

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⁽¹⁾.

Na saúde mental, essas conquistas levaram ao processo de desinstitucionalização da pessoa com transtorno mental e dos consumidores de drogas⁽²⁾. 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⁽³⁾.

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⁽⁴⁻⁵⁾. 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⁽⁵⁾.

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⁽⁶⁻⁷⁾.

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⁽⁸⁾. O exercício da Enfermagem é de auxiliar na busca desse autocuidado⁽⁵⁾, 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⁽⁸⁻⁹⁾, 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⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

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⁽¹⁰⁾.

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⁽¹²⁾. 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⁽⁴⁾.

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⁽¹⁰⁾.

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⁽¹³⁾. 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⁽¹³⁻¹⁴⁾.

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⁽¹¹⁾.

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)⁽¹⁵⁾. 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⁽¹⁰⁾.

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⁽¹⁵⁾. 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⁽¹⁵⁾. 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⁽¹⁶⁾.

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^(17,18). 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⁽¹⁵⁾. 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⁽¹⁸⁾.

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)⁽¹⁵⁾.

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⁽¹⁹⁻²⁰⁾. 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⁽²¹⁾.

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^(19,22).

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⁽²³⁾, 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⁽¹⁰⁾.

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⁽²¹⁾. 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⁽¹⁰⁾.

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⁽¹¹⁾. 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⁽¹¹⁾. 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⁽¹⁰⁾.

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⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

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⁽¹⁷⁾. 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⁽¹⁶⁾.

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⁽¹⁰⁾. 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⁽²⁴⁾. 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⁽²⁵⁾.

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⁽¹⁰⁾.

Novas estratégias no cuidar necessitam, indispensavelmente, da modificação no processo de trabalho das equipes da ESF⁽²⁵⁾ 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⁽⁶⁾. 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⁽²⁶⁾.

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⁽²⁷⁾. 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⁽²⁸⁾. 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⁽²⁹⁾.

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⁽³⁰⁾. 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⁽¹⁰⁾. 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.
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 DROGAS¹

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.

¹ 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.¹ 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.²

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.³ 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.⁴⁻⁶ 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.⁴

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.³ 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.⁵

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.⁵ 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.⁷⁻⁸

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.⁸ 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.⁹

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.^{5,7} 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.¹⁰

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*).¹¹

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.¹²

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.¹¹⁻¹²

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.¹² 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.¹³

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.⁹

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.¹² 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.¹⁴⁻¹⁵ 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.¹³

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.¹⁶ 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.¹⁷

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.¹⁸ 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.¹⁹⁻²⁰

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.²¹

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.²² 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,²²⁻²⁴ 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.²⁵ 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.¹¹

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.²⁶ 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.²⁷

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.²⁶ 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.¹⁸

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.^{13,25}

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.²⁴ 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.²⁸

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.¹⁹⁻²⁰ 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.²⁹

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*.¹³

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.¹³ 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.¹¹

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.^{26,30} 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.^{21,31}

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.⁹

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).³²

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.³³ 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.³⁴

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.
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
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.