

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

**CUIDADOS DIANTE DO ABUSO E DA DEPENDÊNCIA DE  
DROGAS: desafio da prática do Programa Saúde da  
Família**

**Alda Martins Gonçalves**

**Ribeirão Preto/São Paulo  
2002**

**ALDA MARTINS GONÇALVES**

**CUIDADOS DIANTE DO ABUSO E DA DEPENDÊNCIA DE  
DROGAS: desafio da prática do Programa Saúde da  
Família**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de  
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo  
para a obtenção do título de Doutor em  
Enfermagem, junto ao Programa de Pós-  
Graduação na linha de pesquisa: Promoção de  
Saúde Mental e Redução de Danos.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Margarita A. Villar Luis  
Co-orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Roseni R. de Sena.

**Ribeirão Preto/São Paulo  
2002**

G635a      Gonçalves, Alda Martins  
Cuidados diante do abuso e da dependência de drogas:  
desafio da prática do Programa Saúde da Família/  
Alda Martins Gonçalves. Ribeirão Preto, 2002.  
209p.  
Tese.(Doutorado).Enfermagem. Escola de Enfermagem de  
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

1. Transtornos relacionados ao uso de substâncias  
psicoativas 2. Saúde da família 3. Programas nacionais de  
saúde 4. Cuidados primários de saúde I.Título

NLM: WA 540  
CDU: 614.1: 362.11

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos sujeitos sociais desta pesquisa (quatro agentes comunitários de saúde, um auxiliar de enfermagem, uma enfermeira e um médico), integrantes da equipe do Programa Saúde da Família, que acolheram minha proposta e participaram comigo da pesquisa-ação. Por questões éticas, os nomes dos componentes da equipe não foram identificados. Mas isto não diminui o valor do que construímos juntos. Cada um deles sabe da sua importância em todos os momentos do nosso trabalho de pesquisar / cuidar / ensinar / aprender / criar / transformar a realidade social, compartilhando nossos saberes e fazeres. Quando iniciamos a pesquisa de campo, só eles detinham os atributos, vivências e informações sobre a realidade singular que exercitavam nas práticas do Programa Saúde da Família. Hoje ela é nossa e podemos dividir com outros essa experiência.

Obrigada por terem acreditado no meu projeto e por termos compartilhado nossos medos, dúvidas, desejos, esperanças e sonhos. Obrigada por termos criado possibilidades para melhorar um pouco a qualidade de vida de uma comunidade.

## AGRADECIMENTOS

Realizando uma retrospectiva do caminho percorrido, dou-me conta do quanto este trabalho foi compartilhado de diferentes formas, por tantas pessoas e instituições que contribuíram, direta ou indiretamente, para sua construção. Agradeço sinceramente a todos, destacando de modo especial:

- os sujeitos sociais desta pesquisa, pelo imponderável que vivemos juntos;

- Margarita A. Villar Luis (orientadora) e Roseni Rosângela de Sena (co-orientadora), pelo interesse e dedicação com que me orientaram, acompanhando-me com respeito e carinho em todas as etapas do trabalho, possibilitando-me aprofundar as reflexões teóricas e as articulações com a prática aqui desenvolvida;

- Francisca dos Santos Gonçalves (irmã e amiga), pelo estímulo e apoio, incitando-me a construir um caminho metodológico desafiador;

- a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, por ter-me acolhido entre os alunos da primeira turma do Curso de Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica; e a Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (da qual sou docente), pela oportunidade que me proporcionou de fazer esse curso;

- o Programa Saúde da Família do município de Contagem, Minas Gerais, nas pessoas do secretário municipal de saúde, Dr. Luiz Fernando Rolim Sampaio, e da coordenadora, enfermeira Maria Célia Ferreira Danese,

por terem acreditado na minha proposta e permitido a realização da pesquisa de campo;

- os atores sociais participantes do cenário da pesquisa (usuários do serviço e líderes da comunidade), por cada um ter compartilhado comigo sua história, seus momentos de vida, suas experiências e seus desejos. Sem eles, este trabalho não teria sentido;

- colegas do curso de doutorado e do meu trabalho, que torceram pela realização deste projeto. Com eles aprendi muito nesta caminhada;

- meus irmãos e amigos, pelo incentivo e pelo carinho que sempre tiveram comigo, apoiando-me nos momentos mais custosos dessa empreitada;

- Vera Moura, pela amizade, carinho e profissionalismo com que tem digitado meus trabalhos;

- finalmente, Paulo Veiga (esposo), Christy Ana e João Paulo (filhos), por terem dividido comigo os momentos mais difíceis: minhas ausências, viagens, ocupação do tempo que queríamos juntos, mas que era dedicado ao trabalho. Superamos as dificuldades e crescemos no afeto, no carinho e na compreensão. Eles são o meu estímulo maior para seguir em frente, lutando por uma vida melhor.

## *Vontade*

*Querer reduzir tudo aos  
seus limites leva  
à morte. Querer  
alargar-se às dimensões  
de todos é o caminho  
da vida.*

*O pior pecado:  
satisfazer-se com os  
resultados adquiridos,  
não querer caminhar mais.  
Crer que já  
chegamos ao cimo  
da montanha.*

*A nossa participação  
na emancipação humana  
pode ir do simples sorriso,  
da palavra de amizade  
que ilumina o rosto do outro,  
até o esforço organizado  
para desenraizar o apetite  
do poder nos povos  
e nas instituições.*

*Rose Marie Muraro*

Foi com este espírito que realizamos este trabalho.

## SUMÁRIO

*Lista de Abreviaturas e Siglas*

*Resumo*

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>CAPÍTULO 1 - PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: CONSTRUÇÃO DE UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE</b> .....	18
1.1 Contexto da assistência à saúde .....	23
1.2 Promoção da saúde: base conceitual do Programa Saúde da Família .....	28
1.3 Programa Saúde da Família: criação e desenvolvimento .....	33
<b>CAPÍTULO 2 - AS DROGAS NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA</b> .....	51
2.1 Enfoque socioepidemiológico sobre o consumo de drogas psicoativas .....	64
2.2 Representação social e conceitos sobre drogas .....	72
2.3 Potencialidades do Programa Saúde da Família para a prática de cuidados relacionados ao abuso e à dependência de drogas .....	81
<b>CAPÍTULO 3 - CAMINHO TEÓRICO-METODOLÓGICO</b> .....	97
3.1 Pesquisa-ação: estratégia metodológica .....	101
3.2 Cenário da pesquisa .....	107
3.3 Sujeitos da pesquisa .....	111
3.4 Instrumentos e procedimentos para a coleta de dados .....	115
3.5 Processo de tratamento do material .....	121
3.6 Caminho para a análise dos dados .....	123
<b>CAPÍTULO 4 - AS DESCOBERTAS RELACIONADAS AO CUIDADO DIANTE DO ABUSO E DA DEPENDÊNCIA DE DROGAS</b> .....	126
4.1 Primeira etapa: práticas de saúde .....	129
4.2 Segunda etapa: oficina pedagógica .....	154
4.3 Terceira etapa: projeto de ação comunitária .....	162
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	171
<b>ABSTRACT</b> .....	178
<b>RESUMEM</b> .....	180
<b>ANEXOS</b> .....	182
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	200



## LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AIDS	- Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
CEASA-MG	- Centrais de Abastecimento de Minas Gerais Sociedade Anônima
CEBRIO	- Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CLT	- Consolidação das Leis Trabalhistas
CICAD	- Comissão Internacional para Controle do Abuso de Álcool
CID	- Código Internacional de Doenças
COEP-UFMG	- Comitê de Ética em Pesquisa – Universidade Federal de Minas Gerais
DSM-III-R	- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 3º edição revisada
HIV	- Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OEA	- Organização dos Estados Americanos
OMS	- Organização Mundial de Saúde
PACS	- Programa Agente Comunitário de Saúde
PLC	- Projeto de Lei na Câmara
PLS	- Projeto de Lei no Senado
PSF	- Programa Saúde da Família
REFORSUS	- Reforço à Reorientação do Sistema Único de Saúde
RMBH	- Região Metropolitana de Belo Horizonte
SENAD	- Secretaria Nacional Antidrogas
SETASCAD	- Secretaria Estadual do Trabalho e Assistência Social à Criança e ao Adolescente
SIAB	- Sistema de Informação na Atenção Básica
SISVAN	- Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUS	- Sistema Único de Saúde
UDI	- Usuário de Drogas Injetáveis
UNDCP	- United Nations Drug Control Programme (Programa das Nações Unidas para Controle Internacional de Drogas)

## RESUMO

GONÇALVES, A.M. Cuidados diante do abuso e da dependência de drogas: desafio da prática do Programa Saúde da Família. 2002. 209fl. Tese. (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Este estudo tem como objeto a prática de cuidados relacionados ao abuso e à dependência de drogas no cotidiano de uma equipe do Programa Saúde da Família (PSF). Reconhecendo a gravidade dos problemas relacionados ao abuso e à dependência de drogas e suas implicações para o indivíduo, a família e a comunidade, que refletem no processo de formação e na prática dos profissionais, tivemos como objetivo desenvolver com os membros de uma equipe do PSF uma ação-reflexão sobre essa prática, visando contribuir para a superação de problemas e contradições enfrentados pela equipe no cotidiano de trabalho. Realizamos uma investigação com abordagem qualitativa, na modalidade de pesquisa-ação, fundamentada pelo materialismo histórico-dialético como parte intrínseca da visão de mundo vinculada à práxis. O cenário da pesquisa foi a área geopolítica de atuação de uma equipe do Programa no município de Contagem, Estado de Minas Gerais, Brasil. A pesquisa de campo foi realizada no período de setembro de 2000 a julho de 2001 e teve como sujeitos os integrantes da equipe (um médico, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde). Os resultados da pesquisa confirmaram a tese inicial sobre a importância do PSF para a prática de cuidados relacionados ao abuso e à dependência de drogas. Os resultados evidenciaram fragilidades e

potencialidades técnicas (práticas e políticas) do Programa para enfrentar esse desafio, além de apontar possibilidades de superação mediante investimento na capacitação da equipe e na criação de um projeto de ação comunitária. A pesquisa contribuiu com subsídio para formulação de políticas de saúde, voltadas para o desafio de desenvolver cuidados relacionados ao abuso e à dependência de drogas na prática do PSF, bem como de outros serviços de saúde que venham valer-se dessa experiência para aplicá-la em condições semelhantes.

**Palavras-chave:**

1. Transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas / 2. Saúde da Família / 3. Programas Nacionais de Saúde / 4. Cuidados primários de saúde.

**ABSTRACT**

GONÇALVES, A.M. Cares in front of the abuse and of the dependence of drugs: challenge of the practice of the Program Health of the Family. 2002. 209fl. Tese. (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

This study has as object the practice of cares related to the abuse and to the dependence of drugs in the daily of a team of the Program Health of the Family (PHF). Recognizing the gravity of the problems related to the abuse and to the dependence of drugs and their implications for the individual, the family and the community, that reflect in the formation process and in practice of the professionals, we had as objective develops with the members of a team of

PHF an action-reflection on that practice, seeking to contribute to overcome the problems and contradictions faced by the team in the daily of work. We accomplished an investigation with qualitative approach, in the research-action modality, based by the materialism historical-dialectic as intrinsic part of the world vision linked to the praxis. The scenery of the research was the area geopolitics of performance of a team of the Program in the municipal district of Contagem, State of Minas Gerais, Brazil. The field research was accomplished in the period from September of 2000 to July of 2001 and had as subjects the members of the team (a doctor, a nurse, a nursing auxiliary and four community agents of health). The results of the research confirmed the initial theses about the importance of PHF for the practice of cares related to the abuse and to the dependence of drugs. The results evidenced fragilities and technical potentialities (practices and politics) of the Program to face that challenge, besides pointing possibilities to overcome that by investment in the training of the team and in the creation of a project of community action. The research contributed with subsidy to articulate politics of health, come back for the challenge from developing cares related to the abuse and to the dependence of drugs in practice of the PHF, as well as of other services of health that come to be worth of that experience to apply it in similar conditions.

**Key words:**

1. Upheaval related to the use of psychoactive substances / 2. Health of the family / 3. National programs of health / 4. Primary cares of health.

## INTRODUÇÃO

A importância de uma pesquisa que tem por objeto de estudo a prática de cuidados relacionados ao abuso e dependência de drogas, no cotidiano de uma equipe do Programa Saúde da Família (PSF), torna-se relevante à medida que se faz uma crítica reflexiva sobre a gravidade dos problemas relacionados às drogas na sociedade contemporânea. Na identificação das implicações desses problemas para o cuidado individual, familiar e coletivo, percebe-se o distanciamento que o ser humano toma de sua própria identidade, ao se envolver com as drogas, perdendo a saúde, a capacidade de superar problemas e de empreender conquistas. Nessa condição, o ser humano afasta-se de suas possibilidades de viver com autonomia, assumindo-se como cidadão e ser-sujeito. Ao deixar de se assumir como *ser-sujeito, ser autocriativo, criador de si mesmo e da realidade social* (Gonçalves, 1999), ele passa a procurar nas drogas, cada vez mais, o que falta em si mesmo. Essa é uma questão na qual estamos todos implicados, de modo mais contundente os trabalhadores da saúde, não pelo ato do uso ou do abuso<sup>1</sup> em si, e sim, pelas conseqüências que ele traz, refletindo diretamente em problemas, necessidades e demandas aos serviços de saúde.

---

<sup>1</sup> As palavras “uso” e “abuso” são empregadas, neste estudo, no sentido semântico, significando ato ou efeito de usar, emprego, prática quando se refere ao “uso” e quando se quer enfatizar uso errado, mau uso, uso em excesso emprega-se “abuso”. No capítulo 2, ao abordar os conceitos sobre drogas, esses significados foram ampliados, evidenciando-se as dificuldades teóricas e práticas para lidar com esses conceitos.

---

Sob essa ótica, esta pesquisa discute e analisa essas questões, focalizando os cuidados relacionados ao abuso e à dependência de drogas, no âmbito das práticas de saúde do PSF.

O processo de globalização econômica, a crescente ruptura das barreiras geopolíticas e culturais e o crescimento do desemprego, da pobreza e da miséria têm contribuído para a disseminação do consumo de drogas no mundo inteiro, ameaçando a ordem social, gerando problemas de saúde e prejudicando a qualidade de vida das populações (Vargas, 1998; Procópio, 1999). Diante desse quadro, é preciso compreender o fenômeno do uso de drogas psicoativas como um problema complexo, de natureza biopsicossocial, com determinações historicamente construídas, presente nas ideologias, nas práticas de saúde e de educação, e que, nas últimas décadas, vem se ampliando de forma considerável em todas as culturas e sociedades. Para abordar essa questão, não podemos reduzi-la a um biologismo medicalizante e moralista, conforme nos alerta Velho (1985). Em vez disso, é necessário questionar “verdades” estabelecidas, concepções e saberes construídos sobre essa realidade, aproximar-se e avaliar as determinações, os interesses políticos e econômicos em jogo. É preciso conhecer os processos e os contextos de dimensões estratégicas que o problema das drogas vem assumindo nas sociedades modernas, em vez de focalizar situações isoladas. Esses são desafios que se colocam para os profissionais da saúde, particularmente para os integrantes de uma equipe de saúde da família, que, na nossa visão, têm estas questões como parte do cotidiano de sua prática.

Entendemos que a problemática do abuso das drogas atinge a sociedade em todos os seus segmentos e que à área da saúde é atribuída uma parcela importante da responsabilidade para lidar com essa questão. Defendemos a tese de que quanto aos cuidados relacionados ao abuso e à dependência de drogas, a área da saúde deve iniciar sua contribuição mais eficaz no nível da atenção básica<sup>2</sup>. Por isso, consideramos que o PSF configura-se como um meio<sup>3</sup> fundamental para essa prática. Tivemos como objetivo desenvolver com os membros de uma equipe do PSF uma ação-reflexão sobre a prática de cuidados relacionados ao abuso e à dependência de drogas, visando contribuir para a superação de problemas e contradições enfrentados no cotidiano dessa prática.

De início, colocam-se duas perguntas: Em que consiste o PSF? Por que tomá-lo como universo desta pesquisa? Para respondê-las, é importante contextualizar, no âmbito da Saúde Coletiva, os modelos de atenção à saúde no Brasil e os determinantes da criação e implantação do PSF.

No Brasil, a assistência à saúde tem sido direcionada pelo modelo médico-assistencial privatista, o qual não prioriza a atenção básica, centra-se no assistencialismo individual e curativo, é excludente e tem altos custos com baixa resolutividade. Se, por um lado, essa situação, somada a outros fatores que extrapolam o modelo de atenção, fez gerar uma crise no setor da saúde, por outro, desencadeou movimentos que provocaram mudanças significativas,

---

<sup>2</sup> Entendemos a “atenção básica” como um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, situado no primeiro nível da atenção dos modelos assistenciais, voltadas para promoção da saúde, prevenção dos agravos, tratamento e reabilitação. Esse termo passou a ganhar maior ênfase e significado a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), e está implicitamente associado aos princípios: saúde como direito, integralidade da assistência, universalidade, equidade, resolutividade, intersetorialidade, humanização do atendimento e participação (Brasil, 1999).

<sup>3</sup> O uso da palavra “meio” tem, neste estudo, uma conotação ampla para referir-se não só ao ambiente físico, mas também aos ambientes social, cultural e econômico que envolvem as práticas de saúde.

como a Reforma Sanitária, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) do PSF. Esse Programa vem sendo tratado como uma estratégia para reorganizar a atenção básica, na lógica da vigilância à saúde, centrada na promoção da qualidade de vida (Souza, 2000), como objetivo de viabilizar a implantação do SUS.

Tomar o PSF como universo desta pesquisa justifica-se porque acreditamos que ele, não obstante as dificuldades de ordem ideológica, conceitual e operacional com que tem se defrontado, acumulou experiências inovadoras e vem ampliando a cobertura da atenção básica de forma considerável. Até dezembro de 1999, verificava-se que 22,04% da população brasileira, nos 27 estados da Federação, recebia atendimento do PSF (Brasil, 2000a). Dados de novembro/2001 mostram que 12.771 equipes foram instaladas em todo o País, cobrindo 25,56% da população (Brasil, 2001a)<sup>4</sup>.

O PSF é voltado para a atenção básica, elege a família como unidade programática de atenção, atua em uma base territorial definida e se propõe a realizar um trabalho com a comunidade envolvendo a população. Essas características do PSF fazem dele um espaço privilegiado para a prática de cuidados nos contextos que emergem muitos dos problemas relacionados ao abuso e a dependência de drogas. Assim, o Programa reúne condições que possibilitam a superação desses problemas a partir da criação de novas formas de cuidar do dependente químico, da família onde ele se insere e da comunidade a que pertence.

---

<sup>4</sup> [http://www.saude.gov.br/psf/equipes/quantos\\_equipes.htm](http://www.saude.gov.br/psf/equipes/quantos_equipes.htm)



Para provar essa tese, optamos por uma pesquisa de natureza qualitativa, apoiada epistemologicamente no materialismo histórico-dialético e na estratégia de pesquisa-ação. A riqueza da experiência da pesquisa-ação realizada por meio de um trabalho conjunto – pesquisadora e participantes – colocou-nos numa posição de pretendermos que esse trabalho possa contribuir com subsídios para o PSF na organização de políticas de saúde práticas que contemplem cuidados relacionados ao abuso e à dependência de drogas.

Para analisar a realidade social estudada, procuramos ir além da contemplação ou da verificação dos problemas. Buscamos a interação no sentido proposto por Thiollent (1996): *envolvimento do pesquisador na realidade e com os atores sociais que busca conhecer*. Em todo o tempo, estivemos alertas quanto ao risco de que esse envolvimento pudesse obscurecer a realidade, bem como quanto ao fato de que a pesquisa não deve almejar a *resolução dos dilemas do conhecimento* (Minayo, 1998). Considerando-se esses riscos e limites, a nossa expectativa foi de aproximar e envolver os sujeitos pesquisados para desvelar a essência do problema através do que lhes é singular e particular.

A pesquisa teve a finalidade de orientar uma nova visão do ser humano, na perspectiva da formação e desenvolvimento de um ser-sujeito capaz de compreender a realidade social e buscar a superação de problemas e contradições presentes na prática do cuidado individual, familiar e coletivo relacionados ao abuso e à dependência de drogas.

Esta tese está organizada em quatro capítulos. O primeiro capítulo discute o contexto da assistência à saúde no Brasil, que determinou a criação

do PSF, buscando entender a concepção que sustenta o Programa e as possibilidades de construção de um novo modelo de atenção com potencialidades para realizar cuidados relacionados ao abuso e à dependência de drogas.

O segundo capítulo aprofunda a discussão sobre a problemática das drogas, contextualizando-a no âmbito da atual sociedade; busca-se compreender alguns enfoques socioepidemiológicos, conceitos e representações sociais sobre as drogas, objetivando fundamentar a prática de cuidados.

O terceiro capítulo descreve os procedimentos e os suportes teóricos e técnicos da pesquisa; apresenta a forma como a investigação foi conduzida e um mapa horizontal do material empírico; discute a pesquisa-ação enquanto estratégia metodológica adequada ao caráter dialético que orientou a leitura e análise da realidade. Esse capítulo mostra, no seu todo, a criação de uma metodologia para percorrer o caminho da pesquisa-ação aplicada a uma realidade social singular. A riqueza da metodologia evidenciou-se pela sua capacidade de envolver os participantes, de facilitar a identificação de contradições, problematizando-as e buscando a sua superação. Essa metodologia mostrou-se rica, também, ao motivar o exercício de ação-reflexão, garantir a elaboração do conhecimento coletivo e abrir caminho para a criação de possibilidades concretas para a formação e desenvolvimento de um ser-sujeito capaz de compreender e transformar a realidade social.

O quarto capítulo compreende a análise propriamente dita, buscando a essência da realidade por meio das diversas aproximações e

olhares de vários ângulos sobre o material empírico, desvelando as descobertas com relação ao cuidado diante do abuso e da dependência de drogas. O capítulo apresenta as três etapas do trabalho de campo:

– Primeira etapa: práticas de saúde – tem como enfoque central a análise da prática da equipe, realizada a partir de situações vivenciadas no conjunto do material empírico e tendo como critério sua importância, significado e potencialidade como paradigmas para a transformação da prática.

– Segunda etapa: oficinas pedagógicas – descreve os procedimentos, conteúdos e resultados do processo de capacitação da equipe sobre o tema drogas, abordando as dimensões conceitual, ideológica e prática.

– Terceira etapa: projeto de ação comunitária – aborda a evolução do processo de ação-reflexão da equipe até chegar à elaboração de um projeto de ação comunitária.

A análise do material empírico, tomado na sua totalidade, permitiu associar a metodologia à discussão do objeto de estudo – a prática de cuidados relacionados ao abuso e à dependência de drogas, no cotidiano de uma equipe do PSF, derivando desse material categorias empíricas que serviram de eixo articulador entre o pensamento teórico e a leitura da realidade, elucidando os resultados e a contribuição da pesquisa.

Por último, fizemos uma retomada à tese inicial, objetivos e finalidade da pesquisa, como que numa prestação de contas do que foi realizado, sem, contudo, admitir a idéia de conclusão, e sim de sínteses. Essa decisão leva em consideração a complexidade dialética do tema e a provisoriedade das certezas de que dispomos para lidar com ele, não nos

permitindo conclusões, e sim pequenas experiências que servem de exemplo para serem apropriadas, reelaboradas e aplicadas em condições semelhantes, tais como a realidade de inúmeras equipes de saúde do PSF espalhadas pelo País, bem como de outros serviços de saúde.

Por se tratar de uma pesquisa realizada em um tempo limitado, não podemos esperar por resultados consolidados. Trata-se de um processo, cujos frutos produzidos durante a sua realização ganharão maior visibilidade a longo prazo. São sementes que irão germinar à medida que as pessoas envolvidas derem continuidade ao projeto, transformando suas práticas. Contudo, uma transformação inicial concreta já pôde ser percebida. Houve mudança de comportamento dos integrantes da equipe na prática de cuidados relacionados ao abuso e à dependência de drogas e na capacidade para identificar e lidar com esses problemas. Além disso, eles elaboraram um projeto de ação comunitária com o objetivo de melhorar a qualidade de vida da população, mobilizaram a participação da comunidade e iniciaram a implantação do projeto.

## CAPÍTULO 1

### **PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: CONSTRUÇÃO DE UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE**

O objeto de estudo desta pesquisa – as práticas de cuidados relacionados ao abuso e à dependência de drogas no cotidiano de uma equipe do PSF – situa-se em campos do conhecimento vinculados à Saúde Coletiva em articulação com a Saúde Mental. A interação dessas duas áreas do conhecimento facilitou a compreensão do percurso metodológico desta investigação, contribuindo para elucidar os determinantes estruturais da problemática do abuso de drogas psicoativas e as possibilidades de práticas de cuidados no âmbito do PSF.

Para situar o significado e a importância do PSF, quer como um Programa<sup>1</sup> no contexto das políticas públicas, quer como novo modelo de atenção ou como estratégia para reverter o modelo assistencial vigente, faz-se necessário um recorte epistemológico na área da Saúde Coletiva, com o objetivo de compreender: a) os determinantes históricos da hegemonia do modelo médico-assistencial privatista e da criação e implantação de modelos de atenção baseados na promoção da saúde; b) o contexto da assistência, a

---

<sup>1</sup> O uso da palavra “programa” explícita no título – Programa Saúde da Família – é fruto de uma denominação própria da época do surgimento do PSF que facilitou maior visibilidade política, maior reconhecimento institucional e popularização nos meios de comunicação (Souza, 2001). No entanto, não se trata de programas no sentido clássico utilizado pelo Ministério da Saúde ao se referir às ações programáticas de saúde.

criação e a implantação do SUS e do PSF. Este estudo traz à luz as contradições comumente presentes na assistência, vistas sob a ótica da Saúde Coletiva, e reúne elementos que mostram fragilidades, problemas e potencialidades do PSF, contribuindo com propostas de soluções e de alternativas.

A Saúde Coletiva, disciplina resultante do movimento sanitário latino-americano – no Brasil, particularmente – da corrente da Reforma Sanitária, surge como proposta alternativa à Saúde Pública convencional. A Saúde Coletiva adota o materialismo histórico-dialético como referencial teórico-metodológico para estudar e contribuir para a transformação da realidade, *permitindo um diálogo crítico e a identificação de contradições e acordos com a saúde pública institucionalizada, seja na esfera técnico-científica, seja no terreno das práticas* (Paim & Almeida Filho, 2000). Essa disciplina, nos dizeres de Breilh (1990), constitui um *recurso de luta popular e da crítica-renovação estratégica de ação estatal*. Pela ótica da Saúde Coletiva, o processo coletivo de produção dos estados de saúde-doença é compreendido a partir de um conjunto de determinantes históricos e não no plano individual das causas biológicas. Nessa perspectiva, é fundamental compreender que a Saúde Coletiva, como área do saber, está compreendida no campo de práticas sociais em diferentes momentos e contextos historicamente determinados (Arantes, 1999). Se, por um lado, os saberes e os conhecimentos acerca do objeto saúde constituem o campo científico da Saúde Coletiva, onde operam distintas disciplinas, por outro, a prática é o lugar onde se realizam ações em diferentes âmbitos organizacionais e institucionais,

dentro e fora do espaço convencional do setor Saúde (Paim & Almeida Filho, 2000).

A Saúde Coletiva vale-se da Epidemiologia como instrumento para fundamentar o saber e o fazer ações de saúde, buscando respostas sociais adequadas aos problemas, necessidades e demandas ao serviço de saúde. Para Tal, toma o conhecimento sobre a saúde e a doença em sua dimensão coletiva para operacionalizar seus procedimentos e obter resultados. A explicação da saúde e da doença, como fenômenos coletivos, são trabalhados e acumulados nas Ciências Sociais, principalmente na Sociologia e na Antropologia. A saúde e a doença dizem respeito ao modo como as populações e as pessoas vivem, portanto, relacionam-se ao contexto histórico-cultural, econômico e social, em dado tempo histórico e em determinado espaço geográfico (Arantes, 1999).

O modo de produção capitalista, referência histórica para a compreensão das questões de saúde e doença, interfere sobre as práticas e saberes de saúde, mercantilizando-as ao longo do tempo, refletindo no processo social saúde-doença, prejudicando as relações dos homens com a natureza (meio ambiente, espaço, território) e com outros homens através do trabalho e das relações sociais, culturais e políticas. O poder coercivo do capitalismo, refletido nas políticas públicas, faz-se visível no corpo social e físico dos trabalhadores subordinados ao capital. Por sua vez, as políticas de saúde<sup>2</sup> e práticas sociais contribuem, de diferentes maneiras, para o

---

<sup>2</sup> Conforme Souza (2001), políticas de saúde são declarações ou procedimentos formais entre instituições (especialmente governamentais) que definem prioridades e parâmetros para a ação em respostas às necessidades de saúde, aos recursos disponíveis e a outras pressões políticas.

aparecimento dessas condições, refletidas na qualidade de vida da população, conforme podemos constatar na opinião de Fleury:

As políticas públicas que incidem diretamente sobre as condições de reprodução da força de trabalho, tais como políticas educacionais e sanitárias, de nutrição, etc., bem como aquelas que incidem de forma mais indireta, como habitação, transporte, lazer, participam na determinação do valor histórico da força de trabalho (Fleury, 1992:24).

Nesse sentido, entendemos que, no universo desta pesquisa, as interpretações relativas à articulação entre saúde e produção econômica convergem para uma explicação fundamental: o entendimento das relações entre saúde/doença/cuidado como resultantes de fatores econômicos, políticos, culturais, ambientais, biológicos, sociais e de caráter comportamental, que refletem nas definições das políticas públicas de saúde, bem como nos modelos de atenção à saúde.

Por sua vez, modelo de atenção à saúde ou modelo assistencial são combinações de conhecimentos (saberes) e de técnicas (métodos e instrumentos) adotados para resolver problemas e atender a necessidades de saúde individual e coletiva (Teixeira, 2001)<sup>3</sup>. A esta definição acrescentamos a de Paim (1999a) que complementa avançando na idéia de modelo de atenção como forma de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários) mediadas por tecnologias utilizadas no processo de saúde-doença-cuidado, reforçando que não se trata de uma forma de organização dos serviços de saúde. O termo “tecnologias” vem ganhando novas conotações

---

<sup>3</sup> <http://www.saúde.gov.br/11cns/cns-modelos-atenção.htm>



contribuindo para explicitar a dimensão técnica, social e política do trabalho em saúde. Merhy (1998) distingue as tecnologias em leves (trabalho vivo em ato, encontro entre duas pessoas, intersubjetividades que ocorrem nas falas, escutas, acolhimentos, produção de vínculos, etc.), leve-duras (saberes bem estruturados tais como a clínica, a epidemiologia e o saber da enfermagem, etc.) e duras (máquinas, fichários, normas e estruturas organizacionais). Gonçalves (1994) aprofunda este conceito ao definir tecnologia como *um conjunto de saberes e instrumentos que expressa, nos processos de produção dos serviços, a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática em uma totalidade social.*

Assim, trabalhamos com a idéia de um conceito ampliado de saúde que transcende as atividades clínico-assistenciais e exige novas abordagens para a produção do conhecimento e novos modelos de atenção que possam dar conta da abrangência e complexidade do processo saúde-doença-cuidado, envolvendo questões relacionadas à qualidade de vida<sup>4</sup> das pessoas, especialmente as que se referem ao cuidado diante do abuso e dependência de drogas.

Nesse contexto, procuramos entender, à luz da Saúde Coletiva, como o PSF entra para a agenda das políticas públicas de saúde, ocupando o lugar de estratégia para *conversão da forma de prestação de assistência à saúde, induzindo um novo modelo de atenção à saúde* (Souza, 2001). Embora essas explicações sejam abrangentes, encontramos nelas fundamentos para compreender a criação do PSF como espaço estratégico para a atenção básica

---

<sup>4</sup> Qualidade de vida é aqui entendida como uma condição de existência material, social e espiritual de acordo com o modo de viver em sociedade, num dado momento e lugar historicamente determinados.

à saúde a partir de sua base conceitual, do contexto da assistência e da proposta de reorganização e reestruturação do sistema público de saúde.

### 1.1 Contexto da assistência à saúde

As políticas públicas que conduziram o sistema público de saúde brasileiro, até um passado bem recente, influenciando-o até os dias atuais, transitaram do sanitarismo campanhista para o modelo médico-assistencial privatista vigente. O primeiro modelo, segundo Mendes (1994), caracterizou-se por políticas de *saneamento dos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle de doenças que podiam prejudicar a exportação*, e o segundo, pelo investimento da atenção médica da Previdência Social *sobre o corpo do trabalhador, mantendo e restaurando sua capacidade produtiva*. Para esse autor, na década de 80 (século XX) estiveram em cena dois projetos alternativos: – o neoliberal e a Reforma Sanitária – tencionados pelos movimentos sociais nos planos político, ideológico e técnico.

A proposta de atenção primária<sup>5</sup> definida na Conferência Internacional de Alma-Ata, realizada em 1978, veio ao encontro da necessidade brasileira de desenvolver e expandir uma modalidade de assistência ampla, a baixo custo, de modo a dar cobertura aos excluídos pelo modelo médico-assistencial privatista, principalmente os habitantes de periferias das cidades e das zonas rurais. No entanto, não foram dadas as condições necessárias exigidas para desencadear o esperado

---

<sup>5</sup> É a atenção essencial à saúde disponibilizada à população a um custo compatível com o que o País e a comunidade podem pagar e que utiliza métodos científica e socialmente aceitos. Os princípios da atenção primária são incorporados pela atenção básica, englobando: equidade, envolvimento das comunidades, intersetorialidade, adequação da tecnologia e custos suportáveis (Souza, 2001).

desenvolvimento social, econômico e científico e gerar mudanças no padrão de vida e de saúde dessas populações. Alma-Ata desenvolveu um espírito de utilização de tecnologias apropriadas como forma de dar conta, com recursos escassos, da solução de problemas de saúde das sociedades “mais pobres” (Gonçalves, 1994; MacDonald, 1994).

No caso brasileiro, esse espírito de utilização de tecnologias apropriadas não foi suficientemente empregado para vencer os obstáculos colocados por esse modelo e pela realidade social do País. Entretanto, ainda hoje, serve de orientação a esse tipo de alternativa. Na prática, a atenção primária vem sendo desenvolvida de acordo com as possíveis interpretações, com contextos político-econômicos e concepções sanitárias predominantes nos vários países ao longo do tempo.

A Reforma Sanitária, movimento contra-hegemônico, culminou com a promulgação da Constituição da República de 1988, que declarou em seu artigo 196: *saúde é direito de todos e dever do Estado*. Essa mesma Constituição assegurou acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde (Brasil, 1988). No entanto, seis anos depois, Valla & Siqueira (1994) constatam que a reforma sanitária tal como foi proposta não alcançou legitimidade entre os seus executores e a grande massa da população utilizadora potencial dos serviços públicos de saúde. Bem sabemos que, ainda hoje, continua predominando essa mesma realidade.

A Constituição de 1988 abriu o caminho das mudanças, mas o texto legal não garantiu a mudança da realidade viva. Prevalece, ainda hoje, mais de

duas décadas após sua promulgação, um escasso controle social do sistema de saúde; faltam recursos financeiros, os salários são baixos, há uma deteriorização dos equipamentos e do serviço como um todo (Mendes, 1994, 1996).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) ocupa-se fundamentalmente de assuntos sanitários internacionais e saúde pública, por isso convocou a *Conferência Internacional de Alma-Ata*, realizada em 1978, com o tema central “Cuidados Primários em Saúde” e propôs um novo paradigma para a assistência à saúde. No entanto, na prática, a institucionalização da atenção primária não foi suficiente para alterar a prestação da assistência. Franco & Merhy (1999) afirmam que a redefinição do paradigma deve refletir em modificações na estrutura, na aplicação de recursos e, sobretudo, nos modelos assistenciais, nos valores e comportamentos dos profissionais da saúde. No entanto, apesar das reformas, das recomendações e incentivos de órgãos internacionais, da criação do SUS e do esforço de muitas instituições brasileiras, o modelo médico-assistencial privatista predominante no Brasil não contempla as diretrizes preconizadas para a prestação da saúde, mantendo-se em uma direção totalmente contrária à atenção primária, privilegiando ações centradas no assistencialismo individual e curativo de alto custo. Seu funcionamento é centrado no conhecimento especializado, no hospital, em equipamentos, máquinas e fármacos. Dessa forma, é excludente e de baixo impacto na melhoria da qualidade de vida da população (Mendes, 1994, 1996; Valla & Siqueira, 1994; Levcovitz & Garrido,

1996; Trad & Bastos, 1998; Viana & Dal Póz, 1998; Franco & Merhy, 1999; Paim, 1999b).

As limitações e fragilidades do modelo médico-assistencial privatista estão presentes na sua estrutura e, mais visceralmente ainda, na sua concepção biologicista. Nesse modelo, a concepção do processo saúde-doença-cuidado não leva em conta as relações sociais, culturais, ambientais e econômicas vivenciadas em um dado espaço geográfico e em determinado tempo histórico da vida individual e coletiva. Sem essa visão, dificultam-se mudanças estruturais capazes de indicar e conduzir soluções para os enormes problemas de saúde com os quais a população brasileira convive.

Analisando as conseqüências de uma postura de simples redução de custos de uma *medicina pobre para os pobres*, Cordeiro (1996:10) aponta melhores chances no atual sistema, ao afirmar:

Na agenda da reforma sanitária, o uso de tecnologias eficazes e seguras, articulado a sistemas de referência e contra-referência, regionalizados e hierarquizados, faz parte da nova racionalidade do Sistema Único de Saúde para que possa universalizar o acesso aos serviços de saúde a custos compatíveis com gastos público e privado do País.

Entretanto, essa não tem sido a realidade verificada nos dias atuais. Franco & Merhy (1999); Salum (2000/2001) denunciam que o sistema capitalista vem pressionando os países em desenvolvimento, como o Brasil, através de agências internacionais de financiamento público para que, cada vez mais, sejam adotadas propostas neoliberais de organização da sociedade. Nesse sentido, são apresentados pacotes de saúde pública que contemplam minimamente programas de imunização, de vigilância à saúde e programas

nutricionais voltados para o atendimento à criança. A realidade tem revelado, com muita intensidade, práticas “superadas” do velho “sanitarismo campanhista” direcionadas para os excluídos sociais, aqueles que representam risco social.

Na visão de Salum (2000/2001), há um grande risco de que o PSF seja uma reedição de projetos de cooperação internacional de apaziguamento social e legitimação de desigualdades sociais. Segundo Franco & Merhy (1999), as propostas neoliberais deixam clara a intenção de racionalizar gastos do Estado, repassando ao usuário o ônus de custear o sistema de saúde: *as ações de saúde de média e alta complexidade ficam a cargo do setor privado e deverão ser pagas pelo ‘consumidor’*. Em nosso ponto de vista, a proposta neoliberal, no Brasil, se esbarra em diretrizes e princípios do SUS, que prometem o acesso universal e o direito público à saúde, a ser garantido pelo Estado. A idealização desses direitos faz parte do imaginário coletivo e tem forte adesão dos organismos gestores do sistema de saúde, organizações não-governamentais, sindicatos e do movimento popular, que defendem os interesses da população. Por isso, conforme afirma Soares (2000), há um reconhecimento e valorização do SUS como *o único sistema público universal da América Latina que, apesar de suas restrições e problemas, continua sendo a única alternativa que resta à parcela majoritária da nossa população*.

O que estaria motivando a inclusão do PSF na agenda das políticas públicas? O modelo médico-assistencial privatista ainda mantém sua hegemonia, caminhando em direção oposta à viabilização do SUS. Por outro lado, as diretrizes e princípios do SUS – acesso universal e direito público à

saúde – vêm garantindo a sua sustentabilidade e exigindo a sua implantação efetiva. A reversão ou mudanças profundas no modelo de atenção vigente é necessária e urgente. Certamente, não temos, por muito tempo, como prescindir do modelo médico-assistencial privatista, mas temos como ampliar e consolidar a atenção básica à saúde, minimizando os efeitos da desassistência ao grande grupo dos excluídos. Assim, a coexistência dos dois modelos, embora contraditória, deve ser complementar e transitória. Nesse contexto, o PSF passa a ser visto como uma estratégia para enfrentar o desafio de reverter o modelo de assistência à saúde, *resgatando os princípios constitucionais do SUS de universalidade, integralidade e acesso igualitário a todos os níveis de complexidade do sistema, garantindo a qualidade da atenção por equipes profissionais qualificadas e com condições de trabalho* (Soares, 2000). Portanto, fazem-se necessárias mudanças significativas para que ocorra a implantação efetiva do SUS e a construção de um novo modelo de atenção à saúde.

## **1.2 Promoção da saúde: base conceitual do Programa Saúde da Família**

Uma retrospectiva histórica sobre os modelos de atenção à saúde a partir das conferências internacionais, que nas últimas décadas do século XX discutiram essas questões, nos mostra que o desenvolvimento social e econômico sustentáveis e o desenvolvimento pessoal são condições indispensáveis para a superação dos problemas de saúde. No cenário internacional, a promoção da saúde vem sendo entendida como *uma estratégia para o enfrentamento dos múltiplos problemas de saúde que afetam as*

*populações humanas* (Buss et al.,1998). Para esses autores, o conceito moderno de promoção da saúde, bem como sua prática, desenvolveram-se, de forma mais precisa, nos últimos 20 anos, no Canadá, Estados Unidos e países da Europa Ocidental.

As bases conceituais e políticas da promoção da saúde foram estabelecidas em conferências internacionais realizadas em Ottawa (1986, Canadá), Adelaide (1998, Austrália) e Sundsval (1991, Suécia). Na América Latina, em 1992, realizou-se, em Santa Fé de Bogotá (Colômbia), a Conferência Internacional de Promoção da Saúde, ocasião em que o tema ganhou maior visibilidade e realce entre os latinos. A promoção da saúde continua fazendo parte dos temas de conferências de saúde no mundo inteiro e ganha espaço gradativamente na definição de políticas e na formação de profissionais da saúde.

Neste texto, diante de suas limitações e especificidade, não pretendemos aprofundar nas questões teóricas sobre a promoção da saúde, e sim identificar os momentos históricos e as bases conceituais e políticas em que esse tema passou a fazer parte do contexto da Saúde Coletiva, no Brasil, influenciando os modelos de atenção à saúde, em última análise, o PSF.

