que a visão mais objetiva – que se poderia designar como olhar clínico do profissional – é válida e essencial nos diversos casos de consumo de drogas, para a avaliação clínica e para a intervenção, mas nunca se devem perder de vista os aspectos relacionais e os distintos afetamentos implicados nas interações cuidativas nesse campo de cuidado.

Nessa perspectiva, como sujeitos corporificados, que agem no mundo e sofrem a ação dele, o atrelamento do medo – característico do discurso proibicionista no contexto do consumo de drogas – pode interferir no cuidado desenvolvido pelo profissional ao consumidor que busca o serviço de saúde, como vemos a seguir: *os usuários de drogas, só por ele ser usuário de drogas, ele já é que meio tachado, então, às vezes, ele chega na unidade de saúde, todos já ficam meio que com o pé atrás, mas eu acho que a necessidade dele vai além da necessidade física. (E. Bernard)*

A descrição revela que o profissional percebe a busca por atendimento na UBS desse consumidor como além de uma necessidade apenas clínica, mas também psicossocial, no entanto, o estigma manifestado por alguns profissionais dificulta a criação do vínculo e, conseqüentemente, o desempenho do cuidado.

Assim, compreendemos que cada profissional, com sua percepção, vê os objetos ou as pessoas a seu redor com um significado. O cuidar do consumidor de drogas na unidade de saúde pode ser percebido por alguns como um risco à violência, enquanto para outros como alguém que apresenta necessidades que extrapolam aspectos de seu estado físico.

A possibilidade de um olhar ampliado no contexto desse cuidado, porém, parece estar se tornando remota no país, pela dificuldade da introdução de novas práticas e dispositivos no domínio da redução de danos, sendo constatada a diminuição dessa estratégia entre os anos de 2005 e 2011.<sup>26,30</sup> A situação tem se agravado, principalmente, pela falta de articulação entre serviços como CAPSad e ESF, potencializada pela resistência de profissionais da UBS em atender à demanda, devido à forte relação sócio-histórica de estereótipo já apresentada.<sup>21,31</sup>

Salientamos a importância de fortalecer discursos e ações como os destacados na descrição: *Eu vejo que, com o usuário de droga, a gente não tem que ter preconceito, tem que olhar para ele como um usuário, que precisa ainda mais de você. Porque, às vezes, a pessoa fala “ah fulano é bandido, é drogado, que usa crack”, então, cria certo preconceito. Eu acho que temos que olhar para a pessoa que é usuária de droga como uma pessoa que tem*

*necessidades, inclusive muitas que nem mesmo ela sabe; e devemos procurar atender da melhor forma possível. (E. Bernard).* É justamente isso que a Portaria 3.088/11 tenta introduzir nos dispositivos que compõem a Raps, diversificar as estratégias de cuidado mediante a redução de danos e a articulação entre os dispositivos.<sup>9</sup>

A proximidade das equipes da ESF com a comunidade faz com que as UBS constituam um recurso estratégico para o avanço na implementação da Redução de Danos, uma vez que o maior contato dos profissionais com as famílias repercute na possibilidade de criação e fortalecimento de vínculos e, por conseguinte, em maior propensão e potencialidade para a produção do cuidado a consumidores de *crack*, álcool e outras drogas, e seus familiares. Vejamos a descrição seguinte: *por ser uma unidade da ESF a gente trabalha não só com indivíduo, mas todo o seu contexto familiar e comunitário, como a pessoa se insere e é percebida. (Matisse)*

A perspectiva de cuidado que busca envolver o indivíduo, a família e a comunidade, fortalecendo vínculos de confiança, caracteriza a proposta de Clínica Ampliada e a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Essa perspectiva enfatiza ações que visam desconstruir o estigma em relação ao consumidor de drogas e possibilitar um atendimento humanizado e holístico, não se reduzindo, por exemplo, à definição diagnóstica (o alcoolista, o diabético, entre outros).<sup>32</sup>

Com a aplicação dessa clínica, as consultas deixam de ser um momento limitado às queixas e às doenças expressas pelo consumidor e tornam-se um momento de contextualizar o sujeito e perceber suas singularidades, para a criação de vínculos, e possibilitar compreender situações como a baixa adesão ao tratamento.<sup>33</sup> Por meio dessa clínica ampliada, as equipes terão possibilidade de desenvolver o PTS, elaborado com base nas vivências adquiridas na consulta do profissional-usuário/família e construído no compartilhamento vivencial com os demais membros da equipe.<sup>34</sup>

Percebemos que a prática da Clínica Ampliada favorece o resgate do sentido de ser profissional de saúde – aquele que, mediante a vivência intersubjetiva, se coloca numa relação, ao mesmo tempo, de igual e de diferente com o usuário dos serviços. Essa coexistência constitui a base para a efetiva produção do cuidado não apenas direcionado aos consumidores de drogas, mas a todos os usuários que procuram os serviços de saúde, são aqueles aos quais as equipes de saúde devem ir ao encontro, vez que se encontram no contexto do território de atuação e sugerem o desenvolvimento de ações de promoção da saúde.

