UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

MÔNICA PEREIRA FERNANDES

Percepção dos agentes comunitários de saúde acerca do trabalho em saúde junto a usuários de sustâncias psicoativas e famílias: limitações e possibilidades de atuação

Ribeirão Preto
2014

MÔNICA PEREIRA FERNANDES

Percepção dos agentes comunitários de saúde acerca do trabalho em saúde junto a usuários de sustâncias psicoativas e famílias: limitações e possibilidades de atuação

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós- Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de Pesquisa:Uso e Abuso de Álcool e Drogas
Orientadora: Profa. Dra. Margarita Antonia Villar Luis

Ribeirão Preto
2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Fernandes, Mônica Pereira

Percepção dos agentes comunitários de saúde (ACS) acerca do trabalho em saúde junto a usuários de sustâncias psicoativas e famílias: limitações e possibilidades de atuação. Ribeirão Preto, 2014.

132p. :il ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientadora: Luis, Margarita Antonia Villar.

1. Programa Saúde da Família. 2. Substâncias Psicoativas.
3. Agentes Comunitários de Saúde.

FOLHA DE APROVAÇÃO

MÔNICA PEREIRA FERNANDES

PERCEPÇÕES DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE ACERCA DO TRABALHO EM SAÚDE JUNTO A USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E FAMÍLIAS: LIMITAÇÕES E POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós- Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de Pesquisa:Uso e Abuso de Álcool e Drogas

Orientadora: Profa. Dra. Margarita Antonia Villar Luis

Aprovado em: _____/_____/_____

BANCA EXAMINADORA

Prof.Dr. _____

Instituição:_____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição:_____Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição:_____Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Ao meu filho Júlio César, pelo amor imensurável,
pelas vivências ímpares e maravilhosas e pela sua
compreensão infantil de entender minhas ausências
nos últimos tempos, quando a "mamãe estava estudando".
Com carinho, dedico este trabalho ao meu filho.

AGRADECIMENTOS

A conclusão desta etapa da minha vida só foi possível pelo apoio constante e abnegado de familiares e amigos:

À minha orientadora, a *Profa. Dra. Margarita*, pelo cuidado e disponibilidade professorais e o ensinamentos de notório saber. Agradeço a amizade e os saberes comigo compartilhados,

Ao meu esposo *Carlos*, pela parceria e ajuda incondicional. Pelo incentivo e amor de sempre, obrigada,

Ao meu pai, *José Júlio*, pela referência e exemplo de vida enquanto pai e médico. Mesmo não estando mais no plano terrestre, seus conselhos me guiaram até aqui. Obrigada por tudo,

À minha mãe *Judith* pela dedicação materna e os aprendizados sobre resiliência durante a vida que também me guiaram nesta trajetória,

À minha irmã *Giovanna* pelo companheirismo fraterno,

Aos agentes comunitários de saúde que gentilmente aceitaram participar, sem o qual não seria possível este estudo. Agradeço pela disponibilidade e a contribuição ímpar,

Aos pacientes atendidos pelo serviço de Saúde Mental nas UBS, CAPS- ad e CAPS II do município de Araxá, cujas histórias de luta para superação do sofrimento psíquico e dependência química foram compartilhadas comigo, inspirando-me a dedicar a este estudo,

Aos agentes comunitários de saúde dos Núcleos de PSF de Araxá, cujo trabalho e o interesse em entender o uso de drogas me levaram a eleger o PSF como local de pesquisa,

Às amigas do Departamento de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Araxá, especialmente às queridas *Patrícia Nacif e Camila Bahia*, pelo apoio e as importantes contribuições no início desta trajetória,

Às amigas e colegas de trabalho da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto e do Serviço de Psicologia da Unidade de Emergência do Hospital da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, pela receptividade acolhedora nesta cidade e o apoio e incentivo diário no final desta trajetória,

A todos que, diretamente ou indiretamente, contribuíram para este trabalho, meus sinceros agradecimentos.

"Onde quer que haja mulheres e homens,
há sempre o que fazer,
há sempre o que ensinar,
há sempre o que aprender."

(Paulo Freire)

RESUMO

FERNANDES, M. P. **Percepção dos agentes comunitários de saúde (ACS) acerca do trabalho em saúde junto a usuários de substâncias psicoativas: limitações e possibilidades de atuação.** 2014. 132 p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

A Atenção Básica caracteriza-se por preconizar ações de proteção, promoção, prevenção de agravos e manutenção à saúde, privilegiando a singularidade, complexidade, integralidade e o aspectos sociais, culturais e históricos da população assistida, Nesta perspectiva, destaca-se a atuação dos Programas de Saúde da Família (PSF), especialmente pelo trabalho realizado pelo agentes comunitários de saúde (ACS) que visa fomentar o vínculo através do acompanhamento longitudinal das famílias e tem o papel de elo e articulação com a rede pública de saúde. No contexto do uso abusivo de substâncias psicoativas (SPA) e acompanhamento das famílias, a atuação destes profissionais tem importância estratégica no território, mediando a relação da comunidade e os serviços de saúde. Isso por possibilitar a identificação dos casos, os encaminhamentos pertinentes e participação na implementação de intervenções específicas na comunidade. O objetivo deste estudo é, identificar e analisar as percepções que os ACS têm sobre o trabalho realizado em um sentido amplo, sobre o uso, usuário de SPA e familiares e da rede de atendimento. Trata-se de um estudo de caráter descritivo, com análise qualitativa de dados, que contou com a participação de 11 ACS que trabalham em dois núcleos com PSF de uma cidade do interior de São Paulo. O método de coleta de dados foram oito grupos focais (quatro em cada núcleo e gravados com autorização dos participantes), com utilização de 4 roteiros de condução com o total de 12 perguntas semi-diretivas, 3 por encontro. Também foi preenchida a ficha de caracterização dos ACS, com dados pessoais de idade, sexo, escolaridade e tempo de serviço no núcleo de PSF. Para tratamento dos dados, utilizou-se a análise temática de conteúdo; no processo de transcrição do material e leitura identificaram-se os temas (primeiro por serviço e depois juntos). Categorias emergiram e estabeleceu-se o seu nível de relevância, estipulado sob critério de intercessão entre o número de menções nos grupos *versus* número de menções por participantes, na graduação: Muito Relevante, Relevante e Pouco relevante. Ao todo foram 5 categorias centrais: Sujeito da ação de cuidar (Temas: suporte à família, vínculo contínuo perfil dos casos, participação em reuniões);Sentimentos associados ao trabalho(Temas: impotência, medo); Conhecimentos e crenças(Temas: visão do uso, do usuário de SPA e de sua família, mapeamento de problemas relacionados ao uso e tráfico);Atendimento em saúde ao usuário de SPA e famílias(Temas: dispositivos de encaminhamento intervenções no PSF, rede frágil de atendimento, políticas públicas frágeis); Especificidades do trabalho do ACS(Temas: trabalho na comunidade, organização do trabalho, capacitação, sobrecarga ocupacional).Concluiu-se que para os participantes do estudo, suas percepções envolviam sentimentos, valores e julgamentos acerca das SPA e do uso, necessidades e dificuldades sentidas na abordagem. Mencionaram ações de suporte oferecido e vínculo com as famílias de usuários de SPA, e sua percepção sobre a rede de atendimento. Cada núcleo executa ações de sensibilização e encaminhamento a serviços de saúde especializados, mas procuram manter o contato com as famílias dos usuários de SPA, devido ao vínculo estabelecido e da necessidade de acompanhamento no

território. Apesar das percepções dos participantes convergirem, houve distinções pontuais quanto às peculiaridades no trabalho realizado e nos sentimentos vivenciados junto à população específica, justificado por diferenças nos perfis sociais dos residentes nos dois territórios de abrangência dos serviços e na organização do trabalho.

Palavras chaves: Programa Saúde da Família, substâncias psicoativas, percepções, agentes comunitários de saúde (ACS)

ABSTRACT

FERNANDES, M. P. **Perception of health community workers (HCW) about working with psychoactive substances users and families in a health service: limitations and possibilities of action.** 2014**.** 132 pages. Dissertation (MSc) – Nursing School of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

Basic health cares characterized by recommending protective actions, health promotion, severity prevention and health maintenance, emphasizing the singularity, complexity, integrality and the social, cultural and historical aspects of the assisted population. In this perspective, the role of the Family Health Programs (FHP) is highlighted, especially for the work done by health community workers(HCW) which aims to enhance the bond through the longitudinal follow-up of families and has the role of linking and connecting with the public health system. In the context of psychoactive substances abuse (PSA) and follow-up of families, the work of these professionals is strategically important in the community, mediating the relationship between community and health services. This work allows the identification of cases, the relevance of referrals and participation in the implementation of specific interventions in the community. The aim of this study is to identify and analyze the perceptions that WCH have in a broadly sense on the work that is performed, substance using, PSA users and families and service network. This is a descriptive study, with qualitative data analysis, which included the participation of 11HCWworking on two FHP nucleus of an inner city in São Paulo. The data collection method consisted of eight focus groups(four in each nucleus, being recorded with the permission of the participants), using 4guiding scripts with a total of 12 semi-directive questions, 3 per encounter. The characterization of HCW form was also filled with personal data of age, gender, education and time of service at the FHP.For the data processing, the thematic content analysis was used; the themes were identified in the processes of transcribing the material an dreading(first of all by service and thentogether). Categories emerged and then it was established their level of relevance, stipulated by the criterion of intersection between the number of entries in groups versus number of participants mentions, with graduation of: Very Relevant, Relevant and PartiallyRelevant. Altogether, there were five main categories: Subject in theaction of caring(Themes: family support, continuous bond,cases profile, meeting participations); Work associated feelings(Themes:impotence,fear); Knowledge andbeliefs(Themes: point of view on PSA, psychoactivesubstances user'sandtheir families, mappingproblemsrelated to usingandtrafficking substances); healthcare to PSA user and families(Themes:referral devices, FHP interventions, fragile et work care, fragile public policies); Working specifications of HCW(Themes:community work, work organization, training, work overload). In conclusion, participants perceptions involved feelings, valuesand judgments about the PSA, needs and difficulties

experienced in this approach. They mentioned offered support action, bond with substance user's families and their perception of the service network. Each nucleus promote awareness actions and specialized health services referrals, yet try to maintain contact with the substance users's families due to their bond and need for assisting the comunity. Despite the convergent participants' perceptions, there were specific distinctions in the work peculiarities and experienced feelings toward the specific population, differences were justified by social profilesof the residents in the two health services areas and work organization.

Keywords: Family Health Program, psychoactivesubstances, perceptions, health community workers(HCW)

RESUMEN

FERNANDES, M. P. **La percepción de los agentes comunitarios de salud (ACS) sobre el trabajo de la salud com los usuarios de sustâncias psicoactivas y familias: límites y posibilidades de acción.** 2014. 132 hojas. Disértacion (Maestria) – Escuela de Enfermaría de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

Atención básica de salud se caracteriza por lar ecomendación de las acciones de protección, la promoción, la prevención de enfermedades y el mantenimiento de la salud, haciendo hincapiéen la singularidad, complejidad, integralidad y los aspectos sociales, culturales e históricas de la población atendida, esta perspectiva destaca el papel del Programa de Salud (PSF), especialmente el trabajo realizado por los agentes comunitarios de salud (ACS), que tiene como objetivo mejorar la unión a través del seguimento a largo plazo de las familias y tiene la función de enlace y la conexión com el sistema de salud pública. Enel contexto del abuso de sustâncias psicoactivas (SPA) y el seguimiento de las familias, el trabajo de estos profesionales tiene importancia estratégica em la mediación de la relación entre los servicios comunitarios y de salud. Esto permitirá la identificación de los casos, las referencias pertinentes y la participación implementación de intervenciones específicas em la comunidad. El objetivo de este estúdio es identificar y analizar las percepciones que ACS tienen sobre el trabajo realizado em un sentido amplio, em el uso, SPA usuário ,la red familiar y de servicios. Se trata de um estúdio descriptivo y análisis de datos cualitativos, que contócon la participación de 11 ACS que trabajan en dos núcleos com el PSF de una ciudad del interior de San Pablo. El método de recolección de datos fueron ocho grupos focales (cuatro en cada núcleo y grabados com el permiso de los participantes), el uso de guias de conducción de 4 com un total de 12 preguntas semi-directiva, tres por reunion. También se mostro registro caracterización dos ACS com los datos personales de la edad, el género, la educación y el tiempo de servicio em el centro PSF. Para el procesamiento de los datos, se utilizo el análisis de contenido temático; la transcripción del material y el proceso de la lectura, ha identificado los temas (por el primer servicio y luego juntos). Categorías surgieron y establecieron su nivel de criterios por importancia, estabelecidos a partir de la combinación entrela cantidad dem participaciones en grupos y el número de reuniones, estableciondo los siguientes criterios: Muy relevante, parcialmente relevantes y pertinentes. En total, hay cinco categorias principales: sujeto de la acción de cuidar (Temas: apoyo familiar, los casos de perfil continuo vínculo, la participación em reuniones); Sentimientos associados com el trabajo (Temas: impotencia, miedo); Conocimientos y creencias (temas: visión general del uso, SPA del usuario y sufamilia, los problemas regionales relacionados com el uso y el tráfico); cuidado de la salud en el SPA de usuario y familias (Temas: dispositivos de referencias intervenciones de PSF en frágil red el cuidado, la política pública frágil); Detalles específicos del trabajo de los ACS (Temas: trabajo comunitario, la organización del trabajo, la formación, la sobrecarga de trabajo). Concluyeron que para los participantes em el estudio, sus percepciones implican sentimientos, valores y juicios sobre el SPA y el uso, las necesidades y las dificultades com experiência en enfoque. Dichas acciones mencionadas ofrecieron apoyo y vínculo com las familias de los usuarios de SPA, y supercepción de la red de servicios. Cada núcleo ejecuta la sensibilización y la derivación a los servicios

especializados de salud, pero trata de mantener el contacto com las familias de los usuarios SPA devido a su vinculo y la necesidad de control em el territorio. A pesar de las percepciones de los participantes que concordan, no eran específicos de las peculiaridades distincion es em el trabajo realizado y los sentimientos experimentados por la población específica, que se justifica por las diferencias em los perfiles sociales de los residentes em las dos áreas de los servicios y la organización del trabajo.

Palabras clave: Programa de Salud Familiar, sustâncias psicoactivas, las percepciones, los agentes comunitarios de salud (ACS)

LISTA DE QUADROS

Quadro 01: Níveis de relevância por temas a partir da intercessão versus número de participantes.....40
Quadro 02: Presença dos temas e sua relevância por grupo.....41
Quadro 03: Definição das categorias a partir dos temas emergidos no material das reuniões.....42
Quadro 04: Falas comuns entre os participantes dos dois Núcleos separados por temas.....114
Quadro 05: Temas e falas específicos do NSF A.....127
Quadro 06: Temas e falas específicos do NSF B.....128

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB Atenção Básica

ACS Agente comunitário de saúde

CAPS II Centro de Atenção Psicosscial II

CAPS- AD Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas

ENSP Escola Nacional de Saúde Pública

FAPESP Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo

OMS Organização Mundial de Saúde

PSF Programa Saúde da Família

SPA Substâncias psicoativas

SENAD Secretaria Nacional Anti-Drogas

SES Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais

SUPERA Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção e acompanhamento

SUS Sistema Único de Saúde

TCLE Termo de consentimento livre e esclarecido

UBS Unidade Básica de Saúde

UBDS Unidade Básica Distrital de Saúde

UNIFESP Universidade Federal de São Paulo

USP Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....17
1. INTRODUÇÃO.....22
1.1. O PSF, o ACS e as perspectivas de cuidado na comunidade.....23
1.2. O trabalho do ACS junto a usuários de SPA e famílias.....25
2. OBJETIVOS.....29
3. PERCURSO METODOLÓGICO.....31
3.1. Caracterização da pesquisa.....32
3.2. Local da pesquisa.....33
3.3. Participantes da pesquisa.....33
3.4. Considerações éticas.....34
3.5. Procedimentos de coleta de dados.....34
3.6. Tratamento dos dados.....38
4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....43
4.1. Sujeito da ação de cuidar.....44
4.2. Sentimentos associados ao trabalho.....54
4.3. Conhecimentos e crenças.....59
4.4. Atendimento à saúde.....68
4.5. Especificidades relativas ao trabalho.....77
5. DISCUSSÃO.....80
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....98
7. REFERÊNCIAS.....102
8. APÊNDICES.....111
9. ANEXOS.....129

APRESENTAÇÃO

Este estudo é resultado do meu interesse e afinidade pelo tema, despertados pelos anos de experiência profissional na AB, com atuação próxima aos ACS. O trabalho que desenvolvi na equipe de Saúde Mental, mais especificamente o apoio matricial junto aos Núcleos de PSF, foi sem dúvida, a maior influência para a escolha da linha de pesquisa uso e abuso de drogas para estudo e pesquisa.

Durante 6 anos e meio (período entre 2006 a 2012), atuei como psicóloga concursada no Departamento de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde no município de Araxá, sendo 3 anos como psicóloga de duas UBS, 2 anos como referência técnica municipal para as políticas de atendimento ao usuário de álcool e outras drogas e 1 ano e meio como coordenadora do CAPS-AD.

Até o ano de 2010, todos os atendimentos em Saúde Mental (psicológicos e psiquiátricos), eram prestados dentro das UBS, em caráter ambulatorial. Reconhecidamente insuficientes frente à uma demanda cada vez mais volumosa e complexa, principalmente nos casos de comorbidade de transtornos psiquiátricos e uso de SPA, os atendimentos prestados nas UBS ficaram extenuados, com listas de espera e demanda reprimida. Frente a este contexto, os profissionais de saúde e a própria comunidade começaram a cobrar do governo municipal a implantação de serviços especializados de Saúde Mental.

A partir de denúncia realizada por familiares de pacientes atendidos pela Saúde Mental ao Ministério Público e acatada pela Justiça, em Fevereiro/2010, foi realizado um TAC[1], onde ficou estabelecido que o município deveria implantar um CAPS II até Dezembro/ 2010 e um CAPS-AD até Maio/ 2011, dentro das diretrizes de legislação específica[2].

Neste período, ainda atuando como psicóloga na AB, a SES-MG lançou um edital de seleção de profissionais de saúde (análise de currículo e proposta de intervenção) para a especialização *latu sensu* em Dependência Química, este

[1]Termo de Ajuste de Conduta: são documentos assinados pelas partes, perante órgãos judiciais, se comprometendo a cumprirem condicionantes determinadas em audiência, de forma a resolver o problema que estão causando ou a compensar danos, dentro de um prazo determinado. Os TACs antecipam a resolução dos problemas de maneira mais rápida e eficaz do que se o caso fosse a juízo. É um meio relativamente comum utilizado pelos cidadãos de obrigar o município a implantar serviços pertinentes ou melhorar a rede de atendimento.

[2] Portaria 336/ 2002 do Ministério da Saúde.

financiado pelo governo do Estado e organizado ela Universidade Federal de São João Del Rei (UFSJ). Sendo selecionada, enxerguei uma boa oportunidade de qualificação e de respaldo teórico-técnico para o atendimento de usuários de SPA e famílias, que eu já realizava nas UBS.

Enquanto cursava a especialização, o CAPS-II foi implantado, ainda que de maneira precária e incipiente (espaço físico inadequado e equipe técnica mínima). Fui solicitada para realizar grupos com pacientes que apresentam comorbidades psiquiátricas e uso de SPA, além de suporte técnico para a equipe, visto que estes casos deveriam ser atendidos ali até a implantação do CAPS-AD. Nesta época (setembro/2010) também iniciei o curso do SUPERA, financiado pela SENAD e organizado pela UNIFESP.

Neste mesmo mês, fui convidada pelo então secretário municipal de saúde a ocupar o cargo de referência técnica municipal para as políticas de atendimento a usuários de álcool e outras drogas. Entre as minhas atribuições, destacava-se o projeto de implantação do CAPS-AD, visto que o prazo estipulado pela Justiça estava expirando.

Em outubro/2010, em uma feliz coincidência, o Governo do Estado abriu um edital de seleção para incentivo financeiro para implantação de CAPS-AD em Minas Gerais[3], onde seriam selecionados 20 municípios, contemplados com o incentivo financeiro de R$ 100.000,00 cada um. Araxá pleiteou uma vaga e foi uma das cidades escolhidas, acelerando a estruturação do serviço.

Enquanto referência técnica municipal e posteriormente como coordenadora do CAPS-AD, também fiquei responsável pela elaboração do projeto de apoio matricial[4] nos 8 Núcleos de PSF da cidade, pois havia grande necessidade que funcionassem como porta de entrada dos serviços especializados de Saúde Mental, e ao mesmo tempo, fizessem um acompanhamento contínuo dos casos nos territórios.

No entanto, era necessário que os profissionais do PSF, especialmente os ACS, fossem capacitados para atender casos não-intensivos ou aqueles que simplesmente não se vinculavam aos serviços especializados de Saúde Mental. Os

[3] Resolução nº 2938/ 2011 da SES-MG.

[4] É uma metodologia complementar em sistemas hierarquizados em serviços de saúde, que tem como objetivo assegurar que as equipes dos níveis secundário e terciário forneça retaguarda assistencial, suporte técnico-pedagógico e mecanismos de referência e contrerreferência para os serviços da AB (CAMPOS e DOMITTI, 2007)

encontros aconteciam uma vez a cada 15 dias, com 2 horas de duração em cada Núcleo.

Os casos de uso de SPA mostravam-se dramáticos para as equipes de PSF. Relatavam não saber lidar com os numerosos casos de uso de SPA que acompanhavam, identificar padrões de consumo e como abordar e acolher famílias de usuários de SPA. As situações eram diversas e as dificuldades múltiplas, estas não só profissionais como também pessoais.

No decorrer dos apoios matriciais, o PSF mostrou-se um espaço de extrema relevância para identificação e rastreamento dos casos de uso de SPA. Muitos ACS, por ter bom conhecimento do território e das famílias, forneciam informações importantes para as equipes do CAPS-AD e CAPS II, durante as discussões de casos. A importância do trabalho em rede ficou evidente e percebia-se um movimento de corresponsabilização, apesar de ser mais evidentes em alguns núcleos do que em outros.

Paralelamente, foi realizada uma capacitação técnica para atendimento de usuário de SPA e famílias para as equipes de Saúde Mental, tanto da AB quanto dos dois CAPS. Foi estruturada em 5 módulos temáticos, com carga horária total de 20 horas. Os assuntos abordados eram resultados de levantamentos de interesses dos profissionais, durante as reuniões de equipe. Entre eles, destacavam-se os atendimentos às famílias, prevenção à recaída, intervenção breve e postura profissional.

O CAPS-AD iniciou suas atividades em maio/2011. Como o CAPS II, de maneira precária e incipiente, tanto no que diz respeito ao espaço físico quanto de composição de equipe. Visto o término do prazo previsto no TAC, os atendimentos inicialmente foram realizados em um espaço quase sem mobiliário, visto que o incentivo financeiro ainda não tinha sido disponibilizado pelo Estado. Mas a equipe apresentava-se muito motivada e iniciou as triagens e grupos de acolhimentos mesmo sem condições mínimas de trabalho.

A área do uso de SPA, no início da minha atuação na Saúde Mental, não era a que eu mais me identificava. Tal como muito se observa entre os profissionais de saúde, eu considerava uma população difícil de ser atendida.

No entanto, ainda com psicóloga das UBS, um paciente em especial despertou meu interesse pelo tema. Era um senhor de meia- idade, alcoolista de longa data e

comvárias complicações clínica, que aderiu ao acompanhamento psicológico de maneira ímpar. Tinha passado por vários atendimentos psiquiátricos, duas vezes por internações em hospital psiquiátrico eoutras três em comunidades terapêuticas. Comparecia aos atendimentos pontualmente, mesmo estando embriagado. Percebi que a escuta ativa e postura compreensiva era o ponto mais importante do vínculo. Não restringir os parâmetros de melhora apenas na abstinência de uso foi muito importante, identificando e reforçando os pequenos progressos na diminuição do padrão do consumo de álcool e propondo metas possíveis. O ACS de sua área, corresponsabilizou-se pelo caso, fazendo regularmente as visitas domiciliares e intervenções pontuais.

E assim, percebi a importância estratégica da AB no atendimento aos usuários de SPA e famílias e dos PSF. Particularmente, tive uma experiência muito interessante nas articulações e discussões de casos nos Núcleos, especialmente com os ACS. Por ser porta de entrada dos serviços de saúde, tinha grande alcance. Por ser territorial, possuía conhecimento privilegiado da população e suas necessidades. Por atuar junto à comunidade, conseguia estabelecer vínculo próximo.

Decorrente de toda a minha vivência junto aos núcleos de PSF, reconhecendo o trabalho de grande importância que realizam nos territórios e a grande parceria feita com os serviços especializados de Saúde Mental é que decidi estudar e melhor conhecer as percepções dos ACS, profissionais com grande potencial para o fortalecimento da rede de atendimento na questão do uso de SPA.

1. INTRODUÇÃO

1.1 O PSF, o ACS e as perspectivas de cuidado na comunidade

A AB caracteriza-se por preconizar ações de promoção, prevenção e diagnóstico de agravos e manutenção de saúde, concentrando-se nos problemas mais comuns na população assistida. Para desempenhar sua atribuição estratégica, deve cumprir três papéis essenciais: o papel resolutivo (em relação aos problemas de saúde mais comuns), o papel organizador (coordenador de fluxos e contra-fluxos) e o papel de responsabilização (em relação ao acompanhamento contínuo da saúde da população). (BRASIL, 2006)

Destaca-se ainda o caráter descentralizador e de capilaridade da assistência à saúde e sua função de porta de entrada para a rede pública de saúde, além dos princípios norteadores de universalidade, acessibilidade, vínculo, cuidado contínuo, atenção integral, responsabilização, humanização, equidade e participação social, privilegiando sobretudo a integralidade do cuidado (BRASIL, 2011).

Os cuidados básicos de saúde baseiam-se em métodos e tecnologias práticas, universalmente acessíveis a toda população. (OMS, 1978) Além disso, deve incluir a perspectiva intersetorial e os encaminhamentos locais, destinando ações com o objetivo de apoiar as necessidades demandadas por uma comunidade. Para tanto, faz-se necessário a adscrição de determinada população, através do delineamento de territórios sanitários, organizados socialmente dentro da perspectiva familiar, subdividida em subpopulações por riscos sociais e de saúde (SES-MG, 2009).

Em 1993, foi criado no país a Saúde da Família pelo Ministério da saúde, na ocasião ainda concebida como projeto, idealizado a partir da experiência exitosa de um grupo de ACS do estado do Ceará, que colocou no cerne de suas ações a família e fomentou as ações da atenção básica à saúde e horizontalidade da assistência. Desde este período, tal projeto (que posteriormente passou para programa) visava a orientação do modelo de saúde vigente. (ROSA; LABATE, 2007). Portanto, foi uma proposta para a substituição de um sistema de saúde fragmentado e centralizador, voltado para as condições agudas para uma

organização das redes de atenção que, além de ocupar-se dos quadros agudizados e crônicos, que também criaria condições de prevenir aos agravos (ENSP, 2011).