Estudos de Buss (2000) sobre a promoção da saúde permitem-nos uma compreensão do aparecimento e evolução desse tema como um movimento social e de profissionais de saúde, *que surge como reação à acentuada medicalização da saúde na sociedade e no interior do sistema de saúde*. Lembra o autor que o termo “promoção da saúde” foi usado inicialmente



por Leavell e Clark, em 1965, para caracterizar um nível da atenção da medicina preventiva. Atualmente, promoção da saúde representa

um enfoque político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidado [...] esse termo está associado inicialmente a um conjunto de valores: vida, saúde, solidariedade, eqüidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros. Refere-se também a uma combinação de estratégias: ações do Estado (políticas públicas, saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais. Isto é, trabalha com a idéia de responsabilização múltipla, seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas para os mesmos (Buss, 2000:165-6).

A Carta de Ottawa define promoção da saúde como *o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo*. Esse conceito reforça a responsabilidade e direitos dos indivíduos e da comunidade pela sua própria saúde. Nesse sentido, a saúde passa a ser entendida como *componente do desenvolvimento humano, como uma orientação intersetorial que realça a responsabilidade da sociedade na defesa de melhor qualidade de vida*, vista no processo de renovação da Estratégia de Saúde para Todos, reeditado nas nove últimas conferências mundiais realizadas na última década do século XX (Buss et al., 1998; Brasil, 2001b).

Outro olhar sobre os documentos internacionais<sup>6</sup> que tratam da promoção da saúde aponta-nos que eles não incluem explicitamente a problemática do consumo de drogas. A abordagem desse problema está

---

<sup>6</sup> Carta de Ottawa (1986); Declaração de Adelaide (1988); Declaração de Sundsväl (1991); Declaração de Santa Fé de Bogotá (1992); Carta Caribenha (1993) e Declaração de Jacarta (1997); Rede de Megapaíses (1998); e Declaração do México (2000) (Brasil, 2001b).

subentendida no bojo das recomendações sobre educação para saúde, qualidade de vida, hábitos, ambientes e estilos de vida saudáveis, sem chegar a propor mudanças radicais nas políticas públicas, diante do crescente agravamento da questão das drogas. Tratar o problema dessa forma parece-nos uma omissão. Entendemos que esta é uma questão delicada, porque mexe no campo de direitos individuais e sociais, escolhas pessoais, hábitos culturais, necessidades e carências do ser humano, diferentemente de outros problemas como, por exemplo, a aceitação de dietas, de uso de medicamentos com fins terapêuticos e de vacinas. Essas também são escolhas inseridas nessa mesma ordem, porém sem o peso dos preconceitos existentes em torno das drogas, principalmente as ilícitas, e sem a interveniência dos interesses espúrios que criaram e mantêm o narcotráfico no mundo inteiro.

A análise dos documentos citados mostra-nos que apenas a Declaração de Adelaide, realizada na Austrália em 1998, aborda explicitamente o problema drogas, mas, ainda, de forma bastante tangencial, citando o tabaco e o álcool como uma das quatro áreas prioritárias para promover ações imediatas em políticas públicas saudáveis: a) apoio à saúde da mulher; b) alimentação e nutrição; c) tabaco e álcool; d) criação de ambientes favoráveis. No entanto, a Declaração de Adelaide não chega a apresentar uma proposta de política pública concreta para o enfrentamento desses problemas em nenhuma das áreas. Na América Latina a *I Conferência Caribenha de Promoção da Saúde*, realizada em 1993, em Trinidad y Tobago, reafirmou as posições da Carta de Ottawa e desencadeou um movimento de mobilização dos governos dos países da sub-região, definindo estratégias e traçando um

Plano de Ação Regional para a Promoção da Saúde, nas Américas, para o quadriênio 1995-1998. Os objetivos gerais e proposições desse plano podem ser entendidos na seguinte citação:

Seus objetivos gerais são o desenvolvimento social com equidade, o fortalecimento das culturas de saúde, sustentadas em ambientes saudáveis e em comportamentos e estilos de vida que favoreçam a saúde, e a capacitação do setor saúde, para reconhecer, respaldar e liderar processos intersetoriais. O plano propõe, para isto, a formulação e implementação de políticas públicas saudáveis, com ênfase nas políticas específicas de alimentação e nutrição, *tabaco, álcool e drogas, redução da violência* (grifo nosso) e melhoramento do meio ambiente; a adoção de intervenções estratégicas que conduzam à criação de opções saudáveis para a população; e tendo os municípios e comunidades saudáveis como matriz para a materialização das ações de promoção da saúde” (Buss et al., 1998:29-30).

Esta breve análise, aqui apresentada, sobre promoção da saúde e dos documentos oficiais que tratam da questão, sugere-nos o entendimento das bases conceituais e políticas que condicionaram o aparecimento de uma proposta como o PSF com a pretensão de ser uma estratégia para reverter a forma de prestação de assistência à saúde, constituindo um novo modelo de atenção e meio fundamental para viabilização de políticas e práticas de promoção da saúde. Sugere-nos, também, a necessidade de aprofundamento das questões sobre abuso e dependência de drogas na perspectiva da promoção da saúde nas práticas do PSF.

### 1.3 Programa Saúde da Família

O embrião do PSF começou a germinar em 1991, quando o Ministério da Saúde institucionalizou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) com uma proposta centrada na família como unidade de ação programática de saúde, introduzindo a noção de área de cobertura por famílias. Dessa maneira, o PACS representa, nos dizeres de Viana & Dal Poz (1998), um antecessor do PSF, concretizando, dentro das práticas de saúde, um exemplo prático e inovador do deslocamento da atenção do indivíduo para a família. O PACS introduziu, também, uma visão ativa de ação preventiva em saúde, buscando estabelecer uma verdadeira interação com a comunidade e, ao mesmo tempo, reorganizando a demanda por assistência.

Além de testar a essência da concepção do PSF e de facilitar a articulação entre os diferentes níveis do sistema municipal, estadual e federal, o PACS auxiliou também na implantação do SUS e na organização dos sistemas locais de saúde, à medida que, para a adesão dos municípios ao programa, exigiam-se certos requisitos como: funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde; existência de uma unidade básica de referência do Programa; disponibilidade de um profissional de nível superior na supervisão e auxílio às ações de saúde; e existência de fundo municipal de saúde para receber os recursos.

Conforme Viana & Dal Póz (1998), a origem técnica e política do PSF se deu, de forma oficial, a partir das experiências positivas do PACS e de demanda explicitada por secretários municipais de saúde, em uma reunião ocorrida em Brasília, em dezembro de 1993. Os secretários reivindicavam

apoio financeiro do Ministério da Saúde para efetuar mudanças na forma de operacionalização da rede básica de saúde e para expandir o PACS a outros profissionais. Até aquele momento, o PACS caracterizava-se como uma experiência isolada das regiões Norte e Nordeste. A referida reunião contou com a participação de técnicos do Ministério da Saúde, de secretarias estaduais, secretários municipais de saúde, consultores internacionais e especialistas em atenção primária, constituindo-se um momento importante para difundir as experiências inovadoras entre representantes das regiões Norte, Nordeste, Sul e Sudeste do País.

Surgiu, então, uma proposta que tomou corpo a partir daquela reunião e deu origem ao PSF. A proposta foi sendo estruturada e, em setembro de 1994, havia sido formulado o primeiro documento explicitando seus princípios e diretrizes:

O programa de Saúde da Família é um modelo de assistência à saúde que vai desenvolver ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, através de equipes de saúde, que farão o atendimento na unidade local de saúde e na comunidade, no nível de atenção primária (Brasil, 1994:6).

Sousa (2001) registra que, além do acúmulo das experiências capitalizadas pelo PACS por todo o País, a estruturação do PSF foi beneficiada também pela proposta de médico de família do município de Niterói, no Rio de Janeiro, e de várias outras experiências que valorizaram a assistência à família em outros municípios brasileiros.

O cenário descrito anteriormente mostra-nos as condições que facilitaram o surgimento do PSF visto por diversos autores e o consideram ora

como um *modelo de assistência à saúde* (Brasil, 1994), ora como facilitador da *reorientação do modelo assistencial* (Brasil, 1997) ou da *reorganização e reestruturação do sistema público de saúde* (Viana & Dal Póz, 1998) ou, ainda, como *estratégia para a reorganização da atenção básica*. A partir de 1996, o PSF se expande e vem representando uma concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida na lógica da vigilância à saúde (Souza, 2000).

Depreende-se dessas afirmações que o PSF traz, na sua concepção, uma forte proposta contra-hegemônica ao projeto neoliberal que sustenta o modelo médico-assistentencial privatista, pactuando em muitas questões com o ideário da Reforma Sanitária. No entanto, a concepção ideológica de uma proposta ou modelo assistencial, por si só, não garante a reversão do modelo. Além disso, o embate das tensões oriundas do modelo idealizado e da sua operacionalização pode, conforme alertam Franco & Merhy (1999), resultar em fracasso da proposta de mudança, o que levaria a reforçar o modelo que se deseja reverter.

O reconhecimento de uma crise do modelo de assistência à saúde, as exigências do sistema capitalista via projetos neoliberais para a área da saúde, as mudanças nas condições de vida da população e a pressão dos movimentos sociais por melhores condições de assistência refletem a necessidade de um novo modelo e dão condições para o surgimento do PSF inserido no escopo das políticas públicas como proposta estratégica para reorganizar o SUS. Dessa forma, o PSF coloca-se como processo de transformação que vem na esteira de várias etapas anteriores de mudança, exigindo assumir, fundamentalmente, as *estratégias de acumulação de*

*confiança e legitimidade* (Souza, 1999). A acumulação de experiências vividas no movimento da Reforma Sanitária brasileira e da construção do SUS representa um arsenal de saberes e práticas que vem dando suporte para a implantação do PSF.

A concepção do PSF vem sendo elaborada, reelaborada, interpretada e analisada por atores sociais que buscam contribuir, reafirmando ou questionando a proposta. A concepção principal do Programa se traduz no princípio da promoção da saúde e de atenção à família como unidade programática de atenção à saúde. A referência epistemológica que fundamenta a proposta apóia-se na epidemiologia e na vigilância à saúde<sup>7</sup>, inscritas na medicina comunitária e nos cuidados primários de saúde, cujo marco teórico tem sua base na *Conferência Internacional de Alma-Ata*, realizada em 1978, e no paradigma da promoção da saúde, defendido desde a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada no Canadá, em 1986 e nas conferências subseqüentes.

Historicamente, no Brasil, a concepção de atendimento à família remonta à medicina familiar, quando, na década de 1970, os esforços concentravam-se na formação do médico de família, enfatizavam a necessidade de humanização da medicina e o combate ao especialismo. Naquele momento, na visão de Paim (1994), os determinantes sociais relacionados à doença e ao acesso aos serviços de saúde não receberam a devida importância para chegar a desencadear mudanças significativas. O

---

<sup>7</sup> Vigilância à saúde é aqui compreendida como propõe Mendes (1996): *uma nova forma de resposta social organizada aos problemas de saúde, referenciada pelo conceito positivo de saúde e pelo paradigma da produção social da saúde*. Trata-se de uma prática sanitária voltada para danos, riscos e necessidades de grupos populacionais em determinados territórios, por meio de uma oferta organizada da atenção.

modelo de medicina familiar, utilizado no PSF, observa muitos princípios daquela praticada em outros países, mas difere em um ponto, porque não é centrada no profissional médico, mas em uma equipe multiprofissional, incluindo membros da comunidade, os agentes comunitários de saúde (Sousa, 2001). O PSF ganha importância política por atender aos princípios da promoção à saúde definidos em documentos internacionais, como a Carta de Ottawa, onde são apontados cinco campos centrais de ação: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais; e reorientação do sistema de saúde (Buss et al., 1998).

Levcovitz & Garrido (1996) compreendem o PSF como um modelo de atenção que pressupõe o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania, expresso na melhoria das condições de vida, e que essa melhoria deve ser traduzida em serviços mais resolutivos, integrais e humanizados. Reforçam a importância da intersetorialidade e da participação da comunidade nas ações de saúde e no controle social. A ideia de substituição do modelo hegemônico, vista por esses autores como um movimento necessário no processo, ajuda a entender que *a hegemonia não é um dado objetivo, mas uma construção histórica que carrega no ventre a possibilidade de sua superação.*

Além da concepção básica do PSF, centrada no princípio de atenção à família e da promoção da saúde, desdobram-se outras questões, como as que dizem respeito às suas práticas de saúde, ao processo de trabalho, às garantias de direitos trabalhistas e à formação de recursos humanos para



garantir o funcionamento do Programa. Nessa perspectiva, os compromissos e desafios para o desenvolvimento e consolidação do PSF são destacados por Souza (1999:24), quando afirma:

Nesse espaço da prática de Saúde da Família, assumem-se alguns compromissos importantes: entender a família, o seu espaço social como núcleo básico da abordagem e não mais o indivíduo isoladamente; assistência integral, resolutiva, contínua e de qualidade; intervenção sobre fatores de risco; humanização das práticas de saúde; criação de vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a comunidade; desenvolvimento de ações intersetoriais através de parcerias; democratização do conhecimento do processo saúde-doença, da organização do serviço e da produção social da saúde; reconhecimento da saúde como direito da cidadania e organização da comunidade para efetivo exercício do controle social.

A prática do PSF vem retratando um modelo voltado para a vigilância à saúde, realizando atividades de vigilância sanitária, ambiental e epidemiológica, além de uma clínica intensa estimulada pela demanda espontânea, porém com baixa resolutividade. No entanto, o caráter de resolutividade das ações no âmbito da atenção primária de saúde – anunciado nos propósitos do Programa –, somado às necessidades de saúde da população, exige ações concretas de diagnóstico e de tratamento das doenças. A prática tem apontado a incapacidade do PSF de responder aos problemas que exigem tecnologia para a propedêutica e terapêutica. Na grande maioria, as unidades de saúde e as equipes estão despreparadas para uma atenção efetiva e eficaz orientada para a vigilância à saúde, porque as condições de trabalho das equipes – implantadas prioritariamente nas periferias das cidades e nas zonas rurais – são precárias, o número de famílias para receber

assistência é muito alto e não há uma rede de serviços assistenciais para assegurar a integralidade da prática da vigilância à saúde e da equidade de acesso a esses serviços.

Ao defender mudanças na organização dos serviços e no nível de satisfação dos profissionais, Souza (2000:9) afirma:

...defendemos unidades básicas que ofereçam condições para o desenvolvimento dos trabalhos em padrões ideais de qualidade. [...] unidades básicas com incorporação adequada de tecnologia que permita elevar o grau de resolutividade na assistência e nos níveis de satisfação e segurança dos profissionais. No entanto, esta ainda não é a realidade. As equipes de saúde da família, em sua maioria, estão desenvolvendo suas atividades em unidades precárias – as mesmas utilizadas pela rede tradicional.

A crítica de Franco & Merhy (1999) vai mais além. Refere-se à dicotomia entre a clínica e a epidemiologia que coloca a clínica no PSF (bem como em outros textos governamentais que discutem modelos assistenciais), *subsumida pela epidemiologia*, criando restrições para que seja utilizada em todo o seu potencial como um campo de conhecimentos e práticas capazes de conformar a produção dos serviços de saúde pública.

Para que o PSF constitua-se, de fato, estratégia de mudança do modelo médico-assistencial privatista e de implantação efetiva do SUS, não pode prescindir da clínica e de um sistema de referência que dê retaguarda às demandas que extrapolam a capacidade de resolução das equipes de saúde da família no nível da atenção básica. A precária organização da atenção básica, somada aos perfis demográfico e nosográfico da população brasileira, dá como resultado uma elevada demanda por assistência secundária e

terciária, pelo menos até que se façam visíveis os resultados da promoção, proteção e vigilância à saúde. A afirmativa de que o “velho modelo” é responsável pelos altos custos operacionais relativos à incorporação de tecnologias, pelo modo como produz a atenção à saúde, não deixa de ser verdade, mas há que ser qualificada e relativizada (Mendes, 1994). Corroborando essa opinião, Cordeiro (1996) acrescenta que *mudanças sociais vêm afetando, de forma significativa, o perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira*. Dentre essas mudanças, pode-se enumerar algumas, cujas conseqüências repercutem na demanda por novas tecnologias e assistência hospitalar, como: redução da fecundidade e aumento da população acima de 65 anos; aumento da prevalência das doenças crônico-degenerativas em adultos e idosos, do alcoolismo e causas associadas, dos agravos à saúde pelo abuso e dependência de outras drogas; bem como o aumento das mortes por “causas externas” provocadas por violência, homicídios e acidentes de trânsito. A essas condições acrescentam-se os problemas relacionados à pobreza, desestruturação familiar, exclusão social e aprofundamento das desigualdades regionais e sociais.

Para operacionalizar as práticas sanitárias, articulando o conjunto de ações e processos de trabalho, deve-se buscar estratégias para identificação, descrição e análise dos problemas para o enfrentamento contínuo no âmbito da atenção à demanda e a grupos populacionais, incorporando ações de caráter individual e coletivo (Mendes, 1994).

Quanto ao processo de trabalho, o PSF está implicitamente ligado à concepção que identifica o Programa. Um diferencial importante está na

modalidade de trabalho realizado por equipe multiprofissional composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde, de acordo com a realidade local. Cada equipe tem uma área de abrangência, geograficamente delimitada, com adscrição de uma clientela de até 1.000 famílias com limite máximo de 4.500 pessoas (Brasil, 1994, 1997). A equipe realiza parte de suas atividades na unidade de saúde, principalmente o atendimento à demanda espontânea e os atendimentos resultantes da busca ativa. Realiza visitas domiciliares para identificação, acompanhamento e tratamento; participa da vida da comunidade nas atividades existentes e em projetos intersetoriais elaborados em parceria com diversos setores da comunidade. Dessa forma, a equipe do PSF trabalha tendo como princípios gerais: territorialização, adscrição da clientela, integralidade das ações, resolutividade, intersectorialidade, participação social, vínculo com a população e qualidade do atendimento prestado.

O trabalho em equipe multiprofissional<sup>8</sup>, por um lado, rompe com a centralização do saber e da prática médica no processo de produção em saúde; por outro, desvia o enfoque clínico curativo para questões de ordem social e para práticas educativas, enfatizando a promoção e a prevenção. No entanto, essa mudança no processo de trabalho não pode ser entendida como uma simplificação desse processo. O que se espera é uma reorganização do conteúdo e das práticas, incorporando criativamente os avanços técnico-científicos às bases teóricas e empíricas de cada contexto social e epidemiológico. Para operacionalizar essas mudanças, um dos grandes

---

<sup>8</sup> Esse termo é aqui entendido no sentido que ultrapassa o conceito de um conjunto de vários profissionais diferentes fazendo um trabalho comum. Nessa proposta, pressupõe-se a construção de uma prática coletiva e de uma atitude de busca, envolvimento e compromisso diante do usuário e da comunidade.

desafios a ser enfrentado é a formação de recursos humanos preparados para a superação dos problemas da prática clínica e da vigilância à saúde, tendo a interdisciplinaridade<sup>9</sup> como exigência imposta pela complexidade do objeto de trabalho.

Profissionais aptos para dar conta de práticas transformadoras, com competência técnica, compromisso social e capacidade para trabalho em equipe multiprofissional não estão prontos no mercado de trabalho. O modelo no qual os profissionais da saúde têm sido formados não dá conta das principais necessidades da população, não tem articulado educação e saúde, promoção, prevenção e cura.

A concepção predominante na formação tradicional dos profissionais na área da saúde é sustentada por um enfoque biologicista, centrado na doença e pouco vocacionada ao social, conformando o modelo hegemônico no ensino e nas práticas de saúde, tal como se constata atualmente entre os egressos das escolas (Levcovitz & Garrido, 1996). Se a formação dos médicos e enfermeiros não for substituída, *o modelo de atenção também não o será, na realidade do dia-a-dia*, afirmam esses autores.

Para superar o descompasso entre a formação dos profissionais e as exigências do mercado de trabalho configuradas pelos programas de atenção primária à saúde, o Ministério da Saúde vem estimulando parcerias entre os serviços e as universidades, para redimensionar a formação no nível

---

<sup>9</sup> Utilizamos o conceito de interdisciplinaridade no sentido de uma troca de saberes e práticas que não aprisionam o processo de trabalho em estruturas rígidas; ao contrário, valoriza o potencial criativo e as competências de cada integrante da equipe.

dos cursos de graduação e *lato sensu* garantir a formação continuada e permanente dos profissionais, bem como dos agentes comunitários de saúde. Essa mudança na formação deve ser realizada por meio de atividades de atualização, cursos de especialização, incluindo capacitação em nível de residência para médicos e enfermeiros e incentivo à pesquisa, além de divulgação do conhecimento construído nessa nova modalidade de pensar e fazer as práticas de saúde.

Para estimular e orientar as mudanças no modelo de formação dos trabalhadores, o Ministério da Saúde assume como uma de suas responsabilidades no PSF *promover a articulação entre as instituições de serviço para a capacitação, formação e educação permanente dos recursos humanos necessários ao modelo de saúde da família* (Brasil, 1997). Para isso, o Ministério criou os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família, financiados pelo projeto Reforço à Reorientação do Sistema Único de Saúde (REFORSUS). Os Pólos assumem a missão de capacitar médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e, mais recentemente, odontólogos, por meio de cursos introdutórios como pré-requisitos ao ingresso no Programa. Concomitantemente, assume a educação continuada via cursos de especialização e residência, além de incentivar mudanças nos currículos dos cursos de 3º grau e profissionalizantes. Dessa forma, os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família localizados nas universidades ou centros de recursos humanos vêm assumindo a liderança no papel de incentivar a formação profissional e de capacitar as equipes de saúde

da família para desenvolver conhecimentos e habilidades necessárias às mudanças para um trabalho de qualidade.

Nesse sentido, entendemos que, para garantir a qualidade do PSF é necessário qualificar e manter atualizados os profissionais e agentes comunitários de saúde, por meio de programas de educação permanente, que tratem de questões como: trabalho em equipe, aprendizado mútuo, dificuldades no relacionamento com a comunidade, ética e compromisso com a busca de melhores condições de vida e saúde de grupos sociais que vivem em condições precárias.

Corroborando essas afirmações, Cordeiro (1996) acrescenta que os fatores determinantes da dinâmica do mercado de trabalho em saúde incluem: formação e capacitação por meio da educação continuada e permanente; oferta de postos de trabalho; formas de organização e remuneração geradoras de estímulos para novos padrões de prestígio profissional e compromisso social. Para Levcovitz & Garrido (1996), a tendência à abertura de um novo mercado de trabalho, no caso do PSF, não acompanha os moldes de outras profissões atingidas pela globalização da economia, pois não se trata de um fazer novo, e sim de *resgatar habilidades perdidas pela tecnologia excessiva e abusada*. Tanto Levcovitz & Garrido (1996) quanto Cordeiro (1996) alertam para a necessidade de que os membros da equipe sejam capazes de construir vínculos com a família e a comunidade, destruindo uma imagem de serviço público descompromissado e de uma família que não tem o serviço como referência.

A estrutura organizacional do PSF o mantém ligado aos três níveis de governo: federal, estadual e municipal, com um financiamento tripartite que proporciona momentos ora de avanços, ora de retrocesso significativos para o desenvolvimento do Programa e do SUS. A municipalização com efetiva descentralização de ações, poderes e recursos é um movimento crescente, bem como a participação popular e do exercício do controle social por meio dos Conselhos Municipais de Saúde (Sousa, 2001).

Para viabilizar o PSF, o Ministério da Saúde preconiza uma política diferenciada e adaptada às características locais no que se refere ao recrutamento dos profissionais e à remuneração deles de modo a possibilitar a dedicação e disponibilidade necessárias ao bom desempenho de suas tarefas (Brasil, 1997). O recrutamento e a seleção dos profissionais para as equipes de saúde da família é de responsabilidade dos municípios com o apoio das Secretarias Estaduais de Saúde e/ou instituições formadoras de recursos humanos para a saúde. Propõe-se que seja pactuada, com o pessoal da rede de saúde, uma seleção interna para dar oportunidade aos profissionais que desejam mudar sua prática de trabalho. Aqueles que não aderirem ou não se adequarem ao perfil desejado, devem ser realocados nos serviços especializados da rede de referência. O governo preconiza que a expansão e a reposição do quadro de pessoal da Administração Pública, nos três níveis, sejam por meio do regime da CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas) (Brasil, 2000b).

Segundo Viana & Dal Póz (1998), a remuneração diferenciada tem por objetivo atrair melhores profissionais. Pesquisa do Ministério da Saúde



quanto à avaliação da implantação e funcionamento do PSF, realizada no período de abril e julho de 1999 em 24 Estados do País, tendo como alvo 1.219 municípios, nos quais 3.119 equipes estavam em funcionamento, revelou que o valor da média nacional de remuneração bruta, por oito horas de trabalho, paga aos médicos e enfermeiros é de R\$ 3.267,00 e R\$ 1.442,00, respectivamente. Essas médias são influenciadas por valores extremos inferiores a R\$ 2.000,00 (7,5%) e iguais ou superiores a R\$ 5.000,00 (8,5%), no caso dos médicos; entre R\$ 1.000,00 a R\$ 1.999,00 (70%) e entre R\$ 2.000,00 e R\$ 3.999,00 (15,4%), no caso dos enfermeiros (Brasil, 2000a).

Em relação ao agente comunitário de saúde, atualmente, o Ministério contribui com o valor de R\$ 183,00 para cada um, podendo o município completar o seu salário. Exige que ele seja membro da comunidade onde desempenha suas funções. Essa é uma condição importante para facilitar movimentos sociais por melhores condições de vida no próprio espaço geográfico, cultural, econômico, simbólico e real em que vive e participa, além de *provocar uma verdadeira inclusão de lideranças comunitárias no desenvolvimento de uma política pública* (Sousa, 2001). Quanto ao valor da remuneração do auxiliar de enfermagem, a pesquisa do Ministério da Saúde não fez menção.

A implantação do PSF em todo Brasil está, de fato, abrindo o mercado de trabalho para médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem com uma estrutura diferenciada dos demais profissionais da saúde, refletida na combinação entre remuneração, carga horária de trabalho e perfil dos trabalhadores, entretanto, de modo geral, tem havido uma certa precarização

das condições de trabalho com perdas de direitos trabalhistas, como contrato formal de trabalho, férias, licenças, substituições, além de baixos salários.

O impacto que o PSF vem criando, ao constituir um novo modelo de atenção à saúde, e o que poderá, de fato, consolidar daqui para frente, depende da capacidade de seus gestores para administrar problemas velhos em um cenário novo e problemas novos em um cenário antigo.

A operacionalização do PSF revela uma realidade dinâmica e conflituosa, expondo as contradições de um programa idealizado e um programa verdadeiro que está sendo construído na luta das contradições enfrentadas, na prática. Nesse embate, identificam-se fragilidades e fortalezas que compõem a realidade social onde se constroem as práticas e os saberes que contribuem para o aparecimento dessas contradições. Quais obstáculos ou fragilidades revelam-se na prática? Que relação há entre essas dificuldades e a concepção/operacionalização do Programa? Quais fortalezas existem e como elas se manifestam?

A partir do diálogo com autores que motivaram os questionamentos e descobertas desta pesquisa e das múltiplas formas de aproximação com a realidade vivenciada no campo de sua prática, apresentamos algumas respostas provisórias, com a pretensão de contribuir para o debate e para a identificação de outras contradições que ainda não se fizeram claras.

Entre as fragilidades do PSF podemos destacar: inadequada formação dos profissionais para o desempenho da assistência; baixa capacidade dos profissionais para a necessária reorganização do trabalho em equipe a partir de um conceito ampliado do processo saúde-doença-cuidado;

inexistência de uma rede de referência para usuários com problemas de saúde que não podem ser resolvidos no nível da atenção básica (Brasil, 2000a); alto grau de verticalização e normatividade reforçando o caráter prescritivo do Programa, o que dificulta sua adequação às realidades locais (Franco & Merhy, 1999; Salum, 2000/2001); insegurança por parte dos profissionais e da população quanto à continuidade do Programa relacionada às fontes de financiamento e ao caráter neoliberal da ideologia que o sustenta, pois ele não intervém na origem de problemas básicos como a má distribuição dos recursos para o setor saúde e da riqueza do País – importantes causas de fracasso atribuído a programas impostos, verticalmente desatrelados das reais necessidades e problemas da população (Salum, 2000/2001); inconsistência da articulação clínica / epidemiologia na prática das ações de saúde (Franco & Merhy, 1999); precarização do trabalho expressa nas formas de contrato, na falta de garantia de direitos trabalhistas, na baixa remuneração dos trabalhadores, provocando alta rotatividade dos profissionais; falta de recursos financeiros dos municípios para investir no Programa (Brasil, 2000a).

Dentre as fortalezas que fazem a diferença do PSF, consideramos importante destacar: espaço estratégico para se fazer de modo diferente o ensino e a assistência, sem perder de vista a crítica e os valores, princípios e idéias que podem contribuir para transformar o velho modelo, construindo um novo (Salum, 2000/2001); considerável expansão da cobertura no nível da atenção básica. Segundo pesquisa do Ministério da Saúde, ao final do segundo semestre do ano de 1999, havia no País 10.473 equipes de saúde da família atuando em 3.090 municípios, beneficiando 22,04% da população brasileira

(Brasil, 2000a). Em novembro de 2001 havia 12.771 equipes cobrindo 25,56% da população (Brasil, 2001a)<sup>10</sup>; oportunidade importante para: a) profundas revisões na formação dos profissionais da saúde que ainda se mantém sustentada no modelo biologicista medicalizante, transformando-a em um modelo voltado para uma prática centrada na promoção da saúde, prevenção de riscos e tratamento, com especial atenção a problemas contemporâneos; b) priorização da família como unidade de atenção; c) reorganização e reestruturação do sistema público de saúde, efetivando a implantação do SUS a partir das ações básicas de saúde; d) fortalecimento gradativo do processo de substituição do modelo médico-assistencial privatista; e) construção de um novo modelo de atenção à saúde; f) reorganização do processo de trabalho em saúde – para o enfermeiro, em especial, uma revitalização do seu papel de cuidador com independência profissional; g) resgate da relação dos profissionais da saúde com o usuário, família e comunidade, por meio da criação de vínculos e da humanização da assistência.

As contradições que emergem na prática concreta do PSF, reveladas nas fragilidades e fortalezas, apontam-nos um caminho de lutas e o potencial transformador do Programa não pelo seu caráter normativo, oficial e expansivo, mas pela característica do trabalho que ele exige, abrindo espaço para uma interação com o usuário, família e comunidade no ambiente onde vivem. Nesse contexto, os trabalhadores do PSF podem construir novas formas de cuidar individual e coletivamente, procurando a superação dos problemas concretos da população, constituindo, de fato, um novo modelo de atenção à

---

<sup>10</sup> [http://www.saude.gov.br/psf/equipes/quantos\\_equipes.htm](http://www.saude.gov.br/psf/equipes/quantos_equipes.htm)

saúde, com potencialidade para criar espaços e oportunidades singulares para uma abordagem aos problemas relacionados ao consumo de drogas, permitindo uma ação com ênfase na promoção e prevenção.

## CAPÍTULO 2

### AS DROGAS NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

O uso de drogas é um fato tão antigo quanto a própria humanidade, e o seu consumo deve ser encarado como uma manifestação cultural e humana. A história do uso de drogas em épocas, culturas e sociedades diferentes revela que *o ser humano tem buscado nas drogas não só a obtenção do prazer, mas, também, a modificação intencional do estado de consciência* (Seidl & Costa, 2000). As drogas fazem parte dos usos, hábitos e costumes de diversas culturas e transitam no imaginário social, fazendo parte de magias, rituais de prazer e até sanções que constituem os controles sociais informais (Bizzoto, 1998). No entanto, a vinculação a valores sociais nem sempre é consensual, pois o próprio conceito de droga sofre alterações de acordo com momentos e contextos históricos diferentes.

Na atualidade, a droga representa um problema mundial, cuja dimensão afeta setores importantes da sociedade, como a economia, a política, a segurança, os sistemas de saúde e educação e a governabilidade de algumas nações. Para Seidl & Costa (2000), Procópio (1999), Sá (1999), dentre outros, um aspecto atual do fenômeno é a criação de instrumentos legais para regulamentar a produção, a comercialização e o consumo de drogas. Tais instrumentos, como a Lei nº 6.368 (Brasil, 1976), propõem

estabelecer a diferença entre drogas legais e ilegais e impõem um controle que, na prática, pouco controla; ao contrário, afirma Gorgulho (2000), estimula a produção, distribuição e consumo.

As drogas e o narcotráfico estão entre os assuntos mais polêmicos e mais debatidos na sociedade, embora nem sempre se discuta o problema em profundidade. O mercado de drogas se estrutura como uma das atividades mais lucrativas, globalmente difundida, superada apenas pela indústria bélica. A globalização do fenômeno das drogas faz com que ele receba um tratamento equivocado e superdimensionado pela mídia, utilizado por países de maior poder econômico, como os Estados Unidos da América, ao exercerem sua influência sobre questões referentes ao comércio de drogas lícitas e ilícitas, bem como ao subvencionarem os esforços de guerra, interferindo em políticas locais, na América do Sul, e em outras regiões (Horovitz, 1999; Procópio, 1999; Sá, 1999; Gorgulho, 2000).

Laranjeira (1996) afirma que o problema das drogas, embora esteja há muito tempo entre nós, não conta com uma política organizada e consistente para enfrentar a complexidade das situações envolvidas. Afirma, também, que publicações relacionadas a álcool e drogas mostram que os problemas já foram identificados em inúmeras situações (na população em geral, enfermarias e ambulatórios gerais, enfermarias psiquiátricas, clínicas de usuários de drogas, meninos e meninas de rua, estudantes de escolas públicas e empresas).

A abordagem sobre o abuso de drogas não deve ter o propósito simplista de procurar culpados; ao contrário, devem ser buscados suportes

mútuos e cooperação entre escola, família, polícia, estudantes, comunidade e todas as áreas das ciências da saúde, no sentido de diminuir a oferta e a demanda. Segundo Bucher (1988), desde a década de 70 a educação tem sido acionada para contribuir com a prevenção, dissuadindo a procura de drogas. Para o autor, prevenir significa impedir, chegar antes, dispor com antecipação; *prevenção é tudo aquilo que pode ser feito ou empreendido para impedir ou, pelo menos, para reduzir o consumo abusivo de drogas.*

Os resultados obtidos das intervenções no campo da prevenção e da reabilitação de usuários de drogas, diante da magnitude dos problemas, têm sido insignificantes, afirma Farias (1997). A autora acredita estar havendo uma *inadequação das medidas adotadas*. Por isso, considera necessários novos estudos com diferentes abordagens, visando construir programas específicos e peculiares para os usuários de drogas, cujas questões sobre prevenção, tratamento e reabilitação de dependentes não sejam tratadas sob a égide do discurso ideológico, com uma visão linear, preconceituosa e controladora, tal como acontece, predominantemente, em toda a sociedade. Essa visão, segundo a autora, direciona a criação ou a implantação de programas que acabam por atender a outros interesses que não os dos usuários, pois *não consideram a singularidade dos sujeitos e as propostas não tratam das verdadeiras razões da dependência.*

Ao longo do tempo, o predomínio das ações curativas centradas nos aspectos biológicos, na dependência das ações médicas e da tecnologia existente nos hospitais, absorveu recursos, atenção e energias, deixando a descoberto a atenção básica à saúde. Como o consumo de drogas psicoativas



não apresenta parâmetros biológicos e definição doente/não-doente no início de sua instalação, e sim no *continuum* da escalada do abuso de drogas, não constitui problema de saúde ao qual se aplica um protocolo clínico de intervenção. Em vez de ser encarado como um problema de saúde, o abuso de drogas é tratado pela sociedade com tolerância ou até incentivo, no caso de drogas lícitas como o álcool, fumo e medicamentos, e como delito o consumo de drogas ilícitas. A discussão mais freqüente na sociedade centra-se em torno da droga como mercadoria e pouca atenção se dá ao consumo como consequência de uma conjuntura social, política e econômica. Reflexo disso é que nos *fóruns* de discussão dos problemas de saúde, nos serviços, nos órgãos formadores de profissionais para a área da saúde, nos programas e projetos, as práticas de cuidados relacionados ao abuso de drogas ficam sempre em segundo plano ou são tratadas numa visão biologicista da saúde.

Por todas essas questões, e pela gravidade das consequências acarretadas pelo abuso de drogas sobre a família, a sociedade e, sobretudo, o usuário, é que esse problema nos inquieta e nos faz pensar na busca de soluções envolvendo os trabalhadores e usuários dos serviços de saúde.

Nessa busca de soluções consideramos necessária uma abordagem interdisciplinar capaz de avanços no sentido de encontrar referências abrangentes e compreensivas. Tal abordagem deve possibilitar o entendimento da complexidade desse problema, abrangendo o contexto socioeconômico e cultural na realidade concreta do usuário, buscando a superação dos discursos teóricos e ideológicos dominantes.

A abordagem interdisciplinar é aqui entendida como a contribuição de diferentes saberes e práticas na busca de soluções para o problema das dependências químicas. Os cuidados relacionados ao abuso e dependência de drogas exigem saberes e práticas que incluem conhecimentos da ciência e do senso comum. O senso comum, composto por diferentes tipos de saberes e conhecimentos, tem, como afirma Espeleta (1986), conteúdos contraditórios e *é produto de uma construção social inevitável, necessária, mas sem pretensão de coerência*. Esse conhecimento faz parte do saber dos profissionais, dos agentes comunitários de saúde, do familiar e do próprio usuário. Nessa visão, é necessário compreender que a singularidade de cada sujeito, de cada serviço e de cada comunidade é uma construção social arquitetada na história de lutas e superação das contradições.

A interface do problema das drogas entre a saúde e o social expõe as contradições da relação da sociedade com esse fenômeno: o uso é amplamente difundido – tanto das drogas lícitas ou legais<sup>1</sup>, quanto ilícitas ou ilegais<sup>2</sup> – e, ao mesmo tempo, é tratado como coisa proibida. Por um lado, existe uma crença na possibilidade de uma sociedade “livre de drogas” e, por outro, um incentivo para consumir drogas psicoativas (incluindo o álcool e medicamentos psicoativos). Paradoxalmente, vivemos o culto do prazer, da ausência de dor e a demonização da droga ilícita veiculada pelo discurso que evoca um pânico moral imobilizante. Todas essas formas maniqueístas de lidar com o problema têm contribuído para perpetuar as dificuldades e um

---

<sup>1</sup> Esse termo se refere à classificação das drogas diante da lei, ou seja, não há nenhuma proibição na legislação quanto à sua produção, comercialização e seu consumo, embora haja algum controle ou restrição.

<sup>2</sup> Esse termo se refere às drogas, cuja produção, comercialização e consumo são considerados crime, sendo proibidas por leis específicas.

sentimento de fracasso diante da luta empreendida pelos que encararam a droga como um problema social e de saúde visto de forma crítica, responsável e tão menos preconceituosa quanto possível.

A disseminação do uso de drogas desencadeia reações que se refletem nas políticas locais, nacionais e internacional contra as drogas. Horovitz (1999) comenta que, em algumas cidades européias, condenam-se as drogas como uma ameaça aos valores de seus países (Declaração de Estocolmo), enquanto em outras descriminalizaram a maconha e apóiam as práticas de redução de danos (Declaração de Frankfurt). Na Suíça, desde 1997, permitiu-se distribuir heroína entre os dependentes, se constatada incapacidade dos tratamentos para recuperá-los. Essa questão tem suscitado polêmica em torno das conseqüências dessa distribuição quanto aos efeitos da droga sobre a saúde e os direitos dos usuários que, cada vez mais, exigem drogas de graça; bem como da permanência de um mercado negro, ainda que menos violento e ameaçador, ao lado dos centros de distribuição gratuita. Essa questão traz à tona a discussão sobre os direitos individuais dos usuários de drogas e os direitos sociais de todos (Zaluar, 1999).

Em direção oposta, nos Estados Unidos da América – país exportador da “guerra contra as drogas” – não há uma discussão interna sobre drogas, porque as forças políticas (exceto na Califórnia) assim o decidem. Preferem a subvenção de esforços de guerra e interferência em políticas locais, não somente na América do Sul, como também em outros países, como a Polônia. Isso não impede que 80 milhões de americanos façam uso de *cannabis* (Horovitz, 1999). Ao se referirem à realidade do Reino Unido, Rassool

& Gafoor (1997) afirmam que o conceito de “minimização de riscos” ou “redução de riscos” começou a ser formalizado e a prevalecer concretamente como uma política nacional, constituindo-se uma intervenção com abusadores de drogas injetáveis. A tendência, nesses países europeus, tem sido adotar medidas não repressivas de inspiração liberal, por considerar o fracasso que as políticas proibitivas tiveram com relação às drogas nas últimas três décadas (Jürgens et al<sup>3</sup>, 1992 *apud* Zaluar, 1999).

No Brasil, a redução de danos, inicialmente rejeitada fortemente por órgãos governamentais e pela sociedade, vem ganhando adeptos com a implantação de programas em vários Estados do País. Nesses programas, conta-se com a participação de voluntários, líderes de comunidades, ex-usuários de drogas e profissionais com o apoio de instituições públicas, religiosas e privadas, numa estratégia de abordagem preventiva e terapêutica, principalmente para usuários de drogas injetáveis (UDI), que se opõe às medidas coercitivas e autoritárias (Erwig & Bastos, 2000).

Os programas de redução de danos têm contribuído para mudanças na compreensão e prática do tratamento de dependentes químicos, principalmente de UDI. Inicialmente voltados para a redução da infecção do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e doenças sexualmente transmissíveis (DST), os programas de redução de danos têm, hoje, uma outra conotação. Tais programas propõem uma visão não idealizada sobre o consumo de drogas, co-responsabilizando a sociedade a buscar solução para o problema. Conforme afirma Gorgulho (2000:s.p.), é preciso:

---

<sup>3</sup> JURGENS, R; GILMORE, N; SOMMERVILLE, M. Drugs and drug use. In: *Drug use and human rights in Europe: Report for the European Commission*. Utrecht, Faculty of Law. Utrecht University, 1992.

...diminuir preconceitos e alertar a todos sobre sua responsabilidade na definição de uma política nacional sobre drogas, parece-me uma das melhores formas de reduzir os danos de saúde e socioeconômicos causados pela atual condução desse problema.