Diante do exposto, não há espaço para se alimentar o sentimento de medo daquele que lhe é igual. Não obstante o “quase igual”, que impõe certa distância entre os sujeitos profissionais de saúde e usuários, a intersubjetividade movida pela noção de coexistência constitui, justamente, o caminho para a aproximação e a produção do cuidado no contexto do consumo de drogas no domínio da ESF.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo descreve a percepção de Enfermeiros da ESF sobre o cuidado ao consumidor de drogas e desvela características que desencadeiam o medo a este outro. Descrições de violência, disputa entre traficantes e a constituição do mundo das drogas fomentam resistência dos profissionais em cuidarem dessa população, pois acreditamos que o profissional utiliza uma abordagem ou conduta compatível com sua percepção do consumidor de drogas, produzindo assim um descuido em certos momentos.

A pesquisa possibilitou compreender que parte da realidade enfrentada pelos profissionais entrevistados em sua área de atuação é consequência da política de “guerra às drogas”, centrada na repressão do consumo e no combate à produção de drogas. Entretanto, essas atitudes acabam por aquecer o mercado do consumo de drogas e desencadeiam os estigmas percebidos no estudo.

Ao compreender a realidade apresentada, vemos a estratégia de Redução de Danos como um instrumento que pode mudar a maneira como os profissionais percebem o consumidor de drogas e desenvolvem o cuidado, pois reconhece a complexidade do fenômeno que entorna o consumo de drogas e que vai além da relação de dependência ao possuir fatores biológicos, psicológicos e sociais relacionados.

O estudo nos fez ver que uma maneira prática de introduzir a estratégia de Redução de Danos é por meio da Clínica Ampliada, por fortalecer o vínculo de confiança e introduzir a família e sua comunidade no processo de cuidado. Com essa prática, os profissionais poderão produzir PTS elaborado por meio das vivências adquiridas nas consultas e compartilhadas com os demais membros da equipe.

Os resultados só foram possíveis por meio da fenomenologia merleau-pontyana, que nos deu a possibilidade de desvelar as ambiguidades presentes nas descrições vivenciais dos participantes. Ressaltamos que o estudo não se esgotou no que ele se propôs, já que, para Merleau-ponty, nossa experiência com o mundo é tida como inesgotável, sempre há algo mais a ser experimentado além do que já o foi.



Este estudo é uma importante contribuição para desmitificar a visão negativa atrelada ao consumidor de drogas e o descuido gerado dessa perspectiva e constituir referência para a construção de novas práticas.

## REFERÊNCIAS

1. Ponde DZF. O conceito de medo em Winnicott. Winnicott e-prints [Internet]. 2011; 6(2): 82-131.
2. Santos LO. O medo contemporâneo: abordando suas diferentes dimensões. *Psicol. Cienc. Prof.* [Internet]. 2003; 23(2): 48-49.
3. Pacheco, MEAG. Políticas públicas e capital social: o Projeto Consultório de Rua. *Fractal, Rev. Psicol.* [Internet]. 2014; 26(1): 43-58.
4. Costa L. *As Drogas e o Aniquilamento da Sociedade* [internet]. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Livre expressão; 2008. Disponível em <http://books.google.com.br/books?id=QxfKFDtjxF4C&pg=PA2&dq=DROGAS+2008&hl=pt-BR&sa=X&ei=viHgUZKKDsnlrQHS2IG4Bw&ved=0CD0Q6AEwAw#v=onepage&q=DROGAS%202008&f=false>.
5. Scisleski AC, Silva JLC, Galeano GB, Caetano CLC, Bruno BS. Quem Tem Medo de Usuário de Drogas? *Rev. Polis e Psique* [Internet]. 2013; 3(3): 106-124.
6. Ponde DZF. *O conceito de medo em Winnicott* [dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas; 2012.
7. Dantas S, Cabral B, Moraes M. Sentidos produzidos a partir de experiências de bad trip: drogas, prevenção e redução de danos. *Saúde debate* [Internet]. 2014; 38(102): 539-550.
8. Lima DWC, Silveira LC, Vieira NA, Cunha BMC, Almeida ANS, Guerreiro EM. Referenciais teóricos que norteiam a prática de enfermagem em saúde mental. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2014; 18(2): 336-342.
9. Brasil. 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. 2011. Disponível em <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>.
10. Paula ML, Jorge MSB, Albuquerque RA, Queiroz LM. Usuário de crack em situações de tratamento: experiências, significados e sentidos. *Saude soc.* [Internet]. 2014; 23(1): 118-130.
11. Matthews, E. *Compreender Merleau-Ponty*. Petrópolis (RJ): Vozes, 2010.