A relevância do PSF para o desenvolvimento sanitário local é evidente, visto que entre suas principais propostas está o incentivo à adesão voluntária aos serviços de saúde, através do contato próximo e contínuo dos profissionais com a comunidade. Outro aspecto importante é o conhecimento das particularidades locais, possibilitando a estruturação e prestação de uma assistência à saúde contextualizada, coerente com as necessidades específicas e reais da população.

A questão da atuação da AB na redução de vulnerabilidade e risco específicos da população, através da rede de dispositivos comunitários e articulações intra e intersetoriais, contribui para o fortalecimento dos fatores de proteção, sendo tal especificidade reconhecida em todo o mundo (OMS, 1978).

Segundo a lei 2.488 de 21/10/11, o PSF constitui-se uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da reorientação do processo de trabalho e fortalecimento dos princípios, diretrizes e fundamentos da AB, de ampliação da resolutividade e impacto na situação de uma população, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. (BRASIL, 2011).

Quanto às especificidades para a formação de uma equipe de PSF, está a obrigatoriedade de médico generalista ou especialista em saúde da família, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). É preconizado ainda que o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, sendo atribuições deste profissional: trabalhar com adscrição de famílias (microáreas); fazer cadastros e mantê-los atualizados; articular e orientar quanto rede pública de saúde; realizar visitas domiciliares cuja periodicidade é conforme critérios de riscos e vulnerabilidade das famílias; ações de promoção, prevenção e vigilância à saúde; contato próximo e permanente com as famílias (BRASIL, 2011).

Diante disso, nota-se que o ACS é um ator fundamental na proposta de cuidado na comunidade apresentada pelo PSF. Este profissional desempenha um importante trabalho junto às equipes de saúde da família, fazendo um acompanhamento contínuo da população da área, especialmente portadores de

patologias crônicas, gestantes e crianças, além de pessoas com outras vulnerabilidades sanitárias e sociais.

Portanto, é necessário considerar a complexidade do trabalho do ACS e compreendê-lo não somente como um profissional que tem seu lugar na equipe, mas também como agente que atua em uma equipe constitutiva de um sistema de saúde que articula os vários níveis e em múltiplas dimensões. (SOSSAI; PINTO; MELLO, 2010).

No trabalho realizado pelos PSF, sobretudo pelos ACS, destaca-se a as práticas denominadas de tecnologias leves[5], que compreendem as ações relacionais entre os profissionais e a comunidades, que perpassam as questões do acolhimento, vínculo e atenção integral, aspectos importantes para o gerenciamento da assistência na AB. (COELHO e JORGE, 2008).

Assim, na rotina de seu trabalho, o ACS tem contato próximo com a comunidade, conhecendo suas necessidades e especificidades, o que possibilta a construção do processo de saúde singularizada e na sequencia de acompanhamento.

2. O trabalho do ACS junto a usuários de SPA e famílias

Considerando que o trabalho do ACS deve intensificar seu trabalho de acompanhamento em relação às famílias com maior risco e vulnerabilidade, tal complexidade é ainda mais notória, visto que muitas vezes as questões apresentadas não são unicamente de saúde, mas intersetoriais, aumentando a dificuldade na prestação de assistência.

Reconhecidamente, nos dias atuais, uma das populações que têm demandado maior discussão e ações por parte das equipes de saúde, inclusive da AB, são os usuários de SPA e famílias.

[5] Segundo Mehry (1998), a tecnologia leve nas práticas de assistência em saúde compreende a relação entre profissional e usuário em um ato de trabalho vivo e acolhedor , onde há trocas de produção e expectativa, em uma dimensão de intersubjetividade. Seria o oposto da tecnologia dura, que pressupõe uma relação de poder alienante, sem possibilidade de vínculo.

Segundo pesquisa nacional realizada nas 27 capitais brasileiras, verificou-se que cerca de 22,6% de população jovem já fez uso de SPA pelo menos uma vez na vida. Deste número, 3,6% apresenta uso problemático de drogas na faixa etária superior aos 18 anos. Entre 10 a 12 anos de idade, observou-se uso de SPA na vida em aproximadamente 12,1% dos entrevistados, especialmente as consideradas lícitas (álcool e tabaco). (BRASIL, 2009)

Até aproximadamente o ano de 2006, o uso e abuso de SPA constituía-se um problema à parte dos serviços de saúde, sendo atribuídos exclusivamente para os centros de atendimentos especializados. No entanto, a partir deste período, o Ministério da Saúde estruturou diretrizes de atendimento aos usuários de SPA na AB, através de resoluções e portarias. (ANDRADE e RONZANI, 2009)

A Política Nacional de Atendimento Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas, destaca o papel da AB no sentido de fazer o elo entre a população e os serviços de referência e monitorizar e acompanhar as questões de saúde mental na comunidade. Algumas ações específicas e condizentes com o trabalho do PSF também são previstos na referida política de saúde, como as ações de prevenção e educação em saúde e levantamento, rastreamento e acompanhamento de casos. Outras, mesmo não sendo específicas, mas que encontram na AB um espaço privilegiado, como a redução de danos, também estão descritas (BRASIL, 2010).

Ainda são previstas para o PSF cuidados básicos de agravos clínicos associados ao uso de SPA (sobretudo ao alcoolismo), acompanhar casos não intensivos e encaminhar os de maior gravidade para os serviços especializados (SES-MG, 2007).

A necessidade de integrar a AB às políticas de atendimento ao usuário de SPA, sobretudo o PSF, foi decorrente do trabalho *in loco* , que possibilita o acesso da população aos serviços de saúde e o estabelecimento de vínculo entre profissionais e comunidade. Em contato próximo com a população e suas necessidades mais urgentes, o PSF começou a acompanhar cotidianamente casos que envolviam questões de Saúde Mental e uso de SPA. Em um estudo realizado em 2002 pelo Ministério da Saúde, estimou que 56% dos núcleos de PSF já haviam realizado alguma ação específica de Saúde Mental. (DELGADO e CORDEIRO, 2009).

No que diz respeito à assistência no território em Saúde Mental, presume o acolhimento das necessidades emergentes do indivíduo, dando respostas flexíveis (considerando a liberdade de escolha) e propondo intervenções possíveis dentro do PSF, além de articular serviços intersetoriais, possibilitando assim acesso à saúde e reconstruindo sua cidadania e espaços perdidos ao longo do adoecimento psíquico (PINHO; HERNÁNDEZ, KANTORSKI, 2010).

Frente aos aspectos multifatoriais que envolvem o uso problemático de SPA, a AB tem condições de observar e identificar as condições predisponentes em uma determinada comunidade, além de estruturar e propor ações contextualizadas.

Vale ressaltar ainda uma das principais diretrizes do trabalho dos PSF, o acompanhamento contínuo das famílias da sua área de abrangência. Desde a década de 90, estas foram eleitas como protagonistas do redirecionamento de políticas públicas específicas no Brasil de vários setores (com destaque para as áreas de saúde e assistência social), o que inclui a legislação de políticas sobre drogas. (MIOTO; SILVA; SILVA, 2007).

Borges (2009) verificou em seu estudo que as transformações positivas e significativas são notórias na reorganização da AB e tem, em grande parte, a contribuição das metas institucionais e políticas do PSF em centrar sua atuação no acompanhamento e cuidado com a família. Mas, no entanto, existe uma tendência de incluí-la apenas quanto existe um processo de adoecimento já instalado, com pouco empenho para a promoção e prevenção de agravos.

A política de atendimento aos usuários de SPA, prevêem ações que envolvam a família no tratamento, considerando-a como parte fundamental no cuidado e tratamento. Isso porque a participação ativa é responsável por grande parte do das intervenções bem-sucedidas, através da abordagem da dinâmica e o processo de adoecimento familiar na questão do uso de SPA (LINS, 2010).

Mas, em relação aos usuários de SPA e famílias, dificuldades na prestação de assistência são cotidianas na rotina de trabalho dos PSF. De acordo com o estudo de Santos e Oliveira (2013), a intersetoriedade ainda é incompreendida e sua importância é deixada em segundo plano e ações de promoção de fatores de proteção são incipientes em detrimento de ações que enfatizam a medicalização do uso de SPA.

O desconhecimento das políticas públicas e despreparo técnico também são considerados limitadores na prestação de cuidado no território. A consequência disso é a indisponibilidade dos ACS para atendimento aos usuários de SPA, encaminhamentos desarticulados e a dificuldade de corresponsabilização na condução dos casos (SILVA, 2012).

Soares, Vargas e Oliveira (2010), em seu estudo, verificaram que atitudes negativas por parte dos ACS estavam diretamente ligadas à falta de conhecimento sobre o assunto ou ao contato precário ou esporádico com os usuários de SPA.

Mesmo com dificuldades significativas, a atuação do ACS tem um papel estratégico quanto ao mapeamento dos problemas de saúde mental, o que inclui o uso de SPA. Por isso, é importante conhecer as opiniões e percepções que estes profissionais tem, a fim de fomentar uma comunicação estreita com a comunidade, identificando as reais necessidades desta demanda adotando uma postura empática e compreensiva, fortalecendo o vínculo com o núcleo e com o próprio profissional (SILVEIRA; MARTINS, 2009).

O trabalho de saúde inserido na comunidade, como é caracterizado dos ACS, é permeado de significações individuais e coletivas. Visto suas atribuições e metodologia de atuação é esperado que o contexto e as necessidades locais da população determinem a maneira de que as ações serão estruturadas e desenvolvidas, a partir da visão que possuem sobre o uso e usuário de SPA.

Diante do exposto, justifica-se a proposta de pesquisa sobre o trabalho dos ACS dentro dos núcleos de PSF, dada a sua importância estratégica nas práticas de cuidado e assistência aos usuários de SPA e famílias, conforme assinalado na literatura cientifica apresentada.

2. OBJETIVOS

No presente estudo tem-se como objetivo:

Objetivo geral

Conhecer e analisar as percepções dos ACS em relação ao trabalho que realizam, especificamente, junto aos usuários de SPA e familiares.

Objetivos específicos

- Conhecer e analisar sentimentos e comportamentos adotados pelos ACS no trabalho junto aos usuários de SPA e famílias;
- Conhecer situações, contextos e circunstâncias que envolvem o trabalho do ACS junto aos usuários de SPA e famílias;
-Conhecer e analisar as percepções e opiniões dos ACS quanto ao uso de SPA, ao usuário e à família do mesmo.
-Conhecer e analisar as percepções dos ACS em relação à rede pública de atendimento aos usuários de SPA e famílias.

PERCURSO METODOLÓGICO

3.1. Caracterização da pesquisa

Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter descritivo. Para Triviños (1987) tal escolha metodológica é adequada para contextos que objetivam conhecer uma realidade a partir do levantamento de características e informações relevantes sobre um grupo específico e estabelecer relação entre variáveis e possibilitar uma nova visão sobre o assunto estudado. Também viabiliza a busca de informações para melhor compreensão e aprofundamento acerca de um contexto específico, aumentando a experiência do pesquisador em relação à hipótese e o levantamento de outras questões relevantes (MICHEL, 2005).

Segundo Oliveira *et a*l. (2007), na abordagem qualitativa, o termo pesquisa ganha novo significado, já que sua trajetória circunda o objeto que se pretende conhecer, voltando sua atenção para a qualidade e o processo de reflexão e análise de uma realidade, não restringindo-se à generalizações.

Guerra (2006) enfatiza que as pesquisas qualitativas orientam-se para a identificação das práticas cotidianas e dos novos fenômenos sociais, através da investigação da intencionalidade e interação dos indivíduos e dos grupos.

Decorrente disso, a abordagem qualitativa descritiva nos estudos da área da saúde vem sendo muito empregada no âmbito acadêmico-científico. Interessada no contexto microssocial, baseia-se nos relatos, histórias e narrativas, onde visa apreender a dimensão subjetiva da pesquisa (MERCADO-MARTINEZ; BOSI, 2004).

Além disso, possibilita um relacionamento mais longo e flexível entre o investigador e o grupo estudado, onde lida com informações de natureza subjetiva, provida de riqueza de detalhes e aspectos a ser explorados (GIL, 2009).

3.2. Local de pesquisa

Este estudo foi realizado em 2 Núcleos do Programa Saúde da Família, ambos localizados na região oeste de Ribeirão Preto. Um Núcleo assiste uma população estimada em 3.569 pessoas (segundo censo IBGE de 2010) e oferece, além do acompanhamento das famílias cadastradas, atendimentos nas áreas de pediatria, clínica médica, ginecologia e obstetrícia, consultas de enfermagem e ações de educação em saúde. O outro Núcleo pesquisado atende uma área de abrangência que conta aproximadamente, com 2.336 habitantes (IBGE) e dispõe dos atendimentos supracitados.

Tais serviços foram escolhidos em detrimento dos demais núcleos do PSF por estarem contemplados na proposta de pesquisa 'Identificação e intervenção nas necessidades de saúde relacionadas ao uso abusivo de álcool em populações usuárias de serviços com Programa Saúde da Família (PSF) do município de Ribeirão Preto-SP', do Programa de Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em Saúde (PPSUS) vinculada à FAPESP, aprovada em junho de 2013 e da qual este estudo constitui-se a terceira etapa.

Além disso, esta opção justifica-se pelo fato das áreas de abrangência dos referidos núcleos de PSF apresentarem importantes questões relacionadas ao uso abusivo de SPA, com impacto direto e significativo na prestação de assistência básica à saúde, mas com peculiaridades locais que possibilitam a identificação de similaridades e diferenças na percepção dos ACS quanto ao trabalho junto aos usuários de SPA e famílias.

3.3. Participantes da pesquisa

Fizeram parte deste estudo 11 ACS, 5 pertecentes a um Núcleo e 6 ao outro, tendo adesão de todos os participantes convidados. O critério utilizado para participação nesta pesquisa foi a homogeneidade no delineamento da população estudada, ou seja, todos atuarem como ACS, considerando o propósito deste estudo.

3.4. Considerações éticas

Este estudo é parte integrante do projeto ‘Identificação e intervenção nas necessidades de saúde relacionadas ao uso abusivo de álcool em populações usuárias de serviços com programa saúde da família (PSF) do município de Ribeirão Preto-SP’, do Programa de Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em Saúde (PPSUS) vinculada à FAPESP, sendo aprovado em 04/06/13 , pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), em anexo.

Em respeito à Resolução 196/ 96 (BRASIL, 1996), este estudo teve como diretrizes norteadoras a reafirmação da participação voluntária, esclarecimento quanto ao direito dos participantes de não aceitarem ou retirarem-se da pesquisa a qualquer tempo, à ausência ou riscos mínimos de impactos e desconfortos para as pessoas envolvidas e sigilo quanto à identidade, assegurado pela não-divulgação dos nomes e dos serviços pesquisados. É importante mencionar que todos os participantes assinaram o TCLE antes do início da coleta de dados e após o esclarecimento das dúvidas levantadas em relação à pesquisa.

3.5. Procedimentos de coletas de dados

Anteriormente ao inicio da pesquisa nos Núcleos de PSF foram realizados contatos telefônicos com as enfermeiras responsáveis, para explanação prévia sobre a pesquisa e verificação da data e horário oportunos para a apresentação do projeto para os demais profissionais, especialmente os participantes envolvidos, os ACS.

Nos dois serviços, foi disponibilizado o espaço das reuniões de equipes semanais, conforme a sugestão das enfermeiras responsáveis, sendo o assunto “apresentação do projeto” inserido em pauta de discussão e contou com a duração média de 15 minutos em cada Núcleo para ser apresentado.

Primeiramente, houve a apresentação em um Núcleo, em agosto de 2013. Na semana subseqüente, foi feito um encontro com os ACS para explicação mais pormenorizada sobre a pesquisa e esclarecimento de dúvidas quanto à participação.

Também foram preenchidos o TCLE (anexo) e a ficha de caraterização dos agentes comunitários de saúde (apêndice), além do estabelecimento do cronograma de realização dos quatro grupos focais nas seguintes datas: 05/09/13, 13/09/13, 20/0913 e 04/10/13. No período imediatamente posterior realizou-se a coleta de dados no primeiro Núcleo.

No outro Núcleo, a apresentação foi feita em outubro de 2013. O cronograma de realização dos grupos focais ficou estabelecido nos dias: 22/11/13, 29/11/13 e 22/01/14, 04/02/14. Tal espaçamento entre os encontros, especialmente entre o segundo e o terceiro, justificou-se pelo fato de que o serviço estava comprometido com ações de educação em saúde previamente agendadas para o período, além de fechamento anual de cadastros de famílias.

Devido a essa sobrecarga de trabalho, a partir do mês de dezembro os ACS revezaram-se em escala de férias. Portanto, para não prejudicar o andamento do trabalho no Núcleo e para viabilizar que todos os ACS participassem, optou-se em flexibilizar as datas dos encontros, aliando a necessidade do serviço e ao interesse da pesquisa, de que todos os participantes estivessem presentes.

O procedimento de coleta de dados utilizado neste estudo foi a realização de grupos focais. Constitui-se um método qualitativo que privilegia a comunicação interpessoal no contexto grupal e tem como objetivo de levantar e gerar informações e possui qualidades características, como a praticidade e rapidez na coleta de dados, flexibilidade na aplicação do método (POPE; MAYS, 2005).

Rabiee (2004) define o grupo focal como uma técnica que utiliza entrevistas de grupo em profundidade. Os participantes são selecionados a partir de critérios estabelecidos nos objetivos da pesquisa e constitui-se como uma amostra de uma população que se pretende investigar, embora não necessariamente representativa. Estes são levados a discutir e refletir sobre um assunto específico, para que o pesquisador conheça e compreenda o que o grupo tem a dizer sobre determinado tema.

Quanto ao número da amostra na pesquisa qualitativa, Minayo (2010) pondera que esta tem como critério o aprofundamento e a compreensão abrangente das relações de determinantes e determinações da realidade estudada, não tendo com foco a generalização. Sendo assim, não baseia-se no número da amostra para assegurar representatividade.

Quanto à estruturação, os grupos focais devem possuir um conjunto de perguntas pré-determinadas e semi-diretivas, mas a discussão é de fluxo livre. As opiniões e comentários dos participantes devem estimular e influenciar a formação do pensamento grupal. Quando o grupo é constituído por pessoas que já se convivem entre si (como é o caso deste estudo), entra em cena a perspectiva do processo grupal pré-existente e os conhecimentos e percepções compartilhados cotidianamente. (BLOOD *et ali*., 2002).

Sendo assim, apresenta-se como uma perspectiva inovadora de pesquisa em saúde, por abarcar a dimensão do grupo social e as relações de experiências compartilhadas, possibilitando inclusive o entendimento das práticas de saúde e a percepções dos trabalhadores da área. (CARLINI-COTRIM, 1996).

Gondim (2003) fala do caráter clínico dos grupos focais, no sentido de aprofundar na dinâmica psíquica grupal, a partir da compreensão e identificação das crenças, sentimentos e comportamentos e das possíveis viéses nas práticas de trabalho.

Neste estudo, para cada grupo focal, foi utilizado um roteiro de condução contendo perguntas abertas, sendo uma forma de direcionar a discussão para as questões propostas para nos objetivos do estudo. Em cada encontro foi apresentada uma pergunta central e outras estimuladoras, referentes ao seu trabalho:

1º encontro: Como é o trabalho que vocês realizam? (central)
Como é o trabalho com as famílias de usuários de SPA?
Como é lidar com essa demanda?

2º encontro: Já vivenciaram alguma situação, no decorrer de visitas domiciliares envolvendo o uso de SPA?(central)
Como foi essa experiência?
Teve algum desdobramento ou conseqüência no trabalho que realizam?

3° encontro: Como percebem sua atuação no que se refere ao uso de SPA? (central)
No que pensam que podem melhorar?

4º encontro: Na sua opinião o que poderia ser melhorado na atenção ao usuário e às suas famílias? (central)

O que poderia ser implementado no serviço?

O que poderia ser implantado para ajudar a equipe?

Foram realizados oito grupos focais, quatro em cada Núcleo. Os encontros tiveram duração média de 75 a 90 minutos cada um, sendo realizados no período da tarde, no horário de trabalho dos ACS.

As discussões propunham-se a explorar e aprofundar a discussão sobre as questões feitas, buscando identificar temas relevantes e estabelecer a relação de complementariedade temática, já que permitiam a livre exposição de situações especificas do trabalho do ACS, incluindo aquele junto aos usuários de SPA e familiares e as experiências passadas, além da percepção da rede de atendimento em saúde e no próprio núcleo até a visão de questões mais amplas, como as políticas públicas.

As perguntas de condução dos grupos focais foram utilizadas como um guia, uma referência para as discussões no grupo, mas não restringiram a flexibilidade de retomada de temas e a inserção de assuntos correlatos ou complementares.

A cada início de encontro, a pesquisadora realizava uma breve síntese dos assuntos abordados no grupo anterior e em seguida eram feitas as perguntas definidas para aquele encontro, estabelecendo-se um nexo de idéias e opiniões com as novas questões inquiridas aos participantes.

Para garantir o anonimato, foi adotada durante as transcrições a sigla AC e conforme o lugar que o profissional sentou no primeiro encontro (disposição das cadeiras sempre em meia-lua), estabeleceu-se o número de acordo com sentido horário em relação à posição da pesquisadora, ficando estabelecido da seguinte forma: AC1, AC2, AC3 e assim consecutivamente. Para identificação do Núcleo ao qual o ACS pertencia, foi acrescentado à sigla e ao número, as letras A ou B, usadas para diferenciar os serviços.

Já em relação às pessoas mencionadas durante os grupos, adotou-se a sigla do primeiro nome. No entanto, para assegurar o anonimato e o compromisso de sigilo, foram omitidas siglas de profissionais vinculados a serviços de saúde ou a algum acontecimento específico, que poderia ser identificados.

Todos os encontros foram registrados na íntegra em audiogravações em gravador digital, estrategicamente posicionado em local visível, com ciência e permissão prévia dos participantes.

3.6. Tratamento dos dados

Este estudo foi trabalhado conforme as diretrizes da análise de conteúdo de Bardin (2010), especificamente a técnica da análise categorial. Constitui-se em um conjunto de operações de desmembramento do texto em unidades e em categorias em reagrupamentos análogos. A análise temática, base para a formação das categorias, é uma forma adequada e eficaz de apreensão de significações manifestas.

Trata-se de um compilado de técnicas de análise das comunicações e apresenta três fases fundamentais: a pré-análise (organização do material), descrição analítica (síntese de ideias convergentes e divergentes) e interpretação referencial (embasamento empírico e conexão de ideias). Outro ponto para a análise de conteúdo é a não a restrição ao conteúdo manifesto, ocupando-se também dos elementos latentes, como a ideologia e tendência de interpretação dos fenômenos sociais, visando a compreensão das nuances dinâmicas, estruturais e históricas do que é expresso pelos entrevistados (TRIVIÑOS, 1987).

A categorização é um processo estruturalista de análise e divide-se em duas etapas: isolar os elementos (inventário) e repartir e organizar os elementos (classificação). O agrupamento dos temas é feito a partir das partes em comum entre eles, mas também é possível através da utilização de critérios de analogia. Vale ressaltar que neste estudo a formação das categorias seguiu o processo de fornecimento dos sistemas de categorias, onde os temas foram classificados, organizados e repartidos conforme eram identificados no material coletado. (BARDIN, 2010).

O material obtido nas audiogravações foi transcrito na íntegra, obedecendo a ordem de realização dos encontros e do Núcleo de PSF, ou seja, os quatro grupos

do primeiro serviço pesquisado foram transcritos integralmente, posteriormente este processo foi realizado com o segundo Núcleo.

Inicialmente, foi necessário um processo de familiarização, onde foi feito contato sistemático com o conteúdo coletado, com o objetivo de obter uma visão global do material e apreender detalhes deste. Isso correspondeu a ouvir as gravações de duas a três vezes, digitar, proceder à sua leitura e reler sempre que necessário as transcrições de cada grupo focal.

A partir deste processo, estabeleceu-se o critério de nível de relevância, conforme intercessão de frequência de menções do tema pelos ACS e a frequência de aparecimento nas reuniões, convencionados da seguinte forma:

Quadro 01: Níveis de relevância por temas a partir da intercessão versus número de participantes

Menção por número de reuniões	Menção por número de participantes	Relevância
Todas reuniões	Todos os participantes	**MUITO RELEVANTE (MR)**
Todas reuniões	4 a 3 participantes	
3 reuniões	Todos os participantes	
Todas as reuniões	2 participantes ou menos	**RELEVANTE (R)**
2 reuniões ou menos	Todos os participantes	
4 a 3 reuniões	4 a 3 participantes	
2 reuniões ou menos	4 a 3 participantes	**POUCO RELEVANTE (PR)**

Então, foi feita a identificação da estrutura temática, onde os temas relevantes para cada Núcleo eram identificados e foram subdivididos. Para tanto, foram feitos grifos de diferentes cores para cada tema e anotações de ideias e interpretações (em frases curtas) nas margens do texto. Assim, os temas foram classificados e agregados a partir dos níveis de relevância, estabelecendo-se as categorias.

Posteriormente, foram estruturados quadros contendo recortes das falas representativas por temas (anexo).

Vale ressaltar que nesta etapa as categorizações foram feitas separadamente por Núcleo de PSF: primeiro um, depois o outro. Assim, foram estabelecidos níveis de relevância para os temas emergentes, classificados conforme apresentado abaixo:

Quadro 02: Presença dos temas e sua relevância por grupo

TEMAS	GRUPO A	GRUPO B
Trabalho na comunidade	PR	PR
Organização do trabalho	PR	PR
Participação em reuniões	MR	PR
Suporte à família	MR	MR
Vínculo contínuo	MR	MR
Impotência	MR	R
Perfil dos casos	MR	MR
Capacitação específica	PR	PR
Rede frágil de atendimento	R	R
Intervenções específicas do NSF	R	MR
Visão sobre o uso de SPA	R	R
Visão sobre o usuário de SPA	MR	MR
Visão sobre a família do usuário de SPA	MR	R
Fragilidade das políticas públicas	R	PR
Dispositivos de encaminhamento	R	MR
Sobrecarga ocupacional	------	PR
Medo	------	MR
Mapeamento dos problemas da área- uso e tráfico	------	MR

No decorrer do tratamento dos dados, concluiu-se que o conjunto de temas coletado dos dois Núcleos e analisados a partir de seu nível de relevância e ou complementariedade temática, convergiram a cinco categorias: ação do sujeito do cuidar, sentimentos associados ao trabalho, conhecimentos e crenças, atendimento

à saúde e especificidades do trabalho do ACS. Sendo assim, os temas convergentes aos dois grupos formaram as categorias supracitadas, dispostas da seguinte maneira:

Quadro 03: Definição das categorias a partir dos temas emergidos no material das reuniões

CATEGORIAS	TEMAS
• **Sujeito da ação de cuidar (SAC)**	- suporte à família - vínculo contínuo - perfil dos casos - participações em reuniões
• **Sentimentos associados ao trabalho (SAT)**	- impotência - medo
• **Conhecimentos e crenças (CC)**	- visão do uso de SPA - visão do usuário de SPA - visão da família do usuário de SPA - mapeamento de problemas relacionados ao uso e tráfico de SPA ilícitas
• **Atendimento em saúde ao usuário de SPA e famílias (AS)**	- dispositivos de encaminhamentos - intervenções especificas do NSF - rede frágil de atendimento -fragilidade das políticas públicas
• **Especificidades do trabalho do ACS (ET)**	- Trabalho na comunidade - Organização do trabalho - Capacitação específica - Sobrecarga ocupacional

A partir da análise dos níveis de relevância, percebeu-se que a categoria SAC aparece como central, seguida das categorias SAT, CC e AS, estas praticamente no mesmo patamar de relevância para dois os grupos. Já a categoria ET é considerada como periférica (considerada pouco relevante) pelos participantes.