No Brasil, temos convivido com uma política com fortes componentes repressivos e uma frágil estrutura preventiva representada basicamente por projetos locais, em alguns casos apoiados pelos Conselhos Estaduais de Entorpecentes. A legislação que regulamenta a questão das drogas baseia-se na Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976 (Brasil, 1976). Essa legislação, apesar de ter contribuído para superar problemas presentes na lei anterior, tem sido criticada e reavaliada, carecendo de atualização, pois mantém a criminalização do usuário, tratando-o com penalidades aplicadas ao traficante. Para ilustrar, lembramos o artigo 16 da Lei nº 6.368, que prevê detenção de seis meses a dois anos para o portador de droga destinada a uso próprio. Dessa forma, essa Lei volta-se para a droga, e não para o usuário, desconsiderando a pessoa e suas motivações, tendendo, assim, ao agravamento do problema do consumo e da criminalidade.

A legislação brasileira sobre drogas, num continuísmo histórico originado no Decreto-Lei nº 891/38, incorporado ao Código Penal, opta pela criminalização de condutas relativas a determinadas substâncias consideradas ilícitas. Essa opção, segundo Karam (2000), gera uma irracionalidade repressora, refletindo-se nas leis, decretos e projetos que direcionam a política nacional de drogas.

O Brasil aderiu à Convenção de Viena de 1988 sobre “Drogas, Entorpecentes e Psicotrópicos”, por isso, deveria ter atualizado a legislação em

vigor. Como não o fez, para atenuar a situação, vem adotando mecanismos de solução parcial, como edição de medidas provisórias, decretos-leis para legislar sobre assuntos pontuais como: controle de químicos essenciais à produção de drogas, crime organizado e outros (Flach, 1999).

Em 1991, iniciou-se a tramitação de um projeto para substituição da Lei nº 6.368, cuja discussão na Câmara dos Deputados, no Senado e na Sociedade Civil vem se arrastando de forma muito lenta. Em 1997, foram apreciados dois projetos de lei na Câmara e no Senado (PLC nº 105/96 e PLS nº 154/97), sem, contudo, obterem aprovação. Finalmente, um novo projeto de Lei substitutivo do PLC nº 105/96 teve sua primeira aprovação no Senado em 27 de novembro de 2001 (Brasil, 2001d). Esse projeto propõe que medidas de prevenção sejam de responsabilidade de entidades das áreas de ensino, saúde, justiça, militar e policial, bem como da Sociedade Civil por meio de suas instituições; atribui a realização do tratamento para dependentes químicos aos serviços públicos de saúde, na forma de atendimento multiprofissional e com a participação da família; abre possibilidades para que o usuário de drogas não seja criminalizado e excluído dos seus direitos sociais e de cidadão, mas reduz as possibilidades de criminalização, também, do traficante. A polêmica em torno desse projeto vem ganhando espaço na mídia. Espera-se que a sociedade contribua nas discussões para que as dificuldades conceituais e jurídicas do projeto sejam superadas criando-se uma nova lei sem os extremismos de uma irracionalidade repressora sobre o usuário e definindo uma política nacional sobre drogas.

Se, por um lado, a globalização do problema das drogas e o reconhecimento dos aspectos ideológicos, culturais, econômicos e sociais a eles relacionados indicam a magnitude dessa questão, por outro, apontam que o problema pode ser prevenido. A partir dessa visão, coloca-se o desafio de encontrar formas criativas para intervir nessa realidade, principalmente na formulação de políticas públicas orientadas para a promoção da saúde, prevenção e tratamento centrado no indivíduo e em suas motivações, e não na droga propriamente dita.

A velocidade das mudanças sociais, em consequência dos avanços da ciência, da tecnologia e da globalização, contrasta com um despreparo psíquico do ser humano para acompanhar e reorganizar novas formas de agregação e relacionamento sociais. Essa situação *aponta para profundas e constantes mudanças e transformações sociais, nas quais o sujeito encontra-se confrontado à confluência de novos valores, implicando na rejeição de valores que até então coexistiam* (Grossi & Nogueira, 1999). No enfrentamento dessa situação, o ser humano procura encontrar nas drogas solução para os seus problemas. *A solidão que resulta dessa situação se exprime no sensível aumento do consumo de drogas (legais ou não) e do alcoolismo* (Plastino, 2000).

A gravidade dos problemas relacionados ao consumo de drogas, do ponto de vista social, relaciona-se à violência, à criminalidade, onde a correlação perversa entre droga e exclusão fortalece o submundo do crime. Nas comunidades de mais baixa renda, a falta de condições materiais para a subsistência transforma o envolvimento com o tráfico em uma fonte de renda

para “sobrevivência material” ou até mesmo em opção de vida, à custa do envolvimento de menores, que se tornam vítimas da ilusão do “dinheiro fácil” e, em seguida, da droga e da violência.

Estudo de Minayo & Deslandes (1998) sobre a complexidade das relações entre drogas, álcool e violência refere-se à associação desses componentes no mercado ilegal com a chamada “motivação econômica” de usuários e dependentes que praticam crimes como fonte de recursos para a compra de drogas, geralmente cocaína, “crack” e heroína. As autoras denunciam também o poder do narcotráfico para potencializar e tornar mais violentas ações complexas como: delinqüência organizada; violência agenciada por policiais e pelas instituições de segurança do Estado, violência social dispersa e violência promovida por grupos de extermínio e de “gangues” juvenis. Além da associação da droga à violência, outro aspecto que chama a atenção é o da autodestruição da saúde, tanto no plano individual quanto coletivo.

Estudos de Almeida Filho et al. (1992) revelam que o principal problema de saúde mental entre os homens está relacionado ao abuso, à dependência do álcool e de outras drogas. Além disso, observa-se a autodestruição manifestada pelas doenças cirróticas do fígado ao estado geral de debilitação física e mental dos dependentes, principalmente os de cocaína, “crack” ou outras drogas, geralmente associadas. Estudos de Noto & Carlini (1995) revelam que no período de 1987 a 1993 a porcentagem de pacientes internados por dependência de cocaína no País cresceu de 25,3% para 32,0%, chegando a 33,3% em 1991.



Outro problema gerado pelo consumo de drogas, que se insere no social e habita diretamente no biológico, relaciona-se ao risco de contágio de doenças transmissíveis, como a infecção pelo vírus HIV e pelo vírus da hepatite. A disseminação do uso indevido de drogas injetáveis torna esse risco cada vez maior.

Ao abordar a problemática das drogas na sociedade contemporânea, cabe trazer à tona questões individuais sobre o consumo de drogas que se inserem no social e devem ser consideradas pelos profissionais da saúde. Para alguns autores, como Zaluar (1999), Sá (1999) Kalina (1999), o uso de drogas expressa uma conduta alienada; no entanto, não se pode separar a alienação do indivíduo da alienação da sociedade. Essa mesma sociedade que censura a adição de drogas estimula-a ao vincular a realização do homem à produção e ao consumo desenfreado de coisas, “ao ter e não ao ser”. Diante desse quadro, torna-se drogadito aquele que transporta para a sua própria existência as relações alienadas que imperam na sociedade a que pertence.

As reflexões de Kalina (1999:20) são bastante esclarecedoras:

...o drogadito é a versão fiel, literal, do mundo onde vive. Ele é esse mundo, a exposição sem simulação e sem consciência das contradições de sua ideologia. Sua existência testemunha claramente o que são as relações de dependência e exploração no seu duplo sentido, pessoal e coletivo [...] o toxicômano celebra sua alienação. Onde dizemos autodestruição, ele diz paraíso; ao que chamamos dependência, ele chama liberdade.

Nessa concepção, o drogadito expõe a interface entre doença mental e sanidade. A drogadição é vista como uma conduta psicótica e o delírio – em sua acepção mais ampla – como um emergente histórico de caráter psicossocial. Entre os vários motivos que levam uma pessoa à conduta de abuso de drogas está a *renúncia à esperança de modificar o meio social que oprime, através de sua incompreensão e intolerância, nossas necessidades afetivas mais profundas* (Kalina, 1999).

Outra questão associada ao uso de drogas refere-se às adições socializadas, que, por serem aceitas, passam despercebidas, como se não acarretassem graves problemas para o indivíduo e para a coletividade. O alcoolismo e o tabagismo, em primeiro lugar, são problemas com conseqüências diretas, principalmente na saúde e na economia. Outras adições, como o consumo de sedativos ou estimulantes, a ingestão desenfreada de alimentos, as perversões sexuais, os jogos, o trabalho sem limites, são dispositivos socialmente aceitos que o homem moderno usa na tentativa de libertar-se, mesmo que transitoriamente, da opressão que pesa sobre sua vida alienada, medicalizada e sem perspectivas.

Karam (2000:160) alerta-nos quanto à necessidade de:

...uma maior tolerância para com as diferenças, uma maior compreensão de que nem tudo que se desconhece ou que majoritariamente se rejeita é necessariamente mal, uma maior percepção de que eventuais adições – não só a drogas – são fatos da vida que devem ser enfrentados com soluções nascidas da convivência, da solidariedade e da aproximação ao conflito.

Dos profissionais da saúde espera-se sensibilidade humana para compreender as conseqüências do consumo de drogas para a sociedade, grupos, famílias e indivíduos. Espera-se, também, que eles se interessem pela pessoa dependente de drogas, entendendo que a droga é um episódio na vida do usuário; a química da droga estimula o uso abusivo; a estrutura psicológica da pessoa incentiva a procura e a manutenção da dependência mais que a própria química da substância (Gonçalves et al., 2000).

## **2.1 Enfoque socioepidemiológico sobre o consumo de drogas psicoativas**

O consumo abusivo de drogas, seus efeitos e suas conseqüências têm sido identificados como um dos problemas de saúde prevalentes e uma das principais situações de risco a que a população em geral tem sido exposta, de modo especial, a população de adolescentes, jovens e doentes mentais. Acrescenta-se, ainda, o elevado custo social, político e econômico, conforme constatado por diversos autores: Bucher (1988); Gossop & Grant (1990); Laranjeira (1996); Farias (1997); Kalina (1999); Procópio (1999); Horovitz (1999); Gorgulho (2000); e outros.

A partir do contexto sobre a problemática das drogas na sociedade contemporânea, pode-se afirmar que o consumo de drogas psicoativas, tanto lícitas quanto ilícitas, é, atualmente, um dos mais graves problemas para a família, a escola, a saúde pública, a polícia, enfim, para toda a sociedade e, muito marcadamente, para o próprio usuário. Essa realidade está estampada nos jornais, nas revistas, no cinema, nos noticiários de rádio e televisão e na Internet, configurando-se um problema de ordem nacional e internacional.

Segundo investigação de Dimenstein (1998), entre uma população amostral constatou-se que os pais consideram muito mais grave os filhos usarem cocaína do que abandonarem a escola. Pesquisa realizada por Galduróz et al. (2000), envolvendo as 24 maiores cidades do Estado de São Paulo, revelou uma prevalência de “uso na vida” de cocaína com valores de 2,1%, o que equivale a 318.000 pessoas. Procópio (1999) cita uma pesquisa do Ibope, de 1998, que coloca as drogas no quarto lugar entre as maiores preocupações dos brasileiros, perdendo apenas para os problemas do desemprego, da saúde e dos salários. Três anos depois, esses problemas continuaram se agravando, sem que políticas e ações resolutivas no campo social, econômico e da saúde tenham sido adotadas com efetividade.

No Brasil, os estudos epidemiológicos sobre o uso de drogas começaram a se desenvolver a partir de 1987, com as pesquisas do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de São Paulo. Segundo Noto et al. (2000), esses estudos demonstraram que, até então, predominava, no Brasil, uma abordagem de natureza emocional com base no senso comum. Esta abordagem continha a idéia de que o uso de drogas ilícitas era indiscriminado e com tendência a uma rápida disseminação. Tal situação foi uma herança do movimento caracterizado por um enfoque alarmista e repressivo, denominado “guerra às drogas”, originado em países desenvolvidos, dentre os quais os Estados Unidos. Esse movimento teve o objetivo estratégico de disseminar entre países produtores e exportadores, bem como aqueles considerados rotas de tráfico, uma abordagem alarmista e

emocional para justificar ações de intervenção, tais como as que ainda hoje vêm ocorrendo como a intervenção norte-americana na Colômbia, Bolívia e Panamá.

A partir de estudos epidemiológicos fundamentados em pesquisas, foi possível uma abordagem mais realista, que mostrou um número relativamente reduzido de usuários, principalmente de drogas ilícitas, predominando, dentre os quais, o uso de drogas lícitas: álcool, solventes e medicamentos.

As pesquisas do CEBRID continuam representando um marco importante para o avanço dos estudos epidemiológicos sobre drogas. O principal estudo desse centro de pesquisa foi o levantamento sobre o consumo de drogas realizado entre alunos da rede pública de ensino de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras de todas as regiões do País (Belém, Belo Horizonte, Brasília, Curitiba, Fortaleza, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro, Salvador e São Paulo) nos períodos de 1987, 1989, 1993 e 1997. Esse estudo demonstra que tem havido aumento do consumo de drogas com variação do tipo consumido nas diferentes capitais.

O inventário realizado em 1997 revelou que 24,6% da população amostral (15.503 estudantes) fizeram uso, alguma vez na vida, de algum tipo de droga. A análise de tendência do uso das três drogas mais consumidas revela aumento de “uso freqüente” para maconha nas dez capitais; cocaína, em seis capitais (Belo Horizonte, Brasília, Porto Alegre, Salvador e São Paulo), e álcool, também em seis capitais (Brasília, Curitiba, Fortaleza, Porto Alegre, Rio de Janeiro e São Paulo); e aumento do “uso pesado” para duas drogas:

maconha, em todas as dez capitais; e álcool, em oito (excetuaram-se Belo Horizonte e Salvador) (Galduróz et al., 1997). Uma limitação desse estudo é que a população estudada foi composta por alunos freqüentes às escolas. Na realidade, uma parte significativa de crianças e adolescentes não chega a ingressar nas escolas ou está infreqüente, ou perde o vínculo por uma gama variada de motivos, inclusive por ser usuária de drogas, tendo, portanto, sido excluída da amostra da pesquisa.

Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas, supunha-se que ele se restringisse basicamente à população adulta; no entanto, as pesquisas vêm demonstrando o quanto ele tem se tornado freqüente entre os adolescentes. O inquérito feito em 1997 pelo CEBRID, entre estudantes de 1º e 2º graus, apresentou alguns resultados que merecem destaque: 75% dos estudantes ouvidos afirmaram ter consumido bebidas alcoólicas pelo menos uma vez na vida e 50% dos alunos entre 10 e 12 anos já fizeram uso dessa droga; 29% dos estudantes já haviam usado bebidas alcoólicas de forma abusiva (“tomar um porre”), ou seja, até a embriaguez; 15% dos estudantes haviam consumido bebidas alcoólicas seis ou mais vezes no mês que antecedeu a pesquisa, ou seja, podem ser considerados usuários abusivos; 28,6% dos estudantes tomaram bebidas pela primeira vez na própria residência, sendo que em 21,8% dos casos foram oferecidas pelos próprios pais (Galduróz, et al., 1997). Outro estudo envolvendo áreas urbanas (Brasília, São Paulo e Porto Alegre) demonstrou uma prevalência de uso de bebida alcoólica de 7,6% em São Paulo e 9,2% em Porto Alegre (Almeida Filho et al., 1992). Comparando-se os quatro inquéritos, realizados pelo CEBRID, pode-se perceber uma tendência ao

aumento do uso freqüente de bebidas alcoólicas, especialmente entre jovens acima de 16 anos. Em outro cenário, estudos epidemiológicos recentes sobre o uso de drogas no Brasil mostram que, nos últimos dez anos, as bebidas alcoólicas têm sido apontadas como as drogas mais consumidas e as principais responsáveis pelo maior número de problemas relacionados (Noto, 1999). Pesquisa de Galduróz et al. (2000), realizada nas 24 maiores cidades do Estado de São Paulo, revelou que 3% da população investigada apresenta sinais/sintomas de tolerância, riscos físicos sob efeito de álcool e problemas pessoais decorrentes do uso de bebidas, caracterizando dependência alcoólica.

A análise desses dados revela-nos a perversidade do tratamento dado à questão das drogas sob o prisma legalidade/ilegalidade, pois o que se assiste, na atualidade, é a uma verdadeira tolerância e incentivo ao consumo das drogas legalizadas, principalmente do álcool e do fumo. Na concepção de Vargas (1998), a sociedade atual vive diante de uma situação singular, paradoxal: à crescente repressão ao uso das drogas ilegais contrapõe-se a *insidiosa incitação ao consumo das drogas legais*. Essa incitação veiculada pela mídia se expressa sob a forma de remédios prescritos pela ordem médica *com vista à produção de corpos saudáveis*; sob a forma de drogas autoprescritas e no estímulo ao hábito de ingerir bebidas alcoólicas, tabaco e café. Além disso, hábitos alimentares pouco saudáveis associado ao sedentarismo e ao estresse da vida moderna, a ingestão dessas substâncias tem contribuído de forma decisiva no agravamento dos problemas de saúde da população. Embora seja notório o crescimento desses problemas, com

repercussão direta na saúde pública, *são raras as políticas públicas voltadas para a sua prevenção* (Noto, 1999).

O consumo das drogas tem sido difundido em todas as classes sociais, mas parece ser entre os pobres que suas conseqüências são mais devastadoras, pois atinge as pessoas que vivem de forma precária, contribuindo para aumentar a marginalidade, a exclusão social e os problemas de saúde, haja vista, o alto índice de uso de drogas entre a população de meninos e meninas em situação de rua.

Pesquisa de Noto (1998), realizada em seis capitais brasileiras (Brasília, Fortaleza, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro e São Paulo), revelou que 48,30% das crianças e adolescentes em situação de rua relataram “uso pesado” (uso de drogas psicotrópicas cinco ou mais vezes por semana, no mês que antecedeu a pesquisa). Situação diferente foi constatada pelo IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º Graus em dez capitais brasileiras – 1997, onde 24,60% dos entrevistados relataram “uso na vida” (uso de qualquer droga psicotrópica pelo menos uma vez na vida), além do álcool e tabaco. O uso pesado entre os estudantes, embora com tendência de aumento, não atinge 1,0%, exceto para tabaco e álcool, para os quais as percentagens de usuários são expressivas – 6,0% e 14,6% respectivamente (Galduróz et al., 1997). Outra conseqüência do uso de drogas é a expansão da criminalidade violenta desencadeada pela ação da polícia ou dos próprios delinqüentes nas periferias das cidades onde moram os pobres, sendo estes os mais afetados, pois não têm recursos políticos e econômicos que lhes assegurem acesso à Justiça e à segurança (Zaluar, 1999).



Uma questão que não pode deixar de ser considerada quando se discute a epidemiologia das drogas é a infecção pelo vírus HIV. Esse assunto tem sido objeto de estudo de vários pesquisadores e justificou a criação de uma política nacional específica. No âmbito internacional, o binômio Drogas/AIDS (síndrome da imunodeficiência adquirida) é objeto de uma parceria com uma agência de cooperação internacional – a UNDCP (Programa das Nações Unidas para Controle Internacional de Drogas), que, ampliando sua missão específica – o controle do consumo de drogas –, incorpora à sua agenda a questão da AIDS.

Segundo Bastos et al. (1999), o uso compartilhado de seringas e outros equipamentos utilizados na auto-administração de drogas entre UDI é responsável por cerca de 21% do total de mais de 160 mil casos de AIDS já notificados. O aumento de usuários de drogas injetáveis contaminados pelo HIV trouxe como consequência uma alta mortalidade secundária à infecção pelo HIV na população de UDI e um aumento expressivo do número de mulheres HIV positivas, parceiras de usuários de drogas. Os programas de redução de danos adotados no Brasil, a exemplo de outros países, embora com muita morosidade, têm respondido a este desafio da saúde pública de forma positiva e têm introduzido profundas mudanças no conceito de tratamento de dependentes químicos (Laranjeira, 1996).

Embora os dados de estudos epidemiológicos apontem para um certo otimismo quanto ao consumo de drogas entre estudantes, conforme os inquéritos realizados pelo CEBRID, outros estudos não são tão animadores. Procópio (1999), em seu livro *O Brasil no mundo das drogas*, aborda a

dimensão política e sociológica no cenário interno e externo do narcotráfico alertando quanto à gravidade e ao crescimento exponencial do problema visto pelo lado da oferta das drogas associada ao crime:

A estrutura do narcotráfico no Brasil nasceu vinculada ao contrabando, à evasão de riquezas nacionais e à corrupção governamental. Amamentou-se na contravenção, no crime organizado, sobretudo junto à velha corrupção existente no Judiciário e em expressivos segmentos da classe política. Até hoje, cresce vitalizada pelo contrabando de ouro, pedras preciosas e madeiras nobres e pelo mercado de carros roubados, de bens de consumo e de armas (Procópio, 1999:73-4).

O autor refere-se, ainda, ao risco de que a nossa sociedade seja, em breve, o segundo mercado consumidor mundial de entorpecentes, suplantado apenas pelos Estados Unidos da América.

Embora os estudos epidemiológicos sobre drogas, no Brasil, sejam insuficientes para retratar a realidade, demonstram que os problemas relacionados ao abuso e dependência de drogas refletem de forma direta na saúde pública e exigem políticas voltadas para ações no nível da promoção da saúde, prevenção e tratamento dos dependentes químicos.

## 2.2 Representação social e conceitos sobre drogas

A representação social<sup>4</sup> sobre as drogas é relevante como ponto de partida para a compreensão do seu consumo. As concepções que permeiam o imaginário social atribuem um poder mágico à droga – produto do bem e do mal –, influenciando a formação de valores da sociedade. Esses valores interferem nas formas de abordagens sobre drogas (Farias, 1997), determinando as condutas de repressão, tolerância ou prevenção.

Na visão de Farias (1997), o contexto histórico em que o consumo de drogas está inserido vem percorrendo as formas como a sociedade elabora suas representações sobre esse fenômeno, suas crenças, fantasias e fatos. Desde os primórdios do uso socializado de drogas, houve uma associação dos efeitos de alguns vegetais, como a papoula do Oriente, a *Cannabis sativa*, o cacto mexicano, os cogumelos e outros, com poderes sagrados por produzirem mudanças no estado de consciência e modificações fisiológicas, como alterações da percepção do tempo e espaço. Nas sociedades modernas, o efeito das drogas foi enaltecido por poetas e escritores, como o fez Manoel Bandeira em *Vou-me embora para Pasárgada*, poesia que expressa o desejo de fuga da realidade e um profundo sentimento de liberdade.

---

<sup>4</sup> Neste estudo, o termo representação social não está sendo explorado como categoria analítica, e sim, como um conceito que expressa a reprodução de uma percepção ou o conteúdo do pensamento, conforme MINAYO (1998).

Vou-me embora pra Pasárgada  
[...]  
Em Pasárgada tem tudo  
É outra civilização  
Tem um processo seguro  
De impedir a concepção  
Tem telefone automático  
Tem alcalóide à vontade  
Tem prostitutas bonitas  
Pra gente namorar.  
[...]  
(Bandeira, 1970:52-54)

Neste poema, publicado em 1930, o poeta revela recônditos desejos do ser humano: ser feliz, ter acesso a bens materiais, *ter alcalóide à vontade* (substância vegetal com ação psicoativa), numa alusão a que isso seria uma forma de realização.

A ciência moderna contribuiu com o processo de medicalização abrindo o caminho para a existência do que Costa & Gonçalves (1988) chamaram de “regras tóxicas de convivência”, que estabelecem como normal e corriqueiro modificar o estado de humor através de substâncias químicas. Mudando o significado cultural do consumo de substâncias psicoativas, estabeleceu-se o uso indevido: a droga foi transformada em mercadoria, ao mesmo tempo que surgiram os consumidores e um grande número de dependentes. Outros fatores ligados ao progresso da ciência criaram condições tecnológicas para produzir e sintetizar substâncias psicoativas, além de potencializar seus efeitos por meio de métodos invasivos e eficientes de administração, como as seringas.

Referindo-se ao consumo de maconha, Velho (1985) esclarece que a questão não se coloca sobre os efeitos químicos da substância, e sim sobre *como a maconha é percebida e vivenciada por grupos sociais específicos*. A essência nessa discussão não é sobre a maconha – substância psicoativa –, e sim sobre as idéias a respeito da relação a que ela está associada, ou seja, a visão de mundo e os estilos de vida de quem a consome. Enquanto o consumo da maconha restringiu-se aos camponeses no Maranhão e Recife, na década de 50, ou entre moradores de favela no Rio de Janeiro, isso não constituiu problema relevante. A partir da década de 60, movimentos de contracultura jovem incrementaram o consumo de drogas como forma de contestação, rebeldia e questionamento contra os rígidos padrões político-culturais então vigentes. A partir daí, o consumo difundiu-se entre as classes médias e de elite, e a maconha passou a ser percebida como uma ameaça à continuidade da vida social; usá-la passou a significar *negação de valores dominantes nos segmentos mais privilegiados da sociedade* (Velho 1985). Nos dias atuais, o consumo de drogas, difundido em todas as classes, continua determinando fantasias e crenças que afetam dois domínios fundamentais para a suposta continuidade da vida social: *o domínio do trabalho e o da sexualidade, e, obviamente, da família* (Velho, 1985). À medida que essa visão de mundo e estilo de vida se colocam contrários aos valores dominantes, aumentam a coexistência de conflitos e a perda do controle social acerca das drogas. Para ampliar essa discussão, torna-se necessário conceituar ou definir expressões e termos freqüentes na literatura, a fim de facilitar o aprofundamento da reflexão

desenvolvida no presente estudo, trazendo ao debate a contribuição de diversos autores.

Para a farmacologia, a palavra “droga” significa toda substância capaz de produzir modificação no organismo. Contudo, “droga”, em todo o mundo, tem designado um grupo de substâncias que agem preferencialmente no cérebro, alterando o seu funcionamento em virtude de sua capacidade de produzir estimulação, depressão ou perturbação no sistema nervoso central. Assim, passam a ser denominadas drogas psicotrópicas ou drogas psicoativas. O que distingue essas substâncias é o potencial que elas têm para causar dependência. O termo mais adequado, portanto, seria “substância psicoativa”. O Código Internacional de Doenças (CID-10) emprega o termo “substância psicoativa” abarcando álcool, opiáceos, canabinóides, alucinógenos, tabaco, solventes voláteis e outras substâncias psicoativas (OMS, 1993).

Termos ou expressões como drogadição, toxicomania, fármaco-dependência, abuso de substâncias ou de entorpecentes, hábitos tóxicos, dependências químicas, comportamento de abuso, uso nocivo ou indevido de drogas ou de substâncias psicoativas, ou outros correlatos, foram utilizados no passado, indistintamente, para designar o mesmo problema. Atualmente, ao menos no âmbito teórico, já existe uniformidade e diferenciação em alguns desses termos.

Nesta pesquisa, apresentamos algumas dessas conceituações ou definições mostrando visões complementares ou diferentes sobre o tema. Utilizamos diferentes termos, conceitos e definições para nos referirmos ao fenômeno – consumo de drogas – por admitirmos sutilezas nas diferenças de

sentido das palavras ou expressões de acordo com o contexto em que são empregados, ou por desejar manter citações originais, de diferentes autores e idiomas.

Menéndez (1996) considera que a nomenclatura médica tenta evitar o termo droga usando-o de forma errônea para referir-se às substâncias ilegais. Tal atitude levaria a se excluírem dessa denominação as drogas de prescrição médica e as lícitas.

Ao configurar-se como um problema social e de saúde, o consumo de drogas traz à tona um julgamento de valor implícito no termo “uso indevido”. Em princípio, a utilização desse termo implica admitir a “anormalidade” no uso de substâncias psicoativas. Isso significa tocar numa área com a qual a sociedade lida contraditoriamente. De um ângulo, o uso de algumas substâncias consideradas legais é permitido e até estimulado, embora traga risco para a saúde e para a sociedade; por outro, drogas consideradas ilegais são proibidas sob o pretexto de acarretarem riscos semelhantes.

Na área de saúde, a definição de termos busca contemplar os aspectos clínicos para favorecer a formulação de diagnósticos e estabelecer critérios para tratamento. Dessa forma, alguns trabalhos têm apresentado conceitos que tentam, ainda que parcialmente, definir “uso indevido” a partir da clínica. Gossop & Grant (1990) defendem que os termos “uso indevido” e “abuso” são muito amplos e podem referir-se a diversas situações, tais como:

- a) *uso excessivo* – uso de grandes quantidades em um dado momento; uso freqüente; intoxicação grave, independentemente da quantidade usada;
- b) *uso inoportuno* – uso no trabalho, no colégio, durante uma hospitalização, em

lugares públicos, em certos momentos e atos sociais; c) *uso por pessoas não autorizadas* – uso por crianças, adolescentes e, em algumas culturas, mulheres, grupos étnicos minoritários e certos grupos religiosos; d) *uso por pessoas especialmente vulneráveis* – uso por pessoas sujeitas a sofrer conseqüências adversas como anomalias enzimáticas, enfermidades orgânicas ou mentais; e) *uso regular por pessoas que já tenham sofrido conseqüências adversas* – uso por toxicômanos, pessoas com complicações físicas e psicológicas, com antecedentes de caráter social, interpessoal, laboral ou delito relacionado à droga.

Laranjeira & Surjan (2001) consideram “uso” qualquer consumo de substância, independentemente da freqüência ou da intensidade, incluindo o uso esporádico ou episódico; “abuso” ou “uso nocivo”, quando o consumo provoca conseqüências adversas recorrentes e significativas, sem, contudo, preencher os critérios para dependência. Além disso, entendemos que o abuso se dá em situações de auto-administração da substância, fora dos padrões socioculturais aceitos.

Algumas expressões têm sido questionadas e até evitadas. A OMS propôs uma mudança do termo “vício” para “dependência”. Essa proposta denota uma recusa à conotação moral do termo, substituindo-o por outro que expressa a compreensão de um quadro clínico. Também o termo “toxicômano” vem sendo substituído por “dependente”, visto que o conceito de toxicomania tornou-se, com o tempo, associado, quase que exclusivamente e de forma estereotipada, aos usuários de ópio, deixando, dessa forma, de incluir os estados compulsivos relacionados a outros tipos de drogas que não sustentam



esse estereótipo. Isso implica não reconhecer ou não diagnosticar estados compulsivos causados por drogas como álcool, barbitúricos, anfetaminas e outras, as quais não se encaixam exatamente no modelo das opiomanias. O termo “dependência” foi introduzido em 1964 por um Comitê de Expertos da OMS, que o definiu, segundo Gossop & Grant (1990:22), do seguinte modo:

*Un estado psíquico y a veces también físico, originado por la interacción entre un ser vivo y una droga, caracterizado por respuestas conductuales y de otro tipo que incluyen siempre un acto compulsivo para el consumo de drogas continuo o periódico para evitar el malestar producido por su privación.*

Esse conceito de dependência defendido pela OMS vem sendo utilizado ora adaptando-o, ora ampliando-o em situações diversas e particulares, permanecendo, no entanto, sua essência. A OMS sugere a adoção de uma variedade de síndromes de dependência, de acordo com as características específicas produzidas pela substância, ou grupo de substâncias, relacionadas aos estados de tolerância, sintomas de privação e de alívio ou percepção subjetiva da compulsão.

Nessa perspectiva, Aluani (1999) define dependência de substâncias ou dependência química como *a presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicando que o indivíduo continua utilizando uma substância ou mais, apesar dos problemas significativos relacionados a ela*. Essa definição coloca em questão a atitude do usuário de drogas ante a substância, determinando a dependência, pois só se torna dependente quem consome, e nem todos os consumidores são dependentes,

porque as substâncias têm efeitos diferentes sobre o sistema nervoso central, de acordo com o tipo da substância usada, a dose, as condições em que se utiliza, e as características biopsicossociais de quem as consome. Assim, pode-se concluir que a dependência a drogas só se estabelece se a relação produto/pessoa/contexto cria uma triangulação favorável ao consumo abusivo. Por sua vez, o conceito de Laranjeira & Surjan (2001) considera, a princípio, que o uso excessivo e constante é condição necessária para o estabelecimento da dependência. Para os autores, *dependência significa que o ato de usar uma droga deixou de ter uma função social e de eventual prazer e passou a ficar disfuncional, um ato em si mesmo.*

Kalina (1999) considera o substantivo “adição” como a inclinação ou o apego de alguém por alguma coisa; e o adjetivo “adito” aplica-se à pessoa propensa à prática de alguma coisa. A etimologia da palavra “adito”, originada do latim, *addico*, significa “adjudicar” ou “designar”. No particípio, *addictum*, o verbo quer dizer “o adjudicado” ou “designado”, o “oferecido” ou “oferendado”. O autor faz referência à história dos romanos, que designavam *addictum* aquele que, para pagar uma dívida, convertia-se em escravo:

*Addictum* era aquele que se assumia como marginal; alguém que, fatal ou voluntariamente, fora jogado numa condição inferior à que tivera até então. Em síntese: tratava-se de uma pessoa que não soube ou não pôde preservar aquilo que lhe conferia identidade. O ‘adito’ aparece, assim, como despojado: é aquele que perdeu sua identidade e, simultaneamente, adotou uma identidade imprópria como única maneira possível de saldar sua dívida. Através da renúncia à sua identidade verdadeira mas insustentável, o ‘adito’ restabelece o equilíbrio social perdido em virtude de sua inadimplência: ‘adito’ era aquele que evitava a dissolução total de sua

existência apelando para a aceitação, em público, de sua falta de direito a uma identidade pessoal (Kalina, 1999: 24).

Nesse estudo, compreendemos que os termos adição, drogadição, dependência química, abuso, uso indevido e outros implicam uma gama variada de significações que se valem dos suportes teóricos da biologia, da sociologia, da filosofia, da psicologia ou de outras áreas do conhecimento, numa interação dinâmica e plurifacetada.

As abordagens ao abuso de drogas, segundo o Comitê de Expertos da OMS em Farmacodependência, incluem desde a avaliação de substâncias que causam dependência até recomendações de medidas apropriadas de fiscalização internacional e proposição de medidas para evitar ou reduzir os danos associados ao uso de risco de drogas psicotrópicas (Organización Mundial de la Salud, 1998). Para a OMS, o termo tratamento refere-se ao processo que começa quando o usuário de substâncias psicoativas entra em contato com serviços de saúde, devendo continuar através de uma sucessão de ações concretas até alcançar um nível de saúde e bem-estar elevados. *Tratamento e reabilitação se definem como um enfoque integral destinado à identificação, assistência, atenção de saúde e integração social das pessoas que apresentam problemas provocados pelo uso de qualquer substância psicoativa* (Organización Mundial de la Salud, 1998).

A OMS, ao adotar uma definição de tratamento com um enfoque integral, amplia a finalidade da assistência para a promoção da saúde e da qualidade de vida das pessoas que apresentam problemas relacionados ao uso indevido de drogas psicoativas. Qualquer programa terapêutico ou ação de

cuidados deve contar com os setores públicos e privados, principalmente os que se ocupam da saúde, da educação, da aplicação das leis, do bem-estar social e da formação profissional.

A discussão e a compreensão desses vários conceitos, neste estudo, se deram a partir da leitura teórica e empírica da realidade social, valorizando as tradições, crenças e costumes incorporados como construção social e histórica na qual convivem o mundo externo e o mundo interno de cada usuário de drogas, na sua vivência objetiva e subjetiva, individual e coletiva.

### **2.3 Potencialidades do Programa Saúde da Família para a prática de cuidados relacionados ao abuso e à dependência de drogas**

A opção de vincular esta pesquisa à experiência do PSF justificou-se pelo reconhecimento do potencial que esse Programa tem para melhorar as condições de assistência à saúde da população, abrangendo ações de cuidados relacionadas ao abuso e à dependência de drogas psicoativas.

O PSF, ao incorporar às suas práticas a integralidade da assistência e ao tomar a família como unidade programática do cuidado, passa a ter de enfrentar o desafio de desenvolver práticas de cuidados relacionados ao abuso e à dependência de drogas – problema de saúde pública que atinge toda a sociedade, refletindo-se diretamente nas famílias em diferentes níveis de gravidade e de demanda por assistência –, conforme demonstrado nos estudos de diversos autores: Lanranjeira (1996); Rassol & Gafoor (1997); Dimenstein (1998); Vargas (1998); Vasconcelos (1999); Kalina (1999); Galduróz (2000);

Gorgulho (2000), dentre outros. Na verdade, esse desafio está posto para todos os serviços de saúde que se propõem encarar as dependências químicas como um problema complexo multicausal a ser discutido e estudado em busca de soluções. Para o PSF, mais que um desafio, é um imperativo ético. Para encará-lo, o PSF deve incorporar às suas práticas, ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento dos dependentes químicos e do grupo familiar no contexto da comunidade em que vivem.

Diante da complexidade e dos múltiplos fatores que envolvem essa área da assistência, as equipes de saúde da família necessitam de subsídios teóricos e práticos para fundamentar suas ações. Portanto, faz-se necessário resgatar conceitos e determinantes históricos que ajudem a compreender a prática do PSF e o de cuidado relacionado ao abuso e à dependência de drogas, tais como: o contexto da drogadição, as causas, conseqüências e abordagens ao abuso de drogas; a família, como o lugar do cuidado, reforçando, desta forma, o potencial do PSF nesse campo de ação. Micheli & Formigoni (2001), ao pesquisarem sobre fatores preditores para uso inicial de drogas entre adolescentes brasileiros classificados segundo os critérios do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 3ª edição revisada* (DSM-III-R) em não-dependente, dependente leve e dependente grave, identificaram baixo nível socioeconômico; defasagem escolar; morar somente com a mãe; relacionamento familiar insatisfatório e influência de amigos; busca de prazer ou curiosidade. Dentre esses preditores, a busca de prazer, a influência de amigos e a curiosidade foram as principais razões associadas ao uso de drogas. A constatação desses preditores reforça a idéia dos modelos de

prevenção baseados em ações abrangentes que ultrapassam a ênfase nas conseqüências negativas do uso de drogas. As autoras consideram importante criar maneiras saudáveis para a obtenção do prazer e de bons níveis de relacionamento familiar e social, o que, nos dizeres de Bastos & Trad (1998), é possível na superação de acontecimentos traumáticos.

As causas ou explicações para o consumo abusivo de drogas têm relação direta com as condições de vida social e emocional mais do que outros problemas de saúde, escapando ao controle dos indivíduos. Os fatores de proteção<sup>5</sup> contra o consumo de drogas e os fatores de risco<sup>6</sup> de abuso, segundo Freitas (2000), estão ligados à estrutura psicológica e ao comportamento da pessoa, bem como ao meio em que ela vive, principalmente a família, a escola, o trabalho e a comunidade. Essa característica do problema do abuso de drogas é complexa e transita imprecisamente entre o individual e o coletivo, dificultando sobremaneira as ações de cuidado. Essa dificuldade se torna evidente à medida que a eficácia das ações de cuidados depende não só de decisões e atitudes individuais, mas também de ambientes favoráveis a mudanças de valores sociais e de comportamentos relacionados à saúde e à qualidade de vida.

As conseqüências do abuso de drogas no corpo físico e social devem ser correlacionadas a leis biológicas e sociais universais, numa dimensão de totalidade, na qual o processo do abuso e dependência de drogas

---

<sup>5</sup> Fatores de proteção são características psíquicas, comportamentais, familiares, ambientais e sociais que contribuem para o pleno desenvolvimento do indivíduo, diminuindo a probabilidade do uso de drogas (Freitas, 2000).

<sup>6</sup> Fatores de risco são problemas familiares ambientais e sociais e/ou características psíquicas, que aumentam a probabilidade de uso de drogas, representando uma ameaça ao desenvolvimento psicológico e social do indivíduo (Freitas, 2000).

de cada indivíduo realiza e expressa o universal através do singular. Por sua vez, o universal expressa a ideologia reproduzida socialmente que se retrata nos perfis epidemiológicos da dependência química constatada cotidianamente na prática do PSF.

A partir de uma visão dialética do problema, centrada na compreensão etiopatogênica da drogadição, Menéndez (1996) discute essa questão apresentando três teses explicativas: a primeira, representada pelo critério biologicista genético-constitucional; a segunda, antítese da primeira, expressa as concepções ambientalistas; a terceira, síntese das duas primeiras, propõe um enfoque integrador que valoriza ambos os critérios em interação e com predomínio de um ou de outro, em cada sujeito. Com o objetivo de ajudar na compreensão, no diagnóstico e no tratamento o autor considera relevante classificar o estabelecimento da dependência, utilizando para isso, seis vias: *sociocultural* – produto dos costumes, tradições e convenções das diferentes culturas, relaciona-se intimamente à pressão exercida pelos grupos humanos (microgrupos e macrogrupos); *via hedônica* – estreitamente vinculada à via sociocultural, caracteriza-se por ser a busca do prazer a motivação mais importante para o consumo reiterado; *via assertiva* – sua essência é a utilização da droga como “muleta” para enfrentar situações temidas, de insegurança e ansiedade; *via evasiva* – considerada como a mais relevante, caracteriza-se pelo consumo de tóxicos para esquecer situações penosas; *via sintomática* – na qual existe uma patologia subjacente, geralmente psiquiátrica, como a depressão, a mania, as fobias e outras; *via constitucional* – é a mais questionada e deve ser avaliada com cuidado naqueles sujeitos com história

familiar de toxicomanias com início muito cedo, ausência de outros mecanismos hegemônicos e tendências anti-sociais.

Outra forma de abordar o problema da adição muito utilizada é a que focaliza o consumo e não o usuário em si, representando a situação por um triângulo em cujos vértices se encontram elementos inter-relacionados – a droga, o indivíduo e o contexto sociocultural. Quanto à droga, é necessário que ela tenha propriedades psicotrópicas; quanto ao indivíduo, é relevante a influência da dimensão psicológica – predisposição à busca de drogas; quanto ao contexto sociocultural, é importante analisar a oscilação entre permissividade e controle legal excessivo. Essa abordagem visa identificar e valorizar implicações antropológicas, geográficas, fisiológicas, sociais, econômicas, políticas e psicológicas que envolvem valores, costumes e práticas relacionados ao consumo de substâncias psicoativas.