12. Sena ELS. A experiência do outro nas relações de cuidado: uma visão merleau-pontyana sobre as vivências de familiares cuidadores de pessoas com doença de Alzheimer. 2006. 284f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-graduação [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem; 2006.
13. Merleau-Ponty M. Fenomenologia da Percepção. São Paulo (SP): WMF Martins Fontes; 2011.
14. Waiselfisz, JJ. Mapa da Violência 2015: Mortes Matadas por Arma de Fogo. Brasília: Secretaria Nacional da Juventude; 2015. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/mapaViolencia2015.pdf>
15. Organisation for Economic Co-operation and Development. Education at a Glance 2015: OECD Indicators. OECD Publishing.
16. Rodrigues TMS. Política de drogas e a lógica dos danos. Revista Verve [Internet]. 2003; 03: 257-277.
17. Santos JA, Oliveira, ML. Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico. J. Nurs. Health [Internet]. 2012; 1(2): 82-93.
18. Texeira OS, Lomba CPM. O Consumo de Álcool e as Consequências Desse Uso no Adolescente. Rev. Conexão [Internet]. 2010; 7(1): 46-55.
19. Passos E. Pensar Diferente o Tema das Drogas e o Campo da Saúde Mental. In: Santos LMBS, organizadora. Outras Palavras sobre o Cuidado de Pessoas que Usam Drogas. 1ª ed. Porto Alegre (RS): Editora Ideograf; 2015. Disponível em: [http://crprs.org.br/upload/files\\_publications/arquivo48.pdf#page=8](http://crprs.org.br/upload/files_publications/arquivo48.pdf#page=8).
20. Passos EH, Souza TP. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de "guerra às drogas". Psicologia & Sociedade [Internet]. 2011; 23(2): 154-162.
21. Organização das Nações Unidas. Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC). World Drug Report. Nova Iorque: UNODC, 2015. Disponível em: [https://www.unodc.org/documents/wdr2015/World\\_Drug\\_Report\\_2015.pdf](https://www.unodc.org/documents/wdr2015/World_Drug_Report_2015.pdf)
22. Powell B. The Economics Behind the U.S. Government's Unwinnable War on Drugs. Library of Economics and Liberty. [Internet]. 2013. Disponível em: <http://www.econlib.org/library/Columns/y2013/Powelldrugs.html>
23. Miron JA. Violence and U.S Prohibitions of Drugs and Alcohol. National Bureau of Economic Research. 1999 Fev. Disponível em: <http://www.nber.org/papers/w6950.pdf>
24. Pacheco MEAG. Política de redução de danos a usuários de substâncias psicoativas: práticas terapêuticas no Projeto Consultório de Rua em Fortaleza, Ceará. [dissertação]. Universidade Estadual do Ceará, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Sociedade; 2013.
25. Merleau-Ponty M. A prosa do mundo. São Paulo (SP): Cosac & Naify; 2012.
26. Fernandes L, Ribeiro C. Redução de riscos, estilos de vida junkie e controle social. Sociologia, Problemas e Práticas [Internet]. 2002; 39: 57-68.

27. Csete J, Grob PJ. Switzerland, HIV and the power of pragmatism: Lessons for drug policy Development. *International of Drug Policy*. [Internet]. 2012; 23: 82-86.
28. Comissão Brasileira sobre Drogas e Democracia (BR). *Política de Drogas: Novas práticas pelo mundo*. Rio de Janeiro (RJ): CBDD; 2011. Disponível em: <http://www.bancodeinjusticas.org.br/wp-content/uploads/2011/11/Pol%C3%ADtica-de-drogas-novas-pr%C3%A1ticas-pelo-mundo.pdf>
29. Ministério da saúde (BR). *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília (DF): MS; 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
30. Alves DSN, Silva PRF, Costa NR. Êxitos e desafios da reforma psiquiátrica no Brasil, 22 anos após a declaração de Caracas. *Revista Medwave* [Internet]. 2012; 12(10).
31. Andrade TM. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva* [Internet]. 2011; 16 (12): 4665-4674.
32. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. *Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular*. 2ª ed. Brasília (DF): Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização; 2007.
33. Jorge MSB; Diniz AM; Lima LL; Penha JC. Apoio Matricial, Projeto Terapêutico Singular e Produção do Cuidado em Saúde Mental. *Texto & Contexto Enfermagem* [Internet]. 2015; 24(1): 112-120.
34. Carvalho LGP, Moreira MDS, Rézio LA, Teixeira NZF. A construção de um Projeto Terapêutico Singular com usuário e família: potencialidades e limitações. *Rev. O Mundo da Saúde*. 2012; 36(3): 521-525.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A EXPERIÊNCIA DO INCONSTRUTO

O estudo merleau-pontuano, com o objetivo de compreender como os enfermeiros da ESF percebem o cuidado aos consumidores de drogas nas Unidades Básicas de Saúde, permitiu percebermos que as coisas são mais do que elas nos apresentam, comprovando a ideia de que as vivências não podem ser explicadas e, portanto, o estudo de natureza fenomenológica buscou compreendê-las mediante a *Analítica da Ambiguidade*.