Para a estruturação de boas categorias, conforme orienta Bardin (2010), respeitou-se neste estudo os critérios de exclusão mútua (um tema em apenas uma categoria); a utilização de um único princípio de classificação e organização das categorias (homogeneidade); adaptação do tema à categoria (pertinência); e objetividade e fidelidade das informações.

As categorias finais (neste estudo referidas como periféricas) foram formadas pelos temas considerados menos relevantes pelos dois grupos e os divergentes (que apareceram em apenas um grupo).

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Para um melhor conhecimento dos participantes, foram obtidos dados pessoais e informações de experiência de trabalho, através da ficha de caracterização dos ACS (apêndice), que proporcionou as seguintes informações: dos 11 participantes, oito eram mulheres e três homens, com idade entre 43 a 60 anos, sendo nove casados e dois divorciados; quanto a religião, sete são católicos e quatro evangélicos; sobre a escolaridade, sete concluíram o ensino médio, três o superior e um tem o ensino superior incompleto; em relação ao local de moradia, sete residem na área de abrangência do Núcleo em que trabalham e quatro não moram; seu tempo de trabalho nos núcleos variou entre sete e doze anos; quanto a casos de uso de SPA na família, seis afirmaram ter pelo menos um familiar que apresenta uso problemático de SPA.

Na sequência são apresentados os resultados da análise qualitativa por categoria, contemplando as informações que incluem as percepções dos ACS dos dois Núcleos pesquisados, sobre o trabalho que realizam junto a usuários de SPA e famílias.

4.1. Sujeito da ação de cuidar

Neste estudo, o tema suporte à família foi apontado como principal atribuição do trabalho do ACS pelos dois grupos. É descrito e relacionado às intervenções junto aos usuários de SPA e principalmente, de seus familiares, sendo caracterizado como práticas de interação e escuta ativa ofertada pelo ACS para a família:

" Só da gente estar lá conversando, você ouve toda a história (...) o suporte é esse."
"Porque você escuta a história, o sofrimento daquela mãe (...)".

Tal suporte é oferecido durante as visitas domiciliares, a partir da escuta das questões e do sofrimento vivenciado pela família, comumente mencionado pelos ACS como ‘desabafo’:

“(...) A gente visita a família, escuta e vê no que pode ajudar (...)
“Da minha parte, eu percebo que é mais um desabafo do familiar (...)”

Os ACS percebem que o desabafo é último recurso das famílias da área, feito apenas quando não conseguem mais lidar com a situação ou estão no seu limite emocional:

“(...) A impressão que dá é que quando eles falam é porque já estão no limite, precisando conversar. Eles tentam não tocar no assunto (...)”
“Mas os familiares se reservam até o último minuto. Quando desabafam é porque não estão aguentando mais (...)”.

Outra característica do suporte é o de acolhimento de expressões e relatos advindos de familiares, principalmente das mães e raramente do próprio usuário:

"(...) Geralmente, é uma esposa, uma mãe que fala (...)"
"Não é a pessoa envolvida com a droga que comunica com a gente. É alguém da casa, um parente que está li perto (...)" .
"(...) Quem fala com a gente é sempre a mãe ou a esposa (...) no máximo um irmão (...)"

Neste contexto, os ACS afirmam adotar uma postura empática junto às famílias, demonstrando disponibilidade para a escuta e compreensão frente aos relatos:

“(...) Pra família, eu tento ser solidária, me colocar à disposição (...)”
“(...) A gente escuta, tenta ajudar, às vezes chora junto com aquela mãe, porque a gente é mãe também, né? (...)”.

Nos encontros, observa-se que os ACS colocam-se como profissionais que, com atuação junto à comunidade, têm contato direto com as demandas de sofrimento da família. Pela proximidade e configuração do seu trabalho, tornam-se ouvintes e agentes de apoio privilegiado. Apresentando disponibilidade na relação de ajuda, procuram verificar as necessidades da família e as possibilidades existentes no próprio Núcleo e no município:

"E quando você encontra uma coisa que a equipe não tem suporte que aquela família precisa, então a gente buscar parcerias fora',
"Tem muitas famílias que às vezes você tem que aprofundar mais sim, buscar recursos em outros lugares, ir tentando (...)"

Os grupos relatam que nos casos que encaminham para os serviços da rede pública, procuram a corresponsabilização e o seguimento destas famílias também no território, através de visitas domiciliares mais frequentes:

"(...) a gente continua visitando sempre aquela família. Quando a gente vê que precisa, a gente vai mais, volta sempre, sabe? (…)"
"(...) é a gente sempre volta, pra ver como tá, como não tá (...)"

Percebe-se que no suporte às famílias de usuários de SPA, os ACS costumam acolher o sofrimento e as dificuldades de maneira próxima e empática. Consequentemente, de acordo com as necessidades demandadas, os grupos avaliam as possibilidades de intervenção e encaminhamentos para atendimento especializado na rede pública.

O tema vínculo contínuo também foi muito mencionado pelos grupos, sendo considerado um aspecto importante para a viabilização do trabalho e a matriz do relacionamento dos ACS com a comunidade. Reconhecem seu papel estratégico nos Núcleos, pois identificam que o vínculo com a população é estabelecido primeiramente e de maneira mais duradoura com eles. Além disso, o vínculo é percebido como fator condicionante para o trabalho; dele depende a realização de

intervenção e prestação de assistência junto à família e como estas serão estruturadas:

" O trabalho é de acordo com o vínculo, né? Com o vínculo que você tem."
"De acordo com o vínculo que você tem com o familiar dele mesmo, eles por si só falam. E aí a gente tem uma conversa aberta, né? Pergunta como é que é (...) E trabalha nesse sentido (...)",
"(...) Tem família que eu tenho um vínculo bom, conheço a história. Se a gente conhece, consegue ajudar (...)".

Consideram também que o trabalho *in loco* os colocam como elo do serviço com a comunidade, inclusive levando demanda de atendimentos para os Núcleos:

" ... o vínculo é sempre maior com a gente"
"(...) a gente tá ali na área (...) A gente é que traz as demandas para o núcleo (...)"

Para os ACS, o vínculo é percebido como uma consequência do reconhecimento do trabalho que realizam, que consideram ser bem-visto e bem recebido pela população:

"(...) Eu acho que todo mundo recebe a gente bem (...) A gente sempre escuta falar muito bem do nosso trabalho (...)",
"(...) A gente tem vínculo, eles gostam e confiam muito no que a gente fala (...)".

A relação de confiança dos ACS com a população, segundo o entendimento deles, também ocorre em função do tempo de trabalho na área: quanto maior o tempo, maior o vínculo. O fator de antiguidade no trabalho possibilita um vínculo privilegiado, até mesmo se comparado aos demais profissionais do Núcleo:

"(...) com as meninas que chegaram aqui há mais tempo, o vínculo, a confiança é maior ainda (...)"
"(...) tem muita coisa que o pessoal já te conhece, fala pra gente e não fala nem pro médico (...)"

No que diz respeito especificamente ao vínculo com o usuário de SPA, verifica-se certa ambivalência nas percepções dos participantes. Segundo o que foi relatado, esta demanda apresenta pouca ou nenhuma vinculação com a figura do ACS e reiteram a dificuldade de abordagem:

"O jovem é mais retraído, rebelde (...) Eu vejo que eles não te dão abertura, esconde mais, né?"
"(...) Não querem falar, não querem falar sobre isso (...)"
“(...) Eles não querem saber da gente enchendo o saco (...)”

No entanto, segundo os ACS, os usuários de SPA demonstram certo vínculo com os Núcleos de PSF, especialmente quando necessitam de cuidados clínicos:

“(...) Eu até acho que eles vem muito aqui. Sempre vem noiado, mas estão sempre por aqui (...)”,
“(...) Eu acho que eles tem vínculo com o serviço. Quando precisam, vem aqui (...)”.

Desta forma, os grupos percebem vínculo esporádico do usuário de SPA com o serviço. Identificaram que a melhor forma de estabelecer vinculação com esta demanda é colocar a si mesmo e o serviço à disposição:

“(...) A gente deixa o serviço de portas abertas. É importante estar próximo a eles, mesmo que não queiram parar (...)”.

De maneira pontual, os ACS percebem que possuem mais facilidade de formação de vínculo com a população idosa:

"(...) A gente tem o vínculo maior é com os idosos.",
"Mesmo os idosos que bebem e ainda usam droga, eles se vinculam mais a nós (...)".

Portanto, o estabelecimento de vínculo foi percebido como pré-requisito para toda a atuação do ACS junto a familiares de usuários de SPA, de acordo com o vínculo ele poderá oferecer escuta ativa, dar orientações e realizar encaminhamentos.

Os dois grupos percebem que o estabelecimento da relação de ajuda depende das necessidades e demandas apresentadas pela família. Já em relação ao usuário de SPA sua percepção modifica-se, pois na maioria dos casos, pouco se vinculam a eles e ao seu trabalho de maneira contínua (como acontece com as famílias), apresentando o comportamento de procura pelo núcleo quando estão com algum problema clínico.

Em relação ao perfil dos casos, os dois grupos foram capazes de mapear o perfil dos usuários com problemas de uso de SPA nas suas respectivas áreas.

Segundo os ACS de um dos Núcleos, nos casos de sua área predominam o uso abusivo crônico de álcool pela população idosa, no entanto também relataram a ocorrência de uso de SPA ilícitas entre esta população:

"Aqui a gente tem mais caso com idoso, idoso que usa álcool (...)",
"(...) O perfil é mais ou menos assim, o mesmo: com idoso, você tem mais casos de álcool, com alcoolismo, né?".
"Aí tem um ou outro que usa droga também (...)"

Entre os idosos, foram mencionados exemplos de negligência familiar, em duas situações: sendo ele a pessoa negligenciada por parente usuário de SPA ou ele sendo usuário crônico de álcool e negligenciado pela família. Alguns casos tiveram mais atenção e pareciam mobilizar mais o grupo, sendo retomados em várias oportunidades:

"(...) O filho era usuário pegava a aposentadoria (...) vivia numa situação de abandono total (...)"
"Era um senhor que bebia sozinho em casa. Ele tinha filho, nora, neto (...) Só que vivia numa situação de abandono.".
"Eu tenho um caso de um senhorzinho, também em situação de abandono (...) ele toma todas. É terrível (...)".

A questão dos idosos foi também levantada nas discussões e reflexões acerca do uso de álcool, onde foi abordado o passado laboral desse grupo, a partir do relato de alguns ex-funcionários de uma cervejaria que residem na área:

" (...) Tem pessoas idosas, principalmente no bairro ..., que trabalhavam na empresa..., que era liberado a bebida para os funcionários. Então, muitos deles adquiriu o vício no trabalho, na fábrica (...)".

Portanto, o uso crônico de álcool nos idosos causa comoção entre os ACS, pois o percebem como pessoas mais vulneráveis psicológica e socialmente:

"(...) Negligência com idoso são coisas que pegam mais, muito difícil de ver (...)"
"(...) Era uma solidão, muito triste e solitário (...)",
" (...) Mas você vê que ele tá cada dia mais fraco, cada dia mais confuso e debilitado, uma dó (...)"

Apesar dos relatos enfatizarem a faixa dos idosos como a predominante, os ACS de um dos Núcleos reconhecem a existência de jovens usuários de SPA ilícitas na sua área de abrangência:

"Mas tem casos de jovens também. (...)"
"Tem muitos jovens aqui na área também, que fazem uso, caso assim de cocaína, crack (...)"
"(...)Tem caso até de criança (...)"

Assim, percebe-se que na área de um Núcleo, apesar da prevalência de idosos, a população usuária de SPA aparentemente não é uniforme, visto a coexistência de casos que vão desde o uso crônico de álcool até uso agudo de SPA ilícitas em diferentes faixas etárias.

Quanto aos casos existentes na área no outro Núcleo, os registros das discussões nos grupos mostram um perfil mais homogêneo. Os ACS apontam que o

uso problemático de SPA na área é dos casos que envolvem uso agudo de SPA ilícitas entre a população jovem, ocorrendo em idade cada vez mais precoce:

"(...) aqui tem crianças de 9, 10 anos estão começando a usar droga (...)"
" Tem os adultos que usa e ficam aliciando os pequenos (...) tá começando muito cedo (...)"
"(...) Então, tem área com mais problema, que tem muita criança, adulto jovem que já tá usando (...)".

Casos de crianças em situação de abandono, negligência e violência decorrentes do uso de SPA de pais ou outros familiares também são relatados e considerados mais difíceis quanto manejo e acompanhamento:

"Tem uma família que dá mais angústia, porque tem muita criança. E os adultos não cansam de usar droga (...)"
"(...) São situações que pegam mais, como ver sofrimento de criança, negligência de mãe que usa droga (...)",
"(...) Eu via criança de 6, 10, 12 anos naquela situação de pobreza, de droga, era uma angústia muito grande (...)".

Relacionado a isso, os ACS citam casos que envolvem adolescentes usuários de SPA e que exigem ações que extrapolam a assistência à saúde, por configurarem também situações de vulnerabilidade e violação de direitos:

"(...) Tinha um caso de uma menina que a mãe estava desconfiando que além de usar droga, ela também estava se prostituindo (...)",
"(...) Tenho um caso que agora o conselho acompanha, de uma menina que várias coisas acontece lá na casa, coisas ilícitas (...)".

Também foram mencionados casos envolvendo violência doméstica e intrafamiliar relacionados ao uso de SPA:

“(...) A questão é que ele além de usar muita droga, ele batia na esposa, que tava gestante (...)"
“(...) Ele ficava violento, a família tinha medo (...)”.

Também houve relato de assassinato motivado por dívida de droga na área:

“(...) Tem o caso de uma família, que tinha um varejão aqui no bairro. Um filho deles tava devendo R$ 5,00 de uma pedra (...) mataram ele à tijolada (...)”.

Diante disso, há fortes indícios de que os casos acompanhados pelos ACS dos dois Núcleos guardam algumas diferenças características: em um, os casos mais frequentes envolvem pessoas idosas com uso crônico de álcool e casos pontuais de jovens usuários de SPA ilícitas. No outro, parecem ser casos de usuários com questões que envolvem situações agudas decorrentes ao uso de SPA ilícitas. No entanto, os dois os Núcleos apresentaram exemplos das duas situações.

Outro tema abordado pelos grupos foi as reuniões de equipe. Apesar de apresentarem níveis de relevâncias distintos para cada um, reconhecem o seu papel e importância estratégicos, inclusive para planejamento de assistência e corresponsabilização de casos.

Entretanto um grupo dá maior ênfase ao aspecto formativo e de aprendizado propiciado pela discussão dos casos, enquanto o outro menciona o caráter administrativo das reuniões.

Uma das principais características atribuídas às reuniões pelos ACS é ser uma possibilidade de compartilhamento de ideias e conhecimentos e espaço de troca de informações e discussão. É percebida como apoiadora e fomentadora de novas práticas, um repensar amplo das práticas habituais de trabalho, que agrega e divide saberes específicos:

"A questão da reunião, de discussão, de caso de família, eu acho muito rico."
"(...) você traz pra conversar aí tem 10 cabeças, às vezes 10 profissionais de áreas diferentes, que ajuda a pensar, né?" “...porque é uma coisa que ajuda a pensar, porque tem com quem dividir.".

Outro aspecto importante das reuniões, segundo os ACS, é viabilizar a estruturação de ações conjuntas e multiprofissionais, através de pactuações com a equipe do Núcleo:

"A reunião é uma forma de pensar o que a gente vai fazer. é o momento que tem um monte de profissionais, de diversas áreas (...)",
" Na reunião a gente distribui os devidos encaminhamentos (...)"

Neste sentido, os ACS afirmam que a realização de reuniões periódicas também assegura que as ações pactuadas na equipe sejam concluídas e tenham devolutivas para a equipe:

"(...) Lembra que você ficou responsável de ver aquela tal coisa? E aí, deu certo? Como que tá? (...) Aí depois tem como cobrar da equipe as articulações, o que foi amarrado, as dificuldades (...)"

Foi a solução encontrada para um problema que acontecia anteriormente, quando as reuniões eram esporádicas e não faziam parte da rotina de trabalho dos Núcleos:

"A questão é que eram muitos casos ficavam no esquecimento. Ficava tudo perdido (...)"depois ninguém dava continuidade, sabe?"

Outro aspecto das reuniões de equipe, segundo os ACS, é reafirmar o sentimento de pertença e de fortalecimento do trabalho em equipe:

"Porque pensamos: somos uma equipe. Eu tô trazendo um problema da equipe para a equipe(...)"

As reuniões com foco no aspecto administrativo também foram mencionadas pelos grupos, aparentemente mais relevantes para um deles, com foco na discussão de ações realizadas fora do Núcleo com vistas a estruturar vínculos na comunidade, com os outros Núcleos de PSF e com a Secretaria de Saúde:

“(...) A gente vai em reunião fora quando tem que reunir com outros núcleos (....)”
(...) com os outros núcleos, o pessoal leva os problemas que estão tendo (...)”
“(...) tem reunião que a gente vai para a secretaria (...)."

Diante do exposto, reuniões de equipe parecem ser importantes para a discussão e condução dos casos e de aprendizagem, além de constituir-se como estratégia de fortalecimento do papel do ACS na equipe. Também foram citadas as reuniões que acontecem fora do Núcleo como um meio possível de fortalecimento de ações conjuntas com os demais Núcleos da região.

.

4.2. Sentimentos associados ao trabalho

O sentimento associado ao trabalho comum aos dois grupos de ACS e espontaneamente mencionado, foi o de impotência. Já o medo, foi fortemente mencionado por apenas um deles.

O sentimento de impotência é vivenciado de maneira constante no trabalho junto às famílias de usuários de SPA, especialmente nas ocasiões de escuta do sofrimento familiar. Referem-se a ele frente a auto percepção de desamparo e menos-valia, vivenciados no contexto de suporte às famílias, sentimentos também referidos como frustração e angústia:

"O sentimento é de impotência mesmo, de não saber o que fazer.".
"Dá angústia de ver aquilo ali e ficar de mãos amarradas, porque eu não tenho condições de fazer nada (...)"
"Eu me sinto muito mal, muito frustrada (...) porque já foi feito de tudo e nada (...)"

A impotência parece ser vivenciada a partir de vínculo estabelecido, da posição empática e de identificação que os ACS têm em relação aos familiares, especialmente as mães dos usuários de SPA:

"São situações que você conversa com a família e deixa a gente muito mal(...)"
"(...) Você vê o sofrimento daquela mãe (...) pra gente é muito difícil. Porque a gente também é mãe, né?"
"Então, você acaba sofrendo, porque nós somos humanos. E a impotência é muito grande assim (...)".

Talvez outra razão para vivenciar o sentimento de impotência seja devido à percepção de que as intervenções realizadas junto aos usuários de SPA e famílias têm pouca ou nenhuma resolutividade, a qual é compartilhada pelos dois grupos:

" A gente faz um trabalho que às vezes não tem impacto, não faz diferença."
"(...) O nosso trabalho é muito limitado (...)"
"(...) era feito ou já vinha sendo feito e não adiantava (...)".

Parecem atribuir essa falta de efetividade à ausência de recursos e habilidades pessoais para assistir as famílias, o que agrava o sentimento de impotência:

" Tem hora que eu penso: meu Deus, vou ter que voltar lá e não tenho nada a oferecer para esta pessoa (...) Eu não tenho nada, nem um artifício para aproveitar","(...) A gente não sabe o que faz, não sabe nem por onde começa (...)".
"(...) Um trabalho eficiente a gente não consegue fazer, fica só num trabalho indireto, de escutar a família e tal (...)"

A última fala acima evidencia que o escutar a família parece não ter sido incorporado pelo ACS como uma etapa imprescindível para o estabelecimento de uma ação de cuidado.

Apesar dos grupos mencionarem as intervenções como infrutíferas, elas são constantemente pensadas e tentadas e inclusive percebidas como uma possibilidade de apoio:

"(...) Mas a gente vai tocando, fazendo o que pode, dentro do possível."

"(...) a gente está sempre por ali, dando apoio (...)"

Apesar de todos os sentimentos de sofrimento emocional mencionados pelos ACS, parece existir uma percepção comum de que, ao menos parcialmente, estão atuando frente aos problemas decorrentes do uso de SPA, o que minimiza a percepção de não estar fazendo nada:

"(...) Assim, a gente se sente aliviado, de consciência tranquila com o nosso trabalho. Porque você pensa: a gente vai, a gente faz, conversa (...) faz o que pode."
"(...) é um trabalho de formiguinha, sem grandes resultados, mas sempre ali junto (...)"

Percebe-se ainda que o pessimismo em relação ao seu trabalho, cede lugar a um sentimento de que algo de efetivo é feito, talvez quando a expectativa de resultados não é imediata (*trabalho de formiguinha*) e o ouvir torna-se uma habilidade valorizada.

O sentimento de medo foi muito mencionado e apresentou-se como um tema muito relevante para um Núcleo específico. Foi introduzido já no primeiro encontro, como parte integrante da rotina de trabalho dos ACS:

"(...) Isso é outra coisa do nosso trabalho é a sensação de medo, de insegurança, né?"

Sendo justificado pela percepção de que o ACS fica exposto e vulnerável na realização de seu trabalho:

"(...) Olha, eu vou ser sincera: eu tenho muito medo (...) Porque a gente dá a cara à tapa, né"(...) é difícil, é perigoso (...)", "(...) O nosso trabalho é na comunidade, então a gente fica exposto (...)"

O medo também parece ser vivenciado pela comunidade e decorre da percepção de que houve aumento de criminalidade na área, principalmente assaltos:

“(...) Tem a parte de assalto que aumentou muito (...) O pessoal aqui da área tá muito amedrontado (...)”
“Eu percebo que essa sensação não é só da gente não, é de todo mundo (...)”

O medo foi relatado, sobretudo, na realização de visitas domiciliares nas áreas consideradas de maior violência e criminalidade, pois o acompanhamento das famílias faz que tenham informações que consideram perigosas, principalmente com o envolvimento de pessoas da área com atividades de tráfico de drogas. Tal sentimento é inclusive reforçado por ameaças feitas a um dos ACS:

“(...) Porque tem coisa que a gente fica sabendo que ninguém gostaria, preferia nem saber (...)
Porque acaba que a gente se compromete, de uma forma ou de outra (...)”
“(...) Eu vou naquela casa com medo de chegar um lá cobrando, dando tiro e eu estar ali dentro (...)“
(...) Como já fui ameaçada, fico com medo (...)”“(...) Eles ameaçam: ‘o que você tá olhando? Vai cuidar do seu serviço!’(...)”.

Percebe-se que tais manifestações de pessoas presentes em alguns espaços da comunidade visitados pelos ACS, estão os deixando temerosos quanto à sua segurança e integridade física. As expressões evidentes de hostilidade que os ACS percebem por parte de algumas pessoas aumenta ainda mais o medo no grupo:

“(...) Um veio peitando, perguntando o que eu queria, o que eu tinha que ver com a vida dos outros (...),
“(...) Ele ficava falando que ia dar um tiro na boca de certa pessoa que falava que era da saúde e se metia onde não era chamada (...)”

Essas falas evidenciam que o medo é um sentimento constante no trabalho diário, principalmente no acompanhamento de famílias que possuem pessoas envolvidas em atividades de tráfico. Isso porque quando são feitas denúncias à polícia ou órgãos competentes, os ACS percebem que podem ser apontados como denunciantes, já que tem contato frequente e conhecem a história familiar:

“(...) Porque se acontece uma denúncia já pensam: foi o agente comunitário ou o vizinho? (...) Eu vejo que já pensam na gente (...)”

Quanto às denúncias, os ACS afirmam que não deixam de denunciar quando verificam situações importantes de violação de direitos, mas tomam precauções importantes, como assegurar-se do anonimato:

“(...) Às vezes quando precisa mesmo, não tem jeito, eu faço denúncia anônima (...)
“(...) Eu só ligo se for denúncia anônima, a gente tem medo de dar o nome (...)”

Relatam ainda que, apesar de reconhecer a importância, evitam desenvolver ações educativas e de prevenção ao uso de SPA na área, por medo de retaliação por parte dos traficantes:

“(...) Eu não me sinto segura pra fazer grupo, ir pra praça, fazer campanha (...) não mesmo”,
“(...) Como a gente vai fazer um trabalho com o usuário e com prevenção botar a cara a tapa se não tem proteção de lado nenhum? (...)”.

Outra razão para o receio de estruturar ações na comunidade é que acreditam que ações de prevenção e conscientização vão interferir no mercado de tráfico de drogas na área:

“(...) Eu não gostaria de me envolver em coisas que vai me deixar mal com eles (...)”
“(...) Não faço porque tenho medo. Medo mesmo, pânico (...) Esse reduto aqui é deles. E eu vou fazer campanha contra? (...)”.
“(...) A gente é mãe, pai de família (..) A gente tem a perder, eles não (...)

Esta categoria evidencia que entre os sentimentos vivenciados, destaca-se o de impotência em ambos os grupos, no trabalho dos ACS junto a usuários de SPA e familiares, justificado pela percepção de limitações pessoais diante do sofrimento da família e de que suas intervenções não são efetivas. A identificação e postura

empática em relação aos familiares (especialmente as mães) parece agravar tal sentimento. No entanto, os ACS relatam que mesmo diante deste contexto, acompanham e procuram ajudar usuários e famílias dentro de suas possibilidades, mostrando-se solidários e escutando os relatos do sofrimento familiar e orientando o encaminhamento para os serviços disponíveis na rede pública.

Em um dos grupos, aparentemente devido às peculiaridades locais, o medo apresentou-se como o principal limitador do grupo quanto à estruturação de ações junto às famílias e usuários de SPA, tanto em âmbito individual (nas visitas domiciliares) como no coletivo, principalmente em relação a atividades de prevenção e orientação quanto uso de SPA, justificados a partir de acontecimentos relatados.

4.3. Conhecimento e crenças

Nesta categoria foi possível identificar as percepções que os ACS têm sobre o uso de SPA, sobre o usuário e sobre a sua família. Nas suas expressões revelam como vêem tais temas em uma dimensão abrangente, atribuindo causas, impressões e desdobramentos, de acordo com as experiências vividas na rotina de trabalho.

No que diz respeito ao uso de SPA, ambos os Núcleos iniciam a discussão dando conceituações formais enfatizando o caráter biologista, genético e hereditário proveniente talvez do conhecimento reproduzido na área de saúde como, por exemplo, em eventos educativos:

"Hoje é encarada como uma doença.
“(...) O cérebro não está funcionado de acordo (...)”
“(...) Pode ser também de família (...) A gente vê avô, pai, filho que bebe, que usa droga (...) coisa passada de geração pra geração, sabe?""(...)