A dimensão psicológica encampa as motivações conscientes e inconscientes que predispoem uma pessoa a relacionar-se com a droga estabelecendo uma conduta de abuso. A relação do usuário com a droga é engendrada a partir de dois níveis inter-relacionados e interdeterminantes que estão sempre presentes na história de cada um e do grupo social do qual ele faz parte. Em um nível, estão as vivências subjetivas que determinam a relação com a droga; no outro, está a relação objetiva, concreta, onde se dá o processo de uso da droga – o acesso, o tipo, a qualidade, a quantidade e as vias de administração da droga. As relações objetivas e subjetivas com as drogas determinam o processo de dependência, alienando o dependente, interferindo na sua saúde, no relacionamento social e com o grupo familiar. Portanto, o



cuidado ao dependente químico implica transformação de estruturas sociofamiliares na qual foi possível o surgimento da adição.

Cada vez mais se torna evidente que o abuso de drogas não pode ser examinado de forma isolada, pois se insere em um contexto complexo e dinâmico. Os profissionais da saúde, especialmente os do PSF, por terem a família como unidade programática de ações de cuidados, devem procurar, nesse contexto, a construção de atitudes de solidariedade e compreensão, para auxiliar na difícil tarefa de prevenir e tratar as conseqüências que o consumo de substâncias psicoativas produzem não só no ambiente familiar, mas em toda a comunidade. Isso implica resgatar alguns conceitos e determinantes históricos sobre a situação da família nas últimas décadas e sobre o ato de cuidar, transcendendo a visão de doença e buscando a visão de desenvolvimento humano. Não pretendemos, aqui, aprofundar a análise dessas questões, senão contextualizar a situação sobre o cuidado e a família.

A palavra “cuidado”, originária do latim, cura, no dicionário de Ferreira (1986) tem o significado de desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção e bom trato. Segundo Boff (2000), essas atitudes surgem quando a existência de alguém tem importância para o outro. Neste estudo, “cuidado” significa um conjunto de atos de atenção à saúde com proporções abrangentes que implicam intencionalidade, interdisciplinaridade e responsabilidade social pelo ser-sujeito, objeto do cuidado (indivíduo, família e comunidade) nas dimensões técnica, política, social, ética, histórica e científica que envolvem o ato de cuidar.

---

O cuidado nasceu com a vida, com a procriação e com a manutenção das espécies. Na gênese da família, o cuidado é a garantia direta da continuidade da vida do grupo familiar articulado com uma função social desde a concepção até a morte. Historicamente, a mulher incorporou o papel de responsável principal por manter e desenvolver a vida, tendo o espaço privado da família como o lugar privilegiado para o cuidado. Ao longo da história, a família organizou-se e configurou-se como um grupo que vem atendendo a interesses e necessidades sociais, políticas e econômicas de acordo com cada momento histórico (Gonçalves, A.M., 1999).

Nas últimas décadas, grandes mudanças demográficas, econômicas e sociais repercutiram nas diferentes esferas da família e da sociedade em geral ocasionando transformações importantes na organização, funcionamento e manutenção do grupo familiar. Se, por um lado, a transição demográfica marcada pela queda da mortalidade e pelo declínio da fecundidade afetou profundamente a composição e o tamanho das famílias, a partir da década de 60, por outro, o acelerado processo de urbanização, industrialização e crescimento econômico produziu mudanças de valores, redefiniu os papéis da mulher e a sua participação no mercado de trabalho (Ribeiro et al., 1998).

Nas camadas mais marginalizadas da sociedade, que convivem com a pobreza e a drástica falta de empregos, as consequências da crise econômica das últimas décadas agravaram a precariedade das condições de vida de um grande número de famílias, tornando-as excluídas dos processos produtivos sociais e econômicos da sociedade. O progressivo empobrecimento das famílias, associado à má distribuição de renda do País, afeta,

principalmente, os mais vulneráveis dessa população, que são as crianças e os adolescentes (Takshima, 1998). Famílias monoparentais, ou seja, aquelas com apenas um dos pais assumindo a chefia e manutenção do domicílio, tornaram-se freqüentes, contribuindo para a desestruturação das relações familiares, ou seja, com problemas na dinâmica de interação, refletindo a ausência do pai no processo de educação e manutenção dos filhos, bem como alcoolismo crônico e violência intrafamiliar (Takashima, 1998; Vasconcelos, 1999).

Nessa linha de raciocínio, pesquisa realizada por Ribeiro et al. (1998), a partir de informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), constatou que o número de famílias formadas por mulheres sem cônjuge morando com os filhos cresceu 19% no período 1981-1990, atingindo 13,9% das famílias brasileiras. Para as autoras, o crescimento das famílias integradas pela mãe com filhos deveu-se a vários fatores, dentre eles a crescente participação feminina no mercado de trabalho e a transformação de valores tradicionais relacionados ao casamento, além do aprofundamento da pobreza decorrente da crise econômica pela qual vem passando a sociedade brasileira. Embora sofrendo grandes transformações no seu modelo de organização nuclear tradicional, a família contemporânea brasileira continua sendo a principal referência simbólica para a sociedade. Significa para os trabalhadores a realização de um modo de vida, um espaço para a elaboração de um destino comum. Apresenta-se *como mescla de conformismo às exigências sociais e como forma fundamental de resistência contra essa mesma sociedade* (Vasconcelos, 1999).

Diversas teorias, algumas complementares entre si, têm conduzido à compreensão da família como: a) um grupo relacional primário hierarquicamente organizado (Minuchin & Fishman, 1990); b) um sistema com uma estrutura inconsciente (Berenstein, 1988); c) uma unidade sociológica e, ao mesmo tempo, uma unidade de cuidados de saúde (Patrício, 1996).

Entre essas teorias, a que concebe a família como unidade de cuidados de saúde parece ser a que mais reforça a direção do PSF, de tomar a família como uma unidade programática de ações de cuidado. No cerne das políticas sociais, essa concepção vem sendo incorporada, embora com resistências, mostrando a família como uma instância importante. Segundo Vasconcelos (1999:8), *vem crescendo internacionalmente a visão de que as unidades de atuação 'família' e 'comunidade' são pontos importantes da estratégia de integração das diversas políticas sociais*. Essa visão pressupõe uma compreensão de família como contexto de desenvolvimento humano, o que facilita a abordagem conceitual e prática sobre o abuso e dependência de drogas, ao mesmo tempo que abre espaço para ações de cuidados relacionados à promoção, prevenção e tratamento da saúde.

A desestruturação das relações familiares, principalmente nas famílias pobres, onde os fatores de risco decorrentes da escassez de suportes materiais, psicológicos, educacionais e socioculturais são mais contundentes, tem de ser contraposta por fatores de proteção construídos coletivamente a partir da elaboração das experiências negativas no contexto das relações intrafamiliares e da comunidade. Na visão de Takashima (1998:79),

o sentido das necessidades básicas das famílias pobres deve suplantar a mera visão biologicista e incluir outras como psicológicas, sociais e éticas, de auto-estima, de uma relação significativa com os outros de crescimento da própria competência ou de uma participação na definição do significado de sua vida pessoal e dos demais.

Essa é uma tarefa que se coloca como um desafio para uma ação conjunta entre a equipe do PSF e a família.

Bastos & Trad (1998:109) reiteram:

No campo da Psicologia do Desenvolvimento, por exemplo, há indicações, a partir da investigação de determinantes psicossociais, de que a proteção seria construída ao longo da superação bem-sucedida de acontecimentos prévios, e não na esquiva do estresse. A constatação empírica de que o modo mais ativo de enfrentamento individual diante de estressores ambientais pode converter ameaças em desafios representa, sem dúvida, um encorajamento a programas baseados em participação comunitária.

A vulnerabilidade das famílias perante situações adversas como desemprego, pobreza extrema, baixo nível de escolaridade, isolamento, abandono, conflitos intrafamiliares e escassez de redes sociais, entretanto, não pode ser desconsiderada. Compreender que a desestruturação da família é um fator de risco ao adoecimento psíquico e ao abuso de drogas leva-nos a valorizar a proposta do PSF de tomar a família como núcleo básico para a promoção da saúde e como o lugar privilegiado para o cuidado e para o desenvolvimento humano.

A substituição do paradigma racionalista, que entende a saúde e a doença como dois momentos distintos na vida do homem, pelo novo paradigma baseado na concepção da produção social da saúde, fundamenta a concepção

de família como espaço para o cuidado e implica a co-participação dos sujeitos envolvidos num movimento de fazer e refazer as práticas institucionalizadas. Esse movimento deve ocorrer tanto no convívio familiar quanto nos serviços de saúde, especialmente do PSF, buscando-se alternativas para resgatar o cuidado – sobretudo na função educativa – e para produzir novas formas de cuidar através de vivências sociais educativas dos produtores e consumidores dos serviços de saúde.

Medidas sanitárias, educativas e sociais para a prevenção e recuperação dos usuários devem basear-se numa compreensão abrangente do problema e da complexidade dos fatores que contribuem para o uso e abuso de drogas. Nessa ótica, a prática de cuidados relacionados ao abuso e à dependência de drogas, no âmbito do PSF, exige dos profissionais e não-profissionais da equipe de saúde da família uma elaboração teórica e prática, em diferentes níveis, para que possa adquirir competência de saber-fazer, saber-ser e saber-agir, compreendendo e transformando suas práticas de saúde com ações criativas e construtivas. Ao atuar na promoção da saúde, prevenção do uso das drogas e tratamento, a equipe deve identificar pessoas ou grupos em situações de risco e dependentes, para ajudá-los a mudar seus hábitos de vida e a superar a necessidade de consumir drogas. Para a equipe de saúde da família, essa é uma tarefa difícil que pressupõe entrar na intimidade da família e da comunidade, conhecer suas mazelas e problemas sem censurá-los, sem tratá-los como marginais ou como doentes. À medida que a equipe atende, vê, escuta, conhece e se envolve com o grupo familiar, os problemas, comumente ocultados, negados ou mascarados sob a forma de

queixas, sinais ou sintomas para significar desvio da normalidade biológica, perdem, pouco a pouco, essa dimensão. O envolvimento, traduzido em forma de cuidado, humaniza as relações, cria vínculos e facilita o entendimento dos nexos entre a relação da pessoa ou da família com o meio e com as drogas e diminui ou afasta o caráter de individualidade da drogadição, fazendo com que as dificuldades sociais sejam expressadas.

A aplicação de *medidas seletivas de prevenção*<sup>7</sup> ou educação preventiva exige uma interação com as pessoas, famílias e comunidade. Essa ação deve iniciar-se pela atuação do agente comunitário de saúde e completar-se com a ação de toda a equipe de saúde da família, envolvendo grupos específicos e a comunidade.

*Medidas de prevenção primária*<sup>8</sup> aplicadas ao consumo de drogas, fogem ao modelo médico tradicional de prevenção baseado em considerações de ordem epidemiológica e centrado no conceito de doença. Não se trata de prevenir uma “doença”, mas sim de lidar com um fenômeno complexo com ramificações antropológicas, biológicas, psicológicas, sociais, econômicas e geográficas para alcançar a prevenção do consumo abusivo e suas conseqüências (Bucher, 1988). Assim, essa prática exige uma abordagem voltada para a promoção da saúde e prevenção de riscos. Nesse contexto as práticas de cuidados relacionados ao abuso e dependência de drogas no PSF devem priorizar medidas seletivas de prevenção e medidas de prevenção

---

<sup>7</sup> *Medidas seletivas de prevenção* são aquelas com caráter educacional que se destinam a grupos específicos como: mães escolares, pessoas em situações de risco e outros (Laranjeira, 1996).

<sup>8</sup> *Medidas de prevenção primária* podem ser consideradas desde a informação sobre o risco de abuso de drogas, até ações que facilitem conscientização do problema e da necessidade de tratamento (Laranjeira, 1996).

primária, envolvendo famílias, grupos e comunidade na criação de condições de redução da demanda e oferta de drogas.

As medidas de prevenção primária, devem começar pela promoção da saúde e da melhoria de qualidade de vida, entendidas como condições de educação, saneamento, moradia, trabalho, transporte, lazer, cultura e acesso a serviços de saúde, além da necessidade de conscientização, informação, legislação e, principalmente, de mudança de atitude perante o comportamento de uso de drogas.

Cabe à equipe de saúde criar condições para o processo de *empowerment* para a saúde e participação social, discutindo com as famílias e com a comunidade as condições existentes, os problemas e a responsabilidade individual e coletiva para organizar e lutar pela conquista do que é essencial para uma melhor qualidade de vida. Além disso, as práticas de cuidado devem valorizar o encorajamento à auto-realização, à auto-estima, ao desenvolvimento do senso de responsabilidade com relação à própria vida e do potencial socioafetivo na direção de um estilo saudável de vida, conforme os princípios de uma “ecologia sanitária” termo usado por Bucher (1988).

Nessa perspectiva, os esforços para a prevenção do abuso de drogas psicoativas devem integrar-se a programas de bem-estar social e a políticas de promoção da saúde e de educação mais amplas. Assim, para abordar o uso indevido de drogas psicoativas, na ótica da promoção da saúde, as práticas sanitárias passam, inevitavelmente, pelas práticas educativas que visem aumentar os fatores de proteção e reduzir os fatores de risco. Em parceria com a família e a comunidade, o PSF deve desenvolver ações de



saúde que avancem em direção à intersectorialidade, de forma a possibilitar a troca de experiências, a reflexão e elaboração teórica sobre a prática, o fortalecimento das equipes de saúde da família, o apoio e incentivo dos gestores.

O enfoque da promoção e prevenção tem sido uma preocupação da OMS, enfatizada, principalmente na última década do século passado, por diversos autores como Bucher (1988); Laranjeira (1996); Farias (1997); Minayo & Deslandes (1998); Sá (1999); Kalina (1999); Noto et al. (2000); Seidl & Costa (2000); Erwig & Bastos (2000); Gorgulho (2000); Micheli & Formigoni (2001); dentre outros que discutem a problemática das drogas. A opinião desses autores sobre a prevenção de consumo de drogas reforça aspectos valorizados nesta pesquisa, tais como a compreensão do contexto da sociedade, da dimensão prazerosa da droga, da estrutura psicológica da pessoa, da ineficácia das medidas repressivas, bem como dos preceitos normativistas das condutas pessoais e dos preconceitos sociais. Reforça, também, a importância de uma educação preventiva mais voltada para formar as pessoas do que informá-las, visto que a informação, por si só, não capacita as pessoas a fundamentar suas escolhas individuais em termos de uso de drogas.

A Saúde Mental contribui nessa área com um saber fundamental para a promoção da saúde, subsidiando a compreensão tanto da saúde quanto do adoecimento psíquico. Se, por um lado, a saúde mental lida com a capacidade do sujeito para administrar com liberdade, de forma saudável, as relações entre o seu desejo e as interdições que lhe são impostas pela sociedade, por outro, lida com o sofrimento psíquico em situações que podem

gerar incapacidade, desvio, inadaptação e anormalidade, e podem avançar no terreno dos transtornos mentais. Noutro sentido, a *Saúde Mental é entendida como o conjunto de ações de promoção, prevenção e tratamento referentes ao melhoramento ou à manutenção ou à restauração da saúde mental de uma população* (Saraceno, 2001). Nessa linha de raciocínio, entendemos a Saúde Mental como uma área do conhecimento que inclui a Psiquiatria, embora haja uma diferença conceitual entre os saberes próprios de cada uma e a união de ambas, na prática.

A iniciativa do Ministério da Saúde de criar um Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental no PSF (Brasil, 2001c) representa um passo importante na organização de uma política que contemple o problema do álcool e outras drogas no nível da atenção básica. Documento de uma oficina de trabalho, realizada em Brasília em março de 2001, para discutir a elaboração do referido plano, aborda os problemas decorrentes do abuso de álcool e outras drogas aliados aos transtornos mentais de maior prevalência. Poderíamos afirmar que esse problema – compreendido num quadro amplo de agravos e danos que potencializam riscos, vulnerabilizam e afetam a saúde, comprometem as relações sociais, familiares e de trabalho, diminuindo a qualidade de vida individual e coletiva – ocupa o lugar de maior prevalência entre os problemas de saúde da população. No entanto, essa questão não deve ser abordada no contexto dos transtornos mentais, e sim da saúde mental, entendida como conjunto de ações de promoção, prevenção e tratamento.

A combinação de cuidados e tratamento significa um *continuum* de ações, cuja seqüência e intensidade necessárias em uma comunidade ou serviço dependem da demanda da população usuária e também da capacidade dos profissionais envolvidos para identificar formas criativas de atendê-la, visando mudar as relações entre usuários, dependentes, familiares e comunidade, evitando-se a marginalização do dependente químico (Laranjeira, 1996; Sá, 1999) e a deterioração da sua saúde e qualidade de vida.

Pelo caráter de suas práticas, o PSF pressupõe a integralidade da assistência, incluindo promoção, prevenção, vigilância, cura, reabilitação e manutenção da saúde. Portanto, suas práticas devem voltar-se para o cuidado relacionado ao abuso de drogas, produzindo impacto na redução da demanda e da oferta. A dimensão do cuidado, que envolve tratamento e reabilitação, pressupõe tarefas que requerem o concurso de instituições especializadas e o suporte de serviços ambulatoriais, cabendo à equipe de saúde da família encaminhar, referenciar, acompanhar os casos identificados e realizar, concomitantemente, um trabalho de reabilitação junto ao dependente, família e comunidade.

O que deve fazer a diferença entre a ação criativa e inovadora, que se propõe para o PSF, e a tradicional, realizada apenas pelas instituições destinadas ao tratamento de dependentes, é a qualidade, a integralidade e a singularidade da assistência realizada pela equipe de saúde. Acima de tudo, o diferencial do PSF está no seu potencial para atuar na prevenção primária por meio de ações de promoção da saúde junto ao indivíduo, famílias e comunidades.

## **CAPÍTULO 3**

### **CAMINHO TEÓRICO-METODOLÓGICO**

O detalhamento minucioso do percurso metodológico que apresentamos a seguir tem três finalidades principais: a) descrever os procedimentos e suportes teóricos e técnicos para a compreensão do cenário da pesquisa, do objeto de estudo, dos sujeitos sociais envolvidos e dos instrumentos para a coleta e análise dos dados; b) apresentar a forma como a investigação foi encaminhada, focalizando o seu caráter dialético, que possibilitou a interação com a realidade, a participação de toda a equipe na identificação e superação de problemas e contradições; e c) articular a metodologia à discussão do tema e à abordagem conceitual da pesquisa.

Adotamos o materialismo histórico-dialético como referência teórico-metodológica, uma visão de mundo, pela qual buscamos pensar a realidade social, expressa por meio de valores, representações, idéias, conceitos e orientações cognitivas, para captar e explorar o objeto de estudo, analisar e compreender a realidade social com sua historicidade, dinâmica de determinações e transformações. Essa opção revela um compromisso com o movimento permanente que existe na natureza e na sociedade e a crença no

princípio de que a sociedade historicamente construída pode ser transformada, superando-se as contradições através da práxis<sup>1</sup>.

Por meio da leitura de autores que analisaram a obra de Marx, ampliando suas idéias para o campo da práxis e da metodologia, como Vázquez (1986); Frigotto (1989); Gadotti (1992); Zemelman (1992); Löwy (1995); Demo (1995); Gonçalves (1995, 1998, 1999); Santos (1999), orientamos o caminho para a estratégia de pesquisa-ação.

A metodologia da pesquisa social no campo da saúde, sob o enfoque dialético, não depende apenas do conhecimento técnico, portanto buscamos valorizar uma postura intelectual, uma visão social da realidade e uma prática capaz de ir além dos fatos e das verdades, que, segundo Frigotto (1989); Minayo (1998), estão contidos nos esquemas abstratos de determinações gerais, exigindo, por isso, que o pesquisador faça um rompimento com a ideologia dominante. Nesse sentido, para a análise de uma realidade social densa de determinantes históricos, econômicos, políticos e culturais, tais como as que marcam a prática de uma equipe de saúde da família no cuidado relacionado ao abuso e dependência de drogas, valemo-nos do materialismo histórico-dialético, ancorado no marxismo gnosiológico<sup>2</sup>, porque encontramos nele uma arma de luta articulada à sociedade, de forma ampla.

---

<sup>1</sup> Práxis, conforme Vázquez (1986), é entendida como forma consciente de atuar sobre a realidade com vistas à sua transformação. Essa consciência se forma em um processo de ação iluminada pela reflexão teórica.

<sup>2</sup> Segundo Japiassu & Marcondes (1991), o termo **gnosiológico** significa *gnosis* – conhecimento; *logos* – teoria, ciência. Teoria do conhecimento, que tem por objetivo buscar a origem, a natureza, o valor e o seu sentido mais profundo.

Gadotti (1992), referindo-se à concepção da dialética como “arma de luta”, a entende como uma teoria engajada *para produzir ciência comprometida com a transformação da sociedade* e que essa concepção *serve à elaboração do pensamento crítico e autocrítico e ao questionamento da realidade presente.*

Uma análise da realidade diante da prática de cuidados relacionados ao abuso e dependência de drogas exige identificar a ideologia que perpassa o imaginário e as práticas sociais que determinam as formas como acontece a produção, o comércio e o consumo de drogas. De um lado, ao classificar as drogas como lícitas e ilícitas, a sociedade estimula o seu consumo, ao mesmo tempo que o proíbe, criando espaço para o aparecimento do chamado “comércio negro” – o narcotráfico. De outro lado, de acordo com a lógica do capitalismo, voltado para busca de lucros exorbitantes, o narcotráfico não obedece a qualquer padrão ético, moral ou humanitário.

Conforme Löwy (1995:17),

uma análise dialética das ideologias ou das visões de mundo mostra, necessariamente, que elas são contraditórias, que existe um enfrentamento permanente entre as ideologias e as utopias na sociedade, correspondendo, em última análise, aos enfrentamentos das várias classes sociais ou grupos sociais que a compõem.

A análise do autor aponta-nos a existência de enfrentamentos ideológicos entre visões sociais de mundo conflituosas, tais como as que encontramos na prática de cuidados relacionados ao abuso e à dependência de drogas.

O materialismo histórico-dialético, como marco teórico, ultrapassa a visão da ciência positiva na interpretação dos fenômenos sociais e traz

elementos para a compreensão e o enfrentamento de contradições apresentadas pelo fenômeno do uso de drogas. A partir da compreensão do caráter revolucionário das transformações operadas pela modernidade e pelo capitalismo, nos diferentes setores da vida social, Santos (1999) atribuiu ao marxismo o mérito de *articular uma análise exigente da sociedade capitalista com a construção de uma vontade política radical de transformar e superar numa sociedade mais livre, mais igual, mais justa e afinal mais humana*. Nessa perspectiva, a teoria marxista constitui instrumento básico para a análise das formas de opressão atribuíveis à irracionalidade da droga, bem como para a busca de saídas possíveis. Esse instrumento, utilizado por meio de uma pesquisa-ação possibilitou-nos articular teoria e prática, análise e compreensão da realidade, em busca de mecanismos para transformá-la, a partir da tese de que, ao atuar no âmbito da atenção básica, o PSF permite uma ação/interação adequada e favorece a abordagem do cuidado aos indivíduos, grupos, famílias e comunidades quanto aos problemas de saúde relacionados ao uso indevido de drogas psicoativas.

A partir da visão dialética da realidade, definimos como objetivo desta pesquisa desenvolver com os membros de uma equipe do PSF uma ação-reflexão sobre a prática de cuidados relacionados ao abuso e à dependência de drogas, visando contribuir para a superação de problemas e contradições enfrentados no cotidiano dessa prática.

Para facilitar o alcance desse objetivo, elegemos alguns pontos que nortearam a nossa pesquisa de campo:

- identificação de contradições e problemas enfrentados pelos membros da equipe na realização de cuidados relacionados ao abuso e à dependência de drogas;
- discussão de idéias, possibilidades e alternativas na prática de promoção da saúde, prevenção, tratamento ou redução de danos;
- reflexão sobre possibilidades de ação conjunta da equipe com outras equipes vizinhas, gestores do PSF, famílias e instituições da comunidade;
- desenvolvimento de estratégias para ações intersetoriais e parcerias com a comunidade;
- contribuição para a elaboração de um projeto comunitário para intervir na melhoria da qualidade de vida e, conseqüentemente, promover saúde e prevenir consumo abusivo de drogas.

### **3.1 Pesquisa-ação: estratégia metodológica**

A opção de realizar uma investigação por meio da pesquisa-ação norteou a escolha de uma estratégia metodológica voltada para análise, compreensão e superação dos problemas e contradições enfrentados pelos sujeitos sociais da pesquisa. Assim, todas as etapas do trabalho de campo tiveram como eixo a ação e o envolvimento entre pesquisadora e pesquisados. Essa interação fundamentou-se no respeito às crenças e valores que orientam eticamente as relações entre os sujeitos sociais envolvidos no ato de pesquisar / cuidar / ensinar / aprender / criar / transformar.



Nessa perspectiva, ao utilizamos a pesquisa-ação como estratégia metodológica, privilegamos os elementos históricos, a consciência histórica e a identidade entre os sujeitos da pesquisa (pesquisadora e pesquisados) com o objeto de estudo. Por intermédio desses elementos, construímos toda a trama do conhecimento e da ação desenvolvida no processo da investigação por meio da participação da pesquisadora e dos pesquisados.

Realizar uma pesquisa na modalidade de pesquisa-ação foi consequência direta da própria natureza do nosso objeto de estudo. Os problemas enfrentados pela equipe de saúde da família na realização de cuidados relacionados ao abuso e à dependência de drogas constituíram o fenômeno que nos inquietou e nos estimulou a investigar essa prática e a buscar possibilidades de se construir o novo na relação dos sujeitos sociais envolvidos nessa realidade. Assim, um problema antigo como o cuidado relacionado ao uso de drogas passa a ser visto, no contexto de mudanças impulsionadas pelo PSF, pela ótica de novas abordagens. Dessa forma, acende-se um facho de esperança para aqueles que acreditam na capacidade de transformação dos serviços de saúde a partir de suas práticas realizadas no campo das micropolíticas, por exemplo, das equipes de saúde da família, por meio da ação cotidiana dentro das comunidades.

Ao adotar a pesquisa-ação como estratégia metodológica, baseada na orientação de Thiollent (1987, 1996), privilegamos a visão de que se trata de um método de pesquisa subordinado a um *contexto de experimentação em situação real* e de *exigências científicas do tipo tradicional* utilizadas em uma *problemática teórica de orientação crítica e não apenas instrumental*. Dada a

especificidade deste estudo, não houve a intenção de utilizar a pesquisa-ação como um paradigma, nem de discutir as questões filosóficas e teórico-metodológicas conceituais acerca das metodologias alternativas de pesquisa, tampouco as diferenças entre pesquisa-ação e pesquisa participante. Optamos por utilizar a pesquisa-ação em virtude de sua perfeita adequação ao contexto, ao momento histórico da pesquisa e ao objeto de estudo.

O referencial teórico que orienta esta pesquisa e as características do seu objeto de estudo descartaram a possibilidade de trilhar um caminho metodológico que não valorizasse os sujeitos sociais como co-participantes do processo. O propósito de realizar uma práxis que resultasse na construção coletiva de um conhecimento voltado para a reflexão, crítica e aprimoramento das práticas de saúde da equipe foi uma meta proposta em nosso projeto para esta pesquisa, cuja operacionalização discutiremos nos itens seguintes.

A pesquisa-ação, na sua acepção epistemológica, valoriza e busca a compreensão e interação entre pesquisadores e sujeitos pesquisados. Portanto, durante o trabalho de campo, buscamos contribuir e receber contribuição para superar as dificuldades e necessidades reveladas no desenvolvimento da pesquisa, no embate com a realidade social. Segundo Thiollent (1996), a pesquisa-ação *supõe uma forma de ação planejada de caráter social, educacional e técnico*. Para o autor, um dos principais objetivos da pesquisa-ação consiste em dar aos pesquisadores e pesquisados os meios para se tornarem capazes de responder aos problemas da realidade social, conduzindo-os sob forma de diretrizes transformadoras orientadas na direção sociopolítica. Segundo Gonçalves (1998), a pesquisa-ação permite explicar,

aprofundar e elaborar questões relacionadas ao objeto da pesquisa ao crescimento intelectual do grupo de participantes e à possibilidade de ação imediata voltada para o interesse coletivo. Essa visão está clara na seguinte afirmativa de Thiollent (1996:14):

A pesquisa-ação é um tipo de investigação social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo.

Para Gonçalves (1998), a pesquisa-ação, orientada pelo método dialético, pressupõe o envolvimento dos participantes com a descoberta, a elaboração de idéias e de formas para colocá-las em prática, visando à transformação da prática social. A autora alerta quanto à necessidade de que a pesquisa seja fundada em um rigor teórico-metodológico que lhe assegure o caráter científico, de forma a evitar o risco de tornar-se um mero projeto de intervenção na realidade.

Quanto ao rigor teórico-metodológico, Thiollent (1987, 1996) coloca que objeto e objetivos da investigação, na modalidade de pesquisa-ação, sejam determinados pelos pesquisadores em conjunto com os pesquisados. Não seguimos esses passos, por se tratar de um trabalho acadêmico com finalidade de subsidiar uma tese de doutorado com um cronograma preestabelecido. Atender a essa exigência do método demandaria um tempo muito extenso de permanência da pesquisadora no campo, sem delimitações prévias, o que não nos seria possível, naquele momento. Por isso, iniciamos a investigação com o projeto que havia sido aprovado no exame de qualificação,

cujo objeto e objetivo estavam inseridos no contexto institucional do PSF, como um programa que vem sendo discutido, avaliado e operacionalizado por muitos atores sociais e que já conta com um bom volume de publicações a respeito.

Na verdade, o próprio Thiollent (1987) admite: *A variedade de proposta de pesquisa-ação é proporcional à variedade de projetos sociais inscritos em diversas conjunturas e sociedades.* Nesta pesquisa, o caminho que percorremos conduziu a investigação de forma sistemática, permitindo o envolvimento da pesquisadora com os sujeitos sociais a partir do princípio de que eles detêm atributos, vivências e informações sobre a realidade e que devem ser incentivados a desenvolver um processo de ação-reflexão voltado para a superação dos problemas e contradições que emergem da atividade prática. Portanto, não houve uma postura de neutralidade por parte da pesquisadora, e sim um envolvimento com os sujeitos sociais da pesquisa e com a prática por eles desenvolvida.

Dessa forma, a aplicação do método dialético permitiu-nos aproximar concretamente da realidade vivenciada pela equipe de saúde da família. Mais que conhecer e descrever a organização e seu funcionamento, procuramos compreender o papel que cada um desempenha nas práticas de saúde que realiza, focalizando as ações de cuidados relacionadas ao abuso e dependência de drogas.

O caráter inovador desta pesquisa-ação, como estratégia metodológica, destaca-se a partir do momento em que, norteados pelo método dialético, ultrapassamos a simples observação, descrição da realidade social, sistematização de conhecimentos empíricos e receitas técnicas, iniciando um

processo de elaboração coletiva. Nesse processo, desenvolvemos um exercício de ação-reflexão orientado para uma nova visão do ser humano, na perspectiva da formação de um ser-sujeito capaz de compreender a realidade social e buscar a superação de problemas e contradições presentes na prática do cuidado individual, familiar e coletivo.

Situações imprevistas ou inevitáveis impediram a presença de alguns dos membros da equipe em alguns momentos, outras alteraram o ritmo da produção do trabalho de campo, não permitindo seguir o cronograma proposto inicialmente. Enfrentar esses problemas foi um dos desafios colocados durante a pesquisa de campo. Enumeramos, a seguir, as principais dificuldades encontradas.

1. Quando a investigação se iniciou, havia três agentes comunitárias de saúde, sendo que, pouco tempo depois foi admitida mais uma. Após quatro meses, uma das agentes comunitárias se demitiu por motivos pessoais. Esses fatos exigiram novas adaptações na rotina de trabalho e negociações para a aceitação de uma situação nova.

2. Um segundo problema foi a participação da equipe em um movimento grevista dos trabalhadores do PSF do município, em luta por atualização de salários atrasados. Uma das respostas do governo municipal ao movimento foi a decisão de férias coletivas por dez dias.

3. Outra barreira foi as férias regulamentares da enfermeira da equipe, em janeiro, e do médico, em março de 2001, que provocaram uma diminuição das atividades e reduziram a disponibilidade da equipe para participar de atividades coletivas. As atividades de greve somadas às férias

tiveram como resultado uma diminuição do ritmo das atividades da equipe e, conseqüentemente, da pesquisa, por aproximadamente 40 dias.

4. No início de março, quando a pesquisa de campo retomava o seu ritmo, o governo municipal, recém-empossado, decidiu alterar o contrato de trabalho dos agentes comunitários de saúde, o que provocou mudanças nos horários de atividades da equipe e certa insegurança no grupo.

A superação dessas dificuldades fez parte do desafio enfrentado pela pesquisadora, que pôde vivenciar uma experiência compartilhada com a solidariedade de todos. Esse momento possibilitou-nos a reelaboração da metodologia e o repensar de estratégias adequadas ao contexto dessa fase exploratória da pesquisa, numa realidade social rica de determinações históricas.

### **3.2 Cenário da pesquisa**

O cenário desta pesquisa foi a área geopolítica de atuação de uma equipe do PSF do município de Contagem, Estado de Minas Gerais, localizada numa região periférica da cidade, denominada Ressaca, pertencente ao Distrito Sanitário, também denominado Ressaca, localizada próximo à BR-040, que liga Belo Horizonte/Contagem/Rio de Janeiro e Brasília, e do maior entreposto comercial destinado ao abastecimento de hortifrutigranjeiros do Estado – Centrais de Abastecimento de Minas Gerais S.A. (CEASA). A localização da região facilita um grande número de pessoas em trânsito nos bairros e favelas existentes, dificultando o controle do tráfico de drogas e facilitando a oferta, o acesso e o consumo de drogas. Por essas particularidades, verifica-se que a

região apresenta características de uma das áreas de maior risco epidemiológico para uso de drogas no município.

Por intermédio do Plano Municipal de Saúde de Contagem (Contagem, 1999), pudemos sintetizar alguns dados e informações importantes para a caracterização do cenário da pesquisa, conforme descrição a seguir:

a) Contagem é um município no qual a implantação do PSF foi iniciada em 1998 como uma “proposta de consolidar o modelo assistencial do município, e na certeza de ser essa uma estratégia viável para a efetiva implantação do Sistema Único de Saúde-SUS”.

b) O perfil sociodemográfico do município apresenta uma população de 511.995 habitantes, sendo 93,40% na área urbana. A distribuição da população por grupo etário tem a maior concentração nas faixas etárias: 5-14 anos (22,62%); 20-29 anos (20,55%); 30-39 anos (16,23%); e, por último, 15-19 anos (9,98%). Somando-se esses percentuais, tem-se que 69,38% da população encontra-se na idade de 5 a 39 anos, portanto, crianças, adolescentes e adultos em idade produtiva para o trabalho e para a procriação. Com 50 anos e mais, apenas 9,57% da população. Dados preliminares do Censo 2000 indicam que o município teve um incremento populacional de 24.413 habitantes, com uma taxa de crescimento anual de 2,17% (IBGE, 2001)<sup>3</sup>.

c) As atividades econômicas de Contagem se concentram no setor industrial e, em conjunto com outros municípios, a cidade forma o parque industrial da Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH), assumindo o

---

<sup>3</sup> <http://www.ibge.gov.br/censo2000>.

papel de supridora de atividades secundárias. Entre as atividades industriais de Contagem, predominam os bens intermediários, que, sozinhos, concentram 57,9%. Essa produção industrial é causadora de grandes impactos ambientais e não possui efeito multiplicador na economia local.

d) Contagem está localizada a 23 km do Centro de Belo Horizonte, na região Central do Estado de Minas Gerais, integrando-se ao núcleo polarizador das atividades urbanas e econômicas da RMBH. O sistema viário de Contagem articula a cidade com os principais centros urbanos regionais do Estado e do País através das rodovias: BR 381 – Contagem/São Paulo; BR 040 – Contagem/Rio de Janeiro e Brasília; BR 262 – Contagem/Vitória; e MG 432 – entrada de Esmeraldas.

e) O saneamento básico de Contagem não é adequado nem compatível com o nível de urbanização que a cidade atingiu. Há falta de infraestrutura, sobretudo quanto ao esgotamento sanitário e acúmulo de lixo. A coleta de lixo atende a 74% dos domicílios; 94% da população tem água encanada e só 54% esgotamento sanitário.

f) A população de Contagem sofre um incremento desordenado por ser uma região industrial, o que atrai a migração de pessoas em busca de emprego. Dessa forma, torna-se inevitável o aumento dos problemas relacionados à saúde, educação e moradia.

g) O Plano Municipal de Saúde de Contagem não faz referência a situações de risco, de adoecimento ou de tratamento da população relacionados ao consumo e abuso de drogas. Acredita-se que essa situação se explica pelo fato de que o modelo assistencial no município esteja em fase de



organização e implantação de estratégias dos Distritos Sanitários, do Programa Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

h) Segundo o Plano Municipal de Saúde de Contagem, a morbimortalidade por uso indevido de drogas em Contagem não é computada. No entanto, os gestores municipais de saúde a consideram um problema grave e o projeto municipal para assistência no primeiro nível de atenção, ou seja, da atenção básica de saúde, inclui o atendimento à saúde mental. Dentre as propostas estabelecidas como “projetos especiais”, há o reconhecimento de que *a rede de atenção à saúde mental do município de Contagem encontra-se completamente desorganizada, sem normatização das ações*. Como objetivo a ser alcançado, destaca-se a reorganização da atenção primária, a estruturação do trabalho em equipe interdisciplinar e a implantação de estágios curriculares em convênio entre o Programa de Saúde Mental e universidades.

Diante do retrato panorâmico da cidade de Contagem aqui apresentado, em que pudemos perceber a existência de aspectos facilitadores do consumo de drogas e dificultadores da assistência aos usuários, consideramos que o município, recortado no espaço geográfico de uma equipe do PSF, tenha sido um cenário adequado para a realização desta pesquisa.

O território de abrangência da equipe fica numa área geográfica situada em um bairro da periferia de Contagem, que faz limite com a cidade de Belo Horizonte. O bairro tem água, luz e um capeamento asfáltico em quase todas as ruas. Na maioria das residências há rede de esgoto, porém, em algumas ruas a rede é precária, parte do esgoto corre a céu aberto e ainda funciona o sistema de fossas. Parte da região é afetada por um córrego sem

canalização que recebe esgoto e lixo, pondo em risco famílias que vivem às suas margens, vítimas dos mosquitos, mau cheiro e enchentes. A região é cortada por ruas e avenidas que dão acesso a outros bairros, fazendo ligação com o município de Belo Horizonte e com a rede viária que o contorna. Por isso, o tráfego de ônibus, carros e caminhões é intenso. O bairro limita-se com uma favela onde as condições de urbanização, saneamento, segurança e apoio social são praticamente inexistentes. A influência dessa área vizinha se faz notar, principalmente, nos aspectos relacionados à violência, tráfico de drogas e à presença de pessoas desempregadas e ociosas, bem como de usuários de álcool e drogas, transitando na região. Na área de abrangência da equipe há uma escola de 1º grau, uma creche, uma instituição de apoio à crianças de 7 a 16 anos fora do horário escolar. Existem seis igrejas (todas evangélicas), uma fábrica de temperos, uma gráfica e uma rede de comércio. Há uma rádio comunitária, que funciona em uma área vizinha. A população adstrita à equipe é constituída de 889 famílias, com 3.600 habitantes.

### **3.3 Sujeitos da pesquisa**

Os sujeitos sociais desta pesquisa foram os integrantes de uma equipe do PSF do município de Contagem, Minas Gerais, formada por um médico, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde.

Os passos para o acesso a essa equipe obedeceram a uma ordem burocrática e ética necessária ao encaminhamento e aprovação do projeto da pesquisa, próprios da fase exploratória. Como ponto de partida, fizemos

contato com a coordenadora do PSF em Contagem, visando ao consentimento e apoio para realização da pesquisa. Em segundo lugar, solicitamos do Secretário Municipal de Saúde a aprovação formal do pedido. O terceiro passo foi uma reunião com a Coordenação do Distrito Sanitário, onde pretendíamos realizar a pesquisa, solicitando a indicação de uma equipe. O quarto passo foi o contato com a coordenadora da equipe indicada. O último passo consistiu de uma reunião com toda a equipe para a apresentação da pesquisadora e pesquisados, bem como do projeto. Nessa reunião, foram discutidos o objetivo e a finalidade da pesquisa, ressaltando-se a necessidade do apoio, participação e colaboração de todos. A equipe mostrou preocupação com o tempo que seria despendido com as atividades da pesquisa, visto ela que tinha a obrigação de apresentar, mensalmente, uma produtividade quantificada em número de atendimentos, visitas domiciliares, etc. Entendido o espírito da pesquisa, essa preocupação deixou de existir. Obtivemos o consentimento formal de cada um, com a assinatura da “Declaração de Propósitos” e do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”<sup>4</sup>.

A definição da equipe foi feita tendo como indicativo o risco e prevalência do abuso de álcool e drogas na região. Essa definição baseou-se em dois critérios metodológicos: a *representatividade qualitativa*, que apresenta a opção de se trabalhar com uma amostra intencional, e o consentimento da equipe em participar da pesquisa-ação.

---

<sup>4</sup> Anexos A e B, elaborados de acordo com a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos (Brasil, 1996), aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa – Universidade Federal de Minas Gerais (COEP-UFMG). Cabe lembrar que, com o desenvolvimento da pesquisa, o título e objetivo foram aprimorados, mantendo-se a essência das idéias contidas no projeto da pesquisa.

A amostra intencional, segundo Thiollent (1996:62), *é constituída por um pequeno número de pessoas que são escolhidas intencionalmente em função da relevância que elas representam em relação a um determinado assunto.*

Um ponto relevante que precisa ser acentuado refere-se à forma como se deu a relação com os sujeitos sociais da pesquisa. O interesse, o envolvimento, a interação do grupo foi uma construção gradativa, que levou à participação e contribuição de cada um e da equipe, elemento essencial para a elaboração coletiva, valorizada e estimulada democraticamente durante toda a pesquisa de campo. Para preservar a identidade das pessoas participantes da pesquisa e a relação delas com o trabalho e com a comunidade, não os identificamos nem individualmente nem como equipe.

O médico e a enfermeira são profissionais com experiência no PSF, tendo trabalhado em outros municípios. A auxiliar de enfermagem mora na região e nunca havia trabalhado na rede básica de saúde. As agentes comunitárias são pessoas dedicadas ao trabalho doméstico, todas moram na região há muitos anos e têm bom trânsito na comunidade. O envolvimento dos participantes da equipe com o trabalho, com a comunidade e também com esta pesquisa tem origem na própria história que vem sendo construída desde abril de 2000, quando a equipe foi constituída.