Nele fizemos o exercício de tirarmos os óculos das necessidades práticas e sociais na perspectiva de olhar o fenômeno “consumo de drogas” diretamente, experiência semelhante ao que a Arte Moderna proporcionou para a pintura no Século XX, segundo Merleau-Ponty.

No processo de compreensão das descrições vivenciais emergiu-nos a possibilidade de construção de dois manuscritos que abordam, respectivamente, a relação de vítima e culpado e o (des)cuidado ao consumidor de drogas; e os desafios da inclusão desse grupo nas Unidades Básicas de Saúde.

No primeiro manuscrito as pessoas em consumo habitual de drogas são vistas como usuárias de difícil adesão ao tratamento, e que agregam o sentimento de culpa a cada fracasso na busca pela abstinência. Fortalece o discurso moral presente na política estadual que financia as Comunidades Terapêuticas em detrimento de outros dispositivos de cuidado como o CAPSad.

Enquanto o segundo manuscrito, apresenta a visão dicotômica dos profissionais sobre o mundo, ao revelarem a existência de um “mundo das drogas”, onde se faz presente a violência, a pobreza e a disputa de poder, aspectos que propiciam o desencadeamento do medo do outro na relação de cuidado. Contudo defendemos que não existe o mundo das drogas e o mundo dos “normais”, mas um mundo único e que essa dicotomia é consequência da Política de “Guerra às Drogas”.

Acreditamos que a implementação da estratégia de Redução de Danos nas práticas de saúde dos profissionais que atuam em UBS favorece o cuidado ao consumidor de drogas, o que, em conjunto com a Clínica Ampliada, fortalece o vínculo entre profissional e usuário do serviço, possibilitando a construção do Projeto Terapêutico Singular.

Desta forma, consideramos ter alcançado o objetivo proposto no estudo, uma vez que possibilitou a compreensão da principal barreira para desenvolver o cuidado ao consumidor de drogas, que consiste na percepção humana construída a partir do discurso de “Guerra às drogas”. O fato de tornar visíveis as teses que embasam esse discurso contribuirá para a reflexão em torno do tema, o que poderá mobilizar o processo de desconstrução do discurso moral e a construção de uma nova maneira de ver o consumidor de drogas.

Os resultados obtidos aqui irão refletir diretamente em nossa conduta como profissional de saúde, em especial aos consumidores de álcool, população que realize cuidado por meio da Consulta de Enfermagem e do apoio multiprofissional, pois fortalecerá a percepção da pessoa em precedência ao seu consumo habitual de álcool, para criação de laços essenciais para o cuidado. O conhecimento constituído aqui poderá ser compartilhado para os demais membros da equipe a qual integro, assim como acreditamos que acontecerá ao entregar essa dissertação finalizada aos participantes do estudo e disponibilizá-la no Banco de Dissertações da Uesb.

Temos a consciência de que a construção de um conhecimento novo sempre acontece mediante a experiência do inacabado, e temos a convicção de que esse estudo traz uma grande contribuição para o despertar dos profissionais, sobretudo, de enfermeiros (as) e gestores frente a necessidade de inserir ações de cuidado aos consumidores de drogas na rede de atenção psicossocial, a partir do conhecimento do panorama atual sobre as limitações e as potencialidades que o município pode oferecer.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, D. S. N; SILVA, P. R. F; COSTA, N.R. Êxitos e desafios da reforma psiquiátrica no Brasil, 22 anos após a declaração de Caracas. **Revista Medwave**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 10. Out. 2012.
- ANDRADE, T. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4665-4674, Dez. 2011 .
- BALLARIN, M.L.G.S et al. Centro de atenção psicossocial: convergência entre saúde mental e coletiva. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 16, n. 4, Dez. 2011.
- BARROS, D.D; NICÁCIO, F; AMARANTE, P. Os centros de atenção psicossocial e o impacto do sistema de financiamento no modelo assistencial. In: AMARANTE, P (Org.) **Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2005. p. 113-142.
- BARROS, M.A; PILLON, S.C. Programa de Saúde da Família: Desafios e Potencialidades Frente ao Uso de Drogas. **Rev Eletrônica Enferm.**, Rio de Janeiro, v.08, n.1, p. 114-149, 2006.
- BEDIN, D.M; SCARPARO, H.B.K. Integralidade e saúde mental no SUS à luz da teoria da complexidade de Edgar Morin. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo, v.13, n.2, p.195-208, ago. 2011 .
- BOFF, L. **Saber Cuidar: Ética do humano – compaixão pela Terra**. 5th ed. São Paulo: Vozes; 2008.
- BRASIL. **Lei n. 8.080/90, 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, 20 de setembro de 1990.
- \_\_\_\_\_. **Lei n. 10.216/01, de 06 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, Brasília, 09 de abril de 2001. Seção 1, p.2.
- \_\_\_\_\_. **Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União, 20 de fevereiro de 2002.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. 2ª Ed**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 60 p.
- \_\_\_\_\_ a. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: **Conferência regional de reforma dos serviços de saúde mental: 15 anos depois de Caracas**. Brasília: Opas, 2005.