Também se observa que a preocupação dos grupos é com o quadro de dependência de SPA já instalado, descrevendo situações em que o individuo não possui mais o controle sobre o uso:

“(...) O cérebro sente falta daquilo e a pessoa precisa de qualquer jeito (...) faz qualquer coisa (...)”

Porém outras concepções mais abrangentes se agregam às restritas ao contexto de doença:

"É um problema de saúde pública muito complexo (...)”

Essa visão ampliada do uso de SPA parece ter sido conformada a partir da vivência dos ACS com casos da comunidade, que segundo exposto anteriormente, têm dificuldade de manejo e resolutividade.

Nas discussões durante os grupos, os ACS agregaram outras definições e atribuíram o uso da SPA também a questões como o livre-arbítrio e falta de referências familiares:

"(...) Uma opção de vida, né?", “(...) Acaba sendo uma escolha da pessoa (...)”
"É a falta de referência, a pessoa não tem uma referência (...)"
"(...) as pessoas estão perdendo referência de tudo (...)"

Aspectos ligados à vulnerabilidade social também foram apontados como fatores desencadeantes para o uso de SPA e com essa percepção acrescentam ao problema uma perspectiva coletiva e social:

"Às vezes, ele não tem uma motivação, uma profissão, uma namorada, nada que motive ele a sair dali (...) o meio dele só oferece isso"
"(...) Você vê um moleque que não tem profissão, não tem nada (...) Então, não tem nada que levante ele, que motive a sair disso (...)"

Nas discussões com os dois grupos de ACS, percebe-se que estes parecem ter concepções distintas em relação os uso de SPA (especialmente o álcool) e as ilícitas:

(...) O olhar que as pessoas têm da bebida, a bebida é uma coisa (...) é diferente da droga, né? (...)"
"(...) Pra sociedade aí fora é normal, beber é uma coisa normal (...)"

Os ACS reiteram que a sociedade tolera, aceita e até mesmo incentiva o uso de álcool:

"(...) Socialmente parece que a sociedade aceita bem, principalmente entre os jovens"
"(...) A sociedade aceita bem o álcool (...)"

O alcoolismo é considerado um hábito socialmente aceito, adquirido precocemente e mantido ao longo da vida:

"(...) Porque este problema vem lá da juventude (...)", "Esse hábito começa lá na juventude e depois vai pela vida afora (...)"
"(...) No passar do tempo, isso vira um modo de vida, no meu ver (...)"

O uso do álcool também é percebido como uma forma para estimular o encontro com outros (amigos) e compartilhar momentos de lazer. No caso dos jovens, também seria uma forma de atender suas necessidades de identificação e pertença ao grupo:

"Também tem o prazer de encontrar os amigos pra beber, né?"
"(...) Pra sociedade é bonito beber (...) o jovem que não bebe é considerado estranho (...)"

No entanto, apesar de estarem cientes de que se trata de uma SPA lícita e socialmente aceita, os ACS têm consciência dos efeitos prejudiciais do álcool, a médio e longo prazo, com base nos exemplos dos casos que acompanham na área:

"(...) A pessoa vai perdendo tudo.(...) A única fonte de prazer é beber.",
"(...) A pessoa bebe, bebe, bebe até morrer (...)"

Portanto existe a percepção de que mesmo sendo apenas usuário de álcool, a pessoa tem muitas perdas, inclusive da saúde e pode vir a morrer do uso de uma substância tolerada pela sociedade.

Quanto ao uso das SPA ilícitas, os ACS dão mais ênfase às causas relacionadas a componentes emocionais intrínsecos do indivíduo, às suas vulnerabilidades e carências:

"(...) As ilícitas eu vejo mais uma fuga, né?",
"Falta de afetividade ou alguma coisa assim e a pessoa canaliza pra essas coisas (...)"

Os grupos atribuem a manutenção do uso das SPA ilícitas aos sintomas de abstinência, diferentemente do álcool, cujo uso é incentivado pela sociedade desde a juventude:

"Aí a pessoa passa muito mal e corre sempre atrás da bendita da droga (...) Aí vem a abstinência (...) Aí vem a recaída (...)"
"Quanto mais você usa, mais deprimido você fica. Dá aquele momento de satisfação, mas depois a depressão volte pior (...) e tem que usar (...)".

Nas últimas falas vai se configurando a percepção que construíram do usuário de SPA, como alguém que necessita de atendimento de saúde e cuidado, porque não teria a condição total de juízo crítico e autocontrole:

"(...) A pessoa não se controla(...)"
"A pessoa tá ali tá em situação de risco (...) Aí fica ali, a pessoa some, foge (...)

A pessoa não sabe lidar com aquilo ali (...) A pessoa que é viciada, entendeu? (...)"

O usuário de SPA é referido pelos ACS como pessoas com dificuldades individuais e emocionalmente frágeis, impotentes diante do "poder" da droga:

"Eu acho assim: se a pessoa entra numa dessa é porque é fraca. E ela não tem força para sair, né? "
"(...) A droga é negócio poderoso, domina a pessoa totalmente (...)",
"(...) Mas a dependência é uma coisa muito poderosa e você não vê a iniciativa da pessoa de sair disso. (...)".

Segundo os grupos, os usuários de SPA são pessoas já com quadro de dependência grave, percebidas com muito pessimismo e dominados por uma substância, cuja saída seria a interrupção do uso. No entanto, como não demonstram iniciativa para mudar, não têm recuperação, ainda mais quando considerada uma pessoa fraca e sem força.

Sendo assim, os ACS consideram difícil ajudá-lo, ficando sua atuação restrita ao acolhimento do sofrimento da família e encaminhamentos indiretos do usuário aos serviços de saúde:

"A gente só consegue trabalhar com quem quer deixar (...)".

O usuário de SPA também é visto como alguém imediatista, tanto que muitas vezes não há tempo hábil para efetivar o encaminhamento:

"O problema é que eles querem ajuda agora. Se você não conseguir imediatamente daqui 15 minutos corre o risco dele não querer mais (...) Muda de ideia tão rápido que não dá pra fazer nada (...)"
"(...) Já aconteceu de um pedir ajuda (...) aí você batalha pela vaga e na hora eles falam: 'não quero (...)"

Tal imediatismo é atribuído à necessidade que o usuário dependente tem da SPA, sendo considerado difícil manejar a fissura e atender ao pedido de ajuda em um tempo tão curto:

"(...)Infelizmente, é muito rápido (...) No desespero, vão correndo atrás da droga (...)",
"(...) Não aguentam ficar sem (...) o vício da droga é pior que a sede (...)"

Outro aspecto pontuado pelos ACS é o preconceito em relação ao usuário de SPA , comportamento verificado inclusive entre os profissionais de saúde:

"(...) Até profissionais da saúde tem muito preconceito diante dessas pessoas. Deixa a pessoa de lado e fala: 'Ah, deixa esse nóia aí, esse encosto (...)
"(...) Quando é alcoólatra, manda esperar até a pessoa cansar e ir embora (...)"
"(...) Eles tem um discurso, mas na prática a gente vê muito preconceito (...) é muito julgamento (...) Ninguém entende o lado do alcoolismo, do drogado (...).

Nesse contexto, os próprios ACS também se incluem como tendo atitudes preconceituosas pontuais:

"(...) Não vou falar que é só os outros (...) mas aqui entre nós eu vejo aqui também um preconceito, mas para se proteger (...)"
"(...) Vou ser sincera, não suporto quem mexe com esse tipo de coisa. Por mim, não mexeria com isso, com esse tema (...)"

Com esses depoimentos evidenciam-se comportamentos das equipes de saúde que denotam julgamento moral e que os ACS são críticos em relação a essa maneira de proceder com esse usuário. Ainda mais que em relatos anteriores deixaram patente a dificuldade que o indivíduo dependente tem para se manter em abstinência. Entretanto, parece ser difícil para eles agregar os conceitos que têm, referentes ao uso enquanto doença e crenças, que ratificam sua percepção deque o usuário de SPA é alguém sem controle no momento da intervenção. Os grupos

parecem não perceber que o usuário de SPA que vai ao serviço está fazendo um grande esforço.

Quanto à visão sobre a família do usuário de SPA, os dois grupos a apontaram como a parte que vivencia o maior sofrimento no contexto do uso de SPA, enfatizando a figura materna e a desestrutura familiar como consequência:

"(...) a droga judia não só a pessoa, mas a família toda."
"(...) Transforma a vida da família em um inferno (...)"
"(...) A família sofre muito com estas pessoas, porque desestrutura todo mundo da família."
"(...) a gente ouve mesmo as mães, que pra mim pagam o maior preço (...)"

Os ACS ressaltam ainda que é atribuída à família dar atenção e esforçar-se para lidar ao usuário, gerando uma sobrecarga de cuidados, principalmente de controle dos movimentos, que geralmente recai sobre a mãe, percebida como o membro da família mais presente e que oferece apoio constante:

"A família vira babá de pessoa. Não pode deixar ela sozinha senão vai buscar a maldita droga."
"(...) Toda a família faz um esforço imenso pra pessoa sair daquilo (...)"
“(...) Apoio mesmo, tá ali junto é a mãe (...)”
"(...) é sempre a mãe, no máximo, um irmão que estão ali para dar um apoio (...)".

Os grupos percebem ainda o sentimento de culpa e vergonha por parte das famílias, apontando-os como motivo de muitas vezes omitirem situações relacionadas ao uso de SPA:

"Às vezes, a família se sente culpada, né? Às vezes, sente vergonha, sente culpa e prefere não falar (...)"
"Tem família que esconde, esconde totalmente da gente, né? Por vergonha, sentimento de culpa e tal (...)"

Apesar dos ACS enfatizarem o sofrimento das famílias, também ponderam nas suas percepções a partir do que vivenciam, que elas têm de reconhecer a sua parcela de responsabilidade na questão do uso de SPA. Mencionam a desestrutura e falta de referências familiares no tocante ao exemplo e direcionamento de vida dos seus membros, como possíveis fatores desencadeantes do uso de SPA :

"São famílias, tão, mas tão desestruturadas(...)",
“(...) São famílias complicadas (...)”
"(...) Quando eu vejo esses casos, eu fico pensando no poder do exemplo (...) você ter um pai e uma mãe que te direciona(...)

Reconhecem ainda o pouco comprometimento que percebem por parte das famílias quanto a envolver-se e incluir-se no tratamento do usuário de SPA e criticam a ênfase que dão à internação. Os ACS concluem que os familiares devem ser os principais responsáveis pela busca de soluções e alternativas, inclusive submeter-se eles mesmos a tratamento:

“(...) Mas a família não quer nada com nada também (...) não quer ir atrás de se tratar (...) porque todo mundo tem que se tratar.”
“(...) Muitas querem se ver livres, internar e ponto (...)”.
“(...) Nós não podemos dar uma solução para a mãe, para a família (...) é a família que tem que saber que rumo tem que tomar (...)”

Nesses relatos aparece de maneira clara a concepção de que é o familiar é responsável em resolver o problema. No entanto, esse profissional, conforme exposto em item anterior, também se sente despreparado para estruturar ações resolutivas nos casos de uso de SPA.

Os problemas de uso e principalmente de tráfico de SPA ilícitas, já exposto em outros momentos, foi um tema específico e embora não mencionado por todos, para um grupo foi muito relevante, com a exposição de fatos e contextos percebidos, dentre eles o aumento significativo de episódios de criminalidade e violência local, relacionados ao tráfico de drogas.

Alguns ACS atribuem as mudanças do bairro em termos de segurança, à ação de desfavelamento da prefeitura em uma área da cidade e a transferência de parte dessa comunidade para aquela região. Isso, na concepção dos ACS, foi o diferencial e a partir de tal acontecimento percebem que houve um aumento dos assaltos e de ações de tráfico de drogas:

"(...) A gente associa, não só a gente associa, todo mundo associa com a época que a prefeita fez o desfavelamento (...) logo depois que eles vieram para essa área e começou a aumentar o número de assaltos, ponto de droga aqui no nosso bairro (...)"

Relatam existir áreas bastante demarcadas pelo tráfico na região do Núcleo, algumas consideradas mais violentas. Este fato mudou a relação dos ACS com os moradores, com impactos significativos quanto à acessibilidade ao local, já que são orientados a seguir imposições dos traficantes locais:

"(...) Tem lugar na minha área (...) tem um acordo de sinal na rua que pode entrar ou não (...)"
"(...) Quando entra lá, tem que tomar cuidado, porque é perigoso até a gente perder a vida numa dessa, trabalhando (...)".

De acordo com o que foi exposto nesta categoria, os ACS consideram as famílias, especialmente as mães, como as pessoas que demonstram maior sofrimento no contexto do uso de SPA. Por outro lado, enxergam nelas (famílias) uma parcela de responsabilidade, principalmente no sentido de falta de referência para seus membros e desestrutura familiar, além do pouco comprometimento nas propostas de tratamento.

A visão do uso de SPA em uma perspectiva geral, mostrou-se semelhante nos dois grupos. Iniciam atribuindo causas a concepções muito difundidas entre o meio científico, ou seja, o uso é visto como uma doença, portanto passível de tratamento. No entanto, em um segundo momento, o uso de SPA é conceituado como uma opção do indivíduo, estando relacionado às condições de vida e da dinâmica familiar. A concepção do uso como doença é mencionada de maneira

pontual, para justificar os encaminhamentos e a assistência na rede pública municipal.

As crenças em relação ao usuário de SPA, passam pela concepção de um indivíduo fraco, carente, com o juízo crítico comprometido, incapaz de se controlar na situação de abstinência, por isso não aceita esperar pelo tratamento. É, portanto, um "doente grave", vítima de uma substância poderosa que acaba ou acabou com ele, sendo, mesmo assim são vítimas de preconceito, inclusive dos profissionais de saúde (e mesmo dos ACS) que demoram a atendê-los na expectativa de que vão embora. Também é percebido como egresso de um contexto social que o torna vulnerável ao uso de SPA. No entanto, o usuário também é visto como uma pessoa dotada de capacidade de escolha, sendo o uso o resultado de livre- arbírio.

Quanto à família dos usuários de SPA, os ACS demonstram comportamento empático e compreensivo em relação às famílias, compadecendo-se do sofrimento expressado por estas. Por outro, enxergam na família uma parcela de responsabilidade, principalmente no sentido de falta de referências familiares (especialmente quanto às figuras materna e paterna) e pouco comprometimento nas propostas de intervenção sugeridas pelo ACS, comportamento quês e assemelha ao dos próprios usuários.

Percebe-se ainda que a instalação mais efetiva do tráfico em algumas áreas, está alterando as relações dos moradores com os Núcleos, via ACS, que não sentem segurança para desenvolver o seu trabalho, especialmente aquele voltado para a atenção ao uso de SPA, quanto à promoção e prevenção, ao tratamento do usuário e apoio dos seus familiares.

4. Atendimento à saúde

Esta categoria agrupou os temas referentes ao atendimento no próprio PSF e procedimentos de encaminhamento, tais como os dispositivos de atendimento, a articulação com os serviços da rede e percepções e opiniões sobre as políticas

públicas. Vale destacar que as expressões sobre políticas públicas emergiram no terceiro encontro com o decorrer das discussões, à medida que perguntas estimuladoras de reflexão foram feitas.

Ambos os grupos elencam de maneira sucinta os dispositivos de encaminhamentos existentes na rede pública municipal, descrevendo o fluxograma a partir da gravidade e das especificidades de cada caso. Os ACS também mencionam clínicas privadas como uma possibilidade de encaminhamento, porém afirmam que são mais utilizadas para os casos de uso de SPA ilícitas:

"(...) você encaminha pro CAPS, pro HC, pra UE e os casos mais sérios no Santa Teresa (...)"
"Caso de internação fica lá no Cuiabá (...), "(...)Pra desintoxicar mandam para a psiquiatria da UE (...)"

"(...) Aqui tem casos de pessoas que vão para as clínicas particulares, nestes casos de droga, né? (...)"

A partir da explanação dos serviços disponíveis na rede pública municipal, os ACS refletiram sobre a situação da rede de atendimento no âmbito municipal. As opiniões estendiam-se não só aos serviços citados propriamente ditos, mas a toda a situação de atendimento de usuário de SPA no município.

Segundo os grupos, o objetivo das intervenções do PSF é mais voltado para os encaminhamentos, através da sensibilização dos usuários de SPA e famílias quanto ao problema:

"(...) a gente encaminha, manda a pessoa vir aqui pras consultas (...) é um trabalho de encaminhamento (....)"

Os ACS enfatizaram sua avaliação negativa no que diz respeito à rede de atendimento do município, sendo ressaltada a dificuldade que encontram para a efetivação do encaminhamento. Apesar de apontar os dispositivos de atendimento e demonstrar conhecer o fluxograma, os grupos avaliam que a rede de atendimento

ao usuário de SPA e familiares no município é limitada tanto no aspecto qualitativo como no quantitativo :

"Olha, vou ser sincera, a situação está péssima! não tá boa mesmo, cada vez pior."
"(...) Eu acho que aqui a situação tá precária. Tanto municipal, da rede pública quanto particular, tá difícil."
"(...) Na verdade, a gente não tem muito apoio. Não tem pra onde encaminhar (...)"
"(...) A gente tá ali, na casa das pessoas e na hora de encaminhar não tem pra onde. Fica difícil, né? (...)"

Segundo os ACS, no que se diz respeito ao encaminhamento da demanda feminina especificamente, a rede de atendimento mostra-se ainda mais incipiente, inclusive nas clínicas particulares:

"(...) No caso das mulheres que são usuárias não existe nada mesmo! Uma mulher que é usuária não tem onde se tratar (...)"
"(...) Se uma mulher precisar de alguma internação (...) não existe nada para a população feminina, fica sem atendimento."

Os grupos pontuam questões relacionadas à falta de orientações claras para o usuário de SPA e sua família em relação a locais onde procurar atendimento na rede pública, fazendo com que os munícipes percorram os serviços sem resolutividade:

"(...) Porque esse negócio de pegar uma pessoa, encaminha pra cá e vai passando, pipocando na rede e nada funciona, aí você perde o caso (...)"

Além disso, expõem a ausência de articulação entre os serviços e a possibilidade do PSF manter contatos sobre os casos encaminhados:

"(...) Porque a gente pensa que vai encaminhar, que vai fazer parceria, que a pessoa vai ser atendida (...) E não é nada daquilo (...)"

Os ACS percebem também a falta de acompanhamento contínuo do usuário de SPA pelos serviços especializados, com atendimento restrito aos quadros agudos de uso de SPA. Na opinião deles, não há um acompanhamento contínuo e o foco maior parece ser a desintoxicação:

"(...) Dá uma semana e já dispensam (...)"
'(...) Chega lá, faz o atendimento, mas não dá continuidade, sabe? (...)"
"(...) Desintoxica só, não faz um trabalho contínuo. Desintoxicou já manda pra casa (...) Não tem aquela sequência (...)".

A morosidade e a falta de disponibilidade imediata de vagas para atendimento em serviços da rede pública, também são apontadas como fator que dificulta o atendimento ao usuário e a adesão deste ao tratamento:

"(...) Fica esperando vaga, que às vezes só dali uma semana (...) e fica assim, sem orientação, sem nada (...)"
"(...) Às vezes, o núcleo pega, atende rapidamente, já manda, encaminha, mas na espera a pessoa desiste (...)".

OS ACS afirmam que direcionam os encaminhamentos conforme a demanda apresentada pelo usuário, privilegiando os dispositivos da rede pública municipal, principalmente os que se configuram como porta de entrada ou que acolhem demanda espontânea:

" (...) A gente sempre manda lá ... pra UBDS(...)" ...e lá eles fazem a triagem e tudo (..)"

Os grupos reconhecem que a configuração do atendimento ambulatorial para o usuário de SPA pode ser válida, se for efetivado o acompanhamento contínuo, principalmente em relação à prevenção de recaída:

"(...) O bom é que a pessoa sai consciente de que mesmo tendo alta, ela tem que voltar pro acompanhamento (...)"

“(...) É bom ter um acompanhamento (...) Porque sempre tem os momentos dele recair, né? (...)"

No entanto, os ACS consideram as clínicas privadas mais efetivas, pois na sua opinião, oferecem melhores condições de atendimento e tratamento, principalmente, em relação à rapidez e a agilidade com que providenciam as vagas. Por se tratar exclusivamente de internações, ou seja, atendimento em caráter intensivo, julgam tais instituições mais resolutivas, embora mencionem que são pagas e que nem todos podem custear o valor da internação:

"(...) Atendimento pra valer, de internação mesmo, é tudo pago e pago muita gente não tem condição (...)"
"(...) Se a pessoa fala que quer, é na hora, a família já interna (...) É mais efetivo também por aquilo que falaram aqui: por ser na hora. Não precisa ficar esperando vaga, não precisa de nada, já interna (...)".
"Olha, na minha opinião, internar particular acaba sendo mais efetivo. O tratamento é mais em cima, mais intenso (...)".

Tratamento particular e em clínica para os ACS parece ser sinônimo de qualidade e efetividade, ao menos no tocante ao tratamento do usuário de SPA.

Em relação ao trabalho em saúde junto ao usuário de SPA e familiares, os ACS ponderam que ações são constantemente pensadas e estruturadas, conforme as demandas e necessidades apresentadas. Relatam ações de articulação intersetorial para a viabilização de intervenções de cuidado e corresponsabilização dos casos. Isso parece ser praticado, principalmente em um dos Núcleos:

“(...) descobrir junto com outras pessoas que trabalham, em outras instituições, alguns canais para trabalhar e direcionar essas famílias que tem o problema da droga, né?
"(...) Aí a gente tenta fazer esse canal com outras instituições e tal, pra ver o que pode ser feito (...)"

Mais do que realizar as articulações intersetoriais, os grupos afirmam também procurar dar continuidade ao acompanhamento dos usuários de SPA e famílias de sua área, reiterando a necessidade de manutenção do caráter contínuo do trabalho do ACS. O seguimento nestes casos, justifica-se para evitar o retorno ao uso abusivo:

"(...) Sempre que tem as articulações, a equipe continua, não passa simplesmente pra frente. A gente continua cuidando daquele caso (...)"
"Sempre vendo se aquela situação mudou, se não mudou (...)"
"(...) A gente faz todo um esforço para que a situação não chegue ao extremo (...)"

A possibilidade de articulação é vista como uma conquista da rede de atendimento intersetorial e tem sua importância reconhecida:

"(...) Então, a gente vai buscando. E é um movimento de toda a equipe aqui, a gente acha importante, cada setor dá uma contribuição para resolver o problema (...)

A perspectiva da redução de danos como intervenção no PSF foi mencionada, no entanto, não é considerada viável e pertinente, pois os ACS demonstram não concordar com a proposta do trabalho. Relatam já haver tentado trabalhar nessa perspectiva, mas, possivelmente pelo seu posicionamento contrário, nenhuma ação foi implementada neste sentido:

"(...) A gente já tentou trabalhar com a política de redução de danos. Mas não sei (...) Não acho certo, mas pra quem não tem nada (...)"
"Mas eu não sou a favor. A redução de danos eu não acho certo (...)"
"Isso é polêmico, tem pessoas que pensam diferente. Mas eu também sou contra, esse negócio de dar a droga para a pessoa (...)"

Percebe-se o preconceito em relação à esta prática,
é alimentado pelo desconhecimento e uma visão muito restrita da abordagem da redução de danos, entendida como "dar a droga", embora haja indícios de certa aceitação por alguns, quando expressam ser possível a abordagem da redução de

danos em casos em que a pessoa "não tem nada", ou seja os desprovidos de tratamento.

Foi relatada pelos dois grupos a iniciativa de capacitar os ACS para detecção de uso abusivo de álcool, mediante a aplicação de instrumento (questionário), realizado sob a responsabilidade de um departamento de universidade. No entanto, alegam que quanto à demanda alcoolista, são capazes de identificar essa clientela e sentirem-se mais preparados para prestar suporte do que para os usuários de SPA ilícitas:

"(...) a gente não precisa de questionário para saber que a pessoa é alcoólatra, a gente sabe, conhece a pessoa, acompanha a família (...)"
"(...) Com o álcool, a gente sabe lidar mais ou menos (...) A nossa dificuldade é com a droga (...)"

Os ACS relatam como dificultador da intervenção específicas do PSF o não relato espontâneo do problema, pois sem a manifestação espontânea do usuário ou da família não é possível realizar nenhum tipo de intervenção:

"A partir do momento que me conta, você pode fazer alguma coisa e tal (...), "

Segundo os ACS não são realizadas intervenções pautadas em informações vindas de relatos de terceiros, por considerarem que podem trazer prejuízos significativos para os usuários e famílias, procurando ser cautelosos:

"Até porque se você ouve fora, não existe aquilo, né? Como você vai trabalhar uma coisa que você ouve em outro ambiente que às vezes nem é verdade?"

Percebe-se nessa fala um senso claro de comportamento ético na atuação profissional do ACS.

Quanto à fragilidade das políticas públicas, os grupos expõem suas percepções sobre as diretrizes federais e das legislações vigentes que tratam da atenção integral ao usuário de SPA, reconhecendo-as como diretrizes norteadoras, atuantes de certa forma, apesar dos problemas apresentados:

"Eu acho que existe uma política sim, um norte de trabalho (...) Que é precário, não tem investimento, profissional, mas que o país tem uma política nesse sentido tem (...)"

A percepção dos ACS é que as políticas mostram-se incoerentes e não condizentes com as necessidades e demandas dos usuários de SPA e, portanto, não respondem amplamente ao problema no país e mostram-se desconectadas com a realidade:

"(...) Eles inventam uma política que a pessoa que tem que se adaptar e que não resolve o problema, que não pára de crescer (...)".
"(...) Umas leis meio malucas. Os caras criam umas leis como se a gente morasse na Suíça. A gente não mora na Suíça! (...)"

A ausência de investimentos em políticas públicas foi apontada como um dos fatores da falta de eficiência nas diretrizes de assistência aos usuários de SPA, juntamente com falta de organização e planejamento das ações:

"A gente percebe que isso custa muito caro e que os nossos governantes não tem interesse em investir nisso."
"(...) A coisa no Brasil é muito desorganizada. não tem discussão, uma preparação, fica aquela coisa que começa, não termina, fica pela metade, depois muda tudo (...) A coisa é muito jogada (...)".

Em relação às falhas nas políticas públicas para os usuários de SPA, os ACS enfatizaram a composição dos atendimentos em nível terciário, de tratamento intensivo e de internação. No entanto, pontuaram que apenas criar dispositivos que viabilizem acesso unicamente aos atendimentos de alta complexidade não seria uma solução resolutiva para o atual contexto:

"(...) É garantir que pelo menos a pessoa ficar internada por um tempo, sair da abstinência, sair um pouco daquele ambiente (...) É a falta disso mesmo.".

"(...) Vamos pensar: quantos milhões de lugares vão ter que existir pra dar conta destes usuários?"

Este questionamento, os ACS fundamentam na percepção do próprio percurso de experiência pessoal com usuários de SPA, relatando como têm percebido o aumento do consumo de SPA ao longo dos anos:

"(...) A droga foi democratizando. Não é só coisa de morador de rua (...) Hoje tá na casa de todo mundo, todo mundo tem alguém na família (...)"
"Na década de 90, a gente via molecada cheirando cola lá na praça 15. Hoje, a gente vê eles lá com os cachimbos (...) O crack que veio pra destruir mesmo (...)"