Quando iniciamos a pesquisa, em setembro de 2000, a equipe estava ainda em uma fase que se caracterizava, principalmente, por atendimentos à demanda espontânea e pelo reconhecimento da situação de saúde da população. Boa parte da população fazia os primeiros contatos com o

serviço em busca de consultas e exames médicos conforme o modelo tradicional de atendimento em serviços públicos. A equipe esforçava-se para atender à demanda espontânea, que era muito alta, principalmente, para as primeiras consultas, e, ao mesmo tempo, organizar o serviço, fazer a vigilância à saúde e acompanhar pessoas e famílias em situação de risco. Naquele período, foram intensas as atividades da equipe em ações de saúde voltadas prioritariamente para grupos específicos, como hipertensos; diabéticos; mulheres com necessidade de exames ginecológicos e de coleta para exames Papanicolau; crianças de zero a cinco anos, desnutridas; grávidas; recém-nascidos; e idosos.

A equipe vem desenvolvendo, desde setembro de 2000, uma atividade educativo-cultural em um programa semanal na rádio comunitária local. A fase de maior atendimento à demanda espontânea foi superada aos poucos. A equipe conhece melhor os usuários do serviço, organiza e programa boa parte dos atendimentos, estabelece vínculo de confiança e respeito com a população, sendo freqüentes provas de carinho, apoio e compreensão por parte dos usuários. As agentes comunitárias de saúde conhecem cada domicílio e grande parte dos moradores daquela área geográfica. Em contrapartida, são conhecidas e bem-aceitas pela população.

Na prática cotidiana, a equipe vem se esforçando para superar os problemas e dificuldades relacionadas à sua prática de saúde. A contribuição deste estudo está apresentada no capítulo 4, onde discutimos os resultados da pesquisa-ação, apresentando as descobertas com relação ao cuidado diante do abuso e da dependência de drogas.

### 3.4 Instrumentos e procedimentos para a coleta de dados

Sem perder de vista a orientação teórico-metodológica do materialismo histórico-dialético, desde o início da coleta de dados nos preocupamos em identificar as múltiplas determinações que se dão na prática da equipe de saúde da família, no contexto do PSF. Procuramos potencializar todos os momentos que facilitaram a nossa interação com o grupo e o conhecimento da realidade social. Um ponto-chave para essa interação foi a preocupação em contribuir, de forma objetiva, na realização da prática desenvolvida pela equipe, fazendo juntos atividades de rotina, tais como acolhimento, consultas, assistência a idosos – na unidade e em domicílios –, aplicação de medicamentos, participação em grupos operativos, atividades de educação para saúde e visitas domiciliares.

No confronto com os problemas e contradições que emergem da realidade e da prática social, deparamos com a diversidade de visões de mundo e posições ideológicas, que refletem nas atitudes, condutas e ações dos sujeitos da pesquisa. Ao tomar a prática como objeto de reflexão, tivemos o cuidado de identificar situações concretas, que, conforme Marx assinala, são *fontes da observação e da representação*. Assim, procuramos desenvolver com o grupo um exercício de reflexão teórica, em busca de superar o senso comum e posições ideológicas que dificultam ir *à essência que se esconde atrás das aparências* (Marx & Engels, 1991).

Durante a coleta de dados, procuramos ir além da simples atividade técnica, da percepção do senso comum e do mundo prático. Conforme Vázquez (1986), o *mundo prático – para a consciência humana – é um mundo*

*de coisas e significações em si.* Ao discutir com o grupo as questões que iam sendo identificadas na prática, fomos desenvolvendo a consciência reflexiva, procurando superar o mundo de coisas e significações em si, amadurecendo idéias para não correremos o risco de uma análise isolada ou imediatista que fugisse da atividade científica e impedisse a verdadeira elaboração coletiva do conhecimento.

Nessa perspectiva, os instrumentos, procedimentos e técnicas utilizados para a coleta dos dados – observação participante, “entrevista-diálogo” e vivência de uma oficina pedagógica – visaram à captação da realidade por meio de um trabalho coletivo voltado para o crescimento intelectual e pessoal de cada integrante da equipe e a construção do conhecimento coletivo. Segundo a orientação de Thiollent (1987), numa pesquisa-ação os dados são produzidos à medida que o pesquisador, utilizando os dispositivos da pesquisa – procedimentos, instrumentos, métodos e técnicas –, interage com a situação investigada. Assim, sem utilizar técnicas isoladas, a coleta dos dados se deu à medida que íamos desenvolvendo a interação com os sujeitos da pesquisa. Por meio da observação participante e envolvimento cotidiano com a equipe, buscamos captar, conforme orienta Haguette (1987), a dinâmica e funcionamento na atividade prática, elaborando e interpretando seus significados, limites técnicos, demanda da população e tecnologia utilizada.

A observação participante, definida como um instrumento de captação de dados e de modificação da realidade pesquisada (Haguette,

1987), foi utilizada, à medida que a pesquisadora assumiu o *status* de “participante-observador”, descrito por Minayo (1998: 142):

...o pesquisador deixa claro para si e para o grupo sua relação como meramente de campo. A participação, no entanto, tende ser mais profunda possível através da observação informal, da vivência junto de acontecimentos julgados importantes, pelos entrevistados e no acompanhamento das rotinas cotidianas. A consciência, dos dois lados, de uma relação temporária (enquanto dura o trabalho de campo) ajuda a minimizar os problemas de envolvimento que inevitavelmente acontecem, colocando sempre em questão a suposta ‘objetividade’ nas relações.

Para Haguette (1987), a observação participante se resume a uma importante técnica de coleta de dados, empreendida em situações especiais distintas das técnicas convencionais, como questionário e entrevista, propondo-se modificar o meio pesquisado. Nesse sentido, a observação participante proporciona o aperfeiçoamento da natureza e qualidade dos dados à medida que o pesquisador exerce um papel ativo na modificação da realidade social.

Além da observação participante, utilizamos a entrevista como uma técnica valorizada mais no sentido amplo da comunicação verbal e do diálogo do que como um momento formal do processo de coleta de dados. Nesse contexto, essa modalidade de entrevista, por nós denominada “entrevista-diálogo”, pode ser classificada como *entrevista não-diretiva*, isto é, *onde se aprofunda a conversa sobre determinado tema, sem prévio roteiro* (Minayo, 1998).

A “entrevista-diálogo” se deu em situações de conversa com um ou mais integrantes do grupo, a partir da iniciativa da pesquisadora, que problematizava a prática com questões pertinentes ao objeto da pesquisa, em



busca de informações ou de *feedback* sobre sua atuação. Assim, a “entrevista-diálogo” constituiu-se uma ferramenta para obter dados sobre a prática da equipe e para contextualizar as relações dos sujeitos da pesquisa com a comunidade.

Utilizamos, também, a vivência de uma oficina pedagógica, segundo orientação de Gayotto & Domingues (1998); Afonso (2000). Nessa oficina, trabalhamos com uma concepção de aprendizagem centrada no sujeito, no grupo e na tarefa, buscando desenvolver um conjunto de ações destinadas à obtenção de objetivos comuns.

As técnicas de observação participante, entrevista-diálogo e oficina pedagógica, usadas para a captação de dados, fizeram parte do desenvolvimento da pesquisa de campo, sem se caracterizarem em momentos estanques ou artificiais no relacionamento da pesquisadora com os sujeitos da pesquisa. Utilizamos essas técnicas conscientes de que elas expõem o pesquisador ao risco da subjetividade, mas que são instrumentos necessários para a realização da pesquisa qualitativa.

Reafirmamos que a pesquisa social, por ser essencialmente qualitativa, implica a utilização de técnicas que captem a idéia de construção e não somente o que está dado, portanto, trabalha com o provisório, dinâmico, subjetivo e histórico. Minayo et al. (2000) consideram que o método para explorar uma realidade marcada pela especificidade e pela diferenciação deve ser fundado numa *partilha de princípios e não de procedimentos*.

Para contornar os riscos da subjetividade, no confronto com a prática, tivemos um olhar crítico e atenção no registro sistemático do processo,

procurando os meios possíveis para captar as informações, a partir do envolvimento com os sujeitos da pesquisa na realização de suas práticas.

Romanelli (1998) nos traz grande contribuição ao desenvolver questões acerca da relação que se estabelece entre entrevistador e entrevistado. Para o autor, não há técnica ou recurso que possa *evitar a intrusão da subjetividade de ambos os parceiros*, portanto afirma:

A subjetividade, elemento constitutivo da alteridade presente na relação de sujeitos, não pode ser expulsa, nem evitada, mas deve ser admitida e explicitada e, assim, controlada pelos recursos teóricos e metodológicos do pesquisador, vale dizer, da experiência que ele lentamente vai adquirindo no trabalho de campo (Romanelli, 1998:128).

Dentre os instrumentos utilizados em nossa pesquisa para coleta de dados, destaca-se o diário de campo, onde foram registradas, de forma sistemática, todas as atividades realizadas. Após a conclusão dos trabalhos, fazia-se o registro detalhado das atividades, quando, então, resgatavam-se os conteúdos básicos abordados, as técnicas utilizadas, a dinâmica desenvolvida, os problemas identificados, as idéias, contribuições e sugestões para a continuidade do trabalho.

O diário de campo foi elaborado em um caderno pautado e paginado, no qual cada atividade era descrita minuciosamente, constituindo-se documento pessoal e intransferível, com o registro cotidiano do trabalho de campo. Além das descrições factuais, lançamos nele as percepções, emoções, dúvidas, questionamentos da pesquisadora e as informações obtidas por meio da observação participante, da entrevista-diálogo e da oficina pedagógica, bem como das conclusões e dos planejamentos. Na página direita do caderno, eram

lançadas sempre a descrição das atividades; na página esquerda, eram registradas as observações, percepções, emoções, dúvidas e questionamentos. Construimos, assim, um movimento sistemático de sucessivas aproximações do desconhecido, gerando, já naquele momento, fragmentos do conhecimento, o qual foi sendo ampliado gradativamente.

Uma síntese da descrição das consultas e visitas domiciliares foi feita também nos prontuários da família, para documentar os atendimentos prestados. As reuniões foram gravadas e transcritas para facilitar o resgate do conteúdo das falas. As reuniões da terceira etapa, realizadas pelas equipes com líderes e representantes da comunidade e registradas em livro de atas da unidade de saúde, foram usadas como fonte secundária de dados.

O nosso projeto de pesquisa previa realizar o trabalho de campo no período de setembro a dezembro de 2000. No entanto, situações alheias à nossa vontade, já relatadas anteriormente, alteraram o ritmo dos trabalhos. Além disso, a própria dinâmica da ação-reflexão desenvolvida com o grupo fez com que esse período se estendesse até julho de 2001.

Para efeito de compreensão da dinâmica dos trabalhos de coleta de dados, dividimos a pesquisa de campo em três etapas distintas – práticas de saúde, oficina pedagógica e projeto de ação comunitária –, as quais foram analisadas no capítulo 4. Chamamos a atenção para o fato de que, em virtude das peculiaridades da pesquisa qualitativa, em algumas situações esses momentos se superpõem.

### 3.5 Processo de tratamento do material

O processo de tratamento do material constituiu-se um momento metodológico importante da investigação, seguindo dois passos principais: ordenação do material empírico e classificação dos dados.

A ordenação do material empírico foi feita a partir de releituras sistemáticas do diário de campo, captando-se dele impressões, percepções, situações e fatos organizados em três quadros, que contêm o procedimento de análise do material e uma sinopse do *corpus* da pesquisa. Para a identificação dos dados registrados, usamos o código DC1 p. e DC2 p. (diário de campo, número e página), conforme se pode verificar nos quadros apresentados nos ANEXOS C, D e E.

Por se tratar de uma pesquisa-ação, o trabalho de campo foi amplo, as atividades extrapolaram as práticas de cuidados relacionados diretamente ao abuso e dependência de drogas. Por isso, o material é extenso e representa um documentário do conjunto das atividades realizadas. Essa ordenação do material empírico constituiu-se numa primeira sistematização e tratamento iniciais dos dados, que gerou um mapa horizontal do trabalho de campo. Esse procedimento facilitou o passo seguinte: a classificação dos dados, um processo de análise que permitiu a identificação das situações, procedimentos e atividades vivenciados, bem como das questões mais significativas e relevantes para elucidar o nosso objeto de estudo. Esse processo possibilitou-nos a identificação de problemas e de categorias empíricas a partir da percepção da relevância de situações vivenciadas na prática. Para escolher as situações vivenciadas que envolviam uso, abuso ou dependência de drogas,

em similaridade com a epidemiologia, usamos três termos – magnitude, transcendência e vulnerabilidade – com as seguintes conotações: a) “magnitude” – amplitude, frequência, importância e gravidade dos problemas relacionados ao abuso e dependência de drogas; b) “transcendência” – prioridade atribuída diante do significado dos problemas para a equipe e para os usuários do serviço; c) “vulnerabilidade” – possibilidade de ações concretas da equipe e da comunidade diante dos problemas identificados.

Nesse processo, privilegamos os dados fundamentais para a compreensão do objeto de estudo, sem perder de vista a preocupação com a qualidade e o rigor metodológico da pesquisa. Assim, de acordo com Demo (1995), procuramos tratar os dados fazendo uma análise dos conteúdos da prática, *deixando-se em plano secundário a roupagem formal da elaboração discursiva*.

Portanto, a classificação dos dados baseou-se na construção dialogada dos discursos dos participantes da pesquisa registrados no diário de campo, na compreensão da realidade, no compromisso político e no desejo de mudanças. Nesse sentido, o conteúdo dos discursos significou *a implicação histórica concreta de vida das pessoas, os compromissos ideológicos em jogo, as lutas que envolvem o dia-a-dia, os fins que se perseguem, os resultados obtidos, e assim por diante* (Demo, 1995).

As idéias, as questões, as conclusões e os princípios identificados nos discursos dos participantes foram colocados como referência para a busca de alternativas e saídas possíveis para o enfrentamento dos problemas, superação das contradições e o avanço do conhecimento em direção à

finalidade proposta para esta pesquisa, contribuindo para transformar a realidade. Dessa forma, a classificação dos dados foi resultado de uma construção que se iniciou paralelamente à ordenação do material empírico e evoluiu à medida que a relação entre as questões teóricas e práticas foi sendo articulada no processo de análise propriamente dito, conforme explicitamos no item seguinte.

### **3.6 Caminho para a análise dos dados**

Os quadros 1, 2 e 3 (ANEXOS C, D e E) configuram-se como um mapa horizontal do material empírico desta pesquisa, possibilitando uma rápida visão do conjunto das atividades realizadas e do processo de elaboração coletiva do conhecimento desenvolvido ao longo da pesquisa-ação. Diante da riqueza desse material, tomado no seu todo, tornou-se necessária uma seleção de situações específicas, procurando-se entender o seu contexto, suas particularidades e singularidades, bem como a subjetividade dos significantes contida nas falas, atitudes e silêncios dos atores sociais envolvidos, para uma análise mais aprofundada. Por isso, elegemos cinco situações de acordo com os critérios definidos na classificação dos dados.

A análise dos dados não foi tratada como um momento estanque, à parte do processo ou como uma análise final. Conforme Demo (1995), a dialética da realidade exige uma dinamicidade que resulte num movimento de formulação de teses, antíteses e sínteses que sempre se renovem num movimento em que cada síntese se constitua em uma nova tese. A pesquisa-ação orientada pelo materialismo histórico-dialético possibilitou-nos trabalhar

com essa dinamicidade. Essa estratégia metodológica oferece subsídios que retroalimentam e possibilitam reformular constantemente o processo como condição para avançar. Essa característica determina que a pesquisa qualitativa se faça predominantemente no processo, na resolução de tensões permanentes entre os pólos epistemológico, técnico e morfológico internos a ela, na interação com o cenário da investigação e o seu objeto de estudo (Bruyne et al., 1991; Gonçalves, 1994).

Nessa perspectiva, a análise buscou a confluência entre o material empírico e teórico, para compreender a práxis e revelar o que vai além das idéias. A práxis foi valorizada, conforme propõe Marx, como uma questão que transcende o caráter terreno do pensamento humano:

A questão de saber se cabe ao pensamento humano uma verdade objetiva não é uma questão teórica, mas prática. É na práxis que o homem deve demonstrar a verdade, isto é, a realidade e o poder, o caráter terreno de seu pensamento (Marx & Engels, 1991:12).

A validação de nossa análise como critério técnico foi buscada na triangulação dos dados, ou seja, na combinação e no cruzamento de múltiplos olhares sobre a realidade social por meio de diversificadas técnicas de coleta de dados e dos discursos de diferentes autores e atores. Essa realidade foi compreendida a partir da prática tomada como critério de verdade. Conforme Demo (1995), *a prática é 'um' critério de verdade e, na perspectiva dialética, corre junto com a teoria, não se aceitando a disjunção entre estudar problemas sociais e enfrentar problemas sociais.*

Assim, durante o percurso desta pesquisa-ação, empenhamos-nos em analisar os dados, ao mesmo tempo em que procurávamos contribuir para

o enfrentamento dos problemas e a transformação da prática de ações de cuidados relacionadas ao abuso e à dependência de drogas, no cotidiano da equipe de saúde da família. *Os filósofos se limitaram a 'interpretar' o mundo de diferentes maneiras; o que importa é 'transformá-lo'* (Marx & Engels, 1991).

Nessa perspectiva, a pesquisa-ação não constitui um mero exercício de intervenção na realidade, que reúne fatos já dados, resultando na análise e produção de objetos externos como relatórios, artigos, teses e livros. Ao contrário disso, situa-se no âmbito da prática, como construção objetivada em um processo contínuo de ação e reflexão voltado para a transformação da realidade social. De acordo com essa orientação teórica, procuramos realizar a análise dos dados, utilizando categorias empíricas que, articuladas a categorias analíticas, tornaram-se referências significativas para a reflexão, com o objetivo de captar as múltiplas determinações que dão significado à prática dos sujeitos participantes da pesquisa.

A validade científica deste trabalho está diretamente ligada à coerência entre teoria e prática, bem como à organização, sistematização e análise dos dados. Essa análise visou, durante todo o processo, avançar em uma produção concreta reveladora da contribuição dos sujeitos sociais participantes da pesquisa, constituindo-se uma referência para a continuidade do processo de ação-reflexão desenvolvido durante a pesquisa.



## **CAPÍTULO 4**

### **AS DESCOBERTAS RELACIONADAS AO CUIDADO DIANTE DO ABUSO E DA DEPENDÊNCIA DE DROGAS**

No capítulo anterior, explicitamos o campo metodológico desta pesquisa e discutimos os caminhos para a análise do material empírico. Neste, procuramos aprofundar a reflexão teórica sobre a prática, buscando elucidar os resultados, trazendo uma contribuição para as práticas de cuidados no PSF. Apresentamos a análise na seqüência em que as etapas da pesquisa de campo foram realizadas: práticas de saúde, oficina pedagógica e projeto de ação comunitária. As categorias empíricas e analíticas serviram de eixo articulador entre o pensamento teórico e a leitura da realidade e conduziram a um conhecimento nascido dessa articulação.

O princípio da atenção à família como unidade programática de atenção na prática da equipe põe à prova a potencialidade do PSF para enfrentar o desafio de promover cuidados relacionados ao abuso e dependência de drogas. Ao compartilhar a prática da equipe, vivenciamos as dificuldades enfrentadas no dia-a-dia pelos trabalhadores do PSF em dois sentidos: o primeiro que se refere à identificação e compreensão dos agravos e riscos provocados pelo consumo de drogas e que comprometem tanto a saúde física quanto os vínculos familiares, emocionais e sociais dos usuários do

serviço; o outro diz respeito à operacionalização do cuidado no individual e coletivo.

No cotidiano da equipe de saúde da família, ainda há constantes demandas da população por atenção baseada no modelo médico privatista, traduzido em saberes e tecnologias – consultas especializadas, exames, internações, intervenções cirúrgicas e medicamentos. De fato, a população precisa dessas intervenções, mas precisa, ainda mais, de ações de saúde que contribuam para o desenvolvimento da autonomia, da autoconfiança e da capacidade de lutar por mudanças que incidam sobre os elementos determinantes do processo saúde-doença, como hábitos saudáveis, alimentação, habitação, emprego, educação, transporte, acesso a serviços de saúde, lazer e cultura.

É evidente que essas mudanças fazem parte de um longo processo de lutas sociais na redefinição de políticas públicas comprometidas com a solução dos problemas de saúde, saneamento, habitação e educação na política global do Estado, conforme assinala Stotz (1994). De acordo com as proposições do PSF, temos de considerar o seu potencial para contribuir para mudanças. Todavia, na prática, como lidar com essa questão? Como incluir na luta pela saúde o problema do abuso e dependência de drogas? Na prática da equipe de saúde da família, como vencer o desafio de promover cuidados relacionados ao abuso e dependência de drogas?

As respostas não estão prontas, a pesquisa mostrou-nos o caminho para encontrá-las. Como ponto de partida, procuramos problematizar a

realidade indo à raiz do problema. Conforme Marx<sup>1</sup> (apud Vázquez, 1986) *ser radical é atacar o problema pela raiz. E a raiz para o homem é o próprio homem.*

Num primeiro momento, o problema do abuso e dependência de drogas entre os usuários manifesta-se, para a equipe de saúde da família, por meio das conseqüências, que se expressam no físico, no psíquico e no social. No físico, os danos manifestam-se em doenças que atingem principalmente o estômago, o fígado, os sistemas circulatório, respiratório e imunológico, ou em lesões provocadas por acidentes e outras causas. No psíquico, o sofrimento se expressa em forma de distúrbios de sono, da aprendizagem, da capacidade de trabalho, nos transtornos psicóticos, neuróticos, da personalidade e do comportamento. No social, os problemas exacerbam ou desencadeiam desestruturação familiar, violência intrafamiliar e no território onde vivem, diminuição do rendimento escolar, baixa da produtividade no trabalho, exclusão social, delitos, perda precoce da vida e outros.

Ao buscarem atendimento da equipe de saúde da família, os usuários do serviço procuram encontrar soluções individuais para um sofrimento, um mal-estar, um sinal que consideram doença. No entanto, é preciso ir à raiz do problema. A doença, fenômeno intimamente ligado à vida privada dos indivíduos, raramente é um caso isolado, podendo-se, freqüentemente, verificar processos semelhantes, como expressões de dificuldades sociais, na vida de outras pessoas (Berlinguer<sup>2</sup>, apud Stotz, 1994).

---

<sup>1</sup> MARX, K. Em torno a la crítica de la filosofía del derecho, de Hegel, Introdução. In: MARX, K; ENGELS, F. *La sagrada familia*. México, 1958.

<sup>2</sup> BERLINGUER, G. *A doença*. São Paulo: Hucitec, 1988.

A equipe de saúde da família, pressionada a dar respostas imediatas, tende a enveredar-se mais pelo caminho da queixa-sintoma, de acordo com a lógica predominante na formação tradicional dos profissionais. Por esse caminho, a noção de causa externa da doença tem mais significado, explicando-se, principalmente, pelo biológico, deixando em plano secundário a compreensão das condições psíquicas e sociais nas quais os indivíduos vivem. Em um primeiro momento, é difícil descobrir o uso de bebidas alcoólicas, praticado por uma mãe que se recusa amamentar o filho recém-nascido; o abuso de drogas entre os filhos de uma mãe angustiada, que apresenta queixas somáticas; o abuso de psicofármacos e de álcool entre adultos com problemas no relacionamento familiar, porque as causas aparentes do sofrimento dessas pessoas encobrem a raiz do problema, as verdadeiras causas.

Trabalhando com a equipe, pensando e agindo conjuntamente, procuramos superar essas dificuldades, descobrindo novas formas para o cuidado individual e coletivo. Nesse exercício, construímos um caminho novo, potencializando as capacidades da equipe, bem como as dos usuários do serviço, conseguindo mudanças positivas no atendimento das necessidades de saúde da população.

#### **4.1 Primeira etapa: práticas de saúde**

Para realizar esta etapa, registrada no quadro 1 (ANEXO C), permanecemos no campo durante o período de setembro de 2000 a maio de 2001, acompanhando “passo a passo” o fazer ações de saúde de cada

membro da equipe, numa atitude de observação, troca, participação, diálogo, ensino e aprendizagem. Buscamos, a todo tempo, identificar na prática da equipe: o conjunto de tecnologias utilizadas; o papel individual desempenhado pelos membros da equipe; as condições gerais de saúde da população; os casos ou situações de abuso e dependência de drogas entre os usuários do serviço e na comunidade; atitudes e ações da equipe diante dos cuidados relacionados ao abuso e dependência de drogas; dificuldades e limitações mais freqüentes manifestadas pelos integrantes da equipe; condições e elementos para superação dos problemas.

Essa etapa da pesquisa aconteceu da forma mais espontânea possível, deixando que a realidade fluísse naturalmente, fazendo o que estivesse agendado e atendendo à demanda que surgia nos momentos de presença da pesquisadora no campo. Não importava se a ação se referia a algum cuidado relacionado com o abuso de drogas. À medida que a ação de saúde se desenvolvia, muitas vezes, evidenciava-se uma situação-problema, uma queixa ou uma história do próprio usuário ou de alguém de sua família. Configurava-se, naquele momento, uma oportunidade para algum tipo de cuidado. Aos poucos, a equipe começou a selecionar as ações de saúde que envolviam usuários com problemas pessoais ou familiares relacionados ao consumo de drogas, para serem realizadas com a pesquisadora. Então, passamos a agendar as consultas, visitas domiciliares e atividades na comunidade que envolviam situações relacionadas às drogas, realizando-as conjuntamente.

A análise das situações vivenciadas na primeira etapa do trabalho de campo desta pesquisa não pretendeu um julgamento sob o ponto de vista do sucesso ou do insucesso do cuidado, e sim da oportunidade de reflexão, debate e construção de um conhecimento fundamentado na prática. Privilegiamos, dentre as situações vivenciadas, submetidas ao processo de classificação dos dados, as mais significativas quanto à magnitude, transcendência e vulnerabilidade dos problemas, conforme explicitado no capítulo anterior, destacando ainda a importância do cuidado individual e coletivo relacionado ao abuso e à dependência de drogas. Reconhecemos, no entanto, que cada situação analisada refletiu um momento do todo, onde a mobilização do saber-fazer, saber-ser e saber-agir conduziu a nossa prática.

A seguir, analisamos cinco dessas situações vivenciadas que revelam o singular e refletem uma experiência particular do trabalho realizado com a equipe. Nessa análise, as categorias empíricas, fragilidade, esperança, marginalização, e alienação, bem como, as categorias analíticas potencialidade, transformação, autodescoberta do ser-sujeito, autonomia e cidadania, articuladas dialeticamente, constituíram-se referência para captar e compreender as múltiplas determinações que dão significado à prática dos sujeitos participantes da pesquisa.

Situação número 01 (ANEXO C – 26/09/2000 – DC1 p. 16-17. Visita domiciliar; 05 e 11/10/2000 DC1 p. 28-31. Consulta de enfermagem)

A partir de uma consulta de enfermagem, planejamos a realização de uma visita domiciliar a dona Nair<sup>3</sup> (52 anos), que apresentou vários problemas de saúde (diabetes, hipertensão, obesidade, tendência à depressão e sintomas correlatos) associados a uma situação na família que a preocupava: um neto, Geraldo (13 anos), com risco de uso de drogas.

Dona Nair e o neto moram em um barracão de três cômodos próximo à favela, região onde o tráfico e consumo de drogas são intensos. O barracão encontra-se em precárias condições para uso (piso, teto e paredes danificados, pois foi construído há muitos anos – herança da mãe de dona Nair). Tem água, luz, telefone e eletrodomésticos (aparelho de som, TV e rádio). A área do terreno é grande, mas não há qualquer tipo de plantação, além de uma mangueira. Existe um cômodo externo ao barracão, sem porta e com paredes caindo, ocupado por um filho de dona Nair, que se separou da mulher e foi morar lá. Ele está desempregado, bebe muito, passa o dia na rua e só chega embriagado, xingando e quebrando tudo. Dona Nair é viúva, tem três filhos, sua renda é de um salário mínimo, proveniente de aposentadoria. Foi separada do marido e teve outro companheiro do qual também se separou. O marido, o companheiro e ela própria bebiam muito. Ela foi internada em hospitais psiquiátricos por várias vezes. Atualmente, não usa bebidas alcoólicas e não se interna há vários anos. Dona Nair é negra, filha de mãe solteira e foi abandonada pelo pai por ter nascido mulher, enquanto o irmão mais velho teve apoio material e afetivo do pai. Esta experiência de abandono, vivida por dona Nair, não foi superada, entretanto, ela tem a preocupação de amenizar o sofrimento de abandono vivido por seu neto. Ela o buscou para morar com ela porque os pais dele são separados, têm outros relacionamentos e filhos, bebem muito e não cuidam dele. Vivendo ora

<sup>3</sup> De acordo com a Resolução nº 196/96, *Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos* (Brasil,1996), utilizamos nomes fictícios para nos referirmos aos atores sociais desta pesquisa.

com o pai, ora com a mãe, Geraldo não criava vínculos familiares, escolares e sociais. Ele tem uma irmã mais velha, com a qual dona Nair se preocupa, também, mas essa não mora com ela. Geraldo estava vivendo com a mãe sem qualquer tipo de assistência. Estava fora da escola, ficava andando à toa pela rua em companhia de traficantes e usuários de drogas. Agora, na companhia de dona Nair, Geraldo frequenta uma escola noturna, está no segundo ano do ensino fundamental, mal escreve e lê. De 8 às 11 horas fica em uma instituição destinada a apoiar crianças de 6 a 14 anos fora do horário escolar, mas que não tem conseguido ajudá-lo a superar o problema da defasagem escolar. No horário da tarde, Geraldo fica na rua em companhia de garotos que moram na favela vizinha, convivendo com o consumo e comércio de drogas. Geraldo é muito tímido e tem pouca iniciativa.

Os problemas associados ao abuso de álcool e de outras drogas, à pobreza, ao abandono e à desestruturação familiar, vistos aqui a partir da história singular dessa família, são frequentes em outras famílias daquela região geográfica atendida pela equipe e de inúmeras outras regiões do País. Problematizar essa situação ajuda-nos a identificar, de um lado, as perdas, sofrimentos, angústias, momentos de desespero, e, de outro, as esperanças e tentativas de superação que revelam a potencialidade das pessoas para transformar essa realidade. A análise e a reflexão sobre essa realidade nos apontaram que:

a) Se, por um lado, Geraldo está exposto a fatores de risco de muita intensidade, já que no ambiente familiar e territorial onde vive o tráfico e consumo de drogas fazem parte do cotidiano, por outro lado, sua avó reconhece os riscos e procura ajuda da equipe de saúde da família.



b) A avó, preocupada com o abandono de Geraldo, tenta amenizar o problema e afastá-lo do ambiente de convívio com as drogas. Nesse aspecto, pouco consegue, pois, por um lado a presença do tio na família reatualiza os problemas do alcoolismo e, por outro, a proximidade dos limites geográficos do tráfico e consumo de drogas no território onde vivem e as carências materiais agravam os riscos de envolvimento .

c) A falta de respostas da escola e da instituição onde Geraldo fica fora do horário de aulas mantém o problema de defasagem de sua aprendizagem.

d) A freqüente interrupção dos vínculos familiares, escolares e sociais traz instabilidade e atua como fator de risco.

e) A comunidade da qual a família faz parte não dispõe de apoio social para responder, de forma eficiente, aos problemas que afetam a qualidade de vida da população, o que contribui para agravar os riscos no processo saúde-doença-cuidado.

Múltiplas determinações ligadas aos conflitos de origem econômica, sociocultural, religiosa, de gênero, étnicos e outros que se revelam nessa situação são pontos importantes para ajudar a compreender os problemas dessa família.

Quais as formas de enfrentamento dessa situação? As histórias de dona Nair e de Geraldo revelam processos que transformam suas diferenças (abandono, descuido, pobreza, raça, atraso escolar, lugar onde vivem) em dificuldades, desigualdades, sofrimento e risco de exclusão social. Ao

identificá-los e compreendê-los, a equipe percebe a importância e o significado deles no contexto do cuidado à família e à comunidade.

Nessa situação, percebemos a relevância das categorias: fragilidade e esperança dialeticamente opostas à potencialidade e transformação. A história de vida de dona Nair expõe a sua fragilidade diante dos problemas, vulnerabilizando-a ao sofrimento e à doença, situação que se repete na história de vida de Geraldo. A superação bem-sucedida dos conflitos e das dificuldades econômicas e sociais depende muito da capacidade da família para converter as ameaças em desafios a serem vencidos. Isso nos induz a contrapor a fragilidade à potencialidade. Aqui, entendemos a potencialidade sob dois olhares diferentes e complementares. Por um lado, a potencialidade do PSF, aludida em nossa tese inicial, para atuar no nível da atenção primária, podendo agir nos contextos dos quais emergem problemas relacionados ao risco, ao consumo, ao abuso e à dependência de drogas. Por outro lado, a compreensão do problema das drogas envolvendo questões socioeconômicas, políticas, culturais, de saúde e da ordem subjetiva do sujeito, pressupondo um investimento na potencialidade do ser humano para encontrar soluções. Para Zemelman (1992:64),

...la idea de potenciación exige reinsertar la subjetividad del sujeto en la realidad que se construye. De esta manera, la realidad no solamente es un objeto de conocimiento sino que también es un contenido de conciencia, gestador de ámbitos de sentido. El conocimiento, entonces, se transforma en conciencia por medio de la intencionalidad de las prácticas que el sujeto constituye en su experiencia.

As respostas do setor saúde aos problemas da prevenção, especificamente da equipe de saúde da família, são fundamentais, mas insuficientes. Problemas dessa natureza entre as famílias assistidas pelo PSF exigem políticas públicas intersetoriais e integradas. No estágio atual de organização do serviço da equipe de saúde da família, o que vem sendo feito, com maior frequência, atende às necessidades mais imediatas de avaliação, controle e tratamento nos moldes tradicionais da assistência. Esse atendimento baseia-se em tecnologias tradicionais, como consultas, exames, medicamentos e outros, bem como em estratégias inovadoras e criativas, como visitas domiciliares, estabelecimento de vínculos e grupos operativos. Na prática, essas atividades acolhem e valorizam pessoas e famílias que muitas vezes se encontram em situação de risco de abandono social. Há, nesse processo, uma grande potencialidade para a transformação.

A dialética traz a idéia de movimento, tensão oposta dos contrários e mudança permanente, considerando todas as coisas no seu devir – como uma qualidade inerente à natureza e à sociedade, ambas inacabadas, historicamente construídas e em contínuo processo de transformação. Conforme assinala Gonçalves (1995),

a concepção marxista da dialética apreende o movimento da realidade socialmente construída, enfatiza o saber gerado na atividade prática, coloca a possibilidade de transformação da sociedade como desafio à práxis, à ação e reflexão, a uma atitude racional voltada para a elaboração da realidade, em busca de mudar o que está em constante processo de mudança (Gonçalves, 1995:47).

Nesse sentido, a categoria da transformação, aliando a teoria à prática, coloca-se como finalidade desta pesquisa, que busca transformar a realidade resgatando capacidades e estimulando formas criativas para o cuidado individual e coletivo.

Situação número 02 (ANEXO C – 02/10/2000. DC1 p. 19-21. Visita domiciliar; 07/12/2000. DC1 p. 67-70. Consulta médica)

Uma das agentes comunitária de saúde, preocupada com uma situação-problema em sua área de atuação, pediu ajuda, em virtude de sua dificuldade para realizar visita domiciliar a uma família cujas pessoas não procuram o serviço, embora tenham muitos problemas. Ela tentou visitá-los, mas não foi bem recebida. Eles não gostam de responder às perguntas e negam informações. Por ser moradora da região, a agente comunitária sabe que naquela família existem pessoas que bebem muito, usam drogas, estão envolvidas em roubos e crimes e vivem numa pobreza muito grande.

Realizamos, juntas, uma visita domiciliar, a qual passamos a descrever, em seguida, relatando o ambiente em que vivem, o contexto familiar e os principais problemas que puderam ser identificados naquele momento.

Dona Sebastiana (72 anos) é viúva, mora em um barracão de dois cômodos com uma filha (46 anos), um filho doente mental, Jorge, uma neta, o marido desta e uma criança de 4 anos. Dona Sebastiana e Jorge (este não estava presente no momento da visita) dormem em um quarto sem porta e sem vidros na janela. No fundo do lote há um muro parcialmente destruído e uma vegetação alta, que esconde um “quarto” em ruínas onde ‘moram’ outro filho de dona Sebastiana, Sr. Santos, com dois

filhos adolescentes e dois enteados adultos. Por todo o lote há entulhos e lixo espalhados. Tudo muito sujo e com mau cheiro. Dona Sebastiana não tem feito uso de nenhum medicamento, embora afirme ter pressão alta, arritmia e problemas nas pernas, por ter sido atropelada há alguns anos. A filha de dona Sebastiana tem problemas gengivais e dentários; diz estar se tratando com a ajuda de uma amiga que a colocou como dependente em um plano de saúde. Essa filha fala que o irmão é doente mental por conveniência, que todos os irmãos bebem e que os sobrinhos e enteados do Sr. Santos usam drogas e vivem se escondendo da polícia, pois são acusados de terem participado de um homicídio. A neta de dona Sebastiana disse que um deles, no final da semana, roubou o som, a TV e roupas no seu barracão. Disse, também, que a família recebia uma cesta básica de uma igreja, mas que deixaram de doá-la porque souberam que eles trocavam os alimentos por bebidas, cigarros ou dinheiro para comprar drogas. O Sr. Santos estava com o braço esquerdo na tipóia, um resto de gesso e faixa no pé esquerdo – ele disse ter se machucado quando consertava um carro velho de um amigo e que não procurou a unidade de saúde por ter sido atendido em outro município. Falou de suas perdas, do abandono da mulher, do desemprego e do uso de bebidas alcoólicas e que já teve bons empregos, casa e carro – “hoje moro numa privada, meus filhos saem à noite e só voltam de manhã, ninguém trabalha”. Jurandir, um dos filhos do Sr. Santos, chegou da rua e aproximou-se quando nos viu. Não falou nada, observou apenas. Nós o convidamos para ir à unidade de saúde para que pudéssemos ajudá-lo a cuidar de sua saúde, mas ele não deu nenhuma resposta. A renda da família resume-se de dois salários mínimos, provenientes de uma pensão deixada pelo marido de dona Sebastiana e da aposentadoria do filho doente mental. Durante a visita, a posição assumida por dona Sebastiana foi de apego a valores religiosos, repetindo que tem esperança, que Deus sempre a ajudou, que ela sempre reza e que tem fé. Concluímos a visita convidando a todos da família a procurarem a unidade de saúde para que a equipe pudesse ajudá-los a se cuidar. Orientamos sobre a necessidade de manterem o ambiente limpo para preservar a saúde. A agente comunitária prontificou-se a tentar conseguir ajuda da limpeza pública, liberando uma caçamba para transportar os entulhos e lixos acumulados.

Passados dois dias da visita domiciliar, dona Sebastiana, sua filha e sua neta (esta com a criança de 4 anos) procuraram a unidade de saúde e foram atendidas em consulta para controle e acompanhamento dos problemas de saúde mais imediatos. A partir daí, continuaram sendo atendidas com regularidade. Dona Sebastiana chegou a procurar a unidade em crise de choro, mal-estar e pressão alta, dizendo que as brigas e dificuldades em casa aumentavam e que ela já não estava dando conta de suportar a situação. Os filhos e netos de dona Sebastiana não procuraram a unidade de saúde e continuaram arredios a qualquer proposta ou convite da agente comunitária em outras visitas domiciliares. Dois meses depois de iniciados esses cuidados, ficamos sabendo que um dos netos de dona Sebastiana, o Jurandir, envolvido com o tráfico de drogas, foi morto em briga de traficantes.

Ao abordarem a complexidade das relações entre drogas, álcool e violência, Minayo & Deslandes (1998:38) afirmam:

O mais condizente e previsível vínculo entre violência e drogas se encontra no fenômeno do tráfico de drogas ilegais. Esse tipo de mercado gera ações violentas entre vendedores e compradores sob uma quantidade enorme de pretextos e circunstâncias: roubo do dinheiro ou da própria droga, disputa em relação à sua qualidade ou quantidade, desacordo de preço, disputa de territórios, de tal forma que a violência se torna uma estratégia para disciplinar o mercado e os subordinados.

Discutindo os problemas envolvidos nessa situação, a equipe percebeu a sua fragilidade para ajudar essa família a modificar sua realidade. A partir dessa situação, a equipe verbalizou o desejo de que iniciássemos uma capacitação para o grupo, com temas sobre drogas, pois sentiam muita dificuldade para abordar famílias em situações como essa e para lidar com

esse tipo de problema. Expressaram o quanto se sentiam inseguros, com medo e impotentes diante da realidade do consumo e do tráfico de drogas, da pobreza e da miséria que boa parte da população vive. A partir da solicitação da equipe, iniciamos o planejamento da capacitação para o grupo, o que constituiu a segunda etapa da pesquisa de campo, apresentada no item seguinte.

Prosseguindo a discussão sobre a família de dona Sebastiana, avaliamos os cuidados prestados pela equipe, destacando-se alguns pontos:

a) A superação da dificuldade de realizar a visita domiciliar junto com a agente comunitária representou um aprendizado duplo. Segundo ela, serviu-lhe de exemplo sobre como abordar as pessoas, como fazer perguntas sobre a vida delas e como ajudá-las a expressar suas próprias dificuldades. Com essa experiência prática, ela concluiu que as pessoas, a partir do momento em que percebem o interesse da agente comunitária em ajudá-las, não precisam omitir informações nem negar que bebem ou usam drogas, ou que não estão tomando os remédios.

b) A ação específica da agente comunitária de saúde durante a visita domiciliar, ao mostrar-se interessada, afirmar que a equipe pode ajudar aquela família, ao orientar para que procure a unidade de saúde para consultas, acompanhamentos, controles e exames, abre possibilidades concretas de ajuda, favorecendo a formação de vínculos.

c) A adesão de algumas pessoas da família ao serviço de saúde representou um passo inicial para identificar e abordar com elas as

possibilidades de se envolverem na busca de soluções para os seus problemas e de atendê-las em algumas de suas necessidades de saúde.

d) O reconhecimento de que, para compreender a complexidade dos problemas relacionados às drogas, torna-se necessário capacitar e organizar o processo de trabalho, levou a equipe a reivindicar que fizéssemos um programa de capacitação para o grupo.

e) A conscientização do grupo quanto a seus limites e suas potencialidades motivou e facilitou planejar e organizar a capacitação.

f) A constatação da ineficiência de ações isoladas diante de uma situação em que os problemas ultrapassam o âmbito do setor saúde tornou clara a necessidade da interdisciplinaridade e de ações intersetoriais integradas.