\_\_\_\_\_. b. **Resolução nº3/GSIPR/CH/CONAD de 27 de outubro de 2005.** Aprova a Política Nacional Sobre Drogas. Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. **Lei Nº 11.343 de 23 de agosto de 2006.** Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, Diário Oficial da União, Brasília, 24 de agosto de 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Humaniza SUS:** clínica ampliada e compartilhada. Brasília: DF, 2009. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. a. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Cadernos HumanizaSUS:** Atenção Básica. Brasília: DF, 2010. 256p. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

\_\_\_\_\_. b. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde.** 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. **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. Diário Oficial da União, Brasília, 23 de Dezembro de 2011.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466,** de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2013.

CARVALHO, P.A.L. Vivências de Cuidado à Família e Intersubjetividade: Percepção de Familiares de Usuários do Caps II. [Dissertação]. Jequié: Uesb/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde; 2010.

PACHECO, M.E.A.G. Política de redução de danos a usuários de substâncias psicoativas: práticas terapêuticas no projeto consultório de rua em fortaleza, Ceará [dissertação]. Fortaleza: UECE/Mestrado Acadêmico em Políticas Públicas e Sociedade; 2013.

CARVALHO, L.G.P.; MOREIRA, M.D.S.; RÉZIO, L.A.; TEIXEIRA, N.Z.F. A construção de um Projeto Terapêutico Singular com usuário e família: potencialidades e limitações. **Rev. O mundo da saúde,** São Paulo, v. 36, n. 3, p. 521-525, Jul. 2012.

CLEMENTE, A.; LAVRADOR, M.C.C.; ROMANHOLI, A.C. Desafios da rede de atenção psicossocial: problematização de uma experiência acerca da implantação de novos dispositivos de álcool e outras drogas na rede de saúde mental da cidade de Vitória-ES. **Polis e Psique,** Porto Alegre, v.3, n.1, p.80-99, 2013.

CORDEIRO, L.R.O; OLIVEIRA, M.S; SOUZA, R.C. Produção científica sobre os Centros de Atenção Psicossocial. **Rev. esc. enferm. USP,** São Paulo, v.46, n.1, p.119-123, 2012.

COSTA, L. **As Drogas e o Aniquilamento da Sociedade**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Livre expressão, 2008.

DANTAS, S.; CABRAL, B.; MORAES, M. Sentidos produzidos a partir de experiências de bad trip: drogas, prevenção e redução de danos. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 539-550, Set. 2014.

ESPÍRITO SANTO. Governo do Estado. Dependentes Químicos. 2016. Disponível em: <[http://www.es.gov.br/Cidadao/paginas/dependentes\\_quimicos.aspx](http://www.es.gov.br/Cidadao/paginas/dependentes_quimicos.aspx)>. Acesso em 20/07/2016.

GONCALVES, R.W.; VIEIRA, F.S.; DELGADO, P.G.G. Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 51-58, Fev. 2012.

ÍNDICE DE DESEMPENHO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (IDSUS). **Pontuação de indicadores por municípios**. Disponível em: <<http://idsus.saude.gov.br/mapa.html>>. Acesso em: 20/07/2016.

JORGE, M.S.B; DINIZ A.M; LIMA, LL; PENHA, J.C. Apoio Matricial, Projeto Terapêutico Singular e Produção do Cuidado em Saúde Mental. Texto & Contexto Enfermagem (UFSC. Impresso), Florianópolis, v. 24, p. 112-120, Jan-Mar. 2015.

LAVRADOR, M.C.C; RIBEIRO, W.L. As forças do CAPS: uma experiência cartográfica. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v.7, n.2, p.91-98, dez. 2015.

MELLO, R.; FUGUERATO, A.R. Representações de usuários, familiares e profissionais acerca de um centro de atenção psicossocial. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 457-464, set. 2009.

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

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M.C.S; DESLANDES, S.F. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 35-42, Jan. 1998.

MOIMAZ, S.A.S et al. Saúde da Família: o desafio de uma atenção coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 965-972, 2012.

MUNIZ, J.A; REICHEL, G.G, NEVES, E.B. Atendimento ao Dependente Químico na Estratégia de Saúde da Família **Uniandrade. rev.**, Curitiba, v.11, n.2, jul-dez. 2010.

NOGUEIRA, M. S. L.; COSTA, L. F. A. **Política Pública de Saúde Mental**: discutindo o paradigma da desinstitucionalização. Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas – III Jornada Internacional de Políticas Públicas – Questão Social e Desenvolvimento no Século XXI. São Luís – Maranhão, 28 a 30 de agosto, 2007.



OLIVEIRA, Carla Braga et al. As ações de educação em saúde para crianças e adolescentes nas unidades básicas da região de Maruípe no município de Vitória. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 635-644, Abr. 2009.