A ineficiência atribuída à política pública é, segundo os ACS, decorrente da demora na sua efetiva implantação, enquanto norteador de práticas de assistência e cuidado, diante de uma demanda que entendem ser crescente e pensam que as ações do Estado já chegaram tarde, denotando uma percepção pessimista do cenário atual:

"(...) Sinceramente, eu acho que é tarde demais, sabe? Porque a coisa já foi muito longe, perdeu o controle (...)"
"(...) Eu acho que os governantes, as instituições aí superiores acordam sempre um pouco tarde. Eles deixaram chegar a uma situação (...) O negócio de droga é uma caldeirão que já ferveu (...) A caldeira já explodiu!".

A falta de capacitação dos trabalhadores de saúde é outro aspecto apontado pelos dois grupos e segundo sua percepção, comprometem a prestação de assistência adequada aos usuários de SPA:

"(...) Mas primeiro precisa capacitar, ter gente capacitada (...) Porque tem gente que trabalha na área, mas não tem capacidade para atender (...)",
"(...) E nessa falta de capacitação de todo mundo, ninguém sabe atender, cuidar direito (...)".

Os ACS percebem que o uso de SPA é uma questão que não é bem atendida nem compreendida pelo poder público, em nenhuma esfera e nenhuma instância governamental, portanto não dispõe das condições necessárias para lidar com a questão:

"A gente percebe que nem a justiça nem as instituições dão conta também (...)"
"(...) A gente sabe que o poder público não dá conta nem das pessoas normais, ditas normais. Como vai cuidar de um drogado, de um dependente de álcool? (...) O Estado não dá conta mesmo (...)"

Os grupos demonstram uma visão crítica em relação às políticas públicas e enfatizam a falta de resolutividade e o caráter deficitário desta, no sentido de respaldar de maneira satisfatória as diretrizes de trabalho em saúde junto ao usuário de SPA e famílias. A isto, atribuem causas multifacetadas, daí a complexidade da questão, aliadas à morosidade de implantação de ações efetivas e falta de investimento e planejamento como agravantes do atual contexto do uso de SPA.

5. Especificidades relativas ao trabalho

Esta categoria agrupou os temas introduzidos como assuntos iniciais, parte da apresentação dos membros de cada grupo de ACS e foram incorporados à pesquisa, por considerá-los elementos indicadores do envolvimento desses trabalhadores com os serviços e por fornecer uma perspectiva ampla de sua atuação. Eles se referem às iniciativas de implementação dos serviços desde a sua instalação, o trabalho realizado na comunidade, a forma de organização deste e a capacitação específica, que foram comuns aos dois grupos. Privilegiaram-se as práticas cotidianas e rotina de trabalho e as características da atuação, visto que as intervenções com os usuários de SPA e famílias são realizadas dentro de um contexto de atividades delimitadas e específicas destes profissionais. Ainda compõe

esta categoria o tema sobrecarga ocupacional, que mostrou ser específica de um dos Núcleos.

Foi relatada a história de implantação, visto que a maioria dos participantes deste estudo já fazia parte da equipe e foram atuantes neste primeiro momento do serviço:

"(...) O núcleo foi implantado em 2001 (...) Aí foi feita a seleção de agentes, do qual eu sou parte dessa primeira turma (...)".

A metodologia de trabalho adotada foi fornecer informações sobre o trabalho do PSF e estabelecer vínculo com a comunidade, pois, na época, era pioneiro e pouco conhecido, além de ser visto com desconfiança:

"(...) Decidimos estar convidando as pessoas, as famílias que precisavam ser cadastradas a participar de um café-da-manhã (...)",
"(...) Pra ajudar a esclarecer melhor o que era o programa saúde da família. Porque era uma coisa inovadora, né? (...)".
"(...) A população tinha um olhar assim (...) de desconfiança, sabe? Uns questionam muito (...)"

Os ACS relataram a divisão e o mapeamento da área de cobertura e o planejamento das atividades a serem realizadas:

"(...) A área foi dividida em microáreas, por agentes (...) Aí a demanda foi aumentando e passou pra 5 microáreas, (...)"

Os ACS percebem-se tendo o papel estratégico de articulação, referência e estabelecimento de vínculo entre o serviço e a demanda assistida na área:

"(...) A gente traz as demandas pro serviço (...)".

Pontuam as ações de educação em saúde e campanhas, sendo muito frequentes no serviço. Neste sentido, mencionam o acúmulo de tarefas e a ampla gama de atividades que lhes são colocadas para desenvolverem na comunidade:

" (...) Colocaram pra gente agora fazer um monte de coisa (...) é lixo, é dengue, é vacinação (...)".
A gente está fazendo um trabalho sobre a dengue (...)"
"É a campanha de exame de hepatite e HIV, que a gente participa."

Em função do montante e diversidade de exigências, eles percebem haver uma sobrecarga ocupacional, a qual é vivenciada como ainda maior em decorrência do fato de alguns ACS residirem na área em que trabalham. Relatam que, quando houve a implantação do serviço, morar no território era uma exigência para ingresso na função de ACS, dado que isso favorecia o vínculo. Atualmente, morar no mesmo território do serviço é considerado um aspecto negativo do trabalho, pois vêm dificuldades em colocar limites de horário de trabalho para a população:

"(...) É porque quando a gente entrou era obrigatório o agente comunitário morar na área (...)"
"(...) "Nossa, isso é cansativo (...) porque às vezes você tá com pressa, você tá com alguém da sua família junto (...)"
"(...) Eu não consigo falar: 'olha, eu não estou no meu horário de trabalho, depois você me pergunta' (...)"

Apesar disso, alguns consideram que, por mais que seja cansativo e traga certos prejuízos para a sua vida pessoal, é pertinente atender as pessoas da comunidade quando são procurados, pois acham importante privilegiar o vínculo, mesmo em detrimento da sobrecarga de trabalho e emocional a que são submetidos. Isso porque o grupo percebe na realização do seu trabalho uma relação de reciprocidade com as pessoas da comunidade:

"(...) Mas você tem que dar atenção, porque quando você bate na porta da casa da pessoa, eles dão atenção pra gente (...)"

É importante destacar que as ações junto aos usuários de SPA e famílias são desenvolvidas dentro de um contexto de trabalho geral do ACS. Sendo assim, conhecer a sua participação e envolvimento nas atividades desenvolvidas pelo serviço, a compreensão que possuem acerca de sua atuação na comunidade, as peculiaridades do trabalho que executam são importantes para entender sua atuação no contexto específico do uso de SPA nos Núcleos estudados.

DISCUSSÃO

Neste estudo, o tema suporte à família foi apontado como principal atribuição do trabalho do ACS junto aos usuários de SPA e principalmente, de seus familiares, sendo caracterizada como práticas de interação, escuta ativa e acolhimento ofertado pelo ACS para a família.

O ACS coloca-se como um profissional que, com atuação junto à comunidade, tem contato direto com as demandas de sofrimento da família. Por ser um profissional próximo e pela configuração do seu trabalho, torna-se ouvinte e agente de apoio privilegiado. Eles reconhecem seu papel estratégico nos Núcleos, pois consideram que o trabalho *in loco* os coloca como elo do serviço com a população, inclusive levando demanda de atendimentos para os Núcleos.

O suporte baseado, principalmente na escuta ativa, também foi pontuado por Dantas, Silva e Feliciano (2010) que destacam o caráter da racionalidade prática da atuação dos ACS, fundamenta-se nas experiências e nas informações que circundam os meios de comunicação formais e informais entre estes e a comunidade.

Assim, o acolher a família não constitui apenas uma prática de recepção e troca de informações, nem tampouco um protocolo do serviço. É uma estratégia importante para estabelecer relações produtoras de vínculo, através da escuta solidária e do comprometimento com a trajetória do usuário no serviço. (LIMA *et al*., 2013).

Segundo Santana *et al*. (2009), entretanto, as atribuições do ACS na perspectiva da prestação de assistência e cuidado, transcendem o espectro exclusivo da saúde, ampliando-se para as múltiplas condições de vida de população adscrita a um território. Pela proximidade do trabalho que desempenham junto às famílias, estabelece-se uma relação de confiabilidade, solidariedade e empatia. A experiência propiciada por esse contato com a família e o seu espaço, possibilita ao ACS desenvolver a capacidade de associação entre o saber técnico-científico e o popular, mediando o acesso da população aos serviços de saúde. Dai, estes profissionais serem vistos como o elo de PSF e a comunidade, fato que a exemplo dos participantes desta pesquisa, também é percebido pelos próprios agentes.

O vínculo denota compromisso e responsabilização pelos casos, além de estar em consonância com o princípio da integralidade previsto no SUS. Este profissional, quando mostra-se sensível às necessidades da comunidade, reconhece os elementos importantes e as estratégias para a formação do vínculo. (FRANCO, 2008).

Essa nova dinâmica na relação entre comunidade e serviços de saúde, nos diferentes níveis de complexidade, possibilita superar a fragmentação dos cuidados em saúde (resquício da divisão social e técnica do trabalho em saúde), e constitui-se o humanizar através da postura de compromisso e corresponsabilização entre a população e o PSF. (RIBEIRO, 2005)

Isso ficou evidente nas falas dos ACS, que demonstram que o estabelecimento do vínculo é um processo gradual, iniciado com a escuta, no esclarecimento de dúvidas e na oferta de orientações às famílias.

Outros autores (MONTEIRO, FIGUEREDO e MACHADO, 2009) também destacam a importância do papel desse profissional e a sua capacidade de dar orientações à população quanto à utilização dos serviços de saúde e, sobretudo, na adesão das pessoas aos tratamentos, favorecendo que se tornem corresponsáveis pelos mesmos.

Neste estudo, percebeu-se que o vínculo contínuo foi mencionado como aspecto importante para a viabilização do trabalho com a comunidade e matriz do relacionamento do ACS junto a familiares de usuários de SPA. Com a manutenção do vínculo, ele pode oferecer escuta ativa, dar orientações e realizar encaminhamentos, e inclusive levar essa demanda de atendimentos para os Núcleos.

O acompanhamento das famílias mostra-se como um meio de fortalecimento do vínculo, à medida que o ACS tem condições de conhecer melhor e de prestar uma assistência mais resolutiva (ASSIS *et. al.*, 2010). Assim, no tocante às famílias, verifica-se a disponibilidade para estabelecer a relação de ajuda e os ACS procuram verificar as necessidades da família e as possibilidades de cuidado existentes no próprio Núcleo e no município.

Em relação ao perfil dos usuários com problemas de uso de SPA nas suas respectivas áreas, sua percepção modifica-se, pois na maioria dos casos, os usuários pouco se vinculam a eles e ao seu trabalho de maneira contínua (como

acontece com as famílias), apresentando um comportamento de procura pelo Núcleo quando estão com algum problema clínico.

Em um dos Núcleos, os ACS mencionam predominar casos de idosos, mas a população usuária de SPA é heterogênea, visto a existência de casos que vão desde o uso crônico de álcool até uso agudo de SPA ilícitas em diversas idades. Na área do outro Núcleo, o perfil parece mais homogêneo, o uso problemático de SPA são dos casos que envolvem uso agudo de SPA ilícitas entre a população jovem, com início precoce. Entretanto, os casos acompanhados pelos ACS de um Núcleo e de outro guardam algumas diferenças quanto ao perfil, mas ambos apresentaram exemplos das duas situações.

Em levantamento em um serviço especializado de Saúde Mental, verificou-se que do total dos pacientes atendidos, 3,3% eram idosos. Desta porcentagem, 38% preenchiam critério para a dependência de álcool e outros 35% para a de medicações prescritas. (PILLON; PEREIRA, 2010).

Castillo *et al.* (2008) levantaram, em estudo realizado em instituição hospitalar da cidade de Monterrey (México), o uso de álcool e SPA e verificaram que entre os idosos, o uso de álcool foi mais prevalente no sexo masculino e de ansiolítico, no sexo feminino. Os autores identificaram o abuso de tais substâncias como forma de enfrentamento de estressores de vida, como vivenciar episódio de doença ou de adoecimento de algum familiar. Apareceram ainda os conflitos familiares e os problemas socioeconômicos, respectivamente, como outros eventos frequentes.

Tais informações corroboram com os relatos dos ACS deste estudo, que frequentemente mencionaram as SPA lícitas sendo mais consumidas entre os idosos, especialmente o álcool, em um padrão crônico.

Em relação à demanda de crianças e adolescentes usuários de SPA, Ballani e Oliveira (2007), em seu estudo de vigilância epidemiológica do uso de SPA entre faixa etária 11 a 23 anos em uma unidade hospitalar de Porto Alegre, chegaram a importantes conclusões sobre a caracterização geral do uso. Primeiramente, notou-se que as SPA de abuso são utilizadas de forma associada, não apresentando diferença significativa no padrão de uso entre as idades. O local de uso geralmente é em festas e em bares e a maioria já tinha se envolvido em situações de risco ou violência. Em relação aos contextos de vida, foi constatado, vários elementos

comuns, como a iniciação precoce ao uso de drogas, o uso associado a várias SPA, a evasão escolar e as fugas constantes do lar.

Martín-Leon (2007), em pesquisa realizada em Campinas sobre problemas na comunidade, evidenciou entre os problemas considerados graves para a população local, o desemprego, o trafico e uso de SPA. Entre a demanda masculina acima de 14 anos, a questão do tráfico para manutenção do uso ficou como mais evidente. No entanto, o uso de álcool foi considerado o mais problemático do que o das demais SPA entre a população em geral.

Em levantamento realizado no Peru em serviços comunitários, verificou-se que 20,8% dos jovens entre 15 a 29 anos já fizeram uso de SPA na vida. Desta percentagem, 32% são usuários de cocaína e tem menos de 25 anos. Segundo a autora, o uso de SPA ilícitas concentra-se entre adolescentes e adultos jovens, sendo que para estes a procura por tratamento começa em idade mais precoce e mais tardiamente para as lícitas, como nos casos de abuso de álcool e benzodiazepínicos. (CUEVA, 2012).

No que diz respeito especificamente aos usuários de SPA e famílias, o acompanhamento contínuo na comunidade possibilita o levantamento integral de trajetória de vida, propiciando condições de conhecer o percurso, padrão de uso, fatores desencadeantes de recaída, relações familiares e sociais e implicações específicas, como a presença de comorbidades clínicas, psiquiátricas e comportamento transgressor (TRIGUEIROS; CARVALHO, 2010).

A AB, principalmente os Núcleos de PSF, têm se mostrado espaços privilegiados de ações em Saúde Mental. A ação no âmbito territorial viabiliza a identificação dos casos de adoecimento psíquico e uso de SPA, situações que demandam intervenções imediatas. A importância das práticas de cuidado neste contexto é no sentido da integralidade, proporcionando acessibilidade aos serviços de saúde e prestação de orientações pertinentes (LIMA *et al*., 2013).

Outro aspecto citado pelos ACS foram as reuniões, percebidas como uma possibilidade de aprendizado e compartilhamento de ideias e conhecimentos, um espaço de troca de informações e discussão além de ser visto como um contexto de apoio e fomento a novas práticas.

Esse pensamento concorda com o exposto por Dall' Agnol (2010), que afirma que as reuniões de equipes no PSF são importantes dispositivos para a

estruturação, organização, informação, estabelecimento de diretrizes e espaço de tomada de decisões, pois constituem momentos de contatos em que emergem as especificidades dos trabalhadores como sujeitos de diferentes contextos que precisam se relacionar. Para esta autora, podem ser ainda importantes dispositivos para redirecionar o trabalho, mediante a discussão de casos numa visão interdisciplinar, o desenvolvimento de atividades em educação permanente e avaliação sistemática do cotidiano da equipe.

Essa colocação aproxima-se da percepção dos ACS do presente estudo, já que em relação às reuniões consideram como aspectos importantes de viabilizar e fomentar a estruturação de ações conjuntas e multiprofissionais e entendem que a realização de reuniões periódicas também assegura que as ações pactuadas na equipe sejam concluídas e tenham devolutivas para a equipe.

As reuniões de equipe, especificamente para a discussão de casos, foram muito valorizadas por um dos grupos de ACS, que se sentiu preterido quando não foi mais chamado nas discussões específicas sobre casos com problemas de saúde mental. Para eles eram momentos de grande aprendizado, uma capacitação e uma oportunidade de manifestarem o conhecimento que possuíam sobre a família para os demais trabalhadores de saúde e assim contribuir na compreensão do caso. Afinal, como eles relatam *"são mais cabeças pensando*".

A percepção dos ACS sobre o valor formativo e agregador de conhecimento das reuniões com foco nos casos está de acordo com DELFINI *et al*. (2009), para quem a discussão de casos é um momento ímpar de compartilhamento de responsabilidades dos trabalhadores de saúde e que propicia o aumento da capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local, sem encaminhamentos. Ainda para os mesmos autores, aos poucos e com a experiência, os trabalhadores da equipe de referência (no caso, os ACS) tornam-se mais capazes de resolver problemas anteriormente considerados difíceis, dando continuidade ao cuidado e aumentando o grau de singularização da relação entre equipe e usuário.

Na perspectiva da Saúde Mental e da AB, tornar o território o organizador das práticas de cuidado compreende um pressuposto ético e princípio técnico, em que é valorizada a assistência desinstitucionalizada. O suporte prestado pelos ACS, constitui uma tecnologia de cuidado que visa produzir as práticas contextualizadas

em saúde. O contato próximo dos ACS, com a comunidade evidencia não só as necessidades de caráter biológico, mas também afetivo e existencial da população. Por isso, é incluído no acompanhamento de ações voltadas para o sofrimento psíquico e/ou envolvimento problemático de SPA (LEMKE; SILVA, 2012).

Segundo um estudo específico com ACS, a reunião desempenha uma função importante enquanto possibilidade dos diversos membros da equipe conhecerem o trabalho do outro e de discussão dos problemas que se apresentam na prática cotidiana da equipe. As soluções para os problemas identificados são negociadas e se procura construir consensos. Embora sempre provisórios, estes consensos buscam refletir os interesses dos profissionais ou ao menos, a opinião da maioria (SILVA; TRAD, 2005).

Para o reconhecimento e efetivação do contexto comunitário de atenção é preciso, além de atuar em um território, buscar elementos e parcerias que possibilitem as ações de cuidado integrais e contextualizadas. Além disso, é importante o compartilhamento dos saberes diversos da área da saúde, para soluções resolutivas das necessidades e demandas locais em saúde, apostando na criatividade, na autonomia e na corresponsabilização (CASTRO; MAXTA, 2010).

Sobre os sentimentos vivenciados, destaca-se o de impotência em ambos os grupos, no trabalho dos ACS junto a usuários de SPA e familiares, decorrente da percepção de limitações pessoais diante do sofrimento da família e de que suas intervenções não são efetivas. A identificação e postura empática em relação aos familiares (especialmente as mães) parece agravar tal sentimento.

Sentimentos semelhantes são relatados por ACS de outro estudo (OLIVEIRA; McCALLUM, COSTA, 2010), que reporta à amplitude de ações requeridas de um ACS, que tem pouca ou nenhuma formação específica além de sua bagagem de vida, substrato utilizado para elaborar suas percepções sobre a realidade em que atuam e para direcionar suas práticas. O mesmo estudo mostrou que situações vivenciadas pelos ACS no cotidiano de suas relações sociais e profissionais os levam a representar o consumo e tráfico de drogas como problemas que atingem todos os moradores da comunidade. A percepção do contexto nesses termos ocasionou sentimentos de tristeza, sofrimento e relatos de depressão.

Lancman, Ghirardi e Tuacek (2009), em seu estudo sobre o exercício das atividades dos ACS na comunidade, abordam a questão do sofrimento de violência

indireta quando convivem com situações de miséria intensa, associado à falta de recursos para resolvê-las e à impotência para propor alternativas. Essa forma de violência é acentuada em serviços como o PSF, em áreas de maior risco social e na presença de estratégias que pressupõem um contato estreito entre a equipe de saúde e a população atendida, em ambientes abertos ou na própria residência dos usuários dos serviços. Tais fatores parecem aumentar a vulnerabilidade do ACS para o sofrimento emocional.

Essa vulnerabilidade foi constatada em um dos grupos, pois, aparentemente devido às peculiaridades locais, o medo apresentou-se como o principal limitador quanto à estruturação de ações junto às famílias e usuários de SPA, tanto em âmbito individual (nas visitas) como no coletivo (campanhas dirigidas a segmentos da comunidade). Percebe-se que a instalação mais efetiva do tráfico em algumas áreas está alterando as relações dos moradores com os Núcleos, via ACS, que não sentem segurança para desenvolver o seu trabalho, especialmente aquele voltado para a atenção ao uso de SPA e à promoção e prevenção, ao tratamento do usuário e apoio dos seus familiares.

Velloso, Araújo e Tavares (2011), também observaram os reflexos da violência na organização do processo de trabalho em saúde, no comportamento dos profissionais e no atendimento à população no PSF. Isso porque a atenção à saúde está voltada para e na comunidade, propiciando maior aproximação dos profissionais com os problemas e situações vivenciadas pela população, inclusive as de violência, na qual também se vêm envolvidos de alguma forma.

Em sua pesquisa, Souza e Freitas (2011) verificaram que os ACS tem sentimentos e emoções ambíguas ao considerar o sofrimento de moradores da área que passam pelo medo da violência dos agentes do tráfico de drogas. Os ACS têm vivenciado situações de risco, relacionadas às pressões que sofrem no cotidiano, provenientes do seu envolvimento com a população, que causam significativo sofrimento mental e desmotivação para o trabalho. Como defesa, esses trabalhadores utilizam a naturalização das várias formas de violência observadas nesse contexto, no sentido de" fingir" nada saber.

De maneira diversa, os ACS deste estudo relatam que mesmo diante dos sentimentos negativos vivenciados e de contexto por vezes hostil, acompanham e procuram ajudar usuários e famílias dentro de suas possibilidades, mostrando-se

solidários e escutando os relatos do sofrimento familiar e orientando o encaminhamento para os serviços disponíveis na rede pública.

Nesta pesquisa a visão do uso de SPA, em uma perspectiva geral, os ACS atribuem ao uso concepções muito difundidas entre o meio científico, ou seja, o uso é visto como uma doença, portanto passível de tratamento. No entanto, em um segundo momento, o uso de SPA é conceituado como uma opção do indivíduo, estando relacionado às condições de vida e da dinâmica familiar. Então, a concepção do uso como doença aparece mais para justificar os encaminhamentos e a assistência nos serviços especializados da rede pública municipal.

De acordo com os modelos explicativos, ouso de SPA visto como doença é configurado pelo modelo médico, que baseia-se na suposição de que a dependência de SPA é um quadro nosológico de caráter progressivo, com origens ou manifestações físicas e necessita de tratamento médico (PILLON; LUIS, 2004).

Lima (2009), em sua pesquisa em serviços da AB, constatou que profissionais entrevistados atribuem como principais determinantes do uso de SPA as questões de ordem psicossocial. O autor notou que a definição destas características é vaga e generalista, o que não condiz com a condição complexa e multideterminada do fenômeno, demonstrando a simples justaposição de variáveis envolvidas sem compreendê-las em seu conjunto.

Schneider e Lima (2011) também chamam a atenção para a existência entre os profissionais de saúde de concepções formadas a partir de processos teóricos e de intervenção dicotômicos, fragmentados, a-históricos, deterministas e de cunho acentuadamente reducionistas.

As crenças em relação ao usuário de SPA, passam pela concepção de um indivíduo fraco, carente, com o juízo crítico comprometido, incapaz de se controlar na situação de abstinência, por isso não consegue esperar pelo tratamento, é portanto um "doente grave", vítima de uma substância poderosa que acaba ou acabou com ele. No entanto, também é percebido como egresso de um contexto social que o torna vulnerável ao uso de SPA. Portanto os ACS, têm a compreensão de que o contexto de onde as pessoas usuárias de SPA provém exerce influência no uso.

O estudo de Lira (2012), realizado em PSF da cidade de Salvador, mostrou que os ACS possuem percepções predominantemente negativas acerca do usuário

de SPA, pois para eles é um indivíduo não funcional e incapaz de reestruturar o seu vida.

Portanto, o usuário de SPA também é percebido pelos ACS deste estudo, como uma pessoa dotada de capacidade de escolha, apesar de pessoas já com dependência e com muito pessimismo. Estando dominados por uma substância, cuja saída seria a interrupção do uso, mas como não demonstram iniciativa para mudar, então não têm possibilidade de recuperação, ainda mais quando é considerado uma pessoa fraca e sem força.

Em estudo realizado por Ventura *et al*. (2009),no mesmo município que o atual, sobre visão do usuário de SPA com famílias e pessoas próximas, mostrou que o mesmo foi considerado um dependente, mas com boas chances de recuperação. No entanto, os participantes reiteraram que o uso decorre de uma escolha pessoal. Portanto, há alguns pontos de concordância entre ambos estudos.

Os profissionais do PSF, que inclui os ACS, exercem atividades previamente estabelecidas e delimitadas. Diante do uso de SPA, é possível que, na prestação da assistência, haja influência de seus padrões morais, sociais e culturais, visto a complexidade do fenômeno drogas e a especificidade de ações que esta demanda exige e que muitas vezes os núcleos de PSF não se sentem preparados para atender. (BARROS; PILLON, 2007).

A forma de abordagem dos usuários é influenciada por tal visão, e no tratamento direcionado pelos profissionais de saúde à pessoa com problemas existe o reforço da perspectiva moralizante e as concepções estigmatizantes internalizadas, em relação aos usuários de drogas, que reforçam a atitude desses profissionais de culpabilizar o usuário. Criam-se então, barreiras na qualidade do cuidado, que levam a exclusão e ao atendimento precário nos serviços de saúde. Por isso, é necessária a criação de estratégias que visem a mudança das atitudes, a ampliação do conhecimento e a aquisição de habilidades da equipe de saúde sobre a abordagem e tratamento dos usuários de SPA. (RONZANI; FURTADO, 2010)

Quanto à família dos usuários de SPA, os ACS demonstram comportamento empático e compreensivo em relação às famílias, compadecendo-se do sofrimento expressado por estas. Por outro, enxergam na família uma parcela de responsabilidade, principalmente no sentido de falta de referências familiares (especialmente quanto às figuras materna e paterna) e pouco comprometimento nas

propostas de intervenção sugeridas pelos ACS. Enfatizam o apoio da figura materna no tratamento e a desestrutura familiar como determinante do uso.

Sobre a dinâmica familiar, Rohers, Lenardt e Maftum (2008) abordam a influência das práticas culturais familiares como fator de proteção quanto aos padrões de comportamento de adição, através do diálogo aberto na família e práticas que envolvam um processo de reconhecer os riscos, de promover e de desenvolver habilidades de enfrentamento das situações de oferta de SPA, reforçando a importância da prevenção já dentro do contexto familiar.