A família de dona Sebastiana enfrenta uma situação de grande miséria material, sociocultural, de valores morais e éticos, o que a leva a uma verdadeira alienação, perdendo gradativamente a autonomia e a responsabilidade para com a própria vida. A esperança e a fé religiosa expressadas não encontram respaldo na prática social. Conseqüência disso é a cristalização de uma atitude de passividade, explica Marx, apoiada na idéia de milagre que *satisfaz os desejos humanos, sem trabalho e sem esforço*. Assim, essas pessoas se acomodam e parecem não ver solução para seus múltiplos problemas. Marx (1987) relacionou as condições de existência à consciência, ao afirmar que não é a consciência que determina o ser humano, mas, ao contrário, é o seu ser social que determina a sua consciência. Para



ele, o modo de produção da vida material condiciona o processo de vida social, política e espiritual em geral (Marx<sup>4</sup> apud Vázquez, 1986).

Nessa perspectiva, compreender o sofrimento dessa família a partir da categoria da fragilidade traz à tona a questão da injustiça social e da exclusão, que, pensadas sob a ótica da dialética materialista, exige uma ação efetiva da sociedade na luta pela superação das contradições que geram problemas dessa natureza. A potencialidade da equipe de saúde da família para enfrentar esse desafio revelou-se no momento em que, deparando com as dificuldades para realizar cuidados relacionados aos problemas das drogas, ela buscou espaço e condições para aprimorar sua capacitação. A partir dessa capacitação, a equipe passou a empenhar-se em relacionar a teoria à prática, tomando-a como *fundamento do conhecimento e critério de verdade*, conforme assinalado por Vázquez (1986).

A morte de Jurandir, neto de D. Sebastiana, mostra a fragilidade do ser humano e parece afastar do horizonte a esperança, aniquilando a possibilidade de uma transformação que incluía a superação dos problemas e a preservação da vida. No entanto, essa situação levou a equipe a refletir e a concluir que: a) o cuidado no campo da promoção da saúde e da prevenção pode ser eficaz e evitar esse tipo de desfecho; b) quando o problema da droga passa, como neste caso, para a área da segurança e da repressão policial, a ação da equipe de saúde da família fica limitada, principalmente se for isolada, fora de um contexto de políticas sociais; c) uma prática transformadora pressupõe parcerias e intersetorialidade entre a comunidade e as instituições

---

<sup>4</sup> MARX, K. Em torno a la crítica de la filosofía del derecho, de Hegel, Introdução. In: MARX, K; ENGELS, F. *La sagrada familia*. México, 1958.

que lidam com educação, saúde, segurança, justiça, trabalho, cultura e lazer como condições históricas da produção da vida e do desenvolvimento humano.

Situação número 03 (ANEXO C – 04/10/2000. DC1 p. 22-25. Consulta médica; 31/10/2000. DC1 p. 35-38 e 24/11/2000 – DC1 p. 53 – 55. Visitas domiciliares)
--

Sandra, uma mulher de 40 anos, foi conduzida até a unidade de saúde por ter sofrido convulsão na rua. Ela bebe diariamente, há muitos anos, e tem o estado de saúde muito comprometido. Está sempre alcoolizada e abandonada nos botecos da região. Depois do primeiro atendimento, a equipe conseguiu que ela passasse a freqüentar a unidade de saúde quase diariamente, com o objetivo de monitorar a sua pressão arterial e o uso dos medicamentos.

Particpei de uma consulta médica, com a presença da mãe (dona Inez) e de uma tia de Sandra, com o objetivo de sensibilizar a família a cuidar dela. A tia não convive com ela, e dona Inez mostra-se resistente a assumir qualquer cuidado, já que o relacionamento entre elas é muito difícil. Há experiências muito negativas de outros casos de alcoolismo na família (pai e irmãos). Dona Inez revelou sua capacidade para lutar e garantir o sustento da família trabalhando como faxineira diarista e freqüentando um curso noturno de alfabetização. Ao mesmo tempo, expressou a situação conflitante da família: raiva, rejeição e impotência diante do comportamento da filha. Sandra permaneceu calada durante todo o tempo, confirmando a situação de marginalidade e alienação em que vive. Optamos por realizar visitas

domiciliares com o objetivo de verificar as condições em que ela vive e estimular a família a cuidar dela, ajudando-a a suportar as dificuldades e frustrações na convivência diária.

A família é composta por dona Inez (64 anos), Sandra e Suely (18 anos), filha de Sandra. A moradia tem quatro cômodos, boa higiene e organização, mas Sandra não ocupa esse espaço, vivendo há mais de dois anos em um cômodo, espécie de porão, sem porta, sem janela, do tamanho de uma cama, sem altura para se ficar de pé e sem instalações sanitárias. O espaço do cachorro da casa é quase do mesmo tamanho, e sua construção é melhor. O comportamento de Sandra e as dificuldades de dona Inez em aceitá-lo levou-a a não permitir a presença dela dentro de casa. A história de vida de Sandra é marcada por abandono e maus-tratos de um companheiro, pai de Suely. Sandra é auxiliar de enfermagem, trabalhou por muitos anos em um hospital psiquiátrico, tendo abandonado tudo sem obter qualquer benefício além do fundo de garantia, gasto na construção da casa em que moram dona Inez e a neta. Sandra vive alcoolizada a maior parte do tempo, no entanto ainda tem alguma inserção social trabalhando como faxineira esporadicamente, para uma senhora idosa que a remunera simbolicamente (três reais), dinheiro que gasta todo em “pinga”. Alienada de tudo, Sandra não tem diálogo com a mãe, nem com a filha, e parece não lutar para mudar em nada essa situação. A família, por sua vez, parece não acreditar em possibilidades de mudanças; não tolera o comportamento de Sandra. Dona Inez disse que quando sai de casa para o trabalho, pela manhã, deixa comida pronta para Sandra, e fez uma comparação: “Dou comida a ela igual dou às criações”. Discutimos com dona Inez e com Suely sobre a relação doentia de Sandra com o álcool. Tentamos aliviar os sentimentos de raiva, vergonha, desesperança e desprezo que sentem em relação a ela. Conversamos sobre a necessidade de cuidar dela, começando pela união da família, para construir um espaço que lhe ofereça condições dignas de vida.

Durante as visitas à unidade, Sandra foi sempre ouvida por algum membro da equipe. A partir daí, a ação de cuidados desenvolvida pela equipe visou:

a) à manutenção da medicação anticonvulsiva, o controle da pressão arterial e, principalmente, a criação de vínculos de afeto e segurança como forma de apoio;

b) ao incentivo para higienizar-se, cuidar dos ferimentos, alimentar-se, tomar os medicamentos, diminuir a bebida alcoólica, ocupar-se com atividades saudáveis e melhorar o estado geral de saúde;

c) à sensibilização da família para o cuidado e para uma relação mais humanizada;

d) à valorização de Sandra para a sua autodescoberta como ser-sujeito capaz de lutar pela reconquista da cidadania;

Por vezes, ela é receptiva e acessível, chegando a cuidar melhor de sua aparência, mostrando-se mais alegre, demonstrando interesse pelas coisas, começando a fazer um tapete de retalho e um forro de crochê. Outras vezes, apresenta-se mal-humorada, arrogante ou deprimida, falando em suicidar-se. A família continua rejeitando-a e abandonando-a. Sandra deixa de ir à unidade de saúde várias vezes, por dias seguidos, principalmente quando lhe foi proposto um tratamento em regime de internação. A equipe temia o agravamento do seu quadro clínico. Diante do afastamento de Sandra, intensificam-se as visitas domiciliares, muitas vezes sem sucesso. Continua sendo encontrada nos botecos do bairro.

As frustrações da equipe e da família quanto ao resultado dos cuidados junto a Sandra são imensas, pois não se conseguiu a “resolutividade” esperada. É claro que a equipe não lida com a expectativa de que os cuidados sejam milagrosos diante de tantas dificuldades, danos físicos, psíquicos, sociais e emocionais, diante da devastação da subjetividade e da pulsão de morte que invade a vida de um alcoolista. Com Sandra, a equipe descobriu que, na prática cotidiana, devemos apostar na insistência, na esperança e nas pequenas transformações que mobilizam a auto-estima, geram atitudes de auto-respeito e de valorização da vida. Nesse sentido, trabalha com a idéia de redução de danos, entendida na proposta de Gorgulho (2000) como forma de minimizar danos para o indivíduo e a sociedade, principalmente a família, grupo social mais imediato, no qual o dependente se insere.

As discussões na equipe sobre a promoção de cuidados com a idéia de redução de danos representaram uma oportunidade para revisão de conceitos e desarmamentos de preconceitos sobre uso, abuso e dependência de drogas. Desviou-se o enfoque de marginalidade e de doença para o de cidadania, responsabilizando a todos pela condução desse problema e pelo respeito aos direitos humanos do usuário de drogas, de seus familiares e amigos.

Para avaliar a prática de cuidados prestados pela equipe, à luz da dialética materialista, destacam-se alguns pontos elucidados pelas categorias marginalização e alienação, opostas à autodescoberta do ser-sujeito, autonomia e cidadania.

Pela própria condição de alcoolista, o comportamento de Sandra denota: a) dificuldades para identificar e assumir problemas interpessoais; b) baixa percepção sobre a gravidade dos riscos a que está exposta; c) poucas habilidades sociais; d) baixa autonomia e capacidade para se relacionar com a família e a comunidade; e) pouca motivação para resolver problemas do dia-a-dia; f) ausência de motivação para mudar o comportamento. Assim, ao tornar-se dependente do álcool, Sandra aliena-se, vivendo uma situação de marginalidade, que passa a ser sustentada pela droga e estimulada pela rejeição familiar e social.

Ouvir, investigar, acompanhar e avaliar a história de Sandra ajudou-nos a compreender o equilíbrio/desequilíbrio entre perdas, significado simbólico do álcool, relação entre aborrecimentos, conflitos e desprazeres que a levaram a marginalizar-se, a ponto de alienar-se do produto de seu próprio trabalho. Exemplo disso é ela ter saído da casa construída com o dinheiro de seu fundo de garantia, passando a sobreviver praticamente jogada em um minúsculo porão, em condições subumanas. Diante dessas condições materiais de existência, o álcool passa a ser um mecanismo de fuga usado como forma de alívio ou gratificação, mas resulta na destruição da saúde e das relações interpessoais na família e na sociedade, gerando um distanciamento da sua capacidade de autodescoberta do ser-sujeito e de sua cidadania.

Essa compreensão é fundamental para a equipe de saúde avançar em uma perspectiva transformadora, que potencialize os momentos em que Sandra começa a superar a sua situação de marginalidade, apresentando-se receptiva e bem-humorada, aberta à orientação e ao cuidado. Esse movimento

é lento, mas indica o caminho para a autodescoberta do ser-sujeito, que começa a avaliar-se, a cuidar-se, a redescobrir suas capacidades, como fazer tapete e crochê, abrindo perspectivas para a superação dos problemas.

Sandra continua bebendo e ainda mora naquele lugar horrível, mas agora ela compartilha com outras pessoas um pouco da sua vida e da sua verdade, que a família tentava negar. Conseguimos recuperar um pouco do sentimento de auto-estima. Agora, Sandra sabe que não queremos que ela se alcoolize não porque a recriminamos, mas ao contrário, porque desejamos o seu bem-estar. A partir de agora, ela conta com o apoio da equipe de saúde da família. Assim, ela vai encontrando um lugar mais digno, que poderá ajudá-la a abandonar o álcool e a reconquistar a sua cidadania.

Situação número 04 (ANEXO C – 14/11/2000. DC1 p. 45-48. Visita domiciliar; 07/12/2000. DC1 p. 67-70. Consulta médica)
---

A partir de uma consulta de enfermagem em que Luiz (25 anos) procurou o serviço com queixas de gripe forte, emagrecimento e falta de apetite, a agente comunitária responsável pela microárea onde ele mora falou sobre sua preocupação com ele. Por ser moradora da região, conhece-o há muitos anos, bem como à sua família, e sabe que Luiz usa drogas, mas não consegue abordá-lo sobre o assunto, nem a ele, nem à família, já que nunca falam sobre isso e parecem negar a situação. Diante disso, decidimos fazer uma visita domiciliar.

À chegada, fomos recebidas pelo próprio Luiz. A família pode ser classificada como pertencente à classe média, destacando-se entre os moradores do bairro. Eles moram em casa confortável, o pai é aposentado e a mãe é doméstica; a irmã mais nova estuda e trabalha. Luiz estudou até o primeiro ano do segundo grau. Atualmente, não estuda e perdeu um emprego de cobrador de ônibus, que teve há dois anos. O pretexto de nossa visita foi o acompanhamento do estado de saúde de Luiz, visto que ele procurou atendimento na unidade de saúde e não retornou para avaliação. Abordamos sobre o uso de drogas, perguntando-lhe diretamente, já que seu estado de saúde e comportamento observados, quando estive na unidade de saúde, nos permitiam levantar essa hipótese. Luiz confirmou que fuma e usa maconha diariamente, mas, na sua opinião, seu maior problema é o cigarro. A mãe de Luiz permaneceu calada, até o momento em que ele confirmou usar maconha. Então, ela fez um desabafo que revelou o conflito familiar em razão do comportamento do filho. Discutiram, exaltaram-se, trocaram acusações de culpa. Ficou claro que, além do uso de maconha, há envolvimento com turmas onde jogo, álcool, outras drogas, contravenções e roubos são freqüentes. Luiz não assume responsabilidades na família, não adere às normas de convivência, não produz e depende economicamente dos pais. A única fonte de renda de Luiz é o dinheiro que ganha, esporadicamente, com pequenos serviços de eletricitista ou de pintor de faixas. Luiz falou que tem procurado emprego sem sucesso. Orientamos sobre a importância de alimentação, sono e ocupação saudável. A agente comunitária forneceu-lhe informação sobre oportunidade de trabalho na comunidade e o incentivou a se inscrever. Informamos sobre as possibilidades concretas de a equipe ajudá-lo, atendendo-o em consultas individuais ou em grupos de apoio, caso decida mudar seus hábitos com relação ao uso das drogas, sua vida familiar e social.

A realização da visita domiciliar criou espaço para Luiz falar de si e para sua mãe falar de seus medos, raivas e ansiedades diante do comportamento do filho. À medida que falaram do problema – até então



assunto proibido –, iniciou-se uma discussão identificando-se dificuldades e possibilidades novas de soluções. Isso significou um processo dialético de antítese voltada para uma síntese transformadora, pois as pessoas envolvidas assumiram seus papéis de ser-sujeito na relação familiar, ocupando o lugar de mãe e de filho, antes ocultado pela rejeição, raiva e outros sentimentos, sobre os quais não se permitiam falar. Isso impedia que o consumo de drogas fosse sequer mencionado, muito menos admitido pela família. Dessa forma, Luiz caminhava para aprofundar-se na dependência e afastava-se das possibilidades de se recuperar.

A equipe discutiu o caso de Luiz e decidiu atendê-lo em consulta, com o objetivo de motivá-lo a investir numa atitude de mudança de vida, mostrando-lhe possibilidades de retorno aos estudos, de maior inserção social, de luta por trabalho por meio da capacitação e da valorização do potencial criativo e intelectual que ele tem, bem como do fortalecimento de vínculos familiares. Luiz foi à unidade de saúde, mostrou-se receptivo a discutir os seus problemas e a procurar soluções. A agente comunitária, por intermédio de outras visitas domiciliares e da convivência com a comunidade, avaliou que essas ações de cuidado resultaram em mudanças positivas, manifestadas por maior ocupação com pintura de placas e menor envolvimento com as “rodas de fumo e jogos” freqüentes em pontos estratégicos do bairro. Os pais de Luiz, por terem acesso a convênio de saúde, não utilizam com regularidade os serviços da equipe, mas fazem parte da comunidade e são beneficiários do PSF, por isso a equipe os atende também, quando procuram o serviço.

Na dinâmica de ação-reflexão desenvolvida com a equipe de saúde, ficou evidente que é fundamental atacar os problemas pela raiz. As discussões sobre o caso de Luiz levaram a equipe a analisar a importância da visita domiciliar voltada para o enfrentamento de problemas e contradições e para a promoção da saúde. O comprometimento da equipe com esse tipo de prática gera a possibilidade de criação de vínculos que valorizam o sujeito como responsável pela conquista de sua autonomia, da qualidade de vida e da cidadania. Conforme Merhy (1998), esse tipo de trabalho pressupõe o uso de tecnologia leve, centrada na ação acolhedora e compromissada, no vínculo com o usuário, buscando o cuidado e a cura como finalidade última de uma prática de saúde em defesa da vida no âmbito individual e coletivo.

A categoria da potencialidade ajudou na compreensão da subjetividade do sujeito, levando a equipe a refletir sobre a realidade contida na história de Luiz e, assim, descobrir possibilidades para ele mesmo encontrar alternativas, soluções criativas e pessoais. A prática dos cuidados ajudou a equipe a compreender o caráter individual e coletivo do cuidado como condição para transformar a realidade no plano da consciência e da realidade social, onde as pessoas vivem, trabalham, estudam, divertem-se e também podem ou não consumir drogas.

Situação número 05 (ANEXO C – 27/11/2000 - DC1 p. 55-57 e 01/12/2000 - DC1 p. 58. Reunião/Escola Municipal)
---

A equipe participou das atividades culturais e educativas realizadas na escola municipal de sua área de abrangência em comemoração ao dia de

luta contra a AIDS. Dentre as atividades para os alunos de 7<sup>a</sup> e 8<sup>a</sup> séries, foi realizado um concurso de frases alusivas ao tema, classificando-se as três melhores. No dia da comemoração, os alunos reuniram-se no pátio da escola para um programa festivo/educativo, com músicas, leitura das frases vencedoras do concurso e entrega de medalhas simbólicas. Além da apresentação na escola, os autores das frases foram entrevistados na rádio comunitária, no programa semanal sobre assuntos de saúde, promovido pela equipe.

As mensagens que os alunos transmitiram mostraram que eles têm um bom nível de informações sobre a relação sexual de risco e se preocupam com essa questão. Isso revela um avanço importante quanto ao nível de conhecimento e de consciência deles sobre os problemas da AIDS. Pudemos, no entanto, fazer uma leitura de por que, – por desinformação ou por preconceito – não abordaram os riscos relacionados ao consumo de drogas, conforme se pode constatar pelo conteúdo das frases: “Na hora do sexo, você pode esquecer alguma coisinha, mas nunca a camisinha”; “Todos querem fazer, mas só a camisinha pode proteger”; “Doença é destruição, use a camisinha com atenção”.

Diante da importância dos problemas relacionados diretamente ao consumo de drogas nas escolas e das ações educativas para a prevenção e a promoção da saúde, torna-se fundamental investir em uma ação conjunta nessa direção. A experiência de participar dessa atividade na escola municipal foi um passo importante da equipe, no sentido de estabelecer parcerias para realizar práticas preventivas e de promoção da saúde no próprio espaço da

educação. Uma parceria de mão dupla entre a equipe e a escola é um processo a ser construído, já que os dirigentes da referida escola não se dispõem a um trabalho participativo, limitando-se a ações pontuais com pouco envolvimento da equipe de saúde, dos professores e dos alunos. A equipe já fez tentativas no sentido de se aproximar da escola para um trabalho conjunto, no entanto tem encontrado certa resistência. A dificuldade tem sido justificada pela falta de disponibilidade de tempo para atividades que não sejam aquelas planejadas para serem cumpridas nos programas oficiais.

O nível de consciência dos dirigentes e professores dessa escola ainda não alcançou a compreensão do processo educativo como um trabalho conjunto voltado para a transformação da prática social. Marx nos lembra que a *doutrina materialista sobre a alteração das circunstâncias e da educação esquece que as circunstâncias são alteradas pelos homens e que o próprio educador deve ser educado* (Marx & Engels, 1991:12). A lição de Marx aponta um caminho onde a atividade reflexiva, o trabalho teórico e o conhecimento não têm outra finalidade que não seja a de fundamentar a ação concreta em uma prática coletiva capaz de contribuir para o redimensionamento da vida social e a transformação da realidade. Portanto, nessa perspectiva, coloca-se para a equipe de saúde o desafio de conseguir que a escola mude a preocupação com a produtividade imediata do sistema de ensino e assuma um processo educativo, incorporando a participação e as contribuições do setor da saúde e da comunidade.

## 4.2 Segunda etapa: oficina pedagógica

Além das atividades de cuidado envolvendo usuários e comunidade, foram realizadas reuniões formais com a equipe. Essas reuniões propiciaram a discussão de situações vivenciadas no trabalho de campo da pesquisa, contribuindo para o crescimento de cada participante e do grupo. Nessas reuniões, foram discutidos problemas dos usuários, da comunidade e do próprio grupo com relação à condução do processo de cuidar. Dessa forma, essas reuniões constituíram-se um momento importante para reflexão e diálogo, gerando uma demanda da equipe, que passou a solicitar uma capacitação sobre como lidar com o problema das drogas. Essa solicitação surgiu num processo de discussão, reflexão e elaboração das idéias e conhecimentos que o grupo vinha produzindo a partir do trabalho da pesquisadora nas atividades da equipe. Desejavam ter uma fundamentação teórica sobre temas relacionados às drogas, para subsidiar a elaboração de projetos direcionados aos casos de abuso de drogas que haviam sido identificados entre os usuários do serviço. Assim, assumimos um compromisso de realizar um programa de capacitação na metodologia de oficina pedagógica, com caráter de trabalho de grupo, coordenado pela pesquisadora, concretizando, no período de fevereiro a abril de 2001, a segunda etapa do trabalho de campo, registrada no quadro 2 (ANEXO D).

Nos dizeres de Afonso (2000), a oficina deve ser um trabalho aceito ou até mesmo encomendado pelo grupo, nunca imposto. O termo oficina tem sido aplicado a situações diversas, mais freqüentemente como um encontro específico de um trabalho de grupo do qual se espera um produto final. Neste

estudo, empregamos esse termo com o significado proposto por Afonso (2000:9):

...um trabalho estruturado com grupos, independentemente do número de encontros, sendo focalizado em torno de uma questão central que o grupo se propõe a elaborar, em um contexto social. A elaboração que se busca na Oficina não se restringe a uma reflexão racional, mas envolve os sujeitos de maneira integral, formas de pensar, sentir e agir.

A oficina pedagógica representou um espaço privilegiado para a troca de saberes e para a geração de dados e idéias. Além disso, possibilitou a construção coletiva do conhecimento, por meio de vivências como dramatização de situações concretas e produção de material didático: frases, textos, cartazes e desenhos. Esse processo desenvolveu-se com a discussão e análise crítica dos problemas de saúde da população assistida pela equipe, principalmente aqueles relacionados ao abuso e dependência de drogas. Com essas atividades, buscamos a formação de uma consciência da realidade de cada um como ser-sujeito, capaz de contribuir para mudanças na prática de cuidados relacionados ao consumo e abuso de drogas psicoativas, envolvendo o usuário, a família e a comunidade.

A operacionalização da oficina pedagógica se deu no período de fevereiro a março de 2001. Como primeira atividade, elaboramos o programa (temas, datas, horário e local). O trabalho da oficina pedagógica teve uma finalidade educativa com o envolvimento dos participantes no processo de planejar, descobrir e organizar o próprio conhecimento do grupo, e romper preconceitos sobre os temas discutidos, ao mesmo tempo que procurávamos incorporar conceitos novos.

Considerando que essa atividade seria uma oportunidade rica para o grupo e que poderia ser ampliada também para os membros das equipes vizinhas, decidimos convidá-los a participar da oficina, com o propósito de sermos solidários com eles e abrirmos espaço para a construção de um trabalho comunitário conjunto. O convite foi aceito, o que ampliou o número de participantes da oficina, com mais quatro agentes comunitários de saúde. Os encontros da oficina foram realizados em local fora da unidade de saúde, para que pudéssemos trabalhar em um espaço mais amplo, mais confortável e sem as contínuas solicitações dos usuários do serviço durante todo o tempo de trabalho. Foram realizados oito encontros, de acordo com a disponibilidade da equipe e os temas programados. Cada encontro foi organizado de forma a contemplar uma seqüência de atividades realizadas com o suporte de dinâmicas de grupo e estratégias facilitadoras da expressão, comunicação, trocas e aprendizagens, integrando questões objetivas, referências conceituais e de ação, valorizando o princípio do sentir, pensar e agir. Utilizamos material didático concreto convencional, como papéis de embrulho, cartolinas, fichas, cartazes, quadro de giz, papéis "kraft", pincéis e outros, como música, velas, fósforos, fitas cassete, textos e gravador. As dinâmicas de grupo foram adaptadas para cada encontro, reconhecendo-se a dimensão do lúdico e do prazer como partes integrantes do processo de aprender/ensinar/cuidar. Serviram como referências os trabalhos de Gayotto & Domingues (1998); Gonçalves (1999); Gonçalves & Perpétuo (2000) e Afonso (2000), bem como a orientação de Tiollent (1996), na qual se destaca a dimensão conscientizadora das atividades pedagógicas e educacionais desenvolvidas na pesquisa-ação.

Com essa orientação metodológica, a oficina pedagógica buscou o esclarecimento e a compreensão das questões que emergem da prática cotidiana à luz da lógica dialética, problematizando e identificando contradições em busca de caminhos para superá-las. Nessa perspectiva, a oficina pedagógica foi orientada por uma metodologia que priorizou problematizar a realidade vivida pela equipe. Para fazer a leitura dessa realidade, buscamos ultrapassar o limite da aparência visível nos fatos e alcançar a essência num movimento dinâmico, onde *a aprendizagem é uma leitura crítica da realidade, uma apropriação ativa, uma constante investigação, em que a resposta conquistada já se constitui em princípios de nova pergunta* (Gayotto & Domingues, 1998).

Ao analisarmos as questões colocadas pelo grupo, contidas nas situações do trabalho de cada membro e das experiências da equipe, ao fazermos a leitura crítica da realidade, repensamos o papel de ser-sujeito e a responsabilidade de cada um na elaboração de um conhecimento significativo para a transformação da prática social. Nessa dinâmica, a oficina pedagógica abordou a temática sobre ações de cuidados relacionadas ao abuso e à dependência de drogas em três dimensões: conceitual, ideológica e prática.

A dimensão conceitual – fundamento teórico para a compreensão científica e do senso comum sobre cuidados relacionados ao abuso e à dependência de drogas – foi trabalhada em cada encontro, aprofundando a compreensão de conceitos básicos a partir da elaboração das idéias e concepções do grupo. Essa direção dada ao trabalho buscou centrar-se numa concepção de aprendizagem voltada para o sujeito, o grupo e a tarefa, gerando



ou reciclando idéias, criando disposição para conhecer e preparando-se para agir de modo racional e consciente além do senso comum. Dessa forma, buscamos desenvolver e produzir competências para o saber-fazer, o saber-ser e o saber-agir, atentos ao alerta de Vázquez (1986): *...o ponto de vista do 'senso comum' é o do praticismo, prática sem teoria, ou com um mínimo dela.*

A partir da associação e dissociação de idéias e de experiências, a elaboração de conceitos sobre o tema das drogas possibilitou uma aprendizagem que ampliou a visão dos participantes para compreender a relação do usuário com a droga, com a família e com a sociedade. *Dissociar e associar são processos importantes para a percepção da lógica do pensamento, e para que possamos repensar a partir dessa percepção ativa e crítica* (Freire, 1982). Assim, a oficina permitiu ao grupo formular conceitos e compreender determinantes do consumo de drogas, estabelecendo relações entre condições materiais, sociais, emocionais, culturais e espirituais da vida do usuário de drogas e o contexto em que ele vive. Esse exercício teórico e prático evoluiu para a compreensão conceitual sobre fatores de risco e de proteção articulada à dimensão prática das ações de cuidados relacionadas ao abuso e dependência de drogas.

A dimensão ideológica possibilitou captar e discutir a visão de mundo e valores que fundamentam as diferentes concepções dos participantes do grupo a respeito da droga, do usuário e de sua relação com a sociedade. Esse processo possibilitou identificar como a veiculação do pensamento ideológico ocorre na interação das pessoas, no contexto social em que elas vivem.

Afonso (2000) chama-nos a atenção quando diz que o trabalho com oficina deve ser visto como um instrumento fundado em relações interpessoais dos seus participantes sem perder de vista a dinâmica interna e externa dos grupos, considerando-se o contexto social dos participantes. Reportando-se a Lewin<sup>5</sup> e a Mailliot<sup>6</sup>, Afonso (2000) explica a dinâmica externa dos grupos como o resultado de forças externas (economia, instituições, etc.) e da forma como o grupo reage a tais forças (com receptividade, resistência ou passividade). A dinâmica interna corresponde à organização do grupo (regras, papéis, liderança, comunicação e resistência à mudança).

A posição ideológica dos participantes do grupo sobre o consumo de drogas explicitou-se à medida que cada um expressou seu pensamento. A dinâmica interna e externa do grupo possibilitou a troca das experiências vividas, a identificação e a discussão de valores e concepções, o desenvolvimento de diferentes formas de expressão e a análise crítica da prática social realizada pelo grupo. A dinâmica grupal, alimentada pelas diferentes posições ideológicas sobre o comércio e consumo de drogas, favoreceu a compreensão das condições em que vivem as pessoas que têm esse tipo de prática e do imaginário social que permeia as relações entre elas. A análise crítica em busca da superação das contradições vividas na prática cotidiana da equipe foi essencial para que a fala dos participantes<sup>7</sup> da oficina

---

<sup>5</sup> LEWIN, K. *Problemas da dinâmica de grupo*. São Paulo: Cultrix, 1988.

<sup>6</sup> MAILHOT, G.B. *Dinâmica e gênese dos grupos*. São Paulo: Livraria Duas Cidades, 1991.

<sup>7</sup> Identificação das falas dos participantes, exemplo: (DC 2, p.29, A), significa Diário de Campo nº 2, nº da página e identificação o participante. Os depoimentos citados neste estudo resultaram de uma reconstituição, a mais fiel possível, baseada nas anotações do diário de campo e nas transcrições de fitas gravadas.

não se reduzisse a mero julgamento de valores. O diálogo e a reflexão produziram um conhecimento capaz de contribuir para mudanças.

“Acho que quem prefere ‘passar’ drogas, em vez de capinar um lote ou trabalhar de servente, é porque quer moleza. Se a polícia passa e vê um capinando, não vai prender” (DC 2, p.28, A).

“Penso que ‘passar’ drogas não é moleza. Tem que viver correndo da polícia. Melhor seria ter um trabalho” (DC 2, p.28, B).

“Às vezes é o dinheiro que chega em casa pra comprar comida” (DC 2, p.28, C).

“Morei na favela por muitos anos, cercada de traficantes. Respeito eles, primeiro porque são ‘fortes’ mesmo, segundo porque nem todos eles são pessoas ruins” (DC 2, p.29, D).

“Nós respeitamos o dono do boteco de ‘pinga’ e das casas de bebidas” (DC 2, p.29, D).

O processo de reflexão e diálogo contribuiu para a aprendizagem, no sentido da mudança individual e coletiva, à medida que cada participante produziu *insights* sobre a própria experiência e a do grupo.

“Estou mudando meu modo de pensar” (DC 2, p.29, A).

“Eu pensava que droga era problema só para os pobres, porque eles não têm dinheiro pra comprar nem pra tratar” (DC 2 p. 29, E).

“A gente não pode pensar que droga só dá prazer... é muito triste” (DC 2, p.29, C).

“De tudo que eu já ouvi sobre drogas, eu acho que tem mesmo que fazer alguma coisa é nas escolas, é pra ensinar as crianças não usar” (DC 2, p.29, B).

Podemos perceber, nesses depoimentos e no decorrer da oficina pedagógica, que a construção de um pensamento, de uma opinião pessoal e

de uma postura enquanto grupo foi se organizando e conduzindo as decisões da equipe durante o processo de construção e socialização do conhecimento.

A superação de preconceitos e a contínua reformulação das bases ideológicas que determinam a prática da equipe, nas ações de cuidados relacionadas ao abuso e dependência de drogas, iniciou-se com as discussões e reflexões do grupo, consolidando-se com a prática. Os preconceitos fundados em argumentos moralistas ou repressores foram revistos a partir de um ponto de vista ético, humano e político muito mais abrangente que o simples julgamento individual ou a idéia de transferência do problema para a polícia, para o governo, ou para o outro. Uma visão crítica e reflexiva sobre o problema da droga e sua interface entre a saúde e o social contribuiu para que cada participante da equipe passasse a ter uma relação positiva, responsável e menos preconceituosa com relação ao usuário, à família e à comunidade.

A dimensão prática da oficina expressou-se no seu objetivo de ampliar o conhecimento e a competência para a prática de cuidados relacionados ao abuso e à dependência de drogas, como uma tarefa do grupo. A execução dessa tarefa foi orientada em direção à finalidade da pesquisa: desenvolver uma nova visão do ser humano, revitalizando seus valores em busca de novas formas para cuidar de si e do outro, procurando resgatar capacidades e estimular formas criativas para os cuidados individual e coletivo. A criatividade se manifestou com a iniciativa da equipe de construir um projeto de ação comunitária, tomando por base a promoção da saúde e a valorização da qualidade de vida, criando parcerias e promovendo participação intersetorial, conforme passa a ser descrito no item seguinte.

### **4.3 Terceira etapa: projeto de ação comunitária**

Esta etapa, registrada no quadro 3 (ANEXO E), constituiu um momento de síntese que veio demonstrar o alcance do objetivo proposto no projeto desta pesquisa-ação: desenvolver um processo de ação-reflexão sobre os cuidados relacionados ao abuso e à dependência de drogas na prática de uma equipe de saúde da família, visando contribuir para a superação de contradições e problemas enfrentados nessa prática. O período de realização dessa etapa compreendeu o início das reuniões para discutir o projeto de ação comunitária, em abril de 2001 e foi até julho de 2001. Na verdade, esta etapa perpassou por todo trabalho anterior, pois o exercício de ação-reflexão durante a realização das práticas de saúde e da oficina pedagógica permitiu, tanto à pesquisadora quanto aos participantes da pesquisa, acumular conhecimentos sobre a realidade. Dessa forma, instrumentalizaram-se para uma ação comunitária baseada na realidade vivenciada e discutida nesse processo, com a clareza de que o princípio norteador de uma ação dessa natureza deve ser a promoção da saúde e a valorização da qualidade de vida.

O primeiro movimento da equipe para organizar essa ação comunitária foi buscar uma parceria com as duas equipes vizinhas, que fazem parte do mesmo distrito sanitário, têm características sociodemográficas, sanitárias e geográficas semelhantes, e cujos agentes comunitários participaram da oficina pedagógica. Só uma das equipes aderiu ao convite, participando das reuniões e da elaboração da proposta.

Inicialmente, a proposta foi ganhando forma, com a definição de diretrizes de ação e de caminho a ser seguido, sem a pretensão de um projeto

acabado. A partir da problematização da realidade, foram identificados os principais pontos que interferem de forma direta e permanente na determinação dos problemas de saúde da população: a) abuso e dependência de álcool e outras drogas de forma muito generalizada entre as famílias da comunidade; b) violência intrafamiliar e no território em que vivem; c) baixa escolaridade e analfabetismo, principalmente entre os moradores das áreas de favela; d) desemprego; e) falta de atividades de esporte, lazer, cultura e ocupação para jovens e adolescentes; f) falta de creches; g) falta de atividades para idosos.

O momento inicial – discussão e problematização – possibilitou a identificação da potencialidade das duas equipes envolvidas e da comunidade: a) os membros das equipes manifestaram desejo de mudar a lógica da assistência à população, saindo do modelo tradicional biologicista; b) existem pessoas na comunidade com potencial, vontade e disponibilidade para contribuir na viabilização do projeto; c) a comunidade possui alguns espaços (salas, igrejas, quadra de esporte, área de terreno público) que estão subutilizados.

Com base na proposta do PSF de trabalhar com a participação da comunidade e no compromisso profissional e pessoal de cada um, enquanto sujeitos da ação de mudança, foi feita uma avaliação crítica e reflexiva constatada nas conclusões e em alguns fragmentos de depoimentos dos participantes das equipes durante as reuniões, conforme constatado nos enunciados a seguir:

a) Trabalhar coletivamente, envolvendo as equipes de saúde da família da região, porque os problemas são comuns e as conseqüências deles refletem na população de forma interdependente.

“O que muda um pouco de uma área geográfica de uma equipe e outra é o saneamento básico que aqui existe e lá não. O desemprego, a violência e o tráfico que acontecem numa região refletem na outra” (DC2, p.75, I).

b) Realizar grupos específicos e fora do contexto social onde vivem (diabéticos, hipertensos, alcoolistas, etc.) não vem dando resultados satisfatórios, abre perspectiva para uma demanda crescente com poucas possibilidades de “alta”, cria uma relação de dependência e passividade dos usuários do serviço.

“Só remédio, exame, consulta e reuniões de grupo, não resolve. Tem paciente que toma o remédio errado, porque não sabe ler” (DC 2, p.76, H).

“Estou cansada de entregar aviso das reuniões de grupo na casa das pessoas, elas não vão e a gente percebe que elas não quiseram ir” (DC 2, p.78, A).

c) Sem atuar sobre problemas básicos como o analfabetismo, a medicalização da população, a falta de suportes sociais, enfim, as condições de vida da população, não se consegue fazer promoção e prevenção, não se muda o perfil de saúde da população.

“Estamos vendo que, sozinhos, não damos conta dos problemas de saúde da população. Só remédio, só conversa, não resolve. Tem que ter ação e vontade e temos que fazer parcerias com a comunidade” (DC 2, p.78, F).

“Quero trabalhar e ver resultados. Afinal, na equipe tem os que moram aqui, pertencem à comunidade e outros que não moram aqui, mas passam

a maior parte do seu tempo no trabalho e também se sentem fazendo parte da comunidade” (DC 2, p.78, F).

d) Recuperar idéias e planos anteriores, como criar um Centro de Convivência para dar atividades aos idosos da comunidade. Diante dos levantamentos de problemas, das possibilidades atuais e dos atores sociais ora envolvidos, essa idéia foi ampliada para uma proposta de Rede de Convivência com diferentes atividades, inter-relacionamento de todas as faixas etárias e ocupação de vários espaços físicos da comunidade.

“Quando nossa equipe começou a trabalhar, fizemos um diagnóstico da região e entendemos que um dos problemas era a solidão dos idosos. Pensamos em criar um Centro de Convivência para realizar atividades culturais, de lazer e ocupação” (DC 2, p.77, G).

“... aí entra a necessidade do Centro de Convivência para os analfabetos. Não adianta ficar receitando remédios. Tem que investir na alfabetização destas pessoas” (DC 2, p.78, F).

Mais que uma proposta de ações de trabalhadores da saúde, o projeto de ação comunitária surgiu da idéia de realização de um sonho, de um ideal, de uma “utopia”. Concluiu-se que só em parceria poderão ser encontradas soluções concretas para os problemas da população. Cientes da necessidade de imaginação criadora e com vontade para mudar a situação, as equipes valeram-se de suas prerrogativas como trabalhadores do PSF, de seus conhecimentos sobre as possibilidades da comunidade e sobre os problemas de saúde da população, bem como dos condicionantes sociais mais relevantes naquela realidade social. Cientes, também, de que sem a participação e o envolvimento da comunidade não há perspectiva de solução para os



problemas, as equipes passaram a um segundo momento do trabalho, mobilizando as lideranças e representações da comunidade. Nesse segundo momento, iniciaram-se as reuniões com líderes (diretores de instituições, presidentes de associações, coordenadores de projetos, etc.) e representantes da comunidade (moradores, usuários das unidades de saúde, etc.). Os agentes comunitários de saúde se encarregaram de fazer os convites, colocaram cartazes nas unidades e telefonaram para pessoas-chave. As reuniões foram realizadas quinzenalmente, no horário de 15 às 17 horas, utilizando-se o espaço de uma instituição da comunidade.

O desafio para as equipes estava posto: criar um projeto, assumido pela comunidade, em busca de resultados duradouros e permanentes, que ultrapassasse a simples realização de atividades temporárias ou pontuais, como palestras, campanhas e grupos de ajuda fora do contexto da comunidade. Nessa fase, iniciou-se a preparação das lideranças e representações para atuar de forma consciente e participativa, exercendo a própria cidadania e lutando pelos direitos coletivos.

Levcovitz & Garrido (1996) defendem que o reconhecimento do PSF como modelo de atenção, que pressupõe a saúde como um direito de cidadania, exige compreensão e habilidades dos trabalhadores para lidar com a comunidade no sentido de promover mudanças positivas na qualidade de vida da população. Nesse sentido, mais que um enfoque sobre o processo saúde-doença-cuidado, o trabalho das equipes buscou um conjunto de valores interligados que representam os princípios básicos da promoção da saúde,

vida, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação, parcerias, entre outros.

Não foi difícil conseguir, já na primeira reunião, a presença e a participação significativa de líderes e representantes da comunidade. Essa participação foi crescente. A maioria das pessoas esteve presente em todas as reuniões, enquanto outras agregaram-se ao longo do trabalho. Em algumas reuniões houve a participação de pessoas de fora da comunidade, convidadas para prestar assessoria, esclarecimentos ou relatar experiências bem-sucedidas com trabalhos em comunidade. Nesse momento, iniciou-se a expansão do projeto. A comunidade foi convidada, por suas lideranças, a sair da passividade incômoda de conviver com problemas graves sem buscar soluções. Na perspectiva da dialética materialista, a transformação da realidade não se dá de forma vertical e linear, mas, ao contrário, exige tomar a prática social como ponto de partida e de chegada. Isso pressupõe a efetiva participação da comunidade à procura de soluções para os problemas.