ONOCKO-CAMPOS, R.T; FURTADO, J.P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p.1053-1062, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **La introducción de un componente de salud mental en la atención primaria**. Genebra: OMS; 1990. Disponível em < <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243561367.pdf> > Acesso em 27 Junho 2012.

PACHECO, M.E.A.G. Política de redução de danos a usuários de substâncias psicoativas: práticas terapêuticas no projeto consultório de rua em fortaleza, Ceará [dissertação]. Fortaleza: UECE/Mestrado Acadêmico em Políticas Públicas e Sociedade; 2013.

PASSOS, E.H.; SOUZA, T.P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de "guerra às drogas". **Psicol. Soc.**, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 154-162, Abr. 2011.

PAULA, M.L. et al . Usuário de crack em situações de tratamento: experiências, significados e sentidos. **Saude soc.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 118-130, Mar. 2014.

RODRIGUES, E.S.; MOREIRA, M.I.B. A interlocução da saúde mental com atenção básica no município de Vitoria/ES. **Saude soc.**, São Paulo , v. 21, n. 3, p. 599-611, Set. 2012.

RODRIGUES, T. Narcotráfico e militarização nas Américas: vício de guerra. **Contexto int.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 9-41, Jun. 2012.

ROSA, C. M.; VILHENA, J. Do Manicômio ao Caps da Contenção (im)pedosa à Responsabilização. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n 37, p 154-176, jul./dez. 2012.

SANTOS, A. S. et al. Vivência da entrevista fenomenológica com adolescentes grávidas: relato de experiência. **Rev. Augustus**. Rio de Janeiro, V.10, n. 38, p. 29-35, jul-dez. 2014

SANTOS, J. A.; OLIVEIRA, M. L. Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico. **J Nurs Health**, v.1, n.2, p.82-93. Jan-jun. 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**. 2006. 284f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-graduação 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. (Online)**, Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 769-775, Dez. 2010.

SENA, E.L.S. et al. Percepção de familiares sobre o cuidado à pessoa com câncer em estágio avançado. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 4, p. 774-781, Dez. 2011.

SHIKASHO, L. Reforma Sanitária Brasileira: promessa não cumprida?. **Physis**, Rio de Janeiro, v.22, n.4, p.1587-1590, 2012.

SHIM, R; RUST, G. Primary care, behavioral health, and public health: partners in reducing mental health stigma. **American J Public Health.**; v. 103, n. 5, p. 774-776, Maio 2013.

SILVA, L.W et al. O cuidado na perspectiva de Leonardo Boff, uma personalidade a ser (re)descoberta na enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.58, n.4, p.471-475, Aug. 2005.

SILVA, C.A.F; MÜLLER, M.J. (Orgs.). Merleau-Ponty em Florianópolis. Porto Alegre: FI, 2015.

SILVA, R.A.N; ZAMBENEDETTI, G; PICCININI, C.A. O Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde no Cuidado com Pessoas que Usam Drogas. **Polis e Psique.**, Porto Alegre, v.2, p.59-72, 2012.

TEXEIRA, P.S; LOMBA, C.P.M. O Consumo de Álcool e as Consequências Desse Uso no Adolescente. **Rev. Conexão**, v. 7, n. 1, p. 46-55, 2010.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **World Drug Report 2015**. Nova Iorque: UNODC, 2015. Disponível em: <[https://www.unodc.org/documents/wdr2015/World\\_Drug\\_Report\\_2015.pdf](https://www.unodc.org/documents/wdr2015/World_Drug_Report_2015.pdf)>. Acesso em: 20/07/2016.

VITÓRIA. Prefeitura Municipal. Secretara Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**. Vitória: 2010

VITÓRIA. Prefeitura Municipal. Secretara Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**. Vitória: 2010

YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

ZAMBENEDETTI, G; SILVA, R.A.N. A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil. **Psicol. rev. (Belo Horizonte)**, Belo Horizonte, v.14, n.1, jun. 2008.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  
**Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho**  
**Nacional de Saúde.**



**TÍTULO DO PROJETO: PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA DE**  
**SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE O CUIDADO AO CONSUMIDOR DE DROGAS**

Pesquisador Responsável: **Lucas Queiroz Subrinho**

Orientadora Responsável: **Edite Lago da Silva Sena**

Prezado (a) senhor (a),

Meu nome é Lucas Queiroz Subrinho, discente do Programa de Pós-graduação, *stricto sensu*, em Enfermagem e Saúde, nível mestrado, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Uesb) e estou desempenhando, juntamente com a minha orientadora Edite Lago da Silva Sena, o projeto de pesquisa chamado **“Percepção dos Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre o Cuidado ao Consumidor de Drogas”**. Esse constitui subprojeto da Pesquisa denominada **“Produção de cuidado na rede de atenção à saúde mental na perspectiva da prevenção e enfrentamento da dependência de crack, álcool e outras drogas”** com protocolo de aprovação número 111/2011 sob a responsabilidade das pesquisadoras **Edite Lago da Silva Sena e Patrícia Anjos Lima de Carvalho**. O objetivo geral da minha pesquisa é compreender como os enfermeiros da ESF percebem o cuidado aos usuários de drogas nas Unidades Básicas de Saúde.