Nas situações em que um ou mais membros da família envolvem-se de forma nociva com as SPAs, há uma ruptura nos planos e projetos pré-estabelecidos de vida, gerando dificuldades de enfretamento para os familiares, influenciados pelo processo de estigmatização do uso e do usuário e pela própria sobrecarga que este representa em termos emocionais, físicos e, às vezes, até financeiros. Isso pode fazer com que a família seja percebida por terceiros e se considere 'desestruturada', assumindo uma conduta de autoculpabilização (LIRA, 2012).

Percepção essa também observada e relatada pelos ACS do estudo e com a qual de certa forma concordam, embora por razões diferentes, pois, quando atribuem a culpa às famílias, o fazem talvez pensando num contexto de precariedade ou envolvimento da família com o próprio uso (motivo de enfatizarem a questão do exemplo e da referência familiar).

Hermeto, Sampaio e Carneiro (2010), ponderam que, muitas vezes, a família do usuário de SPA apresenta histórias anteriores de abusos e dependência e uma grande incapacidade de lidar com os sentimentos intensos, principalmente em situações limites, além de outras diversas carências que agravam tal contexto. Na sua pesquisa com mães dos usuários frequentadores de serviços de saúde especializados, as autoras verificaram significativo desamparo emocional. No entanto, quando atendidas por esses serviços públicos, elas relataram se sentirem amparadas e com expectativas de acolhimento e apoio.

Como verificado nesta pesquisa também os ACS valorizam as atividades de apoio e escuta dos familiares e sentem que principalmente as mães confiam seus problemas a eles.

Dentro da perspectiva da rede de assistência no contexto do SUS, a rede assistencial em saúde está organizada sob os princípios da integralidade e da

intersetorialidade. No que diz respeito à integralidade da assistência, preconiza-se um conjunto articulado e contínuo no conjunto de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, realizados nos diferentes níveis do sistema de saúde. No tocante ao princípio da intersetorialidade, procura-se a assegurar a articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações (PAIVA; COSTA; RONZANI, 2012).

Neste estudo, os ACS mencionam os dispositivos de encaminhamentos existentes na rede pública municipal, descrevendo o fluxograma a partir da gravidade e das especificidades de cada caso, também mencionam as clínicas privadas como uma possibilidade de encaminhamento, mais utilizadas para os casos de uso de SPA.

Para Figueredo e Campos (2007) a construção da rede de atendimento, através de dispositivos dos diferentes níveis de atenção à saúde, pode se viabilizar e atingir resultados substantivos na construção de sentido aos projetos de vida de sujeitos que experimentam a exclusão social, o isolamento afetivo, a impossibilidade de desempenhar protagonismos, como é o caso dos usuários de SPA.

No entanto, os ACS enfatizaram sua avaliação negativa, no que diz respeito à rede de atendimento do município. Ressaltam a dificuldade que encontram para efetivar encaminhamentos, pois apesar de apontar os dispositivos de atendimento e demonstrar conhecer o fluxograma, consideram a rede de atendimento ao usuário de SPA e familiares no município, limitada tanto no aspecto qualitativo como quantitativo. Principalmente, no que diz respeito ao encaminhamento da demanda feminina, a rede de atendimento , mostra-se mais incipiente, inclusive nas clínicas particulares.

Lins (2009) em sua pesquisa sobre a rede de atenção aos usuários de SPA, verificou diferenciação das questões de gênero para o investimento dos órgãos públicos. Uma das explicações pode ser o maior número, nas estatísticas oficiais, de usuários do que usuárias de SPAs. No entanto, para a autora, isso decorre da invisibilidade histórica da mulher do não reconhecimento de que a demanda feminina tem problemas significativos decorrentes do uso de SPA, considerado como uma questão masculina.

Para os ACS, faltam ainda orientações claras para o usuário de SPA e sua família em relação a locais onde procurar atendimento na rede pública, fazendo com

que os munícipes percorram os serviços sem resolutividade. Também queixam-se da ausência de articulação entre os serviços e a possibilidade do PSF manter contatos sobre os casos encaminhados. Os ACS percebem ainda, a falta de acompanhamento contínuo do usuário de SPA pelos serviços especializados, com atendimento restrito aos quadros agudos de uso de SPA. Na opinião deles não há um acompanhamento contínuo e o foco maior parece ser a desintoxicação.

Para o reconhecimento e efetivação do contexto comunitário de atenção é preciso, além de atuar em um território, buscar elementos e parcerias que possibilitem as ações de cuidado integrais e contextualizadas. Além disso, é importante o compartilhamento dos saberes diversos da área da saúde, para soluções resolutivas das necessidades na criatividade, na autonomia e na corresponsabilização (CASTRO; MAXTA, 2010). Parece que estes pontos colocados nessa recomendação, segundo a percepção dos ACS deste estudo, não estão sendo observados, ao menos na sua totalidade.

Ainda em consonância com o que foi verificado nesta pesquisa, Moraes (2008), em seu estudo na rede de atendimento a usuários de SPA com profissionais da AB na cidade de Recife, reconhece como o ponto-chave do problema a precariedade da rede intersetorial. Os participantes da pesquisa, tinham a compreensão de que os serviços básicos de saúde deveriam ser uma porta de entrada para os casos de dependência, mas percebiam que não tinham para onde encaminhá-los. Ainda que houvesse essa compreensão, não houve a mobilização em busca de articulação ou iniciativas de criação de uma rede comunitária.

Esse último dado mostra-se diverso ao observado entre os ACS deste estudo, que relatam seus esforços no sentido de procurar estabelecer parcerias para ajudar as famílias e os usuários no tratamento.

Em pesquisa de avaliação de um serviço especializado no sul do Brasil (Pelotas), apareceu que a iniciativa dos profissionais de estarem em contato com os serviços de cobertura territorial (como é o caso dos PSF) é um movimento importante para conhecer o contexto e o perfil da população adscrita. A partir desta inserção do profissional na comunidade podem surgir novas alternativas de intervenção, junto com os serviços de porta de entrada, de caráter comunitário (SOUZA, *et al*. 2010).

Neste estudo, os ACS destacam a morosidade e a falta de disponibilidade imediata de vagas para atendimento em serviços da rede pública ou conveniados. Isso também é apontado como fator que dificulta o atendimento ao usuário e a adesão deste ao tratamento. Reconhecem ainda, que a configuração do atendimento ambulatorial para o usuário de SPA pode ser válida, se for efetivado o acompanhamento, principalmente em relação à prevenção de recaída. No entanto, as clínicas particulares são consideradas como opção mais efetiva de tratamento, tanto no que diz respeito à disponibilização rápida de vagas quanto no caráter intensivo de atendimento (internações).

Corroborando com a opinião dos participantes desta pesquisa, Shiokawa (2010), em seu estudo realizado em Curitiba, verificou que o modelo aberto (como é o CAPS) tem sido percebido pelos ACS como pouco eficiente em cumprir o objetivo de reinserir o paciente na sociedade e insuficiente para atender a complexidade dos transtornos relacionados ao uso de álcool e drogas. No entanto, foi considerado como uma boa alternativa de tratamento para casos leves e moderados. Contudo, o modelo baseado na internação, ainda permanece importante, particularmente para os casos mais graves.

Queiroz *et al*.(2014), em seu estudo, realizado no Sudeste do país (Juiz de Fora), sobre o repertório interpretativo dos ACS acerca do uso de SPA, constataram que a internação em comunidades terapêuticas e em clínicas particulares é fortemente aceita e considerada eficaz, mesmo a despeito de seu caráter fechado, com aposta menor na autonomia e maior controle do comportamento do usuário. Um aspecto que agrava tal percepção é a avaliação ambígua, com opiniões predominantemente negativas que fazem dos serviços abertos e comunitários, por não serem percebidos como um ambiente supostamente seguro e distante da possibilidade do acesso do usuário à SPA.

A perspectiva da redução de danos como intervenção no PSF foi mencionada nesta pesquisa, no entanto, não é considerada viável e pertinente, pois os ACS demonstram não concordar com a proposta do trabalho. Relatam já ter tentado trabalhar nessa perspectiva, mas, talvez pelo seu posicionamento contrário, nenhuma ação foi implementada neste sentido.

Queiroz *et al*. (2014) ainda verificaram em sua pesquisa que, apesar dos ACS serem favoráveis à adoção de ações de redução de danos, suas concepções sobre

o usuário e uso de SPA eram profundamente fundamentadas nos modelos jurídico-moral ou de doença. Isso certamente impede a prática dessa abordagem, da mesma forma que pode estar limitando a adoção da redução de danos dos ACS do presente estudo nas suas atividades.

Dentro da perspectiva de modelos e concepções restritivos no que tange à autonomia do usuário de SPA, baseados na lógica da abstinência, a execução das ações de redução de danos torna-se inviável, já que este modelo de tratamento oferecidos aos usuários de drogas fundamentam-se em uma visão construída historicamente e estabelecem categorias de aceitabilidade ou acusação e de um grupo social específico e que não fornecem abertura a pensar em outras propostas. (QUEIROZ, 2007).

Foi relatada a iniciativa de capacitar os ACS para detecção de uso abusivo de álcool, mediante a aplicação de instrumento (questionário). No entanto, na sua compreensão, consideram-se capazes de identificar os alcoolistas e alegam sentir-se mais preparados para prestar suporte a eles do que para os usuários de SPA ilícitas.

Entretanto, em estudo realizado com ACS de PSF na região sudeste (interior de São Paulo) mostrou e que 69,2% desses trabalhadores afirmaram ter dificuldades significativas na prestação da assistência à esta demanda e 64% tinham a percepção de que as intervenções tinham pouca ou nenhuma resolutividade (BARROS; PILLON, 2007).

A aplicação de instrumentos de rastreamento do uso de álcool na comunidade, apesar da sua eficiência, adequação e aparente facilidade para ser implantado como rotina, apresenta dificuldades nos serviços de AB. Uma delas é a falta de engajamento dos profissionais de saúde, decorrente de atitudes de dúvida em relação à melhora dos pacientes usuários de SPA, pois a crença sobre um fenômeno influencia diretamente no comportamento dos indivíduos e sua forma de agir em relação a isso. (RONZANI; RIBEIRO, 2008)

Talvez não apenas a crença esteja influindo na implementação dos instrumentos na rotina do PSF, mas também o fato de que uma vez detectado o uso, o uso abusivo, ou dependência, as possibilidades de encaminhamento e resolutividade são limitadas, a depender da oferta de recursos do município. Outro aspecto diz respeito ao perfil dos usuários de SPA, pois os ACS mencionaram neste

estudo sua incapacidade para lidar com os usuários de SPA ilícitas e sua dificuldade nos encaminhamentos. Portanto, mesmo que apliquem um instrumento de rastreamento de uso, a falta de manejo e orientação são impedimentos vivenciados concretamente na prática.

A falta de capacitação dos trabalhadores de saúde é outro aspecto apontado pelos dois grupos e segundo sua percepção, comprometendo a prestação de assistência adequada aos usuários de SPA.

Cada profissional da AB atua segundo perspectiva teórico-metodológica própria e fundamentada no campo de conhecimento do qual faz parte. Contudo, observa-se a necessidade deste, na prática profissional, estar engajado e sintonizado com os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária, cujo conceito de saúde ampliada exige uma postura mais dinâmica e pró-ativa e fundamentada em pressupostos que engloba do sujeito em sua integralidade (SCHNEIDER; LIMA, 2011).

Em função do montante e diversidade de exigências, os ACS deste estudo percebem haver uma sobrecarga ocupacional, a qual é vivenciada como ainda maior em decorrência do fato de alguns ACS residirem na área em que trabalham. Morar no território era uma exigência para ingresso na função de ACS ,por favorecer o vínculo com as famílias, mas atualmente é considerado um aspecto negativo do trabalho, pois vêm dificuldades em colocar limites de horário de trabalho na população.

Esse fato também foi apontado na pesquisa de Wai e Carvalho (2009), como um aspecto de sobrecarga de trabalho, além de outros fatores como, situações que envolvem o não reconhecimento do impacto do seu trabalho na população, a dificuldade de compreensão e operacionalização das propostas do PSF e dificuldades relacionais entre a equipe. Esses apareceram como fatores de estresse para os ACS, para os quais utilizam estratégias de enfrentamento como o uso de compensação, ou seja, extrair aprendizado das dificuldades vivenciadas e o afastamento emocional das atividades laborais.

De maneira diversa, os ACS desta pesquisa, embora sintam a sobrecarga em relação à ausência de limites da comunidade na busca de seu atendimento mesmo fora do serviço, entendem que isso é uma contrapartida da confiança que os usuários depositam neles.

Outro aspecto limitador de intervenções específicas no PSF, é o não relato espontâneo do problema pelos clientes, e sem a manifestação do usuário ou da família não é possível realizar nenhum tipo de intervenção. Portanto os ACS têm um senso claro de comportamento ético na sua atuação profissional.

Em um estudo sobre as implicações éticas do trabalho dos profissionais do PSF, Brehmer e Verdi (2009), destacam a importância da reflexão ética das situações-problemas do cotidiano dos serviços básicos de saúde para reavaliar as atitudes e efetivamente construir uma nova prática na atenção à saúde. Além disso, é imprescindível respeitar o direito de os todos usuários a possuir e ter as informações pessoais e de sua saúde resguardadas.

No que diz respeito às políticas específicas em vigor, a percepção dos ACS é de que são incoerentes, mostram-se desconectadas com a realidade e não condizem com as necessidades e demandas dos usuários de SPA, por isso não respondem amplamente ao problema no país. A ausência de investimentos em políticas públicas foi apontada como um dos fatores da falta de eficiência nas diretrizes de assistência aos usuários de SPA, juntamente com falta de organização e planejamento das ações.

Os ACS, na percepção do próprio percurso de experiência pessoal com as comunidades, relatam ter percebido o aumento do consumo de SPA ao longo dos anos e pensam que as ações do Estado vieram tardiamente, denotando uma percepção pessimista do cenário atual. Atribuem tal situação à ineficiência da política pública a esse fato, que para eles, é decorrente da demora na sua efetiva implantação, enquanto norteador de práticas de assistência e cuidado, diante de uma demanda, que entendem ser crescente, tanto do uso como de usuários-problemas de SPA.

Quanto a isso, Machado (2007) argumenta que quando a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas foi estabelecida em 2003, o Ministério da Saúde reconheceu que houve um atraso histórico do SUS, quanto à sua responsabilidade no que tange o enfrentamento de problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas. A questão foi tratada por um longo período apenas no arcabouço jurídico, com ações voltadas para o controle sistemático do uso e de repressão.

Garcia, Leal e Xavier (2008) abordam a dificuldade do país em adotar uma proposta de política pública menos conservadora e menos vinculadas aos aspectos jurídicos. Outra questão que dificulta a sua efetivação é a descontinuidade das ações previstas, decorrentes da alternância de poder. Quanto à adequação às necessidades dos usuários, as autoras perceberam oscilações, além de atravessamentos de outros interesses externos à política.

As análises realizadas pelos autores mencionados, condizem e corroboram com os comentários feitos pelos ACS neste estudo, no tocante às políticas de saúde relativas ao uso e ao atendimento dos usuários.

Também é notório que os processos de construção das políticas públicas de saúde foram, em sua maioria, de cima pra baixo, onde profissionais e população são vistos como agentes passivos, não sendo convidados para o processo de construção dessas políticas (MACHADO, 2006).

Além disso, fatores inerentes às políticas de atenção ao usuário de SPA não só no contexto brasileiro, mas também latino-americano, demonstram a precariedade e a insuficiência de recursos (humanos, financeiros, infraestrutura) e a falta de integralidade e intersetorialidade da rede assistencial (COSTA *et al*., 2013).

Em relação às falhas nas políticas públicas para os usuários de SPA, os ACS enfatizaram a composição dos atendimentos em nível terciário, de tratamento intensivo e de internação. No entanto, pontuaram que criar dispositivos que viabilizem acesso apenas aos atendimentos de alta complexidade não seria uma solução resolutiva para o atual contexto.

Portanto, os ACS percebem que o uso de SPA é uma questão que não é bem atendida nem compreendida pelos profissionais de saúde, pelo poder público, nas suas diversas esferas e instâncias governamentais, e que portanto não se dispõe ainda das condições necessárias para lidar com a questão.

.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo conhecer e analisar as percepções dos ACS em relação ao trabalho que realizam, especificamente, junto aos usuários de SPA e familiares.

Embora o nosso objetivo central tenha se concentrado nas percepções do trabalho em saúde que os ACS desenvolvem junto a usuários de SPA e famílias, estes profissionais ampliaram os temas tratados neste estudo, trazendo à tona um conjunto de opiniões e contextos extremamente rico e vasto sobre as múltiplas questões que permeiam o uso de SPA.

Quanto ao trabalho junto às famílias, os ACS reforçaram a importância do suporte à família, através da escuta ativa e acolhimento das demandas expressadas, tentando conciliar as necessidades demonstradas com a rede assistencial pública, através de orientações e encaminhamentos pertinentes.

Durante as visitas domiciliares, ocorre o relato do sofrimento da família, em geral feito pelas mães, e é também o momento no qual os ACS têm oportunidade de mostrarem-se disponíveis na relação de ajuda e empáticos quanto ao sofrimento familiar.

Nesta questão do suporte à família, o vínculo contínuo aparece como de extrema importância, não só como um aspecto a ser fomentado e fortalecido, mas como um critério condicionante para o estabelecimento dar elação de ajuda e determinante quanto às ações a serem estruturadas. Segundo os ACS, é a partir do vínculo que ocorre a manifestação expressa dos problemas e a abertura para as intervenções, a partir disso podem pensar e propor alguma ação. Na prática cotidiana de trabalho, a vinculação mostra-se muito forte com os familiares, mas muito incipiente (às vezes inexistente) com os próprios usuários de SPA. Nesta relação de ajuda é que o ACS vivencia sentimento de impotência, visto a proximidade do contato com a família e suas demandas de sofrimento e a percepção de que sua atuação é insuficiente e tem pouca resolutividade.

A identificação com alguns casos (especialmente que envolvem violação de direitos de crianças e idosos) é percebido como mais difícil de lidar nas práticas de trabalho cotidianas. Nestes casos, percebe-se um maior engajamento da equipe

para estabelecer a relação de ajuda, oportunidades em que os ACS relatam procuram estabelecer ações conjuntas e intersetoriais com os órgãos pertinentes.

O medo apresentou-se muito presente para um dos grupos, sendo um limitador nas práticas de trabalho junto a usuários de SPA e famílias. A forte presença do tráfico de drogas na área parecem ter alterado a relação com a população, no sentido da cautela para que não se coloquem em risco e para que as práticas rotineiras de trabalho não desperte a antipatia das pessoas envolvidas em atividades de tráfico. No entanto, o vínculo com as famílias é próximo e mantido.

Vale ressaltar que ambos os sentimentos- impotência e medo- parecem trazer significativo sofrimento emocional aos ACS, com relatos aprofundados durante os encontros. No entanto, as intervenções nas comunidades são continuamente pensadas e estruturadas.

Os ACS também parecem conhecer o perfil dos casos de uso de SPA, embora julguem haver mais usuários de uma determinada faixa etária em detrimento da outra, quando na realidade, eles mesmos percebem que acompanham casos de várias faixas etárias. Fora isso, dão indícios de conhecer os problemas de saúde e sociais de suas respectivas áreas e revelam suas tentativas para estruturar as práticas de cuidado de maneira a atender a especificidade de cada um e também tentar criar uma forma de ação junto à equipe.

As reuniões de equipe são consideradas espaços de discussão e têm importância estratégica para os ACS, pois entendem que nestas oportunidades são pactuadas as ações interdisciplinares e compartilhados os diferentes saberes entre as áreas, vistos como possibilidade de aprendizado. Daí um dos grupos sentir muito a sua ausência das reuniões de casos de clientes com problemas de saúde mental.

Também foi amplamente discutida a visão que os grupos têm em relação os uso e usuário de SPA e famílias. A percepção sobre os três temas são ambivalentes, indo desde as concepções de caráter biologistas (uso é uma doença e o usuário é um doente), passando pela explicação de ordem psicossocial (enfatizando o papel das vulnerabilidades sociais e psicológicas do usuário) até as opiniões de cunho mais moral (sobre as escolhas pessoais e falta de referências familiares e de vida). Na verdade não chegam a formular uma única concepção, a exemplo da própria sociedade que também é ambivalente a esse respeito.

Quanto à rede de atendimento ao usuário de SPA e famílias, os ACS demonstraram conhecer os dispositivos existentes no município e seu fluxograma conforme a gravidade e especificidade de cada caso. No entanto, mencionaram dificuldades significativas quanto à demora da disponibilização de vagas e a percepção de descontinuidade dos acompanhamentos pelos serviços especializados.

Consideram as clínicas particulares mais resolutivas quanto ao tratamento, enfatizando maior facilidade de vagas e o caráter fechado, que deixaria o usuário menos propenso à recaídas. No entanto, os ACS percebem que internações não são acessíveis a todos ('nem todo mundo tem condição de pagar...) e enxergam nos serviços especializados uma possibilidade interessante de atendimento, se efetivado o acompanhamento contínuo dos usuários de SPA.

Quanto às políticas públicas, os grupos demonstraram opiniões críticas e amplas, ponderando a demora de estruturação de diretrizes gerais claras de produção de cuidado no país e outras dificuldades que permeiam a falta de investimentos, de capacitação geral dos profissionais, de planejamento e a precariedade dos recursos. Frente a isso, os ACS demonstram pessimismo quanto à efetivação das diretrizes apresentadas pelas políticas de saúde em relação ao uso e usuário de SPA, em todas as instâncias.

Conhecer as percepções dos ACS quanto ao trabalho junto a usuários de SPA e famílias foi de grande relevância para compreender as práticas de cuidado instituídas e entender porque outras não foram desenvolvidas. Conhecer, as percepções referentes ao trabalho desenvolvido pelo ACS no âmbito da atenção ao usuário de SPA e suas famílias, trouxe à tona seu conhecimento, sentimentos, crenças, necessidades e obstáculos enfrentados e revelou sua capacidade de elaborar análises críticas muito pertinentes sobre o arcabouço da assistência à saúde do município e das próprias políticas públicas em vigor. Entendemos que tal saber pode contribuir diretamente na estruturação das práticas de trabalho na AB e especialmente nos Núcleos de PSF.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, T. M.; RONZANI, T. M., A estigmatização associado ao uso de substâncias como obstáculo à detecção, prevenção e tratamento.In: **O uso de substâncias psicoativas no Brasil: epidemiologia, legislação, políticas públicas e fatores culturais**. Brasília: SENAD,2009. 26-34p.

ASSIS, M. A. et al. **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários**. Salvador: EDUFBA. 2010. p. 127-144.

BALLANI, T. S. L.; OLIVEIRA, M. L. F. Uso de drogas de abuso e evento sentinela: uma proposta para avaliação de políticas públicas. **Texto e Contexto em Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 488-497, 2007.

BARDIN. L. **Análise de conteúdo**. 4ª ed. Lisboa: Edições 70. 2010.

_____. Assistência aos usuários de drogas: a visão dos profissionais do Programa Saúde da Família. **Revista de Enfermagem da UERJ**,Rio de Janeiro, v. 15. n. 2,p. 261-266, 2008.

BLOOD. M. *et al*. **Focus group in social research**. London: Sage Publications. 2ª ed. 2002.

BORGES, V. O**. A família no Programa Saúde da Família: perspectivas do profissionais e usuários de uma unidade básica de saúde.** 2009. 142p. Dissertação (Mestrado) – Universidade Católica de Salvador, Salvador, 2009.

BRASIL. **Portaria 2.488/ 2011**. Brasília: Ministério da Saúde. 2011. 55p.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 59 p.

_____. **Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas**. Relatório Brasileiro sobre Drogas. Brasília: SENAD, 2009. 361 p.

_____. **Legislação e políticas públicas sobre drogas**. Brasília: SENAD, 2010. 57 p.

_____. **Resolução 196. Diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1996b.

BREHMER, L. C. F.; VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobe a atenção dos usuários. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n.supl.3, p. 569-578, 2009.

CAMPOS, G. W. S., DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para a gestão interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, 2007.

CARLINI-COTRIM. B. Potencialidades da técnica qualitativa de grupo focal em abuso de substâncias. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 285-293, 1996.

CASTILLO, B. A. A. *etal*. Stressful situations in life, use and abuse of alcohol and drugs by elderly in Monterrey, Mexico.**Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. spe, p. 509-515, 2008.

COELHO, M. O. JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo de atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva de acesso, acolhimento e vínculo. **Ciência e Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro,v.14, n. 1, 2009.

CASTRO, L. M.;. MAXTA, B. S. B. **Práticas territoriais em saúde mental: experiências de um centro psicossocial do Rio de Janeiro**. SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental, Álcool e Drogas, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 1-11, 2010.

COSTA, P. H. A. *et a*l. Metodologias de implantação de práticas preventivas ao uso de drogas na atenção primária latino-americana. **Revista PanamericanaSalud Publica**, Washington, v. 33, n. 5,p. 325-331, 2013

CUEVA, G. Violencia y adicciones: problemas de la salud publica. **Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica**, Washington, v. 29, n. 1, p. 99-103,2012.

DALL' AGNOL,C. M. Desafios do processo grupal em reuniões de equipe da Estratégia Saúde da Família. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro**, v.14, n.3, p. 504-510, 2010.

DANTAS, M. B. P.; FELICIANO, K. V. O.; SILVA, M. R. F. Subjetividade e diálogo em saúde: práticas de agentes comunitários em equipe de saúde da família. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 4, 2010.

DELFINI, P. S. S. *et al*. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 1483-1492, 2009.

DELGADO, P. G.; CORDEIRO, F. A rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas na saúde pública do Brasil. In: **O uso de substâncias psicoativas no Brasil: epidemiologia, legislação, políticas públicas e fatores culturais**. Brasília: SENAD,2009. 26-34p.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA. **Territórios de promoção à saúde e desenvolvimento local**. Rio de Janeiro. 2011. 382 p.

FIGUEREDO, M. D; CAMPOS, R. O. Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas: uma rede ou emaranhado? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro,v. 14, n. 1, p. 129-138, 2007.

FRANCO, A. J. *et al*. A importância do vínculo entre equipe e usuário para o profissional de saúde. **Investigação**, Franca, v. 8. n. 1-3, p. 11-18, 2008.

GARCIA,M. L. T.; LEAL,F. X.;. ABREU,C. C. A política antidrogas brasileira: velhos dilemas. **Psicologia e Sociedade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 267-278, 2008.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GONÇALVES, A. M. **Cuidados diante o abuso e dependência de drogas: desafios do Programa Saúde da Família**. 2002. 214 f. Tese (doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

GONDIM, S. M. G. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos.**Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 24, p. 149-161, 149-61 p, 2003.

GUERRA, I. C. **Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo: sentidos e formas de uso**, Estoril: Princípia Editora. 1ª ed. 2006. 93 p.

HERMETO, E. M. C.; SAMPAIO, J. J. C.; CARNEIRO, C. Abandono do uso de drogas ilícitas: importância do suporte familiar. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 34, n. 3, p. 641-652, 2011.

LANCMAN, S.; GHIRARDI, M. I. G.;TUACEK,T. A. Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família.**Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro,v. 43, n. 4, p. 682-688, 2009.

LEMKE, R. A.; SILVA,R. Azevedo N. Itinerários de construção de uma lógica territorial do cuidado. **Psicologia e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 25, n.spec.2,p. 9-20, 2013.