A comunidade começou a mudar a prática social ao se mobilizar e sair do comodismo e do individualismo, partindo para a construção de uma prática coletiva. De forma objetiva, nas reuniões realizaram-se levantamentos e discussões acerca dos principais problemas da comunidade: a) falta de canalização de um córrego que recebe esgotos e lixos, tornando-se foco de contaminação e de riscos de inundações provocadas pelas enchentes; b) falta de segurança da população, que convive com todo tipo de violência, como assaltos, roubos, crimes e assassinatos provocados principalmente pelo tráfico de drogas; c) grande número de pessoas, principalmente jovens e

adolescentes, fazendo uso de drogas nos espaços públicos ou vagos da comunidade; d) gravidez entre adolescentes com conseqüente descuido e desamparo de seus filhos; e) lixo acumulado em lotes vagos (inclusive em frente ao lugar onde as reuniões estavam sendo realizadas); f) dificuldade de acesso a serviços de saúde, que dependem da atenção secundária e terciária (exames, consultas especializadas, atendimentos de urgência e internações).

À medida que as discussões foram avançando, algumas posições e reivindicações de caráter particular ou político-partidárias, inicialmente expressas, foram perdendo espaço, avançando em direção a propostas concretas em função das reais necessidades da comunidade, tais como: a) criação de uma horta comunitária no terreno vago, que estava sendo ocupado por lixo e entulhos; b) criação de uma Rede de Convivência; c) realização de um evento aberto a um grupo maior de pessoas com o objetivo de oficializar, divulgar e estruturar o projeto para Rede de Convivência; d) criação de comissões para dar encaminhamento a essas propostas.

Embora o percurso da criação do projeto de ação comunitária possa parecer relativamente fácil, é preciso entender que é um processo complexo, um movimento com sucessivas etapas, ora vividas com entusiasmo e animação, ora com desânimo. Na relação entre o serviço de saúde e a população, conforme afirma Vasconcelos (2001), existem muitas dificuldades apesar do discurso institucional de participação. No cotidiano, a equipe de saúde da família é pressionada por freqüentes atritos desencadeados pela demanda por consultas especializadas, falta de medicamentos, procura de atendimentos de urgência complexos e pelo medo da violência. Esta é uma

realidade nas periferias urbanas e multiplica-se no medo e no preconceito existentes contra o mundo popular, afirma Vasconcelos (2001). De forma mais sutil e mais aprofundada, outros fatores relacionados diretamente com as condições de vida material, espiritual e social das classes populares atuam provocando tensão no relacionamento com a equipe de saúde da família.

Vasconcelos (2001: 55-56) chama a atenção:

O preconceito contra o pobre urbano não apenas bloqueia a abertura dos profissionais para os usuários do serviço, mas também torna esses últimos contidos e envergonhados para falar da própria realidade. [...] A pobreza não mais aparece como detentora de valores morais e espirituais como pregava o catolicismo. Esvaziou-se o sentido religioso da salvação pelo sofrimento que a pobreza implica e que também possibilitava a salvação dos ricos mediante a caridade, tal qual existiu no Brasil rural até algumas décadas atrás. Os pobres urbanos vivem hoje sua pobreza essencialmente como privação.

Esse contexto é importante para entender os momentos de frustração, impotência e desânimo que, sem dúvida, a equipe terá pela frente.

A esperança é de que o projeto de ação comunitária se consolide, ampliando a participação das lideranças e famílias, criando possibilidades de responder a um conjunto de necessidades humanas, tais como subsistência, comunicação, afetividade, criatividade, identidade e proteção, servindo como ponto de inflexão entre o público e o individual, o comunitário e o público, a subjetividade e a sociabilidade. Em última análise, melhorando a qualidade de vida, contribuindo para vencer o desafio de cuidar daqueles que abusam ou são dependentes de drogas, sem, contudo, pretender substituir a família e, sim, ajudá-la a descobrir suas potencialidades.

A continuidade do trabalho com a comunidade depende de um esforço contínuo para manter o interesse e a mobilização, sem perder de vista os objetivos pretendidos. Nesse sentido, a Rede de Convivência tornou-se um espaço para a apresentação e discussão do trabalho das diversas comissões, bem como de tomada de decisões coletivas e superação das dificuldades de relação entre as equipes de saúde e a população.

Para a equipe de saúde, a dimensão sociopolítica deste trabalho e o seu significado tornam-se cada vez mais explícitos, à medida que o projeto de ação comunitária progride. Fica evidente que não basta uma equipe técnica, mas uma equipe de trabalho convergente para uma mesma intencionalidade, na qual cada um dos participantes assuma o papel de sujeito histórico e responsável pelo processo de mudanças da realidade social. Para a pesquisadora, a dimensão e o significado sociopolíticos da pesquisa foram se tornando cada vez mais claros, comprovando a importância da pesquisa-ação como estratégia metodológica para o alcance da finalidade e do objetivo pretendidos. Mais ainda, o projeto de ação comunitária confirmou a tese inicial de que o PSF representa um espaço privilegiado para a prática de cuidados relacionados ao abuso e à dependência de drogas no nível da atenção básica.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A primeira questão que colocamos é uma reflexão sobre a magnitude e transcendência do problema das drogas para a sociedade e para os serviços de saúde. Quando voltamos a nossa atenção para esse problema num cenário mais amplo, constatamos que a sociedade não está preparada para enfrentá-lo com todos os riscos, danos e crescente gravidade com que ele se configura neste início de século. O despreparo da sociedade pode ser percebido, sobretudo, diante das dificuldades conceituais e práticas com que culturalmente enfrentamos o problema nos diversos setores: da saúde, educação, justiça e segurança, na sociedade em geral e, mais intimamente, na família. Esta pesquisa confirmou o potencial do PSF para enfrentar o desafio de realizar cuidados relacionados ao abuso e à dependência de drogas no âmbito da atenção básica.

Cabe ressaltar a importância da contribuição dos fundamentos teóricos do campo da Saúde Mental na compreensão do abuso e dependência de drogas. Esse problema reflete, direta ou indiretamente, no psiquismo humano e tem sido uma questão inserida no âmbito da Psiquiatria no que se refere à assistência ao indivíduo. No âmbito do coletivo, esse problema se insere na Saúde Coletiva, buscando um diálogo crítico e a identificação de

contradições e contribuições tanto na esfera técnico-político-científica quanto no terreno das práticas de saúde.

Consideramos necessária a exploração criteriosa dos conteúdos da Saúde Coletiva, da Saúde Mental e da Psiquiatria na capacitação dos profissionais durante a formação escolar e nos programas de educação continuada e permanente.

Ressaltamos que, para alcançar mudanças significativas no modelo vigente de atenção à saúde, é preciso ampliar o conceito do processo de saúde-doença-cuidado, sem deixar a Saúde Mental e, muito especialmente, a drogadição como um assunto de especialistas. Essas mudanças exigem ações de promoção da saúde, de prevenção e tratamento começando da atenção básica. Visando a resultados que possam melhorar a assistência a médio e a longo prazos, é imprescindível minimizar o vazio de conhecimentos existentes nessas áreas entre os profissionais que estão no mercado de trabalho, ao mesmo tempo, acompanhando a crescente ampliação do problema da drogadição na sociedade. Paralelamente, é necessário incluir esses conhecimentos nos currículos de todos os cursos da área da saúde.

Quanto ao PSF, colocado como uma estratégia para a reorganização da atenção básica, na lógica da vigilância à saúde, centrada na promoção da qualidade de vida, observamos, tanto na pesquisa de campo quanto nos textos normativos do Programa, que ele ainda não se preparou para dar respostas políticas e práticas para o enfrentamento da complexidade dessa questão, que se coloca como um desafio. O perfil dos profissionais que compõem as equipes do PSF é muito diversificado, havendo aqueles com

maior e menor preparo para abordar o problema do abuso e dependência de drogas, tanto no âmbito individual quanto no coletivo. Muito embora o perfil idealizado pelo Ministério da Saúde para os profissionais desse Programa destaque a capacidade de estarem envolvidos com o bem-estar das comunidades, com a construção de compromisso, disponibilidade, intimidade e de relações de confiança com as mesmas, os trabalhadores não se encontram preparados para esse envolvimento. Constatamos que nem mesmo os agentes comunitários de saúde moradores da área de abrangência da equipe têm esse perfil idealizado, visto que isso exige um aprofundamento das relações interpessoais e com a comunidade. Essas relações são permeadas por dificuldades objetivas (acesso, aceitação, comunicação) e subjetivas (medo, preconceitos, afetos e desafetos) envolvidas, com frequência, no problema da drogadição e seus correlatos: tráfico, violência e desestruturação familiar, questões complexas que não podem ser tratadas como fenômenos isolados.

A potencialidade do cuidado relacionado ao abuso e à dependência de álcool e drogas, no âmbito da prática de uma equipe do PSF, foi constatada nesta pesquisa, bem como as dificuldades inerentes a essa prática. No dia-a-dia de uma equipe do PSF, esse problema pode ser mascarado, negado ou não ser visto em sua totalidade, caso não se tenha sensibilidade e habilidade para perceber, abordar e lidar com as conseqüências individuais, familiares e coletivas da drogadição. Nas dependências químicas avançadas, nas quais os sinais não podem ser ocultados ou distorcidos, o cuidado, freqüentemente, é difícil e pouco eficaz, porque as conseqüências físicas, psíquicas e sociais geralmente se aprofundam muito ou até se tornam irreversíveis. O manejo



dessas situações, muitas vezes, requer a intervenção de especialistas e o suporte de instituições de tratamento de saúde mental. Para isso, o PSF deve fazer parte da rede de atenção, com um sistema atuante de referência e contra-referência entre Centros de Atenção Psicossocial, ambulatórios e Centros de Convivência ou outros serviços, sejam eles públicos ou conveniados.

Situações muitas vezes sutis, não menos importantes, são também difíceis de serem conduzidas, porque não aparecem de forma clara nem para a equipe nem para o próprio usuário do serviço. Muitas vezes há uma queixa, um sofrimento, um mal-estar por problemas não esclarecidos, em que o uso da droga tem justamente a função de “alívio” e, por isso, não chega a ser mencionado. Outras vezes, o sofrimento vem das conseqüências do abuso de droga praticado por pais, irmãos, cônjuges, filhos, ou o uso de drogas, principalmente lícitas, como o tabaco e o álcool, faz parte dos hábitos culturais do grupo social e familiar, e por isso é visto como uma prática natural.

No caso do uso inadequado de psicofármacos, freqüentemente, é entendido como uma solução e não um problema, o que pode passar despercebido se a equipe não desenvolver um espírito crítico diante dessa realidade e não se sensibilizar para abordá-la com seriedade. Tal abordagem implica ir além da queixa ou do motivo que justificou a demanda do usuário e, muitas vezes, entrar na intimidade da pessoa ou da família. Essa situação é particularmente difícil quando se trata das visitas domiciliares, porque: a) a iniciativa de realizar a visita domiciliar parte freqüentemente da equipe, e não do usuário; b) a visita domiciliar é realizada no espaço privado da família e, de

modo geral, os agentes comunitários de saúde estão despreparados para essa tarefa; c) a maioria das visitas domiciliares ocorre sem planejamento com a família, sem que tenha sido agendada com ela para aquele momento; d) o vínculo entre a família e a equipe pode ainda não existir ou não estar consolidado; e) os membros da equipe de saúde têm pouca preparação técnica para lidar com os problemas éticos relacionados às drogas; f) enquanto membro da comunidade, os agentes comunitários de saúde têm conhecimento dos boatos e censuras que circulam entre os moradores acerca do comportamento das pessoas, o que interfere na relação interpessoal entre eles, sobretudo nas questões que envolvem consumo de drogas ilícitas.

Entendemos que esses problemas não impedem a promoção de cuidados relacionados ao abuso e à dependência de drogas, no entanto, a superação deles exige preparação dos integrantes da equipe, ampliando suas capacidades de saber-fazer, saber-ser e saber-agir. Com essa visão, um programa de capacitação para equipes de saúde deve incluir ética, comunicação e inter-relacionamento, além do conteúdo sobre drogas. A equipe de saúde deve incluir no seu processo de trabalho espaços para discussão, estudo e reflexão sobre sua prática.

Uma atitude que deve ser incentivada é a prática de visitas domiciliares realizadas pelo médico ou enfermeiro, acompanhando os agentes comunitários, para orientá-los sobre a abordagem à família procurando valorizar a singularidade e a subjetividade de cada sujeito no contexto histórico e socioeconômico em que vive, ajudando-a a descobrir e desenvolver suas potencialidades individuais e coletivas.

---

Finalmente, consideramos pertinente enfatizar a importância e a adequação da pesquisa-ação para este estudo e para qualquer outro que pretenda conhecer a realidade, interagindo com ela, modificando o nível de consciência do próprio pesquisador e dos sujeitos da pesquisa, superando problemas e transformando a prática social. Consideramos que o objetivo inicialmente proposto foi ultrapassado, chegando-se à construção de um projeto de ação comunitária cujo desenvolvimento e consolidação dependem da equipe e da comunidade.

Mudanças no comportamento dos integrantes da equipe foram percebidas a partir do desenvolvimento de uma nova visão do ser humano, demonstrada nas práticas de cuidado aos usuários, tanto no âmbito individual quanto no coletivo. Isso culminou na elaboração do projeto de ação comunitária e na mobilização das lideranças da comunidade para identificar e propor soluções para os problemas da coletividade. As contradições que emergem na relação dos integrantes da equipe com a comunidade passaram a ser compreendidas com mais clareza. Eles se mostraram mais seguros para superá-las com solidariedade e consciência de que o trabalho em conjunto é mais produtivo do que isoladamente.

A produção social não se dá à margem da história. Mesmo quando a teoria e a prática questionam a ordem estabelecida, esse questionamento se dá em condições reais presentes na sociedade, tal como se deu na construção desse processo de investigação. As três etapas desta pesquisa – práticas de saúde, oficina pedagógica e projeto de ação comunitária – confluíram para uma construção teórica, buscando mecanismos para transformar a prática de

cuidados relacionados ao abuso e à dependência de drogas. A aplicação da estratégia de pesquisa-ação, além de contribuir para a superação de problemas e contradições enfrentados na prática social da equipe, redimensionou o papel de sujeito histórico dos participantes responsáveis pelas mudanças da realidade na qual vivem. O desenvolvimento da ação-reflexão e do processo de construção do conhecimento elaborado pelo grupo alcançou resultados possíveis de serem reproduzidos em contextos semelhantes em outras equipes do PSF e por outros serviços de saúde. A dimensão e o significado sociopolítico da pesquisa extrapolaram o âmbito da equipe pesquisada, que pode contribuir com subsídios para a organização de uma política de saúde que contemple um dos grandes desafios da prática do PSF: o cuidado diante do abuso e da dependência de drogas.

## ABSTRACT

GONÇALVES, A.M. Cares in front of the abuse and of the dependence of drugs: challenge of the practice of the Program Health of the Family. 2002. 209fl. Tese. (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

This study has as object the practice of cares related to the abuse and to the dependence of drugs in the daily of a team of the Program Health of the Family (PHF). Recognizing the gravity of the problems related to the abuse and to the dependence of drugs and their implications for the individual, the family and the community, that reflect in the formation process and in practice of the professionals, we had as objective develops with the members of a team of PHF an action-reflection on that practice, seeking to contribute to overcome the problems and contradictions faced by the team in the daily of work. We accomplished an investigation with qualitative approach, in the research-action modality, based by the materialism historical-dialectic as intrinsic part of the world vision linked to the praxis. The scenery of the research was the area geopolitics of performance of a team of the Program in the municipal district of Contagem, State of Minas Gerais, Brazil. The field research was accomplished in the period from September of 2000 to July of 2001 and had as subjects the members of the team (a doctor, a nurse, a nursing auxiliary and four community agents of health). The results of the research confirmed the initial theses about the importance of PHF for the practice of cares related to the abuse and to the

dependence of drugs. The results evidenced fragilities and technical potentialities (practices and politics) of the Program to face that challenge, besides pointing possibilities to overcome that by investment in the training of the team and in the creation of a project of community action. The research contributed with subsidy to articulate politics of health, come back for the challenge from developing cares related to the abuse and to the dependence of drugs in practice of the PHF, as well as of other services of health that come to be worth of that experience to apply it in similar conditions.

**Key words:**

1. Upheaval related to the use of psychoactive substances / 2. Health of the family / 3. National programs of health / 4. Primary cares of health.

## RESUMEN

GONÇALVES, A.M. Cuidados ante el abuso y la dependencia de drogas: desafío a la práctica del Programa Salud de la Familia. 2002. 209fl. Tese. (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Este estudio tiene como objeto la práctica de cuidados relacionada con el abuso y la dependencia de drogas en el día a día de un equipo del Programa Salud de la Familia (PSF). Reconociendo la gravedad de los problemas relacionados con el abuso y la dependencia de drogas y sus consecuencias para el individuo, la familia y la comunidad, lo que repercute en el proceso de formación y en la práctica de los profesionales, tuvimos como objetivo desarrollar con los miembros de un equipo del PSF una acción-reflexión sobre esa práctica, buscando contribuir para la superación de los problemas y de las contradicciones enfrentadas por el equipo en su trabajo cotidiano. Llevamos a cabo una investigación con abordaje cualitativo, en la modalidad de investigación-acción, la que está basada en el materialismo histórico-dialéctico como parte intrínseca de la visión de mundo vinculada a la praxis. El escenario de la investigación fue el área geopolítica dónde actúa un equipo del PSF en el distrito municipal de Contagem, en el Estado de Minas Gerais, Brasil. El trabajo de campo se hizo en el período comprendido entre Septiembre de 2000 y Julio de 2001, y tuvo como sujetos los integrantes del equipo (un médico, una enfermera, un auxiliar de enfermería y cuatro agentes

de salud de la comunidad). Los resultados de la investigación confirmaron la tesis inicial acerca de la importancia del PSF para la práctica de cuidados relacionados con el abuso y la dependencia de drogas. Los resultados pusieron de manifiesto las fragilidades y las potencialidades técnicas (prácticas y políticas) del PSF para enfrentar este desafío, además de apuntar las posibilidades de superación por medio de la capacitación del equipo y también a través de la creación de un proyecto de acción comunitaria. La contribución de este trabajo debe ser vista como una ayuda a ser considerada en la formulación de políticas de salud, volcadas para el desafío de desarrollar cuidados relacionados con el abuso y la dependencia de drogas en la práctica del PSF, así como también la de otros servicios de salud que quieran aprovechar esta experiencia para aplicarla en condiciones similares.

**Palabras claves:**

1. Transtornos relacionados con el uso de sustancias psicoactivas / 2. Salud de la familia / 3. Programas nacionales de salud / 4. Cuidados primarios de salud.



**ANEXOS**

---

## ANEXO A

### DECLARAÇÃO DE PROPÓSITOS

Alda Martins Gonçalves, professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais e aluna do Curso de Doutorado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade Estadual de São Paulo, responsável pela pesquisa “Ação de cuidados frente ao abuso e dependência de drogas psicoativas: desafios da prática do Programa Saúde da Família”, presta os seguintes esclarecimentos:

1. a pesquisa tem por objetivos desenvolver uma ação-reflexão sobre formas de intervenção de cuidado relacionada ao uso indevido drogas;
2. a pesquisa será realizada em uma unidade do Programa de Saúde da Família, com a participação dos integrantes da equipe;
3. a pesquisadora assume a responsabilidade de preservar em sigilo o nome dos participantes envolvidos na investigação;
4. qualquer participante tem o direito de deixar de participar da pesquisa, em qualquer momento, sem qualquer constrangimento;
5. as pessoas que consentirem em participar da pesquisa não terão qualquer tipo de investimento, que não o seu envolvimento pessoal, nem receberão qualquer tipo de pagamento ou gratificação;
6. a síntese das discussões ocorridas durante a pesquisa, as decisões e propostas serão registradas e usadas como material para a elaboração de um documento científico – Tese de Doutorado – que será apresentado e divulgado ao público.

Diante da declaração dos propósitos da pesquisadora, solicita-se, a cada participante, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, apresentado em anexo.

Contagem, ..... de ..... de 2000

**Alda Martins Gonçalves**

Pesquisadora responsável – EE-UFMG Fone: (31) 248-9846

Comitê de Ética – COEP-UFMG-Fone: (31) 248-9364

**ANEXO B****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Declaro ter recebido da professora Alda Martins Gonçalves – professora / pesquisadora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, telefone (31) 248-9846, e aluna do Curso de Doutorado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade Estadual de São Paulo, telefone (16) 6023-3390 – os esclarecimentos sobre objetivos, condições de realização, manutenção de anonimato, direito de deixar de participar e procedimentos utilizados para a realização da pesquisa: “Uso indevido de drogas psicoativas: desafios da prática do Programa Saúde da Família”.

Concordo livremente em participar das atividades da pesquisa, individualmente ou na equipe. Aceito que as discussões com a pesquisadora sejam gravadas para posterior elaboração de relatório de pesquisa.

Concordo, também, que o produto das discussões, as decisões e propostas de ações sejam utilizados no documento final da pesquisa, podendo ser divulgados oralmente ou publicados pela pesquisadora.

Contagem,                      de                      de 2000

Assinatura do participante: .....

## ANEXO C

**QUADRO 1** – Ordenação do material empírico da primeira etapa do trabalho de campo: práticas de saúde; set./2000 a maio/2001.

<b>DATA/HORA/ REGISTRO</b>	<b>ATIVIDADES/SUJEITOS</b>	<b>SITUAÇÕES VIVENCIADAS</b>	<b>POTENCIALIDADES</b>
13/09 8h às 8h30 DC1 p.5	Visita domiciliar / enfermeira e pesquisadora.	Família de pessoas adultas com uma idosa acamada, diabética, com exame de glicemia digital freqüente, cardiopata e obesa; familiares usuários de álcool e fumo sem reconhecerem risco para a saúde.	Há vínculo de confiança entre a família e a equipe; os familiares cuidam da idosa razoavelmente bem.
8h30 às 12h DC1 p.5 a 6	Consultas médicas / médico e pesquisadora.	A entrevista com os pacientes segue um protocolo clínico-epidemiológico e não inclui pesquisa sobre o uso de substâncias psicoativas, exceto quando há queixas, sinais ou sintomas relacionados.	Há disposição e capacidade do médico para ouvir, examinar, orientar, propor medidas terapêuticas e formar vínculo com os usuários.
14/09 8h às 10h DC1 p.6 a 7	Acolhimento / enfermeira e pesquisadora.	Grande demanda por atendimento; os usuários insistem para serem atendidos em consultas naquele momento (a enfermeira se esforça para orientar e solucionar o que pode e para estabelecer prioridades); a escassez de tempo, diante demanda e “urgência” dos usuários impede uma escuta que vá além do motivo imediato que os leva à unidade de saúde.	Capacidade da enfermeira para orientar, organizar a demanda e solucionar situações que podem ser resolvidas naquele momento, tais como prescrição de medicamentos padronizados para usuários que fazem uso contínuo (hipertensos, diabéticos), agendamento de consultas e estabelecimento de prioridades.
10h às 12h30 DC1 p.7a 8	Consultas de enfermagem / enfermeira e pesquisadora.	Na anamnese só se pesquisa e orienta sobre uso de fumo quando há queixas, sintomas ou sinais relacionados a afecções respiratórias alérgicas ou infecciosas de adultos ou crianças.	Enfermeira estabelece vínculo com os usuários e tem resolutividade no atendimento, principalmente de crianças.
13h30 às 15h20 DC4 p.8 a 10	Visita domiciliar e discussão com enfermeira e médico após a visita / auxiliar de enfermagem e pesquisadora.	Família composta pela mãe e uma filha adolescente, mãe acamada há nove meses por ter tido fraturas expostas nos membros inferiores; usando aparelho ortopédico, apresentando áreas com lesões infeccionadas e pontos cirúrgicos; situações de higiene, cuidados domésticos, organização do ambiente muito precários; filha adolescente com déficit mental e alterações de comportamento.	O cuidado diário da auxiliar de enfermagem tem sido essencial à vida física e emocional da paciente; há vínculo com a equipe.
15h30 às 18h30 DC1 p.10 a 11	Consultas de enfermagem / enfermeira e pesquisadora.	Exames ginecológicos e de mama, orientação e coleta de Papanicolau.	As consultas são conduzidas com critérios baseados na escuta e no exame físico; a enfermeira cria vínculo de confiança com as

			usuárias.
--	--	--	-----------

19/09 8h às 9h DC1 p.11 a 12	Acolhimento / enfermeira e pesquisadora.	Adolescente com queixas clínicas; a escuta revela problemas no relacionamento com o pai alcoolista.	A adolescente conseguiu verbalizar seu problema e discutiu possíveis soluções; levar o pai à Unidade de Saúde, tentar amenizar os conflitos, procurar a equipe para ser ajudada.
9h às 12h20	Consulta de enfermagem / enfermeira e pesquisadora.	Mães que procuram avaliação e medicação para crianças com problemas alérgicos e respiratórios.	Resolutividade das consultas; confiança das mães.
20/09 8h às 11h30 DC1 p.15	Acolhimento e consulta / enfermeira e pesquisadora.	Grande demanda espontânea por consultas e exames; nessas consultas não foram identificados casos de abuso de substâncias psicoativas.	Há tendência em se organizar a demanda espontânea dos usuários.
25/09 8h às 12h DC1 p.15 a 16	Acolhimento / pesquisadora.	Usuários procuram o serviço exigindo urgência no atendimento para problemas crônicos ou que vêm sendo protelados.	Estabelecimento de prioridades e orientação sobre a conduta.
26/09 13h às 15h30 DC1 p.16 a 17	Visita domiciliar e discussão com a enfermeira e a agente comunitária de saúde / agente comunitária e pesquisadora.	Filhos adultos com uso de álcool e drogas, avó foi alcoolista, neto de 13 anos, morando com a avó por não ser cuidado pelos pais, sofrendo influência de usuários e traficantes; avó angustiada relata seu sofrimento, preocupações com o neto e problemas de saúde.	Escutar a avó permitiu-lhe falar de si, dos problemas de saúde, do sofrimento com a família e da preocupação com o neto; tem vínculo com a equipe e procura sempre a unidade de saúde; a discussão com a enfermeira e a agente comunitária sobre os problemas da família ajudou-nos a compreendê-los melhor.
15h30 às 17h DC1 p.17	Atendimento na unidade de saúde: aplicação de medicação IM e medida de pressão / pesquisadora.	Realização de atividade da auxiliar de enfermagem.	Oportunidade para prestação de cuidados, criação de vínculos com os usuários e contribuição com o serviço.
27/09 8h às 9h DC1 p.18	Acolhimento / pesquisadora.	Usuário leva filho de 2,5 anos à unidade de saúde com febre e vômitos, o pai apresenta-se com hálito etílico.	Momento oportuno para abordar sobre uso de álcool enquanto o pai fica na unidade aguardando efeito do medicamento e da reidratação oral.
9h às 12h DC1 p.18	Visita domiciliar / agente comunitária e pesquisadora.	Idosa de 88 anos morando sozinha, bom estado de saúde, hábitos saudáveis.	Oportunidade para avaliação, acompanhamento do estado de saúde, supervisão do uso dos medicamentos e estímulo para atividades físicas e sociais.
29/09 9h às 12h DC1 p.18	Recepção de pacientes, medicação, curativos e medida de pressão arterial / agente comunitária, auxiliar de enfermagem e pesquisadora.	Usuários chegam à unidade desejando atendimento imediato, mesmo que não esteja agendado; há demanda diária pela manhã e à tarde para medicação, curativos e medida de pressão arterial.	Durante a recepção, organiza e tranquiliza os usuários; curativos, medicações e medida de pressão arterial são cuidados que favorecem o vínculo dos usuários com a equipe e reforça a credibilidade do serviço, porque dá respostas imediatas às necessidades de saúde.

02/10 8h às 12h DC1 p.19 a 21	Visita domiciliar e discussão com a equipe / agente comunitário e pesquisadora.	Família com uma idosa (mãe e avó) adultos, filhos, adolescentes e crianças (netos); moradia precária, falta de higiene doméstica, uso de álcool e drogas entre os filhos e netos, convivência com tráfico, roubos, violência, assassinato, miséria, abandono e descuido; idosa com problemas de saúde sem medicamentos e acompanhamento.	Discussão com a equipe ajudou a compreender os problemas; avó e uma filha e neta foram à unidade de saúde para consultas; visitas domiciliares mais frequentes.
03/10 8h às 11h DC1 p.21 a 22	Consultas de enfermagem / enfermeira e pesquisadora.	Acompanhamento do desenvolvimento de crianças de 0 a 5 anos. Mães usam bebida alcoólica e amamentam filhos recém-nascidos ou deixam de amamentar para beber.	Oportunidade para orientar as mães sobre amamentação e relacionamento sadio com as crianças como fator de proteção ao desenvolvimento saudável e riscos de uso de bebidas alcoólicas.
04/10 8h às 11h DC1 p.22 a 25	Consulta médica / médico e pesquisadora.	Discussão com familiares (mãe e tia) tentando envolvê-los no cuidado de usuária alcoolista com estado de saúde precário.	Tentativa de minimizar os danos físicos, psíquicos e sociais do uso abusivo do álcool, conseguindo adesão da família.
05/10 8h às 9h30 DC1 p.25	Consulta de enfermagem / enfermeira e pesquisadora.	Pai desempregado leva filho à consulta porque a mãe está no trabalho; há dificuldade de obter dele informações sobre a criança.	Criança fica na unidade de saúde toda manhã (acompanhada pelo pai) para receber hidratação oral e ser avaliada.
9h30 às 10h30 DC1 p.27 a 28	Visita domiciliar / agente comunitária e pesquisadora.	Avó leva recém-nascido para atendimento porque os pais adolescentes não assumem o cuidado do bebê.	A avó foi orientada e fomos à casa dela conversar com os pais do bebê.
10h30 às 11h30 DC1 p.28	Consulta de enfermagem, discussão com o médico e com a enfermeira.	Casal adolescente mora com os pais, a mãe tem dificuldade em amamentar e cuidar do bebê. A situação é complexa, e a agente comunitária não está habilitada para intervir.	Oportunidade para ouvir a mãe e orientá-la sobre o cuidado com as crianças e com ela própria; a participação da agente comunitária nas orientações facilitou a sua compreensão dos problemas.
10h30 às 11h30 DC1 p.28	Consulta de enfermagem, discussão com o médico e com a enfermeira.	Adolescente vivendo com a avó, em risco de envolvimento com drogas, vem à unidade para atendimento individual: escuta, orientação, avaliação da saúde.	Adesão espontânea do garoto (veio sem a avó), manifestando seu desejo de ser cuidado.
06/10 8h às 11h DC1 p.29 a 30	Consulta de enfermagem / pesquisadora (discussão com a enfermeira).	Mãe pede atendimento para filha adolescente com comportamento "estranho"; vivência de situações de crise familiar; manifestação de sintomas; desmaio, indiferença, esquecimento. Já teve atendimento de psicólogo em outro serviço.	Oportunidade para as pessoas expressarem seus problemas e sentimentos, procurando soluções.
10/10 14h30 às 17h	Acolhimento e medicação / pesquisadora.	Situação atípica na unidade de saúde: enfermeira de folga hoje, auxiliar de enfermagem fazendo visita	Usuários procuram o serviço de forma mais organizada.

DC1 p.30		domiciliar.	
----------	--	-------------	--



11/10 8h às 11h30 DC1 p.31	Consultas de enfermagem / enfermeira e pesquisadora.	Atendimento a avó e neto, resultados de exames sem problemas, garoto está sendo encaminhado para cirurgia de retirada de quelóide na orelha; avó com estado de saúde estável.	À medida que cuidamos do garoto, ele manifestou o desejo de retirar um quelóide que lhe afeta a auto-imagem.
24/10 9h às 11h30 DC1 p.32	Consulta de enfermagem / enfermeira e pesquisadora.	Bebedor habitual com comprometimento clínico recusa a admitir que a bebida lhe causa problemas de saúde.	Primeira aproximação da unidade de saúde buscando consulta.
26/10 14h30 às 16h30 DC1 p.34	Reunião com grupo de obesos / equipe e pesquisadora.	Grupo de pessoas obesas participaram da discussão com enfoque na mudança de hábitos.	Pessoas interessadas em discutir sobre o problema da obesidade.
31/10 15h às 17h DC1 p.35 a 38	Visita domiciliar, discussão na equipe / agente comunitária e pesquisadora.	Paciente alcoolista (vem sendo acompanhada pela equipe); família intolerante recusa-se a cuidar dela, em virtude de seu comportamento.	A equipe decidiu continuar trabalhando na perspectiva de redução dos danos.
07/11 10h às 11h30 DC1 p.39 a 40	Visita domiciliar / agente comunitária e pesquisadora.	Mãe idosa, hipertensa, alcoolista. Não vai à unidade de saúde para consultas agendadas. Filho adético controlado.	Manifestou satisfação com a visita e as orientações, prometendo ir à unidade de saúde. Cadastramos mais um filho que está morando na casa.
09/11 8h às 11h30 DC1 p.40 a 42	Visita domiciliar / agente comunitária e pesquisadora.	Pai de família com problemas relacionados ao abuso de álcool associado ao uso de psicotrópicos e filhos com abuso e tráfico de drogas, roubo, assassinato e prisão; não há uma rede social e familiar mínima que dê suporte; só o pai e uma criança pequena (neta) são encontrados em casa; não adere ao tratamento, não comparece às consultas agendadas.	À medida que compreende o motivo da visita, o pai fala dos problemas pessoais e familiares. Mostrando-se aliviado, comparece à unidade de saúde e promete adesão ao tratamento.
14h às 16:00 DC1 p.42	Grupo de gestantes.	Tema da discussão: relação mãe/filho e amamentação.	Oportunidade para discutir os riscos de uso de substâncias psicoativas durante a gravidez e amamentação e importância dos fatores de proteção à saúde mental da mãe e do filho.
16:00 às 17:30 DC1 p.42-44	Atendimento individual a paciente alcoolista em acompanhamento pela equipe / pesquisadora.	Paciente alcoolista em acompanhamento pela equipe quis falar de si, de suas angústias e do desejo de morte.	Oportunidade para uma escuta do sofrimento psíquico, da subjetividade e singularidade da paciente. Busca de entendimento da dependência alcoólica.
14/11 10h às 12h30 DC1 p.45-48	Visita domiciliar, discussão com a equipe / agente comunitária e pesquisadora.	Jovem em uso de drogas, estado de saúde fragilizado, relacionamento familiar difícil, falta de ocupação (abandono dos estudos e desemprego).	Durante a visita domiciliar, abriu-se espaço para discutir o problema na família e para o jovem procurar ajuda da equipe.

<p>16/11 8h30 às 12h30 DC1 p.48-54</p>	<p>Visita domiciliar / agente comunitária e pesquisadora.</p>	<p>Idosa morando sozinha, necessitando de avaliar ferimentos causados por queda, medicamentos e alimentação.</p> <p>Idosa acamada, diabética (já identificado uso de álcool e fumo na família).</p> <p>Casal com dificuldades de relacionamento desencadeadas pelo uso de bebida alcoólica favorecida pelo trabalho em um bar anexo à casa.</p> <p>Mãe de família usando bebida alcoólica freqüentemente, associando com medicamentos psicotrópicos; não adere ao tratamento; situação de pobreza e desorganização do ambiente doméstico.</p>	<p>Oportunidade para avaliar, estimular e dar apoio.</p> <p>Avaliaram-se cuidados e estado da saúde e orientou-se quanto aos riscos do tabagismo.</p> <p>Motivou o casal a discutir seus problemas e tomar decisões sobre a não-manutenção do bar; marido assume que a bebida tem prejudicado a saúde e o relacionamento entre eles.</p> <p>Aceitou bem a visita, fez um balanço de suas dificuldades, prometeu ir à unidade de saúde consultar-se.</p>
<p>23/11 8h30 às 10h30 DC1 p.53-54</p>	<p>Discussão com agente comunitárias/ pesquisadora.</p>	<p>As visitas domiciliares, agendadas, foram suspensas por problemas do serviço; aproveitamos para refletir e avaliar minha participação nas visitas com as agentes comunitárias.</p>	<p>As agentes comunitárias avaliaram que a realização das visitas contribuiu para que aprendessem a abordar e a conversar com os usuários. Agendamos visitas a famílias cujos problemas são considerados mais complexos e que têm envolvimento com o uso de álcool e drogas.</p>
<p>24/11 15h às 16h30 DC1 p.53-55</p>	<p>Visita domiciliar, discussão com a enfermeira / agente comunitária e pesquisadora.</p>	<p>Usuária alcoolista (já vem sendo acompanhada na perspectiva da redução de danos); mãe está hostil com a filha, não a aceita em casa.</p>	<p>Paciente presta algum serviço para uma família vizinha, o que lhe proporciona um pouco de relacionamento fora da família e do boteco.</p>
<p>27/11 13h às 15h30 DC1 p.55-57</p> <p>16h30 DC1 p.57</p>	<p>Reunião / equipe e pesquisadora.</p> <p>Visita domiciliar / agente comunitária e pesquisadora.</p>	<p>Planejamento de atividades sobre DST/AIDS na Escola Municipal da região de abrangência.</p> <p>Não havia ninguém na residência.</p>	<p>Prevenção de DST/AIDS envolvendo professores e adolescentes.</p>
<p>30/11 DC1 p.58</p>	<p>Observação: Compareci ao campo, mas não houve atividades de atendimento. A equipe discutiu a greve dos trabalhadores do PSF de Contagem e aderiu ao movimento.</p>		
<p>01/12 9h às 12h DC1 p.58</p>	<p>Reunião na escola municipal.</p>	<p>Manifestação cultural educativa em comemoração ao dia de luta contra a AIDS.</p>	<p>Envolvimento com a comunidade escolar.</p>

13h às 15h	Reunião / equipe e pesquisadora.	Avaliação da pesquisa-ação; discussão de ações de cuidados para famílias e usuários com maior envolvimento no abuso e dependência de álcool e outras drogas.	A pesquisa-ação contribui com a prática de saúde da equipe; ajuda a identificar e a conduzir os casos de abuso e dependência de drogas; contribui para o crescimento individual e do grupo.
05/12 13h às 14h30 DC1 p.62-65	Visita domiciliar/agente comunitária e pesquisadora.	Mãe com filho recém-nascido amamentando-o e fazendo uso freqüente de bebida alcoólica; dificuldades para assimilar orientação.	Aceitação da visita e disposição para discutir os problemas que vem apresentando.
06/12 12h às 12h30 DC1 p.66-67	Programa na rádio comunitária / médico, agente comunitária e pesquisadora.	Debate / entrevista sobre higiene e saúde.	Promoção de saúde por meio da informação utilizando um meio de comunicação de massa.
07/12 13h às 14h DC1 p.67-70  14h às 17h DC1 p.71	Consulta médica / médico e pesquisadora.  Grupo de gestantes e mães com filhos recém-nascidos que faziam parte do grupo / equipe e pesquisadora.	Usuário de drogas (em acompanhamento) discute seus problemas com relação a droga, à família, à falta de ocupação e manifesta desejo de mudar seus hábitos de vida.  Discussão de formas para superar as dificuldades comuns durante a gravidez e nos primeiros meses de vida do filho; confraternização pelo final de ano.	Disposição para discutir e buscar soluções.  Troca de experiências entre as mulheres, valorização da convivência e criação de rede social entre elas.
Observação: Houve atividades de greve com paralisação do dia 11 a 21/12; e férias coletivas, do dia 21/12/2000 a 02/01/2001. No mês de janeiro, o ritmo das atividades da equipe diminuiu, retornando à normalidade em 23/01/2001 (DC1 p.72).			
23/01 9h às 11h30 DC1 p.73	Reunião / equipe e pesquisadora.	Discussão sobre situação dos trabalhadores do PSF.	Luta por condições de trabalho, salário e direitos.
29/01 15h30 às 17h DC1 p.74-84	Reunião / equipe e pesquisadora.	Equipe tem dificuldades na condução dos casos com envolvimento no tráfico e uso pesado de drogas; sente medo, insegurança e impotência.	Disposição e interesse para discutir cada caso; solicitaram que fizéssemos um programa de capacitação para a equipe sobre álcool e outras drogas.
05/02 15h30 às 16h30 DC1 p.85-92	Reunião / equipe e pesquisadora.	Discutir e planejar a capacitação sobre álcool e outras drogas em forma de oficinas pedagógicas com início em 12/02, envolvendo toda a equipe.	Interesse e motivação do grupo.
13/02 9h às 12h DC1 p.93-95	Visita domiciliar / agente comunitária e pesquisadora.	Mãe procurou a ajuda da equipe para o filho que vem usando álcool abusivamente, desde a adolescência; o filho não vai à unidade de saúde, não aceita ajuda	Pais empenhados em ajudar o filho.

11h às 12h	Visita domiciliar / agente comunitária e pesquisadora.	(não estava em casa no momento da visita). Mãe com filho recém-nascido deixando de amamentá-lo por estar fazendo uso de bebida alcoólica; dificuldades no relacionamento com o marido, que é usuário de drogas, ex-presidiário (cumpru pena por roubo) e está desempregado.	Mostrou-se sensibilizada quando discutiu e refletiu sobre sua condição de vida e sobre as conseqüências de suas decisões para si própria e para os dois filhos.
16/02 9h às 11h30 DC1 p.95-96	Visita domiciliar / agente comunitária e pesquisadora.	Família vem sendo acompanhada; a mãe é idosa, está acamada, é diabética; tem o hábito de fumar e de beber; o sedentarismo e a alimentação inadequada entre os adultos comprometem a saúde deles.  Mulher (31 anos) com uso de ansiolítico e tabaco há mais de 15 anos. Dependência agravada diante dos conflitos familiares; dificuldade para conviver com o marido e a sogra, alcoolistas; pensando em uma segunda gravidez como solução para o distanciamento do marido.	Dois filhos que dialogaram conosco mostraram-se sensibilizados quanto à mudança de hábitos e à adesão ao tratamento.  Mostrou-se satisfeita com a orientação e a discussão sobre os riscos do uso de tabaco e ansiolíticos, e por ter feito uma reflexão sobre sua condição de vida e relacionamento com o marido.
21/02 9h às 10h30 DC1 p.97-98	Visita domiciliar / agente comunitária e pesquisadora.	Pai desempregado (vem sendo acompanhado) “cuida” dos filhos pequenos e leva-os para o boteco, onde fica bebendo; hipertenso, ex-tabagista, ex-presidiário e ex-usuário de drogas; dificuldades no relacionamento com a mulher, que passa o dia no trabalho.	Orientação sobre os riscos do uso de bebidas, junto às crianças, sobre a saúde, cuidados com as crianças, com a casa e sobre o relacionamento conjugal.
12/05 15h às 17h DC1 p.99	Grupo: pessoas com insônia crônica/enfermeira e pesquisadora.	Mulheres com história de insônia crônica, depressão e dependência de ansiolíticos.	Sensibilizadas para o autoconhecimento e a importância do envolvimento com atividades saudáveis, bem como com a convivência com amigos e vizinhos, evitando o isolamento.

## ANEXO D

**QUADRO 2** – Ordenação do material empírico da segunda etapa do trabalho de campo: oficinas pedagógicas; fev./2001 a abr./2001.

DATA/HORA/ REGISTRO	TEMA / OBJETIVOS / PROCEDIMENTOS PEDAGÓGICOS	PRODUÇÃO / CONCLUSÃO
12/02 15h às 17h DC2 p.01-12	<p><b>Encontro Nº 1:</b></p> <p>→ O que é droga</p> <p>→ Construir um conceito coletivo sobre drogas, esclarecendo o seu fundamento biológico, psíquico e social.</p> <p>→ Dinâmica de aquecimento e sensibilização para o trabalho pedagógico (Gonçalves &amp; Perpétuo, 2000:119).</p> <p>Relatos sobre conhecimentos prévios, tipos de drogas, uso, abuso e dependência.</p> <p>Representação em forma de desenho ou frases sobre o conceito de cada um sobre drogas; exposição e discussão.</p> <p>Elaboração coletiva de um conceito de drogas enfatizando o que são, o que causam e o fundamento que sustenta o conceito.</p>	<p>→ Conceito coletivo discutido e reelaborado:</p> <p>“Drogas psicoativas são substâncias que podem ser naturais ou sintéticas, podem ser medicamentos ou não. Quando ingeridas, inaladas ou injetadas na circulação, agem no cérebro, interferindo no seu funcionamento e alterando o humor, o estado de consciência, a percepção e o comportamento. Prejudicam a saúde, a vida pessoal, familiar e social”.</p>
19/02 15h às 17h DC2 p.13-18	<p><b>Encontro Nº 2:</b></p> <p>→ O que penso sobre drogas</p> <p>→ Analisar os preconceitos e conseqüências destes na relação com as drogas e os usuários.</p> <p>→ Dinâmica de aquecimento para o trabalho pedagógico</p> <p>Retomada do conceito coletivo reafirmando-o.</p> <p>Dramatização de uma cena cotidiana da comunidade tendo como personagens: usuários de drogas, membros da comunidade e polícia; discussão sobre a dramatização (sentimentos, aprendizagem, reformulação de conceitos, drogas lícitas e ilícitas).</p> <p>Exposição dialogada, sintetizando os conteúdos discutidos.</p>	<p>→ Síntese da exposição dialogada e avaliação dos participantes sobre o conteúdo e dinâmica da oficina:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– “Para mim está sendo muito bom”.</li> <li>– “Estou mudando meu modo de pensar”.</li> <li>– “Droga é problema para todo mundo”.</li> <li>– “Dá muito medo lidar com pessoas que são drogadas”.</li> <li>– “Eu pensava que droga era problema só para os pobres, porque eles não têm dinheiro pra comprar nem pra tratar”.</li> <li>– “A oficina está me ajudando, me dando conhecimento, a gente precisava deste trabalho”.</li> <li>– “A gente devia ganhar muito pra fazer esse trabalho de ir nas favelas, nas casas das pessoas, a gente vive correndo risco”.</li> <li>– “A gente não pode pensar que a droga só dá prazer, é muito triste”.</li> </ul>
05/03 15h às 17h DC2 p.19-23	<p><b>Encontro Nº 3:</b></p> <p>→ Relação da sociedade com as drogas e os usuários.</p> <p>→ Discutir as conseqüências dos preconceitos, da repressão e da classificação das drogas em lícitas e ilícitas na relação da sociedade com os usuários. Discutir a produção, o comércio, o tráfico e o consumo de drogas na sociedade.</p> <p>→ Exposição dialogada sobre os hábitos e costumes de consumo de drogas entre os membros das equipes, suas famílias e na comunidade.</p>	<p>→ Discussão de casos concretos da prática das equipes.</p>

<p>14/03 8h às 10h DC2 p.24-29</p>	<p><b>Encontro Nº 4:</b>          → Triângulo básico do consumo de drogas: pessoa, produto, meio ambiente.          → Refletir sobre a relação entre os três elementos envolvidos no consumo de drogas, a evolução do conceito de usuário e diferentes tipos de usuários.          → Exposição dialogada reforçando os conceitos discutidos nas oficinas anteriores e sobre os elementos do triângulo básico do consumo de drogas.          Apresentação de dois casos para discussão e exemplificação.          Elaboração coletiva de um conceito de usuário dependente.          Exercícios de fixação usando fichas com conceitos e afirmações sobre consumo de drogas.          Reflexão e elaboração (fora do horário da oficina) de um texto sobre as oficinas pedagógicas pontuando a contribuição desse trabalho na modificação de comportamentos e atitudes na prática de cada um.</p>	<p>→ Conceito coletivo discutido e reelaborado:          “dependente de droga é a pessoa que não consegue parar de usar uma droga ou até mais de uma, mesmo com prejuízos para a saúde, para a vida, para a família e para a sociedade”.</p> <p>→ Fragmentos dos textos:          – “Está sendo uma oficina diferente, com assuntos que nós, agentes, lidamos com eles todos os dias e achamos muito difícil”.          – “Penso que a gente vai ser capaz de enfrentar o problema das drogas sem medo e sem preconceito”.          – “Estou adorando a oficina, estou ficando mais segura para tratar desse assunto”.          – “Nesta oficina posso discutir sobre drogas sem nenhum constrangimento”.          – “Você me dá confiança, hoje sinto firmeza para enfrentar uma pessoa que usa drogas, não pra impedi-la de usar, mas para alertá-la de que droga mata”.          – “O problema das drogas está crescendo.          Está difícil resolver.          E a equipe de saúde,          o que poderá fazer?”.</p>						
<p>22/03 8h às 10h DC2 p.30-36</p>	<p><b>Encontro Nº 5:</b>          → Compreendendo as drogas e seus efeitos.          → Discutir os principais conceitos utilizados na linguagem científica e popular.          Classificar as drogas mais usadas quanto aos efeitos no organismo e reflexos no comportamento.          Discutir a subjetividade do ato de drogar-se.          → Dinâmica de relaxamento (Gonçalves e Perpétuo, 2000:127).          Discussão e exemplificação dos conceitos científicos e populares.          Organização de um quadro em papel “kraft” da classificação das drogas.          Leituras e discussão do texto: “Drogas: uma violência a ser evitada” (Gonçalves, 1999:93).</p>	<p>→ Conceitos discutidos: a) científicos – tolerância, dependência, síndrome de abstinência, dose tóxica, dose letal, <i>overdose</i>, alucinação, psicose, paranóia. b) populares – <i>flash-back</i>, “nóia”, “baseado”, “fininho”, “chapado”, “doce”, “bolinha”, “ice”.</p> <p>→ Classificação das drogas</p> <table border="1" data-bbox="1240 914 2040 1206"> <thead> <tr> <th>Depressoras</th> <th>Estimulantes</th> <th>Perturbadoras</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>- Alcool - Barbitúricos - Benzodiazepínicos - Opióides - Solventes ou inalantes</td> <td>- Anfetaminas - Cocaína (crack, merla) - Tabaco</td> <td>- Maconha - Substâncias alucinógenas (LSD, <i>ecstasy</i>, psiloubina (extraída de cogumelos) anticolinérgicos (medicamentos e plantas).</td> </tr> </tbody> </table>	Depressoras	Estimulantes	Perturbadoras	- Alcool - Barbitúricos - Benzodiazepínicos - Opióides - Solventes ou inalantes	- Anfetaminas - Cocaína (crack, merla) - Tabaco	- Maconha - Substâncias alucinógenas (LSD, <i>ecstasy</i> , psiloubina (extraída de cogumelos) anticolinérgicos (medicamentos e plantas).
Depressoras	Estimulantes	Perturbadoras						
- Alcool - Barbitúricos - Benzodiazepínicos - Opióides - Solventes ou inalantes	- Anfetaminas - Cocaína (crack, merla) - Tabaco	- Maconha - Substâncias alucinógenas (LSD, <i>ecstasy</i> , psiloubina (extraída de cogumelos) anticolinérgicos (medicamentos e plantas).						

<p>29/03 8h às 10h DC2 p.37-50</p>	<p><b>Encontro Nº 6:</b> → Drogas: família e adolescência, mitos e realidades. → Discutir a concepção sujeito-objeto e a relação ser-sujeito. Elaborar conceitos sobre família e adolescência. Refletir sobre o potencial objetivo e educativo da família. Discutir sobre fatores de risco e de proteção. Analisar as possibilidades de a equipe de saúde da família ajudar adolescentes, famílias e comunidade a não necessitarem das drogas. → Exposição dialogada sobre a concepção do ser-sujeito e da relação sujeito/objeto e sociedade/droga. Dinâmica das Velas – símbolo de vida, calor, energia, união, transformação – (Gonçalves, 1999:21). Elaboração de conceitos sobre família e adolescência. Discussão sobre situações reais em que a equipe de saúde da família pode contribuir para aumentar os fatores de proteção e diminuir os fatores de risco. Música para refletir e descontraír: “O que é, o que é”, de Gonzaga Jr. (Gonçalves, 1999:26).</p>	<p>Do diálogo concluiu-se:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- a relação da equipe com os usuários deve basear-se na concepção de ser-sujeito, capaz de interagir, manifestar, escolher e transformar;</li> <li>- há muitas outras drogas na sociedade: violência, desemprego, abandono e corrupção;</li> <li>- ninguém vive isolado, tem a família que para muitos é proteção, mas, para outros, fonte de transtornos e infelicidades;</li> <li>- a adolescência é a fase de transição, de preparação para ser adulto. O uso de drogas nesta fase é freqüente, mas não é natural.</li> <li>- – A equipe de saúde da família pode ajudar a comunidade a criar espaços saudáveis para os adolescentes.</li> </ul>
<p>02/04 13h às 15h DC2 p.50-59</p>	<p><b>Encontro Nº 7:</b> → Prevenção e tratamento da drogadição → Reconhecer as diferenças entre tipos de usuários de drogas. Discutir as conseqüências de medidas repressivas, liberais e preventivas no enfrentamento dos problemas das drogas. Analisar possibilidades concretas de a equipe elaborar um projeto coletivo de prevenção. Discutir formas de tratamento de redução da oferta, da demanda e de danos → Exposição dialogada, discussão de situações da prática da equipe de saúde da família, leitura de texto-síntese dos temas tratados anteriormente. Leitura e reflexão sobre a poesia “Vontade”, de Rosa Maria Murad (Gonçalves &amp; Perpétuo, 2000:45)</p>	<p>→ Exemplos da prática ajudaram a concluir que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- o usuário abusivo torna-se dependente com maior freqüência;</li> <li>- o tratamento implica a adesão do usuário, o que nem sempre se consegue;</li> <li>- a redução da oferta de medicamentos psicotrópicos depende também dos médicos;</li> <li>- a redução de danos pode ser a única alternativa;</li> <li>- promover saúde significa melhorar a qualidade de vida e transformar o nível de saúde do indivíduo e da comunidade.</li> </ul> <p>→ Avaliações dos participantes do grupo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Esta capacitação para a equipe foi muito importante; foi uma oportunidade de crescimento para o grupo”.</li> <li>- “Lamento ter perdido alguns encontros da oficina pedagógica. A equipe precisava desse trabalho. Agora o grupo está mais preparado”.</li> </ul>

<p>09/04 14h30às 17h DC2 p.60-75</p>	<p><b>Encontro Nº 8:</b>  → Projeto de ação comunitária  → Elaborar coletivamente um projeto de ação preventiva para ser desenvolvido pela equipe em parceria com a comunidade.  → Resgate dos conhecimentos e competências para ação que a equipe desenvolveu nos encontros anteriores.  Síntese sobre metodologia para a elaboração de um projeto  Identificação dos recursos disponíveis na comunidade (instituições, espaços físicos, recursos humanos).</p>	<p>→ O diálogo conduziu às seguintes conclusões/decisões:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-O projeto não deve ter a proposta explícita de prevenção do consumo de drogas. A região é um reduto de traficantes e há risco de confronto ou retaliação por parte deles.</li> <li>-O projeto deve buscar parcerias com instituições, mas não deixar contaminar-se por idéias paternalistas que tolham o crescimento, a autonomia e até a criatividade. Evitar a utilização de interesses políticos partidários.</li> <li>-Várias possibilidades para um projeto coletivo foram discutidas: trabalhar com familiares de crianças do Curumim; com adolescentes da comunidade; com mães usuárias do Curumim; com dirigentes e monitores do Curumim.</li> <li>-Fazer parceria com as duas equipes vizinhas para realizar o projeto.</li> <li>-Recuperar uma idéia, já existente, de criar um Centro de Convivência com atividades para jovens e idosos.</li> <li>-O projeto deve envolver gestores e todos os setores da comunidade (educação, religião, cultura, lazer, esporte, comércio e outros).</li> <li>-Realizar um evento coletivo para mobilizar e sensibilizar gestores e a comunidade.</li> </ul>
--	--	--



## ANEXO E

**QUADRO 3** – Ordenação do material empírico da terceira etapa do trabalho de campo: projeto de ação comunitária; abr./2000 a jul./2001.

DATA/HORA/ REGISTRO	ATIVIDADE / COMUNITÁRIA	FINALIDADE	RESULTADOS / CONCLUSÕES
23/04 15h às 17h DC2 p.75-80	Reunião de duas equipes (três foram convocadas) e pesquisadora (12 pessoas presentes).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Discutir a construção de um trabalho conjunto das equipes do PSF que trabalham na região, visando à promoção da saúde.</li> <li>- Fazer um levantamento dos problemas ordenados de acordo com as prioridades.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- As três equipes do PSF devem reunir esforços para um trabalho conjunto. Isoladamente, nenhuma delas pode dar conta de resolver os problemas da comunidade.</li> <li>- Os problemas, fragilidades e potencialidades das equipes do PSF e da comunidade são semelhantes e interdependentes.</li> <li>- Os membros das equipes precisam encontrar formas de resolver os problemas que impedem o avanço na qualidade da assistência à população.</li> <li>- A lógica da prática de consultas e de medicação não resolve os problemas, não vai às causas, apenas ameniza e mantém um certo controle social. O trabalho com grupos específicos (diabéticos, hipertensos) sem um desdobramento com atividades na comunidade também não resolve, os usuários não aderem mais.</li> <li>- É preciso sair da discussão só de problemas e construir um projeto, um sonho e defender sua realização.</li> <li>- A comunidade tem recursos físicos (associações, igrejas, escolas, etc.) que estão sendo subutilizadas.</li> </ul> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;"><b>DECISÃO</b></p> <p>Construção de uma Rede de Conveniência para desenvolver atividades de promoção da saúde da população. Reunir as equipes com líderes e representantes da comunidade para discutir sobre o projeto.</p>
07/05 15h às 17h20 DC2 p.81-83	Reunião de duas equipes (três foram convocadas), líderes e representantes da comunidade e pesquisadora (20 pessoas presentes).	Obter a adesão e o envolvimento da comunidade para a construção de uma Rede de Conveniência.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- As equipes desejam reunir esforços conjuntos com a comunidade para discutir os seus problemas, estabelecer prioridades e formas para solucioná-los.</li> <li>- Líderes e representantes da comunidade apontam problemas e sugestões para solucioná-los: a) lotes vagos, sem muro, em frente à escola têm servido para acumulação de lixo e entulhos e de espaço onde usuários de drogas se reúnem (solução que já está sendo pensada: plantação de uma horta comunitária com a permissão do dono do terreno); b) crianças e adolescentes sem</li> </ul>

			<p>ocupação e acompanhamento das famílias (solução: ocupá-las com esporte e com trabalho na horta comunitária); c) mães adolescentes que não sabem cuidar dos filhos (solução: curso de preparação para mães e babás); d) gravidez de adolescentes; e) idosos vivendo muito solitários e sem atividades; f) crescimento da violência e dos crimes ligados ao tráfico de drogas; g) aumento dos usuários de drogas; h) desemprego; i) córrego sem canalização acumulando lixo, mantendo os mosquitos da dengue, ratos e risco de desmoronamento dos barracões em volta.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;"><b>DECISÃO</b></p> <p>Formaram-se duas comissões: uma para conduzir o projeto da horta comunitária e outra para fazer contatos com a Secretaria de Obras Municipais para discutir a canalização do córrego.</p>
21/05 15h às 17h20 DC2 p.83-86	Reunião de duas equipes, líderes e representantes da comunidade e pesquisadora (25 pessoas presentes).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dar continuidade ao processo de construção da Rede de Conveniência.</li> <li>- Discutir ações concretas e encaminhamentos das decisões.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Algumas pessoas fazem reivindicações pessoais, principalmente relacionadas ao atendimento das equipes de saúde.</li> <li>- Retoma-se a importância de um trabalho para atender às necessidades imediatas, mas que pense a saúde como um conjunto de condições e qualidade de vida da população.</li> <li>- Aplicação da técnica de planejamento estratégico situacional. Todos responderam por escrito a três perguntas fazendo relação com o projeto de ação comunitária: qual o meu sonho (pessoal); qual o meu sonho para a comunidade; qual a minha contribuição. As respostas foram lidas e agrupadas por afinidade dos objetivos expressos, apontando a possibilidade de formação de projetos para resolver os problemas comuns.</li> <li>- A comissão encarregada de conduzir o projeto da horta fez contato com o proprietário do terreno e trouxe um agrônomo para dar orientações. A limpeza do terreno já foi iniciada.</li> <li>- A comissão encarregada de contatos com a Secretaria de Obras Municipais está tentando falar com as autoridades, ainda sem sucesso.</li> </ul> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;"><b>DECISÃO</b></p> <p>Realizar um seminário para mobilizar a comunidade a participar desse trabalho. Formou-se uma comissão para</p>

<p>31/05 15h às 17h DC2 p.87-88</p>	<p>Reunião da comissão para organização do seminário e pesquisadora (7 pessoas presentes).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organizar o seminário para mobilizar a comunidade.</li> <li>- Discutir os objetivos do seminário.</li> </ul>	<p>organizar o seminário.</p> <p>Reformulou-se a idéia de fazer um seminário aberto à comunidade: há necessidade de discutir o processo de liderança com o grupo de representantes da comunidade, capacitá-los e instrumentalizá-los para um trabalho participativo. É necessário fortalecer o projeto de Rede de Conveniência clareando melhor as formas de operacionalização, participação e de benefícios para a comunidade.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;"><b>DECISÃO</b></p> <p>Continuar a realização de reuniões desta comissão para operacionalizar um encontro e não um seminário: I Encontro da Rede de Conveniência, agendado para o dia 06/07/2001, manhã e tarde, local: Curumim.</p>
<p>04/06 15h às 17h DC2 p.88-89</p>	<p>Reunião de duas equipes, líderes e representantes da comunidade e pesquisadora (30 pessoas).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Continuar a discussão sobre a elaboração do projeto da Rede Comunitária.</li> <li>- Acompanhar os encaminhamentos e conseqüências destes, tomados pelas comissões que já foram criadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O grupo concordou com a idéia de realizar inicialmente um encontro de líderes e representantes, e não o seminário que havia sido sugerido.</li> <li>- O subprojeto da horta está sendo operacionalizado. Um dos participantes que está trabalhando na limpeza do terreno reivindica espaço para montar um ferro-velho. A impossibilidade de atendê-lo foi discutida pelo grupo.</li> <li>- A comissão de canalização do córrego informou não ter conseguido falar ainda com o Secretário Municipal de Obras, mas que está tomando providências.</li> <li>- As sugestões sobre a implantação do projeto Toriba – esportes e lazer para adolescentes –, a partir de parceria com o Estado, estão sendo encaminhadas.</li> <li>- O presidente de Associação de Moradores do Bairro Novo Progresso foi contactado e virá à próxima reunião.</li> </ul>
<p>11/06 15h às 17h DC2 p.90-91</p>	<p>Reunião da Comissão de Organização do I Encontro da Rede de Conveniência (11 pessoas).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Discutir o programa e a operacionalização do I Encontro da Rede de Convivência.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Houve manifestação do desejo de convidar autoridades (deputados, vereadores, etc.) Discutiu-se, chegando à conclusão de que o grupo ainda está em fase de organização, instrumentação dos líderes e representantes da comunidade para estruturar a Rede de Convivência, portanto, sem preparo adequado para dialogar com autoridades dos poderes Legislativo e Executivo sobre o projeto para a comunidade.</li> </ul> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;"><b>DECISÃO</b></p> <p>Realizar o encontro com cerca de 50 pessoas, todas da própria comunidade ou de comunidades vizinhas que fazem</p>

			trabalhos comunitários para relatar suas experiências: grupo Tambolelé, grupo da Terceira Idade – Aquijala e grupo da Comunidade Bairro Vera Cruz. Na primeira parte do horário, discutir as experiências e, na segunda, fazer propostas e sugestões para a Rede de Convivência.
18/06 15h às 17h DC2 p.92-93	Reunião de duas equipes, líderes e representantes da comunidade e pesquisadora (33 pessoas).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acompanhar e avaliar o desenvolvimento das decisões anteriores encaminhado pelas comissões.</li> <li>- Discutir sugestões apresentadas que ficaram de ser estudadas (projeto Toriba e Creche).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A Comissão da Horta informou que os trabalhos foram embargados pela polícia dia 15/06 porque apareceu um segundo dono do terreno. As providências de verificação e acordos estão em andamento.</li> <li>- A comissão de canalização do córrego continua tentando contato com o secretário de Obras para conseguir uma visita dele ao local. Por enquanto, agendou para o dia 06/07 uma visita de um técnico da Secretaria, que inclusive participará do encerramento do I Encontro da Rede de Convivência.</li> <li>- A Comissão do I Encontro da Rede de Convivência apresentou a programação e solicitou contribuição de dois reais para custear o almoço e lanche que será oferecido aos participantes.</li> <li>- Uma representante da Secretaria Estadual do Trabalho de Assistência Social à Criança e ao Adolescente (SETASCAD) participou da reunião para informar sobre o funcionamento, finalidades e objetivos do projeto, atualmente chamado Esporte Solidário (antigo Toriba), bem como explicar as condições necessárias a realização de um convênio para a implantação de uma unidade do projeto: documentos, espaço, etc.</li> <li>- Discutiu-se a possibilidade de criação de uma creche no espaço de uma associação de moradores, que está sendo subutilizado.</li> <li>- O presidente do grupo da Terceira Idade – Aquijala, participou da reunião e manifestou apoio à Rede de Convivência – confirmou sua presença no I Encontro da Rede de Convivência para apresentar sua experiência.</li> </ul> <p style="text-align: center;">↓ DECISÕES</p> <p>Criaram-se duas comissões: uma para visitar uma unidade do projeto Esporte Solidário e estudar a viabilidade de convênio com a SETASCAD e outra para estudar a possibilidade de abrir uma creche.</p>

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFONSO, L. **Oficinas em dinâmica de grupo**: um método de intervenção psicossocial. Belo Horizonte: Campo Social, 2000. 145p.

ALMEIDA FILHO, N. et al. Morbidade psiquiátrica em regiões metropolitanas do Brasil. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v.1, n.1, p.73-86, 1992.

ALUANI, E.P. Drogas: classificação e efeito no organismo. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.23, n.23, p.20-23, 1999.

ARANTES, C.J.S. **Saúde coletiva**: os (des)caminhos da construção do ensino de enfermagem. 1999. 202f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

BANDEIRA, M. **Manoel Bandeira**; poesia. Rio de Janeiro: Agir, 1970. 99p. (Nossos Clássicos).

BASTOS, A.C.S.; TRAD, L.A.B. A família enquanto contexto de desenvolvimento humano: implicações para a investigação em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Salvador, v.3, n.1, p.106-115, 1998.

BASTOS, F.I. et al. Drug use and the spread of HIV/AIDS in South America and the Caribbean. **Drugs: Education, Prevention & Policy**, v.6, n.1, p.29-50, 1999.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano – compaixão pela terra. 5.ed. Petrópolis: Vozes, 2001. 197p.

BERESTEIN, I. **Família e doença mental**. São Paulo: Escuta, 1998. 221p.

BIZZOTO, A.G. Prevenção que inculca o mal estar. In: SAÍDAS PARA A TOXICOMANIA: JORNADA DE TRABALHO DO CENTRO MINEIRO DE TOXICOMANIA, 11, 1998, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte, FHEMIG, 1998. p.117-120.

BRASIL. **Constituição da Republica Federativa do Brasil**. Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal, 1988. 292p.

BRASIL. Lei nº 6.368 de 21 de outubro de 1976. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias

---

entorpecentes ou que determinem dependências física ou psíquica e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 1976.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação da implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família**; PSF. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 65p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**: Programa Saúde da Família. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, 2000b (Caderno 1 – A implantação da Unidade de Saúde da Família).

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96**; diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da saúde. Programa de Saúde da Família. **Programa Saúde da Família**; saúde dentro de casa. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997. **Diário Oficial da União**, Brasília, p.11-13, 22 dez. 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual para a organização da atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Atenção Básica. **Programa Saúde da Família**. Cobertura de equipes de saúde da família; nov./2001a. Brasília: Ministério da Saúde Disponível em: <[http://www.gov.br/psf/equipes/quantos\\_equipes.htm](http://www.gov.br/psf/equipes/quantos_equipes.htm)> Acesso em: 22 dez. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b. 112p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final**: oficina de trabalho para discussão do plano nacional de inclusão das ações de saúde mental na atenção básica. Brasília: Departamento de Atenção Básica, 2001c. Não paginado. Mimeografado.

BRASIL. Senado Federal. **Parecer nº 1401, de 2001**. Substitutivo do Senado Federal ao projeto de Lei da Câmara nº 105, de 1996. Brasília: Senado Federal, 2001d. Não paginado. Mimeografado.

BREILH, J. Reprodução social e investigação em saúde coletiva: construção pensamento e debate. In: COSTA, D.C. (Org.) **Epidemiologia**: teoria e objeto. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1990. p.128-165.

BRUYNE, P.; HERMAN, J.; SCHOUTHEETE, M. **Dinâmica da pesquisa em ciências sociais**. 5.ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1991. 252p.

- BUCHER, R. A abordagem preventiva. In: BUCHER, R. (Org.). **As drogas e a vida: uma abordagem psicossocial**. São Paulo: EPU, 1988. cap.8, p.55-67.
- BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.163-177, 2000.
- BUSS, P.M. et al. **Promoção da saúde e a saúde pública**; contribuição para o debate entre as Escolas de Saúde Pública da América Latina. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1998. 178p.
- CONTAGEM. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde**. Contagem: Prefeitura Municipal, 1999. 82p. Mimeografado.
- CORDEIRO, H. O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS. **Cadernos Saúde da Família**, Brasília, v.1, n.1, p.10-15, 1996.
- COSTA, A.C.L.L.; GONÇALVES, E.C. A sociedade, a escola e a família diante das drogas. In: BUCHER, R. (Org.). **As drogas e a vida: uma abordagem psicossocial**. São Paulo: EPU, 1988. p.47-54
- DEMO, P. **Metodologia científica em ciências sociais**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1995. 293p.
- DIMENSTEIN, G. A cocaína da família. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 20 set. 1998.
- ERWIG, L.R.; BASTOS, F.I. Redução de danos secundários ao consumo de drogas e assistência primária à saúde: a experiência de Porto Alegre. In: ACSELRAD, G. (Org.). **Avessos do prazer: drogas, Aids e direitos humanos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. p.245-265.
- ESPELETA, J. Notas sobre pesquisa participante e construção teórica. In: ESPELETA, J.; ROCKWELL, E. **Pesquisa participante**. São Paulo: Cortez/Autores Associados, 1986. p.77-93.
- FARIAS, F.L.R. **Representação social do usuário de drogas**. 1997. 246f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- FERREIRA, A.B.H. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. 1986.
- FLACH, L.M. A lei 6.368 e os atuais projetos de lei. In: FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS - FHEMIG. **As drogas e o cotidiano escolar: caderno de texto**. Belo Horizonte: SMS-PBH/CMT-FHEMIG, 1999. p.186-189.

FLEURY, S. Estado, poder e democratização da saúde. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde coletiva?** Questionando a onipotência do social. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992. p.13-43.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. **PSF**: contradições de um programa destinado a mudanças do modelo assistencial. Campinas: DMPS/UNICAMP, 1999. 23p. Mimeografado.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 13.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982. 150p.

FREITAS, C.C. As drogas na adolescência: risco e proteção. In: SEIDL, E.M.F. (Org.). **Prevenção ao uso indevido de drogas**: diga sim à vida. Brasília: CEAD/UnB, 2000. v.1, p.47-56.

FRIGOTTO, G. O enfoque da dialética materialista histórica na pesquisa educacional. In: FAZENDA, I. et al. (Org.). **Metodologia da pesquisa educacional**. São Paulo: Cortez, 1989. p.69-90.

GADOTTI, M. **Concepção dialética da educação**; um estudo introdutório. 8.ed. São Paulo: Cortez, 1992. 175p.

GALDURÓZ, J.C.F. et al. **Primeiro levantamento domiciliar nacional sobre uso de drogas psicoativas**. Parte A. Estudo envolvendo as 24 maiores cidades do estado de São Paulo; 1999. São Paulo: CEBRID/UNIFESP, 2000. p.97-114.

GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A.R.; CARLINI, E.A. **Quarto levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras**; 1997. São Paulo: CEBRID/UNIFESP, 1997. 130p.

GAYOTTO, M.L.C.; DOMINGUES, I. **Liderança**: aprenda a mudar em grupo. 3.ed. Petrópolis: Vozes, 1998. 98p.

GONÇALVES, A.M. **A mulher que cuida do doente mental em família**. 1999. 180f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

GONÇALVES, A.M.; LUIZ, M.A.V.; SENA, R.R. Doença mental e uso de drogas: dificuldades relatadas por cuidadoras em família. In: ENCONTRO DE PESQUISADORES EM SAÚDE MENTAL, 6, ENCONTRO DE ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA, 5, 2000, Ribeirão Preto. **Resumos...** São Paulo: Universidade de São Paulo, 2000. p.25.

GONÇALVES, A.M.; PERPÉTUO, S.C. **Dinâmica de grupos na formação de lideranças**. 5.ed. Rio de Janeiro: DP & A, 2000. 152p.

GONÇALVES, F.S. O significado político da pesquisa-ação. In: ENCONTRO DE PESQUISA DA FAE-UFMG, 5, 1998, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: UFMG/FAE/NAPq, 1998. p.116-124.



GONÇALVES, F.S. **Vida, trabalho e conhecimento**: metodologia para elaboração coletiva e interdisciplinar do conhecimento fundado no trabalho; uma contribuição para a formação do professor. 1995. 443f. Tese (Doutorado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo.

GONÇALVES, F.S. (Org.). **Formação do ser-sujeito**: desafio à prática da cidadania. Belo Horizonte: Empresa Universitária/UFMG, 1999. 292p.

GONÇALVES, R.B.M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1994. 278p.

GORGULHO, M. Convivendo com a dependência. In: ENCONTRO DE PESQUISADORES EM SAÚDE MENTAL, 6., ENCONTRO DE ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA, 5., 2000. Ribeirão Preto. **Mesa Redonda**. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2000. Não paginado. Mimeografado.

GOSSOP, M.; GRANT, M. (Ed.). **Prevención y control del abuso de drogas**. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1990. 138p.

GROSSI, F.T.; NOGUEIRA, C.S.P. Considerações psicanalíticas sobre o mal-estar na civilização e as toxicomanias. In: FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS - FHEMIG. **As drogas e o cotidiano escolar**; caderno de textos. Belo Horizonte: SMS-PBH/CMT-FHEMIG, 1999. p.88-94.

HAGUETTE, T.M.F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. Petrópolis: Vozes, 1987. 163p.

HOROVITZ, M. Después de 2000, la droga: ¿un problema de delincuencia o un problema de salud? **Revista del Trabajo Social**, Barcelona, n.155, p.140-147, set.1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo 2000**. Brasília: IBGE, 2001. Disponível em: [www.ibge.gov.br/censo\\_2000](http://www.ibge.gov.br/censo_2000). Acesso em: 15 abr. 2001.

JAPIASSU, H.; MARCONDES, D. **Dicionário básico de filosofia**. 2.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1991. 265p.

KALINA, E. et al. **Drogadição hoje**; indivíduo, família e sociedade. Porto Alegre: Artmed, 1999. 232p.

KARAM, M.L. Legislação brasileira sobre drogas: história recente; a criminalização da diferença. In: ACSELRAD, G. (Org.). **Avessos do prazer**: drogas, AIDS e direitos humanos. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. p.151-166.

LARANJEIRA, R. Bases para uma política de tratamento dos problemas relacionados ao álcool e outras drogas no Estado de São Paulo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.45, n.4, p.181-189, abr. 1996.

LARANJEIRA, R.; SURJAN, J. Conceitos básicos e diagnóstico. **Jornal Brasileiro de Dependência Química**, São Paulo v.2, n.1, p.2-6, 2001. Suplemento.

LEVCOVITZ, E.; GARRIDO, N.G. Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado. **Cadernos de Saúde da Família**, Brasília, v.1, n.1, p.3-9, 1996.

LÖWY, M. **Ideologias e ciências sociais**; elementos para uma análise marxista. 10.ed. São Paulo: Cortez, 1995. 112p.

MacDONALD, J.J. **Primary health care**; medicine in its place. London: Earthscan Publications, 1994. 196p.

MARX, K.; ENGELS, F. **A ideologia alemã**. 8.ed. São Paulo: HUCITEC, 1991. 138p.

MENDES, E.V. As políticas de saúde no Brasil, nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E.V. (Org.). **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: HUCITEC, 1994. p.19-91.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996. 300p.

MENÉNDEZ, R.G. **Psicoterapia del alcohólico y otros toxicómanos**. Habana: Editorial Científico-Técnica, 1996. 154p.

MERHY, E.E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde – uma discussão do modelo assistencial e da internação no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C.R. et al. (org.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. p.103-120.

MICHELI, D.; FORMIGONI, M.L.O.S. As razões para o primeiro uso de drogas e as circunstâncias familiares prevêm os padrões de uso futuro? **Jornal Brasileiro Dependência Química**, São Paulo, v.2, n.1, p.20-30, 2001.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**; pesquisa qualitativa em saúde. 5.ed. São Paulo: HUCITEC, 1998. 269p.

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

MINAYO, M.C.S. et al. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 15.ed. Petrópolis: Vozes, 2000. 80p.

MINUCHIN, S.; FISHMAN, H.C. **Técnicas de terapia familiar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990. 285p.

NOTO, A.R. O uso das drogas psicotrópicas no Brasil: última década e tendências. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.23, n.23, p.5-9, jan./fev. 1999.

NOTO, A.R. **O uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua de seis capitais brasileiras no ano de 1997**. 1998. Tese (Doutorado) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

NOTO, A.R.; CARLINI, E.A. Internações hospitalares provocadas por drogas: análise de sete anos consecutivos (1987-1993). **Rev. ABP-APAL**, São Paulo, v.17, n.3, p.107-114, 1995.

NOTO, A.R.; GALDURÓZ, J.C.F.; NAPPO, S. O consumo de drogas psicotrópicas na sociedade brasileira. In: SEIDL, E.M.F. (Org.). **Prevenção ao uso indevido de drogas: diga sim à vida**. Brasília: CEAD/UnB, 2000. v.1, p.37-45.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento - CID-10**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Comité de Expertos de la OMS en Formacodependencia. Ginebra: OMS, 1998. (Série de informes técnicos, 30).

PAIM, J.S. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: MENDES, E.V. (Org). **Distrito sanitário: o processo social de mudanças das práticas do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1994. p.187-220.

PAIM, J.S. O Programa Saúde da Família no contexto do Sistema Único de Saúde. In: SEMINÁRIO DE EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS EM SAÚDE DA FAMÍLIA, 1. 1999. Brasília. **Relatório final...** Brasília: Ministério da Saúde. Coordenação da Atenção Básica, 1999a. p. 24-32.

PAIM, J.S. A reforma sanitária e os modelos assistências. In: ROUQUAYROL, m.z.; Almeida Filho, N. **Epidemiologia e saúde**. 5.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999b. p.473-87.

PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. **A crise da saúde pública: e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000. 125p.

PATRÍCIO, M.C. **Ser saudável na felicidade-prazer; uma abordagem ética e estética pelo cuidado holístico-ecológico**. Pelotas: Editora Universitária, 1996. 151p.

PLASTINO, C.A. A constituição do sujeito coletivo e a questão dos direitos humanos. In: ACSELRAD, G. (Org.). **Avessos do prazer: DROGAS, Aids e direitos humanos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. p.17-32.

PROCÓPIO, A. **O Brasil no mundo das drogas**. Petrópolis: Vozes, 1999. 247p.

RASSOOL, G.H.; GAFOOR, M. Themes in addiction nursing. In: \_\_\_\_\_. **Addiction nursing**; perspectives on professional and clinical practice. United Kindon: Stanley Thornes, 1997. p.1-5.

RIBEIRO, R.M. et al. Estrutura familiar, trabalho e renda. In: KALOUSTIAN, S.N. (Org.). **Família brasileira**; a base de tudo. 3.ed. São Paulo: Cortez, 1998. p.135-158.

ROMANELLI, G. A entrevista antropológica: troca e alteridade. In: ROMANELLI, G.; BIASOLI-ALVES, Z.M.M. (Org.). **Diálogos metodológicos sobre prática de pesquisa**. Ribeirão Preto: Legis Summa/CAPES, 1998. p.119-133.

SÁ, D.B.S. Projeto para uma nova política de drogas no país. In: ZALUR, A. (Org.). **Drogas e cidadania**: repressão ou redução de riscos. São Paulo: Brasiliense, 1999. cap.8, p.147-171.

SALUM, M.J.L. A responsabilidade da universidade pública no processo institucional de renovação das práticas de saúde: questões sobre o Programa de Saúde da Família. **Revista de Atenção Primária da Saúde**, Juiz de Fora, v.3, n.7, p.24-33, dez. 2000/maio 2001.

SANTOS, B.S. **Pela mão de Alice**: o social e o político na pós-modernidade. 6.ed. São Paulo: Cortez, 1999. 348p.

SARACENO, B. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2.ed. Belo Horizonte: Te Cora, 2001. 178p.

SEIDL, E.M.F.; COSTA, L.F. As drogas na atualidade. In: SEIDL, E.M.F. (Org.). **Prevenção ao uso indevido de drogas**: diga sim à vida. Brasília: CEAD/UnB, 2000. v.1, p.15-22.

SOARES, L.T. As atuais políticas de saúde: os riscos do desmonte neoliberal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.53, p.17-24, dez. 2000. Número especial.

SOUSA, M.F. et al. Gestão da atenção básica: redefinindo contextos e possibilidades. **Saúde em Debate**, São Paulo, n.21, p.7-14, 2000.

SOUSA, M.F. **A cor-agem do PSF**. São Paulo: Hucitec, 2001. 127p.

SOUZA, H.M. Entrevista com diretoria do departamento de atenção básica; SPS/MS. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.53, p.7-16, dez. 2000. Número especial.

- SOUZA, H.M. Incorporando uma prática. In.: SEMINÁRIO DE EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS EM SAÚDE DA FAMÍLIA, 1., 1999, Brasília. **Relatório final...** Brasília: Ministério da Saúde. Coordenação da Atenção Básica, 1999a. p. 8-10.
- STOTZ, E.N. Saúde pública e movimentos sociais em busca do controle do destino. In: VALLA, V.V.; STOTZ, E.N. **Educação, saúde e cidadania**. Petrópolis: Vozes, 1994. p.123-142.
- TAKASHIMA, G.M.K. O desafio da política de atendimento à família: dar vida às leis, uma questão de postura. In: KALOUSTIAN, S.N. (Org.). **Família brasileira**; a base de tudo. 3.ed. São Paulo: Cortez, 1998. p.77-92.
- TEIXEIRA, C.F. **Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: [http://www.saude.gov.br/11cns/cns\\_modelos\\_atencao.htm](http://www.saude.gov.br/11cns/cns_modelos_atencao.htm).> acesso em: 24 nov.2001.
- THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 7.ed. São Paulo: Cortez, 1996. 108p.
- THIOLLENT, M. Notas para o debate sobre pesquisa-ação. In: BRANDÃO, C.R. (Org.). **Repensando a pesquisa participante**. 3.ed. São Paulo: Brasiliense, 1987. p.82-103.
- TRAD, L.A.B.; BASTOS, A.C.S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.429-435, abr./jun. 1998.
- VALLA, V.V.; SIQUEIRA, S.A.V. O centro municipal de saúde e as necessidades da população trabalhadora; encontro ou desencontro? In: VALLA, V.V.; STOTZ, E.N. **Educação, saúde e cidadania**. Petrópolis: Vozes, 1994. p.87-98.
- VARGAS, E.V. Os corpos intensivos: sobre o estatuto social do consumo de drogas legais e ilegais. In: DUARTE, L.F.D.; LEAL, O.F. (Org.). **Doença, sofrimento, perturbação**: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998. p.121-136.
- VASCONCELOS, E.M. A priorização da família nas políticas de saúde. **Saúde em Debate**, São Paulo, v.23, n.53, p.6-19, set./dez. 1999.
- VASCONCELOS, EM. **Educação popular e atenção à saúde da família**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, Sobral: Uva, 2001. 336p.
- VÁZQUEZ, A.S. **Filosofia da práxis**. 3.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986. 454p.

VELHO, G. O consumo de cannabis e suas representações sociais. In: SABINA, M. (Org.). **Maconha em debate**. São Paulo: Brasiliense, 1985. p.38-47.

VIANA, A.L.D.; DAL PÓZ, M.R. Reforma em saúde no Brasil: Programa de Saúde da Família; informe final. **Estudos em Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n.166, p.3-35, 1998.

ZALUAR, A. A criminalização das drogas e o reencantamento do mal. In: ZALUAR, A. (Org.). **Drogas e cidadania**: repressão ou redução de riscos. São Paulo: Brasiliense, 1999. cap.6, p.97-127.

ZEMELMAN, H. **Los horizontes de la razón**; uso crítico de la teoria. II História y necesidad de utopía. Barcelona: Anthropos, 1992. 191p.