Os participantes dessa pesquisa serão os enfermeiros que prestam assistência nas Unidades de Atenção Básica do município de Vitória-ES que aceitarem participar voluntariamente, por meio da assinatura do presente termo, portanto, é, com muita satisfação, que convido o (a) senhor (a) a participar desse projeto e contribuir com a produção de conhecimentos sobre do envolvimento dos enfermeiros da ESF no cuidado ao usuário no contexto do uso de drogas. Além

disso, essa pesquisa poderá contribuir para a ampliação e difusão do conhecimento na área de Saúde Mental, formando profissionais capacitados e engajados em identificar precocemente os problemas e a aplicar das devidas intervenções no contexto do uso de crack, álcool e outras drogas, e também poderá subsidiar os gestores do Sistema de Saúde no planejamento de ações de promoção de hábitos saudáveis, de prevenção do adoecimento e de respeito aos direitos de cidadania de pessoas com sofrimento mental.

Acreditamos que, embora não haja riscos para os participantes da pesquisa, possíveis desconfortos poderão existir devido à gravação das falas, para posterior transcrição, e pela necessidade do senhor (a) dispor de tempo para participação da(s) Entrevista(s) não-diretiva. Isso poderá ocasionar certo desconforto por ter sua rotina transformada, mesmo que temporariamente, no entanto, respeitar-se-á os sentimentos dos participantes da pesquisa, de modo que, caso surja algum desconforto, os pesquisadores serão responsabilizados e deverão tomar as providências necessárias para contorná-lo. Se algum questionamento da(s) Entrevista(s) não-diretiva lhe causar desconforto, o (a) senhor (a) poderá deixar de respondê-la.

O (a) senhor (a) terá a garantia do anonimato e o direito de remover seu consentimento em qualquer tempo da pesquisa, sem sofrer nenhum prejuízo. Essa pesquisa também não acarretará gastos financeiros para o senhor (a), nem qualquer forma de ressarcimento ou indenização financeira por sua participação. É importante lembrar que a sua participação nesta pesquisa não é obrigatória, mas sim, voluntária, e consistirá em: participar da(s) Entrevista(s) não-diretiva e autorizar a gravação dessas, que só poderá ser iniciada após a assinatura deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A gravação, material cartográfico produzido e a transcrição da(s) Entrevista(s) não-diretiva serão arquivadas pelos pesquisadores por cinco anos e o senhor (a) poderá solicitá-las sempre que necessário. Os resultados desta pesquisa poderão ser publicados em revistas e/ou periódicos científicos da área da saúde, bem como apresentados em eventos científicos, entretanto, o senhor (a), assim como nenhum outro participante, não será identificado. Caso tenha dúvidas, o (a) senhor (a) pode solicitar esclarecimentos antes, durante e após à participação da pesquisa. Esses esclarecimentos podem ser transmitidos através de Lucas Queiroz Subrinho, pelo e-mail: [lucas.q.subrinho@gmail.com](mailto:lucas.q.subrinho@gmail.com) ou telefone: (27) 9-9729-2847 ou (73) 8876-2033 e

Edite Lago da Silva Sena, pelo e-mail [editelago@gmail.com](mailto:editelago@gmail.com) ou telefone: (73) 35289727  
8762.

Para mais informações, 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](mailto:cepuesb.jq@gmail.com) ou no seguinte endereço: Av. José Moreira Sobrinho, S/N - Bairro: Jequiezinho, Jequié – Bahia, no horário de 14:00 às 18:00 horas.

Ciente disto, Eu \_\_\_\_\_, portador da identidade nº \_\_\_\_\_ concordo voluntariamente em participar do referido estudo.

Desde já agradeço sua atenção!

\_\_\_\_\_ - ES, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Pesquisador Responsável

\_\_\_\_\_  
Participante

## **APÊNDICE B – Temas norteadores da entrevista fenomenológica**

1. Fale como você vê a questão o uso de drogas no município de Vitória-ES;
2. Fale como você vê o usuário de drogas e suas necessidades;
3. Discorra sobre o papel da unidade de saúde no contexto do cuidado;
4. Discuta sobre as potencialidades e limitações em cuidar de um usuário de drogas;
5. Fale o que o enfermeiro pode realizar para produzir cuidado ao usuário de drogas nas Unidades de Saúde, tanto individualmente quanto em equipe.