LIMA, A. I. O. *et al*. O desafio da construção do cuidado integral em saúde mental no âmbito da atenção primária. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 21,n. 1, p. 71-82, 2013.

LIMA, D. S. **As ações dos profissionais de saúde da atenção básica junto a usuários com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas**. 2009. 121 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Florianópolis, 2009.

LINS, W.R.S.W.**Políticas públicas na (des)atenção à família com drogadição**, 2009. 94 f. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica, Porto Alegre, 2009.

LIRA, L. S. S. P. **Percepção da equipe da Estratégia Saúde da Família sobre cuidado às famílias de usuários de drogas**.2012. 109 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012.

MACHADO. A. R. **Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde no Brasil para usuário de álcool e outras drogas.** 2006. 151f. Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal de Minas Gerais, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública,Belo Horizonte, 2006.

MACHADO, A. R.; MIRANDA, P. S. C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da justiça à saúde pública. **História, Ciências e Saúde-Manguinhos, Rio de Janeiro**, v. 14, n. 13, p. 801-821, 2007.

MARTÍN-LÉON, L. et al. Percepção dos problemas da comunidade: influências de fatores sócio- demográficos e de saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n5, p. 1089-1097, 2007.

MEHRY, E. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e na intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte- reescrendo o público**. São Paulo: Xamã, 2ª ed. 1998. 1-13p.

MERCADO-MARTINEZ, F.; BOSI, M. L. M. (orgs.). A pesquisa qualitativa em saúde: entre o interesse e o questionamento. In: MERCADO-MARTINEZ, F.; BOSI, M. L. M. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes. 2004. 23-74 p.

MICHEL, M. H. **Metodologia e pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas. 2005.

MINAYO, M. C. S.**O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 407 p.

MIOTO, R. C. T.; SILVA, M. J.; SILVA, S. M. M. A relevância da família no atual contexto das políticas públicas brasileiras: política de assistência social e anti-drogas. **Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal**. São Luís. v. 11, n. 2, 2007. 197-200 p.

MONTEIRO, M. M.; FIGUEREIDO, V. P.; MACHADO, M. F. A. S. Formação de vínculo do Programa Saúde da Família. **Revista de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, 358-364p. 2008.

MORAES, M. O modelo integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n 1, p. 121-138, 2008.

OLIVEIRA, D. C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Revista de Enfermagem da UERG**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4. 2008. 569-576 p.

OLIVEIRA, J. F.; McCALLUM, C. A.; COSTA, H. O. G. Representações sociais de agentes comunitários de saúde acerca do consumo de drogas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p 611-618, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Alma Ata**. URSS: 1978.

PAIVA, F. S.; COSTA, P. H. A.; RONZANI, T. M. Fortalecendo redes sociais: desafios e possibilidades na prevenção ao uso de drogas na atenção primária à saúde. **Alethéia**, Canoas, v. 37, n. p. 57-72, 2012.

PILLON, S. C.;LUIS, M.A. V. Modelos explicativos para o uso de álcool e droga e a prática da enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto**, v.12, n. 4, p. 676-682, 2004.

PILLON. S. C.; PEREIRA. G.A.M.; MELLO. E. Perfil dos idosos atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial- Álcool e Drogas. **Escola Anna Ney de Enfermagem**,Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, 2010.

PINHO, L.B., HERNÁNDEZ, A. M. B., KANTORSKI, L.P. Serviços substitutivos de Saúde Mental e inclusão no território: contradições e potencialidades. **Ciência e Cuidados de Saúde**, Maringá, v. 9, n. 1, p. 28-35, 2010.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed. 2ª ed. 2005.

QUEIROZ, I. S. Adoção de ações de redução de danos direcionadas aos usuários de drogas: concepções e valores de equipes do Programa Saúde da Família. **Pesquisas e práticas psicossociais**, Belo Horizonte, v. 2, n. 1, p. 152-163, 2007.

QUEIROZ, I. S. *etal*. Repertórios interpretativos de profissionais da rede de saúde mental e atenção primária de Belo Horizonte sobre uso de drogas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro,v. 38, n. 100, p. 80-93, 2014.

RABIEE, F. Focus- group interview and data analysis**. Proceendings of Nutrition Society**, v. 63.2004. 655-660 p.

RIBEIRO. E. M. **Concreticidade do vínculo do/no Programa Saúde da Família (PSF): desafios de médicos e de enfermagem em uma realidade de implantação do programa.** 2005. 285f. Tese (Doutorado)- Universidade Federal de Santa Catarina,Centro de Ciências da Saúde, Florianópolis, 2005.

ROHERS, H.; LENARDT, M. H.; MAFTUM,M. A. Práticas culturais familiares e o uso de drogas psicoativas pelos adolescentes: reflexão teórica. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 553-557, 2008.

RONZANI, T. M.; FURTADO, E. F. O estigma social do álcool. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 4, p. 326-332, 2010.

RONZANI, T. M.; RIBEIRO, C. M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 23-34, 2008.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto**, v. 13; n. 6, p. 1027-1034, 2009.

SANTANA, J.C.B. *et al*. Agente comunitário de saúde: percepções na Estratégia Saúde da Família. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 14. n.4, p. 645-652, 2009.

SANTOS, J. A. T.; OLIVEIRA, M. L. F. Implantação de ações para enfrentamento do consumo de drogas na atenção primária à saúde. **Cogitare Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 21-28, 2013.

SCHNEIDER, D. R.; LIMA, D. S. Implicações dos modelos de atenção à dependência de álcool e outras drogas na rede básica de saúde. **Psico**, Porto Alegre, v. 42, n. 2, p. 168-178, 2011.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Atenção em Saúde Mental.** Belo Horizonte,2ªed. 2007. 233p.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Plano diretor de atenção primária à saúde: redes de atenção à saúde**, Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009. 118p.

SHIOWAKA, E. **Avaliação da eficiência da rede de atenção de saúde mental e da resolutividade do centro de atenção psicossocial álcool e outras drogas (CAPS- ad)**. 2010. 142 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2010.

SILVA, I. Z. Q. J.; TRAD, L. B. O trabalho em equipe no PSF: investigação a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n, 16, p. 25-38, 2005.

SILVA, W. R.**A (des)atenção aos usuários de álcool e outras drogas na Estratégia Saúde da Família: concepção de enfermeiros, médicos e**

psicólogos. 2012. 104 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2012.

SILVEIRA, P. S.; MARTINS,L. F.; RONZANI, T. M. Moralização sobre o uso de álcool entre os agentes comunitários de saúde. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 11, n. 1, p. 33-41, 2009.

SOARES, J., VARGAS, D., OLIVEIRA, M. A. F. Atitudes e conhecimentos de profissionais de saúde diante do álcool, do alcoolista e do alcoolismo: levantamento da produção científica dos últimos 50 anos. **Revista Eletrônica Saúde Mental e Álcool e Drogas**, São Paulo, v. 7, n.1, 2010.

SOSSAI, L. C. F.; PINTO, I. C.; MELLO, D. F. O agente comunitário de saúde (ACS) e a comunidade: percepções acerca do trabalho do ACS. **Revista Psicologia - Teoria e Prática**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 62-75, 2009.

SOUZA, J. et al. Intervenções de saúde mental para dependentes de álcool e outras drogas: das políticas às práticas cotidianas. **Texto e Contexto em Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 729-738, 2012.

SOUZA, L. J. R.; FREITAS, C. S. O agente comunitário de saúde: violência e sofrimento no trabalho a céu aberto. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 35, n. 1, p. 96-109, 2011.

TRIGUEIROS, L.; CARVALHO, M. C. Novos usos de drogas: um estudo qualitativo a partir das trajectórias de vida. **Toxicodependências**, Lisboa, v. 16, n.3, p. 29-44, 2010.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas. 1987. 175 p.

VELLOSO, I. S. C.; ARAÚJO, M. T.; ALVES, M. Trabalhadores de uma unidade básica de saúde na interface com a violência. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 466-471, 2011.

VENTURA, C. A. A. et al. Políticas e leis sobre drogas ilícitas no Brasil e a perspectiva de familiares e pessoas próximas a usuários de drogas: estudo na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. esp, p. 810-816, 2009.

WAI, M. F. P.; CARVALHO, A. M. P. O trabalho do agente comunitário de saúde: fatores de sobrecarga e estratégicas de enfrentamento. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 563-568, 2009.

APÊNDICES

FICHA DE CARACTERIZAÇÃO DOS AGENTES COMUNTÁRIOS DE SAÚDE (ACS)

NSF:_____

Idade _____

Sexo:( ) Feminino ( ) Masculino

Estado civil:

( ) Solteiro (a) ( ) Divorciado (a)

( ) Casado (a) ( ) Separado (a)

( ) União estável ( ) Viúvo (a)

( ) Divorciado

( ) Separado (a)

Nível de escolaridade:

( ) Ensino fundamental incompleto

( ) Ensino fundamental completo

( ) Ensino médio incompleto

( ) Ensino médio completo

( ) Ensino superior incompleto

( ) Ensino superior completo

( ) Especialização

( ) Mestrado

( ) Doutorado

Religião:

( ) Católica ( ) Evangélica ( ) Espírita ( ) Não tem religião

( ) Outras: _____

Casos de uso problemáticode SPA na família?( ) não ( ) sim

Se sim, quem?_____

Tempo de serviço como ACS neste Núcleo: _____

Reside na área em que trabalha?( )sim ( ) não

NSF-A e NSF-B

1. ATRIBUIÇÕES E CARACTERÍSTICAS GERAIS DO TRABALHO DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Quadro 4: Falas comuns entre os participantes separados por temas

COMPONENTES	FALAS
TRABALHO NACOMUNIDADE	"Pra mim, o trabalho do agente é (...) basicamente o elo entre a comunidade e o serviço de saúde. (...)A gente que vai até a casa, né? A gente que traz as demandas pro serviço." **(AC3-A)** "A gente faz um trabalho de promoção, de prevenção de doenças aqui mesmo no serviço de saúde." **(AC3-A)** -"O nosso trabalho é na comunidade." **(AC3-A)** - "Aí todo mês a gente faz uma visita para acompanhar a saúde dela, se é hipertensa(...) a gente acompanha mais de perto hipertensos, gestantes e crianças até 2 anos (...)" **(AC1-A)** - "Sempre tem aqueles casos que a gente vem acompanhando (...)" **(AC5-B)** **--**"A gente estava fazendo um trabalho sobre a dengue e chegou uma moradora pedindo ajuda (...) Então, ela veio pedir trabalhar com educação na área, principalmente naquela área, né? **" (AC6-B)** "É a campanha de exame de hepatite e HIV, que a gente participa." **(AC4-B)**
ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO	**-**"A área foi dividida em 4microáreas, e cada um ficou responsável por uma área." (**AC2-A)** - "Como foi aumentando a demanda, precisou contratar o quinto agente comunitário.Até pra substituir os que foram saindo, né? **(AC2-A)** **-"**Geralmente, a gente faz os cadastros das famílias. Todo mês a gente faz uma visita para acompanhar a saúde delas (...)" **(AC1-B)** -"É assim: de manhã você faz as visitas, de tarde os relatórios, tem ficha para preencher e todos esses acompanhamentos aí que a gente faz (...)" (**AC1-B)**
PARTICIPAÇÃO EM REUNIÕES	- "(...) dia de segunda e quinta tem uma reunião que é para discussão de casos de família." **(AC1-A)** - "Participa (da reunião) nós, os 5 agentes comunitários, a médica contratada, a enfermeira, as auxiliares de enfermagem, os residentes e os alunos." **(AC1-A)** - "(...) agora tem os residentes da fisio, da fono, da nutrição. Agora, chegou os da psicologia, Aí, a gente tenta planejar alguma coisa." **(AC1-A)** -"(...) a gente traz pra conversar com a equipe. Porque é

PARTICIPAÇÃO EM REUNIÕES	uma coisa que ajuda a pensar. (...) porque a gente tem com quem dividir. **(AC4-A)** - "Você traz pra equipe porque aí tem 10 cabeças, às vezes 10 profissionais de áreas diferentes, que ajuda a pensar, né? (...) É importante a equipe, diversas pessoas pra gente dividir um pouco (...)" (**AC4-A**) -"Porque pensamos: somos equipe, somos equipe. Eu tô trazendo um problema da equipe para a equipe. (...) a gente sempre sai com algumas coisas já amarradas." **(AC1-A)** - " Então, primeiro a gente traz o caso, discute e tudo. " **(AC2-A)** - "(...) A discussão era boa porque era aprendizado. Era muito rica pra gente. Eu gostava muito de participar daquelas discussão."(**AC2-A)** - "Pra nós, a gente encara de um jeito assim: a gente perdeu com isso, né? (...) Na discussão, a gente acabava aprendendo. Mas foi indo e deixando de acontecer (...)" **(AC3-A)** ""(...) aqui tem muita gente de fora também. Muitas pessoas de fora do serviço."**(AC3-A)** - "Participa (*da reunião*) nós, os 5 agentes comunitários, a médica contratada, a enfermeira, as auxiliares de enfermagem, os residentes e os alunos." **(AC1-A)** -"(...) agora tem os residentes da fisio, da fono, da nutrição. Agora, chegou os da psicologia, Aí, a gente tenta planejar alguma coisa." **(AC1-A)** -"(...) a gente traz pra conversar com a equipe. Porque é uma coisa que ajuda a pensar. (...) porque a gente tem com quem dividir.” **(AC4-A)** -"A gente distribui os devidos encaminhamentos. (...) Aí depois tem como cobrar da equipe as articulações, o que foi amarrado, as dificuldades (...)" **(AC1-A)** - "Porque pensamos: somos equipe, somos equipe. Eu tô trazendo um problema da equipe para a equipe. (...) a gente sempre sai com algumas coisas já amarradas." **(AC1-A)** - " Então, primeiro a gente traz o caso, discute e tudo. " **(AC2-A)** -"Agora tem os grupos que a gente participa, as reuniões aqui no próprio núcleo e fora. Às vezes, tem reunião que a gente vai para a secretaria." **(AC1-B)** -"A gente vai em reunião fora quando tem que reunir com outros núcleos. **(AC5-B)** -"(...) o pessoal tem um monte de problemas aí e tem que informar a comissão pra ajudar a resolver esses problemas." **(AC1-B)** -"Aí a gente orienta sobre essa reunião da comissão, pra estar trazendo o pessoal da secretaria pra estar ajudando aí nessa questão." **(AC5-B)**

	- "A gente tem um momento de reunião aqui, mas também fora, com os outros núcleos (...)" **(AC5-B)** - "Acontece duas vezes por semana, terça de manhã e quinta à tarde, a gente faz uma reunião e uma discussão de família. E cada um passa, não só os agentes, como os técnicos pode passar, o pessoal da multi pode passar alguma coisa (...)" **(AC1-B)** - "tem sempre aquela demanda que a gente vem discutindo, né? (...)" **(AC1-B)** "Aqui no núcleo chegamos a participar algumas vezes, mas depois foi acabando (...)" **(AC4-B)**
SUPORTE À FAMÍLIA **SUPORTE À FAMÍLIA**	- " A gente vai na casa. Aí você traz a família pra cá, pro acompanhamento médico, psicológico, porque é Importante nesses casos ter acompanhamento da família, né? Só da gente estar lá conversando, você ouve toda a família lá e tal (...) o suporte é esse." **(AC4-A)** - "E quando você encontra uma coisa que a própria equipe não tem suporte o suporte para aquela família precisa, então a gente busca parcerias fora." **(AC1-A)** -"Porque você escuta, a história, o sofrimento daquela mãe (...)" **(AC2-B)** -"Da minha parte eu percebo que é mais um desabafo do familiar, não da pessoa, do usuário. Tipo assim: é um pedido de ajuda, mas da família (...) é para um filho, pro marido (...)" **(AC5-B)** -"Geralmente, é uma esposa, uma mãe que fala (...)" **(AC1-B)** -"É mais um desabafo da família, de falar que tá complicado, que tá difícil (...)" **(AC3-B)** -"Então, é mais um desabafo. Não é a pessoa envolvida com a droga que comunica com a gente. É alguém da casa, um parente que tá ali perto (...)" **(AC3-B)** -"Mas até os familiares se reservam até o último minuto. Quando eles desabafam é porque não estão aguentando mais." (**AC6-B)** -"A gente tenta sensibilizar, encaminha, escuta a família (...) A gente visita a família, vê no que pode ajudar (...)" **(AC3-B)** -"Pra família, eu tento ser solidária, me colocar à disposição. Pra eles ter uma referência. E a gente sente que eles fazem vínculo. Acho que já é alguma coisa. A gente trabalha aos poucos. Acho que já é alguma coisa, melhor que nada" **(AC1-B)**
	- "Porque o vínculo é sempre maior com a gente." **(AC1-1)** -"De acordo com o vínculo que você tem com o usuário e com o familiar dele mesmo,eles por si só falam. E aí, a gente tem uma conversa aberta, né?(...) Pergunta como é que é, você procura reduzir danos, né? E trabalha nesse sentido. E estar orientando a procurar o serviço (...) **(AC1-A)**

VÍNCULO CONTÍNUO	- "(...) o trabalho é de acordo com o vínculo, né? É o vínculo que você tem. **(AC1-A)** - "(...) se a gente não tiver vínculo muito bom (...) tem família que eu tenho um vínculo bom, conheço toda a história. A gente conhece e consegue ajudar. Mas quando afamília esconde, como é que você vai fazer alguma coisa?(...) Aí é difícil fazer alguma coisa. Nem pode abordar, né? Se a família esconde (...) Enquanto a pessoa não me falar, eu não vou conversar sobre aquilo." **(AC4-A**) - "A gente fica ali com a família, nosso vínculo é com a família nesses casos. Porque é difícil a pessoa querer parar, dar um basta naquela situação." **(AC4-A)** - " (...) A partir do momento que me conta, você fazer alguma coisa e tal (...) A gente tem que tomar muito cuidado porque a gente entra na intimidade das pessoas. (...) Ao invés de ajudar, você pode destruir a reputação de uma pessoa." **(AC4-A)** -"Assim, eu acho que todo mundo recebe a gente bem (...) A gente sempre escuta falar muito bem do nosso trabalho, do trabalho do agente (...)" **(AC4-B)** -"Tem a questão do vínculo, né? Eles confiam muito no que a gente fala." **(AC6-B)** -"(...) mas as meninas já chegaram aqui há mais tempo, então a confiança, o vínculo é muito maior (...)" (AC3-5) "(...) porque geralmente a gente tem vínculo com a família toda (...)" **(AC5-B)** -"Porque temos bom vínculo com as pessoas, tem muita coisa que eles falam pra gente, vem aqui e não fala pro médico (...)" **(AC4-B)** -"(....) Eu acho que eles até vem muito aqui. Sempre tem um. Sempre vem noiado, mas estão sempre aqui. Então, tem vínculo com o serviço. Quando precisam estão aqui (...)" **(AC3-B)** -" Eu acho que o trabalho que a gente pode prestar é nesse sentido, o vínculo. Deixar o serviço de portas abertas (...) É importante estar próximo deles, mesmo que não queiram parar (...)" (**AC5-B**) -"(...) Então, assim, eu acho que é importante o vínculo e tudo(...)" **(AC1-B)**
	- "Tem hora que eu penso:' meu Deus, vou ter que voltar lá e eu não tenho nada a oferecer pra esta pessoa, entendeu? Ela vai me fazer a mesma queixa, novamente, e eu não tenho nada, nem um (...) artifício pra aproveitar." **(AC2-A)** - 'Você não tem argumento mais (...) Principalmente, se a família for problemática e você não tiver nenhum caminho pra ela, né? Então, você ouve de novo e pensa: 'Nossa Senhora, tá do mesmo jeito!' E daí? A gente sai de lá impotente, assim, sabe? Se sentindo mal."**(AC2-A)** - "A gente não consegue dar outros passos, outros passos

IMPOTÊNCIA **IMPOTÊNCIA**	pra frente." **(AC4-A)** - "O sentimento é de impotência mesmo, de não saber o que fazer. Mas a gente vai tocando, dentro do possível."(**AC3-A**) -"E dá angústia de ver aquilo ali e assim ficar de mãos amarradas, porque eunão tenho condições de fazer nada, nem a equipe." (**AC5-A**) - "(...) A gente faz um trabalho que às vezes não tem impacto, não faz diferença." **(AC3-A)** - "Era feito ou já vinha sendo feito e não adiantava. Então, a gente percebe o poder da droga." **(AC3-A)** - "(...) E a gente percebe que nem a justiça, nem as instituições dão conta também." **(AC4-A)** -"(...) e eu me sinto até um pouco frustrada, porque na maioria não é a pessoa que relata, elas nem admitem que são alcóolatras e usuárias, né? " **(AC1-A)** -"Mas eu acho que lidar com aqueles que não querem ajuda bem difícil, bem complicado (...)" **(AC4-B)** -" É isso que acontece: a família vem e desabafa com a gente (...) a gente vem e sabe que não vai ter solução (...)" **(AC4-B)** -"Mas a gente poder fazer alguma coisa mesmo, só se o usuário pedir ajuda. A gente não pode interferir só porque a mãe falou (...) Então, fica difícil (...)" **(AC1-B)** -"Na minha área, teve uma mãe que trouxe o filho aqui pra gente fazer alguma coisa, mas ele não aceitava ajuda. Então, a gente não teve muito o que fazer (...) E o desfecho dessa história ninguém ficou sabendo (...)" **(AC6-B)** -"Não tem muito o que fazer, né? Se o usuário não quer ajuda é complicado, o que a gente vai fazer? " **(AC4-B)** -"Porque na verdade, eu tô percebendo que a gente está tendo mais ajuda de Deus (...)" **(AC1-B)** -“(...) É dificil ajudar porque a pessoa quer e de repente ela já foi pra rua, usando droga (...)” **(AC3-B)**
PERFIL DOS CASOS	- "(...) uma família que teve um menino que se envolveu com droga. E ele estava de liberdade assistida e era uma família muito próxima do núcleo." **(AC1-A)** - - "(...) era um senhor que bebia sozinho em casa. Ele tinha família, filho, nora, neto, né? Só que ele vivia numa situação de abandono." **(AC2-A)** - "Um senhor da minha área, é um rapaz jovem, tem 42 anos. (...) ele é funcionário do HC. (...) Você vê que a pessoa vai perdendo tudo e a única alegria dele é beber." **(AC4-A)** - "Eu tenho um caso de um senhorzinho, também em situação de abandono e ele toma todas." **(AC1-A)** - "Tenho outro caso aqui na minha área que a vida dele toda é beber e ir pro boteco (...) Nunca quis acompanhamento médico. Estes tempos, apareceu um CA (câncer) na língua e está tratando no HC (...)" (**AC4-A)**

PERFIL DOS CASOS	- "Eu tenho uma família muito complexa, tem uma menina que é usuária de droga. Ela tem uma filha menor que fica aos cuidados dos pais dela.Ela sumia e voltava, sumia e voltava (...)" **(AC3-A)** "Tem uma família na minha área que me dá mais angústia, porque tem criança, os adultos não cansam de usar droga e álcool, tem suspeita de TB, HIV, outras doenças. E assim, tem criança de 9, 10 anos que tão usando droga (...) A família inteira está doente, inteira" **(AC5-A)** - "Tem uma usuária que já chegou a vir aqui bem (...) dopada. Aí virava uma pessoa agressiva, chegava a falar que ia matar alguém da equipe. Ela é moradora de rua." **(AC5-A)** -"Tem pessoas idosas, principalmente no Sumarezinho, que trabalhavam na empresa X, que era liberado a bebida para eles (...) Então, muitos deles adquiriu esse vício no trabalho, na fábrica, no próprio trabalho." **(AC5-A)** -"Tinha um menino na minha área que fazia uso, sempre fez uso de cocaína. Os pais sempre soube. E você ia na casa, tudo normal (...)" **(AC1-A)** "Tem uma senhora aqui perto, da nossa área que o filho dela tem 32, 33 anos que devia estar trabalhando,fazendo alguma coisa na vida, mas fica infernizando a mãe (...) rouba pra usar droga, pede coisas básicas que você dá pra um menino de 11, 12 anos (...)" **(AC4-A)** -"(...) Aconteceu de uma mãe chegar em mim e chorou, desabafou porque fica trancada dentro de um quarto porque o filho já vendeu tudo (...)" **(AC4-B)** -"O cara, o rapaz ficava falando que eu falava que era da saúde, que ia ajudar, mas ficava intrometendo onde não devia. A questão era que além de usar droga, ele bateu na esposa que tava gestante e ele fez de propósito(...) Ele me chamou lá na casa dele e bateu nela, deu um soco nela (...) **(AC4-B)** -"Tinha uma casa também que tem uma menina que ia tirar foto e a mãe tava desconfiada que a menina tava se prostituindo (...)" **(AC6-B)** -"Teve um rapaz que saiu de uma clínica e a mãe dele procurou buscando atendimento psicológico pra ele, buscando vaga(...) Mas não é o que ele queria, era o que a mãe queria (...)" **(AC2-B)** -"Tem o caso de uma família aqui que tinha um varejão aqui. (...) Um filho deles tava devendo R$5,00, o valor de uma pedra. Eles levaram ele pra um terreno e mataram a tijolada.(...)" **(AC4-B)** -“Tem o caso da M. Nós fizemos cadastro e é o que a AC3-5 falou: oscila muito. Tem momentos que ela quer ajuda, mas eu acho que o grau de dependência fala mais alto. Quando ela tá no fundo do poço ela vem e quando você

PERFIL DOS CASOS	pensa que ela vai engrenar, ela volta. Quando ela vem pedir ajuda, a gente tenta vincular ela aqui, atendemos ela aqui. Encaminhamos pro CAPS (..)" **(AC1-B)** -" O grau de dependência dela é tão alto que a gente sabe que ela se prostitui por causa de um pouco de droga. O problema é que ela não consegue ficar nem um pouco sem, não dá tempo de você ajudar." **(AC3-B)** -"Que nem o caso do D. Era um adolescente que era usuário, ele saía da casa dele, ficava internado ou ia pra casa de um tia, ficava bem, não usava, frequentou aula um tempo. Voltou a morar com a mãe voltou tudo de novo (...)" **(AC4-B)**
CAPACITAÇÃO ESPECÍFICA	- "Mas primeiro precisa capacitar, ter gente capacitada. Não basta ser profissional. Porque tem gente que trabalha, mas não tem capacidade de atender, né?" **(AC3-3)** - "Ter uma política que assume, porque eu vejo médico na atenção básica que atende assim, né? A gente percebe que não são capacitados pra lidar, né**?" (AC1-3)** - "(...) Uma que q gente mesmo não tem capacitação para atender e lidar com essas situações, né? A gente não tem técnica, uma capacidade técnica (...) Acho que nem os técnicos estão preparados também pra atender e acolher essa demanda (...)" **(AC1-3)** - "Também tem o despreparo, que é muito grande." **(AC2-3)** - "O pessoal do PAI-PAD veio aqui, propôs intervenção, de aplicar AUDIT. Mas não deu certo." **(AC3-3)** **"**(...) Porque a gente está preparado par lidar com alguns agravos mais comuns. Pra droga não estamos preparados. Também tem o que falamos, é um tema que a gente tem que ter cuidado nessa área. A gente vê a necessidade mais não temos perna pra isso." **(AC6-5)** -" Outra coisa, chegar lá pra atender sem saber com fazer assim, não dá, né? Mesmo que a gente quisesse fazer, a gente não é capacitado. A gente não sabe o que falar, como fazer (...)" **(AC1-5)** -" Tivemos um do PAI-PAD. Foi um curso de álcool e droga, mais o teste que eles passaram era só pra álcool. E aí? Pra álcool a gente meio que vai levando os casos. Acho difícil é trabalhar com a droga. Eu não sou uma pessoa que sei fazer isso." **(AC4-5)** -" (....) O problema não é não saber, é que eu não quero (...)Porque quem quer se prepara. Quando você não quer, você não quer nem saber." **(AC3-5)** -" E tem o pessoal da redução de danos que eles vão. Porque o jeito que eles vão lá é muito diferente." **(AC3-5)** -" Na minha área tinha um redutor de dano, que era ex-usuário (...)Aí ele resolveu trabalhar com redução de danos. Ele até deu palestra aqui pra nós." **(AC4-5)** -" (...) A gente não se sente preparado pra de repente: 'Ah, vamos fazer um trabalho com os usuários de drogas (...)"