## **ANEXOS**



## ANEXO A – Parecer consubstanciado do comitê de ética em pesquisa

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
SUDOESTE DA BAHIA -  
UESB/BA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Produção de cuidado na rede de atenção à saúde mental na perspectiva da prevenção e enfrentamento da dependência de crack, álcool e outras drogas

**Pesquisador:** Edite Lago da Silva Sena

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 20290214.9.0000.0055

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DA NOTIFICAÇÃO

**Tipo de Notificação:** Outros

**Detalhe:** Subprojeto de Lucas Queiroz

**Justificativa:** Enviamos neste momento a notificação do subprojeto "PERCEPÇÃO DOS

**Data do Envio:** 29/05/2015

**Situação da Notificação:** Parecer Consubstanciado Emitido

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.163.891

**Data da Relatoria:** 29/06/2015

#### Apresentação da Notificação:

Resumo apresentado pelos pesquisadores do subprojeto: "PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA FRENTE AO CUIDADO DO USUÁRIO DE DROGAS" sobre a responsabilidade do mestrando Lucas Queiroz Subrinho. "A Reforma Psiquiátrica no Brasil mobilizou o início da construção de uma rede de atenção à Saúde Mental, que hoje engloba diversos dispositivos, dentre eles a Estratégia de Saúde da Família (ESF), considerada uma das mais bem-sucedidas iniciativas brasileiras em saúde das últimas décadas. Dentre os vários eixos temáticos abordados na Saúde Mental, insere-se o consumo de drogas que se faz presente independente de raça, credo ou condição socioeconômica. Tal panorama impõe a necessidade da ESF integrar-se à rede de Atenção à Saúde Mental no contexto do consumo de drogas, uma vez que está voltada ao usuário e sua família. Nessa perspectiva, os profissionais da ESF são

**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

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
SUDOESTE DA BAHIA -  
UESB/BA



Continuação do Parecer: 1.163.891

fundamentais ao planejamento e à implementação de ações no campo da saúde mental, o que exige a capacitação e engajamento, em especial dos enfermeiros. Esse estudo tem por objetivo desvelar a percepção dos enfermeiros da ESF sobre o atendimento e cuidado aos usuários de drogas nas Unidades Básicas de Saúde. Trata-se de um estudo fenomenológico, em Maurice Merleau-Ponty, cujas descrições vivenciais serão geradas a partir do diálogo com enfermeiros da ESF, no município de Vitória-ES, em encontros de Grupo Focal. As descrições produzidas serão submetidas à técnica analítica da ambiguidade, que permitirá desvelar os resultados, satisfazendo a questão de pesquisa".

**Objetivo da Notificação:**

Objetivo geral:

Compreender como os enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família (ESF) percebem o cuidado aos usuários de drogas nas Unidades Básicas de Saúde.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Esse projeto constitui-se em um subprojeto de um projeto maior intitulado:

"Produção de cuidado na rede de atenção à saúde mental na perspectiva da prevenção e enfrentamento da dependência de crack, álcool e outras drogas, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, com o número de protocolo: 111/2011 e CAAE: 0088.0.454.000-11. Os pesquisadores responsáveis pela pesquisa afirmam que não acarretará custos aos participantes, bem como a confidencialidade dos dados e o anonimato desses serão garantidos através da utilização de outra identificação, escolhida pelos sujeitos, em detrimento da utilização de seus nomes.

**Comentários e Considerações sobre a Notificação:**

A notificação apresentada tem coerência com o projeto anteriormente aprovado pelo CEP\ UESB e atende a Resolução 466/2102.

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

Nada a declarar.

**Recomendações:**

Recomendamos aos pesquisadores apresentação do projeto para a secretaria de saúde do local onde será desenvolvida as ações do projeto garantindo o retorno das informações e divulgação

Endereço: Avenida José Moreira Gobrinho, 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

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
SUDOESTE DA BAHIA -  
UESB/BA



Continuação do Parecer: 1.183.801

dos resultados junto aos participantes da pesquisa.

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

Nada a declarar.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

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

JEQUIE, 29 de Julho de 2015

---

**Assinado por:**  
**Ana Angélica Leal Barbosa**  
(Coordenador)

**Endereço:** Avenida José Moreira Górrinho, 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

**ANEXO B – Declaração viabilidade da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória**

PREFEITURA DE VITÓRIA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
ESCOLA TÉCNICA E FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE SAÚDE  
Professora Angela Maria Campos da Silva

**DECLARAÇÃO**

Declaro, para fins de apresentação no Comitê de Ética, que a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) está de acordo e possui infraestrutura adequada para a realização do projeto de pesquisa intitulado: "PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA FRENTE AO ATENDIMENTO DO USUÁRIO DE DROGAS" de autoria de LUCAS QUEIROZ SUBRINHO. O início da coleta de dados fica condicionado à aprovação do projeto no Comitê de Ética e fornecimento, pela ETSUS-Vitória, de Carta de Apresentação do pesquisador ao(s) campo(s) de pesquisa.

Vitória, 23 julho de 2015.

Regina Célia Diniz Werner  
Diretora da Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde

jcmiarejcmilene

Av. Maria de Lourdes Garcia, 474, Ilha de Santa Maria, CEP 29051-250  
E-mail: <escolasaude@correio1.vitoria.es.gov.br> Tel/Fax.: 3132-5194 ou 3132-5074