CAPACITAÇÃO ESPECÍFICA	**(AC3-5)** - "(...) Quantos cursos a gente já teve? Resolveu? (...)" **(AC1-5)** -" Eu tô falando um curso (...) Não sei se é um curso. Uma capacitação pra mostrar assim: olha, o usuário tá assim, faz isso, tá daquilo, faz aquilo, se tá assim, encaminha pra tal lugar, mostrar o caminho pra gente." **(AC5-5)**
REDE FRÁGIL ATENDIMENTO	- "Não tem uma manutenção, um suporte(...). Tinha que ter um suporte, uma manutenção, uma atividade pra esta pessoa se ocupar e não voltar a ser usuário. Mas falta muito, o nosso município tá meio carente disso aí." **(AC4-A)** -"Na verdade, a gente não tem muito apoio. (...) Não tem, por exemplo na questão do álcool, não tem muito o que fazer, pra onde encaminhar." **(AC4-A)** -"Porque esse negócio de pegar uma pessoa, encaminha pra cá e vai passando, pipocando na rede e nada funciona, aí você perde o caso, perde o caso." **(AC1-A)** - "Não sei, assim, mas no CAPS-AD eu não conheço nenhum caso exitoso. Eu, AC1 não conheço." (**AC1-A)** - "Se é uma doença, porque não existe um lugar pra ser tratado essa doença, entendeu? A coisa é muito jogada." **(AC3-A)** -"O caso das mulheres que são usuárias não existe nada. Uma mulher que é usuárianão tem onde se tratar." **(AC5-A)** - "O CAPS-AD dá uma semana e já dispensam. (...) " (**AC5-A)** - " A rede pública então (...) Porque você vai, conversa, convence e a pessoa vai. Chega lá, faz o atendimento, mas não dá continuidade, sabe? Então, quando a gente fala de usuário de droga, a gente tem uma rede frágil ainda. E a demanda só chegando (...) Eles não tem estrutura de trabalho e acolhimento." **(AC1-A)** -"(...) Ele estava no CAPS-AD. Aí ele teve uma recaída e ele tava sem medicação (...) era plena quarta-feira à tarde e não tinha psiquiatra. E a medicação só o psiquiatra que dá, outro médico não pode(...)" **(AC2-A)** - "Desintoxica e não faz um trabalho conjunto. Desintoxicou, já manda pra casa dele, pra ele procurar, entendeu? Então, não tem aquela, aquela sequência." **(AC1-A)** -"Outra coisa que eu queria falar: os serviços existem. Às vezes, a gente critica o serviço. Todo mundo fala mal, eu também falo." **(AC4-A)** -" A gente sabe que o poder público não dá conta nem das pessoas normais, ditas normais. Então, quem vai cuidar de um drogado, de um dependente de álcool e droga, com problema psiquiátrico? A gente vê um monte aí, o Estado não dá conta mesmo. Tem que investir mais nos profissionais, em diversos profissionais (...) a gente tá aqui,

REDE FRÁGIL ATENDIMENTO	tá na casa das pessoas, na hora de encaminhar é difícil, né?" **(AC4-A)** "É porque tem coisa que a gente acha que vai articular, fazer parceria e vai ser uma beleza (...) E não é nada daquilo." **(AC3-A)** "Fica esperando vaga, que ás vezes só dali uma semana e fica assim, sem uma orientação, sem nada." **(AC2-A)** -"(...)A rede pública então (...) Porque você vai, conversa, convence e a pessoa vai. Chega lá, faz o atendimento, mas não dá continuidade, sabe? Então assim, quando a gente fala de usuário de droga, a gente tem uma rede frágil ainda (...)E a demanda só chegando (...)" **(AC1-A)** -"(...) Fora a rede que não ajuda muito não**." (AC4-B)** - "Também tem aquela história, a rede também não dá conta. Atendimento pra valer, de internação, é tudo pago e muita gente não tem condição. (...) Agora, SUS é difícil, precisa melhorar muita coisa. Às vezes, o núcleo pega, atende rapidamente, já manda, encaminha, mas aí na espera a pessoa desiste." **(AC1-B)** -"Olha, na minha opinião, internar particular acaba sendo mais efetivo. Mas por aquilo que falaram aqui, por ser na hora (...) Não precisa ficar esperando vaga, não precisa nada, já interna (...)" **(AC4-B)** -" Mas tudo que envolve outros serviços e principalmente a secretaria é complicado demais. Vai e volta, e tem que mudar e não aceita (...). Até a gente falar: deixa pra lá (...)" **(AC3-B)**
DISPOSITIVOS DE ENCAMINHAMENTO	- "Aqui é mais casos de pessoas que vão para clínicas particulares (...) nestes casos de drogas, né? (AC1-3) - "A gente sempre tenta encaminhar pro CAPS-AD." **(AC4-A)** - "Porque assim, você encaminha pro CAPS, pro HC, pra UE e os mais sérios para o Santa Teresa (...)" **(AC5-A)** - "Às vezes, a gente manda e fica lá na Cuiabá (...)" **(AC5-A)** "Às vezes manda pra psiquiatria da UE, pra desintoxicar (...)" **(AC1-A)** -"(...) Aqui do núcleo encaminha lá pro Cuiabá e aí no Cuiabá eles fazem tipo uma internação, só até sair uma vaga (...)" **(AC4-A)** -"Tem o CAPS também (...)" **(AC5-A)** -"O CAPS a pessoa tem que ir por ela, né? Você dá o endereço, o telefone e tudo, mas às vezes acaba que no meio do caminho ele desiste e não vai. Não é tão perto daqui, então muitos não tem condução pra ir (...)" **(AC4-B)** -"Essa pessoa da família que veio e desabafou com a gente, vai lá *(CAPS-AD*) para aprender a lidar um pouco (...) às vezes mais pra aprender a lidar com aquele tipo de situação, né? (...)" E entender um pouco porque todo mundo fica irritado com aquela situação. Então, o familiar

	vai para entender o porquê daquela pessoa estar usando isso." **(AC1-B)** -"(...) Tem o CAPS-AD, a gente pede pra essa mãe está indo lá, conversar, ver o que eles podem fazer, orientar como ela pode ir trabalhando com ele (...)" **(AC6-B)**
INTERVENÇÕES ESPECÍFICAS DOS NSF **INTERVENÇÕES ESPECÍFICAS DOS NSF**	- "Nós estamos com um caso de uma família é por causa de droga, com criança e tal que está sendo feitas discussões, convidando pessoas de entidades das redes sociais, que são, que podem ajudar na situação desta família.(...) Então, a gente vai buscando , né? E isso é um movimento de toda equipe toda, cada um dá uma contribuição pra resolver o problema." **(AC2-A)** - "Agora nós temos a S. e a C. (assistentes sociais de uma UBDS), a gente tá numa sintonia legal com elas. Tudo o que a gente precisa, a gente liga lá e elas atendem a gente por telefone, na hora, né? Então nessa parte aí melhorou bastante, né? Porque a gente tem contato direto (...) **(AC1-A)** - "Sempre que tem as articulações, a equipe continua, ela não passa simplesmente pra frente. Ela continua cuidando daquele caso." **(AC1-A)** - "Porque a gente continua visitando aquela família. Quando a gente vê que precisa, a gente volta mais vezes, volta sempre, sabe? Sempre vendo se aquela situação mudou se não mudou." **(AC4-A)** - "Antes, a gente tinha um pouco de medo. (...) E tinha outro médico, outra enfermeirae um coordenador que toda vez que falava era um melindre. (...) Agora não, a equipe que a gente está nesse sentido é legal. É uma equipemais corajosa nesse sentido." **(AC2-)** - "Nós estamos tentando fazer é (...) tipo descobrir junto com outras pessoas que trabalham em outras instituições (...) alguns canais pra trabalhar e direcionar essas famílias que tem problema da droga, né? "**(AC5-A)** - "Nós fizemos uma conferência com instituições públicas e privadas, algumas ONGs, pra fazer estudo de caso de algumas famílias." **(AC1-A)** "Aí a gente faz esse canal com outras instituições e tal, pra ver o que pode ser feito." **(AC3-A)** -"Foi feito até uma ficha, tipo de assim: a gente discutiu responsável por uma coisa (...) Então, a gente começou a fazer tudo por escrito. (...) Pra não deixar aquele negócio solto." **(AC2-A)** -“Já pensou, a gente falar: vamos fazer um grupo, na escola (...) nós vamos participar, nós vamos fazer grupo, com outros profissionais na escola (...) Pelo que eu entendi, se a gente propor, a *(enfermeira)* topa, ela vai querer fazer (...) **(AC3-B)** -“ A gente tem que falar da droga, orientar, aconselhar

	porque senão o que vai ser?(...)" **(AC3-B)** -"(...) A gente tenta sensibilizar, encaminha, escuta a família. Mas na maioria das vezes fica nisso." **(AC3-B)** -" Sempre dá pra gente pensar em algumas coisas, fazer grupo aqui no núcleo, fazer ações de prevenção e tudo. Sempre dá." **(AC1-B)** - "Nós estamos com um caso de uma família é por causa -'(...) . Imagina ir lá na boca de fumo e começar a falar pros meninos sobre a droga (...) que a droga faz mal (...) Pra começar eles sabem melhor do que eu. (...)"**(AC3-B)** -" (...) E tem o pessoal da redução de danos que eles vão. Porque o jeito que eles vão lá é muito diferente." (AC3-5) - "Pra eles, na visão deles (*dos usuários*) eles (*redução de danos*) vão lá pra me ajudar (...)" **(AC4-B)** -" (...). Vou fazer campanha contra? Prefiro fazer o trabalho de formiguinha, de ir, escutar, deixar a família desabafar (...) porque isso também ajuda. Não é quem nem uma psicóloga assim, dizer as coisas mais (...) Mas eu sinto que eu ajudo, nem que seja só pra escutar (...)" (**AC1-B)** -" Mesmo que não seja um trabalho assim (...) estruturado a gente trabalha com o usuário sim. A gente acompanha a família, então a gente sabe, acompanha o caso. Se existe abertura, a gente encaminha, manda a pessoa vir aqui pras consultas (...) é um trabalho de encaminhamento." (AC5-B) -" (...) Mas um trabalho eficiente aqui, não dá pra fazer. De ir, conversar, ir fazendo um trabalho de conscientização, pra pessoa ir se tratar (...) fica só nisso, num trabalho indireto." **(AC1-B)**
VISÃO DO GRUPO SOBRE O USO DE DROGAS PSICOATIVAS	-"É um problema de saúde pública. Muito complexo, envolvem uitas outras coisas. Então, o que tem que ser feito não é tão simples." **(AC1-A)** - " Esse problema vem lá da juventude. (...) É bonito beber. Socialmente, parece que a sociedade aceita bem, principalmente entre os jovens." **(AC4-A)** - "Então, esse hábito começa na juventude e depois vai vida afora." (**AC4-A)** - "(...) hoje é encarada como uma doença. De primeiro não."(**AC1-A)** - "Nas drogas, eu vejo mais uma fuga, né? A pessoas às vezes tem um problema ali e não consegue resolver ou uma insatisfação pessoal(...) Falta de afetividade ou alguma coisa e canaliza, às vezes, para essas coisas." **(AC4-A)** -"(...)Muito difícil o vício (..) Lutar contra o vício é muito difícil. (...) Você imagina a dependência da droga que é muito pior." **(AC3-B)** -" O vício é pior que a sede. A sede você tá consciente, né? O usuário não tá consciente, eles estão fora da realidade. O cérebro não está trabalhando de acordo (...)" **(AC5-B)** -" O cérebro só manda que está sentindo falta daquilo e

VISÃO DO GRUPO SOBRE O USO DE SPA	você precisa daquilo a qualquer preço. Faz qualquer coisa (...)" **(AC1-B)** -"(...) Tem a questão da escolha, né? As escolhas da pessoa. Mas eu acho que isso também pode ser de família." **(AC1-B)** -" Tem outra coisa: no passar do tempo isso vira um modo de vida. Qualquer proposta de mudança eles não vão aceitar. É o prazer fácil (...)" **(AC3-B)** -" Se fosse um problema só de saúde, a saúde dava conta (...) Mas não é, é complexo. **(AC5-B)** -" Também tem uma coisa: a droga não vem sozinha. Antes dela vem a família desestruturada, menino largado na rua, pai batendo em mãe, más influência (...)" **(AC5-B)** -" Pois é, a droga é resultado de tudo que ele viveu. Então, tem que tratar tudo, não só o usuário. Mas isso depende de muita coisa (...) de muita coisa. É muito complexo (...)" **(AC2-B)**
VISÃO DO USUÁRIO DE SPA **VISÃO DO USUÁRIO DE SPA**	" A única coisa que ele tem é a droga, é aquilo ali (...) Como é que ele vai abrir mão da única coisa que ele ainda tem? " **(AC4-A)** - "A pessoa passa muito mal e vive pra correr atrás da bendita droga. E se não tem a droga, vai qualquer coisa (...)" **(AC5-A)** -"A gente só consegue trabalhar com quem quer deixar (a droga)" **(AC5-A)** - "Até profissionais de saúde tem muito preconceito, diante dessas pessoas. Deixa a pessoa lá e fala: 'Ah, deixa esse bebum aí, esse bebum, esse, encosto. Daqui a pouco ele cansa e vai embora (...)" **(AC3-A)** -"(...) Às vezes, a pessoa até quer ajuda, mas naquele momento(...) Ele pediu ajuda naquele momento. Então, você já tem que pegar ele e levar pra algum lugar, fazer alguma coisa pra ajudar ele. Porque se demorar muito, eles já não querem mais." **(AC6-B)** -"Mas às vezes o que acontece é que a pessoa não está pronta para a mudança. Às vezes, ela sabe que precisa de ajuda, mas não está preparada. (...) Então, eu sei como é difícil o vício. É muito complicado (...) você sabe que ninguém pode fazer isso por você. Você quer parar, mas não consegue naquele momento." **(AC3-B)** -"(...) Então, eles não têm aquela cabecinha de pensar: 'nossa, isso é prejudicial pra minha saúde, eu posso ser preso, eu posso ser morto (...)" **(AC6-B)** -"(...) da minha área já, teve gente que já pediu ajuda. Mas você vem, passa pra equipe, batalha pela vaga e na hora que você vai, eles falam: 'não quero'." **(AC3-B)** -" O desfecho é que muitos morrem. Pouquíssimos sobrevivem à droga. Não é só o uso (...) é uso, é tráfico, criminalidade, entra numa roda viva. Num caminho de morte mesmo." **(AC4-B)**

	-“99,9% não quer tratamento, se quer muda de idéia tão rápido que nem dá pra fazer nada (...)” **(AC3-B)** -“ Porque usuário de droga, desculpa a expressão, sempre anda estrupiado. É machucado, ralado, cortado, cabeça aberta (...)” **(AC4-B)** -“ Eu acho que é um tipo de população que é difícil de aderir a qualquer tipo de tratamento (...)” **(AC2-B)**
VISÃO DA FAMÍLIA DO USUÁRIO	- "A verdade é que a família sofre mais que a própria pessoa." **(AC1-A)** - " Às vezes, a família se sente culpada, né? Às vezes, o jovem está naquela situação e fala que foi erro da família**."(AC4-A)** - "É uma coisa encoberta pela família, eles não aceitam."**(AC1-A)** "Ou tem vergonha de falar, né?" **(AC5-A)** "A família vira babá da pessoa.(...) A gente ouve isso das mães, que pagam o maior preço. (...) Você percebe que todo o esforço pra tirar a pessoa daquilo, o esforço é da família e que paga o maior preço. A pessoa mesmo não está nem aí." **(AC4-A)** - "A gente percebe que algumas famílias quetem filhos envolvidos com drogas, parece que eles tem uma visão distorcida do mundo, entendeu? " **(AC3-A)** - "(...) Eu fico pensando no poder do exemplo, ter um pai e uma mãe que te direciona (...)" **(AC4-A)** - " Muitas famílias são muito problemáticas, fazem algumas coisas pela lei da sobrevivência." **(AC3-A)** - "Eu vou ser sincero: isso gera uma certa revolta na gente. De ver a pessoa trazer todo o sofrimento, toda essa carga e esse esforço tão grande para a família." **(AC4-A)** -"(...) Porque você escuta, às vezes chora junto com aquela mãe, porque a gente é mãe também, né? (...)" **(AC1-B)** Nós não podemos dar uma solução pra mãe, pra família (...) Porque é a família que tem que saber o rumo que deve tomar(...) é uma coisa que eles tem que tomar as atitudes." **(AC4-B)** -“ Mas a família também não quer nada com nada. Também não quer ir atrás, se tratar também, Porque todo mundo tem que se tratar (...).” **(AC3-B)**
FRAGILIDADE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE	- "Eu acho que só internação não é saúde também, né? saúde pra mim é internação, acompanhamento, educação, é um monte de mudanças (...)" **(AC3-A)** -“ (...)A gente percebe que isso custa muito caro e (..) os nossos governantes não tem interesse em investir nisso.” **(AC4-A)** -“(...) Enquanto política nós estamos longe assim(...) Eu acho que é tarde demais, sabe? Pra tá começando agora, a partir de agora, né? Perdeu o controle (...)” **(AC1-B)** -“(...) Parece que no Brasil não tem nem um preparo financeiro (..)” **(AC1-B)**

ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	- “Mas pra fazer um trabalho bom precisa, primeiro: investimento. Os políticos não querem investir nisso (...) não querem. Segundo um trabalho em todas as áreas (...) educação, saúde, segurança (...) todo mundo junto (...) E eu nem sei se também dá pra resolver (...)” **(AC5-B)** - “ (...)o grande problema não só daqui mas em Ribeirão é a dificuldade de vaga. Custa um querer se tratar. Quando tem, você não consegue vaga (...)” **(AC3-B)**

TEMAS NÃO COMUNS AOS DOIS NÚCLEOS PESQUISADOS

NSF - A

Quadro 05: Temas e falas específicas do NSF A

COMPONENTES	FALAS
PROCESSO SELETIVO	"Inicialmente, foi aberto um processo seletivo na FAEPA (...) Aí foi feita a seleção e foram escolhido 4 agentes, do qual eu sou da primeira turma." **(AC1-A)**
CAPACITAÇÃO	Nós passamos por capacitação" (**AC1-A)**
EDUCAÇÃO CONTINUADA	"E até hoje todas as pessoas que entram tem uma educação continuada, tá? É uma forma de estar reciclando, né?" **(AC1-A)**
DIVULGAÇÃO	"Então, no início, fizeram uma forma de oferecer o serviço ia-se de casa em casa oferecendo cadastro, mas não só pelos agentes, mas por todos os alunos, principalmente da enfermagem (...)" **(AC1-A**) "Então, a gente divulga tudo o que tá acontecendo aqui no núcleo, o que vai acontecer, as oficinas(...) Tudo o que tem promoção de saúde a gente vai divulgando para a comunidade, né? A gente faz boca-a-boca nas visitas, às vezes com distribuição de panfletos, quando tem. A gente faz as visitas na microárea e vai convidando." (**AC3-A**)
DESVALORIZAÇÃO DO TRABALHO	- "E você faz o papel de mensageiro, entra de gaiato na história porque a pessoa não veio à consulta. (...) Aí vai a gente pra poder, né(...) cobrir essa demanda. (...) **(AC2-A)** - "Eu tô me sentindo excluída, burra, como se não fosse(...) não tivesse capacidade de estar lidando com aquela pessoa no dia-a-dia." **(AC5-A)** -"Você traz e passa por todos os segmentos. Aí no processo você é excluída.(...) Ai você acaba que se sente assim: você não é capaz, não tem a liberdade ou o profissional que tem a desconfiança? Não sei, só sei

	que é uma exclusão." **(AC5-A)**

NSF- B

Quadro 06: Temas e falas específicos do NSF B

COMPONENTES	FALAS
SOBRECARGA OCUPACIONAL	-"O problema delas é que elas moram aqui na área. Então, tem sempre um pra te parar e te perguntar uma coisa no fim de semana (...)" **(AC5-B)** -"Eles vão na nossa casa, conseguem nosso telefone e nos ligam." (**AC1-B)** -"Às vezes, está com um problema e não consegue resolver, eles vão atrás (...)" **(AC6-B)** -" (...) Mas sempre que eu vou em algum lugar aqui no bairro, sempre tem um pra me perguntar alguma coisa." **(AC4-B)** -Nossa, e isso é cansativo (...) Eu não consigo falar: olha, eu não estou no meu horário de trabalho, depois você me pergunta' Mas é um pouco cansativo (...)" (**AC1-B)** -" Colocaram pra gente agora fazer um monte de coisa (...) é lixo, é dengue, é vacinação (...)" **(AC3-B)**
MAPEAMAENTO DOS PROBLEMAS DA ÁREA RELACIONADOS AO USO E TRÁFICO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	-"vou falar do maior problema nosso aqui, que é a praça que é ponto de droga (...)" (**AC4-B)** "E tem a microárea5, né, AC4-5, que o pessoal tá começando muito cedo. Tem os adultos, que ficam aliciando os pequenos. E até mulheres, né? (...)" (**AC6-B)** -"Minha área parece que está esvaziando. Muita gente mudando (...) gente que viveu aqui a vida inteira (...)" -"Olha, na minha área o negócio é muito feio mesmo. Antes, o uso era assim, bem escondido. Agora não, virou um mercado livre.É no meio da rua mesmo (...)" **(AC4-B)** -"Este começo de ano piorou mais ainda (...)" -"Tem lugar na minha área que tem acordo de sinal na rua se pode entrar ou não. (...) No começo, eu não entendia, às vezes a ordem era pra não entrar, mas eu já tava lá (...)" (**AC4-B)**
	E tem o medo também (...) Eu vou naquela casa com medo de chegar um lá cobrando, dando tiro e você estar ali dentro. (...) Ou mesmo chegar a polícia e até você provar que é agente comunitária (...) Porque tem

MEDO	coisa que a gente fica sabendo que ninguém gosta, preferia nem saber (...)" **(AC3-B)** -"isso é outra coisa do nosso trabalho: é a sensação de medo, de insegurança, né? "**(AC4-B)** -'Você dar a cara a tapa é muito difícil (...) é perigoso (...)" **(AC1-B)** "Como já fui ameaçada, não sei (...) fico com medo (...)' (**AC4-B**) "Mas a gente também tem medo de deixar carro aí na porta. E mesmo na hora de sair pra visita, de ser assaltada (...)" **(AC1-B)** -"(...)Por que se acontece uma denúncia, já pensam: foi o agente comunitário ou um vizinho? (...)" (**AC3-B)** - "(...) É lógico que o cara pensou em mim, eu sou a agente daquela área (...)" **(AC4-B)**

ANEXOS

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
"CAMPUS" DE RIBEIRÃO PRETO
Telefone: 3602-3391 – FAX: (16) 3633-3271/3630-2561
CEP: 14040-902 – Ribeirão Preto – SP – Brasil

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Agentes Comunitários de Saúde e Equipe de Enfermagem

Convidamos o senhor/a a participar uma pesquisa cujo título é "**Identificação das necessidades e proposta de intervenção nos problemas de saúde mental e uso de drogas psicoativas em população usuária de Programa Saúde da Família (PSF) do Município de Ribeirão Preto – SP"** e que tem como **objetivo** identificar situação de saúde local, centralizando-se no levantamento de informações sobre problemas mentais e uso de álcool e outras drogas entre uma amostra de população da zona de abrangência da USP – Zona Oeste, planejar intervenções e avaliar o resultado das mesmas. Sua participação se dará nos informando as famílias de sua área de saúde que sabidamente tem pessoas com problemas mentais ou usuários de álcool e drogas. Para tal, agendaremos uma data e local, conforme sua disponibilidade. Este encontro terá duração de em média 30 minutos. Caso concorde, o mesmo será gravado. Sua participação é voluntária, sendo garantido o sigilo das informações, bem como o anonimato. Você poderá retirar-se do estudo a qualquer momento, caso julgue necessário, sem quaisquer prejuízos. Acreditamos ter tomado todas as providências para que você não sofra riscos, prejuízos, desconfortos, lesões, mas se achar que sofreu lesão ou qualquer dano decorrente da pesquisa decorrente dos dados fornecidos a esta pesquisa, lhe orientamos a procurar a pesquisadora responsável pelos contatos abaixo. Você não terá gastos financeiros devido à sua participação na pesquisa, porém também não será beneficiado financeiramente. Sua participação poderá trazer benefício direto de atuação na área de saúde em que trabalha no que se refere a transtornos mentais e uso de álcool e drogas, o que pensamos que pode auxiliá-lo no seu trabalho. Indiretamente sua participação contribui para avaliar estratégias possíveis de serem aplicadas em outras aéreas de saúde. Você será informado sobre os resultados parciais da pesquisa, sempre que o desejar. Dúvidas poderão ser esclarecidas diretamente com os pesquisadores responsáveis. Este termo será confeccionado em duas vias, caso concorde em participar, uma cópia assinada deste termo de consentimento lhe será fornecida e outra fica com o pesquisador. Esclarecemos que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola (Protocolo n.º 11343213.9.00005393).

Eu _____RG_____

Esclareço que em caso de dúvida, fui orientado a procurar a Profª Drª Margarita Antonia Villar Luis do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP) pelo telefone (16) 3602-3477 ou e-mail: margarit@usp.br

Declaro que tenho conhecimento dos direitos acima descritos, e consinto em participar deste estudo, realizado pela pesquisadora que assina este termo de consentimento.

De acordo, Ribeirão Preto, ____de _____ de _____.

_____

Pesquisadora

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem
Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902 - Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 152/2013

Ribeirão Preto, 04 de junho de 2013

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 04 de junho de 2013.

Protocolo CAAE: 11343213.9.0000.5393

Projeto: Identificação das necessidades e proposta de intervenção nos problemas de saúde mental e uso de drogas psicoativas em população usuária de Programa Saúde da Família (PSF) do Município de Ribeirão Preto - SP.

Pesquisadores: Margarita Antonia Villar Luis

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª. Drª. Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profª. Drª. Margarita Antonia Villar Luis
Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP